



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ TUZLA
E-ASM'YE KAYITLI BİREYLERDE PSİKİYATRİK SEMPTOM
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Dr. Emine KAYA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2022



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ TUZLA
E-ASM'YE KAYITLI BİREYLERDE PSİKİYATRİK SEMPTOM
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Dr. Emine KAYA

Tez Danışmanı

**Doç. Dr. Can ÖNER
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

İSTANBUL-2022

BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları akademik ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir değiştirme yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tez danışmanım Doç. Dr. Can NER kontrolünde tarafımdan üretildiğini ve eğitimlerde aldığım Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Emine KAYA

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
İÇİNDEKİLER	ii
TEŞEKKÜR.....	v
KISALTMALAR	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
TABLO LİSTESİ	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. MENTAL SAĞLIK (RUH SAĞLIĞI) TANIMI.....	2
2.1.1. Normallik ve Ruh Sağlığı.....	2
2.1.2. Ruhsal Hastalık Epidemiyolojisi.....	3
2.1.3. Ülkemizdeki Ruhsal Hastalık Epidemiyolojisi	5
2.1.4. Somatik Belirti Bozukluğu.....	5
2.1.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk	10
2.1.6. Kişilerarası Duyarlılık.....	12
2.1.7. Depresyon	14
2.1.8. Anksiyete Bozukluğu	16
2.1.9. Hostilite	19
2.1.10. Fobik Anksiyete Bozukluğu.....	20
2.1.11. Paranoid Düşünce.....	21
2.1.12. Psikotisizm	22
2.1.13. Ek Semptomlar	23
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	24
3.1. ÇALIŞMANIN TÜRÜ ve EVRENİ	24
3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ve DIŞLANMA KRİTERLERİ	24
3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	25
3.3.2. Kısa Semptom Envanteri	25
3.4. ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ	26
3.5. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU	27

3.6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	27
4. BULGULAR	28
4.1. ÇALIŞMAYA KATILANLARIN GENEL ÖZELLİKLERİ	28
4.2. KATILIMCILARIN PSİKİYATRİK SEMPTOM SIKLIKLARI.....	33
4.2.1. Somatizasyon	33
4.2.2. Obsesyon	36
4.2.3. Kişilerarası Duyarlılık.....	37
4.2.4. Depresyon	39
4.2.5. Anksiyete	41
4.2.6. Hostilite	43
4.2.7. Fobi	43
4.2.8. Paranoid Düşünce.....	46
4.2.9. Psikotizm	48
4.2.10. Ek Semptomlar.....	50
4.2.11. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ).....	53
5. TARTIŞMA	56
5.1. SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ	57
5.2. KISA SEMPTOM ENVANTERİ SONUÇLARININ İNCELENMESİ.....	58
5.2.1. Somatizasyon Bozukluğu Sonuçlarının İncelenmesi	58
5.2.2. Obsesif-Kompulsif Bozukluk Sonuçlarının İncelenmesi.....	60
5.2.3. Kişilerarası Duyarlılık Sonuçlarının İncelenmesi	61
5.2.4. Depresif Bozukluk Sonuçlarının İncelenmesi.....	62
5.2.5. Anksiyete Bozukluğu Sonuçlarının İncelenmesi	63
5.2.6. Hostilite Sonuçlarının İncelenmesi	64
5.2.7. Fobik Anksiyete Sonuçlarının İncelenmesi	64
5.2.8. Paranoid Bozukluk Sonuçlarının İncelenmesi	65
5.2.9. Psikotizm Sonuçlarının İncelenmesi	65
5.2.10. Ek Semptom Sonuçlarının İncelenmesi	66
5.2.11. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi Sonuçlarının İncelenmesi	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
7. KAYNAKÇA	71
8. EKLER.....	78
EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU	78
EK 2: AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	81

EK 3: ETİK KURUL KARAR FORMU	82
EK 4: TEZ KONUSU ONAY FORMU.....	85
EK 5: ÖZGEÇMİŞ.....	91



TEŞEKKÜR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lutfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi Sayın Prof. Dr. Recep Demirhan'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde bilgilerini ve tecrübelerini bizimle cömertçe paylaşıp yol gösteren saygıdeğer hocam, S.B.Ü. H.U.T.F Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Sayın Doç. Dr. Engin Ersin ŞİMŞEK'e,

Tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, tez danışmanım ve değerli hocam Sayın Doç. Dr. Can ÖNER'e,

Birlikte çalışma şansına sahip olduğum değerli hocalarım, Sayın Doç. Dr. Sabah TÜZÜN'e ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÇETİN'e,

Eğitim süresince desteklerini esirgemeyen Aile Hekimliği Kliniği uzman hekimleri; Uzm. Dr. Hatice Esin TEMİZ'e ve Uzm. Dr. Nazlı HACIAGAOĞLU'na,

Aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecimde daima desteklerini hissettiğim ve beraber çalışmaktan onur duyduğum asistan arkadaşlarıma,

Asistanlığım boyunca desteğini hissettiğim, en başta tanımaktan ve aynı klinikte çalışmaktan, onur ve gurur duyduğum değerli arkadaşım Dr. Emre ARSLAN'a,

Sadece asistanlık sürecimde değil, hayatımın en önemli bölümlerinde daima yanımda yer alan, bana kelimelerle ifade edilemeyecek bir dostluk yaşatan, değerli arkadaşım Dr. Deniz KAKALIÇOĞLU'na,

Bana olan güven ve destekleri için, şüphesiz ki bugünlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan vefakar ve değerli aileme, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Emine KAYA

KISALTMALAR

APA:	American Psychological Association-Amerikan Psikiyatri Birliği
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
BDT:	Bilişsel Davranışçı Terapi
CIDI:	Composite International Diagnostic Interview-Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programı
COVID-19:	Corona virus Disease 2019-Korona virüs Hastalığı 2019
DSM-5:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition- Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı
DSM-III-DIS:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Diagnostic Interview Schedule-Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Üçüncü Baskı, Tanısal Görüşme Programı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ECA:	Epidemiologic Catchment Area-Epidemiyolojik Alan Araştırması
ESM:	Experience Sampling Methods-Deneyim Örneklem Yöntemi
ICD:	International Classification of Diseases and Related Health Problems-Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması
KSE:	Kısa Semptom Envanteri
MDB:	Majör Depresif Bozukluk
NCS:	National Comorbidity Survey-Ulusal Eş-tanı Araştırması
OKB:	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
RCİ-GSI:	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi-Global Severity Index
SARS-CoV-2 PCR:	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Polymerase Chain Reaction- Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü 2 Polimeraz Zincirleme Tepkimesi
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TURBAHAR:	Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası
YAB:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Katılımcıların Genel Sağlık Algısı	29
---	----



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: DSM-IV Somatoform Bozukluklar ve DSM-5 Somatik Belirti Bozuklukları	7
Tablo 2: DSM-IV ve DSM-5 Karşılaştırmalı Tanı Ölçütleri	8
Tablo 3: DSM-5 Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri	11
Tablo 4: DSM-5 Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri	14
Tablo 5: DSM-5 Panik Bozukluk Tanı Ölçütleri	17
Tablo 6: DSM-5 Agorafobi için Tanı Ölçütleri	20
Tablo 7: DSM-5 Özgül Fobi Tanı Ölçütleri	21
Tablo 8: DSM-5 Toplumsal Kaygı Bozukluğu Tanı Ölçütleri	21
Tablo 9: DSM-5 Paranoid (Kuşkucu) Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri	22
Tablo 10: Katılımcıların Genel Özellikleri	28
Tablo 11: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Psikiyatrik Hastalık Tanı Öyküleri	30
Tablo 12: Katılımcıların Psikiyatrik Hastalık Tanısı Olma Durumunun Demografik Özelliklerle İlişkisi	31
Tablo 13: Katılımcıların Daha Önceden Hastalık Tanısı Almış Olma Durumunun Genel Sağlık Algısı ile İlişkisi	32
Tablo 14: Katılımcıların Cinsiyete Göre Psikiyatrik Semptom Varlığı	33
Tablo 15: Somatizasyon ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	34
Tablo 16: Somatizasyon Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi	35
Tablo 17: Obsesyon ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	36
Tablo 18: Obsesyon Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi	37
Tablo 19: Kişilerarası Duyarlılık ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	38
Tablo 20: Kişilerarası Duyarlılık Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi	39
Tablo 21: Depresyon ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	40
Tablo 22: Depresyon Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi	41
Tablo 23: Anksiyete ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	42
Tablo 24: Anksiyete Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi	43
Tablo 25: Hostilite ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	44
Tablo 26: Fobi ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	45
Tablo 27: Fobi Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi	46
Tablo 28: Paranoid Düşünce ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	47
Tablo 29: Paranoid Düşünce Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi	48
Tablo 30: Psikotizm ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	49
Tablo 31: Psikotizm Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi	50
Tablo 32: Ek Semptomlar ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	51
Tablo 33: Ek Semptomların Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi	52

Tablo 34: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCİ) ile Demografik Özellik İlişkisi	54
Tablo 35: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi Pozitif Olma Durumu ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi	55



ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Kartal Dr. Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi Tuzla Eğitim-ASM'ye kayıtlı 18 yaş üstü popülasyondaki psikiyatrik semptom sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak yapılan bu çalışmaya 05 Mayıs 2022 ile 31 Ağustos 2022 tarihleri arasında Kartal Dr. Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi Tuzla E-ASM'ye başvuran, 18 yaş üstü bireyler dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özellikler ile beraber, kronik hastalık durumu, geçmişlerinde psikiyatrik hastalık tanısı varlığı gibi değişkenleri içeren toplam 17 soruluk anket formu ve psikolojik semptomların tespiti amacıyla kullanılan toplam 53 soruluk kısa semptom envanteri anket formu uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışma sonucunda katılımcıların %4,7'sinde olası somatizasyon bozukluğu, %5,6'sında olası obsesif-kompulsif bozukluğu %6,3'ünde ise olası kişilerarası duyarlılık bulunmuştur. Olası psikotizm olan birey oranı %6,7 olarak bulunmuş; medeni durum ve psikiyatrik hastalık öyküsü ile arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur. Olası ek semptom gösteren birey oranı %6,5 olarak bulunmuştur. RCİ ile katılımcıların cinsiyeti, genel sağlık algısı ve psikiyatrik hastalık öyküsü olması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız sonuçları incelendiğinde; en sık psikotizm, ek semptomlar, depresyon ve kişilerarası duyarlılık saptanmıştır. Bireyin yaşadığı semptomatik sıkıntının seviyesini ya da derinliğini gösteren RCİ'ye göre olası ruhsal bozukluk sahibi birey oranı %21,3 olarak bulunmuştur. Her geçen gün psikiyatrik hastalık insidansı dünyada artış göstermektedir. Birinci basamakta yapılabilecek tarama testi ile riskli bireyler erken tanı için ileri merkeze yönlendirilebilir. Aile hekimliği pratiğinde ASM'ye başvuru şikayetinden bağımsız olarak koruyucu hekimlik adına psikiyatrik semptomlar yok sayılmamalıdır. Yeti yitimine neden olan hastalıklar içinde psikiyatrik hastalıkların yeri ve önemi aşikardır. Bu taramalar ile erken tanı ve tedavi sağlanarak hastaların daha sağlıklı bir yaşam geçirmesi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Hostilite, Fobik anksiyete, Paranoid düşünce

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to determine the frequency of psychiatric symptoms and related factors in the population over the age of 18 registered to Kartal Dr.Lütfi Kırdar City Hospital Tuzla Education-Family Health Center.

Materials and Methods: Individuals over the age of 18 who applied to Kartal Dr Lütfi Kırdar City Hospital Tuzla E FHC between 05 May 2022 and 31 August 2022 were included in this cross-sectional study. A total of 17 questions were applied to all participants, including sociodemographic characteristics such as age, gender, marital status, education level, as well as variables such as chronic disease status, history of psychiatric illness, smoking and alcohol use. A short symptom inventory questionnaire consisting of a total of 53 questions used to detect psychological symptoms was applied.

Results: As a result of the study, probable somatization disorder was found in 4.7% of the participants, probable obsessive-compulsive disorder was found in 5.6%, and possible interpersonal sensitivity was found in 6.3%. The rate of individuals with possible psychoticism was found to be 6.7% and a significant relationship was established with marital status and history of psychiatric illness. The rate of individuals with possible additional symptoms was found to be 6.5%. A significant relationship was found between GSI and the participants' gender, general health perception, and a history of psychiatric illness.

Conclusion: When the results of our study are examined; psychoticism, additional symptoms, depression and interpersonal sensitivity were found most frequently. According to the GSI, which indicates the level or depth of the individual's symptomatic distress, the rate of individuals with a probable mental disorder was found to be 21.3%. The incidence of psychiatric diseases is increasing day by day in the world. With the screening test that can be done in the primary care, risky individuals can be referred to an advanced center for early diagnosis. In family medicine practice, psychiatric symptoms should not be ignored in the name of preventive medicine, regardless of the complaint of applying to the FHC. The place

and importance of psychiatric diseases among the diseases that cause disability is obvious. With these scans, early diagnosis and treatment can be provided and patients can lead a healthier life.

Key words: Anxiety, Hostility, Phobic anxiety, Paranoid ideation



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikiyatrik hastalıklar toplumda yaygın görülen, evrensel sağlık sorunlarındandır. DSÖ tarafından 1990 yılında; ruhsal ve davranış bozuklukların neden olduğu yeti yitimi hakkında yapılan değerlendirmede, ruhsal bozuklukların toplam hastalık yükünün %11'ini oluşturduğu tespit edilmiş, bunun 30 yıllık periyotta %15'e çıkacağı öngörüsünde bulunulmuştur (1). Yeti yitimi içinde geçen yaşam yılları değerlendirildiğinde, ilk 20 sağlık sorununun 5 tanesinin (depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, bipolar afektif bozukluk, Alzheimer ve diğer demanslar) ruhsal sorunlar olduğu görülmektedir. Depresyon, tek başına, en çok yeti yitimine yol açan 3. hastalık olmakla birlikte 2030'da ilk sıraya yükselmesi ön görülmektedir (2). 2016 yılında ise dünya çapında bir milyardan fazla insan ki bu dünya nüfusunun %16'sı anlamına gelmektedir, mental veya bağımlılık bozukluklarından etkilenmiştir (3).

Birinci basamak sağlık kuruluşları temelli yapılan çalışmalarda toplumda ruhsal bozuklukların sıklığının %11-50 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan en büyük ulusal psikiyatrik prevalans çalışması olup, 1998 yılında yayımlanan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması"nda toplumda 18 yaş üstü nüfusta ruhsal bozukluk görülme sıklığı %17,2 olarak saptanmıştır (4). Ruhsal bozuklukların yaygınlığının yanı sıra, ruhsal bozukluklara geç tanı konulması veya tanı konulamaması ön planda bireyin yaşam kalitesinin kaybına yol açmakta olup, bireyin fonksiyonelliğinin azalmasına ve aynı zamanda toplumsal maliyetin de artmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle hastaların birinci basamakta psikolojik açıdan değerlendirilip, erken tanı için psikiyatri uzman hekimine yönlendirilmesi fazlasıyla önem taşımaktadır.

Aile hekimliği pratiğinde başvuran bireyin şikayetinden bağımsız, biyopsikososyal olarak bütüncül değerlendirilmesi ile olası psikiyatrik hastalıklar taranabilir. Bu çalışma ile Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Tuzla Eğitim-ASM'ye kayıtlı 18 yaş üstü popülasyondaki psikiyatrik semptom sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MENTAL SAĞLIK (RUH SAĞLIĞI) TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “...sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır”, şeklinde tanımlamaktadır. DSÖ’nün ruhsal sağlığı fiziksel sağlıktan ayrılmaz olarak görmesi bu tanımın en çarpıcı noktalarındandır. DSÖ ruh sağlığını ise şöyle tanımlamaktadır: “... bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali”. DSÖ’nün tanımlaması incelediğinde burada psikiyatrik hastalık yokluğundan değil, tam bir iyilik halinden bahsedildiği aşikardır (5).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)’ne göre ise ruh sağlığı; duygusal iyilik hali, davranışsal uyum, kısıtlayıcı ve kaygı verici durumlardan kendini koruyabilme, hayatın getirdiği olağan durumlar ve stresörlerle başa çıkabilme kapasitesi ile karakterize zihinsel durum olarak tanımlanmaktadır. APA’ya göre kabaca da olsa ruh sağlığı kavramı normallik kavramı ile eşleştirilebilir. Ama normallik tanımıyla ilgili bir kesinlikten bahsedilemeyeceği ve kültürel farklılıkların ihmal edilmemesi çok önemlidir (6).

2.1.1. Normallik ve Ruh Sağlığı

Ruh sağlığını, ruhsal hastalık sahibi olmamak olarak gören yanlış bir kanı vardır. 20.yüzyılın son çeyreği itibarıyla yapılan büyük epidemiyolojik çalışmalar sağlıklı insana değil, hastanın kim olduğuna odaklanmaktadır. Ruh Sağlığını tanımlamak için öncelikle “ortalama”nın sağlıklı olmak demek olmadığını kabullenmek gerekir; psikopatolojisi olan bireyler ile sağlıklı bireyler bir araya gelerek toplumu oluşturur. Bir diğer önemli nokta ise sağlıklı kavramının kültür, coğrafya ve tarihle ilişkisini ihmal etmemektedir. Tanımlamaların ne kadar yanlış olabileceği ve birey ya da toplum açısından tehlikeli sonuçlara neden olabileceği unutulmamalıdır (7).

2.1.2. Ruhsal Hastalık Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik araştırmaların psikiyatrik bozuklukları ele alması diğerk bulaşıcı olmayan hastalıklarla kıyaslandığında daha geç olmuştur. ABD’de Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından 1980’lerde yirminin üzerindeki ruhsal bozukluğu kapsayan, toplumdaki yaygınlığını ve belirli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini araştıran, örneğin ECA (Epidemiologic Catchment Area) vb. kapsamlı çalışmalar yapılmıştır. 1980li yıllardan yirminci yüzyılın sonlarına dek örneğin NCS (National Comorbidity Survey) gibi ulusal eş tanı çalışmaları yapılmıştır. Devamında ise ölçeklerin yapılandırılıp geliştirilmesi ile geniş ölçekli araştırmalar ivme kazanmış, araştırma sayısı giderek artış göstermiştir (8).

Coggon, Rose ve Barker kitaplarında epidemiyolojiyi şöyle tanımlamaktadır: "Epidemiyoloji, hastalıkların farklı insan gruplarında ne sıklıkla ve neden ortaya çıktığının incelenmesidir. Epidemiyolojik bilgiler, hastalık önleme stratejilerini planlamak ve değerlendirmek ve hastalığın halihazırda gelişmiş olduğu hastaların yönetimine rehberlik etmek için kullanılır". Bir diğerk epidemiyoloji tanımı ise, bozuklukların sıklığını ve risk faktörlerini (yani bir başka deyişle sağlığın "belirleyicileri") zamanı ve yeri (bozuklukların dağılımlı ve risk faktörleri dahil) baz alarak değerlendiren bir sağlık bilimi alanıdır. Ruhsal bozuklukların sonuçları ile ilgili olarak, morbidite ve mortalite açısından değerleri ve morbidite ve mortalitenin engellenmesi açısından izlenebilecek yollar önemlidir (9).

Ruh sağlığı verileri, etkin ruh sağlığı politikasının sağlanması için doğru nüfus verilerine dayanmalıdır. Bazı dikkate değer istisnalar haricinde, toplum temelli çalışmalar için doğrulanmış, yüksek duyarlılık ve özėüllük değerlerine sahip zihinsel bozuklukların ölçümelerini bulmak oldukça zordur. Gelecekteki araştırmalar, toplumdaki belirli ruhsal sağlık sorunlarının değerlendirilmesine ve olası klinik vakaların belirlenmesine olanak tanıyan doğru psikolojik önlemlerin alınması açısından değerlidir (10).

Danimarka Ulusal Sağlık Araştırmaları, kayıtlı olmayan yetişkinlerde sağlıkla ilişkili faktörleri inceleyen 4 yılda bir yapılan nüfus temelli anketlere örneklerdir (11). Anketler ruh sağlığı araştırmaları için yıllardır gayet önemli olup böyle olmaya

devam edecek olsa da özellikle son on yıllık periyotta ESM (Experience Sampling Methods) olarak bilinen deneyim örnekleme yöntemi gibi yeni veri toplama yöntemleri ortaya çıkmıştır (12). ESM (“duyguları, semptomları, durumları ve değerleri; günlük yaşamda ortaya çıktıkları şekillerine göre” inceleyen bir öz-bildirim günlüğü yönetimidir. ESM, belirli semptomların anlaşılmasına yardımcı olmak, ruh hali değişimlerini tespit etmek, iç ve dış faktörleri tanımlamak ve insan-çevre etkileşimlerini keşfetmek, bireyin dünya ile olan etkileşimlerini değerlendirmek, tedavilerin ve müdahalelerin gidişatını değerlendirmek dahil olmak üzere ruh sağlığı alanında çeşitli ve fonksiyonel kullanım alanlarına sahiptir ve gelecekte psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarını başka bir noktaya taşıyabilir (13).

Ruh sağlığı araştırmalarında yeni ortaya çıkmaya başlayan bir diğer ve dikkat çekici veri kaynağı ise Twitter gibi sosyal medya platformlarından toplanan son dijital verilerdir. Sinnenberg ve meslektaşları 2010-2015 yılları arasında sağlıkla ilgili araştırmalar için Twitter'ı kullanan 137 yayınlanmış makaleyi sistematik olarak incelemişlerdir. Böyle bir dijital platformda en çok çalışılan konular dağılımı ise halk sağlığı (%22), bulaşıcı hastalıklar (%20), davranışsal tıp (%18) ve psikiyatri (%11) olarak saptanmıştır (14). Bu bilgiler ışığında her yeni kaynak şüphe yaratsa da epidemiyolojik veri havuzu gitgide genişlemektedir. Sosyal medya veri oluşturma süreci büyük ölçüde bilinmediğinden, temel metodolojik sorunlar (örnek temsiliyeti, ölçüm geçerliliği gibi) cevapsızdır (15).

Ruhsal bozuklukların genel hastalık yükündeki payı, Küresel Hastalık Yüğü çalışmalarında vurgulanmıştır (16). 2017 yılında psikiyatrik bozuklukların toplam küresel hastalık yükünün %18,0'i oluşturduğu bulunmuştur (17). Ancak, bu çalışmaların ruhsal bozukluğu olan bireylerdeki erken ölüm oranının hafife alınmasında etkin olduğu yönünde endişeler de vardır (18). Yakın zamanda geliştirilen bir demografik yaklaşım, zihinsel bozukluklar ve erken ölüm arasındaki ilişkiyi yakalamanın yeni yollarını sağlamıştır (19).

Son olarak, ruhsal hastalıkların gelecekteki zorluklarıyla (örneğin, COVID-19'un ruh sağlığı üzerindeki etkisi) yüzleşeceksek, ölçüm araçlarımızı geliştirmeye devam etmemiz ve farklı alanlarda birden fazla veri kaynağını kullanma kapasitemizi

belirgin şekilde güçlendirmemiz gerekiyor. Erişim ve bilgi çağında olduğumuz düşünüldüğünde artık yalnızca tek bir veri kaynağına güvenilen zamanların sonuna gelmiş olabiliriz (12).

