



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR. SADİ
KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA
PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN TARANMASI**

Dr. Çağrı Batu HASANBAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2024



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR. SADI
KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA
PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN TARANMASI**

Dr. Çağrı Batu HASANBAŞ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özlem POLAT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2024

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında bilgi ve tecrübelerini paylaşarak her aşamada bana yardımcı olan, ilgi, anlayış, sabır ve desteğini esirgemeyen, tez danışmanım ve klinik şefimiz Doç. Dr. Özlem Polat'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile her zaman yanımda olan, fikirlerime verdiği kıymeti hissettiren, değerli hocam Prof. Dr. Sadık Sami Hatipoğlu'ya,

Bugünlere gelebilmemde büyük payı olan, desteklerini her zaman hissettiğim sevgili annem Şahsine Hasanbaş, babam Ayhan Hasanbaş ve kardeşim Kaan Hasanbaş'a,

Her daim nazımı çeken, tez çalışmam sırasında desteğini eksik etmeyen kıymetli çalışma arkadaşlarım Ahmet Ali Güven ve Metin Gümüş'e,

Sevgi, anlayış ve desteğini benden esirgemeyen, bana her koşulda güvenen ve inanan eşim Nilay Taşdemir Hasanbaş'a ve hayata dair umutlarımı ve azmimi artıran oğlum Alp Hasanbaş'a teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Çağrı Batu Hasanbaş
İstanbul 2024

BEYAN

“Aile Hekimliği Polikliniği’ne Başvuran Hastalarda Psikiyatrik Semptomların Taranması” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasında elde edilmeyen bilgilere ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, belirtilen kaynakların hepsini kaynaklar başlığı altına eklediğimi, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Çağrı Batu HASANBAŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. SYMPTOM CHECKLIST 90 (SCL-90).....	3
2.1.1. Kısa Tarihçesi.....	3
2.1.2. SCL-90 Semptom Eksenlerinin ve Genel Semptom Endeksinin Tanımlanması	4
2.1.3 SCL-90-R'nin Güvenilirliği	8
2.1.4 SCL-90-R'nin Ülkemizde Yapılan Güvenilirlik Çalışmaları	9
2.2 Türkiye’de Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri	9
2.2.1 Sağlıklı Hayat Merkezleri	9
SHM’de Ruh Sağlığı Danışmanlığı Kapsamında Verilen Hizmetler	10
2.2.2 Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri.....	11

2.3 Dünya Sağlık Örgütü'nün Mental Sağlığa Yaklaşımı ve Aile Hekimlerinin Üstlenebileceği Rol	13
3.GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1 Araştırmanın Şekli	14
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.3. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri	15
3.3.1. Dahil etme kriterleri	15
3.3.2. Dışlanma kriterleri	15
3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	15
3.5. Veri Analizi ve İstatistiksel Yöntemler	17
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	17
4.BULGULAR	18
4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	18
4.2. Katılımcıların Psikiyatrik Semptomlarının Diğer Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi	22
5.TARTIŞMA	39
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	45
7.KAYNAKLAR	47
8. EKLER	51
8.1. Çalışma Anket Formu	51

KISALTMALAR

SCL-90:	Symptom Checklist 90
SCL-90-R:	Symptom Checklist 90 Revised
SOM:	Somatizasyon
O-C:	Obsesif-Kompulsif
INT:	Kişilerarası duyarlılık
DEP:	Depresyon
ANX:	Anksiyete
HOS:	Öfke-Düşmanlık
MMPI:	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
PHO:	Fobik Anksiyete
PAR:	Paranoid düşünce
PSY:	Psikotizm
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo-1: Yaş ortalamaları	18
Tablo-2: Çalışmada yer alanların demografik özelliklere göre dağılımları	19
Tablo-3: Anket sorularına verilen yanıtların dağılımları.	20
Tablo-4: Anket sonuçlarına göre; Somatizasyon(SOM), Obsesif-Kompulsif bozukluk(O-C), Kişilerarası duyarlılık(INT), Paranoid düşünce(PAR), Uyku iştah bozuklukları, Depresyon(DEP), Öfke-Düşmanlık(HOS), Anksiyete(ANX), Psikotizm(Psy), Fobik Anksiyete(Pho) ve Genel Semptom İndekslerinin(GSI) ortaya çıkış durumlarına göre sıralı listesi	22
Tablo-5: Cinsiyete göre semptomların dağılımı ve istatistiksel karşılaştırılması	25
Tablo-6: Yaş gruplarına göre semptomların dağılımlarının karşılaştırılması	27
Tablo-7: Doğurganlık (18-49 yaş) dönemindeki kadınlarda semptomların karşılaştırılması 31	
Tablo-8: Kişilerin evli olup / olmamalarına göre semptomların dağılımlarının karşılaştırılması	34
Tablo-9: Çalışıyor olmanın semptomlar üzerine etkisinin karşılaştırılması	37
Tablo 10: Semptom bulunan ve bulunmayan hastaların oransal karşılaştırması	38

ÖZET

Amaç: Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ayrılmamış hastayı karşılaması hastalara bütüncül yaklaşması açısından eşsiz bir yere sahiptir. Birinci basamağa her disiplinden hastalığa sahip bireyler başvurabilmektedir. Psikiyatrik yakınmaları olan hastalar da bunların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Yaptığımız çalışmanın amacı; aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda SCL-90-R kullanılarak psikiyatrik semptomların sıklığını tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Prospektif anket çalışması olan çalışmamız Ağustos 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Çalışmamız aile hekimliği polikliniğine farklı sebeplerle başvuran 435 hastanın katılımıyla gerçekleşmiştir. Çalışmamızda Dünya’da ve ülkemizde psikopatolojilerin saptanmasında ve değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan 90 sorudan oluşan SCL-90-R anketi çalışmaya katılmaya gönüllü bireylere yüz yüze uygulanmıştır. Toplanan veriler, IBM SPSS versiyon 26 programına aktarılmış ve değerlendirilmiştir. Anketin 10 alt ölçeğine ait ortalama puanlar 0-1,5 arası normal, 1,51-2,5 arası az düzeyi yüksek, 2,51-4 arası az düzeyi çok yüksek olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda yer alan 435 kişinin, 149’u (%34,3) erkek, 286’sı (%65,7) kadındı. Genel yaş ortalamaları $38,58 \pm 0,63$, erkeklerin $41,61 \pm 1,07$, kadınların $37 \pm 0,76$ olarak bulunmuştur. Kadın hastalarda Depresyon, Obsesif-Kompulsif bozukluk, Somatizasyon, Anksiyete ve Genel Semptom İndeksleri oranlarının erkeklerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$ - $p<0.001$). Ayrıca tüm semptomlar 18-40 yaş aralığında yüksek olmakla birlikte Öfke-Düşmanlık ve Anksiyete semptomları anlamlı şekilde diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınlarda (18-49 yaş) Öfke-Düşmanlık ve Paranoid düşünce semptomları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Evli olmayan

bireylerde evli olan bireylere göre kişilerarası duyarlılık anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bireylerin %49,65’inde en az bir psikiyatrik semptom açısından araz düzeyi yüksek veya çok yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Katılımcıların neredeyse yarısında, en az bir psikiyatrik semptom açısından araz düzeyi yüksek veya çok yüksek olarak çıkması toplumumuzda psikiyatrik yakınmaların ne denli sık olduğunu göstermektedir. Ayrıca tüm psikiyatrik yakınmaların kadın hastalarda daha yoğun görülmesi ve özellikle Depresyon, Anksiyete, Obsesif-kompulsif ve Somatizasyon gibi semptomların anlamlı düzeyde yüksek görülmesi kadınlarımızın sosyal hayatta birçok zorlukla karşılaştığının göstergesidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Psikiyatri, Semptom, SCL-90, SCL-90-R

ABSTRACT

Objective: Family medicine has a unique place in primary health care in terms of welcoming undifferentiated patients and approaching patients holistically. Individuals with diseases from all disciplines can apply to primary care. Patients with psychiatric complaints also constitute a significant portion of them. The purpose of our study is; to determine the frequency of psychiatric symptoms via SCL-90-R in patients applying to the family medicine outpatient clinic.

Materials and Method: Our study, which is a prospective survey study, was conducted between August 2023 and February 2024. Our study was conducted with the participation of 435 patients who applied to the family medicine clinic for different reasons. In our study, the SCL-90-R questionnaire, consisting of 90 questions that are frequently used in the detection and evaluation of psychopathologies in the world and in our country, was administered face to face to individuals who volunteered to participate in the study. The collected data were transferred to IBM SPSS version 26 program and evaluated. The average scores of the 10 subscales of the survey were considered as normal between 0 and 1.5, as high level of symptoms between 1.51 and 2.5, and as very high levels of symptoms

between 2.51 and 4. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: Of the 435 people included in our study, 149 (34.3%) were men and 286 (65.7%) were women. The overall age average was found to be 38.58 ± 0.63 , 41.61 ± 1.07 for men and 37 ± 0.76 for women. Rates of Depression, Obsessive-Compulsive disorder, Somatization, Anxiety and General Symptom Indexes were found to be significantly higher in female patients than in males. ($p < 0.05$ - $p < 0.001$). In addition, although all symptoms were higher in the 18-40 age range, Anger-hostility and Anxiety symptoms were found to be significantly higher than other age groups. Anger-hostility and Paranoid ideation symptoms were found to be significantly higher in women of childbearing age (18-49 years). Interpersonal sensitivity was found to be significantly higher in unmarried individuals than in married individuals. The symptom level was found to be high or very high in terms of at least one psychiatric symptom in 49.65% of the individuals.

Conclusion: The fact that almost half of the participants had a high or very high level of symptoms in terms of at least one psychiatric symptom shows how common psychiatric complaints are in our society. In addition, the fact that all psychiatric complaints are more common in female patients and that symptoms such as Depression, Anxiety, Obsessive-compulsive and Somatization are observed to be significantly higher is an indicator of the difficulties our women experience in social life.

Keywords: Family Medicine, Psychiatry, Symptom, SCL-90, SCL-90-R

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimi tanım olarak “Cinsiyet, yaş ve hastalık ayırmaksızın tıbbi bakım arayan herkese kapsayıcı ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu, bireysel hekimlerdir”. Kişilere kendi kültür, toplum ve aile bağlamında hizmet verirler. Bu hizmeti sunarken hastalarının bağımsız kişiliklerine her zaman saygı gösterirler. Bununla birlikte mesleki anlamda da topluma karşı da sorumluluk taşırlar. Hastalarıyla, onların rahatsızlıklarının nasıl yönetileceğini görüşürken, mükerrer görüşmelerle oluşan bilgiyi ve güven duygusunu gözeterek fiziksel, ruhsal, kültürel, toplumsal ve varoluşsal bileşenleri birlikte değerlendirirler. Hekimler meslekî görevlerini; kişilerin sağlığını geliştirerek, hastalıklarını önleyerek, bakım vererek, sağaltarak ya da rahatsızlıklarını azaltarak gerçekleştirirler. Bu görevler, sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet verdikleri toplumun mevcut kaynaklarına göre ve gerek duyulduğunda bu hizmetlere erişimde hastalara yardımcı olarak ya direkt kendileri ya da sağlık çalışanları aracılığıyla yerine getirilir. Aile hekimleri güvenli, etkili bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, bireysel yaşamlarındaki değerleri, dengeleri geliştirme ve devam ettirme yükümlülüğünü üstlenmek durumundadırlar (1).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı şöyle tanımlamıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” Bu bağlamda aile hekimi kendisine başvuran ayrışmamış hastalardan psikiyatrik yakınmaları olanlara da hizmet ve destek sağlamakla yükümlüdür. Psikiyatrik semptomlar da toplumda bedensel hastalıklar kadar sık görülebilmekte, bireylerin ve toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sahadaki çok sayıda pratisyen ve uzman aile hekimi psikiyatrik yakınmaları olan hastalarla sıklıkla karşılaşmakta ve bilgi düzeyi ölçüsünde tıbbi destek sunmaktadır. Ancak pratisyen aile hekimleri tıp fakültesinde aldığı eğitim ölçüsünde, uzman aile hekimleri ise uzmanlık rotasyonları kapsamında iki ay süreyle almış olduğu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonundan edindiği tecrübeler ışığında hastalarına destek sunmaktadır.

Ancak uzman psikiyatristler dışındaki hekimlerin objektif şekilde semptomlar konusunda hemfikir olması ve psikiyatrik tanı koymas ı olası değildir. Bu durum da standardize ölçme yöntemlerinin faydasını öne çıkarmaktadır.

Çalışmamızın amacı SCL-90-R ölçeğini kullanarak aile hekimliği polikliniğine başvuran ayrışmamış hastalarda psikiyatrik semptom sıklığını tespit etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

Psikiyatrik hastalıklar toplumda sık görülen hastalıklardır. Yapılan araştırmalarda, genel toplumda ve birinci basamağa başvuran bireylerde psikiyatrik hastalık görülme sıklığı %11 - %50 arasında bulunmuştur (2,3,4,5).

ABD’de “Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü” tarafından yapılan ve Dünya’nın en geniş çaplı epidemiyolojik araştırmalarından biri olan “Epidemiyolojik Alan Çalışması”nda en az bir psikiyatrik hastalığın toplumdaki bir aylık yaygınlığının %15 olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya göre en sık görülen psikiyatrik hastalık %7 ile anksiyete bozukluğu olmuştur(6).

Son yıllarda ülkemizde de bu konuyu araştırmaya yönelik çok sayıda çalışma yapılmıştır. Çeşitli ölçeklerin kullanımıyla tanı koyulabilecek psikiyatrik hastalıkların sıklığının %20’nin üzerinde olduğu gösterilmiştir (2,4,7). “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması” isimli çalışmaya katılan bireylerin %18’inin yaşam boyu en az bir psikiyatrik hastalık geçirdiği tespit edilmiştir(8).

Psikiyatrik hastalıkların tanı koyma zorluğunun olması ve oldukça sık görülmesi bu hastalıkların ülkeler için yüksek maliyetli olmasına sebep olmaktadır(9,10,11). Tedavi edilemeyen psikiyatrik hastalıklar aileler ve sağlık personeli için zorluklar meydana getirmektedir(10).

Psikiyatrik hastalıkların bireylerin sosyal ve mesleki anlamda sıkıntılar yaşamasına sebep olduğu ve özellikle yaşlı bireylerde bilişsel yetersizliğe sebebiyet verdiği çalışmalarla gösterilmiştir. Bu çalışmalara göre psikiyatrik hastalık tanılı bireylerde daha fazla sosyal ve bedensel yeti kaybı olmakla birlikte ve bu bireyler günlük rutinlerini yapmakta zorlanmaktadır. Bu nedenle psikiyatrik hastalıkların yaygınlığını ele alan çalışmalar yapılması ve erken tanı ve tedavilerine yönelik çaba gösterilmesi önem arz etmektedir(11,12,13,14). Çalışmamızda bu amaçla SCL-90-R öz bildirim anketi tercih edilmiştir.