2.1.3. Ülkemizdeki Ruhsal Hastalık Epidemiyolojisi

Ülkemizdeki ilk psikiyatrik epidemiyoloji araştırmaları kurum istatistiklerine dayanmaktadır. 1980’li yıllara gelindiğinde hastalıkların dağılımını belirlemek için genel toplum araştırmaları yapılmaya başlanmıştır. Sonuçları 1998 yılında rapor olarak yayınlanan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması” ülkemizde bugüne kadar yapılmış ilk ve tek genel nüfus örneklemlili araştırma olma özelliğini halen korumaktadır. Bu araştırma ile hem çocukluk yaş grubunun hem de erişkinlik yaş grubunun birçok psikiyatrik hastalık tespiti için uluslararası karşılaştırmalara uygun olarak yaygınlık hızları saptanmış ve aynı zamanda DSÖ vb. kurumlarla iş birliği geliştirilmiştir. İlerleyen yıllarda ise maalesef “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması” benzeri ve onun kadar geniş kapsamlı herhangi bir araştırma planlanması ve risk etkenlerini ya da koruyucu özellikleri inceleyen genel toplum araştırmaları yapılmamıştır. Önceki yapılan gözden geçirmeler ve derlemelere bakıldığında psikiyatrik epidemiyolojik araştırmaların nitel ve nicel yetersizlikleri öne çıkmaktadır (20).

1990’lı yıllardan sonra yapılan epidemiyolojik araştırmalar daha çok birinci basamaktaki ruhsal bozukluklar, ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımı ve ruhsal bozukluklarda yeti yitimi alanlarını içermekle birlikte toplum genelindeki araştırmalar da bu dönemde yapılmıştır (20).

2.1.4. Somatik Belirti Bozukluğu

Psikolojik sıkıntıların somatik belirtiler aracılığıyla ifade edilmesine somatizasyon denir. Beden-zihin etkileşiminin bir ürünü olan somatizasyonun ortaya çıkmasında ve devam sürecinde biyolojik, kültürel, bilişsel, psikodinamik etmenler rol almaktadır. İnsanoğlu varoluşundan beri, somatik olarak yaşanan ama fiziksel bir hastalıkla açıklanamayan belirtiler tanımlanmaktadır. Tarihsel süreci histeriye kadar uzanmasının yanı sıra sınıflandırma sistemlerinde de en çok tartışılan konulardan biri

olma özelliğindedir. DSM-5 ile birlikte bu hastalık grubu “Somatik Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” olarak tanı sınıflandırmasında yer almıştır. Buna rağmen hem klinik pratikte hem de akademik hayatta “somatoform”, “somatizasyon” gibi kavramların geride bırakılamadığı da görülmektedir (21).

Somatizasyonun tarihsel gelişim sürecini değerlendirdiğimizde, eski zamanlardan günümüze kadar hekimler tarafından anlaşılmaya çalışıldığını görmekteyiz. Uzun yıllar boyunca histeri, melankoli ve hipokondriasis kavramları birbirinin yerine de kullanılmıştır. Rönesans ile birlikte birçok alanda olduğu gibi tıp ve ruhsal hastalıklar açısından da aydınlanma yaşanmış, 17.yüzyıla gelindiğinde santral sinir sistemi hastalıkları ile ilgili bilgilerin artması sonucunda, açıklanamayan belirtilerin beyinden kaynaklanabileceği fikri ortaya atılmıştır (21).

Alman psikanalist Wilhelm Stekel somatizasyon terimini ilk olarak kullanan, Paul Briquet ise somatizasyon bozukluğu için ilk klinik tabloyu tanımlayan kişi olmuştur. Bir dönem somatizasyon bozukluğunun “Briquet Sendromu” olarak da adlandırılması bu yüzdendir. Histeri kavramının zaman içinde dönüşerek hakaret içeren bir ifade olarak kullanılması sonucunda gitgide öz anlamından uzaklaşmıştır (21).

Somatik belirti bozukluğu birey açısından bakıldığında yaşam kalitesini azaltıp ve yeti kaybına yol açmakta, toplum açısından ise sağlık hizmetleri için harcanan maliyeti artırmaktadır. Somatizasyon bir ruhsal bozukluk belirtisi olsa da tanımlanmasındaki anlam karmaşası, ortaya çıkış gerekçeleri, sürdürücü etkenler düşünüldüğünde hastaların biyopsikososyal bir bütünlük içinde değerlendirilmesi gerektiği açıktır (21).

Somatizasyonun gerek tanımlanmasında gerek sınıflandırılmasında tarih boyunca zorluk yaşanmıştır. DSÖ tarafından yayınlanan ICD-10’da somatizasyon ile ilişkili bozukluklar “Nevrotik, Stresle İlişkili ve Somatoform Bozukluklar” grubunda yer almaktadır. Somatizasyon bozukluğu tanımı ilk olarak APA tarafından 1980’de yayınlanan DSM-3’te yer almıştır. Bununla ilişkili bir diğer bozukluğu ifade etmekte konversiyon terimi bu sınıflandırma sistemine giren ilk terim olmuştur. Somatizasyon bozukluğu 30 yaşından önce başlaması beklenen; tekrarlayıcı nitelikte,

multipl, klinik olarak anlamlı ağrıya neden olan, gastrointestinal, cinsel ve psödonörolojik belirtilerle seyredebilen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. 2013'te APA tarafından yayınlanan DSM-5'te somatoform bozukluklar somatik belirti bozuklukları ismiyle yenilenmiş ve tanı ölçütlerinde değişikliklere gidilmiştir. DSM-IV'te yer alan Somatoform Bozukluklar ve DSM-5'te yer alan Somatik Belirti Bozuklukları için karşılaştırmalı olarak Tablo-1'de, DSM-4'te yer alan Somatoform Bozukluklar ve DSM-5'te yer alan Somatik Belirti Bozuklukları için tanı ölçütleri karşılaştırmalı olarak Tablo-2'de verilmiştir (21).

Tablo 1: DSM-IV Somatoform Bozukluklar ve DSM-5 Somatik Belirti Bozuklukları

DSM-IV (Somatoform Bozukluklar)	DSM-5 (Somatik Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar)
Somatizasyon Bozukluğu	Somatik Belirti Bozukluğu Ağrının Baskın Olması ile Giden
Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk	Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu
Konversiyon Bozukluğu	Konversiyon Bozukluğu
Ağrı Bozukluğu Psikolojik Etkenlerin Eşlik Ettiği Hem Psikolojik Etkenlerin Hem de Genel Tıbbi Durumun Eşlik Ettiği	Diğer Tıbbi Durumları Etkileyen Psikolojik Etkenler
Hipokondriazis	Yapay Bozukluk
Vücut Dismorfik Bozukluğu	Belirlenmiş Diğer Bir Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluk
Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk	Belirlenmemiş Diğer Bir Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluk

Kaynak: Şahabettin Çetin, Gülfizar Sözeri Varma

Psikiyatri dışı klinisyenlerin önceki tanı ölçütlerini anlamakta ve kullanılmakta zorlanması değişikliğe olan ihtiyacın nedenlerinden biridir. Çok sayıda sistemi içeren belirtiler için kısıtlayıcı ve katı ölçütler içermesi de bir diğer nedendir. Tüm bu nedenler düşünüldüğünde birinci basamakta somatizasyon bozukluğu tanısının konmasını güçleştirmekte ve prevalansının neden çok düşük olduğunu açıklamaktadır. Bundan yola çıkarak somatik belirti bozukluğu tanısının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte tanı ölçütlerindeki değişiklikler nedeniyle geçmiş literatür ile karşılaştırma yapmanın zorlaşacağı düşünülmektedir (21).

Tablo 2: DSM-IV ve DSM-5 Karşılaştırmalı Tanı Ölçütleri

DSM-IV	DSM-5
Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fiziksel yakınma öyküsünün olması	Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli derecede etkileyen 1 veya daha çok somatik belirti varlığı
Aşağıdaki tanı ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır, herhangi tek bir belirti bu hastalığın gidişi sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Dört ağrı belirtisi İki gastrointestinal sistem belirtisi Bir cinsel belirti Bir psödonörolojik belirti	Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, somatik belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili anksiyete ile ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler Sağlıkla ya da belirtilerle ilişkili sürekli yüksek düzeyde anksiyete Bu belirtilere ya da sağlık anksiyetesine aşırı zaman ve içsel güç harcama
Aşağıdakilerden biri vardır: Yeterli bir incelemeden sonra B ölçütündeki belirtilerin hiçbiri bilinen genel bir tıbbi durum ya da bir maddenin doğrudan etkileri ile tam açıklanamaz. İlişkili genel bir tıbbi durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bir bozulma, öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.	Herhangi bir somatik belirti sürekli olarak bulunmasa da belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (6 aydan uzun)
Bu belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkarılmamakta ya da bu tür belirtiler varmış gibi davranılmamaktadır	
	Ağrının baskın olduğu tip (önceki adı ağrı bozukluğu) Süregiden Ağır olmayan/orta/ağır

Kaynak: Şahabettin Çetin, Gülfizar Sözeri Varma

Somatik belirti bozukluğu açısından bir diğer önemli kavram aleksitimidir. Aleksitimi; duyguları belirleme de veya tanımlama da zorluk olarak tanımlanabilir. Aleksitimik kişilerin genel anlamda bedenselleştirme eğiliminin fazla olduğu, duygularını tanımlamada ve sözel ifade etmede yetersizlik yaşadığı görüşü hakimdir (22). Aleksitimi, bozulmuş duygusal işleme, kimlik ve öz düzenlemedeki işlev bozukluğu ile daha yakından ilişkilidir (23).

Somatik belirtilerin psikiyatrik bozukluk dışında zorlanmaya tepki olarak veya olağan bedensel duyumlara olağandışı duyarlılık şeklinde ya da yalnızca kültürel bir ifade biçimi olarak da ortaya çıkabilmektedirler (24).

Somatik belirti bozukluğu gelişiminde travmatik yaşam olayları da etkilidir. Somatizasyon bozukluğunun birçoğunun; sosyopati ve alkolizmin var olduğu ailelerde saptandığı belirtilir. 2009 yılında yapılan bir meta-analizde cinsel istismar öyküsü ile fonksiyonel gastrointestinal sendrom, non-spesifik kronik ağrı, kronik pelvik ağrı ve non-epileptik nöbet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. 2014'te Taycan ve arkadaşları tarafından ülkemizde yapılan bir araştırmada somatizasyon bozukluğu olan 40 kadın hastanın kontrol grubuna göre çocukluk çağında daha fazla travmatik deneyim (emosyonel ihmal, emosyonel istismar ve fiziksel istismar) yaşadığı görülmüştür (21).

Tıbben açıklanmakta zorlanılan belirtilerin tıbbın çoğu uzmanlık dalında karşımıza farklı şekilde çıkabileceğini ihmal etmemek gerekir. Ağrılı ya da ağrısız bedensel belirtileri olan hastaların incelendiği bir diğer çalışmada, %25-30'luk kesimde tıbbi etiyoloji bulunamamıştır. Epidemiyolojik çalışmalar neticesinde toplumda en sık görülen bedensel belirtilerin; baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olduğu söylenebilir. Bazı çalışmalarda katılımcılar her hafta bir belirtileri olmasına rağmen, belirtilerin %90'ını için hekime başvurmadıklarını saptanmıştır (22).

2020 yılında yapılan bir çalışmada özellikle fiziksel bir neden bulunamayışının hastalar ve hastaların ailelerinde yeterli araştırma yapılmadığı düşüncesine neden olduğu, hekimlerin bir zihinsel hastalık ya da davranış problemi tanısı koymaktansa enfeksiyon hastalıkları gibi farklı tıbbi prosedürler de gerektirebilen tanılar koymayı tercih ettiği, ayrıca hekim üzerindeki medikolegal baskının da aşırı tıbbileşme yolunu seçmelerine başka bir neden olduğu vurgulanmıştır. Bir başka açıdan bakmak gerekirse tanıda ve müdahalede gecikme öncül olarak belirtilerinin kötüleşmesine, devamında çoklu uzman başvurularına ve yapılan tıbbi testler nedeniyle son olarak yüksek maliyetlere neden olabilmektedir (21). Kronik somatik belirtiler aynı zamanda yüksek düzeyde işlevsellik kaybına da sebebiyet verirler. Tıbben açıklanamayan durumda yer alan bu hastalar tıbbi tanı alan hastalara oranlandığında daha fazla fiziksel ve toplumsal yeti yitimine uğramaktadırlar, matematiksel olarak bakıldığında bir ayın ortalama 1.3-4.9 gününü yatakta geçirmektedirler (22). Yaşadıklarının anlaşılmasının bireyde yarattığı baskı nedeniyle kişiler alkol, uyuşturucu gibi madde veya kronik opioid analjezik

kullanımı ile self medikasyon ihtiyacı duyabilirler. Geniş tanısal testler ve tıbbi prosedürlerin bireyde iyatrojenik hasar riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Klinisyenlerin hastaya güvence vermek amacıyla bile olsa test istemesinin belirtileri azaltıcı veya rahatlatıcı herhangi bir etkisi olmadığı gösterilmiştir (21).

2020 yılında COVID-19'lu kişilerde psikiyatrik bozuklukların sistematik bir incelemesi amacıyla yapılan çalışmada; COVID-19 hastalarında anksiyete prevalansı %16,6, depresyon %37,7, TSSB %41,5, uykusuzluk %68,3, somatizasyon %36,5 ve korku prevalansı %47,6 olarak bulunmuştur. Şiddetli seyir gösteren COVID-19 hastalarında anksiyete, depresyon ve uykusuzluk prevalansı, hafif veya stabil COVID-19 hastalarına göre daha yüksek saptanmıştır (25).

Somatoform bozuklukların tedavisinde en fazla kanıta sahip yöntem Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'dir. Bu hastalar için farmakoterapiler hakkında ise veri daha az ve kanıtlar sınırlıdır (21). O'Malley ve arkadaşları açıklanamayan belirti ve belirti sendromlarında antidepresanların etkisini araştıran bir meta-analiz yapmışlardır. Bu çalışmaların üçte ikisinde antidepresanların etkili olduğu gösterilmiştir (22).

Hastalarda özgüven artışı da sağlanabilmesi amacıyla düzenli fiziksel aktivite önerilmelidir. Vitamin kullanımı, gevşeme egzersizleri, diyet, bandaj kullanımı, sıcak veya soğuk uygulama, masaj, kuma gömme, kaplıcalar gibi ilaç dışı tedaviler genelde iyi kabul edilen zararsız yöntemler olup bu hastalarda denenebilirler. Hastaların yakınmalarının bütünüyle ortadan kaldırılmasından yeni bir yakınma ortaya çıkmasına neden olabileceği için kaçınılmalı bunun yerine hastaya yakınmaları ile başa çıkma teknikleri öğretilmesi gerekmektedir (24).

2.1.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) zihinsel meşguliyet, intruzif düşünceler, ritüeller ve kompulsiyonlarla seyretmektedir. Obsesyonlar ve kompulsiyonların zaman kaybına yol açması ve bireyin işlevselliğini bozması beklenir. Obsesyon tekrarlayıcı ve intruzif olan duygu, düşünce, his olarak, kompulsiyon ise bilinçli, karakterize, tekrarlayan bir davranış olarak karşımıza çıkar (7).

OKB'nin yaşam boyu prevalansının %2-3 arasında olduğu düşünülmektedir. Yetişkin erkekler ve kadınlarda etkilenme oranı cinsiyetten bağımsız olup, ergenlik döneminde ise erkeklerde daha sık görülür. OKB için DSM-5'teki tanı ölçütleri Tablo-3'te verilmiştir (7).

Tablo 3: DSM-5 Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

A. Obsesyonların, kompulsiyonların veya ikisinin de varlığı:
Obsesyonlar 1 ve 2 numaralı maddelerde tanımlanır.
1. Kimi zaman zorla ve istenmeden gelen, genelde anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli olan düşünce, zorlantı ya da imge.
2. Kişi bu düşünce, zorlantı ya da imgeleri aldırnamaya veya baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir eylemle (kompulsiyonu yaparak) etkisizleştirmeye çalışır.
Kompulsiyonlar 1 ve 2 numaralı maddelerde tanımlanır.
1. Bireyin obsesyona tepki olarak ya da kati kurallar nedenli yapmaya zorlanmış hissettiği tekrarlayan davranışlar ya da zihinsel eylemler.
2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ve sıkıntıdan korunma ya da azaltmaya ya da durumdan sakınma amacına yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle doğrudan ilişkili değildir ya da açık bir şekilde aşırılık bir içerir.
B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar klinik olarak belirgin bir sıkıntıya neden olur, kişinin zamanını alır ya da kişinin işlevselliğinde düşmeye neden olur.
C. OKB belirtileri kötüye kullanılan bir madde veya ilacın etkisine bağlanamaz ya da herhangi bir tıbbi durumun fizyolojisi ile açıklanamaz.
D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozukluk belirtileri ile daha iyi açıklanamamalıdır.

En yaygın görülen obsesyon bulaş obsesyonu olup, bunu patolojik şüphecilik takip eder. Üçüncü en sık görülen ise hastanın engel olamadığı kompulsiyonsuz tekrarlayıcı düşünceleri olduğu girici düşüncelerdir. En sık görülen kompulsiyonlar ise sırasıyla; kontrol etme, yıkama, sayma, doğrulama, simetri ve düzen, istifleme ve çoklu karşılaştırmalardır (7).

OKB değerlendirilmesi yapan bir derlemeye göre COVID-19 pandemisi, OKB hastaları büyük bir stres kaynağı olmuştur. Yetişkinlerde yapılan çalışma COVID-19 öncesi döneme kıyasla OKB şiddetinde anlamlı artış bulunmuş, başka bir çalışmada ise gençlerde OKB semptomlarında değişiklik saptanmamıştır. Benzer şekilde, nöropsikiyatrik bozukluğu olan gençlerde de OKB semptomlarının pandemi öncesinden pandeminin erken evrelerine doğru arttığı gözlenmiştir. Başka bir çalışma, OKB'si olmayan yetişkinlerin, tecrit öncesinde ve sonrasında önemli ölçüde daha fazla obsesif-kompulsif semptomlara sahip olmadığı bulmuştur. Artık birçok makale hem OKB'si olanlarda hem de genel popülasyonda bu salgının erken

evrelerinde obsesif kompulsif belirtilerin arttığını gösteriyor. Kontaminasyon semptomları olanlarda daha kötü bir seyir olduğuna dair kanıtlar olmasına rağmen, birçok çalışma obsesif-kompulsif semptomların farklı alanlarda arttığını bulmuştur. Bu, COVID-19'un semptomlarından bağımsız olarak artan obsesif-kompulsif semptomlara yol açabilecek bir stres kaynağı olduğunu, hem de kontaminasyon semptomları COVID ile ilişkili olduğundan, özellikle kontaminasyon semptomları olanlarda spesifik olarak etkilendiklerini göstermektedir (26). COVID-19 enfeksiyonu ve ölüm korkusu gibi psikolojik faktörlerin yanı sıra, uzun süreli izolasyon, finansal stres, iş kaybı ve çevresel faktörler gibi sosyal faktörler de rol oynayabilir. COVID-19 ile ilişkili nöroinflamasyon OKB için hızlandırıcı bir faktör olabilir. Literatürde COVID-19'dan kurtulanlar arasında yeni başlayan OKB bildirilmemiş olup, ilişkinin patofizyolojisi tam aydınlatılamamıştır (27).

OKB tedavileri, farmakolojik ve psikososyal olarak ikiye ayrılabilir. Kontrollü çalışma sonuçlarına göre farmakoterapinin, davranışçı terapinin veya bu ikisinin kombin olarak kullanılmasının OKB semptomlarını önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki bilişsel davranışçı terapi (BDT); en az ilaçlar kadar etkin olup özellikle hafif-orta şiddetteki vakalarda ilk tercih olması gerektiği bildirilmektedir (28).

2.1.6. Kişilerarası Duyarlılık

Kişilerarası duyarlılık; bireyin kişisel, kişilerarası ve sosyal çevreyi algılayıp yorumlayabilmesi ve buna uygun yanıt verebilmesidir (29).

Kişilerarası duyarlılık, kolay kırılma, incinme, değer görmediğine, önemsenmediğine ve kendisine kötü davranıldığına inanma, kendini alt seviyede görme, hatalı iş yapma baskısı gibi davranışlara sebebiyet vererek kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşanmasına yol açar. Kişilerarası duyarlılığı olanlarda sosyal yetersizlik, topluluk karşısında kendini rahat hissedememe, davranışları yanlış yorumlama, ilişkilerden kaçınma davranışı, atılgan olamama, reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık gibi durumlar gözlenmektedir. Ayrıca bu kişiler tepkilere karşı tetikte olma, eleştirilme kaygısında aşırılaşma eğilimine sahiptirler (30).

Kişilerarası duyarlılık ile sosyal fobinin arasında yüksek düzeyde anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Depresyon ve kişilerarası duyarlılığın da pozitif anlamlı bir ilişkide olduğu ve kişilerarası duyarlılık kavramının depresyonun açısından öncül olduğu tespit edilmiştir. Bazı çalışmalar kişilerarası duyarlılık ile yetişkinlerde duygudurum, anksiyete ve yeme bozuklukları arasında ilişki bulmuştur. Kişilerarası duyarlılık ile depresif semptomlar, öz-saygı düşüklüğü ve düşük akademik performans arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Ayrıca grupla yapılan BDT'nin kişilerarası duyarlılık düzeylerini anlamlı derecede azalttığı tespit edilmiştir (30).

Çin'de yapılan bir araştırmaya göre kişilerarası duyarlılığa sahip insanlar olumsuz duygulara ve sosyal reddedilmeye karşı hassastırlar ve yakın ilişkilerinde koruyucu ve düzeltici önlemler alırlar. Bu aynı zamanda, bu kişilerin farklı bağımlılık biçimlerine sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu da desteklemektedir (31).

Kişilerarası duyarlılığın, ilk depresif atakların gelişimi, 6 ay içinde depresyonun tekrarlaması ve depresif semptomların düzelmemesi dahil olmak üzere, depresif deneyimin çeşitli yönlerini öngördüğü gösterilmiştir. Çok sayıda ampirik çalışmada, kişilerarası duyarlılığın, zihinsel ve fiziksel sağlığın tehlikeye girmesi için psikolojik bir risk faktörü olduğu da bulunmuştur. Örneğin, kişilerarası duyarlılığın, çocuklukta zorbalık, sorunlu Facebook kullanımı, yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, zayıflamış pozitif psikotik belirtiler, kaçınmacı başa çıkma ve olumsuz durumlar yaşayan kurbanlarda gerçek zamanlı paranoid düşünce için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (32).

Başka bir araştırmada, kişisel duyarlılığa sahip bireylerin, takipte zayıflamış pozitif psikotik belirtiler ile ilişkili olduğunu bulunmuştur. Psikozun pozitif semptomlarının bilişsel modeller ile uyumlu olarak, bireyin kırılgan ve tehdide karşı savunmasız olduğuna dair olumsuz inançlarını, deneyimlerini; dış kaynaklı olarak ilişkilendirme eğilimine yol açabilir ve sonuç olarak paranoid düşüncenin kalıcılığını kolaylaştırabilir. Sosyal değerlendirme kaygıları (reddedilme korkuları, kırılganlık, dünyanın potansiyel olarak tehlikeli olduğuna dair düşünceler) ile birlikte kırılgan ve

rahatsız edici bir içsel benliğe sahip olma duygularının, diğer zayıflatılmış olumlu düşüncelerin oluşmasına ve sürdürülmesine yol açabileceğini göstermiştir. Zayıflamış pozitif psikotik belirtilerin kalıcılığı, kişilerarası duyarlılık tarafından belirtilen bir tür kendini aşağılamadan korunma olarak yorumlanabilir (33).

2.1.7. Depresyon

Duygudurum bireyin davranışını etkileyen ve dünya oluşu için olan algısına oluşturan yaygın ve sürekli olan duygu veya hissetme olarak tanımlanabilir. Duygudurum bozuklukları ise doğrudan bireyin bilişsel yetileri, aktivite düzeyi, konuşma ve vejetatif işlevlerde bozulmayı da içerir. Genel anlamda bireyin sosyal, kişisel ve mesleki işlevselliğini bozulur. Tablo-4'te Majör Depresif Bozukluk için DSM-5'teki tanı ölçütleri verilmiştir (7).

Tablo 4: DSM-5 Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri

A. Aynı 2 haftalık dönemde, aşağıdakilerden en az 5'i mevcut olup, işlevsellikte değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az 1'i depresif duygudurum ya da istek kaybı ya da zevk alamama halidir
1. Öznel veya başkalarınca gözlenen, günün çoğunda, neredeyse her gün depresif ruh hali
2. Neredeyse her gün/günün büyük bölümünde ilgide azalma/zevk alamama olması
3. İstemsiz kilo kaybı/alımı, neredeyse her gün iştahta azalma/artma
4. Neredeyse her gün uykusuzluk/fazla uyuma
5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon/retardasyon
6. Neredeyse her gün yorgunluk/enerji azalması
7. Neredeyse her gün değersizlik, aşırı/uygunsuz suçluluk duygusu
8. Neredeyse her gün düşünce/konsantrasyon güçlüğü, kararsızlık duygusu
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, yineleyici özgül plansız/planlı intihar düşünceleri
B. Bu belirtiler işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olur
C. Madde etkisi veya fizyolojik bir durumla açıklanamaz
D. Diğer psikiyatrik bozukluklarla açıklanamaz
E. Hiçbir zaman hipomani/mani yaşamamıştır

Hem manik hem depresif epizodları olan veya sadece manik epizodları olan hastalar için ise bipolar bozukluk tanımı kullanılır. Psikiyatrik olarak bipolar bozukluk ile majör depresif bozukluk iki ayrı hastalık olarak değerlendirilse de son 20 yıldaki çalışmalar sonucunda bipolar bozukluğun majör depresif bozukluğun şiddetli hali olduğu fikri yeniden gündemdedir. Pek çok majör depresif bozukluk tanısı alan hastanın geçmişinde fark edilmemiş ya da edilememiş manik veya hipomanik davranışların olduğu bir dönem olabilir (7).

Bireyin duygulanımında çökkünlük hissi, ilgisizlik, isteksizlik hali, zevk alamama, davranışlarda yavaşlama, karamsar ruh hali, değersiz hissetme, suçluluk duygusu, pişmanlık düşünceleri, uyku veya iştah bozuklukları ve cinsel istekte azalma ile karakterize depresif bozukluklar hem ülkemizde hem de dünyada toplum sağlığı açısından önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (8).

Psikiyatrik sorunlar günümüzde belirgin ölçüde artış göstermiştir. Tıbbi yardım için başvuranlar incelendiğinde dörtte üçlük bölümünde müdahaleyi gerektirecek derecede psikiyatrik sorun saptanmaktadır. Psikiyatrik bozukluklar içinde en yaygın görüleni depresyondur. Yüksek yaygınlığa sahip olmasına rağmen tanı koyma güçlükleri, kronikleşme riskinin olması ve intihar davranışı sıklığının artması, bireyde yarattığı işlevsellik kaybı ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmalarının önemini her geçen gün giderek artırmaktadır. DSÖ tarafından yapılan, dünya genelindeki en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listede depresyon dördüncü sırada yer almaktadır (8).

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; majör depresyon için kullandığımız tanı ölçütleri veya ölçekler değiştirildiğinde yaygınlık oranları da farklılık göstermektedir. Depresyon için anlamlı kabul edeceğimiz semptomları olan bireylerin yönetimi kültürden kültüre, ülkeden ülkeye anlamlı farklılıklar gösterebilmektedir (34).

Myers ve ark. tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde üç farklı alanda 9000 kişi ile oluşturulan örneklem grubunda DSM-III-DIS (Diagnostic Interview Schedule) kullanılarak yapılan ECA çalışmasında depresyonun altı aylık yaygınlığı kadınlarda %4,1-4,6 erkeklerde ise %1,7-2,2 olarak bulunmuştur. DSM-III'te ise majör depresif bozukluk için 1 yıllık yaygınlık %2,6-6,2 arasında bulunmuştur. Prospektif olarak yapılan bir çalışma olan Zürih çalışmasında ise 20 ile 30 yaş arası bireylerdeki majör depresif bozukluğun 10 yıllık yaygınlığı %14,4 olarak, tekrarlayıcı kısa depresyon için %10,5 olarak bulunmuştur. Ömür boyu majör depresif bozukluk yaygınlığı ise %4,4-19,6 olarak saptanmıştır (35).

Majör depresif bozukluk yaşam boyu yaygınlık oranı erkekler için %5-12, kadınlarda için ise %10-25 civarında seyretmektedir. 2007'de ABD'de yapılan genel

popülasyon araştırmasına, 18-96 yaş arasındaki 6694 birey katılım sağlamış olup majör depresyonun 1 aylık yaygınlığı %5,2 bulunmuştur. Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta ise kadınlarda, orta yaş grubunda ve İspanyol olmayan beyaz insanlarda majör depresif bozukluk yaygınlığının daha fazla olmasıdır. Bir diğer önemli nokta ise sigara, kardiyovasküler hastalık, kötü algılanan sağlık ve obezite majör depresif bozuklukla ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada gastroözofageal reflü hastalığı, diyabetes mellitus varlığı, alerji ve alkol tüketimi majör depresif bozukluk ile ters orantılı olarak bulunmuştur. Kahve içmek ve haftada en az 3 gün egzersiz yapmak ile majör depresif bozukluk arasında ise ilişki kurulamamıştır (36).

Bir diğer çalışma ise 18 ülkenin verileri analiz edilmiş olup, yüksek gelirli olan 10 ülkede majör depresif bozukluğun yaşam boyu ortalaması %14,6 ve 12 aylık yaygınlığı %5,5 olarak saptanmışken, düşük-orta gelirli olan 8 ülkede ise %11,1 ve %5,9 olarak tespit edilmiştir. Kadınların erkeklere oranı ise 2:1 olarak saptanmıştır. 12 aylık yaygınlıkla yüksek gelirli ülkelerde genç olmak ile düşük gelirli ülkelerde ise yaşlı olmak ile ilişkili kurulmuştur. Demografik faktörlere baktığımızda ise yüksek gelirli ülkelerde en ön plana çıkan faktör partnerinden ayrılmış olmak, düşük-orta gelirli ülkelerde ise bu boşanmış ya da dul olmak olarak tespit edilmiştir (8).

2.1.8. Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete (kaygı) Bozuklukları hem sıklıkla kronik hem de tedaviye dirençli olma eğiliminde olmakla birlikte pek çok hastalıkla da ilişkilidir. Panik bozukluğu, agorafobi, özgül fobi, sosyal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), yaygın kaygı bozukluğu; anksiyete bozukluğu ilişkili ruhsal bozukluklardır. En yaygın olan psikiyatrik bozukluklardan olan anksiyete bozukluklarının 1 yıllık yaygınlık prevalansı %17,7'yken, en az %25'lik oranın anksiyete bozukluğu için tanı ölçütlerini karşıladığı yönünde araştırmalar vardır. Yaşam boyu yaygınlık oranlarına baktığımızda; kadınlar için %30,5 erkekler için bu oran %19,2'dir. Kaygı bozuklukları ile sosyoekonomik düzey negatif ilişki içerisindedir (7).

Panik bozukluğu akut yoğun bir kaygı atağı ile karakterizedir. Sıklıkla agorafobi ile eş tanı almaktadır. Panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %1-4, panik atak yaygınlığı ise %3-5,6'dır. Kadınlar, erkeklerden daha fazla etkilenmekte

olup, kanıtlanmış tek sosyal etken yakın geçmişte boşanma/ayrılık öyküsü olmasıdır. Tablo-5'te Panik Bozukluk için DSM-5'teki tanı ölçütleri verilmiştir (7).

Tablo 5: DSM-5 Panik Bozukluk Tanı Ölçütleri

A. Yineleyici/beklenmedik panik ataklar. Bir panik atak; dakikalar içinde doruk noktasına ulaşan ve belirtilerden en az 4'ünün olduğu, yoğun korku/sıkıntı hali
1. Çarpıntı, kalp hızının/şiddetinin artması
2. Terleme
3. Titreme/sarsılma
4. Nefes darlığı/nefessiz kalma hissi
5. Boğuluyormuş hissi
6. Göğüste ağrı/sıkışma
7. Bulantı/abdominal semptom
8. Baş dönmesi, ayakta durmakta güçlük, sersemlik, bayılacak hissi
9. Üşüme/ürperme/ateş basması
10. Uyuşma/duyumsuzluk/karınalanma
11. Derealizasyon (gerçekdışı olma), depersonalizasyon (kendine yabancılaşma)
12. Denetimini yitirme/çıldırma hissi
13. Ölüm korkusu
B. Ataklardan en az 1'inden sonra, aşağıdakilerin en az 1'i en az 1 ay süreyle olur
1. Başka panik atak olacağı hissi, olası sonuçlarıyla yüzleşme kaygısı
2. Ataklarla ilgili uyum bozukluklarına giden davranış değişiklikleri
C. Madde etkisi veya fizyolojik bir durumla açıklanamaz
D. Diğer psikiyatrik bozukluklarla açıklanamaz

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve majör depresif bozukluk (MDB) sık görülen, işlevsellik azaltan komorbiditelerdir. YAB ağır seyrettiğinde, engelleyici semptomlar, sosyal ve mesleki bozulma, artan intihar riski ve düşük tedavi yanıtı oranları ile ilişkilendirilebilir. Majör depresif atak geçiren hastalarda, mevcut anksiyete semptomları depresyonun şiddetini artırır, işlevselliği önemli ölçüde bozar, yaşam kalitesini düşürür ve ekonomik yükü artırır. YAB için artık etkili tedaviler olmasına rağmen, birçok hasta tedavi kesildiğinde yanıt vermemekte, bunu tolere edememekte veya yoksunluk semptomları göstermektedir. Risk altındaki bireyler veya YAB'nin olası nedenleri ile MDB'si olan veya olmayan hastalarda, YAB semptom ve belirtilerinin taranması, YAB'nin genellikle MDB'den daha erken başladığı göz önüne alınırsa ekstra önemlidir. YAB, MDB geliştirmeye karşı savunmasızlığı artırabilir. Her iki durumda da tedavi; semptomları azaltma veya hafifletme, işleyişi iyileştirme veya eski haline getirme ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırma potansiyeline sahiptir (37).

Çocuklukta kötü muamele deneyiminin, depresyon, kendine zarar verme ve intihar ilişkili olduğu için ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağı istismarı ile anksiyete bozukluklarının gelişimi ve yetişkinlerde anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; anksiyete bozuklukları prevalansının, çocukluk döneminde istismara uğramayan bireylere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir. Belgelenmiş bir çocuklukta cinsel veya fiziksel istismar geçmişi olanlar üzerinde yapılan bir meta-analizde istismar öyküsünün anksiyete ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. İstismar öyküsü olan kadınlar üzerinde yapılan bir araştırma, bu kadınların; 50 yaş ve üzerinde olsalar bile, istismar öyküsü olmayan kadınlara kıyasla anksiyete bozukluğu gibi sorunlardan mustarip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar, çocuklukta kötü muamele deneyiminin yetişkinlerde bile anksiyete bozukluklarının yaygınlığını etkilediğini göstermiştir (38).

Anksiyeteyi tetikleyebilecek bir diğer konu ise günümüzdeki terör olaylarıdır. Bir terör saldırısından kurtulanlar, özellikle fiziksel yaralananlarda genel nüfusa göre daha yüksek oranda anksiyete bozukluğu bildirilmektedir. 11 Eylül saldırılarını takip eden 10-11 yıl içinde, olay yerindeki polis memurları %5,8 eş zamanlı anksiyete ve TSSB, %47,7'si MDB ve anksiyete bozukluğu tanısı aldı. 2015'te Paris'te meydana gelen terör saldırılarının ardından asistan hekimlerin %11,2'sinde anksiyete bozuklukları saptanmıştır. Danimarka'da yapılan çalışmada, kaygı bozuklukları oranlarında Oslo bombalamalarından sonra %16, 11 Eylül'den sonra ise %4'lük artış olduğu bulunmuştur. MDB'de olduğu gibi, çok sayıda faktör, bir kişinin bir terör saldırısının ardından anksiyete bozukluğu geliştirme şansını artırabilir. Semptom şiddeti ile ilgili olarak, saldırıyı hatırlatan şeylere maruz kalma sıklığı, MDB ve anksiyete bozukluklarının kötüleşmesine ve ayrıca işlevsellikte düşüşe yol açabilir. Yetişkinliklerinde travmatik deneyimlere ve son yaşam streslerine maruz kalanlar, gelecekteki terörist saldırılar konusunda daha fazla endişe duyma riski altındadır (37).

Güncel olarak COVID-19 hastalarında akut psikiyatrik belirtiler bildiren çalışmalar mevcuttur. Hastaneden taburcu olan COVID-19 hastalarının değerlendirildiği; toplam 47 çalışmada en sık bildirilen psikiyatrik bozukluklar

depresyon ve/veya anksiyete olarak saptanmıştır. COVID-19 sonrası işlevsellikte azalma durumunun depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuş, kaygının ise 1-3 aylık izlemde azaldığını bildirilmiştir. COVID-19'dan kurtulanlarda, iyileşmeden 60 gün sonrasına kadar kaygının önemli ölçüde daha yüksek olduğu, ancak iyileşmeden 90 gün sonra semptomların düzeldiği bildirilmiştir. Bir diğer çalışma depresyon ve anksiyetenin bir ay sonra normal olduğunu, ancak uzun süreli TSSB'nin öncülleri olduğunu bildirmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise 3 aylık bir takipte kalıcı depresif belirtiler devam ederken, bu süre zarfında anksiyete belirtileri düzelmiştir. Komorbiditesi olan hastaların %22'sinin başlangıçta anksiyete veya depresyona sahip olduğu, bunun ise birincil komorbiditesi olmayanlarda sadece %9 olduğu bildirilmiştir. Ruhsal hastalık öyküsü ve kadın cinsiyeti; depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulan çalışmalar olduğu gibi bir diğer çalışmada ise; cinsiyet, yaş, komorbidite, enfeksiyonun şiddeti veya hastalığın süresi ile ilişkili olmayan depresyon da bildirilmiştir. Yakın tarihli bir meta-analizde, COVID-19 salgınında ama COVID-19 durumu bilinmeyen genel popülasyonda, anksiyete ve depresyon prevalansının %30'tan yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bir diğer deyişle stres ve kaygıdaki bu artışın aynı zamanda salgının dolaylı etkilerinden de kaynaklandığından söz edilebilir. Buna karşın unutulmamalıdır ki, COVID-19'dan kurtulanların takipte depresyon/anksiyete geliştirme riski daha yüksektir (39).

2.1.9. Hostilite

Öfke, sinirliliğin hafif düzeyinden şiddetli düzeyine kadar uzanan duygusal bir deneyimdir. Hostilite ise bireyin diğer kişilere, çevreye, ya da nesnelere zarar verecek kadar saldırgan bir tutum içinde olması ile karakterize bir davranış şekli olarak tanımlanabilir ve bireyin sağlığını doğrudan etkilemektedir (40).

Yaşlı bireylerin gençlere göre daha az öfkelenildiğinden veya daha öz öfke bildiriminde bulunduğundan bahsedilebilir. Pek çok duygu için kadınların kendilerini erkeklerden daha iyi ifade ettikleri ve duygularını daha yoğun yaşadıkları gösterilmiş olsa da öfke kavramı için tam tersi daha olası gözükmektedir. Ama geçmişte bu yönde yapılan çalışmalar, kızgınlık ve öfkenin cinsiyete göre farklılaşmadığını göstermiştir (41).

2019 yılında ülkemizde; yaklaşık 25 bin yetişkin bireyle görüşülerek yapılan çalışma olan TURBAHAR (Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası)'da Kısa Semptom Envanterine ait alt ölçekten elde edilen hostilete skorları ile Türkiye'nin Hostilite Haritası çıkarılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, yaş arttıkça hostilete azalmakta, bekar olmak evli ve boşanmış bireylere göre daha fazla hostilete skoruna sahip olmakta, sigara-alkol-uyuşturucu madde kullanan bireylerin kullanmayanlara göre hostilete skorları daha yüksek, lisansüstü mezunlarının hostilete puanları eğitim düzeyi daha düşüklere göre daha düşük, erkeklerdeki hostilete istatistiksel olarak kadınlardan anlamlı yüksek olsa da aradaki fark oldukça küçüktür (41).

2.1.10. Fobik Anksiyete Bozukluğu

Günümüzde Anksiyete Bozuklukları alt başlığında değerlendirilen fobik bozukluklar; 1. Agorafobi, 2. Özgül Fobi, 3. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) olmak üzere 3 ayrı başlık altında derlenebilir.

Agorafobi kavramı topluma açık yerlere yalnız gitmeye korkan insanların durumlarını tanımlamak için kullanılır. Agorafobinin yaşam boyu yaygınlık prevalansı %2-6 arasında seyretmektedir. Yaş artışı ile prevalansı düşmektedir. Agorafobi sıklıkla panik bozuklukla beraber seyretse de; DSM-5'te birbirlerinden ayrı kavramlar olarak ele alınmışlardır. Tablo-6'da Agorafobi için DSM-5'te yer alan tanı ölçütlerine yer verilmiştir (7).

Tablo 6: DSM-5 Agorafobi için Tanı Ölçütleri

A. Alttaki 5 durumdan en az 2'sinde belirgin korku ya da kaygı duyma şartı aranır
1. Toplu taşıma araçlarında bulunma
2. Kamuoyuna açık yerlerde bulunma
3. Kapalı mekanlarda bulunma
4. Sırada bekleme ya da kalabalık yerde bulunma
5. Tek başına evin dışında bulunma
B. Kaçmanın güç olabileceği/yardım alamayabileceği durumlardan korkma/kaçma
C. Agorafobik durumlar her zaman korku/kaygıya neden olur
D. Agorafobik durumdan kaçınma, eşlikçiye ihtiyaç duyma, yoğun kaygı/korku ile duruma katlanma
E. Duyulan korku/kaygı tehlike/sosyokültürel durumla orantısız/uyumsuz
F. Korku ya da kaygı sürekli olmalı ve en az 6 ay sürmelidir
G. Korku/kaygı/kaçınma klinik olarak belirgin işlevsellikte azalmaya neden olur
H. Tıbbi bir durum varsa dahi korku/kaygı/kaçınma aşırıdır
I. Diğer psikiyatrik bozukluklarla açıklanamaz

Genellikle agorafobinin başlangıcında travmatik bir öykü yer alır. Özgül fobi ise bir duruma veya nesneye karşı olan güçlü, inatçı bir korku olarak tanımlanır ve bireyi yoğun bir kaygıya itebilir. Özgül fobinin yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %10'dur. Özgül fobi kadınlarda en sık görülen psikiyatrik bozuklukken, erkeklerde ise madde ilişkili bozukluktan sonra en sık görülen ikinci bozukluktur. %50-80 arasında özgül fobiye kaygı, duygudurum veya madde bozukluğu eş-tanıları eşlik edebilir. Tablo-7'de Özgül Fobi için DSM-5'te yer alan tanı ölçütleri verilmiştir (7).

Tablo 7: DSM-5 Özgül Fobi Tanı Ölçütleri

1. Özgül bir nesne/durum ile ilgili belirgin korku/kaygı duyma hali
2. Fobi kaynağı nesne/durum neredeyse hep, doğrudan kaygı ya da korku doğurur
3. Fobi kaynağından ya etkin olarak kaçınılır ya da yoğun bir kaygıyla katlanılır
4. Duyulan korku fobi kaynağının gerçek tehlikesi ile sosyokültürel bağlamda orantısızdır
5. Korku, kaygı, kaçınma sürekli, en az altı ay sürer
6. Korku/kaygı/kaçınma klinik açıdan belirgin işlevsellikte azalmaya neden olur
7. Diğer psikiyatrik bozukluklarla açıklanamaz

Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) çeşitli toplumsal durumlara karşı, utanma eğilimi şeklinde de olabilen, korkuyu içermektedir. Yaşam boyu yaygınlığı %3-13 arasında değişmektedir. Tablo-8'de Toplumsal Kaygı Bozukluğu için DSM-5'te yer alan tanı ölçütleri verilmiştir (7).

Tablo 8: DSM-5 Toplumsal Kaygı Bozukluğu Tanı Ölçütleri

1. Kişilerin başkalarınınca değerlendirilebilecekleri bir/birkaç toplumsal durumdan belirgin korku/kaygı duymasıdır
2. Kişi olumsuz değerlendirilmekten ya da kaygı duyduğunun anlaşılmasından korkar
3. Söz konusu toplumsal durumlar neredeyse hep korku/kaygı doğurur
4. Söz konusu toplumsal durumdan ya kaçınılır ya da yoğun bir kaygı/korku ile katlanılır
5. Duyulan korku/kaygı katlanılacak duruma göre sosyokültürel bağlamda orantısızdır
6. Korku/kaygı/kaçınma sürekli ve en az 6 ay sürmelidir
7. Korku/kaygı/kaçınma davranışı bireyin işlevselliğini düşürür
8. Madde etkisi/tıbbi fizyolojik bir durum etkisi ile açıklanamaz
9. Diğer psikiyatrik bozukluklarla açıklanamaz
Tıbbi bir durum olsa dahi korku/kaygı/kaçınma bunla ilişkisiz veya aşırı düzeydedir

2.1.11. Paranoid Düşünce

Paranoid kişilik bozukluğu sürekli ve orantısız bir şekilde güvensizlik ve şüphecilikle karakterize olup, diğer insanları kötü niyetli yorumlama, kuşkucu ve güvensiz olma halidir. Sorumluluk reddi, düşmanca tavır takınma, çabuk öfkelenme gibi semptomları mevcuttur. Toplumdaki genel yaygınlığı %2-4 arasındadır.

Erkeklerde kadınlardan daha sık görülmekte birlikte genelde tedavi ihtiyacı hissetmedikleri düşüncesindedirler. Azınlıklarda, işitme güçlüğü yaşayanlarda ve göç eden bireylerde daha sık görülür. Tablo-9’da Paranoid Kişilik Bozukluğu için DSM-5’te yer alan tanı ölçütleri verilmiştir (7).

Paranoid kişilik bozukluğu ile sanrılı bozukluklar arasında ilişki olduğuna yönelik çalışmalar olsa da son çalışmalar aralarında ilişki kuramamıştır. Paranoid kişilik bozukluğu için kabul edilen risk faktörleri fiziksel beyin travması veya psikolojik travma öyküsü olmasıdır (42,43). Paranoid düşünceler ile amigdala fonksiyonu arasında bağ kuran çalışmalar da mevcuttur (44).

Tablo 9: DSM-5 Paranoid (Kuşkucu) Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden en az 4’ünün olması gereklidir
1. Yeterli temeli olmadan, kendisinin sömürüldüğünden, aldatıldığından ve kötülük yapıldığından şüphelenir
2. Yakınlarının/arkadaşlarının bağlılıkları/güvenirlilikleri için yersiz kuşulanır
3. Kendine karşı kullanılma korkusu nedeniyle sır vermek istemezler
4. Sıradan sözden/olaydan sonra bile aşağılandığı/gözdağı verildiği hissine kapılırlar
5. Sürekli kin beslerler
6. Anlaşılamaz şekilde bazı davranışları kendisine kişisel saldırı olarak algılar ve ani öfke veya saldırı ile karşılık verirler
7. Partnerinin sadakatsizliği ile ilgili yineleyici/yersiz şüpheleri vardır
B. Başka bir ruhsal hastalık gidişatı sırasında ortaya çıkmaz, tıbbi fizyolojik bir duruma bağlanamaz

2.1.12. Psikotizizm

Psikotizizm; psikotik bozukluklar için bir potansiyel anlamı taşıyan, soğuk, mesafeli, saldırgan, dürtüsel, duygusuz, empati kuramayan, izolasyon ve antisosyal davranış ile karakterize bir kişilik boyutudur (6).