2.1. SYMPTOM CHECKLIST 90 (SCL-90)

SCL-90, ayaktan tedavi alan psikiyatri hastalarının semptomlarına yönelik bir öz bildirim anketidir. Başlangıçta “psikotrop ilaçların göreceli etkinliğini” değerlendirmek amacıyla ilaç deneyleri için geliştirilmiştir(15). Daha sonrasında psikiyatrik vaka tespit aracı olarak, semptom şiddetini ölçme amacıyla ve farklı hasta popülasyonlarında psikopatolojileri tarama ölçüsü olarak kullanılmıştır. SCL-90'ın dokuz farklı alt ölçekte ve bir ek skalada semptom yoğunluğunu ölçmesi amaçlanmaktadır. Anketin 90 maddesi, anketin uygulandığı tarihin öncesindeki üç aylık süreçte semptomun ortaya çıkma oranını ölçmektedir(16).

2.1.1. Kısa Tarihçesi

Semptom Kontrol Listesi 90 (SCL-90), kökeni İkinci Dünya Savaşı dönemine dayanan ve askere alınan bireyleri taramak için geliştirilen bir ölçektir. Bu ölçek, hastalık tanısının doğruluğunu artırmayı ve klinisyenlerin zaman kaybını azaltmayı amaçlayan Cornell Medical Index'ten(CMI) köken alır(17).

"Rahatsızlık Ölçeği", öncelikle psikotrop ilaç denemeleri için bir iyileşme belirteci olarak kullanılmak amacıyla CMI'dan bir dizi semptom ve başka bir ölçekten maddelerle desteklenerek geliştirilmiştir(18).

Hopkins Semptom Kontrol Listesine (HSCL) farklı araştırmacılar tarafından psikotrop ilaç deneylerinde ölçek olarak kullanılacak ilk anket olarak kullanılmak üzere birtakım iyileştirmeler ve eklemeler yapılmıştır. (7).

HSCL'nin çok sayıdaki versiyonları arasında 58 soruluk versiyonu ölçeğin gelişiminde en önemlisidir. (19). Semptom Tehlike Kontrol Listesi (SCL) olarak adlandırılan bu ölçek, esas olarak; geleneksel nevrotik semptomlar ve dört puanlık bir sıkıntı ölçeği içermektedir(15). Birçok araştırmacı SCL'yi incelemiş; çeşitli faktör analizleri ve klinik değerlendirmelerle güncellemiştir.

HSCL'nin beş temel alt ölçeğinin bazı maddeleri çıkarılmış olup SCL-90'ı ve daha sonra SCL-90 gözden geçirilmiş versiyonunu (SCL-90-R) oluşturmak için 45 yeni madde içeren dört yeni alt ölçek ilave edilmiştir. SCL-90-R, SCL-90'a yalnızca küçük revizyonlar içerir. SCL-90'ın ilk beş alt ölçeği, HSCL üzerinde yapılan faktör analizleriyle geliştirilmiş, diğer dört alt ölçek ise klinisyenler tarafından geliştirilmiş ve daha sonra da doğrulanmıştır (15).

2.1.2. SCL-90 Semptom Eksenlerinin ve Genel Semptom Endeksinin Tanımlanması

Dokuz semptom alt ölçeğinin her biri 6 ila 13 maddeden oluşur. Her bir alt ölçeğe ilişkin puanlar, alt ölçeğin tüm maddelerinin puanlarının ortalamasıdır. Dokuz alt ölçeğe ilişkin ortalama puanlar bir semptom profili olarak ifade edilebilir. Alt ölçeklerin açıklaması aşağıdaki gibidir:

Somatizasyon

Somatizasyon, disfori duygusunun bedensel belirtilerle ifade edilmesi olarak tanımlanmaktadır(20,21,22). Somatizasyonda psikososyal ve duygusal problemler bedensel belirtiler olarak ortaya çıkar ve bu belirtiler birey tarafından organik bir hastalığa ait olarak yorumlanır(23). Tanı kriterleri ve sınıflandırma açısından tam bir fikir birliği olmasa da tıbbi tanı yöntemleri ile açıklanamayan bedensel semptomların varlığı ortaktır. Somatizasyon bozukluğu olan kişi bu semptomlar nedeniyle mesleki, sosyal ve ailesel ilişkilerinde sıkıntı yaşar(24). Bu bireyler organik bir sebebi bulunmayan yakınmaları sebebiyle sık sık sağlık sistemini meşgul ederler. Bu semptomların ömür boyu prevalansı %26.2 - %34.8 arasında olabilmektedir(25)

Kişilerarası Duyarlılık

Kişilerarası duyarlılık, duygusal açıdan hassas bireylerde sıkça görülen bir durumdur. Bu durumda olan kişiler, çabucak incinme ve kırılma hissi yaşayabilirler. Aynı zamanda, kendilerini önemsenmemiş ve değer görmemiş hissedebilirler ve bu durum, ilişkilerinde sorunlar yaşamalarına neden olabilir. Bu tür bireyler, yanlış yapmaktan kaçınma eğiliminde olabilirler ve kendilerini diğerlerinden aşağı görebilirler. Bu durum, ilişkilerin bozulmasına kadar giden problemlere yol açabilir (26). Ömür boyu prevalansı %12 - %14 arası değişebilmektedir. (27)

Obsesif-Kompulsif

Obsesif-Kompulsif bozukluk (O-C) istenmeden gelen, rahatsızlık hissi yaratan ve belirgin anksiyete veya sıkıntıya neden olan, tekrarlayıcı, düşünce, dürtü ve düşlemler olarak tanımlanan obsesyonlar ve kişinin obsesyonlara tepki olarak ortaya

koyduğu veya katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler (kompulsiyonlar) ile karakterize bir psikiyatrik bozukluktur(28). Ömür boyu prevalansı %13 - %21.7 arasında değişebilmektedir(29,30)

Anksiyete

Anksiyete, sosyal ya da mesleki işlevlerde önemli bozulmaya yada hastada belirgin strese sebep olan, çeşitli somatik belirtilerin eşlik ettiği aşırı ve yaygın endişe hali olarak tanımlanmıştır (28,31,32).

Depresyon

Depresif bozukluk ya da klinik depresyon olarak da bilinen bozukluk bireyin yaşamını olumsuz etkileyen ve duygusal çöküntülere neden olan, günlük aktivitelerine olan ilgisinin ciddi oranda düştüğü, duygudurum bozukluğudur. Duygudurum bozuklukları arasında en sık görülenlerden biridir. Güncel tanı kriterlerine göre depresif sendromların tipik semptomlarının çoğu burada yer almaktadır. Çökkün duygudurum, değersizlik hissi, önceden zevk alınan aktivitelerden artık zevk almamak, uyku düzeninde bozulmalar, kiloda artış ya da azalma, dikkat, bellek ve algıda bozulmalar, ölüm düşüncesi ve intihar belirtileri de temsil edilmektedir. Umutsuzluk duyguları, depresyonun bilişsel ve somatik bağıntıları yer almaktadır(28,33). Ömür boyu prevalansı %17 – 24.9 arasında değişebilmektedir. (33,34,35)

Fobik Anksiyete

Fobik Anksiyete, bir nesnenin veya durumun varlığı veya beklentisiyle meydana gelen aşırı ya da mantıksız, belirgin ve kalıcı bir korku olarak tanımlanır. İşlevsel bozukluk ya da öznel sıkıntı meydana getirmesi ve ani bir kaygıyı takiben korkulan nesne ya da durumdan kaçınmanın eşlik etmesi gerekir. Bazı bireylerde kaçınma davranışı nispeten az olsa da maruziyetin artması yoğun bir korku tepkisine yol açar(36). Fobik anksiyetenin ömür boyu prevalansı %3 - %15 arasında değişebilmektedir(37)

Psikotizm

Sanrılarının varlığı, içgörü olmaksızın meydana gelen halüsinasyonlar veya her ikisinin birlikte bulunduğu bu semptomlar hem psikiyatrik bozukluklarda hem de nörolojik durumlarda psikozun açıkça tanımlanmış ortak özellikleridir. Toplumdan soyutlanma, izolasyon ve şizoid yaşam tarzının yanı sıra halüsinasyonlar ve düşünce yayını gibi birinci derece şizofreni semptomlarını içerir(38). Ömür boyu prevalansı %5,7 civarındadır(39).

Paranoid Düşünce

Paranoid düşünce, kendisine kasıtlı şekilde zarar verildiği veya verilmesinin muhtemel olduğuna dair kanıtlanmamış inançlarla karakterize olan bir düşünce yapısıdır(40,41). Paranoid düşüncenin kapsamı, hafif güvensizlik ve şüpheden şiddetli, sarsılmaz paranoyak sanrılara kadar uzanabilir. Paranoid düşünce, artan dezorganizasyon ve azalan yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Ömür boyu prevalansı %20 civarındadır(42).

Öfke-Düşmanlık

Öfkeye ait olumsuz duygulanıma özgü düşünceler, duygular veya eylemler ile saldırgan ve çoğunlukla intikamcı davranışları ortaya çıkaran karmaşık bir dizi duygu ve tutumu ifade eder(43,44). Ömür boyu prevalansı %8 civarındır(45).

Uyku-iştah bozuklukları

Bu maddeler anketin genel puanlarına katkıda bulunur ancak bir alt ölçek olarak toplu olarak puanlanmaz. Öncelikli olarak iştah ve uyku düzenindeki bozuklukları ve suçluluk duygusunu ifade eder(46).

Genel Semptom İndeksi (GSI)

Dokuz semptom alt ölçeğine ilişkin puanlar semptomların profili olarak ifade edilir. 90 maddenin ortalama puanı olan Genel Semptom İndeksi (GSI) mevcut araz düzeyinin tek başına en iyi göstergesi olarak kabul edilir(46).

2.1.3 SCL-90-R'nin Güvenilirliği

Anketin güvenilirlik çalışmaları ABD'de 1000 psikiyatrik hastadan oluşan heterojen bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir (47). Anketin güvenilirlik çalışmasında iç yapı güvenilirlik katsayıları: Somatizasyon(SOM) 0.86; Obsesif-Kompulsif(O-C) 0.86; Kişilerarası Duyarlılık(INT) 0.86; Depresyon(DEP) 0.90; Anksiyete(ANX) 0.85; Öfke-Düşmanlık(HOS) 0.84; Fobik Anksiyete(PHO) 0.82; Paranoid Düşünce(PAR) 0.80; Psikotizm(Psy) 0.77 olarak saptanmıştır. (15)

2.1.4 SCL-90-R'nin Ülkemizde Yapılan Güvenilirlik Çalışmaları

SCL-90-R'nin ülkemizdeki ilk kullanımı Gökler (1978) tarafından yapılmıştır(48). Daha sonra Birsöz(1980) SCL-90-R'yi araştırmasında kullanmadan önce yeterince anlaşılır olup olmadığını kontrol etmek için Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan ve ayaktan takip edilen hastalara uygulanmış ve katılımcıların anlamada ve cevaplandırmada herhangi bir zorluk çekmedikleri tespit edilmiştir.(49) Kılıç(1991) tarafından yapılan çalışmada da Somatizasyon(SOM) 0.82; Obsesif-Kompulsif(O-C) 0.84; Kişilerarası Duyarlılık(INT) 0.79; Depresyon(DEP) 0.78; Anksiyete(ANX) 0.73; Öfke-Düşmanlık(HOS) 0.79; Fobik Anksiyete(PHO) 0.78; Paranoid düşünce(PAR) 0.63; Psikotizm(Psy) 0.73 olarak saptanmış olup bu değerler Derogatis ve ark. Çalışmasındaki değerlerle koreledir. SCL-90-R'nin geçerliliği benzer ölçüt olarak MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ile karşılaştırılmış ve korele olduğu görülmüştür (50).

2.2 Türkiye'de Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri

Türkiye'de birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından verilmektedir.

2.2.1 Sağlıklı Hayat Merkezleri

SHM'ler, sağlığa yönelik risklerin azaltılması, toplumun sağlık bilincinin artırılması ve temel sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin sağlanması için

oluşturulmuş kompleks yapılar olarak tanımlanabilir. Bu merkezler, İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı ek hizmet birimleri olarak işlev görürler.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilk aşamasında, Aile Hekimliği Türkiye Modeli geliştirilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu 81 ilin tamamında başlatılmıştır. Yeni dönemde ise, aile sağlığı merkezleri ve ilçe sağlık müdürlüklerinin sağladığı birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, erişimi kolaylaştırmak, sağlık risklerini azaltmak ve sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek amacıyla Sağlıklı Hayat Merkezleri faaliyete geçirilmiştir.

Sağlıklı Hayat Merkezlerinde Hekim, Diş hekimi, Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru, Sosyal Çalışmacı, Diyetisyen, Çocuk Gelişimci ve Psikolog görev yapmaktadır.

SHM'de Ruh Sağlığı Danışmanlığı Kapsamında Verilen Hizmetler

Bireysel psiko-sosyal danışmanlık veya aile danışmanlığı, bireyin ruhsal ve/veya fiziksel sağlık sorunları, evlilik veya çift ilişkisi, aile ve çocuklarla iletişim, iş veya okul yaşamı, özel yaşam gibi farklı konularda yaşadığı psikolojik ve sosyoekonomik zorluklara yönelik çözüm odaklı müdahaleler sunar. Psiko-sosyal destek birimi personeli, çeşitli uzmanlık alanlarına sahip olan psikologlar, sosyal çalışmacılar ve çocuk gelişimcilerden oluşur ve danışanlara çeşitli hizmetler sağlarlar:

- Bireyin sahip olduğu yetenek ve becerileri tanıyıp geliştirebilmesine yardım etmek
- Bireyin çeşitli alanlarda gelişimine ilişkin değişimlerini tanınması ve uyum sağlayabilmesine yardım etmek
- Bireyin istenmedik sonuçlara yol açabilecek duygu, düşünce ve davranışları tanımlayabilmesine yardım etmek
- Psiko-sosyal risk faktörleri (şiddet, istismar, aile içi ruhsal sorunlar, yoksulluk vb.) ile başa çıkmaya yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek

- Davranışsal bağımlılıklar konusunda danışmanlık hizmeti vermek
- Obezite olgularında ve yeme bozukluklarında psikolojik danışmanlık hizmetleri vermek
- Tipik/atipik gelişim gösteren veya risk altında olan çocuklar ve ailelerine yönelik olarak gelişim değerlendirme, izlem ve danışmanlık hizmeti sunmak
- Kriz durumları yaşayan (ölüm, yas, boşanma, kadına yönelik şiddet, ihmal/istismar, afet, intihar gibi) birey ve aileye yönelik danışmanlık ve destek hizmetleri vermek
- Tedavi veya psikiyatrik bir değerlendirme gerektiren danışanları uygun kişi ve kurumlara yönlendirmek
- Danışanlar, hasta yakınları ve ekipteki tüm elemanlara insan ve davranışları hakkında kuramsal ve uygulamalı eğitimler vermek(51)

2.2.2 Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), şizofreni gibi psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkları olan bireylere psikososyal destek hizmeti sunan, tedavi ve takiplerini gerçekleştiren, gerektiğinde ev ziyaretleri yaparak hastalara ve ailelerine eğitim veren etkin ve erişilebilir merkezlerdir.