Bir meta analizin sonuçları; psikotizizm alanındaki üç bileşenin (sıra dışılık, algısal düzensizlik ve anormal inançlar) antisosyal kişilik bozukluğu ile anlamlı ilişkilere ulaştığını, ancak bu hastalığın bir parçası olmadığını gösterdi. Bu bulgular genel olarak Eysenck’in disinhibisyon ve psikozun aynı sürekliliği paylaştığı önermesi ile uyumludur ve birinciden ikinciye doğru bir ilerleme olduğunu gösterir. Ek bir konuda, Psikotizm ile olan karmaşık birlikteliklerin, kısmen diğer özelliklere göre heterojenliği veya bireyin özgüllüğünden kaynaklanabileceğidir. Bu çalışma Eysenck’in psikotizmi, antisosyal eğilimlerle ilişkilendiren modeliyle uyumludur.

Psikotizmi ayrı bir kişilik alanı olarak görmek yerine, kişilik bozukluğunun şiddetini, dissosiyatif durumların veya psikotik benzeri inançların/algıların/eksantrik davranışların varlığını kapsamlı bir şekilde kapsayan/yansıtan bir özellik olarak görmek daha doğru olacaktır (45).

2.1.13. Ek Semptomlar

Kısa semptom envanterinde tanımlanan ek semptomlar; uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk duygusunu içerir.

Uyku bozuklukları; uykunun yaşamımızda kapladığı zaman ve sağlığa etkisi açısından düşünüldüğünde ne kadar ek semptom başlığında yer alsada önemlidir. Yapılan bir meta-analize göre kadınlar uykusuzluğa daha yatkın bulunmuştur. Uyku bozuklukları konusunda prevalans verileri ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Uyku bozukluklarının organik sebeplere dayanabileceğini ihmal etmemek gerekmektedir (46). Uyku bozukluğu yaygın bir sorundur ve genel nüfusun yaklaşık %30'u en azından bazı uykusuzluk semptomları ve uykuya ilgili rahatsızlıklar bildirmektedir (47).

Bir diğer ek semptom olan yeme bozukluğunun ise; dünya çapında kadınlarda %1,5, erkeklerde ise %0,3 olduğu tahmin edilmektedir. Yeme bozuklukları hem obezite, tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon gibi organik hastalıklarla hem de duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları, artmış suikid riski gibi psikiyatrik durumlarla ilişkilidir (48).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. ÇALIŞMANIN TÜRÜ ve EVRENİ

Kesitsel desende planlanan çalışmanın evrenini Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Tuzla E-ASM'ye kayıtlı 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır (n=8283). Kesitsel tipteki çalışma 05.05.2022-31.08.2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya bilinen evrende bilinmeyen prevalansta, %50 sıklık, %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %10 veri kaybı göz önüne alınarak 400 hastanın dahil olması planlanmış olup yaklaşık fire payı da eklenerek çalışmaya 446 katılımcı dahil edilmiştir.

3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ve DIŞLANMA KRİTERLERİ

Dahil olma kriterleri:

- Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine 05.05.2022 ve 31.08.2022 tarihleri arasında başvuran bireyler
- 18 yaş ve üzeri olma
- Gönüllü olma

Dışlanma kriterleri:

- Şahsi onam veremeyecek düzeyde mental ve fiziksel engelliliği olan kişiler

3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmamızdaki tüm katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, eş ve çocuk dışında aynı hanede beraber yaşayan akraba durumu, hane halkı sayısı, çocuk sayısı, gelir düzeyi, bedensel özürlülük durumu, kronik hastalık varlığı, kullandığı ilaç bilgisi, genel sağlık algısı, kaç yıldır İstanbul'da yaşadığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara kullanımı ve alkol kullanım durumu gibi sosyodemografik bilgiler ve kısa semptom envanterinin 53 soruluk anket formu aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Tüm katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan hastanın genel özelliklerini belirlemek amacıyla cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, eş ve çocuk dışında aynı hanede beraber yaşayan akraba durumu, hane halkı sayısı, çocuk sayısı, gelir düzeyi, bedensel özürllük durumu, kronik hastalık varlığı, kullandığı ilaç bilgisi, genel sağlık algısı, kaç yıldır İstanbul’da yaşadığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara kullanımı ve alkol kullanım durumu sorgulayan toplam 17 soruluk anket formu yüz yüze uygulanmıştır.

3.3.2. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory; KSE) kendini değerlendirme türü bir ölçek olup, SCL-90 (Symptom Check List-90) Semptom Belirleme Listesi temeline dayanarak geliştirilmiştir. Geçmişte çeşitli hastalık durumlarındaki psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla kullanılmıştır. KSE; SCL-90 gibi 9 alt ölçek ve global rahatsızlık belirleyici 3 ölçekten meydana gelmektedir (49). Kısa Semptom Envanteri; 1992 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiş 53 maddelik bir ölçektir. Ölçek normal örnekleme olduğu gibi, çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda da ortaya çıkan psikolojik semptomları yakalamak amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. Ölçek yaklaşık 10 dk içerisinde cevaplanabilen 0-4 puan arası puanlanan 5’li likert tipte kısa sorular içermektedir. Her madde için “hiç yok”, “biraz var”, “orta derecede var”, “epey var”, “çok fazla var” seçeneklerinden birinin seçilip işaretlenmesi istenmektedir. Puan aralığı 0-212 arasındadır. Ölçeğin orijinalinde yer alan alt ölçekler; “somatizasyon”, “obsesif-kompulsif bozukluk”, “kişilerarası duyarlılık”, “depresyon”, “anksiyete”, “hostilite”, “fobik anksiyete”, “paranoid düşünceler” ve “psikotizm”dir. Ayrıca uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları ile ilgili belirtileri içeren ek semptomlar boyutu yer almaktadır. Somatizasyon: 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37. maddeler, Obsesif-Kompulsif Bozukluk: 5, 15, 26, 27, 32, 36. maddeler, Kişiler Arası Duyarlılık: 20, 21, 22 ve 42. maddeler, Depresyon: 9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler, Anksiyete Bozukluğu: 1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler, Hostilite: 6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler, Fobik Anksiyete: 8, 28, 31, 43 ve 47.

maddeler, Paranoid Düşünceler: 4, 10, 24, 48, ve 51. maddeler ve Psikotizm: 3, 14, 34, 44 ve 53. Maddeler, ek semptomlar ise 11, 25, 39 ve 52. numaralı maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin bundan başka üç global indeksi bulunmaktadır. Bu global indeksler;

1. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (Global Severity Index): Alt ölçeklerinin toplamının 53'e bölünmesi ile hesaplanır.
2. Belirti Toplamı İndeksi (Positive Symptom Total): 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.
3. Semptom Rahatsızlık İndeksi (Positive Symptom Distress Index) ise alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesiyle elde edilir.

Rahatsızlık ciddiyet indeksi mevcut tablonun ağırlığının en iyi tek göstergesidir, semptomların sayısı ve yoğunluğu hakkındaki bilgileri birleştirir. Alt ölçek puanlarının ve genel belirti puanının yüksekliği kişide psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenirliliği ve geçerliliği Şahin ve Durak tarafından 1994'te yapılmıştır. Dokuz alt ölçek için tutarlılık katsayıları 0,71-0,85 arasında değişmektedir (49-53).

3.4. ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Elde edilen çalışma verileri IBM SPSS Statistics 28.0 programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı değerler sayı, yüzde, ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (maksimum-minimum) olarak belirtilmiştir. Gözlenen frekans ile beklenen frekansın anlamlı olup olmadığını, iki ya da daha çok grup arasında fark olup olmadığını test etmek ve iki değişken arasında bağ olup olmadığını belirlemek için "Ki-kare testi" kullanılmıştır. İkili testler sonucunda anlamlı çıkan parametreler ise lojistik regresyon ile ileri analize tabii tutulmuştur. Yapılan tüm testlerde; anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.5. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Etik Kurulu'ndan 12.07.2021 tarihli ve 2021/514/205/7 numaralı alınan etik kurul onayı Ek-3 ile sunulmuştur. Çalışmaya gönüllü olarak dahil olan katılımcılara çalışmayla ilgili bilgi verilmiş ve katılımcılar Aydınlatılmış Onam Formunu (Ek-2) okuyarak imzalamışlardır.

3.6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmadaki katılımcıların kısa semptom envanterine verdikleri cevapların; eğitim durumları, ruhsal duygulanım dalgalanmaları, sosyokültürel özellik, iç görü ve farkındalık durumlarına göre değişiklik göstermesi çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Bir diğer kısıtlılık ise Tuzla E-ASM bölgesinde envanteri oryante olarak uygulayabilen popülasyonun sosyokültürel olarak orta-yüksek seviyeye sahip olması nedeniyle çalışma sonuçlarının, tüm topluma genellenememesidir.

4. BULGULAR

4.1. ÇALIŞMAYA KATILANLARIN GENEL ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya toplam 446 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $42,4 \pm 14,7$ yıldır. Katılımcıların %51,6 (n=230)'sı kadın, %48,4 (n=216)'ü erkektir. Katılımcıların %62,8 (n=280)'i evli, %67,5 (n= 301)'i üniversite ve üstü düzeyde eğitime sahip, %87,9 (n=392)'u apartman dairesinde yaşıyordu. Katılımcıların ortalama hane halkı büyüklüğü 3 (0-9) ve ortalama çocuk sayısı 1 (0-6)'dır. Katılımcıların genel özellikleri Tablo-10'da verilmiştir.

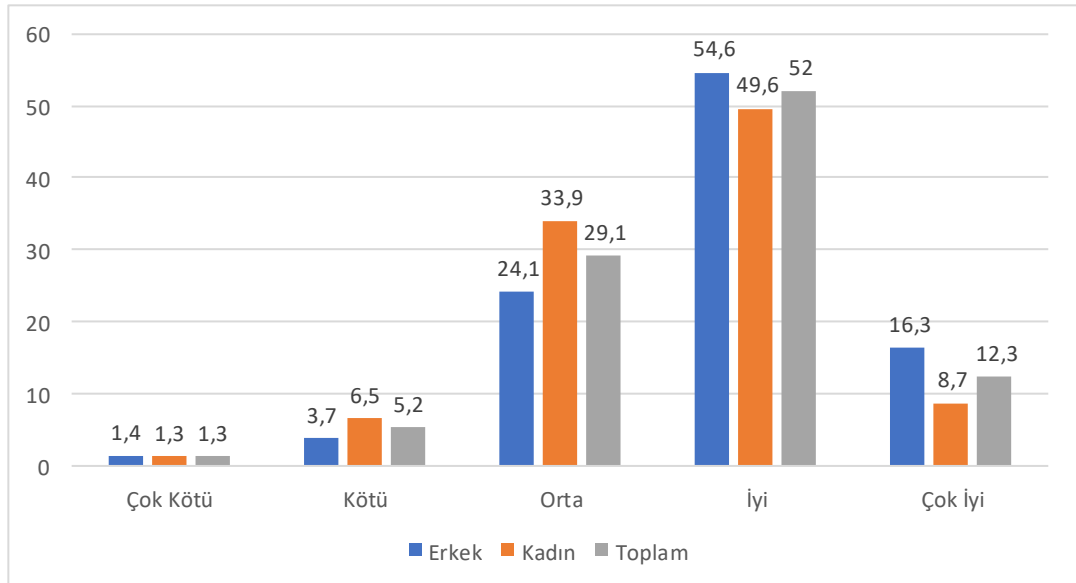
Tablo 10: Katılımcıların Genel Özellikleri

		% (n)
Cinsiyet	Erkek	48,4 (216)
	Kadın	51,6 (230)
Yaş (Yıl)	42,4 $\pm$ 14,7	
	18-35	36,5 (163)
	36-64	54,3 (242)
	≥ 65	9,2 (41)
Medeni Durum	Evli	62,8 (280)
	Bekar	28,9 (129)
	Dul/Boşanmış	8,3 (37)
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	20,0 (89)
	9-12 yıl	12,5 (56)
	12 yıl üstü	67,5 (301)
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	10,3 (46)
	Apartman dairesi	87,9 (392)
	Diğer	1,8 (8)
Gelir Düzeyi	Asgari ücret altı	17,5 (78)
	Asgari ücret	17,7 (79)
	Asgari ücretin üstü	64,8 (289)
Hane Halkı Büyüklüğü	3 (1-9)	
Çocuk Sayısı	1 (0-6)	

Katılımcıların %14,8 (n=66)'i tek yaşamaktadır. Öte yandan katılımcıların %22,0 (n=98)'i geniş aile ve %63,2 (n=282)'si çekirdek ailedir. Hane halkı sayısı incelendiğinde 4 ve üstü büyüklüğe sahip katılımcı oranı %37,2 (n=166)'dır. Çocuk sayısı açısından ise hiç çocuğu olmayan katılımcı oranı %39,0 (n=174), bir çocuğu olan katılımcı oranı %16,4 (n=73), iki çocuğu olan katılımcı oranı %35,0 (n=156) ve üç ve üstü çocuğu olan katılımcı oranı 9,6 (n=43)'dir. Katılımcılara kaç yıldır İstanbul'da yaşadıkları sorulmuş; ortalama yaşam süresi 20,0 ±17,5 olarak bulunmuştur. Katılımcıları %37,9 (n=169)'u 10 yıldan daha az süre İstanbul'da yaşamaktayken, %62,1 (n=277)'i 10 yıl ve daha uzun süredir İstanbul'da yaşamaktaydı.

Katılımcıların %3,1 (n=14)'inin herhangi bir bedensel engellilik durumu varken, %31,2 (n=139)'sinin en az bir kronik hastalığı mevcuttu, katılımcıların %34,8 (n=155)'i en az bir tane ilaç kullanmaktaydı.

Katılımcılara genel sağlık durumlarını nasıl algıladıkları sorulmuştur. Katılımcıların %1,3 (n=6)'ü genel sağlık durumunu çok kötü, %5,2 (n=23)'si kötü olarak algılayırken, %52,0 (n=232)'i genel sağlık durumunu iyi, %12,3 (n=55)'ü çok iyi olarak belirtmiştir (Şekil 1). Kadın ve erkek katılımcılar arasında genel sağlık algısı açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0,026).



Şekil 1: Katılımcıların Genel Sağlık Algısı

Katılımcıların daha önce bir psikiyatrik hastalık tanısı alıp almadıkları, aldılarsa hangi tanıyı aldıkları Tablo-11’de derlenmiştir. Tablo izlendiğinde kadın ve erkek katılımcılar arasında psikiyatrik hastalık tanısı öyküsü açısından anlamlı bir farklılık mevcuttur ($p=0,000$). Kadın katılımcılarda psikiyatrik hastalık öyküsü erkek katılımcılardan anlamlı olarak fazladır. Öte yandan daha önce tanı almış hastalar ele alındığında konulan tanı cinsiyet ile farklılık göstermektedir.

Tablo 11: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Psikiyatrik Hastalık Tanı Öyküleri

		Erkek % (n)	Kadın % (n)	Toplam % (n)	p*
Hastalık Tanısı	Evet	5,1 (11)	15,7 (36)	10,5 (47)	0,000
	Hayır	94,9 (205)	84,3 (194)	89,5 (399)	
Depresyon**	Evet	27,3 (3)	47,2 (17)	42,6 (20)	0,310
	Hayır	72,7 (8)	52,8 (19)	57,4 (27)	
Panik Bozukluk**	Evet	9,1 (1)	16,7 (6)	14,9 (7)	1,000
	Hayır	90,9 (10)	83,3 (30)	85,1 (40)	
Anksiyete Bozuklukları**	Evet	45,5 (5)	36,1 (13)	38,3 (18)	0,726
	Hayır	54,5 (6)	63,9 (23)	61,7 (29)	
OKB**	Evet	0,0 (0)	2,8 (1)	2,1 (1)	1,000
	Hayır	100,0 (11)	97,2 (35)	97,9 (46)	
DEHB**	Evet	2,8 (1)	18,2 (2)	6,4 (3)	0,132
	Hayır	97,2 (35)	81,8 (9)	93,6 (44)	

* Ki-kare testi, ** Sadece tanı alan hastalar içinde, OKB: Obsesif-kompulsif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Katılımcıların daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olma durumları ile genel özellikleri arasındaki ilişkiler Tablo-12’de verilmiştir. Cinsiyet dışında hiçbir demografik özellik ile psikiyatrik hastalık öyküsü olması açısından anlamlı farklılık gösterilememiştir.

Tablo 12: Katılımcıların Psikiyatrik Hastalık Tanısı Olma Durumunun Demografik Özelliklerle İlişkisi

		Hastalık tanısı var % (n)	Hastalık tanısı yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	23,4 (11)	51,4 (205)	0,000
	Kadın	76,6 (36)	48,6 (194)	
Yaş (yıl)	18-35	55,3 (26)	34,3 (137)	0,010
	36-64	42,6 (20)	55,7 (222)	
	≥65	2,1 (1)	10,0 (40)	
Medeni Durum	Evli	51,1 (24)	64,2 (256)	0,093
	Bekar	42,5 (20)	27,3 (109)	
	Dul/Boşanmış	6,4 (3)	8,5 (34)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	14,9 (7)	20,5 (82)	0,547
	9-12 yıl	10,6 (5)	12,8 (51)	
	12 yıl üstü	74,5 (35)	66,7 (266)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	8,5 (4)	10,5 (42)	0,900
	Apartman dairesi	89,4 (42)	97,7 (350)	
	Diğer	2,1 (1)	1,8 (7)	
Gelir Düzeyi	Asgari ücret altı	8,5 (4)	18,6 (74)	0,547
	Asgari ücret	23,4 (11)	17,0 (68)	
	Asgari ücretin üstü	68,1 (32)	64,4 (257)	
Hane Halkı Büüklüğü	1	17,0 (8)	12,8 (51)	0,878
	2	25,5 (12)	26,6 (106)	
	3	21,3 (10)	23,3 (93)	
	≥4	36,2 (17)	37,3 (149)	
Çocuk Sayısı	0	48,9 (23)	37,9 (151)	0,322
	1	19,2 (9)	16,0 (64)	
	2	25,5 (12)	36,1 (144)	
	≥3	6,4 (3)	10,0 (40)	

* Ki-kare testi

Katılımcıların %25,6 (n=114)'sı sigara kullanmakta idi. Alkol kullanan katılımcı oranı ise %33,4 (n=149)'tür. Daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olanların %34,0 (n=16)'ı sigara kullanmaktayken, daha önce tanı almamışlarda bu oran %24,6 (n=98)'dir (p=0,161). Daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olanların %42,6 (n=20)'sı alkol kullanmaktayken, daha önce tanı almamış olanlarda bu oran %32,3 (n=129)'tür (p=0,191).

Katılımcıların daha önce tanı almış olma durumları ile genel sağlık algıları arasındaki ilişkiler Tablo-13'te verilmiştir. Tablo izlendiğinde daha öncesinde hastalık tanısı olanların genel sağlık algısının çok kötü ve kötü olma oranının daha önceden tanısı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,011).

Tablo 13: Daha Önceden Hastalık Tanısı Almış Olma Durumunun Genel Sağlık Algısı ile İlişkisi

	Hastalık tanısı var % (n)	Hastalık tanısı yok % (n)	p*
Çok Kötü	6,4 (3)	0,7 (3)	0,011
Kötü	8,5 (4)	4,8 (19)	
Orta	34,0 (16)	28,6 (114)	
İyi	42,6 (20)	53,1 (212)	
Çok İyi	8,5 (4)	12,8 (51)	

* Ki-kare testi

Hastaların Kısa Semptom Envanterine göre 9 alt boyutta psikiyatrik semptom varlıkları incelenmiş ve dağılımları Tablo 14'te verilmiştir. Tablo izlendiğinde hastaların, %4,7 (n=21)'sinde somatizasyon, %5,6 (n=25)'sında obsesyon, %6,3 (n=28)'ünde kişilerarası duyarlılık, %6,3 (n=28)'ünde depresyon, %3,8 (n=17)'inde anksiyete, %5,4 (n=24)'ünde hostilite, %5,6 (n=25)'sında fobi, %3,1 (n=14)'inde paranoid düşünce, %6,7 (n=30)'sinde psikotizm ve %6,5 (n=29)'ünde ek semptomlar bulunmaktadır. Somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobi ve ek semptomlar açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık mevcuttu.

Tablo 14: Katılımcıların Cinsiyete Göre Psikiyatrik Semptom Varlığı

		Kadın % (n)	Erkek % (n)	Toplam % (n)	p*
Somatizasyon	Evet	7,4 (17)	1,9 (4)	4,7 (21)	0,006
	Hayır	92,6 (213)	98,1 (212)	95,3 (425)	
Obsesyon	Evet	7,8 (18)	3,2 (7)	5,6 (25)	0,040
	Hayır	92,2 (212)	96,8 (209)	94,4 (421)	
Kişilerarası Duyarlılık	Evet	9,6 (22)	2,8 (6)	6,3 (28)	0,003
	Hayır	90,4 (208)	97,2 (210)	93,7 (418)	
Depresyon	Evet	8,7 (20)	3,7 (8)	6,3 (28)	0,033
	Hayır	91,3 (210)	96,3 (208)	93,7 (418)	
Anksiyete	Evet	5,7 (13)	1,9 (4)	3,8 (17)	0,047
	Hayır	94,3 (217)	98,1 (212)	96,2 (429)	
Hostilite	Evet	4,3 (10)	6,5 (14)	5,4 (24)	0,402
	Hayır	95,7 (220)	93,5 (202)	94,6 (422)	
Fobi	Evet	7,8 (18)	3,2 (7)	5,6 (25)	0,040
	Hayır	92,2 (212)	96,8 (209)	94,4 (421)	
Paranoid Düşünce	Evet	3,9 (9)	2,3 (5)	3,1 (14)	0,420
	Hayır	96,1 (221)	97,7 (211)	96,9 (432)	
Psikotisizm	Evet	8,7 (20)	4,6 (10)	6,7 (30)	0,092
	Hayır	91,3 (210)	95,4 (206)	93,3 (416)	
Ek semptomlar	Evet	9,1 (21)	3,7 (8)	6,5 (29)	0,022
	Hayır	90,9 (209)	96,3 (208)	93,5 (417)	

* Fisher's Exact Test

4.2. KATILIMCILARIN PSİKİYATRİK SEMPTOM SIKLIKLARI

4.2.1. Somatizasyon

Somatizasyon varlığı ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo-15'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde somatizasyon varlığı ile cinsiyet, eğitim durumu, yaşanan yer, çocuk sayısı ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumu ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 15: Somatizasyon ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

		Somatizasyon Var % (n)	Somatizasyon Yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	19,0 (4)	49,9 (212)	0,006
	Kadın	81,0 (17)	50,1 (213)	
Yaş (yıl)	18-35	42,9 (9)	36,3 (154)	0,499
	36-64	42,9 (9)	54,8 (233)	
	≥65	14,3 (3)	8,9 (38)	
Medeni Durum	Evli	42,9 (9)	63,8 (271)	0,129
	Bekar	47,6 (10)	28,0 (119)	
	Dul/Boşanmış	9,5 (2)	8,2 (35)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	42,9 (9)	18,8 (80)	0,027
	9-12 yıl	9,5 (2)	12,7 (54)	
	12 yıl üstü	47,6 (10)	68,5 (291)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	9,5 (2)	10,4 (44)	0,024
	Apartman dairesi	81,0 (17)	88,2 (375)	
	Diğer	9,5 (2)	1,4 (6)	
Gelir Düzeyi	< Asgari ücret	28,6 (6)	16,9 (72)	0,098
	Asgari ücret	28,6 (6)	17,2 (73)	
	> Asgari ücret	42,8 (9)	65,9 (280)	
Hane Halkı Büyükülüğü	1	14,3 (3)	13,2 (56)	0,406
	2	38,1 (8)	25,9 (110)	
	3	9,5 (2)	23,7 (101)	
	≥4	38,1 (8)	37,2 (158)	
Çocuk Sayısı	0	57,1 (12)	38,1 (162)	0,007
	1	14,3 (3)	16,5 (70)	
	2	4,8 (1)	36,5 (155)	
	≥3	23,8 (5)	8,9 (38)	
Bedensel Özürlülük	Var	0,0 (0)	3,3 (14)	1,000
	Yok	100,0 (21)	96,7 (411)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	28,6 (6)	9,6 (41)	0,016
	Yok	71,4 (15)	90,4 (384)	
Kronik Hastalık	Var	42,9 (9)	30,6 (130)	0,237
	Yok	57,1 (12)	69,4 (295)	
Sigara	Var	9,5 (2)	26,4 (112)	0,122
	Yok	90,5 (19)	73,6 (313)	
Alkol	Var	28,6 (6)	33,6 (143)	0,813
	Yok	71,4 (15)	66,4 (282)	

* Ki-kare testi

İkili testlerde anlamlı çıkan parametrelerin çoklu analiz sonuçları Tablo-16’da verilmiştir. İkili analizlerde anlamlı bulunan cinsiyet, eğitim değişkenleri anlamlılığını tamamen yitirmiştir. Yaşanılan yer açısından müstakil evde yaşayanlar referans kabul edildiğinde diğer yerlerde yaşayanlar 0,048 kat [0,006-0,417; 0,006] daha azdır. Çocuk sayısı açısından ise hiç çocuğu olmayanlar referans alındığında 3 ve üstü çocuk sahibi olanlarda somatizasyon 0,065 kat [0,007-0,633; 0,019] daha azdır. Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar referans alındığında öyküsü olmayanların somatizasyon varlığı 3,550 kat [1,133-11,224; 0,030] daha fazladır.

Tablo 16: Somatizasyon Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi

		β	OR	%95 CI	p*
Cinsiyet	Kadın (Ref)				
	Erkek	1,160	3,191	0,956-10,653	0,059
Eğitim	8 yıl ve altı (Ref)				
	9-12 yıl	1,060	2,887	0,502-16,585	0,235
	12 yıl üstü	1,016	2,763	0,485-15,744	0,252
Yaşanılan yer	Müstakil ev (Ref)				
	Apartman dairesi	-0,171	0,843	0,157-4,520	0,842
	Diğer	-3,034	0,048	0,006-0,417	0,006
Çocuk sayısı	0 (Ref)				
	1	0,805	2,237	0,490-10,222	0,299
	2	2,407	11,106	0,490-10,222	0,050
	≥ 3	-2,726	0,065	0,007-0,633	0,019
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var (Ref)				
	Yok	1,267	3,550	1,133-11,224	0,030

*Backward Logistic Regression

Somatizasyon varlığı ile genel sağlık algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; somatizasyon varlığı olanların %14,3 (n=3)’ü kötü-çok kötü, %47,6 (n=10)’sı orta, %38,1 (n=8)’i iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahipken, bu oran somatizasyonu olmayanlarda sırasıyla %6,1 (n=26), %28,2 (n=120) ve %65,7 (n=279) bulunmuştur (p=0,063).

4.2.2. Obsesyon

Tablo 17: Obsesyon ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

		Obsesyon Var % (n)	Obsesyon Yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	28,0 (7)	49,6 (209)	0,040
	Kadın	72,0 (18)	50,4 (212)	
Yaş (Yıl)	18-35	60,0 (15)	35,2 (148)	0,025
	36-64	40,0 (10)	55,1 (232)	
	≥ 65	0,0 (0)	9,7 (41)	
Medeni Durum	Evli	52,0 (13)	63,4 (267)	0,049
	Bekar	48,0 (12)	27,8 (117)	
	Dul/Boşanmış	0,0 (0)	8,8 (37)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	12,0 (3)	20,4 (86)	0,568
	9-12 yıl	12,0 (3)	12,6 (53)	
	12 yıl üstü	76,0 (19)	67,0 (282)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	8,0 (2)	10,4 (44)	0,652
	Apartman dairesi	88,0 (22)	87,9 (370)	
	Diğer	4,0 (1)	1,7 (7)	
Gelir Düzeyi	< Asgari ücret	20,0 (5)	17,3 (73)	0,606
	Asgari ücret	24,0 (6)	17,3 (73)	
	> Asgari ücret	56,0 (14)	65,4 (275)	
Hane Halkı Büyükülüğü	1	12,0 (3)	13,3 (56)	0,349
	2	40,0 (10)	25,6 (108)	
	3	12,0 (3)	23,8 (100)	
	≥4	36,0 (9)	37,3 (157)	
Çocuk Sayısı	0	60,0 (15)	37,8 (159)	0,167
	1	12,0 (3)	16,6 (70)	
	2	20,0 (5)	35,9 (151)	
	≥3	8,0 (2)	9,7 (41)	
Bedensel Özürlülük	Var	4,0 (1)	3,1 (13)	0,560
	Yok	96,0 (24)	96,9 (408)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	24,0 (6)	9,7 (41)	0,037
	Yok	76,0 (19)	90,3 (380)	
Kronik Hastalık	Var	36,0 (9)	30,9 (130)	0,658
	Yok	64,0 (16)	69,1 (291)	
Sigara	Var	32,0 (8)	25,2 (106)	0,480
	Yok	68,0 (17)	74,8 (315)	
Alkol	Var	32,0 (8)	33,5 (141)	1,000
	Yok	68,0 (17)	66,5 (280)	

* Ki-kare testi

Obsesyon varlığı ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo-17’de verilmiştir. Tablo izlendiğinde obsesyon varlığı ile cinsiyet, yaş, medeni durum ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumu ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

İkili testlerde anlamlı çıkan parametrelerin çoklu analiz sonuçları Tablo-18’de verilmiştir. İkili analizlerde anlamlı bulunan cinsiyet, yaş, medeni durum ve psikiyatrik hastalık öyküsü değişkenleri anlamlılığını tamamen yitirmiştir.

Tablo 18: Obsesyon Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi

		β	OR	%95 CI	p*
Cinsiyet	Kadın (Ref)				
	Erkek	0,743	2,103	0,848-5,211	0,109
Yaş	18-35 (Ref)				
	36-64	0,745	2,107	0,912-4,867	0,081
	≥65	17,952	6,259	0,000	0,998
Medeni Durum	Evli (Ref)				
	Bekar	0,327	1,386	0,520-3,694	0,514
	Dul/Boşanmış	17,937	6,168	0,000	0,998
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var (Ref)				
	Yok	0,738	2,091	0,765-5,712	0,150

*Backward Logistic Regression

Obsesyon varlığı ile genel sağlık algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; obsesyon varlığı olanların %8,0 (n=2)’i kötü-çok kötü, %48,0 (n=12)’i orta, %44,0 (n=11)’i iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahipken, bu oran obsesyonu olmayanlarda sırasıyla %6,4 (n=27), %28,0 (n=118) ve %65,6 (n=276) bulunmuştur (p=0,196).

4.2.3. Kişilerarası Duyarlılık

Kişilerarası duyarlılık ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo-19’da verilmiştir. Tablo izlendiğinde kişilerarası duyarlılık varlığı ile cinsiyet, medeni durum ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumu ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 19: Kişilerarası Duyarlılık ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

		KD** Var % (n)	KD** Yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	21,4 (6)	50,2 (210)	0,003
	Kadın	78,6 (22)	49,8 (208)	
Yaş (Yıl)	18-35	53,6 (15)	35,4 (148)	0,154
	36-64	39,3 (11)	55,3 (231)	
	≥65	7,1 (2)	9,3 (39)	
Medeni Durum	Evli	39,3 (11)	64,3 (269)	0,011
	Bekar	53,6 (15)	27,3 (114)	
	Dul/Boşanmış	7,1 (2)	8,4 (35)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	14,3 (4)	20,3 (85)	0,666
	9-12 yıl	10,7 (3)	12,7 (53)	
	12 yıl üstü	75,0 (21)	67,0 (280)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	7,1 (2)	10,5 (44)	0,662
	Apartman dairesi	89,3 (25)	87,8 (367)	
	Diğer	3,6 (1)	1,7 (7)	
Gelir Düzeyi	< Asgari ücret	10,7 (3)	17,9 (75)	0,610
	Asgari ücret	17,9 (5)	17,7 (74)	
	> Asgari ücret	71,4 (20)	64,4 (269)	
Hane Halkı Büyükülüğü	1	21,4 (6)	12,7 (53)	0,534
	2	25,0 (7)	26,5 (111)	
	3	25,0 (7)	23,0 (96)	
	≥4	28,6 (8)	37,8 (158)	
Çocuk Sayısı	0	60,7 (17)	37,5 (157)	0,061
	1	14,3 (4)	16,5 (69)	
	2	14,3 (4)	36,4 (152)	
	≥3	10,7 (3)	9,6 (40)	
Bedensel Özürlülük	Var	0,0 (0)	3,3 (14)	1,000
	Yok	100,0 (28)	96,7 (404)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	25,0 (7)	9,6 (40)	0,019
	Yok	75,0 (21)	90,4 (378)	
Kronik Hastalık	Var	32,1 (9)	31,1 (130)	1,000
	Yok	67,9 (19)	68,9 (288)	
Sigara	Var	25,0 (7)	25,6 (107)	1,000
	Yok	75,0 (21)	74,4 (311)	
Alkol	Var	42,9 (12)	32,8 (137)	0,303
	Yok	57,1 (16)	67,2 (281)	

* Ki-kare testi, **Kişilerarası Duyarlılık

İkili testlerde anlamlı çıkan parametrelerin çoklu analiz sonuçları Tablo-20’de verilmiştir. İkili analizlerde anlamlı bulunan psikiyatrik hastalık öyküsü değişkenleri anlamlılığını tamamen yitirmiştir. Cinsiyet açısında erkekler referans kabul

edildiğinde kadınlarda kişilerarası duyarlılık varlığı 3,042 kat [1,184-7,815; 0,021] daha fazladır. Medeni durum açısından ise evli olanlar referans alındığında bekarların kişilerarası duyarlılık varlığı 2,726 kat [1,195-6,218; 0,017] daha fazladır.

Tablo 20: Kişilerarası Duyarlılık Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi

		β	OR	%95 CI	p*
Cinsiyet	Erkek (Ref)				
	Kadın	1,113	3,042	1,184-7,815	0,021
Medeni Durum	Evli (Ref)				
	Bekar	1,003	2,726	1,195-6,218	0,017
	Dul/Boşanmış	-0,264	0,768	0,161-3,671	0,111
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var (Ref)				
	Yok	0,773	2,166	0,836-5,609	0,111

*Backward Logistic Regression

Kişilerarası duyarlılık varlığı ile genel sağlık algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; kişilerarası duyarlılığı olanların %16,7 (n=4)'si kötü-çok kötü, %37,5 (n=9)'i orta, %45,8 (n=11)'i iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahipken, bu oran kişilerarası duyarlılığı olmayanlarda sırasıyla %6,6 (n=23), %28,6 (n=118) ve %65,8 (n=271) bulunmuştur (p=0,059).

4.2.4. Depresyon

Depresyon ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo-21'de verilmiştir. Tablo izlendiğinde depresyon varlığı ile cinsiyet, yaş, medeni durum ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumu ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 21: Depresyon ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

		Depresyon Var % (n)	Depresyon Yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	28,6 (8)	49,8 (208)	0,033
	Kadın	71,4 (20)	50,2 (210)	
Yaş (Yıl)	18-35	60,7 (17)	34,9 (146)	0,013
	36-64	39,3 (11)	55,3 (231)	
	≥65	0,0 (0)	9,8 (41)	
Medeni Durum	Evli	42,9 (12)	64,1 (268)	0,038
	Bekar	50,0 (14)	27,5 (115)	
	Dul/Boşanmış	7,1 (2)	8,4 (35)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	3,6 (1)	21,1 (88)	0,080
	9-12 yıl	14,3 (4)	12,4 (52)	
	12 yıl üstü	82,1 (23)	66,5 (278)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	7,1 (2)	10,5 (44)	0,662
	Apartman dairesi	89,3 (25)	87,8 (367)	
	Diğer	3,6 (1)	1,7 (7)	
Gelir	< Asgari ücret	10,7 (3)	17,9 (75)	0,610
	Asgari ücret	17,9 (5)	17,7 (74)	
	> Asgari ücret	71,4 (20)	64,4 (269)	
Hane Halkı Büyükülüğü	1	25,0 (7)	12,4 (52)	0,168
	2	32,1 (9)	26,1 (109)	
	3	17,9 (5)	23,5 (98)	
	≥4	25,0 (7)	38,0 (159)	
Çocuk Sayısı	0	60,7 (17)	37,5 (157)	0,058
	1	17,9 (5)	16,3 (68)	
	2	14,3 (4)	36,4 (152)	
	≥3	7,1 (2)	9,8 (41)	
Bedensel Özürlülük	Var	3,6 (1)	3,1 (13)	0,602
	Yok	96,4 (27)	96,9 (405)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	32,1 (9)	9,1 (38)	0,001
	Yok	67,9 (19)	90,9 (380)	
Kronik Hastalık	Var	25,0 (7)	31,6 (132)	0,534
	Yok	75,0 (21)	68,4 (286)	
Sigara	Var	35,7 (10)	24,9 (104)	0,261
	Yok	64,3 (18)	75,1 (314)	
Alkol	Var	50,0 (14)	32,3 (135)	0,063
	Yok	50,0 (14)	67,7 (283)	

* Ki-kare testi

İkili testlerde anlamlı çıkan parametrelerin çoklu analiz sonuçları Tablo-22’de verilmiştir. İkili analizlerde anlamlı bulunan cinsiyet, yaş ve medeni durum değişkenleri anlamlılığını tamamen yitirmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü açısından daha önce tanısı olanlar referans kabul edildiğinde daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış olanların depresyon varlığı 3,860 kat [1,607-9,269; 0,003] daha fazladır.

Tablo 22: Depresyon Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi

		β	OR	%95 CI	p*
Cinsiyet	Kadın (Ref)				
	Erkek	0,571	1,170	0,739-4,242	0,200
Yaş	18-35 (Ref)				
	36-64	0,764	2,146	0,962-4,786	0,062
	≥ 65	18,022	6,711	0,000	0,998
Medeni Durum	Evli (Ref)				
	Bekar	0,499	1,648	0,628-4,325	0,311
	Dul/Boşanmış	-0,454	0,635	0,128-3,159	0,635
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var (Ref)				
	Yok	1,351	3,860	1,607-9,269	0,003

*Backward Logistic Regression

Depresyon varlığı ile genel sağlık algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; depresyon varlığı olanların %16,0 (n=4)’ü kötü-çok kötü, %32,0 (n=8)’ı orta, %52,0 (n=13)’ı iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahipken, bu oran depresyonu olmayanlarda sırasıyla %5,6 (n=23), %29,0 (n=119) ve %65,4 (n=269) bulunmuştur (p=0,263).

4.2.5. Anksiyete

Anksiyete ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo-23’te verilmiştir. Tablo izlendiğinde depresyon varlığı ile cinsiyet ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumu ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 23: Anksiyete ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

		Anksiyete Var % (n)	Anksiyete Yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	23,5 (4)	49,4 (212)	0,047
	Kadın	76,5 (13)	50,6 (217)	
Yaş (Yıl)	18-35	52,9 (9)	35,9 (154)	0,213
	36-64	47,1 (8)	54,5 (234)	
	≥65	0,0 (0)	9,6 (41)	
Medeni Durum	Evli	47,1 (8)	63,4 (272)	0,058
	Bekar	52,9 (9)	28,0 (120)	
	Dul/Boşanmış	0,0 (0)	8,6 (37)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	11,8 (2)	20,3 (87)	0,611
	9-12 yıl	17,6 (3)	12,4 (53)	
	12 yıl üstü	70,6 (12)	67,4 (289)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	11,8 (2)	10,3 (44)	0,838
	Apartman dairesi	88,2 (15)	87,9 (377)	
	Diğer	0,0 (0)	1,9 (8)	
Gelir Düzeyi	< Asgari ücret	5,9 (1)	17,9 (77)	0,409
	Asgari ücret	23,5 (4)	17,5 (75)	
	> Asgari ücret	70,6 (12)	64,6 (277)	
Hane Halkı Büyükülüğü	1	17,6 (3)	13,1 (56)	0,711
	2	29,4 (5)	26,3 (113)	
	3	11,8 (2)	23,5 (101)	
	≥4	41,2 (7)	37,1 (159)	
Çocuk Sayısı	0	64,7 (11)	38,0 (163)	0,123
	1	5,9 (1)	16,8 (72)	
	2	17,6 (3)	35,7 (153)	
	≥3	11,8 (2)	9,5 (41)	
Bedensel Özürlülük	Var	0,0 (0)	3,3 (14)	1,000
	Yok	100,0 (17)	96,7 (415)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	29,4 (5)	9,8 (42)	0,025
	Yok	70,6 (12)	90,2 (387)	
Kronik Hastalık	Var	35,3 (6)	31,0 (133)	0,790
	Yok	64,7 (11)	69,0 (296)	
Sigara	Var	29,4 (5)	25,4 (109)	0,777
	Yok	70,6 (12)	74,6 (320)	
Alkol	Var	52,9 (9)	32,6 (140)	0,113
	Yok	47,1 (8)	67,4 (289)	

* Ki-kare testi

İkili testlerde anlamlı çıkan parametrelerin çoklu analiz sonuçları Tablo-24'te verilmiştir. İkili analizlerde anlamlı bulunan cinsiyet değişkenleri anlamlılığını tamamen yitirmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü açısından daha önce tanısı olanlar referans kabul edildiğinde daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış olanların anksiyete bozukluğu varlığı 3,062 kat [1,004-9,333; 0,049] daha fazladır.

Tablo 24: Anksiyete Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi

		β	OR	%95 CI	p*
Cinsiyet	Kadın (Ref)				
	Erkek	0,990	2,691	0,844-8,580	0,094
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var (Ref)				
	Yok	1,119	3,062	1,004-9,333	0,049

*Backward Logistic Regression

Anksiyete varlığı ile genel sağlık algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; anksiyetesi olanların %20,0 (n=3)'ü kötü-çok kötü, %26,7 (n=4)'ü orta, %53,3 (n=8)'ü iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahipken, bu oran anksiyetesi olmayanlarda sırasıyla %5,7 (n=24), %29,2 (n=123) ve %65,1 (n=274) bulunmuştur (p=0,149).

4.2.6. Hostilite

Hostilite ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo-25'te verilmiştir. Tablo izlendiğinde demografik özelliklerin hiçbirisi ile hostilite varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmadığı görülmektedir.

Hostilite varlığı ile genel sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,318).

4.2.7. Fobi

Fobi ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo-26'da verilmiştir. Tablo izlendiğinde fobi varlığı ile cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşadığı yer, çocuk sayısı ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumu ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 25: Hostilite ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

		Hostilite Var % (n)	Hostilite Yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	58,3 (14)	47,9 (202)	0,402
	Kadın	41,7 (10)	52,1 (220)	
Yaş (Yıl)	18-35	41,6 (10)	36,2 (153)	0,644
	36-64	54,2 (13)	54,3 (229)	
	≥65	4,2 (1)	9,5 (40)	
Medeni Durum	Evli	66,6 (16)	62,6 (264)	0,747
	Bekar	29,2 (7)	28,9 (122)	
	Dul/Boşanmış	4,2 (1)	8,5 (36)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	25,0 (6)	19,7 (83)	0,710
	9-12 yıl	8,3 (2)	12,8 (54)	
	12 yıl üstü	66,7 (16)	67,5 (285)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	12,5 (3)	10,2 (43)	0,615
	Apartman dairesi	83,3 (20)	88,1 (372)	
	Diğer	4,2 (1)	1,7 (7)	
Gelir Düzeyi	< Asgari ücret	12,5 (3)	17,8 (75)	0,565
	Asgari ücret	25,0 (6)	17,3 (73)	
	> Asgari ücret	62,5 (15)	64,9 (274)	
Hane Halkı Büyükülüğü	1	4,2 (1)	13,7 (58)	0,429
	2	25,0 (6)	26,6 (112)	
	3	20,8 (5)	23,2 (98)	
	≥4	50,0 (12)	36,5 (154)	
Çocuk Sayısı	0	29,2 (7)	39,6 (167)	0,598
	1	25,0 (6)	15,9 (67)	
	2	37,5 (9)	34,8 (147)	
	≥3	8,3 (2)	9,7 (41)	
Bedensel Özürlülük	Var	4,2 (1)	3,1 (13)	0,544
	Yok	95,8 (23)	96,9 (409)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	20,8 (5)	10,0 (42)	0,160
	Yok	79,2 (19)	90,0 (380)	
Kronik Hastalık	Var	37,5 (9)	30,8 (130)	0,502
	Yok	62,5 (15)	69,2 (292)	
Sigara	Var	33,3 (8)	25,1 (106)	0,347
	Yok	66,7 (16)	74,9 (316)	
Alkol	Var	45,8 (11)	32,7 (138)	0,189
	Yok	54,2 (13)	67,3 (284)	

* Ki-kare testi

Tablo 26: Fobi ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

		Fobi Var % (n)	Fobi Yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	28,0 (7)	49,6 (209)	0,040
	Kadın	72,0 (18)	50,4 (212)	
Yaş (Yıl)	18-35	64,0 (16)	34,9 (147)	0,012
	36-64	28,0 (7)	55,8 (235)	
	≥65	8,0 (2)	9,3 (39)	
Medeni Durum	Evli	32,0 (8)	64,6 (272)	0,000
	Bekar	64,0 (16)	26,8 (113)	
	Dul/Boşanmış	4,0 (1)	8,6 (36)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	24,0 (6)	19,7 (83)	0,873
	9-12 yıl	12,0 (3)	12,6 (53)	
	12 yıl üstü	64,0 (16)	67,7 (285)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	24,0 (6)	9,5 (40)	0,003
	Apartman dairesi	68,0 (17)	89,1 (375)	
	Diğer	8,0 (2)	1,4 (6)	
Gelir Düzeyi	< Asgari ücret	12,0 (3)	17,8 (75)	0,344
	Asgari ücret	28,0 (7)	17,1 (72)	
	> Asgari ücret	60,0 (15)	65,1 (274)	
Hane Halkı Büyükülüğü	1	16,0 (4)	13,1 (55)	0,836
	2	20,0 (5)	26,8 (113)	
	3	28,0 (7)	22,8 (96)	
	≥4	36,0 (9)	37,3 (157)	
Çocuk Sayısı	0	60,0 (15)	37,8 (159)	0,031
	1	20,0 (5)	16,1 (68)	
	2	8,0 (2)	36,6 (154)	
	≥3	12,0 (3)	9,5 (40)	
Bedensel Özürlülük	Var	4,0 (1)	3,1 (13)	0,560
	Yok	96,0 (24)	96,9 (408)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	32,0 (8)	9,3 (39)	0,002
	Yok	68,0 (17)	90,7 (382)	
Kronik Hastalık	Var	32,0 (8)	31,1 (131)	1,000
	Yok	68,0 (17)	68,9 (290)	
Sigara	Var	24,0 (6)	25,7 (108)	1,000
	Yok	76,0 (19)	74,3 (313)	
Alkol	Var	32,0 (8)	33,5 (141)	1,000
	Yok	68,0 (17)	66,5 (280)	

* Ki-kare testi

İkili testlerde anlamlı çıkan parametrelerin çoklu analiz sonuçları Tablo-27’de verilmiştir. İkili analizlerde anlamlı bulunan cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşadığı yer, çocuk sayısı ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumu değişkenleri anlamlılığını tamamen yitirmiştir.