Hedef, hem hastanın kendi yaşam kalitesini hem de bakım veren yakınının yaşamını iyileştirmek, hastaneye yatış ihtiyacını azaltmak, gerektiğinde evde sağlık hizmetlerini entegre bir şekilde sunarak hastaların kendi yaşam ortamlarında tedavinin sürdürülebilirliğini sağlamak ve bu şekilde hastaları topluma yeniden kazandırmaktır.

- Hastaları olabildiğince hayatın içinde tutmak ve rehabilite etmek,
- Üretken hale getirmek,
- Sosyalleşmelerini sağlamak başlıca amaçlar arasındadır.

Ayrıca;

- Bireysel danışmanlık hizmeti vermek,
- Hastaları ve hasta yakınlarını hastalık, tedavi ve tedavinin olası yan etkileri konusunda bilgilendirmek (psikoeğitim),
- Hastalık belirtileriyle baş etme yöntemleri, kriz yönetimi gibi konularda eğitim vermek,
- Hastaların ilgi ve yeteneğine göre güzel sanatlar, müzik, spor, el sanatları gibi alanlarda sosyal beceri kazandırmak için haftanın beş günü TRSM’lerde hizmet verilmektedir.

Merkez personeli arasında, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları, sosyal çalışmacılar, psikologlar, hemşireler, sağlık memurları, iş uğraş terapistleri, tıbbi sekreterler, güvenlik görevlileri ve planlanmış etkinlikler için resim, el işi, müzik ve spor gibi alanlarda eğitim veren öğretmenler bulunmaktadır.

Takip İşlemleri:

- Merkezde, hastaların tedavi süreçlerini izlemek amacıyla ilaçlarını düzenli olarak alıp almadıkları, doğru zamanlarda ve dozlarda aldıkları, herhangi bir yan etkinin olup olmadığı gibi faktörler titizlikle takip edilir,
- Merkeze devam etmeyen hastaların veya ailelerinin evlerine ziyaretler düzenlenir ve bu ziyaretler sırasında farmakolojik tedavi planları yapılır. Ayrıca, hastaların merkeze devam etmeleri konusunda onları motive etmek için çaba gösterilir,
- Merkezde veya evde yapılan takip sırasında, herhangi bir nedenle tehlikeli davranışlar sergileyen ve kendisine veya çevresine zarar verebilecek bir hasta için ilgili birimlerle iletişime geçilerek yataklı bir psikiyatri kliniğine nakledilmesi sağlanır.

Eğitim:

- Hasta ve hasta yakınlarına psikoeğitim vermek,
- Uygun hastalara sosyal beceri eğitimi vermek ve toplum içinde uygulamalar yapmak.

Terapi:

- Hastaların ilgileri ve kişilik özelliklerine uygun uğraşı alanlarını planlamak ve uğraşı terapilerine katılımlarını programlamak,
- Uygun olan hastalarla açık/kapalı grup terapileri düzenlemek.

Diğer Fonksiyonlar:

- Yerel yönetimler, yerel yazılı ve görsel medya aracılığı ile toplumu bilinçlendirmek ve damgalama karşıtı çalışmalar yapmak.
- Yapılan çalışmalar sırasında tespit edilen hastaneye yatış, bakım, çalışacak işyeri ihtiyaçlarına cevap vermek üzere ilgili kurumlarla irtibat kurmak(52,53,54,55).

2.3 Dünya Sağlık Örgütü'nün Mental Sağlığa Yaklaşımı ve Aile Hekimlerinin Üstlenebileceği Rol

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık olgusunu “Sağlık; yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir” olarak tanımlamıştır.(56,57) DSÖ mental sağlığı “bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirdiği, yaşamın normal sıkıntılarıyla baş edebilecek kapasitede olduğu, verimli ve yararlı bir şekilde çalışabileceği ve kendi toplumuna katkıda bulunabileceği bir refah hali” olarak tanımlamıştır (58). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde olan aile hekimleri ayrılmamış hastaya destek sunan hekimler olarak psikiyatrik hastalıklarla da sıkça karşılaşmaktadır. Ancak tüm aile hekimlerinin kendilerine başvuran hastalara bir psikiyatrist edasıyla psikiyatrik tanı

koyması hem zaman hem de uzmanlık gerektirdiğinden mümkün olmayacaktır. Bunun yerine hastalara kolayca uygulanabilecek öz-bildirimli anketler ile güncel tanısal kriterlere göre hastalıkların taraması objektif şekilde yapılabileceği gibi semptom düzeyi de efektif şekilde ölçülebilir. Ayrıca bu süreçte hekimin değerli zamanından da tasarruf etmek mümkün olacaktır. Bildiğimiz kadarıyla ülkemizde bu konuyla ilgili ayrışmamış hastaya yönelik kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır. Bu bağlamda çalışmamızda aile hekimliği polikliniğine başvuran ayrışmamış hastalarda psikiyatrik semptomların sıklığını ve bunun sosyodemografik özelliklerle etkileşimini incelemeyi amaçladık.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Prospektif anket çalışması olan çalışmamız Ağustos 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Çalışmamız aile hekimliği polikliniğine farklı sebeplerle başvuran 435 hastanın katılımıyla gerçekleşmiştir. Çalışmamızın etik kurul onayı “Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” tarafından 07.08.2023 tarihinde 300 protokol numarası ve 10 numaralı karar ile verilmiştir. Çalışmaya dahil edilmeden önce katılımcıların bilgilendirilmiş onamı alınmış ve herhangi bir finans desteği alınmamıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamızın evrenini; aile hekimliği polikliniğine başvuran, yaşları 18-65 arasında olan ayda ortalama 2200 kişi oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğünün hesaplanması için G-Power 3.1.9.4 programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırması yapılacağından Ki-Kare testi için orta düzey etki büyüklüğünde

($\omega=0.30$), anlamlılık düzeyi ($\alpha=0.05$) ve testin gücü ($1-\beta=0.95$) olacak şekilde anketin en az 191 kişiye uygulanması gerektiği hesaplanmıştır. Daha isabetli sonuçlar elde etme amacıyla 435 kişi ile çalışmamız tamamlanmıştır. Çalışmamızda 435 kişiye uyguladığımız SCL-90-R anketi sonucunda, ankete verilen yanıtların geçerlilik ve güvenirlik katsayısı Cronbach's alpha (Kr) değeri 0.976 olarak hesaplanmıştır.

3.3. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

3.3.1. Dahil etme kriterleri

- 1) 18 – 65 yaş arasında olmak
- 2) Aile hekimliği polikliniğine başvurmuş olmak
- 3) Anket çalışmasına katılmayı kabul etmek
- 4) Psikiyatrik hastalık tanısı bulunmamak
- 5) Kognitif fonksiyonları korunmuş olmak

3.3.2. Dışlanma kriterleri

- 1) 18 – 65 yaş arasında olmamak
- 2) Aile hekimliği polikliniğine başvurmamak
- 3) Anket çalışmasına katılmayı kabul etmemek
- 4) Psikiyatrik hastalık tanısı bulunmak
- 5) Kognitif fonksiyonları korunmamış olması

3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Çalışmamız için aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda psikiyatrik semptomları ölçme amacıyla SCL-90-R anketi seçilmiştir. Anket 90 sorudan oluşmaktadır ve çalışmaya katılmaya gönüllü bireylere yüz yüze uygulanmıştır.

Çalışmamızın anket uygulama bölümü; Ağustos 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında, 435 hastaya yüz yüze olarak, onamları alındıktan ve anket formunu nasıl doldurması gerektiği “Aşağıda insanların bazen yaşadığı sorunların ve şikayetlerin bir listesi var. Her birini dikkatlice okuyun ve bugün dahil son üç ay boyunca bu sorunun sizde ne kadar rahatsızlık yarattığını en iyi tanımlayan numarayı seçin. Bu numarayı sorunun solundaki parantez içerisine yazın. Hiçbir ögeyi atlamayın ve numaranızı net bir şekilde yazın. Fikrinizi değiştirirseniz ilk numaranızı tamamen silin.” şeklinde açıklanarak uygulanmıştır.

Anketin birinci bölümü sosyodemografik sorulardan oluşmakta olup 12 soru bulunmaktadır. Bu bölümde kişilerin yaşı, cinsiyeti, evli olup olmadığı gibi sosyodemografik özellikleri sorulmuştur.

Anketin ikinci bölümünde Likert ölçeğine göre semptom sıklığına göre 0(hiç)-4(aşırı düzeyde) arasında 5 seçenekli psikiyatrik yakınmalara dair sorular yer almaktadır. 9 alt ölçeğin ve 1 ek skalaya ait toplamda 90 soru bulunmaktadır.

Somatizasyon (SOM, 12 madde, 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 ve 58’inci sorular), Kişilerarası Duyarlılık (INT, 9 madde, 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 ve 73’üncü sorular), Obsesif-Kompulsif (O-C, 10 madde, 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 ve 65’inci sorular), Anksiyete (ANX, 10 madde, 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 ve 86’ncı sorular), Depresyon (DEP, 13 madde, 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 ve 79’uncu sorular), Fobik Anksiyete (PHO, 7 madde, 13, 25, 47, 50, 70, 75 ve 82’nci sorular), Psikotizm (PSY, 10 madde, 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 ve 90’ıncı sorular), Paranoid Düşünce (PAR, 6 madde, 8, 18, 43, 68, 76 ve 83’üncü sorular), Öfke-Düşmanlık (HOS, 6 madde, 11, 24, 63, 67, 74 ve 81’inci sorular), Uyku-iştah bozuklukları (7 madde, 19, 44, 59, 60, 64, 66 ve 89’uncu sorular) ve Genel Semptom İndeksi (GSI) olmak üzere toplam 10 alt ölçek ayrı ayrı değerlendirilmektedir.

Her bir ölçeğe ait sorulara verilen cevaplar 0(hiç), 1(çok az), 2(orta derecede), 3(oldukça fazla), 4(aşırı düzeyde) olarak puanlanmış olup Her bir ölçeğin ortalama puanları hesaplanmıştır. Ortalama puan 0-1,5 arası normal, 1,51-2,5 arası az düzeyi yüksek, 2,5-4 arası az düzeyi çok yüksek kabul edilmiştir.

3.5. Veri Analizi ve İstatistiksel Yöntemler

Anketlerden elde edilen verilerin, istatistiksel analizi IBM SPSS version 26 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Karşılaştırmalarımızda anlamlılık düzeyi $p<0.05$ alınmıştır. Tüm veriler için tanımlayıcı istatistikler, ortalama, standart sapma, standart hata, minimum, maksimum değerleri ve kategorik değişkenler için (anket soruları, demografik veriler ve semptom sınıflandırmaları) frekanslar elde edilmiştir. Kullanılan anket formundan elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenirlilik düzeyini belirlemek için geçerlilik ve güvenirlilik analizi yapılmıştır. Demografik verilerle semptomlar arası ilişkinin belirlenmesinde verilerin yapısı gereği Pearson ki-kare testi kullanılarak, semptomlara hangi demografik verinin etkisi olduğu, başka bir ifade ile hangi demografik özellik durumunda semptomların dağılımlarının etkilendiği belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın tek merkezli olması, katılımcılarda kronik hastalık öyküsü bulunup bulunmadığının çalışma bulgularına eklenmemiş olması ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığının sorgulanmamış olması araştırmamızın kısıtlılıkları arasında gösterilebilir.

4.BULGULAR

4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo-1: Yaş ortalamaları

CİNSİYET	N	%	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Minimum	Maximum
Erkek	149	34,3	41,61	13,08	1,07	18	65
Kadın	286	65,7	37,00	12,77	0,76	18	65
Toplam	435	100	38,58	13,05	0,63	18	65

n: Örneklem sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Çalışmamızda yer alan 435 kişinin, 149'u (%34,3) erkek, 286'sı (% 65,7) kadındı. Genel yaş ortalamaları (Aritmetik ortalama $\pm$ Standart Hata) $38,58 \pm 0,63$, erkeklerin $41,61 \pm 1,07$, kadınların $37 \pm 0,76$ olarak bulunmuştur. Erkek ve kadınlar yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Erkekler ortalama olarak daha yüksek, kadınlar ise daha genç yaşlara sahiptir ($p < 0.001$). (Tablo-1)

Tablo-2: Çalışmada yer alanların demografik özelliklere göre dağılımları

	Gruplar	N	%
YAŞ	18-30 yaş	130	29,9
	31-40 yaş	145	33,3
	41-50 yaş	71	16,3
	51-65 yaş	89	20,5
	Toplam	435	100,0
CİNSİYET	Erkek	149	34,3
	Kadın	286	65,7
	Toplam	435	100,0
EVLİ MİSİNİZ?	Evet	320	73,6
	Hayır	115	26,4
	Toplam	435	100,0
ÇALIŞIYOR MUSUNUZ?	Evet	201	46,2
	Hayır	234	53,8
	Toplam	435	100,0

n: Örneklem sayısı;

Çalışmada yer alanların demografik özelliklere göre dağılımları Tablo-2 de yer almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %29.9'u (n=130) 18-30 yaş, %33.3'ü (n=145) 31-40 yaş, %16.3'ü (n=71) 41-50 yaş, %20.5'i (n=89) 51-65 yaş arasındadır. %73.6'sı (n=320) evli olup, %26.4'ü evli değildir. Herhangi bir işte çalışmakta olanların oranı %46.2 (n=201) olup çalışmayanların oranı %53.8'dir.(Tablo-2)

Tablo-3: Anket sorularına verilen yanıtların dağılımları.