Tablo 27: Fobi Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi

		β	OR	%95 CI	p*
Cinsiyet	Kadın (Ref)				
	Erkek	0,984	2,675	0,812-8,815	0,106
Yaş	18-35 (Ref)				
	36-64	-0,555	0,574	0,161-2,052	0,393
	≥65	17,699	4,858	0,000	0,998
Medeni Durum	Evli (Ref)				
	Bekar	0,451	1,570	0,389-6,346	0,527
	Dul/Boşanmış	17,646	4,606	0,000	0,998
Yaşadığı Yer	Müstakil ev (Ref)				
	Apartman dairesi	0,576	1,761	0,354-8,758	0,489
	Diğer	18,127	7,458	0,000	0,999
Çocuk Sayısı	0 (Ref)				
	1	0,039	1,040	0,141-7,681	0,969
	2	-1,474	0,229	0,019-2,725	0,243
	≥3	-0,892	0,410	0,063-2,650	0,349
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var (Ref)				
	Yok	1,112	3,040	0,976-9,464	0,055

*Backward Logistic Regression

Fobi varlığı ile genel sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,190).

4.2.8. Paranoid Düşünce

Paranoid düşünce ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo-28’de verilmiştir. Tablo izlendiğinde paranoid düşünce varlığı ile gelir düzeyi ve çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 28: Paranoid Düşünce ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

		PD** Var % (n)	PD** Yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	35,7 (5)	48,8 (211)	0,420
	Kadın	64,3 (9)	51,2 (221)	
Yaş (Yıl)	18-35	57,1 (8)	35,9 (155)	0,264
	36-64	35,8 (5)	54,9 (237)	
	≥65	7,1 (1)	9,3 (40)	
Medeni Durum	Evli	35,8 (5)	28,0 (121)	0,058
	Bekar	57,1 (8)	63,7 (275)	
	Dul/Boşanmış	7,1 (1)	8,3 (36)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	21,4 (3)	19,9 (86)	0,965
	9-12 yıl	14,3 (2)	12,5 (54)	
	12 yıl üstü	64,3 (9)	67,6 (292)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	28,6 (4)	9,7 (42)	0,068
	Apartman dairesi	71,4 (10)	88,4 (382)	
	Diğer	0,0 (0)	1,9 (8)	
Gelir	< Asgari ücret	0,0 (0)	18,1 (78)	0,020
	Asgari ücret	42,9 (6)	16,9 (73)	
	> Asgari ücret	57,1 (8)	65,0 (281)	
Hane Halkı Büyükülüğü	1	7,1 (1)	13,4 (58)	0,686
	2	35,7 (5)	26,2 (113)	
	3	14,3 (2)	23,4 (160)	
	≥4	42,9 (6)	37,0 (160)	
Çocuk Sayısı	0	71,4 (10)	38,0 (164)	0,039
	1	0,0 (0)	16,9 (73)	
	2	14,3 (2)	35,6 (154)	
	≥3	14,3 (2)	9,5 (41)	
Bedensel Özürlülük	Var	7,1 (1)	3,0 (13)	0,364
	Yok	92,9 (13)	97,0 (419)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	21,4 (3)	10,2 (44)	0,175
	Yok	78,6 (11)	89,8 (388)	
Kronik Hastalık	Var	28,6 (4)	31,2 (135)	1,000
	Yok	71,4 (10)	68,8 (297)	
Sigara	Var	21,4 (3)	25,7 (111)	1,000
	Yok	78,6 (11)	74,3 (321)	
Alkol	Var	35,7 (5)	33,3 (144)	1,000
	Yok	64,3 (9)	66,7 (288)	

* Ki-kare testi, ** Paranoid Düşünce

İkili testlerde anlamlı çıkan parametrelerin çoklu analiz sonuçları Tablo-29’da verilmiştir. İkili analizlerde anlamlı bulunan çocuk sayısı değişkenleri anlamlılığını tamamen yitirmiştir. Gelir düzeyi açısından asgari ücretin altında alanlar referans kabul edildiğinde asgari ücretin üstünde alanlarda paranoid düşünce varlığı 3,911 kat [1,247-12,261; 0,019] daha fazladır.

Tablo 29: Paranoid Düşünce Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi

		β	OR	%95 CI	p*
Çocuk Sayısı	0 (Ref)				
	1	18,657	1,267	0,000	0,997
	2	-16,989	0,000	0,000	0,997
	≥ 3	-1,580	0,206	0,027-1,575	0,128
Gelir Düzeyi	< Asgari ücret (Ref)				
	Asgari ücret	-18,944	0,000	0,000	0,997
	> Asgari ücret	1,364	3,911	1,247-12,261	0,019

*Backward Logistic Regression

Paranoid düşünce varlığı ile genel sağlık algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; paranoid düşüncesi olanların %10,0 (n=1)’i kötü-çok kötü, %40,0 (n=4)’i orta, %50,0 (n=5)’i iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahipken, bu oran paranoid düşüncesi olmayanlarda sırasıyla %6,1 (n=26), %28,9 (n=123) ve %65,0 (n=277) bulunmuştur (p=0,638).

4.2.9. Psikotizm

Psikotizm ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo-30’da verilmiştir. Tablo izlendiğinde psikotizm varlığı ile medeni durum ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumu ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 30: Psikotizm ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

		Psikotizm Var % (n)	Psikotizm Yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	33,3 (10)	49,5 (206)	0,092
	Kadın	66,7 (20)	50,5 (210)	
Yaş (Yıl)	18-35	56,6 (17)	35,1 (146)	0,060
	36-64	36,7 (11)	55,5 (231)	
	≥ 65	6,7 (2)	9,4 (39)	
Medeni Durum	Evli	40,0 (12)	64,4 (268)	0,028
	Bekar	46,7 (14)	27,7 (115)	
	Dul/Boşanmış	13,3 (4)	7,9 (33)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	23,3 (7)	19,7 (82)	0,576
	9-12 yıl	6,7 (2)	13,0 (54)	
	12 yıl üstü	70,0 (21)	67,3 (280)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	13,3 (4)	10,1 (42)	0,092
	Apartman dairesi	80,0 (24)	88,5 (368)	
	Diğer	6,7 (2)	1,4 (6)	
Gelir	< Asgari ücret	6,7 (2)	18,3 (76)	0,163
	Asgari ücret	26,7 (8)	17,1 (71)	
	> Asgari ücret	66,6 (20)	64,6 (269)	
Hane Halkı Büyükülüğü	1	13,3 (4)	13,2 (55)	0,977
	2	26,7 (8)	26,5 (110)	
	3	20,0 (6)	23,3 (97)	
	≥4	40,0 (12)	37,0 (154)	
Çocuk Sayısı	0	56,7 (17)	37,7 (157)	0,068
	1	20,0 (6)	16,1 (67)	
	2	13,3 (4)	36,5 (152)	
	≥3	10,0 (3)	9,6 (40)	
Bedensel Özürlülük	Var	3,3 (1)	3,1 (13)	1,000
	Yok	96,7 (29)	96,9 (403)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	26,7 (8)	9,4 (39)	0,008
	Yok	73,3 (22)	90,6 (377)	
Kronik Hastalık	Var	30,0 (9)	31,2 (130)	1,000
	Yok	70,0 (21)	68,8 (286)	
Sigara	Var	30,0 (9)	25,2 (105)	0,524
	Yok	70,0 (21)	74,8 (311)	
Alkol	Var	46,7 (14)	32,5 (135)	0,114
	Yok	53,3 (16)	67,5 (281)	

* Ki-kare testi

İkili testlerde anlamlı çıkan parametrelerin çoklu analiz sonuçları Tablo-31’de verilmiştir. Medeni durum açısından evli olanlar referans kabul edildiğinde bekar olanlarda psikotizm varlığı 2,470 kat [1,095-5,568; 0,029] daha fazladır. Psikiyatrik hastalığı olanlar referans alındığında psikiyatrik hastalık tanısı olmayanlarda psikotizm varlığı 3,205 kat [1,315-7,813; 0,010] daha fazladır.

Tablo 31: Psikotizm Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi

		β	OR	%95 CI	p*
Medeni Durum	Evli (Ref)				
	Bekar	0,904	2,470	1,095-5,568	0,029
	Dul/Boşanmış	-1,018	0,361	0,109-1,198	0,096
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var (Ref)				
	Yok	1,165	3,205	1,315-7,813	0,010

*Backward Logistic Regression

Psikotizm varlığı ile genel sağlık algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; psikotizmi olanların %8,3 (n=2)’ü kötü-çok kötü, %41,7 (n=10)’si orta, %50,0 (n=12)’i iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahipken, bu oran psikotizmi olmayanlarda sırasıyla %6,1 (n=25), %28,4 (n=117) ve %65,5 (n=270) bulunmuştur (p=0,340).

4.2.10. Ek Semptomlar

Ek semptomlar ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo-32’de verilmiştir. Tablo izlendiğinde ek semptom varlığı ile cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumu ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 32: Ek Semptomlar ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

		ES** Var % (n)	ES** Yok % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	27,6 (8)	49,9 (208)	0,022
	Kadın	72,4 (21)	50,1 (209)	
Yaş (Yıl)	18-35	58,6 (17)	35,0 (146)	0,019
	36-64	41,4 (12)	55,2 (230)	
	≥ 65	0,0 (0)	9,8 (41)	
Medeni Durum	Evli	34,5 (10)	64,8 (270)	0,000
	Bekar	62,1 (18)	26,6 (111)	
	Dul/Boşanmış	3,4 (1)	8,6 (36)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	3,4 (1)	21,1 (88)	0,069
	9-12 yıl	13,8 (4)	12,5 (52)	
	12 yıl üstü	82,8 (24)	66,4 (277)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	10,3 (3)	10,3 (43)	0,100
	Apartman dairesi	82,8 (24)	88,3 (368)	
	Diğer	6,9 (2)	1,4 (6)	
Gelir Düzeyi	< Asgari ücret	13,8 (4)	17,7 (74)	0,674
	Asgari ücret	13,8 (4)	18,0 (75)	
	> Asgari ücret	72,4 (21)	64,3 (268)	
Hane Halkı Büyükülüğü	1	17,3 (5)	12,9 (54)	0,797
	2	31,0 (9)	26,1 (109)	
	3	20,7 (6)	23,3 (97)	
	≥4	31,0 (9)	37,7 (157)	
Çocuk Sayısı	0	65,5 (19)	37,2 (155)	0,021
	1	13,8 (4)	16,5 (69)	
	2	17,2 (5)	36,2 (151)	
	≥3	3,5 (1)	10,1 (42)	
Bedensel Özürlülük	Var	3,4 (1)	3,1 (13)	1,000
	Yok	96,6 (28)	96,9 (404)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	31,0 (9)	9,1 (38)	0,001
	Yok	69,0 (20)	90,9 (379)	
Kronik Hastalık	Var	24,1 (7)	31,7 (132)	0,534
	Yok	75,9 (22)	68,3 (285)	
Sigara	Var	31,0 (9)	25,2 (105)	0,510
	Yok	69,0 (20)	74,8 (312)	
Alkol	Var	41,4 (12)	32,9 (137)	0,416
	Yok	58,6 (17)	67,1 (280)	

* Ki-kare testi, ** Ek Semptomlar

İkili testlerde anlamlı çıkan parametrelerin çoklu analiz sonuçları Tablo-33'te verilmiştir. İkili analizlerde anlamlı bulunan cinsiyet, yaş, medeni durum ve çocuk sayısı değişkenleri anlamlılığını tamamen yitirmiştir. Psikiyatrik hastalığı olanlar referans alındığında psikiyatrik hastalık tanısı olmayanlarda ek semptomların varlığı 3,190 kat [1,284-7,929; 0,013] daha fazladır.

Tablo 33: Ek Semptomların Varlığı ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi

		β	OR	%95 CI	p*
Cinsiyet	Kadın (Ref)				
	Erkek	0,654	1,922	0,803-4,601	0,142
Yaş	18-35 (Ref)				
	36-64	-0,296	0,744	0,268-2,064	0,569
	≥ 65	17,861	6,313	0,000	0,998
Medeni Durum	Evli (Ref)				
	Bekar	1,187	3,277	0,996-10,777	0,051
	Dul/Boşanmış	0,314	1,369	0,163-11,502	0,772
Çocuk Sayısı	0 (Ref)				
	1	0,074	1,077	0,255-4,556	0,920
	2	0,336	1,399	0,350-5,601	0,635
	≥ 3	0,244	1,276	0,410-11,525	0,828
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var (Ref)				
	Yok	1,160	3,190	1,284-7,929	0,013

*Backward Logistic Regression

Ek semptomların varlığı ile genel sağlık algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; ek semptomları olanların %11,5 (n=3)'i kötü-çok kötü, %34,6 (n=9)'sı orta, %53,8 (n=14)'i iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahipken, bu oran ek semptomları olmayanlarda sırasıyla %5,8 (n=24), %28,8 (n=118) ve %65,4 (n=268) bulunmuştur (p=0,482).

4.2.11. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ)

Katılımcıların rahatsızlık ciddiyeti indeksi ortalamaları $0,6 \pm 0,6$, ortancası 0,4 ve en yüksek indeks puanı 3,21'dir. Bu indeks bireyin halihazırda yaşadığı semptomatik sıkıntının seviyesini veya derinliğini tek bir puanla iletmeektir. RCİ, mevcut tehlike seviyelerinin en iyi tek göstergesidir. 1 ve üstü değerler bireyin semptomların sayısı ve algılanan sıkıntının yoğun olduğunu göstermektedir. Buna göre 1 ve üstü puan alan katılımcı oranı %21,3 (n=93)'tür. RCİ ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 34'te verilmiştir. Tablo izlendiğinde RCİ pozitif olanların; %65,6'sının (n=61) kadın, %34,4 (n=32)'nün erkek olduğu görülmüştür. RCİ negatif olanlarda bu oranlar sırasıyla %47,8 (n=164) ve %52,2 (n=179)'dir (p=0,002). Öte yandan rahatsızlık ciddiyet indeksi pozitif olanların %19,4 (n=18)'ünde daha önce geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü mevcutken, bu oran rahatsızlık ciddiyet indeksi negatif olanlarda %7,6 (n=26) olarak bulunmuştur (p=0,002).

İkili testlerde anlamlı çıkan parametrelerin çoklu analiz sonuçları Tablo-35'te verilmiştir. Erkekler referans olarak alındığında kadın katılımcıların rahatsızlık ciddiyet indeksi pozitif olma olasılığı 1,877 kat [1,153-3,056; 0,011] daha fazladır. Psikiyatrik hastalığı olmayanlar referans alındığında psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda rahatsızlık ciddiyet indeksi pozitif olma olasılığı 2,500 kat [1,286-4,862; 0,007] daha fazladır.

RCİ olasılığı ile genel sağlık algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; RCİ pozitif olanların %8,6 (n=8)'si kötü-çok kötü, %44,1 (n=41)'i orta, %44,3 (n=44)'ü iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahipken, bu oran rahatsızlık ciddiyet indeksi negatif olanlarda sırasıyla %5,5 (n=19), %25,1 (n=86) ve %69,4 (n=238) bulunmuştur (p=0,001).

Tablo 34: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCİ) ile Demografik Özellik İlişkisi

		RCİ pozitif % (n)	RCİ negatif % (n)	p*
Cinsiyet	Erkek	34,4 (32)	52,2 (179)	0,002
	Kadın	65,6 (61)	47,8 (164)	
Yaş (Yıl)	18-35	41,9 (39)	34,4 (118)	0,406
	36-64	49,5 (46)	56,0 (192)	
	≥ 65	8,6 (8)	9,6 (33)	
Medeni Durum	Evli	54,8 (51)	65,3 (224)	0,097
	Bekar	37,7 (35)	26,2 (90)	
	Dul/Boşanmış	7,5 (7)	8,5 (29)	
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı	26,9 (25)	18,4 (63)	0,130
	9-12 yıl	14,0 (13)	12,0 (41)	
	12 yıl üstü	59,1 (55)	69,7 (239)	
Yaşadığı Yer	Müstakil ev	9,7 (9)	9,9 (34)	0,530
	Apartman dairesi	87,1 (81)	88,6 (304)	
	Diğer	3,2 (3)	1,5 (5)	
Gelir Düzeyi	< Asgari ücret	22,6 (21)	16,3 (56)	0,185
	Asgari ücret	20,4 (19)	16,6 (57)	
	> Asgari ücret	57,0 (53)	67,1 (230)	
Hane Halkı Büüklüğü	1	15,1 (14)	12,8 (44)	0,320
	2	33,3 (31)	25,1 (86)	
	3	19,4 (18)	24,2 (83)	
	≥4	32,2 (30)	37,9 (130)	
Çocuk Sayısı	0	47,3 (44)	36,2 (124)	0,251
	1	12,9 (12)	17,2 (59)	
	2	32,3 (30)	36,4 (125)	
	≥3	7,5 (7)	10,2 (35)	
Bedensel Özürlülük	Var	2,2 (2)	3,2 (11)	0,744
	Yok	97,8 (91)	96,8 (332)	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	19,4 (18)	7,6 (26)	0,002
	Yok	80,6 (75)	92,4 (317)	
Kronik Hastalık	Var	31,2 (29)	31,8 (109)	1,000
	Yok	68,8 (64)	68,2 (234)	
Sigara	Var	29,0 (27)	24,8 (85)	0,423
	Yok	71,0 (66)	75,2 (258)	
Alkol	Var	28,0 (26)	34,7 (119)	0,264
	Yok	72,0 (67)	65,3 (224)	

* Ki-kare testi, ** RCİ: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi

Tablo 35: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi Pozitif Olma Durumu ve Demografik Özelliklerin Lojistik Regresyon Analizi

		β	OR	%95 CI	p*
Cinsiyet	Erkek (Ref)				
	Kadın	0,630	1,877	1,153-3,056	0,011
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok (Ref)				
	Var	0,916	2,500	1,286-4,862	0,007

*Backward Logistic Regression

5. TARTIŞMA

Psikiyatrik epidemiyoloji, ruhsal bozuklukların sıklığını ve dağılımını ölçer, nedenlerini ve sonuçlarını araştırır, bu nedenle psikiyatrinin temel taşlarından biri olarak kabul edilir. Belirti ve semptomların sübjektifliği, fenotiplerin değişkenliği ve karmaşıklığı psikiyatrik epidemiyolojik veri toplama sürecini zorlaştırır. Psikiyatride epidemiyolojiyi en önemli kılan noktalardan biri tanısal süreçte gecikmenin tedaviyi ve prognozu etkilemesidir (54).

Türkiye’de ilk psikiyatrik epidemiyoloji çalışmaları 1980’li yıllarda kurum istatistiklerine dayanarak yapılmıştır. 1998 yılına gelindiğinde ise yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması bugüne kadar yapılan ulusal ölçekli ilk ve tek psikiyatrik epidemiyoloji çalışması olma özelliğini geçen yıllara rağmen hala korumaktadır (20). Ülkemizde en son 2013’te Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen aile hekimlerine kayıtlı nüfus bulgularına dayalı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması’nda; depresyon yaygınlığı %9,0, somatizasyon yaygınlığı %5,0 ve panik anksiyete yaygınlığı %2,0 olarak tespit edilmiştir (55).

Çalışmamız Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerde psikiyatrik semptom sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Çalışma sonucunda rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre olası ruhsal bozukluk sahibi birey oranı %21,3 olarak bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyeti, genel sağlık algısı ve psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile rahatsızlık ciddiyeti indeksi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %4,7’sinde olası somatizasyon bozukluğu görülmüştür. Katılımcıların yaşadıkları yer, çocuk sayısı ve psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı ile olası somatizasyon bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Olası obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişi oranı %5,6 olarak bulunmuştur. Çalışmamız sonucunda olası kişilerarası duyarlılık sahibi birey oranı %6,3 olarak bulunmuştur. Kişilerarası duyarlılık ile cinsiyet ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılarda olası depresif bozukluğu olan birey oranı %6,3 olarak bulunmuştur. Sadece daha önce herhangi bir

psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile olası depresif bozukluk arasında anlamlı ilişki kurulmuştur. Olası anksiyete bozukluğu olan birey oranı %3,8 olarak bulunmuştur. Sadece katılımcıların geçmişte herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olması ile olası anksiyete bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Olası hostilitesi olan birey oranı %5,4 olarak saptanmıştır. Olası fobik anksiyete bozukluğu olan birey oranı %5,6 olarak bulunmuştur. Olası paranoid bozukluğu olan birey oranı %3,1 olarak saptanmıştır. Sadece gelir düzeyi ile olası paranoid bozukluk arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Olası psikotizmi olan birey oranı %6,7 olarak bulunmuştur. Olası psikotizm ile medeni durum ve psikiyatrik hastalık öyküsü arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur. Tüm katılımcılar ele alındığında olası ek semptom gösteren birey oranı %6,5 olarak bulunmuştur. Katılımcıların sadece psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile ek semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

5.1. SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

Çalışmamız 230'u kadın, 216'sı erkek olmak üzere 446 kişi ile yürütülmüştür. Katılımcılarımızın yaş ortalaması $42,4 \pm 14,7$ yıldır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu 36-64 yaş arasında olup, %62,8'i evli olup %87,9'u apartman dairesinde yaşamaktadır. Türkiye verilerine göre İstanbul %4,1'lik oran ile müstakil evde ikamet edenlerin en az olduğu il olma özelliğindedir (56). Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde ağırlıklı olarak üniversite ve üstü eğitime sahip oldukları ve asgari ücretin üstünde kazandıkları görülmüştür. Tuzla ilçesi üniversite mezunu oranının %21 olduğu düşünüldüğünde bu oran yüksektir (57). Sadece 17,5'lik kesimin asgari ücret altında gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Türkiye ortalama hane halkı büyüklüğü 3,23 olup, çalışmamızda ise ortalama hane halkı büyüklüğü 3 olarak bulunmuştur. Yalnız yaşayan fertlerin oranı ülke genelinde 18,9 iken çalışmamızda %14,8 olarak tespit edilmiştir (58). Araştırmamızdaki ortalama çocuk sayısı 1 olarak saptanmıştır. Hiç çocuğu olmayan katılımcı oranı %39,0 olarak bulunmuştur.

Çalışmamıza katılanların %31,2'si en az 1 kronik hastalığa sahipti, bedensel engellilik ise sadece %3,1 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı sorgulandığında ise %10,5'inin geçmişinde psikiyatrik hastalık

saptanmıştır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda ülke nüfusunun %18'nin yaşam boyu bir psikiyatrik hastalık geçirdiği bildirilmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü literatürle uyumlu bir şekilde kadın katılımcılarda anlamlı derecede yüksektir (59,60). Cinsiyet dışında hiçbir sosyodemografik parametre ile psikiyatrik hastalık arasında ilişki kurulamamıştır. Duygudurum bozuklukları sık görülmektedir. Çalışmamızda da en sık görülen psikiyatrik bozukluk; literatürü destekler şekilde majör depresif bozukluk olarak tespit edilmiştir. En son araştırmalar incelendiğinde bütün psikiyatrik bozukluklar içerisinde majör depresif bozukluk neredeyse %17'lik yaşam boyu görülme oranı ile en yüksek yaygınlığa sahiptir. Örneğin bipolar bozukluğun yaşam boyu görülme oranının %1'in altında olduğu düşünüldüğünde bu sayının ne kadar yüksek ve bu nedenle de bir o kadar önemli olduğu tartışılmaz bir durumdur (7).

Katılımcıların %52,0'ı genel sağlık düzeylerini iyi olarak tanımlamıştır. %29,1'i genel sağlık algılarını orta, %6,5'i ise kötü-çok kötü olarak sınıflamıştır. Sağlık algısı düzeyleri açısından cinsiyete dayalı bir farklılık izlenmemiştir. TÜİK tarafından yürütülen bir araştırmaya göre Türkiye'de 18 ve üzeri bireylerin genel sağlık durumlarından memnuniyet oranı %69,3 olarak bulunmuştur (61).

5.2. KISA SEMPTOM ENVANTERİ SONUÇLARININ İNCELENMESİ

5.2.1. Somatizasyon Bozukluğu Sonuçlarının İncelenmesi

Çalışmamız sonucunda olası somatizasyon bozukluğu olan kişi oranı %4,7 olarak saptanmıştır. Olası somatizasyon bozukluğu olanların %81,0'ı kadın iken, erkeklerde bu oran %19,0'dır. Yapılan çoklu analizler sonucunda olası somatizasyon bozukluğu açısından kadın ve erkek arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıca katılımcıların eğitim durumu ile olası somatizasyon bozukluğu arasında ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların yaşadıkları yer, çocuk sayısı ve psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı ile olası somatizasyon bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki vardı. Bu ilişki yaşanan yer temelli değerlendirildiğinde, bu durumun sadece diğer yerlerde (bakımevi, yurt vb.) yaşayan katılımcılarda geçerli olduğu, apartman dairesi ve müstakil evde yaşayanlarda geçerli olmadığı görülmüştür. Öte yandan bu ilişki; çocuk sayısı temelli ele alındığında 3 ve üstü çocuk sahibi olanlar ile olası

somatizasyon bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur. Ayrıca psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde somatizasyon bozukluğu daha yüksek bulunmuştur. Olası somatizasyon bozukluğu ile genel sağlık algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde ise; olası somatizasyon bozukluğu olan bireylerin %47,6'sı genel sağlık algısını orta düzeyde, %38,1'i ise iyi-çok iyi düzeyde tanımlamaktadır.

Ülkemizde yapılan TURBAHAR çalışmasında; çalışmamızın aksine somatizasyon varlığı ile yaş, eğitim durumu, alkol kullanımı, madde kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuş, çalışmamızı destekler nitelikte ise medeni durum ve sigara kullanımı ile ise ilişki kurulamamıştır (41).

Yapılan araştırmalarda somatoform bozukluk prevalansları %10,2-30,6 arasında değişmektedir. Toplam nüfusun yaklaşık %4-10'unun yalnızca organik nedenlerle açıklanamayan somatik semptomlardan etkilendiği tahmin edilmektedir (62). Nitekim 2020 yılında yapılan genel hastane başvuruları değerlendirilerek çok merkezli olarak yürütülen bir araştırmada katılımcıların %33,8'inde somatik belirti bozukluğu saptandığı bildirilmiştir (21). Çalışmamızda buna benzer bir sonuç çıkmamış olması örneklemimizin görece olarak yüksek eğitim ve sosyoekonomik düzeyine bağlanabilir. Yapılan araştırmalarda; somatizasyon ile ilgili ön plana çıkan etkenler; etnik köken, sosyoekonomik düzey düşüklüğü, eğitim düzeyinin düşük olması ve kadın cinsiyetinde olmaktır (21). İhmal edilmemesi gereken bir diğer nokta ise hastaneye başvuran bireylerin kronik belirti yüksekliği ve bunun da bireyin hatalı mental bozukluk tanısı alma ihtimaline neden olabileceğidir. Fonksiyonel bozukluğu olan hastalarda prevalans oranları daha yüksektir (63). Genel popülasyondaki hatalı pozitif tanı alma oranının %7 civarında olduğu öne sürülmektedir (21). Bizim örneklemimiz sadece hasta bireyleri değil, aile sağlığı merkezine başvuran sağlıklı bireyleri de kapsamaktadır. Prevalanstaki bu oynamanın nedenlerinden biri de DSM-IV'ten DSM-5'e geçiş ile değişen tanı kriterleri ve hastalık kategorizasyonunda gidilen değişiklikler olabilir. 2015'te yapılan sistematik bir gözden geçirmede, somatizasyon bozukluğunun bildirilen sıklığı, katı tanı kriterleri kullanıldığında %0,8-5,9, daha az katı kriterler kullanıldığında %26-35 olarak bulunmuştur (64). Ek olarak somatizasyon bozukluğu hastalarının %41-63'ünde en az bir komorbid kişilik bozukluğu saptanmıştır (65). Literatür depresif bozukluk ile somatizasyon bozukluğu

arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermekte olup, çalışmamızda saptadığımız psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan bireylerde olası somatizasyon bozukluğu yüksekliği hastaların bedensel yakınmalar ile hekimden yardım almanın hem daha uygun olması hem de etiketlenme kaygısına neden olmaması ile açıklanabilir. Depresyon ve anksiyetenin de en sık bedensel belirtilerinin kas-iskelet sistemi ağrısı ve yorgunluk olduğunu unutmamak gerekir (22).

Birinci basamak açısından somatik belirti bozuklukları değerlendirildiğinde aile hekimlerine başvuranların %50'lik kısmında psikososyal sorunlar vardır. Ancak birinci basamak koşulları altında değerlendirilen bu hastaların çok az bir kısmı psikiyatrik tanılar için gerekli tanı kriterlerini karşılayabilirler. Büyük bir çoğunluğu ise ya eşik altı belirtilere sahiptir ya da psikiyatrik açılarından tanımlanamamış bir somatik çeşitliliğe sahiptirler. Somatizasyon bozukluğu için tanı kriterlerini karşılayanlar poliklinik hastalarının sadece %5'idir ve aile hekimliği pratiği açısından değerlendirildiğinde dördüncü en sık hastalık grubunu oluştururlar. Bundan daha çarpıcı olan ise somatik şekilli psikososyal sorunların aile hekimlerinin zamanının neredeyse yarısını doldurduğu tahminidir (24).

5.2.2. Obsesif-Kompulsif Bozukluk Sonuçlarının İncelenmesi

Çalışma sonucunda olası obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişi oranı %5,6 olarak bulunmuştur. Olası obsesif-kompulsif bozukluğu olan katılımcıların %72,0'ı kadın, %28,0'ı ise erkektir. Yapılan çoklu analizler sonucunda cinsiyet ile olası OKB arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Olası OKB ile genel sağlık algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde ise; olası OKB'li bireylerin %48,0'ı orta, %44,0'ı ise iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahiptir. Olası OKB'li olmayan bireylerin %28'i orta, %65,6'sı iyi-çok iyi düzeyde sağlık algısına sahiptir. Yapılan analizler sonucunda olası OKB ile genel sağlık algısı arasında ilişki kurulamamıştır.

Erişkinlerde ve ergenlerde yaşam boyu OKB prevalansının %1-3 olduğu tahmin edilmektedir, ancak tıbbi pratikte kronikliği nedeniyle çalışmamızı destekler nitelikte çok daha sık karşımıza çıkmaktadır. Prevalanstaki düşüklüğün hastaların %14-56'lık kesiminin tedavi araması nedeni de olması mümkündür (66). Literatürde OKB'nin cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik

düzey ile ilişkili olmadığını gösteren çalışmamızı destekler çalışmalar bulunmaktadır (67,68). Ayrıca travmatik yaşantı öyküsü ile OKB arasında güçlü bir bağ vardır (69).

5.2.3. Kişilerarası Duyarlılık Sonuçlarının İncelenmesi

Çalışmamız sonucunda olası kişilerarası duyarlılık sahibi birey oranı %6,3 olarak bulunmuştur. Kadınlarda olası kişilerarası duyarlılık sahibi olma oranı %9,6 iken bu oran erkek katılımcılarda %2,8'dir. Çalışmamızda olası kişilerarası duyarlılık ile cinsiyet ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki mevcutken, diğer sosyodemografik parametrelerle anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

Literatür tarandığında kişilerarası duyarlılık ile ilgili kısıtlı çalışma bulunması kıyas yapmayı zorlaştırmaktadır. Geriatrik popülasyona ve daha çok kadınlara yönelik yapılan bir çalışmada; olası kişilerarası duyarlılık oranı %11,2 olarak saptanmış olup, medeni durum ve eğitim durumu ile anlamlı ilişki kurulmuştur. Çalışmamızdaki medeni durum ilişkisini destekler nitelikte olup, cinsiyet dağılımı konusunda orantısızlık mevcut olduğu için o konuda bir yorum yapılamamaktadır (70). İtalya'da yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre ise kişilerarası duyarlılık ile cinsiyet, eğitim düzeyi arasında ilişki kurulamamıştır. Daha önce psikiyatrik tedavi görenler ve kendi kendini tedavi etme ihtiyacına dayandığı tahmin edilen alkol ve madde kötüye kullanımı ile arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (71). Literatürde çalışmamızı destekler nitelikte, kişilerarası duyarlılıkla cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulan çalışmalar olduğu gibi, kadın-erkek arasında anlamlı farklılık bulmayan çalışmalar da mevcuttur (72).

Olası kişilerarası duyarlılık ile genel sağlık algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde ise; olası kişilerarası duyarlılık sahibi bireylerin %45,8'i iyi-çok iyi, %37,5'i ise orta düzeyde sağlık algısına sahiptir. Kişilerarası duyarlılık sahibi olmayan bireylerin %65,8'i iyi-çok iyi, %28,6'sı orta, düzeyde sağlık algısına sahiptir.

5.2.4. Depresif Bozukluk Sonuçlarının İncelenmesi

Çalışma sonucunda olası depresif bozukluğu olan birey oranı %6,3 olarak bulunmuştur. Majör depresif bozukluk toplumda %10,8'e varan yaşam boyu yaygınlık oranları nedeniyle en yaygın görülen ruhsal bozukluk olmakla birlikte gitgide prevalansı artmaktadır (73-75). Sistemik bir derlemeye göre ise depresif bozukluk yaygınlığı %5.4 (%4.9-6.0) ve yaşam boyu yaygınlığı ise %9.6 (%8.5-10.7)'dir (60). Yakın tarihli bir çalışmadan yıllık prevalansı incelendiğinde ise kadınlarda %8,2, erkeklerde ise %4,8 olarak bulunmuştur (76). Bizim çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile olası depresif bozukluk arasında ilişki kurulamamış olsa da kronik hastalığı olan popülasyonda daha sık olduğunu gösteren çalışmalar vardır (75). Olası depresif bozukluğu olan katılımcıların %50,2'si kadın iken, erkeklerde bu oran %49,8'dir. Olası depresif bozukluk varlığı açısından cinsiyet farklılığı gözlenmemiştir. Çalışmamızda sadece daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile olası depresif bozukluk arasında anlamlı ilişki kurulmuştur.

Ülkemizde yapılan TURBAHAR çalışmasının sonuçlarına göre; depresif bozukluk ile yaş, eğitim düzeyi ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki kurulmuş, medeni durum ve sigara kullanımı ile anlamlı ilişki bulunmamıştır (41).

Literatürde çalışmamızı destekler nitelikte depresif bozukluk ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi arasında ilişki kurulamayan çok sayıda çalışmalar olduğu gibi tam tersi çalışmalar da fazlasıyla mevcuttur (77,78). Brezilya'da yapılan bir çalışmaya göre sadece medeni durum ve cinsiyet ile olası depresif bozukluk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (79). Bu çalışma farklılıkları sosyodemografik parametrelerin (eğitim, gelir düzeyi vb.) farklı kültürlerde aynı etkiye sahip olmaması ile açıklanabilir.

Olası depresif bozukluk ile genel sağlık algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde; olası depresif bozukluğu olan bireylerin %52,0'ı genel sağlık algılarını iyi-çok iyi, %32,0'ı ise orta düzeyde olarak tanımlamaktadır. Genel sağlık algısı ile olası depresif bozukluk arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır.

5.2.5. Anksiyete Bozukluğu Sonuçlarının İncelenmesi

Çalışmamız sonucunda olası anksiyete bozukluğu olan birey oranı %3,8 olarak bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu için prevalans tahminleri %0,9-28,3 arasındandır (80). Olası anksiyete bozukluğu olan katılımcıların %76,5'i kadın iken, erkeklerde bu oran %23,5'tir. Olası anksiyete bozukluğu varlığı ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Öte yandan sadece katılımcıların geçmişte herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olması ile olası anksiyete bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatür incelendiğinde çalışmamızı destekler nitelikte anksiyete bozukluğu ve psikiyatrik hastalık öyküsü arasında anlamlı ilişki bulan yayınlar mevcuttur (81).

Ülkemizde yapılan TURBAHAR çalışmasına göre anksiyete ile yaş, eğitim düzeyi ve alkol kullanımı ile anlamlı ilişki kurulurken, medeni durum ve sigara kullanımı ile anlamlı ilişki kurulamamıştır (41).

Literatürde çalışmamızın aksine anksiyete bozukluğu ile kadın cinsiyet, düşük gelir düzeyi ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur. Ama cinsiyet ve yaşın olası anksiyete bozukluğu ile ilişkisi hakkında çelişkiler de mevcuttur (82,83). Yine de pek çok çalışma kadın cinsiyet ile arasında anlamlı ilişki kurmaktadır (60). Öte yandan eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerle anksiyete bozukluğu arasında çalışmamızı destekler nitelikte tutarlı bir ilişki bulunamamıştır (82). Anksiyete bozuklukları hakkında literatürde çok fazla veri olsa da hem yaygınlık hem ilişkili faktörler değişkendir. Bu değişiklik bozukluğun kültürden direkt etkilenmesi ile açıklanabilir. Ayrıca anksiyete bozukluğu prevalansı da aynı nedenlerle çok değişkendir; in'de %0,9'luk bir yaygınlığa sahipken, aynı oranı İtalya'da %2,4, Meksika'da %29,8, Afganistan'da %28,3 olarak bulunmuştur. Anksiyete bozuklukları için küresel mevcut yaygınlık ise %7,3'tür (80). Başka bir çalışmada; yalnız yaşama, düşük eğitim düzeyi, ocuk sahibi olmama veya ≥ 2 ocuk sahibi olma, kadın olma ile anksiyete bozukluğu arasında ilişki saptanmıştır, ancak tutarlı değildir. Aynı çalışmada; genel sağlık algısının kötü

olması, kötü uyku kalitesi, gelir düzeyi istikrarsızlığı, yüksek sosyal medya maruziyeti gibi faktörlerle anksiyete bozukluğu arasında ilişki saptanmıştır (84).

5.2.6. Hostilite Sonuçlarının İncelenmesi

Çalışma sonucunda olası hostilitesi olan birey oranı %5,4 olarak saptanmıştır. Kadınlarda olası hostilitesi olan katılımcı oranı %4,3 iken, bu oran erkeklerde %6,5'tir. Olası hostilite varlığı ile herhangi bir sosyodemografik faktör arasında ilişki kurulamamıştır. Olası hostilite varlığı ile genel sağlık algısı arasında da ilişki kurulamamıştır.

Literatür incelendiğinde hostilitenin erkeklerde daha sık olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (85,86). Ayrıca literatürde çalışmamızı destekler nitelikte hostilite varlığı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki kurmayan çalışmalar da mevcuttur (87). Hostilite varlığı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki kurmayan bir diğer çalışma da ise; hostilite varlığı ile düşük yaş, düşük eğitim düzeyi, boşanmış olma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (88). Ülkemizde yapılan TURBAHAR çalışmasında; çalışmamızın aksine yaş, eğitim düzeyi, alkol kullanımı, madde kullanımı ile hostilite arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Medeni durum, sigara kullanımı ile hostilite arasında ise çalışmamızı destekler şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (41).

5.2.7. Fobik Anksiyete Sonuçlarının İncelenmesi

Çalışma sonucunda olası fobik anksiyete bozukluğu olan birey oranı %5,6 olarak bulunmuştur. Olası fobik anksiyete bozukluğu olan katılımcıların %72,0'ı kadın iken, %28'i ise erkektir. Olası fobik anksiyete bozukluğu açısından kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışma sonuçları incelendiğinde olası fobik anksiyete bozukluğu ile yaş, medeni durum, yaşadığı yer, çocuk sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü ve genel sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Literatür incelendiğine her ne kadar anksiyete bozuklukları üzerine fazla çalışma olsa da spesifik olarak fobi alt kategorisine yönelik fazla çalışma yoktur.

Dünyada özgül fobi prevalansının %3-15 arasında değiştiği görülmektedir. Fobik anksiyete için yapılan sistematik bir derleme sonuçlarına göre kadınların prevalansı erkeklerden daha yüksektir. Eğitim düzeyi düşüklüğü de prevalans yüksekliği ile ilişkilidir. Medeni durum ile de fobik anksiyete arasında anlamlı ilişki kurulmuş, bunlar dışında kalan hiçbir sosyodemografik faktörler anlamlı ilişki kurulamamıştır (89-92).

5.2.8. Paranoid Bozukluk Sonuçlarının İncelenmesi

Çalışmamız sonucunda olası paranoid bozukluğu olan birey oranı %3,1 olarak saptanmıştır. Olası paranoid bozukluk ile cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır. Sadece gelir düzeyi ile olası paranoid bozukluk arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Paranoid bozukluk genel popülasyonundaki yaygınlığına rağmen akademik olarak ihmal edilen konulardandır. Bu ihmalkarlık dönemsel olarak hem mizaç olarak kabul edilmesine hem de tedavi için başvurunun azlığına bağlanabilir. Yaygınlığı çalışmadan çalışmaya önemli ölçüde değişse de %1,21-13,9 arasında olduğundan bahsedebiliriz (42,93). Epidemiyolojik olarak kadınlarda prevalansı daha yüksek olarak bulunsa da cinsiyet ve medeni durum ile olası paranoid bozukluk arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamız aksine ne kadar anlamlı ilişki saptanmasa da gelir düzeyi düşüklüğü paranoid bozukluk açısından risk olarak kabul eden çalışmalar literatürde mevcuttur (42).

5.2.9. Psikotizm Sonuçlarının İncelenmesi

Çalışma sonucunda olası psikotizmi olan birey oranı %6,7 olarak bulunmuştur. Olası psikotizm ile sosyodemografik faktörlerden sadece medeni durum ve psikiyatrik hastalık öyküsü arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur. Bekar bireylerde ve psikiyatrik hastalık tanısı öyküsü olmayanlarda daha yüksek saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre psikoz benzeri yaşantı oranı %3,5 olarak saptanmış, kadınlar, düşük eğitilmişler ve alkol kullananlarda daha yüksek düzeyde bulunmuştur (20).

Literatür incelendiğinde psikotizizmin erkeklerde de kadınlarda da daha sık olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (85,94). Çalışmamızı destekler nitelikte; yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyiyle ilgili anlamlı ilişki saptamayan çalışmalar literatürde vardır. Aynı çalışmada ilişkili tek sosyodemografik parametre medeni durum olarak bulunmuştur (95,96). Öte yandan başka bir çalışmada erkek cinsiyeti, bekar medeni durum, düşük eğitim ve gelir düzeyi ile psikotizizm arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (97). Çalışmamız aksine daha psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile de psikotizizm ile anlamlı ilişki kuran çalışmalar vardır. Aynı çalışma da geç başlangıçlı psikotik bozukluklar ile kadın olma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (98).

5.2.10. Ek Semptom Sonuçlarının İncelenmesi

Tüm katılımcılar ele alındığında olası ek semptom gösteren birey oranı %6,5 olarak bulunmuştur. Kadınlarda olası ek semptom gösterme oranı %9,1 iken, erkeklerde bu oran %3,7 olarak saptanmıştır. Ek semptomlar ile cinsiyet ve yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışma sonuçları incelendiğinde katılımcıların sadece psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile ek semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Literatür tarandığında cinsiyet ve yaş ile yeme ve uyku bozukluğu arasında ilişki olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur (99-103). Öte yandan cinsiyet ile yeme bozukluğu arasında anlamlı ilişki kurmayan yayınlar da mevcuttur (104).

5.2.11. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi Sonuçlarının İncelenmesi

Çalışmamız sonucunda bireyin yaşadığı semptomatik sıkıntının seviyesini ya da derinliğini gösteren, tek başına kullanıldığında olası ruhsal bozukluk ciddiyetini en iyi gösteren parametre olan rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre olası ruhsal bozukluk sahibi birey oranı %21,3 olarak bulunmuştur. Olası ruhsal bozukluk sahibi bireylerin %65,6'sını kadınlar, %34,4'ünü ise erkekler oluşturmaktadır. RCİ pozitif

katılımcıların %19,4'ü geçmişlerinde psikiyatrik hastalık tanısı öyküsü tariflemektedir. Katılımcıların genel sağlık algıları ile RCI arasındaki ilişki incelendiğinde ise; RCI pozitif olanların %44,3'ünün iyi-çok iyi, %44,1'nin orta düzeyde sağlık algısına sahip olduğu bulunmuştur. Rahatsızlık ciddiyeti indeksi ile kadın olmak, genel sağlık algısı ve psikiyatrik hastalık öyküsü arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde ülkemizde yapılan bir kırsal alan çalışmasında aylık gelir düzeyi düşüklüğü ve çekirdek ailede yaşamanın RCI puanını arttırdığı yönünde veri vardır (105). Ülkemizde yapılan bir diğer araştırmaya göre RCI ile aile tipi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Aynı çalışmada direkt RCI karşılaştırma verisi olmasa da alt ölçek puanlarının genel anlamda kadın katılımcılarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (106).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Kartal Dr. Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi Tuzla Eğitim-ASM'ye kayıtlı 18 yaş üstü popülasyondaki psikiyatrik semptom sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma sonucunda;

- Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre olası ruhsal bozukluk sahibi birey oranı %21,3 olarak bulunmuştur. Rahatsızlık ciddiyeti indeksi ile cinsiyet, genel sağlık algısı ve psikiyatrik hastalık öyküsü arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu kadınlarda daha yüksek olası psikiyatrik bozukluk ve daha kötü bir sağlık algısı anlamına gelmektedir. Geçmişte psikiyatrik hastalık olması pek çok ruhsal bozuklukla ilintili bulunmuştur.
- Olası ruhsal sorunu olan katılımcılar ölçek alt başlıklarına göre incelendiğinde; en sık psikotizm, ek semptomlar, depresyon ve kişilerarası duyarlılık görüldüğü, bunu da diğer başlıkların takip ettiği görülmüştür.
- Çalışmamız sonucunda olası somatizasyon bozukluğu olan kişi oranı %4,7 olarak saptanmıştır. Olası somatizasyon bozukluğu ile cinsiyet ve eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların yaşadıkları yer, çocuk sayısı ve psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı ile olası somatizasyon bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki vardı. Bu ilişki yaşanan yer temelli değerlendirildiğinde, bu durumun sadece diğer yerlerde (bakımevi, yurt vb.) yaşayan katılımcılarda geçerli olduğu, apartman dairesi ve müstakil evde yaşayanlarda geçerli olmadığı görülmüştür. Öte yandan bu ilişki; çocuk sayısı temelli ele alındığında 3 ve üstü çocuk sahibi olanlar ile olası somatizasyon bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur. Ayrıca psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde somatizasyon bozukluğu daha yüksek bulunmuştur. Olası somatizasyon bozukluğu ile genel sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Tüm katılımcılar ele alındığında olası obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişi oranı %5,6 olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile olası OKB arasında anlamlı ilişki

gözlenmemiştir. Olası OKB ile genel sağlık algısı arasında ilişki kurulamamıştır.