Anket Soruları	Hiç		Çok az		Orta derecede		Oldukça fazla		Aşırı düzeyde		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1. Baş ağrısı	58	13,3	168	38,6	138	31,7	53	12,2	18	4,1	435	100
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi	75	17,2	136	31,3	146	33,6	61	14,0	17	3,9	435	100
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoşa gitmeyen düşünceler	88	20,2	100	23,0	123	28,3	84	19,3	40	9,2	435	100
4. Baygınlık ve baş dönmesi	284	65,3	108	24,8	28	6,4	10	2,3	5	1,1	435	100
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı	174	40,0	119	27,4	80	18,4	45	10,3	17	3,9	435	100
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	143	32,9	127	29,2	99	22,8	58	13,3	8	1,8	435	100
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri	282	64,8	88	20,2	48	11,0	13	3,0	4	0,9	435	100
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	206	47,4	126	29,0	71	16,3	21	4,8	11	2,5	435	100
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük	125	28,7	147	33,8	91	20,9	51	11,7	21	4,8	435	100
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler	129	29,7	172	39,5	86	19,8	32	7,4	16	3,7	435	100
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	109	25,1	146	33,6	109	25,1	46	10,6	25	5,7	435	100
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	217	49,9	111	25,5	66	15,2	23	5,3	18	4,1	435	100
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	329	75,6	51	11,7	38	8,7	12	2,8	5	1,1	435	100
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	72	16,6	125	28,7	121	27,8	78	17,9	39	9,0	435	100
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri	224	51,5	101	23,2	67	15,4	26	6,0	17	3,9	435	100
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	387	89,0	33	7,6	11	2,5	1	0,2	3	0,7	435	100
17. Titreme	328	75,4	72	16,6	23	5,3	6	1,4	6	1,4	435	100
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi	76	17,5	95	21,8	125	28,7	80	18,4	59	13,6	435	100
19. İştah azalması	258	59,3	110	25,3	41	9,4	22	5,1	4	0,9	435	100
20. Kolayca ağlama	171	39,3	95	21,8	76	17,5	58	13,3	35	8,0	435	100
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi	239	54,9	101	23,2	63	14,5	22	5,1	10	2,3	435	100
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	318	73,1	73	16,8	27	6,2	12	2,8	5	1,1	435	100
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	249	57,2	118	27,1	31	7,1	22	5,1	15	3,4	435	100
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları	159	36,6	121	27,8	89	20,5	46	10,6	20	4,6	435	100
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	382	87,8	37	8,5	9	2,1	6	1,4	1	0,2	435	100
26. Olanlar için kendini suçlama	157	36,1	152	34,9	88	20,2	25	5,7	13	3,0	435	100
27. Belin alt kısmında ağrılar	189	43,4	107	24,6	71	16,3	48	11,0	20	4,6	435	100
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi	103	23,7	121	27,8	113	26,0	68	15,6	30	6,9	435	100
29. Yalnızlık hissi	179	41,1	108	24,8	73	16,8	48	11,0	27	6,2	435	100
30. Karamsarlık hissi	122	28,0	126	29,0	100	23,0	57	13,1	30	6,9	435	100
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	114	26,2	132	30,3	83	19,1	69	15,9	37	8,5	435	100
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	166	38,2	115	26,4	96	22,1	40	9,2	18	4,1	435	100
33. Korku hissi	207	47,6	138	31,7	63	14,5	15	3,4	12	2,8	435	100
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	117	26,9	139	32,0	101	23,2	56	12,9	22	5,1	435	100
35. Diğer insanların sizin özel düşündüklerinizi bilmesi hissi	257	59,1	106	24,4	48	11,0	16	3,7	8	1,8	435	100
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	122	28,0	132	30,3	99	22,8	55	12,6	27	6,2	435	100

37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	165	37,9	135	31,0	79	18,2	34	7,8	22	5,1	435	100
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	178	40,9	138	31,7	76	17,5	26	6,0	17	3,9	435	100
39. Kalbin çok hızlı çarpması	184	42,3	125	28,7	80	18,4	27	6,2	19	4,4	435	100
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	168	38,6	144	33,1	67	15,4	37	8,5	19	4,4	435	100
41. Kendini başkalarından aşağı görme	291	66,9	78	17,9	45	10,3	16	3,7	5	1,1	435	100
42. Adele (kas) ağrıları	110	25,3	126	29,0	109	25,1	55	12,6	35	8,0	435	100
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	238	54,7	110	25,3	55	12,6	18	4,1	14	3,2	435	100
44. Uykuya dalmada güçlük	163	37,5	113	26,0	75	17,2	43	9,9	41	9,4	435	100
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	85	19,5	167	38,4	115	26,4	42	9,7	26	6,0	435	100
46. Karar vermede güçlük	115	26,4	134	30,8	102	23,4	52	12,0	32	7,4	435	100
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	359	82,5	50	11,5	18	4,1	5	1,1	3	0,7	435	100
48. Nefes almada güçlük	289	66,4	83	19,1	42	9,7	12	2,8	9	2,1	435	100
49. Soğuk ve sıcak basması	187	43,0	129	29,7	62	14,3	27	6,2	30	6,9	435	100
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	213	49,0	124	28,5	63	14,5	24	5,5	11	2,5	435	100
51. Hiç bir şey düşünememe hali	233	53,6	112	25,7	58	13,3	20	4,6	12	2,8	435	100
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	208	47,8	111	25,5	64	14,7	32	7,4	20	4,6	435	100
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	245	56,3	108	24,8	51	11,7	19	4,4	12	2,8	435	100
54. Gelecek konusunda ümitsizlik	124	28,5	107	24,6	96	22,1	51	11,7	57	13,1	435	100
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	147	33,8	137	31,5	83	19,1	49	11,3	19	4,4	435	100
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	192	44,1	133	30,6	71	16,3	25	5,7	14	3,2	435	100
57. Gerginlik veya coşku hissi	114	26,2	152	34,9	107	24,6	41	9,4	21	4,8	435	100
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	168	38,6	125	28,7	74	17,0	38	8,7	30	6,9	435	100
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	203	46,7	117	26,9	64	14,7	21	4,8	30	6,9	435	100
60. Aşırı yemek yeme	158	36,3	124	28,5	88	20,2	34	7,8	31	7,1	435	100
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	171	39,3	114	26,2	85	19,5	40	9,2	25	5,7	435	100
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	300	69,0	77	17,7	37	8,5	15	3,4	6	1,4	435	100
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	318	73,1	71	16,3	29	6,7	9	2,1	8	1,8	435	100
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	160	36,8	111	25,5	82	18,9	38	8,7	44	10,1	435	100
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali	297	68,3	71	16,3	45	10,3	10	2,3	12	2,8	435	100
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	164	37,7	130	29,9	63	14,5	48	11,0	30	6,9	435	100
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	278	63,9	86	19,8	31	7,1	23	5,3	17	3,9	435	100
68. Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	278	63,9	91	20,9	44	10,1	13	3,0	9	2,1	435	100
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	191	43,9	136	31,3	64	14,7	28	6,4	16	3,7	435	100
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	275	63,2	86	19,8	41	9,4	19	4,4	14	3,2	435	100
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	174	40,0	130	29,9	76	17,5	32	7,4	23	5,3	435	100
72. Dehşet ve panik nöbetleri	355	81,6	45	10,3	20	4,6	9	2,1	6	1,4	435	100
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi	290	66,7	96	22,1	33	7,6	9	2,1	7	1,6	435	100
74. Sık sık tartışmaya girme	191	43,9	157	36,1	57	13,1	23	5,3	7	1,6	435	100
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	287	66,0	88	20,2	34	7,8	16	3,7	10	2,3	435	100
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	197	45,3	118	27,1	69	15,9	31	7,1	20	4,6	435	100
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	221	50,8	119	27,4	51	11,7	30	6,9	14	3,2	435	100
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	278	63,9	100	23,0	39	9,0	9	2,1	9	2,1	435	100
79. Değersizlik duygusu	219	50,3	106	24,4	64	14,7	26	6,0	20	4,6	435	100
80. Size kötü bir şey olacaktıydı duygusu	235	54,0	106	24,4	48	11,0	33	7,6	13	3,0	435	100
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	296	68,0	81	18,6	32	7,4	12	2,8	14	3,2	435	100
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	387	89,0	32	7,4	11	2,5	3	0,7	2	0,5	435	100

83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	154	35,4	110	25,3	94	21,6	51	11,7	26	6,0	435	100
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması	318	73,1	68	15,6	33	7,6	9	2,1	7	1,6	435	100
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	288	66,2	65	14,9	39	9,0	26	6,0	17	3,9	435	100
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller	311	71,5	77	17,7	25	5,7	14	3,2	8	1,8	435	100
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	236	54,3	109	25,1	50	11,5	26	6,0	14	3,2	435	100
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama	259	59,5	109	25,1	32	7,4	26	6,0	9	2,1	435	100
89. Suçluluk duygusu	219	50,3	131	30,1	59	13,6	13	3,0	13	3,0	435	100
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	326	74,9	67	15,4	23	5,3	7	1,6	12	2,8	435	100

n: Örneklem sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

4.2. Katılımcıların Psikiyatrik Semptomlarının Diğer Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi

Tablo-4: Anket sonuçlarına göre; Somatizasyon(SOM), Obsesif-Kompulsif bozukluk(O-C), Kişilerarası duyarlılık(INT), Paranoid düşünce(PAR), Uyku iştah bozuklukları, Depresyon(DEL), Öfke-Düşmanlık(HOS), Anksiyete(ANX), Psikotizm(PST), Fobik Anksiyete(FOH) ve Genel Semptom İndekslerinin(GSI) ortaya çıkış durumlarına göre sıralı listesi

Semptomlar	Normal		Araz Düzeyi Yüksek		Araz Düzeyi Çok Yüksek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Depresyon	301	69,2	106	24,4	28	6,4	435	100
Obsesif-Kompulsif	303	69,7	111	25,5	21	4,8	435	100
Kişilerarası Duyarlılık	333	76,6	87	20,0	15	3,4	435	100
Paranoid Düşünce	336	77,2	83	19,1	16	3,7	435	100
Uyku İştah	336	77,2	82	18,9	17	3,9	435	100
Somatizasyon	343	78,9	73	16,8	19	4,4	435	100
Öfke-Düşmanlık	367	84,4	55	12,6	13	3,0	435	100
Anksiyete	381	87,6	43	9,9	11	2,5	435	100
Psikotizm	406	93,3	24	5,5	5	1,1	435	100
Fobik Anksiyete	413	94,9	20	4,6	2	0,5	435	100
Genel Semptom İndeksi	361	83,0	65	14,9	9	2,1	435	100

Çalışmamızda en sık görülen psikiyatrik semptom depresyon olmuştur. Depresyon bakımından katılımcıların %24,4'ü (n= 106) araz düzeyi yüksek, %6,4'ü (n= 28) araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %30,8 (n= 134) olmuştur.

Obsesif-Kompulsif semptomlar en sık görülen ikinci semptom olmuştur. Obsesif-Kompulsif semptomlar bakımından katılımcıların %25,5'i (n= 111) araz düzeyi yüksek, %4,8'i (n= 21) araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %30,3 (n= 132) olmuştur.

Kişilerarası duyarlılık katılımcıların %20'si (n= 87) araz düzeyi yüksek, %3,4'ü (n= 15) araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %23,4 (n= 102) olmuştur.

Paranoid düşünce bakımından katılımcıların %19,1'i (n= 83) araz düzeyi yüksek, %3,7'si (n= 16) araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %22,8 (n= 99) olmuştur.

Uyku iştah bozuklukları bakımından katılımcıların %18,9'u (n= 82) araz düzeyi yüksek, %3,9'u (n= 17) araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %22,8 (n= 99) olmuştur.

Somatizasyon semptomu bakımından katılımcıların %16,8'i (n= 73) araz düzeyi yüksek, %4,4'ü (n= 19) araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %21,2 (n= 92) olmuştur.

Öfke-Düşmanlık semptomu bakımından katılımcıların %12,6'sı (n= 55) araz düzeyi yüksek, %3'ü (n= 13) araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %15,6 (n= 68) olmuştur.

Anksiyete semptomu bakımından katılımcıların %9,9'u (n= 43) araz düzeyi yüksek, %2,5'i (n= 11) araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve

araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %12,4 (n= 54) olmuştur.

Psikotizm semptomu bakımından katılımcıların %5,5'i (n= 24) araz düzeyi yüksek, %1,1'i (n= 5) araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %6,6 (n= 29) olmuştur.

En nadir görülen semptom Fobik Anksiyete olmuştur. Fobik Anksiyete semptomu bakımından katılımcıların %4,6'sı (n= 20) araz düzeyi yüksek, %0,5 (n= 2) araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %5,1 (n= 22) olmuştur.

Tüm semptomların ortalamasını ifade eden Genel Semptom Indeksi'nde ise %14,9 (n= 65) oranında araz düzeyi yüksek, %2,1 (n= 9) oranında ise araz düzeyi çok yüksek bulunmuştur. Araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan hastaların oranı %17 (n= 74) olmuştur.(Tablo-4)

Tablo-5: Cinsiyete göre semptomların dağılımı ve istatistiksel karşılaştırılması

Semptomlar	Cinsiyet	Normal		Araz Düzeyi Yüksek		Araz Düzeyi Çok Yüksek		Toplam		c ²	Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	N	%		
Depresyon	Erkek	118	79,2	28	18,8	3	2,0	149	100	13,055	p<0.001
	Kadın	183	64,0	78	27,3	25	8,7	286	100		
	Toplam	301	69,2	106	24,4	28	6,4	435	100		
Obsesif Kompulsif	Erkek	116	77,9	29	19,5	4	2,7	149	100	7,597	p<0.05
	Kadın	187	65,4	82	28,7	17	5,9	286	100		
	Toplam	303	69,7	111	25,5	21	4,8	435	100		
Kişilerarası Duyarlılık	Erkek	124	83,2	22	14,8	3	2,0	149	100	5,775	p>0.05 (p=0.056)
	Kadın	209	73,1	65	22,7	12	4,2	286	100		
	Toplam	333	76,6	87	20,0	15	3,4	435	100		
Paranoid	Erkek	118	79,2	24	16,1	7	4,7	149	100	1,803	p>0.05
	Kadın	218	76,2	59	20,6	9	3,1	286	100		
	Toplam	336	77,2	83	19,1	16	3,7	435	100		
Uyku İştah	Erkek	123	82,6	23	15,4	3	2,0	149	100	4,31	p>0.05
	Kadın	213	74,5	59	20,6	14	4,9	286	100		
	Toplam	336	77,2	82	18,9	17	3,9	435	100		
Somatizasyon	Erkek	129	86,6	16	10,7	4	2,7	149	100	8,118	p<0.001
	Kadın	214	74,8	57	19,9	15	5,2	286	100		
	Toplam	343	78,9	73	16,8	19	4,4	435	100		
Öfke Düşmanlık	Erkek	128	85,9	19	12,8	2	1,3	149	100	2,121	p>0.05
	Kadın	239	83,6	36	12,6	11	3,8	286	100		
	Toplam	367	84,4	55	12,6	13	3,0	435	100		
Kaygı Anksiyete	Erkek	139	93,3	9	6,0	1	0,7	149	100	7,323	p<0.05
	Kadın	242	84,6	34	11,9	10	3,5	286	100		
	Toplam	381	87,6	43	9,9	11	2,5	435	100		
Psikotik	Erkek	138	92,6	9	6,0	2	1,3	149	100	0,198	p>0.05
	Kadın	268	93,7	15	5,2	3	1,0	286	100		
	Toplam	406	93,3	24	5,5	5	1,1	435	100		
Fobik	Erkek	145	97,3	3	2,0	1	0,7	149	100	3,647	p>0.05
	Kadın	268	93,7	17	5,9	1	0,3	286	100		
	Toplam	413	94,9	20	4,6	2	0,5	435	100		
Genel Semptom İndeksi	Erkek	133	89,3	14	9,4	2	1,3	149	100	6,319	p<0.05
	Kadın	228	79,7	51	17,8	7	2,4	286	100		
	Toplam	361	83,0	65	14,9	9	2,1	435	100		

n: Örneklem sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Çalışmamızda depresyon semptomu erkeklerde %20,8 (n= 31) oranında, kadınlarda ise %36 (n= 103) oranında görülmüş olup kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. (p<0.001)

Somatizasyon semptomunun kadınlarda görülme oranı %25,1 (n= 72) olarak, erkeklerde görülme oranı ise %13,4 (n= 20) olarak bulunmuştur. Somatizasyon semptomunun kadınlarda görülme sıklığı erkeklerde görülme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ($p<0,001$)

Obsesif-Kompulsif semptomların kadınlarda görülme oranı %34,6 (n= 99), erkeklerde görülme oranı ise 22,2 (n= 33) bulunmuştur. Kadınlarda Obsesif-Kompulsif semptomların görülme sıklığı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. ($p<0.05$)

Anksiyete semptomunun kadın bireylerde görülme oranı %15,4 (n= 44), erkeklerde görülme oranı ise %6,7 (n= 10) olarak bulunmuştur. Anksiyete semptomunun kadınlarda görülme sıklığı erkeklerde görülme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. ($p<0.05$)

Kişilerarası duyarlılık semptomunun kadınlarda görülme oranı %26,9 (n= 77), erkeklerde görülme oranı ise %16,8 (n= 25) bulunmuştur. Kişilerarası duyarlılık semptomu kadınlarda daha sık görülmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p=0.056$)

Fobik Anksiyete semptomunun kadın bireylerde görülme oranı %6,2 (n= 18), erkek bireylerde görülme oranı ise %2,7 (n= 4) olarak bulunmuş olup, kadın erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p>0.05$)

Psikotizm semptomlarının erkeklerde görülme sıklığı %7,3 (n= 11), kadınlarda görülme sıklığı ise %6,2 (n= 18) olarak bulunmuş olup, kadın erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p>0.05$)

Paranoid düşünce semptomu kadınlarda %23,7 (n= 65) oranında, erkeklerde ise %20,8 (n= 31) oranında görülmüş olup kadınlarda daha sık görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p>0.05$)

Uyku-iştah bozuklukları semptomu kadınlarda %25,5 (n= 73) oranında, erkeklerde ise %16,4 (n= 26) oranında görülmüş olup kadınlarda daha sık görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. (p>0.05)

Öfke-Düşmanlık semptomunun erkeklerde görülme oranı %14,1 (n= 21) olarak, kadınlarda görülme oranı ise %16,4 (n= 47) olarak bulunmuş olup kadın erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. (p>0.05)

Tüm semptomların ortalamasını ifade eden Genel Semptom İndeksi'ne göre araz düzeyi yüksek ve araz düzeyi çok yüksek olan kadınların oranı %20,2 (n= 58), erkeklerin oranı ise %10,7 (n= 16) olarak bulunmuş olup kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.(Tablo-5)

Tablo-6: Yaş gruplarına göre semptomların dağılımlarının karşılaştırılması

Semptomlar	Yaşlar	Normal		Araz Düzeyi Yüksek		Araz Düzeyi Çok Yüksek		Toplam		c ²	Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	N	%		
Depresyon	18-30 yaş	78	17,9	40	9,2	12	2,8	130	29,9	12,05	p>0.05
	31-40 yaş	100	23,0	36	8,3	9	2,1	145	33,3		
	41-50 yaş	51	11,7	15	3,4	5	1,1	71	16,3		
	51-65 yaş	72	16,6	15	3,4	2	0,5	89	20,5		
	Toplam	301	69,2	106	24,4	28	6,4	435	100,0		
Obsesif Kompulsif	18-30 yaş	80	18,4	41	9,4	9	2,1	130	29,9	7,892	p>0.05
	31-40 yaş	101	23,2	38	8,7	6	1,4	145	33,3		
	41-50 yaş	53	12,2	15	3,4	3	0,7	71	16,3		
	51-65 yaş	69	15,9	17	3,9	3	0,7	89	20,5		
	Toplam	303	69,7	111	25,5	21	4,8	435	100,0		
Kişilerarası Duyarlılık	18-30 yaş	90	20,7	35	8,0	5	1,1	130	29,9	8,695	p>0.05
	31-40 yaş	110	25,3	30	6,9	5	1,1	145	33,3		
	41-50 yaş	58	13,3	10	2,3	3	0,7	71	16,3		
	51-65 yaş	75	17,2	12	2,8	2	0,5	89	20,5		
	Toplam	333	76,6	87	20,0	15	3,4	435	100,0		
Paranoid	18-30 yaş	92	21,1	32	7,4	6	1,4	130	29,9	11,76	p>0.05
	31-40 yaş	108	24,8	30	6,9	7	1,6	145	33,3		
	41-50 yaş	58	13,3	10	2,3	3	0,7	71	16,3		
	51-65 yaş	78	17,9	11	2,5	0	0,0	89	20,5		
	Toplam	336	77,2	83	19,1	16	3,7	435	100,0		
Uyku İştah	18-30 yaş	95	21,8	31	7,1	4	0,9	130	29,9	9,896	p>0.05
	31-40 yaş	119	27,4	18	4,1	8	1,8	145	33,3		

	41-50 yaş	50	11,5	18	4,1	3	0,7	71	16,3		
	51-65 yaş	72	16,6	15	3,4	2	0,5	89	20,5		
	Toplam	336	77,2	82	18,9	17	3,9	435	100,0		
Somatizasyon	18-30 yaş	94	21,6	31	7,1	5	1,1	130	29,9	12,21	p>0.05
	31-40 yaş	120	27,6	17	3,9	8	1,8	145	33,3		
	41-50 yaş	53	12,2	13	3,0	5	1,1	71	16,3		
	51-65 yaş	76	17,5	12	2,8	1	0,2	89	20,5		
	Toplam	343	78,9	73	16,8	19	4,4	435	100,0		
Öfke Düşmanlık	18-30 yaş	98	22,5	25	5,7	7	1,6	130	29,9	16,69	p<0.05
	31-40 yaş	122	28,0	18	4,1	5	1,1	145	33,3		
	41-50 yaş	63	14,5	7	1,6	1	0,2	71	16,3		
	51-65 yaş	84	19,3	5	1,1	0	0,0	89	20,5		
	Toplam	367	84,4	55	12,6	13	3,0	435	100,0		
Kaygı Anksiyete	18-30 yaş	105	24,1	20	4,6	5	1,1	130	29,9	13,43	p<0.05
	31-40 yaş	127	29,2	13	3,0	5	1,1	145	33,3		
	41-50 yaş	63	14,5	7	1,6	1	0,2	71	16,3		
	51-65 yaş	86	19,8	3	0,7	0	0,0	89	20,5		
	Toplam	381	87,6	43	9,9	11	2,5	435	100,0		
Psikotik	18-30 yaş	117	26,9	10	2,3	3	0,7	130	29,9	5,181	p>0.05
	31-40 yaş	136	31,3	7	1,6	2	0,5	145	33,3		
	41-50 yaş	66	15,2	5	1,1	0	0,0	71	16,3		
	51-65 yaş	87	20,0	2	0,5	0	0,0	89	20,5		
	Toplam	406	93,3	24	5,5	5	1,1	435	100,0		
Fobik	18-30 yaş	120	27,6	10	2,3	0	0,0	130	29,9	3,462	p>0.05
	31-40 yaş	138	31,7	6	1,4	1	0,2	145	33,3		
	41-50 yaş	68	15,6	2	0,5	1	0,2	71	16,3		
	51-65 yaş	87	20,0	2	0,5	0	0,0	89	20,5		
	Toplam	413	94,9	20	4,6	2	0,5	435	100,0		
Genel Semptom İndeksi	18-30 yaş	101	23,2	26	6,0	3	0,7	130	29,9	9,194	p>0.05
	31-40 yaş	118	27,1	22	5,1	5	1,1	145	33,3		
	41-50 yaş	61	14,0	9	2,1	1	0,2	71	16,3		
	51-65 yaş	81	18,6	8	1,8	0	0,0	89	20,5		
	Toplam	361	83,0	65	14,9	9	2,1	435	100,0		

n: Örneklem sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Çalışmamızda depresyon semptomu sıklığı 40 yaş altı bireylerde %22,4 (n= 97) 40 yaş üstü bireylerde ise %8,4 (n= 37) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde depresyon semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.(p>0.05)

Obsesif-Kompulsif semptomların sıklığı 40 yaş altı bireylerde %21,6 (n= 97) 40 yaş üstü bireylerde ise %8,7 (n= 38) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde

Obsesif-Kompulsif semptomlar daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Kişilerarası duyarlılık semptom sıklığı 40 yaş altı bireylerde %17,1 (n= 75) 40 yaş üstü bireylerde ise %6,3 (n= 27) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde kişilerarası duyarlılık semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Paranoid düşünce semptom sıklığı 40 yaş altı bireylerde %17,3 (n= 75) 40 yaş üstü bireylerde ise %5,5 (n= 24) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde paranoid düşünce semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Uyku-iştah bozuklukları sıklığı 40 yaş altı bireylerde %13,9 (n= 61) 40 yaş üstü bireylerde ise %8,7 (n= 38) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde uyku-iştah bozukluğu semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Somatizasyon semptomu sıklığı 40 yaş altı bireylerde %13,9 (n= 61) 40 yaş üstü bireylerde ise %7,1 (n= 31) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde somatizasyon semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Öfke-Düşmanlık semptom sıklığı 40 yaş altı bireylerde %12,5 (n= 55) 40 yaş üstü bireylerde ise %2,9 (n= 13) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde Öfke-Düşmanlık semptomunun sıklığı 40 yaş üstü bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.($p<0.05$)

Anksiyete semptom sıklığı 40 yaş altı bireylerde %9,8 (n= 43) 40 yaş üstü bireylerde ise %2,5 (n= 11) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde Anksiyete semptomunun sıklığı 40 yaş üstü bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.($p<0.05$)

Psikotizm semptom sıklığı 40 yaş altı bireylerde %5,1 (n= 22) 40 yaş üstü bireylerde ise %1,6 (n= 7) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde psikotizm semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Fobik Anksiyete semptom sıklığı 40 yaş altı bireylerde %3,9 (n= 17) 40 yaş üstü bireylerde ise %1,2 (n= 5) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde Fobik Anksiyete semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Tüm semptomların ortalamasını ifade eden Genel Semptom İndeksi ne göre araz düzeyi yüksek ve çok yüksek olma oranı 40 yaş altı bireylerde %12,9 (n= 56) 40 yaş üstü bireylerde ise %4,1 (n= 18) olarak bulunmuştur. 40 yaş altı bireylerde Fobik Anksiyete semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)(Tablo-6)

Tablo-7: Doğurganlık (18-49 yaş) dönemindeki kadınlarda semptomların karşılaştırılması

Semptomlar	Doğurganlık Yaşı	Normal		Araz Düzeyi Yüksek		Araz Düzeyi Çok Yüksek		Toplam		c ²	Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	N	%		
Depresyon	Evet	147	62,3	67	28,4	22	9,3	236	100	1,747	p>0.05
	Hayır	36	72,0	11	22,0	3	6,0	50	100		
	Toplam	183	64,0	78	27,3	25	8,7	286	100		
Obsesif Kompulsif	Evet	149	63,1	73	30,9	14	5,9	236	100	3,451	p>0.05
	Hayır	38	76,0	9	18,0	3	6,0	50	100		
	Toplam	187	65,4	82	28,7	17	5,9	286	100		
Kişilerarası Duyarlılık	Evet	167	70,8	58	24,6	11	4,7	236	100	3,716	p>0.05
	Hayır	42	84,0	7	14,0	1	2,0	50	100		
	Toplam	209	73,1	65	22,7	12	4,2	286	100		
Paranoid	Evet	173	73,3	54	22,9	9	3,8	236	100	6,734	p<0.05
	Hayır	45	90,0	5	10,0	0	0,0	50	100		
	Toplam	218	76,2	59	20,6	9	3,1	286	100		
Uyku İştah	Evet	174	73,7	50	21,2	12	5,1	236	100	0,403	p>0.05
	Hayır	39	78,0	9	18,0	2	4,0	50	100		
	Toplam	213	74,5	59	20,6	14	4,9	286	100		
Somatizasyon	Evet	173	73,3	50	21,2	13	5,5	236	100	1,665	p>0.05
	Hayır	41	82,0	7	14,0	2	4,0	50	100		
	Toplam	214	74,8	57	19,9	15	5,2	286	100		
Öfke Düşmanlık	Evet	191	80,9	34	14,4	11	4,7	236	100	7,001	p<0.05
	Hayır	48	96,0	2	4,0	0	0,0	50	100		
	Toplam	239	83,6	36	12,6	11	3,8	286	100		
Kaygı Anksiyete	Evet	196	83,1	30	12,7	10	4,2	236	100	3,28	p>0.05
	Hayır	46	92,0	4	8,0	0	0,0	50	100		
	Toplam	242	84,6	34	11,9	10	3,5	286	100		
Psikotik	Evet	218	92,4	15	6,4	3	1,3	236	100	4,07	p>0.05
	Hayır	50	100,0	0	0,0	0	0,0	50	100		
	Toplam	268	93,7	15	5,2	3	1,0	286	100		
Fobik	Evet	220	93,2	15	6,4	1	0,4	236	100	0,651	p>0.05
	Hayır	48	96,0	2	4,0	0	0,0	50	100		
	Toplam	268	93,7	17	5,9	1	0,3	286	100		
Genel Semptom İndeksi	Evet	185	78,4	44	18,6	7	3,0	236	100	2,282	p>0.05
	Hayır	43	86,0	7	14,0	0	0,0	50	100		
	Toplam	228	79,7	51	17,8	7	2,4	286	100		

n: Örneklem sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Çalışmamızda depresyon semptomu sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %37,7 (n= 89) doğurganlık çağında olmayan kadınlarda ise %28 (n= 14) olarak

bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınlarda depresyon semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Obsesif-Kompulsif semptom sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %36,8 (n= 87) doğurganlık çağında olmayan kadınlarda ise %24 (n= 12) olarak bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınlarda Obsesif-Kompulsif semptomların daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Kişilerarası duyarlılık semptom sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %29,3 (n= 69) doğurganlık çağında olmayan kadınlarda ise %16 (n= 8) olarak bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınlarda kişilerarası duyarlılık semptomlarının daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Paranoid düşünce semptom sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %26,7 (n=63), doğurganlık çağında olmayan kadınlarda ise %10 (n= 5) olarak bulunmuştur. Paranoid düşünce semptomu doğurganlık çağındaki kadınlarda doğurganlık çağında olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.($p<0.05$)

Uyku-iştah bozuklukları semptom sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %26,3 (n= 62) doğurganlık çağında olmayan kadınlarda ise %22 (n= 11) olarak bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınlarda uyku-iştah bozukluğu semptomlarının daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Somatizasyon semptomu sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %26,7 (n= 63) doğurganlık çağında olmayan kadınlarda ise %18 (n= 9) olarak bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınlarda somatizasyon semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Öfke-Düşmanlık semptom sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %19,1 (n=45), doğurganlık çağında olmayan kadınlarda ise %4 (n= 2) olarak bulunmuştur.

Öfke-Düşmanlık semptomu doğurganlık çağındaki kadınlarda doğurganlık çağında olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.($p<0.05$)

Anksiyete semptom sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %16,9 (n= 40) doğurganlık çağında olmayan kadınlarda ise %8 (n= 4) olarak bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınlarda Anksiyete semptomunun daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Psikotizm semptom sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %7,7 (n= 18) doğurganlık çağında olmayan kadınlarda ise %0 (n= 0) olarak bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınlarda psikotizm semptomunun daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Fobik Anksiyete semptom sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %6,8 (n= 16) doğurganlık çağında olmayan kadınlarda ise %4 (n= 2) olarak bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınlarda Fobik Anksiyete semptomunun daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Genel Semptom İndeksinde doğurganlık çağında olan ve olmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.($p>0.05$)(Tablo-7)

Tablo-8: Kişilerin evli olup / olmamalarına göre semptomların dağılımlarının karşılaştırılması

Semptomlar	Evli misiniz?	Normal		Araz Düzeyi Yüksek		Araz Düzeyi Çok Yüksek		Toplam		c ²	Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	N	%		
Depresyon	Evet	229	71,6	71	22,2	20	6,3	320	100	3,407	p>0.05
	Hayır	72	62,6	35	30,4	8	7,0	115	100		
	Toplam	301	69,2	106	24,4	28	6,4	435	100		
Obsesif Kompulsif	Evet	230	71,9	77	24,1	13	4,1	320	100	3,328	p>0.05
	Hayır	73	63,5	34	29,6	8	7,0	115	100		
	Toplam	303	69,7	111	25,5	21	4,8	435	100		
Kişilerarası Duyarlılık	Evet	253	79,1	55	17,2	12	3,8	320	100	6,104	p<0.05
	Hayır	80	69,6	32	27,8	3	2,6	115	100		
	Toplam	333	76,6	87	20,0	15	3,4	435	100		
Paranoid	Evet	251	78,4	59	18,4	10	3,1	320	100	1,493	p>0.05
	Hayır	85	73,9	24	20,9	6	5,2	115	100		
	Toplam	336	77,2	83	19,1	16	3,7	435	100		
Uyku İştah	Evet	251	78,4	57	17,8	12	3,8	320	100	0,994	p>0.05
	Hayır	85	73,9	25	21,7	5	4,3	115	100		
	Toplam	336	77,2	82	18,9	17	3,9	435	100		
Somatizasyon	Evet	255	79,7	51	15,9	14	4,4	320	100	0,622	p>0.05
	Hayır	88	76,5	22	19,1	5	4,3	115	100		
	Toplam	343	78,9	73	16,8	19	4,4	435	100		
Öfke Düşmanlık	Evet	278	86,9	34	10,6	8	2,5	320	100	5,770	p>0.05 (p=0.056)
	Hayır	89	77,4	21	18,3	5	4,3	115	100		
	Toplam	367	84,4	55	12,6	13	3,0	435	100		
Kaygı Anksiyete	Evet	287	89,7	26	8,1	7	2,2	320	100	4,961	p>0.05
	Hayır	94	81,7	17	14,8	4	3,5	115	100		
	Toplam	381	87,6	43	9,9	11	2,5	435	100		
Psikotik	Evet	300	93,8	18	5,6	2	0,6	320	100	2,944	p>0.05
	Hayır	106	92,2	6	5,2	3	2,6	115	100		
	Toplam	406	93,3	24	5,5	5	1,1	435	100		
Fobik	Evet	306	95,6	12	3,8	2	0,6	320	100	2,670	p>0.05
	Hayır	107	93,0	8	7,0	0	0,0	115	100		
	Toplam	413	94,9	20	4,6	2	0,5	435	100		
Genel Semptom İndeksi	Evet	270	84,4	44	13,8	6	1,9	320	100	1,653	p>0.05
	Hayır	91	79,1	21	18,3	3	2,6	115	100		
	Toplam	361	83,0	65	14,9	9	2,1	435	100		

n: Örneklem sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Çalışmamızda depresyon semptomu sıklığı evli olmayan bireylerde %37,4 (n= 43) evli bireylerde ise %28,5 (n= 91) olarak bulunmuştur. Evli olmayan bireylerde depresyon semptomu daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak

anlamli değildir.($p>0.05$)

Obsesif-Kompulsif semptom sıklığı evli olmayan bireylerde %36,6 (n= 42) evli bireylerde ise %28,2 (n= 90) olarak bulunmuştur. Evli olmayan bireylerde Obsesif-Kompulsif semptomlar daha sık görölmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamli değildir.($p>0.05$)

Kişilerarası duyarlılık semptomu evli olmayan bireylerde %30,4 (n= 35) evli bireylerde ise %21 (n= 67) olarak bulunmuştur. Evli olmayan bireylerde kişilerarası duyarlılık semptomu evli bireylere göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde daha sık görölmektedir.($p<0.05$)

Paranoid düşünce semptom sıklığı evli olmayan bireylerde %26,1 (n= 30) evli bireylerde ise %21,5 (n= 69) olarak bulunmuştur. Evli olmayan bireylerde paranoid semptomlar daha sık görölmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamli değildir.($p>0.05$)

Uyku-iştah bozukluğu semptom sıklığı evli olmayan bireylerde %26 (n= 30) evli bireylerde ise %21,6 (n= 69) olarak bulunmuştur. Evli olmayan bireylerde uyku-iştah bozukluğu semptomlarının daha sık görölmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamli değildir.($p>0.05$)

Somatizasyon semptom sıklığı evli olmayan bireylerde %23,4 (n= 27) evli bireylerde ise %20,3 (n= 65) olarak bulunmuştur. Evli olmayan bireylerde somatizasyon semptomlarının daha sık görölmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamli değildir.($p>0.05$)

Öfke-Düşmanlık semptom sıklığı evli olmayan bireylerde %22,6 (n= 26) evli bireylerde ise %13,1 (n= 42) olarak bulunmuştur. Evli olmayan bireylerde somatizasyon semptomlarının daha sık görölmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamli değildir.($p=0.056$)

Anksiyete semptom sıklığı evli olmayan bireylerde %18,3 (n= 21) evli bireylerde ise %10,3 (n= 33) olarak bulunmuştur. Evli olmayan bireylerde Anksiyete semptomlarının daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Psikotizm semptom sıklığı evli olmayan bireylerde %7,8 (n= 9) evli bireylerde ise %6,2 (n= 20) olarak bulunmuştur. Evli olmayan bireylerde psikotizm semptomlarının daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Fobik Anksiyete semptom sıklığı evli olmayan bireylerde %7 (n= 8) evli bireylerde ise %4,4 (n= 14) olarak bulunmuştur. Evli olmayan bireylerde Fobik Anksiyete semptomlarının daha sık görülmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p>0.05$)

Genel Semptom İndeksinde evli olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.($p>0.05$)(Tablo-8)

Tablo-9: Çalışıyor olmanın semptomlar üzerine etkisinin karşılaştırılması

Semptomlar	Çalışıyor musunuz?	Normal		Araz Düzeyi Yüksek		Araz Düzeyi Çok Yüksek		Toplam		c ²	Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	N	%		
Depresyon	Evet	131	65,2	57	28,4	13	6,5	201	100	3,315	p>0.05
	Hayır	170	72,6	49	20,9	15	6,4	234	100		
	Toplam	301	69,2	106	24,4	28	6,4	435	100		
Obsesif Kompulsif	Evet	138	68,7	53	26,4	10	5,0	201	100	0,176	p>0.05
	Hayır	165	70,5	58	24,8	11	4,7	234	100		
	Toplam	303	69,7	111	25,5	21	4,8	435	100		
Kişilerarası Duyarlılık	Evet	151	75,1	44	21,9	6	3,0	201	100	1,000	p>0.05
	Hayır	182	77,8	43	18,4	9	3,8	234	100		
	Toplam	333	76,6	87	20,0	15	3,4	435	100		
Paranoid	Evet	153	76,1	40	19,9	8	4,0	201	100	0,285	p>0.05
	Hayır	183	78,2	43	18,4	8	3,4	234	100		
	Toplam	336	77,2	83	19,1	16	3,7	435	100		
Uyku İştah	Evet	155	77,1	38	18,9	8	4,0	201	100	0,006	p>0.05
	Hayır	181	77,4	44	18,8	9	3,8	234	100		
	Toplam	336	77,2	82	18,9	17	3,9	435	100		
Somatizasyon	Evet	162	80,6	32	15,9	7	3,5	201	100	0,980	p>0.05
	Hayır	181	77,4	41	17,5	12	5,1	234	100		
	Toplam	343	78,9	73	16,8	19	4,4	435	100		
Öfke Düşmanlık	Evet	165	82,1	29	14,4	7	3,5	201	100	1,476	p>0.05
	Hayır	202	86,3	26	11,1	6	2,6	234	100		
	Toplam	367	84,4	55	12,6	13	3,0	435	100		
Kaygı Anksiyete	Evet	179	89,1	15	7,5	7	3,5	201	100	3,654	p>0.05
	Hayır	202	86,3	28	12,0	4	1,7	234	100		
	Toplam	381	87,6	43	9,9	11	2,5	435	100		
Psikotik	Evet	188	93,5	11	5,5	2	1,0	201	100	0,070	p>0.05
	Hayır	218	93,2	13	5,6	3	1,3	234	100		
	Toplam	406	93,3	24	5,5	5	1,1	435	100		
Fobik	Evet	189	94,0	11	5,5	1	0,5	201	100	0,666	p>0.05
	Hayır	224	95,7	9	3,8	1	0,4	234	100		
	Toplam	413	94,9	20	4,6	2	0,5	435	100		
Genel Semptom İndeksi	Evet	167	83,1	30	14,9	4	2,0	201	100	0,012	p>0.05
	Hayır	194	82,9	35	15,0	5	2,1	234	100		
	Toplam	361	83,0	65	14,9	9	2,1	435	100		

n: Örneklem sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Çalışan ve çalışmayan bireyler arasında psikiyatrik semptom sıklığı bakımından anlamlı bir fark bulunmamaktadır.(p>0.05).(Tablo-9)

Tablo 10: Semptom bulunan ve bulunmayan hastaların oransal karşılaştırması

Semptom Durumu	n	%
Normal	219	50,4
En az bir semptomda araz düzeyi yüksek ve çok yüksek	216	49,6

n: Örneklem sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Tüm örneklem içerisinde en az bir psikiyatrik semptomu olan bireyler ile hiçbir psikiyatrik semptomu olmayan bireylerin oranı bakımından anlamlı bir fark yoktur.($p>0.05$) Katılımcıların %49,6'sında (n=216) en az bir psikiyatrik semptom bakımından araz düzeyi yüksek veya çok yüksek saptanmıştır.(Tablo-10)

5.TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık olgusunu “Sağlık; yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir” olarak tanımlamıştır. DSÖ mental sağlığı “bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirdiği, yaşamın normal sıkıntılarıyla baş edebilecek kapasitede olduğu, verimli ve yararlı bir şekilde çalışabileceği ve kendi toplumuna katkıda bulunabileceği bir refah hali” olarak tanımlanmıştır (58). Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere mental sağlık olmaksızın kişinin sağlıklı ve verimli olması mümkün olmayacaktır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde olan aile hekimleri ayrışmamış hastaya destek sunan hekimler olarak psikiyatrik hastalıklarla da sıkça karşılaşmaktadır. Ancak tüm aile hekimlerinin kendilerine başvuran hastalara bir psikiyatrist edasıyla psikiyatrik tanı koyması hem zaman hem de uzmanlık gerektirdiğinden mümkün olmayacaktır. Bunun yerine hastalara kolayca uygulanabilecek öz-bildirimli anketler kullanılabilir. Bu tip öz-bildirimli anketler ile güncel tanısal kriterlere göre hastalıkların taraması objektif şekilde yapılabileceği gibi semptom düzeyi de efektif şekilde ölçülebilir. Ayrıca bu süreçte hekimin değerli zamanından da tasarruf etmek mümkün olacaktır. SCL-90-R anketi psikiyatrik semptomların taranmasında Dünya’da yaygın olarak kullanılan; güvenilirliği, geçerliliği ve ölçücülüğü kanıtlanmış bir öz-bildirim anketidir. Bildiğimiz kadarıyla ülkemizde bu konuyla ilgili ayrışmamış hastaya yönelik kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır. Bu çalışma ile aile hekimliği polikliniğine başvuran ayrışmamış hastalarda psikiyatrik semptom görülme sıklığının, ayrı ayrı hangi semptomların daha sık görüldüğünün ve hangi sosyodemografik grupların bu semptomlardan daha sık etkilendiğinin tespiti amaçlanmıştır.

SCL-90-R özellikle alan çalışmaları, hızlı veri toplamada avantaj sağlayan bir testtir (59). Bu test psikopatolojinin değerlendirilmesine yönelik çok boyutlu bir listedir ve MMPI ile yüksek oranda uyumluluk sağladığı bildirilmiştir (49). Bu yönleriyle ve uygulama kolaylığı sayesinde birinci basamakta psikiyatrik semptom sıklığının taranması için biçilmiş kaftandır.

Çalışmamızda yer alan 435 kişinin %34,3’ü erkek, %65,7’si kadındır. Katılımcıların yaşları 18 ile 65 arasındadır. Çalışmaya katılan bireylerin %29,9’u 18-

30 yaş, %33,3'ü 31-40 yaş, %16,3'ü 41-50 yaş, %20,5'i ise 51-65 yaş arasındadır. %73,6'sı evli, %26,4'ü ise evli değildir. Herhangi bir işte çalışmakta olanların oranı %46,2 olup, çalışmayanların oranı ise %53,8'dir.

DSÖ'nün 2019 yılındaki prevalans çalışmasına göre Anksiyete ve Depresyon en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır (60). Çalışmamızda Depresyon görülen hastaların oranı %30,8 bulunmuştur. Bu oran Keskin ve arkadaşları tarafından %24,9 olarak bulunmuştur(35). Richards D. tarafından ABD'de yapılan bir çalışmada ise bu oran %19,5 olarak bulunmuştur (34). Çalışmamızda depresyon sıklığı Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla benzer bulunmuş olup, ABD ile kıyaslandığında daha fazla olduğu görülmüştür. Bu farklılık toplum yapısı ve ekonomik sebepler gibi faktörlerden kaynaklı olabilir. Obsesif-Kompulsif semptomları olan bireylerin oranı %30,3 bulunmuş olup bu oran Fineberg ve arkadaşları tarafından %21,7 bulunmuştur (30). Obsesif-Kompulsif bireylerin oranının yurtdışında yapılan çalışmalara göre daha yüksek olmasında toplumsal stres faktörlerinin fazlalığı, sanitasyon yetersizliği gibi faktörler etkili olabilir. Kişilerarası duyarlılık semptomu olanların oranı %23,4 olmuştur. Her dört bireyden birinin sosyal yaşamda kabul görememe çekincesi yaşıyor olması dikkat çekicidir. Paranoid düşünce semptomu olanların oranı %22,8 olup bu oran Chan RC ve arkadaşları tarafından Çin'de yapılan çalışmada %19 olarak bulunmuştur(42). Paranoid düşünce semptomunun yurtdışı çalışmalarla benzer oranda görülmesinin arkasında bu semptomun ortaya çıkışının çevresel faktörlerden çok mizaç ve genetik faktörlerin ön planda olması yatıyor olabilir. Uyku-iştah bozuklukları olanların oranı %22,8 olarak bulunmuştur. Uyku-iştah bozuklukları bireylerin sosyal hayattaki verimliliğini doğrudan etkileyen bozukluklardır. Her beş bireyden birinde bu semptomların görülmesi kalıcı yaz saati uygulaması gibi diüurnal ritmi bozan uygulamalardan kaynaklanabileceği gibi, yoğun çalışma hayatı ve çeşitli stres faktörlerinden de kaynaklanıyor olabilir. Somatizasyon semptomu olanların oranı %21,2 bulunmuş olup bu oran Keskin ve arkadaşları tarafından %18,6 olarak bulunmuş ve çalışmamızla benzer sonuçlar olduğu görülmüştür (35,61,62). Somatizasyon semptomunun da her beş bireyden birinde görülüyor olması ve bu semptomun kişinin sağlık algısını olumsuz etkiliyor olması ve sağlık kurumlarına mükerrer başvurularla sağlık kurumlarını meşgul ediyor olması açısından önem arz etmektedir.

Somatizasyon tanısı koyulabilmesi için olası tüm organik hastalıkların ekarte edilmesi gerekliliği sağlık sisteminin üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır. Öfke-Düşmanlık semptomu olanların oranı %15,6 olarak bulunmuştur. Öfke kontrolü olmayan ve saldırganlık gösterebilen bireyler toplumsal yaşamda adli sıkıntılar yaşayabildiği gibi diğer bireylerin de ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebilmeleri sebebiyle ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Anksiyete semptomu olanların oranı %12,4 bulunmuş olup bu oran Keskin ve arkadaşları tarafından 16,3 olarak bulunmuştur (35,61,62). Anksiyete bireyin tüm hayattaki seçimlerini etkileyen, bireyi sosyal hayata katılmaktan ve üretmekten alıkoyan ciddi bir sağlık sorunudur. Psikotizm semptomu olanların oranı %6,6 olarak bulunmuş olup bu oran J van OS ve arkadaşları tarafından %5,7 olarak bulunmuştur(39). Psikotik hastalıkların sporadik olmaktan çok genetik faktörlerden etkilendiği bilinmektedir. Çalışmamızda psikotik semptomları olan bireylerin oranının yurtdışında yapılan çalışmalarla benzer olması bu semptomların oluşmasının sosyoekonomik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenmiyor olabileceğini göstermektedir. Fobik Anksiyete semptomu olanların oranı %5,1 olarak bulunmuş olup bu oran Ekici F ve arkadaşları tarafından %11,3 bulunmuştur.(63) Fobik Anksiyete hem bizim çalışmamızda hem de ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda çok yüksek oranlarda görülmemiştir. Genel Semptom İndeksi ise %17 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda kadın hastalarda Depresyon sıklığı erkeklere göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Keskin ve arkadaşlarının çalışmasında birçok psikiyatrik semptom gibi Depresyon sıklığı kadın hastalarda anlamlı yüksek bulunmuştur (35,64). Somatizasyon semptomu da kadınlarda erkeklere kıyasla anlamlı yüksek çıkan bir diğer semptomdur. Çalışmamızdaki bu veri de literatürle uyumludur (35,64). Obsesif-Kompulsif semptomlar da kadınlarda erkeklere oranla anlamlı yüksek bulunmuştur (64,65). Anksiyete semptomunun da kadınlarda erkeklerden anlamlı yüksek olduğu görülmüştür (35,66). Kişilerarası duyarlılık anlamlı olmasa da anlamlıya yakın düzeyde kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görülmüştür. Fobik Anksiyete, uyku-iştah bozuklukları ve Genel Semptom İndeksi istatistiksel olarak anlamlı olmasa da oransal olarak kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Psikotizm, Paranoid düşünce ve Öfke-Düşmanlık semptomları

her iki cinsiyette birbirine yakın oranlarda bulunmuştur. Grande ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada SCL-90-R'nin Psikotizm dışındaki tüm alt ölçekleri kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda bulunmuştur (67). Bu yönüyle çalışmamız literatürle de genel anlamda uyumludur. Ayrıca Alonso ve arkadaşları Belçika, Fransa, İtalya, Hollanda ve İspanya'da yaptıkları çalışmada mental hastalıkların kadın cinsiyette, işsizlerde, engelli bireylerde, evli olmayan bireylerde ve gençlerde daha sık olduğunu ifade etmiştir (68). Bangasser DA ve arkadaşları da kadınlarda psikiyatrik hastalık sıklığının anlamlı yüksek olduğunu ifade etmiş ve altında yatan nöroendokrin süreçlere işaret etmişlerdir. Hipotalamik-hipofiz-adrenal aksı kadınlarda stres faktörlerine verilen daha yüksek yanıtın sırasıyla yüksek miktarda ACTH ve glukokortikoid salımını tetiklediğini ve artmış yanıtı sebep olduğunu ifade etmişlerdir (69). Ölçekteki hemen hemen tüm semptomların kadınlarda daha yüksek oranda görülüyor olması ataerkil toplum yapısı, kadınların fiziksel olarak erkeklere göre daha güçsüz olması ve bu sebeple toplumsal yaşamda ezilebilmesi, kadına şiddet ve hormonal faktörler gibi birçok faktörün etkisinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda 40 yaş altı bireylerde Öfke-Düşmanlık semptomunun 40 yaş üstü bireylere göre anlamlı yüksek olduğu görülmüştür. Kadın ve erkek bireyler arasında Öfke-Düşmanlık semptomu bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ünübol ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir çalışmada da Öfke-Düşmanlık semptomunun yaş gruplarına dağılımı incelenmiş olup azalan yaşla birlikte öfke-Düşmanlık semptomunda anlamlı artış izlenmiş ve en düşük Öfke-Düşmanlık düzeyine sahip grubun 39 yaş ve üzerindeki kişiler olduğu tespit edilmiştir. Bu veriler bizim çalışmamızda elde ettiğimiz verilerle de uyumludur (70,71). Aynı çalışmada Öfke-Düşmanlık semptomu açısından kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiş olup bu yönüyle de iki çalışmanın verileri benzerlik göstermektedir. Anksiyete semptomu da 40 yaş altı bireylerde 40 yaş üstü bireylere göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Yine Krasucki ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da Anksiyete ve ilişkili semptomların artan yaşla birlikte azalma eğiliminde olduğu gösterilmiştir (72). Depresyon, Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası duyarlılık, Paranoid düşünce, Uyku-iştah bozukluğu, Psikotizm ve Fobik Anksiyete semptomları da 40 yaş altı bireylerde 40 yaş üstü bireylere göre daha sık

görölmelerine rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Yine de çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, Alonso ve arkadaşları tarafından 6 farklı Avrupa ölkesinde yapılan çalışmanın da işaret ettiği azalan yaşla birlikte psikiyatrik hastalık sıklığının artması verisiyle uyumluluk göstermektedir (68,73). 40 yaş altındaki bireyler toplumda en üretken yaşta olan bireylerdir. Bu bireyler toplumdaki iş yükünü sırtlamaları ve gelecek nesilleri yetiştiriyor olmaları sebebiyle ölkelerin bugünü ve geleceğı açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle bu bireylerin stres faktörlerinin azaltılması toplum sağlığı ve ölkelerin bekâsı açısından önemlidir.

Doğurganlık çağındaki yani 18-49 yaş aralığındaki kadınlarda Öfke-Düşmanlık ve Paranoid düşünce semptom sıklığı, doğurganlık çağında olmayan kadınlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Depresyon, Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası duyarlılık, Uyku-iştah bozukluğu, Anksiyete, Psikotizm ve Fobik Anksiyete semptomları da anlamlı olmasa da doğurganlık çağındaki kadınlarda doğurganlık çağında olmayan kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Doğurganlık çağında olmayan kadınlar 49 yaş üzerindeki kadınlar olduğundan mevcut bulgular Ünübol ve arkadaşlarının ölkemizde yaptığı çalışma ve Alonso ve arkadaşlarının 6 Avrupa ölkesinde yaptığı çalışmayla benzer sonuçlar ortaya koymuştur (68,70). Daha önce de bahsettiğimiz, azalan yaşla birlikte psikiyatrik semptomların artma eğiliminde olması nedeniyle doğurganlık çağındaki kadınların doğurganlık çağında olmayan kadınlara göre psikiyatrik semptomlardan daha fazla etkilenmesi beklenen bir durumdur. Ancak bu yaş grubundaki kadınların toplumun geleceğini inşa ettikleri göz önüne alındığında psikiyatrik hastalıklardan daha sık etkileniyor olması gözardı edilmemesi gereken bir durumdur.

Evli olan ve evli olmayan bireylerin psikiyatrik semptom sıklığını karşılaştırdığımızda evli olmayan bireylerde evli olanlara kıyasla Kişilerarası duyarlılık anlamlı yüksek; Depresyon, Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Uyku-iştah bozukluğu, Öfke-Düşmanlık, Paranoid düşünce, Anksiyete, Psikotizm ve Fobik Anksiyete semptomları da anlamlı olmasa da yüksek bulundu. YK Cheah ve arkadaşlarının 2020 yılında Malezya'da yaptığı bir çalışma da bazı psikiyatrik hastalıkların evli olmayan bireylerde evli bireylere göre daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (74,75,76). Aynı zamanda Alonso ve arkadaşlarının bir çalışması da evli olmayan bireylerde psikiyatrik hastalıkların sıklığının evli bireylere göre daha sık

olduğunu göstermiştir (68). Evli olmayan bireylerde başta Kişilerarası duyarlılık olmak üzere psikiyatrik semptomların daha sık görülmesi bu bireylerin sosyal çekinceleri nedeniyle evlilikten uzak durması veya eş bulmakta zorlanmasından kaynaklanıyor olabilir. Bir diğer olasılık ise hayatın zorluklarıyla tek başlarına başa çıkmak zorunda kalmaları, aile hayatında eşlerin farklı görev ve sorumlulukları paylaşmak suretiyle birbirlerinin hayatını kolaylaştırmasından faydalanamamalarıyla ilgili olabilir.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz bir diğer parametre ise bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmadığıydı. Elde ettiğimiz verilerde hiçbir psikiyatrik semptom bakımından çalışan ve çalışmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu bağlamda ayrılmamış erkek ve kadın bireylerin dahil edildiği bir çalışma bildiğimiz kadarıyla bulunmamaktadır. Bununla birlikte Tetikli Nart tarafından 2019 yılında sadece kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada; Depresyon ve Anksiyete ve türevi psikiyatrik hastalık sıklığı açısından çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (77). Bunun haricinde literatürde yapılan çalışmaların tamamı çok spesifik hasta grupları üzerinde yapıldığından literatürde bu verilerimizi karşılaştıracak epidemiyolojik bir veriye rastlamadık.

Çalışmaya katılan 435 bireyin 216'sında en az bir psikiyatrik semptom bakımından araz düzeyi yüksek veya çok yüksek bulunmuştur. Her iki kişiden birinin en az bir psikiyatrik arazdan muzdarip olması toplumumuzda psikiyatrik hastalıkların oldukça sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Ruhsal bozukluklar toplumda sık karşılaşılan sağlık sorunlarından. Ülkemizdeki ve yurtdışındaki çalışmalarda birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerde ruhsal bozuklukların yaygınlığının %11 ile 50 arasında değiştiği belirtilmektedir (35,2,3,4,5)

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

1. Aile hekimliği polikliniğine başvuran 435 ayrışmamış hastada psikiyatrik semptom sıklığını taradığımız çalışmamızda toplumumuzda başta Depresyon, Obsesif-Kompulsif bozukluk, Paranoid düşünce ve Somatizasyon gibi pek çok psikiyatrik hastalığın prevalanslarını ortaya koyduk. SCL-90-R ve benzeri standardize ölçeklerin birinci basamakta uygulanmasıyla, ilgili hastalıkların tanı kriterlerine hakim olmayan hekim ve sağlık profesyonelleri dahi çok kısa süreler içerisinde psikiyatrik hastalıkları olan bireyleri tespit etmek ve ilgili merkezlere sevk etmek mümkün olabilecektir. Bu yönde politikaların belirlenmesi ve sevk mekanizmasının kurulması gerekmektedir.

2. Depresyon, Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Somatizasyon semptomları kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu nedenle kadınların bu hastalıklardan hangi sebeplerle erkeklerden daha çok etkilendiğine yönelik daha fazla araştırma yapılmalı ve altında yatan biyopsikososyal süreçler aydınlatılarak kadınların stres faktörlerini azaltmaya yönelik politikalar oluşturularak kadınların toplumsal hayata daha fazla katılması ve daha üretken olmasının önü açılmalıdır.

3. 40 yaş altındaki bireylerde Öfke-Düşmanlık ve Anksiyete semptomları 40 yaş üstü bireylere göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Bireylerin hayatlarındaki en üretken oldukları dönemde neden öfke ve Anksiyete gibi durumlardan muzdarip oldukları tespit edilerek toplumsal şiddetin arttığı günümüzde genç ve orta yaşlı bireylerin stres faktörleri azaltılarak hem toplumsal şiddetin azaltılması hem de bu bireylerin daha verimli olması sağlanmalıdır.

4. Çalışmamızda doğurganlık çağındaki kadınların Öfke-Düşmanlık ve Paranoid düşünce semptomları doğurganlık çağında olmayan kadınlara kıyasla anlamlı yüksek bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınlar doğurganlık çağında olmayanlara göre daha genç olmaları sebebiyle literatürle de uyumlu şekilde psikiyatrik hastalıklardan daha sık etkileniyor olabileceği gibi nöro-endokrin faktörler de bu süreçte etkili

olabilir. Doğurganlık çağındaki kadınlar toplumumuzun geleceğinin mimarları olduğundan mental sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için politikalar oluşturulmalıdır.

5. Psikiyatrik semptomların sıklığı başta Kişilerarası duyarlılık olmak üzere evli olmayan bireylerde evli olan bireylere göre daha fazladır. Evli olmayan bireylerin yaşadığı sosyal ve sosyolojik sorunlar tespit edilmeli ve bu bireylere sosyal destek sağlanmalıdır.

6. Herhangi bir işte çalışan ve çalışmayan bireyler arasında psikiyatrik semptomların hiçbirinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak çalışıyor olmanın psikiyatrik semptom sıklığına etkileri konusunda çok spesifik hasta gruplarına yönelik çok sayıda çalışma olsa da tüm toplumdaki prevalansı değerlendirmeye yönelik çalışmalar yok denecek kadar azdır. Bu nedenle bu konuda daha fazla çalışma yapılmalıdır.

7. Çalışmamıza katılan 435 kişinin %49,6'sı en az bir psikiyatrik semptomdan muzdariptir. Bu da toplumumuzda her iki kişiden birinin psikiyatrik yakınması olduğunu göstermektedir. Bu hastalıklar toplumumuzdaki bireylerin sağlığını ve verimliliğini olumsuz yönde etkileyerek toplumumuzda ciddi bir üretkenlik kaybına yol açmaktadır. Psikiyatrik hastalıkların sıklığı konusunda farkındalığın artması, koruyucu ve tedavi edici sağlık mekanizmaları kurulması sağlanmalıdır.

7.KAYNAKLAR

- 1.WONCA. The European Definition of General Practice / Family Medicine. Barcelona, Spain 2002/2011.
2. Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim 1987;44:16-30.
3. Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical outpatient clinic. Psychol Med 1993; 23:167-173.
4. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Derg. 2000; 11:198-203.
5. Toft T, Fink P, Ornbol E et all. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders: Results from the functional illness in primary care (FIP) study. Psychol Med 2005; 8:1175-1184
6. Regier DA, Myers JK, Kramer M et all.. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry 1984; 41:934-941.
7. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2:87-98.
8. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara 1998. Eksen Tanıtım Ltd.Şti.
9. Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. Med Care 1989; 27:869-886.
10. Lyness JM, Caine ED, King DA, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. J Gen Intern Med 1999; 14:249-254.
11. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Derg 2002; 13:115-124.
12. Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H, Rouhe E. SCL-25 and recognition of mental disorders reported by primary health care physicians 1994; Acta Psychiatr Scand 1994; 89:320-323.
13. Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental disorders in primary care services: an update. Public Health Rep, 1994; 109:251-258.
14. Banerjee S, Macdonald A. Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social service use. Br J Psychiatry 1996; 168: 750-756
15. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. Psychopharmacol Bull 1973;9:13-28.
16. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-Revised. in Handbook of psychiatric measures. American Psychiatric Association 2000:pp.81-84.

17. Wider A. The Cornell Medical Index and manual. Psychological Corporation, New York, 1948.
18. Parloff MB, Kelman HC, Frank JD. Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1954;5:343-351.
19. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) : A measure of Primary Symptom Dimensions. In: Pichot P, ed. *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. Basel, Karger, 1974.
20. Özen, E. Müjgan, et al. "Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon." *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 23.1 (2010): 60-65.
21. Sayar K. Tıbben açıklanamayan belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:222-231.
22. Spinhoven P, van der Does AJ. Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: An explorative study. *Compr Psychiatry* 1997; 38:93-97.
23. Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics* 1986;27:335-337.
24. Lipowski ZJ. Somatization: Medicine's unsolved problem. *Psychosomatics* 1987;28:294-297.
25. Haller H, Cramer H, Lauche R et al. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int.* 2015
26. Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M. & Smith, F. Personality as a Vulnerability Factor to Depression. *British Journal Of Psychiatry*, 159, 106-114(1991).
27. Stein, Murray B. "An epidemiologic perspective on social anxiety disorder." *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (2006)
28. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı (DSM-5). (E. Köroğlu, Çev.) Hekimler Yayın Birliği. (2013)
29. Fullana, Miguel A., et al. "Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries." *Journal of Affective Disorders* 124.3 (2010)
30. Fineberg N, Michael P. Hengartner, Carmel E. Bergbaum et al. A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17:3, 170-178, DOI: 10.3109/13651501.2012.755206 (2013)
31. Beers MH, Berkow R. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 17. Baskı, West Point: John Wiley & Sons, 1999: 1503-99
32. Karamustafalıoğlu, O, Yumrukçal, H. "Depresyon ve anksiyete bozuklukları." *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 45.2 (2011): 65-74.
33. Fava, Maurizio, and Kenneth S. Kendler. "Major depressive disorder." *Neuron* 28.2 (2000): 335-341.
34. Richards, Derek. "Prevalence and clinical course of depression: a review." *Clinical psychology review* 31.7 (2011): 1117-1125.
35. Keskin A. et al. "Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi." *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi* 50.4 (2013).

36. Antony, Martin M., and David H. Barlow. "Specific phobia." International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders (1998): 1-22.
37. Eaton, William W., O. Joseph Bienvenu, and Beyon Miloyan. "Specific phobias." The Lancet Psychiatry 5.8 (2018): 678-686.
38. Arciniegas DB. Psychosis. Continuum (Minneap Minn). 2015
39. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. Arch Gen Psychiatry. 2001
40. Orth RD, Hur J, Jacome AM, Savage CLGet all. Understanding the Consequences of Moment-by-Moment Fluctuations in Mood and Social Experience for Paranoid Ideation in Psychotic Disorders. Schizophr Bull Open. 2022
41. Freeman D, Garety PA. Comments on the content of persecutory delusions: does the definition need clarification? Br J Clin Psychol. 2000
42. Chan RC, Li X, Lai MK, Li H, Wang Y, Cui J, Deng Y, Raine A. Exploratory study on the base-rate of paranoid ideation in a non-clinical Chinese sample. Psychiatry Res. 2011
43. Eckhardt, Christopher I., Krista A. Barbour, and Gregory L. Stuart. "Anger and hostility in maritally violent men: Conceptual distinctions, measurement issues, and literature review." Clinical Psychology Review 17.4 (1997): 333-358.
44. Spielberger, C. D.. Manual for the Stat&Trait Anger Expression Inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources(1988).
45. Okuda M, Picazo J, Olsson M, et al. Prevalence and correlates of anger in the community: results from a national survey. CNS Spectrums. 2015
46. Holi, M. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Doctoral Thesis, Helsinki: University of Helsinki. (2003).
47. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF: The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. Br J Psy 128:280-289, 1976
48. Gökler, B. Nevrotik Kadın Hastaların İlkokul Çağındaki Çocuklarının Ruhsal Belirtiler Yönünden Değerlendirilmesi Ankara Hacettepe Üniversitesi(1978)
49. Birsöz, S. Hastalık Öncesi Yaşam Değişimleri ve Ruhsal Sonuçları Üzerinde Bir İnceleme Ankara Hacettepe Üniversitesi (1980)
50. Kılıç, M. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Geçerlilik ve Güvenirliği. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1(2), 45-52. (1991).
51. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü <https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/55-ruh-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-dan%C4%B1%C5%9Fmanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.html> ERİŞİM TARİHİ: 22/02/2024
52. Yüce S. <https://bingolpsikoloji.wordpress.com/2019/02/14/trsm-toplum-ruh-sagligi-merkezi/> ERİŞİM TARİHİ: 22/02/2024
53. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi <https://samsunrshh.saglik.gov.tr/TR,220212/trsm-toplum-ruh-sagligi-merkezi-nedir.html> ERİŞİM TARİHİ: 22/02/2024
54. Medikal Akademi <https://www.medikalakademi.com.tr/toplum-ruh-sagligi-merkezi-istanbul-nedir/> ERİŞİM TARİHİ: 22/02/2024

55. Kahiloğulları K., Redlich A., C. Yatman M. Et all. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi 1-24(2021)
56. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):67- 99.
57. Creese AL, Martin JD, Visschedijk JHM. Health systems for the 21st century. *World Heal Stat Q*. 1998;51(1):21-27.
58. Boz C., Özdemir M. & Çalgı B. Mental hastalıkların prevalansına göre OECD ülkelerinin çok boyutlu analizi ve moora yöntemi ile sıralanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 11(Ek), 245-256. (2020).
59. Derogatis LR, Meyer JK, King KM: Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. *Am J Psy* 138:7)(Glass RM, Allen AT, Uhmenhuth EH, et al: Psychiatric screening in a medical clinic. *Arch Gen Psychiatry* 35:1189-1195, 1978.
60. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, et all. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019.
61. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Derg*. 2000; 11:198-203
62. Anseu M, Dierick M, Buntinkx F et all. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004; 78:49-
63. Ekici F, Karaoglan G, Kandeger A et all. Exploring Overlooked Anxiety Disorders: A Study on the Prevalence of Adult Separation Anxiety Disorder and Specific Phobia in the General Population. *Genel Tıp Derg*. 2023;33(6):796-805.
64. Grande, T. L., Newmeyer, M. D., & Adair, E. S.. Symptom Differences by Gender for Outpatient Clients as Measured by the SCL-90-R, *Michigan Journal of Counseling*, 40(1), 4-13. doi:10.22237/mijoc/1370044860 (2013)
65. Fawcett EJ, Power H, Fawcett JM. Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *J Clin Psychiatry*. 2020
66. Bal U, Cakmak S, Uguz S. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *aktd*. Aralık 2013;22(4):441-459.
67. Grande, T. L., Newmeyer, M. D., & Adair, E. S. Symptom Differences by Gender for Outpatient Clients as Measured by the SCL-90-R, *Michigan Journal of Counseling*, 40(1), 4-13. (2013).
68. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et all. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004
69. Bangasser DA, Valentino RJ. Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives. *Front Neuroendocrinol*. 2014
70. Ünübol, Hüseyin, and Gökben Hızlı SAYAR. "Türkiye'de Hostilitenin Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi." *İslam Medeniyeti Dergisi* 6.45 (2020): 22-45.
71. Bianchi, S. M., Robinson, J. P., & Milke, M. A. The Changing Rhythms Of American Family Life. Russell Sage Foundation (2006).
72. Krasucki, C., Howard, R. and Mann, A., The relationship between anxiety disorders and age. *Int*.

J. Geriat. Psychiatry, 13: 79-99. (1998)

73. Bijl R, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:587-595.

74. Cheah YK, Azahadi M, Phang SN, Abd Manaf NH. Sociodemographic, Lifestyle, and Health Factors Associated With Depression and Generalized Anxiety Disorder Among Malaysian Adults. J Prim Care Community Health. 2020

75. Sidik SM, Zulkefli NAM, Shah SA. Factors associated with depression among elderly patients in a primary health care clinic in Malaysia. Asia Pac Fam Med. 2003;2:148-152

76. Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. Int J Ment Health Syst. 2007;1:4.

77. Tetikli Nart, Çalışan ve çalışmayan kadınların depresyon, Anksiyete ve benlik saygı düzeylerinin incelenmesi (2019)

8. EKLER

8.1. Çalışma Anket Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Tarih: 06.03.2017 Versiyon:2

Sizi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülen, “Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Psikiyatrik Hastalıkların Taranması” isimli araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmamız anket çalışması olup size gün içerisindeki duygu, düşünce ve yaşantınızla ilgili sorular sorulacaktır. Çalışmamızın amacı aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalardaki psikiyatrik rahatsızlıkların sıklığını tespit etmektir. Anketlerimiz 01.08.2023-01.02.2024 tarihleri arasında yapılacaktır. Araştırmaya sizin gibi yaklaşık 350 kişi daha dahil edilecektir. Herhangi bir tedavi veya deney uygulanmayacaktır. Bu çalışma ücretsiz olup sizden bir ücret talep edilmeyecek ve herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen

cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkinolmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Telefon:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmzası:

SCL-90- R

Yaş :

Cinsiyeti :

Medeni hal :

Çalışma durumu :

Açıklama :

Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son üç ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Aşağıda belirtilen sorundan
ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

Cevap

Tanımlama :

0 Hiç

1 Çok az

2 Orta derecede

3 Oldukça fazla

4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeler
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma

24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları	.....
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	.....
26. Olanlar için kendini suçlama	.....
27. Belin alt kısmında ağrılar	.....
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi	.....
29. Yalnız hissi	.....
30. Karamsarlık hissi	.....
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	.....
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	.....
33. Korku hissi	.....
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	.....
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi	.....
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	.....
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	.....
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	.....
39. Kalbin çok hızlı çarpması	.....
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	.....
41. Kendini başkalarından aşağı görme	.....
42. Adele (kas) ağrıları	.....
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	.....
44. Uykuya dalmada güçlük	.....
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	.....
46. Karar vermede güçlük	.....
47. Otobüz, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	.....
48. Nefes almada güçlük	.....
49. Soğuk ve sıcak basması	.....
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	.....
51. Hiç bir şey düşünmeme hali	.....
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	.....
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi	.....
54. Gelecek konusunda ümitsizlik	.....
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük	.....
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	.....
57. Gerginlik veya coşku hissi	.....

58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	.....
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	.....
60. Aşırı yemek yeme	.....
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	.....
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	.....
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	.....
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	.....
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali	.....
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	.....
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	.....
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	.....
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	.....
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	.....
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	.....
72. Dehşet ve panik nöbetleri	.....
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi	.....
74. Sık sık tartışmaya girme	.....
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali	.....
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	.....
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	.....
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma	.....
79. Değersizlik duygusu	.....
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu	.....
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	.....
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	.....
83. Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	.....
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması	.....
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi	.....
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller	.....
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	.....
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama	.....
89. Suçluluk duygusu	.....
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	.....

RD 42**Sempton Tarama Listesi (S C L –90)****Kişisel Puanlama Tablosu**

Adı Soyadı :

Kayıt

No:.....

Baba Adı :

Doğum

Tarihi:

...../...../.....

Uygulama Yeri:

1. Somatizasyon (12 soru)

1	4	12	27	40	42	48	52	53	56	58		Toplam
Son Puan												
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	() : 12 = ()

2. Obsessif kompulsif belirtiler (10)

Obs

3	9	10	28	38	45	46	51	55	65		Toplam Puan
() () () () () () () () () ()() : 10 = ()											

3. Kişiler arası duyarlılık (9 soru)

Duy

6	21	34	36	37	41	61	69	73		Toplam Puan
() () () () () () () () ()() : 9 = ()										

4. Depresyon (13 soru)

Depr

5	14	15	20	22	26	29	30	31	32	54	71	79	Toplam Puan
() () () () () () () () () () () () ()() : 13 = ()													

5. Anksiyete (10 soru)

Anks

2	17	23	33	39	57	72	78	80	86		Toplam Puan
() () () () () () () () () ()() : 10 = ()											

6. Öfke Düşmanlık (6 soru)

Öfke

11 24 63 67 74 81
 Puan () () () () () ()() : 6 =
 ()

7. Fobik Anksiyete (7 soru)
 Fobi

13 25 47 50 70 75 82
 Puan () () () () () () ()() : 7 =
 ()

8. Paranoid düşünceler (6 soru)
 Paranoid

8 18 43 68 76 83
 Puan () () () () () ()() : 6
 = ()

9. Psikotizm (10 soru)
 Psiko

7 16 35 62 77 84 85 87 88 90
 Puan () () () () () () () () () ()() : 10
 = ()

10. Ek Skalalar (7 soru)

19 44 59 60 64 66 89
 Puan () () () () () () ()() : 7
 = ()

Genel Toplam
 (.....)

GENEL SEMPTON ORTALAMASI = $\frac{\text{Genel Toplam}}{90}$ =
 (.....)

Tabloyu dolduran kişi..... Tarih:
 / /