- Olası kişilerarası duyarlılık sahibi birey oranı %6,3 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda olası kişilerarası duyarlılık ile cinsiyet ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki mevcutken, diğer sosyodemografik parametrelerle anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.
- Olası depresif bozukluğu olan birey oranı %6,3 olarak bulunmuştur. Olası depresif bozukluk varlığı açısından cinsiyet farklılığı gözlenmemiştir. Çalışmamızda sadece daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile olası depresif bozukluk arasında anlamlı ilişki kurulmuştur. Olası depresif bozukluk ile genel sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde olası anksiyete bozukluğu olan birey oranı %3,8 olarak bulunmuştur. Olası anksiyete bozukluğu varlığı ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Öte yandan sadece katılımcıların geçmişte herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olması ile olası anksiyete bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Olası anksiyete bozukluğu ile genel sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Olası hostilitesi olan birey oranı %5,4 olarak saptanmıştır. Olası hostilite varlığı ile herhangi bir sosyodemografik faktör arasında ilişki kurulamamıştır. Olası hostilite varlığı ile genel sağlık algısı arasında da ilişki kurulamamıştır.
- Olası fobik anksiyete bozukluğu olan birey oranı %5,6 olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçları incelendiğinde olası fobik anksiyete bozukluğu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşadığı yer, çocuk sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü ve genel sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Olası paranoid bozukluğu olan birey oranı %3,1 olarak saptanmıştır. Olası paranoid bozukluk ile cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve genel sağlık algısı arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır. Sadece gelir düzeyi ile olası paranoid bozukluk arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

- Olası psikotizmi olan birey oranı %6,7 olarak bulunmuştur. Olası psikotizm ile sosyodemografik faktörlerden sadece medeni durum ve psikiyatrik hastalık öyküsü arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur. Bekar bireylerde ve psikiyatrik hastalık tanısı öyküsü olmayanlarda daha yüksek saptanmıştır. Olası psikotizm ile genel sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır.
- Tüm katılımcılar ele alındığında olası ek semptom (uyku/iştah bozuklukları) gösteren birey oranı %6,5 olarak bulunmuştur. Ek semptomlar ile cinsiyet ve yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışma sonuçları incelendiğinde katılımcıların sadece psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile ek semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ek semptomlar ile genel sağlık algısı arasında ise anlamlı bir ilişki kurulamamıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Birinci basamak sağlık hizmetinin en önemli adımlarından olan toplum sağlığını korumak ve erken tanı ile hem prognozun daha iyi seyrini sağlamak hem de yeti yitiminden hastayı korumak amacıyla; aile hekimliğine başvuran bireylere, başvurma nedeninden bağımsız olarak ruhsal sorunlara yönelik öncelikle riskli gruplar olmak üzere tarama yapılması gerekmektedir.
- Özellikle kendini somatik olarak ifade etmenin kolay ve anlaşılma korkusu yaşanmadan yapıldığını bilmek ve bu somatik bozuklukların en başta sağlık sisteminde gereksiz zaman ve işgücü kaybına neden olduğunu ihmal etmemek gerekir.

7. KAYNAKÇA

1. Lopez, A. D., & Murray, C. C. (1998). The global burden of disease, 1990–2020. *Nature medicine*, 4(11), 1241-1243.
2. Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... & Haring, D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2197-2223.
3. Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current psychiatry reports*, 21(2), 1-7.
4. Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., & Şimşek, Z. (1998). Türkiye ruh sağlığı profili raporu. *Birinci baskı, Ankara*.
5. Taycan, O., & Coşkun, B. (2020). Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları..
6. American Psychological Association. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 5 Ağustos 2022.] <https://dictionary.apa.org/>.
7. Benjamin James Sadock M.D., Virginia Alcott Sadock M.D., Pedro Ruiz M.D. Kaplan & Sudock Psikiyatri. Güneş Tıp Kitabevleri, 2016. Çeviri editörü: Prof. Dr. Ali Bozkurt.
8. Yalvaç, H. D. (2012). Depresyonun epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(2), 7.
9. Frérot, M., Lefebvre, A., Aho, S., Callier, P., Astruc, K., & Aho Glélé, L. S. (2018). What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017. *PloS one*, 13(12), e0208442.
10. Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(6), 959-976.
11. Christensen, A. I., Ekholm, O., Glümer, C., Andreasen, A. H., Hvidberg, M. F., Kristensen, P. L., ... & Juel, K. (2012). The Danish national health survey 2010. Study design and respondent characteristics. *Scandinavian journal of public health*, 40(4), 391-397.
12. Plana-Ripoll O, Lasgaard M, Mneimneh ZN, McGrath JJ. (2021). The Evolution of Psychiatric Epidemiology: Where to Next? *Can J Psychiatry*. Sep; 66(9):774-777.
13. Vachon, H., Viechtbauer, W., Rintala, A., & Myin-Germeys, I. (2019). Compliance and retention with the experience sampling method over the continuum of severe mental disorders: meta-analysis and recommendations. *Journal of medical Internet research*, 21(12), e14475.
14. Sinnenberg, L., Buttenheim, A. M., Padrez, K., Mancheno, C., Ungar, L., & Merchant, R. M. (2017). Twitter as a tool for health research: a systematic review. *American journal of public health*, 107(1), e1-e8.
15. Bode, L., Davis-Kean, P., Singh, L., Berger-Wolf, T., Budak, C., Chi, G., ... & Traugott, M. (2020). Study designs for quantitative social science research using social media.

16. Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
17. Collaborators, G. B. D. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789-1858.
18. Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178.
19. Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Agerbo, E., Holtz, Y., Erlangsen, A., Canudas-Romo, V., ... & Laursen, T. M. (2019). A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*, 394(10211), 1827-1835.
20. Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... & Ulaş, H. (2014). Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
21. Çetin, Ş., & Varma, G. S. (2021). Somatic Symptom Disorder: Historical Process and Biopsychosocial Approach. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 790-804.
22. Kandemir, G., & İsmail, A. K. (2013). Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 479-506.
23. Macina, C., Bendel, R., Walter, M., & Wrege, J. S. (2021). Somatization and Somatic Symptom Disorder and its overlap with dimensionally measured personality pathology: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 151, 110646.
24. Şahin, E. M., Özer, C., Dağdeviren, N., Şahin, Ö., & Aktürk, Z. (2001). Birinci basamakta somatizasyon bozukluğuna yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(1), 12-14.
25. Dong, F., Liu, H. L., Dai, N., Yang, M., & Liu, J. P. (2021). A living systematic review of the psychological problems in people suffering from COVID-19. *Journal of affective disorders*, 292, 172-188.
26. Guzick, A. G., Candelari, A., Wiese, A. D., Schneider, S. C., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2021). Obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Current psychiatry reports*, 23(11), 1-10.
27. Uvais, N. A. (2021). Obsessive-Compulsive Disorder Following COVID-19 Infection. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 23(6), 38521.
28. Yılmaz, Berat. (2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, Temmuz 2018, C. 1, S. 2, 21- 42. 2018.
29. Aydın, A., & Hiçdurmaz, D. (2016). Nursing and Interpersonal Sensitivity. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 7(1).
30. Gazanfer, A. N. L. I. (2018). Kişilerarası Duyarlılık ile İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(1), 103-118.

31. Lin, L., Wang, X., Li, Q., Xia, B., Chen, P., & Wang, W. (2021). The influence of interpersonal sensitivity on smartphone addiction: a moderated mediation model. *Frontiers in Psychology*, 2787.
32. You, Z., Liu, Y., Tan, Q., Xu, Y., Zhang, L., & Andrasik, F. (2021). Development and Validation of the Chinese Version of Short-Form of Interpersonal Sensitivity Measure (IPSM). *Community Mental Health Journal*, 57(2), 277-284.
33. Masillo, A., Brandizzi, M., Valmaggia, L. R., Saba, R., Lo Cascio, N., Lindau, J. F., ... & Fiori Nastro, P. (2018). Interpersonal sensitivity and persistent attenuated psychotic symptoms in adolescence. *European child & adolescent psychiatry*, 27(3), 309-318.
34. Link, C. L., Stern, T. A., Piccolo, R. S., Marceau, L. D., Arber, S., Adams, A., ... & McKinlay, J. B. (2011). Diagnosis and management of depression in 3 countries: results from a clinical vignette factorial experiment. *The primary care companion for CNS disorders*, 13(5), 26249.
35. Angst, J. (1992). Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106 (Suppl), 71-74.
36. Ohayon, M. M. (2007). Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *Journal of psychiatric research*, 41(3-4), 207-213.
37. Rigutto, C., Sapara, A. O., & Agyapong, V. I. (2021). Anxiety, depression and posttraumatic stress disorder after terrorist attacks: a general review of the literature. *Behavioral Sciences*, 11(10), 140.
38. Nakazawa, H., Masuya, J., Tanabe, H., Kusumi, I., Inoue, T., & Ichiki, M. (2021). Interpersonal sensitivity mediates the effects of childhood maltreatment on the evaluation of life events and anxiety states in adult community volunteers. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 17, 2757.
39. Schou, T. M., Joca, S., Wegener, G., & Bay-Richter, C. (2021). Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19—A systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity*, 97, 328-348.
40. Gülay Dirik, Gökhan Şahin. (2008). Kişilik Özellikleri, Hostilite (Düşmanlık, Öfke) Ve Sosyal Desteğin Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) Geçiren Hastaların Kaygı Ve Depresyon Düzeyleri İle İlişkisi. *U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergis*. Yıl: 9, Sayı: 15.
41. Ünübol, H., & Sayar, G. H. (2020). Türkiye'de Hostilitenin Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi. *İslam Medeniyeti Dergisi*, 6(45), 22-45.
42. Lee, R. J. (2017). Mistrustful and misunderstood: a review of paranoid personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, 4(2), 151-165.
43. Muñoz-Negro, J. E., Prudent, C., Gutiérrez, B., & Cervilla, J. A. (2019). Paranoia and risk of personality disorder in the general population. *Personality and mental health*, 13(2), 107-116.
44. Fariba, K., Gupta, V., & Kass, E. (2020). Personality Disorder.
45. Strus, W., Łakuta, P., & Cieciuch, J. (2021). Anankastia or psychoticism? Which one is better suited for the fifth trait in the pathological Big Five: insight from the Circumplex of Personality Metatraits perspective. *Frontiers in psychiatry*, 12.
46. Wang, B., Duan, R., & Duan, L. (2018). Prevalence of sleep disorder in irritable bowel syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Saudi Journal of Gastroenterology*, 24(3), 141.
47. Horenstein, A., Morrison, A. S., Goldin, P., Ten Brink, M., Gross, J. J., & Heimberg, R. G. (2019). Sleep quality and treatment of social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(4), 387-398.

48. Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525-531.
49. Sahin, N. H., & Durak, A. (1994). Kisa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Turk Gencleri Icin Uyarlanmasi. *Türk Psikoloji Dergisi*. Cilt 9, 31.
50. Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(3), 595-605.
51. Demirel, S. A., Eğlence, R., & Kaçmaz, E. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 1(1), 18-29.
52. Sahin, N. H., Batigün, A. D., & Uğurtaş, S. (2002). Kisa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullaniminin Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 13(2):125-135, 2002.
53. Topuzoğlu, A., Özel, F., Altaş, Z. M., Ilgın, C., Kaya, C., & Hıdıroğlu, S. Developing an assessment scale for adjusment problems in university students (tur). *Journal of Clinical Psychiatry*, 24(4), 513-522.
54. Newson, R. S., Karlsson, H., & Tiemeier, H. (2011). Epidemiological fallacies of modern psychiatric research. *Nordic journal of psychiatry*, 65(4), 226-237.
55. Kılıç, C. (2020). Türkiye'de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz? *Toplum ve Hekim*, 35(3), 179-187.
56. Nüfus ve Konut Araştırması, 2011. data.tuik.gov.tr. [Çevrimiçi] TÜİK, 31 Ocak 2013. [Alıntı Tarihi: 11 Eylül 2022.] <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-ve-Konut-Arastirmasi-2011-15843>.
57. İstanbul'da İlçelere Göre Üniversite Mezunlarının Oranı. İstanbul Büyükşehir Belediyesi- İstanbul İstatistik Ofisi. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 11 Eylül 2022.] <https://www.verikaynagi.com/grafik/istanbulda-ilcelere-gore-universite-mezunlarinin-orani/>.
58. TÜİK. İstatistiklerle Aile, 2021. data.tuik.gov.tr. [Çevrimiçi] TÜİK, 12 Mayıs 2022. [Alıntı Tarihi: 11 Eylül 2022.] <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2021-45632>.
59. Keskin, A., Ünlüoğlu, I., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi/The Prevalence of Psychiatric Disorders Distribution of Subjects Gender and its Relationship with Psychiatric Help-Seeking. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 50(4), 344.
60. Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, 43(2), 476-493.
61. İstatistiklerle Gençlik, 2021. data.tuik.gov.tr. [Çevrimiçi] TÜİK, 17 Mayıs 2022. [Alıntı Tarihi: 11 Eylül 2022.] <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2021-45634#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusunun%20%15%2C3'%C3%BCn%C3%BC%20gen%C3%A7%20n%C3%BCfusu%20olu%C5%9Fturdu&text=Gen%C3%A7%20n%C3%BCfusun%20%51%2C3',%2C1'e%20d%C3%BC%5%9Fece%C4%9Fi%20>.

62. Giupponi, G., Maniscalco, I., Mathà, S., Ficco, C., Pernther, G., Sanna, L., ... & Conca, A. (2017). Suicide risk in somatoform disorders. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 32(1), 9-17.
63. Dunphy, L., Penna, M., & Jihene, E. K. (2019). Somatic symptom disorder: a diagnostic dilemma. *BMJ Case Reports CP*, 12(11), e231550.
64. Iloson, C., Möller, A., Sundfeldt, K., & Bernhardsson, S. (2021). Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 100(4), 758-767.
65. Macina, C., Bendel, R., Walter, M., & Wrege, J. S. (2021). Somatization and Somatic Symptom Disorder and its overlap with dimensionally measured personality pathology: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 151, 110646.
66. Richter, P. M., & Ramos, R. T. (2018). Obsessive-compulsive disorder. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 24(3), 828-844.
67. Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C., Shavitt, R. G., ... & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 1-21.
68. Shams, G., & Milosevic, I. (2015). A comparative study of obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder, anxiety disorder patients and a normal group. *Acta Medica Iranica*, 301-310.
69. Korkmaz, S. (2020). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Travmatik Yaşantılar. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(4), 903-910.
70. Wedgeworth, M., LaRocca, M. A., Chaplin, W. F., & Scogin, F. (2017). The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatric Nursing*, 38(1), 22-26.
71. Masillo, A., Valmaggia, L. R., Saba, R., Brandizzi, M., Lindau, J. F., Solfanelli, A., ... & Fiori Nastro, P. (2016). Interpersonal sensitivity and functioning impairment in youth at ultra-high risk for psychosis. *European child & adolescent psychiatry*, 25(1), 7-16.
72. Nyström, M. B., Kjellberg, E., Heimdahl, U., & Jonsson, B. (2018). Shame and interpersonal sensitivity: Gender differences and the association between internalized shame coping strategies and interpersonal sensitivity. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(2), 137-155.
73. Sanada, K., Nakajima, S., Kurokawa, S., Barceló-Soler, A., Ikuse, D., Hirata, A., ... & Kishimoto, T. (2020). Gut microbiota and major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 1-13.
74. Kennis, M., Gerritsen, L., van Dalen, M., Williams, A., Cuijpers, P., & Bockting, C. (2020). Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 25(2), 321-338.
75. Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., ... & Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 7(8), e017173.
76. Maher, A. R., Hempel, S., Apaydin, E., Shanman, R. M., Booth, M., Miles, J. N., & Sorbero, M. E. (2016). St. John's Wort for major depressive disorder: a systematic review. *Rand health quarterly*, 5(4).

77. Lacey, C. J., Salzberg, M. R., & D'Souza, W. J. (2015). Risk factors for depression in community-treated epilepsy: systematic review. *Epilepsy & Behavior*, 43, 1-7.
78. Korsten, L. H., Jansen, F., de Haan, B. J., Sent, D., Cuijpers, P., Leemans, C. R., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2019). Factors associated with depression over time in head and neck cancer patients: a systematic review. *Psycho-oncology*, 28(6), 1159-1183.
79. Gutiérrez-Rojas, L., Porras-Segovia, A., Dunne, H., Andrade-González, N., & Cervilla, J. A. (2020). Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 657-672.
80. Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43(5), 897-910.
81. Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. (2020). Generalized anxiety disorder: revisited. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 905-914.
82. Hovenkamp-Hermelink, J. H., Jeronimus, B. F., Myroniuk, S., Riese, H., & Schoevers, R. A. (2021). Predictors of persistence of anxiety disorders across the lifespan: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 428-443.
83. Schneider, R. L., Arch, J. J., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2015). The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical psychology review*, 38, 39-54.
84. Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-542.
85. Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, G., Unoka, Z., ... & Demetrovics, Z. (2014). Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. *Psychiatry research*, 216(1), 146-154.
86. Apkhazava, M., Kvachadze, I., Tsagareli, M., & Chakhnashvili, M. (2019). Gender-related correlation of pain sensation, MOR level and some hostility indices. *Georgian medical news*, (288), 114-120.
87. Avdikou, K., Stefanatos, C., Tsatali, M., Gouva, M., & Tsolaki, M. (2019). The role of gender in shame, hostility, and aggression experienced by caregivers for patients with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 34(4), 231-235.
88. Kjeld, S. G., Strizzi, J. M., Øverup, C. S., Cipric, A., Sander, S., & Hald, G. M. (2020). Friend or foe? Postdivorce hostility among recently divorced individuals. *Aggressive behavior*, 46(6), 523-534.
89. Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., & Miloyan, B. (2018). Specific phobias. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 678-686.
90. Lemogne, C., Hoertel, N., Airagnes, G., & Limosin, F. (2019). Epidemiology of anxiety disorders. *La Revue du Praticien*, 69(9), 976-978.
91. Thng, C. E., Lim-Ashworth, N. S., Poh, B. Z., & Lim, C. G. (2020). Recent developments in the intervention of specific phobia among adults: A rapid review. *F1000Research*, 9..
92. Miloyan, B., & Eaton, W. W. (2016). Blood-injection-injury phobia in older adults. *International psychogeriatrics*, 28(6), 897-902.

93. Triebwasser, J., Chmerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). Paranoid personality disorder. *Journal of personality disorders*, 27(6), 795.
94. Vahia, I. V., Palmer, B. W., Depp, C., Fellows, I., Golshan, S., Kraemer, H. C., & Jeste, D. V. (2010). Is late-onset schizophrenia a subtype of schizophrenia?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(5), 414-426.
95. Mueser, K. T., DeTore, N. R., Kredlow, M. A., Bourgeois, M. L., Penn, D. L., & Hintz, K. (2020). Clinical and demographic correlates of stigma in first-episode psychosis: the impact of duration of untreated psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(2), 157-166.
96. Shalev, A., Merranko, J., Gill, M. K., Goldstein, T., Liao, F., Goldstein, B. I., ... & Birmaher, B. (2020). Longitudinal course and risk factors associated with psychosis in bipolar youths. *Bipolar disorders*, 22(2), 139-154.
97. Fusar-Poli, P., Tantardini, M., De Simone, S., Ramella-Cravaro, V., Oliver, D., Kingdon, J., ... & McGuire, P. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra-high-risk. *European Psychiatry*, 40, 65-75.
98. Chen, L., Selvendra, A., Stewart, A., & Castle, D. (2018). Risk factors in early and late onset schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 155-162.
99. Solmi, F., Hatch, S. L., Hotopf, M., Treasure, J., & Micali, N. (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: the South East London Community Health (SELCoH) study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(8), 1335-1346.
100. Patel, D., Steinberg, J., & Patel, P. (2018). Insomnia in the elderly: a review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(6), 1017-1024.
101. Dopheide, J. A. (2020). Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *The American journal of managed care*, 26(4 Suppl), S76-S84.
102. Winston, A. P. (2020). Eating disorders and diabetes. *Current Diabetes Reports*, 20(8), 1-6.
103. Grandner, M. A. (2017). Sleep, health, and society. *Sleep medicine clinics*, 12(1), 1-22.
104. Gorrell, S., & Murray, S. B. (2019). Eating Disorders in Males. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 28(4): 641-651.
105. Dıġrak, E., Koçoġlu, D., Akın, B. (2014). Kırsal Bir Bölgedeki Yetişkinlerde Ruhsal Sorunların Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 5(3).
106. Özel, Y., Türkleş, S., & Erdoğan, S. (2020). Üniversite öğrencilerinde ruhsal durumun incelenmesi. *JAREN*, 6(2), 220-8.

8. EKLER

EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

Psikiyatrik Semptom Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Cinsiyet: KADIN ERKEK

Yaş:

Medeni durum: BEKAR EVLİ DUL BOŞANMIŞ

Eğitim düzeyi: OKUR-YAZAR DEĞİL OKUR-YAZAR İLKOKUL
ORTAOKUL LİSE ÜNİVERSİTE VE ÜSTÜ

Yaşadığı yer: MÜSTAKİL EV APARTMAN DAİRESİ DİĞER

Beraber yaşayan akraba var mı? TEK YAŞIYOR EVET HAYIR

Hane halkı sayısı:

Çocuk sayısı:

Gelir düzeyi: <ASGARİ ÜCRET ASGARİ ÜCRET

ASGARİ ÜCRET ÜSTÜ

Bedensel özürlülük durumu: VAR YOK

Kronik Hastalık: VAR...(belirtiniz)..... YOK

Kullandığı ilaç: VAR...(belirtiniz)..... YOK

Genel sağlık algınız hakkında düşünceniz:

ÇOK KÖTÜ KÖTÜ ORTA İYİ ÇOK İYİ

Kaç yıldır İstanbul'da yaşıyorsunuz?

Daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı:
VAR...(belirtiniz)..... YOK

Sigara: EVET HAYIR

Alkol: EVET HAYIR

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıdaki belirtiler son bir haftadır (bugün dahil) sizde ne kadar var? (0: hiç yok 1: biraz var 2: orta derecede var 3: epey var 4: çok fazla var)

	Hiç yok	Biraz	Orta	Epey	Çok fazla
İçinizdeki sinirlilik hali	0	1	2	3	4
Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
Meydanlık (açık alan) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
Yaptığınız şeyler tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4

Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
Sıcak-soğuk basmaları	0	1	2	3	4
Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma	0	1	2	3	4
Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirli hissetmek	0	1	2	3	4
Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
Kendini değersiz görmek	0	1	2	3	4
Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

EK 2: AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu katıldığınız çalışma bir tez çalışması olup adı “Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Tuzla E-ASM’ye Kayıtlı Hastalarda Psikiyatrik Semptom Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi”dir.

Bu çalışmamızda temel amaç Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Tuzla E-ASM’ye kayıtlı hastalarda psikiyatrik semptom sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenip değerlendirilmesidir. Çalışmayı kabul etmeniz halinde size bazı demografik sorular yöneltilecek ve psikiyatrik semptom taramada kullanılan uluslararası bir ölçek olan Kısa Semptom Envanteri’ndeki sorular tarafınıza sorulacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi ve akademik amaçlı kullanılacak, tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimlik bilgileriniz açıklanmayacak, çalışmayı değerlendiren kişiler dışında hiç kimse ile paylaşılmayacaktır.

Uygun gördüğünüz takdirde sizi çalışmamıza dâhil etmek isteriz. Herhangi bir sorunuz olduğunda 0216 441 3900 numaralı telefonu arayarak 23106 ve 23107 numaralı dahili hatlardan araştırmacı Dr. Emine KAYA’ya ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum veya sözlü olarak dinledim. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı veya sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı veya sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Katılımcının Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

Sorumlu Araştırmacı Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

Onam Alma İşleminde Hazır Bulunan Birim Görevlisinin Adı ve Soyadı:

İmza: