



MALTEPE BÖLGESİNDEKİ BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERİN RUHSAL SAĞLIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve Kurnaz Ay¹ , Yusra Aldağ², Hamza Emre Ekinci², İrem Yağmur Tosun²
Mert Güngör², Mustafa Alsaadah², Ahmet Topuzoğlu¹ , Nimet Emel Lülecı¹ 

1- Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2- Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencileri

Özet

Bu çalışmada, Maltepe bölgesindeki bir Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Maltepe Bölgesindeki bir ASM'ye Şubat-Mart 2019 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üzeri tüm bireyler (217 kişi) çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler gözlem altında katılımcılar tarafından doldurulan sosyodemografik özelliklere yönelik soru formu ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile toplandı. Veriler analizinde Ki kare, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İstatiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır. Katılımcıların %68,2 (n= 148) kadın olup, katılımcıların yaş ortalaması 34,38 (sd: 13,31)'tür. Katılımcıların %40,1'ini (n=87) bekâr, %49,8'ini (n=106) çalışmayan ve %81,6'sını (n=177) herhangi bir psikiyatrik başvuruda bulunmamış bireyler oluşturmaktadır. Bekâr bireylerde olumsuz benlik durumunun; çalışmayan bireylerde hastalık ciddiyeti indeksi, anksiyete ve hostilitte durumunun; kadınlarda, daha önce psikiyatrik bir başvurusu olanlarda ve eğitim seviyesi daha düşük olan bireylerde somatizasyon durumunun daha sık görüldüğü saptanmıştır ($p < 0,05$). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile depresyon durumları arasında anlamlı bir ilişkiye ulaşılamamıştır. Katılımcıların yaşı ile anksiyete, olumsuz benlik ve hostilitte puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) negatif yönde zayıf korelasyon saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak araştırmamızda çalışmayan bireylerin toplumdaki diğer bireylere göre ortalama anksiyete ve hostilitte puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Araştırmaya göre medeni durum olumsuz benlik algısında, çalışma durumu hastalık ciddiyet indeksi, anksiyete ve hostilitte durumunda ve eğitim düzeyi, yalnız yaşama durumu ve daha önceki psikiyatrik başvuru durumu, cinsiyet değişkenleri ise somatizasyon durumunda etkili faktörlerdir. Elde edilen sonuçlar özellikle kadınlara, bekârlara ve çalışmayan bireylere yönelik hizmetlerin yoğunlaştırılmasında yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal sağlık, kısa semptom envanteri, aile sağlık merkezi.

EVALUATION of PSYCHOLOGICAL HEALTH LEVELS of INDIVIDUALS WHO APPLY to ONE OF FAMILY HEALTH CENTERS in MALTEPE REGION

This study aimed to evaluate the mental health and disease status of the individuals who come to Family Health Centers in Maltepe region according to their socio-demographic characteristics. This is a descriptive study. All individuals over the age of 18 (217 persons) who applied to an family health centre in Maltepe Region between February and March 2019 and agreed to participate were included in the study. Data were collected with a questionnaire about sociodemographic characteristics and Brief Symptom Inventory (BSI) filled by the participants. Chi-square, Mann-Whitney U and Kruskal Wallis tests were used for data analysis. The $p < 0.05$ was considered statistically significant. Ethics committee approval was received for this study. 68.2% (n = 148) of the participants were female and the mean age of the participants was 34.38 (sd: 13.31). 40.1% (n = 87) of the participants were single, 49.8% (n = 106) of them non-worker and 81.6% (n = 177) of them did not make any psychiatric consultations. It is determined that, negative self perception was mostly seen in single individuals and disease severity index, anxiety and hostility status were mostly seen in non-working individuals. However, somatization was more common in women, those with a previous psychiatric presentation and lower education level ($p < 0,05$). There was no significant relationship between sociodemographic characteristics and depression status. There was no significant relationship between age of participants and anxiety, negative self perception and hostility scores of the individuals independent of other variables. Consistent with the literature, the mean anxiety and hostility scores of the individuals who did not work in our study were significantly higher than the other individuals in the society. According to the study, marital status is an effective factor for negative self perception. However working status influences disease severity index, anxiety and hostility; education level effects living alone and previous psychiatric admission and gender effects somatization status. The results will help to intensify services especially for women, single and non-working individuals.

Keywords: Mental Health, brief symptom inventory, family health center.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Arş. Gör. Dr. Merve Kurnaz Ay
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. İstanbul, Türkiye.

e-posta / e-mail: mervekurnazmd@gmail.com

Geliş tarihi / Received : 07.08.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 12.12.2019

Nasıl Atf Yapırım / How to Cite: Ay MK, Aldağ Y, Ekinci HE, Tosun İY, Güngör M, Alsaadah M, et al. Maltepe Bölgesindeki Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Ruhsal Sağlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5(1):22-34.

Giriş

Toplumdan topluma farklılık gösteren çeşitli değer yargılarından etkilenerak farklı tanımları yapılan ruhsal sağlık, bireyin ilişkilerinde uyum içinde olması, çalışabilmesi, mutlu olabilmesi, kendisinin farkında olabilmesi ve kendine yönelik pozitif tutumları olması durumudur (1). Ruhsal hastalıkta bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında çeşitli derecelerde tutarsızlık, uygunsuzluk veya yetersizlik görülmesidir (2). Ruhsal hastalıklar rahatsız edici, bireyi ve çevreyi mutsuz eden, çalışma isteğini azaltan türden bulgular içerir (3).

Ruhsal bozukluklar yaygınlık oranlarının yüksekliği, kronikleşme eğilimleri ve tedavi güçlükleri sebebiyle günümüzde bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir (4-6). Dünyada gerçekleştirilen en kapsamlı epidemiyolojik araştırmalardan biri olan ve ABD’de “Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü” tarafından yapılan “Epidemiyolojik Alan Çalışması”nda (Epidemiologic Catchment Area ECA) en az bir ruhsal bozukluğun toplumdaki bir aylık yaygınlığının %15,4 olduğu bildirilmiştir (7). Aynı çalışmada en sık görülen ruhsal bozukluğun anksiyete bozuklukları olduğu ve genel toplumda %7,3 oranında görüldüğü bildirilmiştir (7). Yapılan araştırmalarda birinci basamak sağlık kuruluşlarına (BBSK) başvuranlarda ve genel toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığının %11 ile %50 arasında değiştiği belirtilmektedir (4-6, 8). Ülkemizde de ruhsal bozukluklarla ilgili çalışmaların sayısı hızla artmaktadır. Bu çalışmalarda tanı koydurucu ölççeklerin kullanımıyla ülkemizde tanı konulabilecek seviyede ruhsal bozukluk

yaygınlığının %20’yi aştığı vurgulanmaktadır (4, 6, 9). Türkiye’de gerçekleştirilmiş en kapsamlı epidemiyolojik araştırmalardan bir tanesi olan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması”nda ülkemizde nüfusun %17,2’sinin yaşamları boyunca bir ruhsal hastalık geçirdiği belirtilmektedir (10) ve Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda psikiyatrik hastalıkların erkeklerde %16,2; kadınlarda ise %15,3 düzeyinde olduğu bildirilmiştir (11). Ruhsal bozuklukların sık görülmesinin yanı sıra genellikle fark edilememesi ve buna bağlı olarak yeterince tedavi edilememesi bu hastalıkların topluma maliyetinin yüksek olmasına neden olmaktadır (12-14). Son zamanlarda yapılan çalışmalar ruhsal bozuklukların, kişilerin mesleki ve sosyal fonksiyonlarında azalmaya ve özellikle yaşlı kimselerde daha fazla olmak üzere bilişsel yetersizliğe sebep olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle ruhsal bozuklukların erken tanısı ve tedavisi önemli olmakla birlikte ruhsal hastalık yaygınlığını ele alan çalışmalar da önem kazanmaktadır (14-17).

Araştırmada kullanılan Kısa Semptom Envanteri genel ruhsal durumu değerlendiren bir ölçektir. Bu çalışmada Maltepe bölgesindeki bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerde sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu vb.) göre en sık rastlanan psikolojik sıkıntılarının (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite) dağılımının incelenmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Maltepe Bölgesindeki bir ASM’ye Şubat-Mart 2019 tarihleri arasında başvuran 271 kişi oluşturmuştur. Araştırmaya gelişigüzel

örnekleme yoluyla çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üzeri tüm bireyler (217 kişi) dahil edilmiştir. Araştırmadaki dahil etme kriterleri olan 18 yaşından büyük olma ve çalışmaya katılmayı kabul etme

kriterlerini karşılamayan 54 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. Veriler gözlem altında katılımcılar tarafından doldurulan sosyodemografik özelliklere yönelik soru formu ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile toplandı. Derogotis (1992) tarafından geliştirilen Kısa Semptom Envanteri (18), SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin dokuz faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5- 10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. KSE, dokuz alt ölçek, ek maddeler ve üç global indeksten oluşmuştur. Alt ölçekler, sırası ile "Somatizasyon", "Obsesif-Kompulsif Bozukluk", "Kişilerarası Duyarlılık", "Depresyon", "Anksiyete Bozukluğu", "Hostilite", "Fobik Anksiyete", "Paranoid Düşünceler", "Psikotizm" olarak isimlendirilmiştir. Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan Türkiye uyarlamasında KSE'nin "Anksiyete", "Depresyon", "Olumsuz Benlik", "Somatizasyon" ve "Hostilite" olmak üzere beş faktörden oluştuğu bulunmuştur (19).

Ölçekteki maddeler, son bir ay süresince belirtilen yakınma ve sorunların ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini sorgulanmakta olup "hiç yok" ile "çok fazla var" ifadelerine karşılık gelen 0- 4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçekteki madde sayısına bölündüğünde o boyut için bir puan elde edilmektedir. Her bir alt test puanı ve genel belirti puanının yükselmesi psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. "Rahatsızlık Ciddiyeti

İndeksi (RCİ)" stres düzeyini gösterir. Bu değer 0- 4 arası değişmektedir. Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi sonucu elde edilen puandır (20).

Araştırmada tanımlayıcı olarak incelenen değişkenler; cinsiyet, yaş, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, kiminle yaşandığı ve daha önce psikiyatrik başvurusu olup olmadığıdır. Kısa Semptom Envanteri de birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru yapan kişilerin ruhsal semptom sıklığını tanımlamak için kullanıldı.

Araştırmada tanımlayıcı veriler ortalamalar-standart sapma değerleri ve frekans tablolarıyla sunuldu. Verilerin istatistiksel çözümlenmeleri için sınıflandırılmış verileri karşılaştırmak için Ki-Kare testi ve normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk) kullanılarak incelendi. En az biri normal dağılıma uymayan yada ordinal olan değişkenler arası ilişkiler için kolerasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman testi ile hesaplandı.

Araştırmada $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Çalışma öncesinde Etik Kurul Onayı ve araştırma izni Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (09.2019.056 protokol kodu ile) alındı ve araştırmanın evrenini oluşturan kişilerden araştırmayla ve izinlerle ilgili bilgi verildikten sonra çalışmaya katılımları istendi.

Bulgular

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

| Sosyodemografik Özellikler | Sayı(n) | Yüzde(%) | |
|-------------------------------------------|------------------|----------|-------|
| Cinsiyet | Kadın | 148 | 68,2 |
| | Erkek | 69 | 31,8 |
| | Toplam | 217 | 100,0 |
| Çalışma durumu | Çalışıyor | 92 | 43,2 |
| | Çalışmıyor | 106 | 49,8 |
| | Emekli | 15 | 7,0 |
| | Toplam | 213 | 100,0 |
| Çocuk sayısı | Yok | 95 | 44,0 |
| | Bir | 29 | 13,4 |
| | İki | 64 | 29,6 |
| | Üç ve daha fazla | 28 | 13,0 |
| | Toplam | 216 | 100,0 |
| Eğitim düzeyi | İlköğretim | 60 | 28,0 |
| | Lise | 53 | 24,8 |
| | Ön lisans | 40 | 18,7 |
| | Lisans ve üzeri | 61 | 28,5 |
| | Toplam | 214 | 100,0 |
| Yalnız veya birlikte yaşama durumu | Aile | 127 | 58,6 |
| | Eş | 68 | 31,3 |
| | Ev arkadaşı | 12 | 5,5 |
| | Yalnız | 10 | 4,6 |
| | Toplam | 217 | 100,0 |
| Daha önce psikiyatrik bir başvuru | Yok | 177 | 81,6 |
| | Var | 40 | 18,4 |
| | Toplam | 217 | 100,0 |

Yaş ortalaması (34,38±13,31) olan katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Tüm katılımcıların %68,2'si (n=148) kadın olup, katılımcıların %47,2'si (n=101) fakülte/yüksekokul veya üzeri bir eğitim düzeyine sahipken %1,9'u (n=4) ise okuryazar değildir. Katılımcıların %40,1'ini (n=87) bekâr, %49,8'ini (n=106) çalışmayan, %58,6'sı (n=127) ailesi ile beraber yaşayan ve %4,6'sı (n=10) yalnız yaşayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %44,0'ı (n=95) çocuk sahibi değilken %13'ü (n=28) üç ve daha fazla çocuk sahibidir. Daha önce bir

psikiyatrik bir başvuruda bulunup bulunmadıklarına bakıldığında ise katılımcıların %81,6'sı (n=177) hiç psikiyatrik bir başvuruda bulunmamışken %18,4'ü (n=40) daha önce psikiyatrik başvuruda bulunduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde anksiyete 0,85±0,67, depresyon 1,17±0,78, olumsuz benlik 0,86±0,71, somatizasyon 0,77±0,60, hostilite 1,14±0,70 ve hastalık ciddiyeti indeksi 0,95±0,62 olarak bulunmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre anksiyete puan ortalamaları.

| | | Anksiyete Puanı | | p değeri |
|------------------------------------|--------------------|-----------------|----------------|----------|
| | | Ortalama Puanı | Standart Sapma | |
| Cinsiyet | Kadın | 0,88 | 0,06 | p=0,650 |
| | Erkek | 0,83 | 0,08 | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 0,78 | 0,07 | p=0,007 |
| | Çalışmıyor | 0,99 | 0,07 | |
| | Emekli | 0,46 | 0,05 | |
| Medeni Durum | Evli | 0,77 | 0,06 | p=0,157 |
| | Bekâr | 1,00 | 0,08 | |
| | Boşanmış veya Dul | 0,58 | 0,09 | |
| Çocuk sayısı | Yok | 0,98 | 0,08 | p=0,362 |
| | Bir | 0,76 | 0,13 | |
| | İki | 0,78 | 0,08 | |
| | Üç ve daha fazlası | 0,77 | 0,11 | |
| Eğitim Düzeyi | İlköğretim | 0,94 | 0,10 | p=0,500 |
| | Lise | 0,82 | 0,09 | |
| | Ön lisans | 0,87 | 0,11 | |
| | Lisans ve üzeri | 0,82 | 0,08 | |
| Yalnız veya birlikte yaşama durumu | Aile | 0,86 | 0,05 | p=0,059 |
| | Eş | 0,75 | 0,09 | |
| | Ev arkadaşı | 1,53 | 0,18 | |
| | Yalnız | 0,87 | 0,23 | |
| Daha önce psikiyatrik bir başvuru | Yok | 0,84 | 0,05 | p=0,472 |
| | Var | 0,96 | 0,14 | |

Tablo 2'de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında çalışmayan gruptaki katılımcılar ile diğer katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,007$). Çalışmayan gruptakiler $12,92\pm 9,28$ ile en yüksek anksiyete ortalama puanı alırken emekli olanlar $6,07\pm 2,89$ ile en düşük anksiyete ortalama puanı almışlardır. Ev arkadaşı ile yaşayanlar $16,92\pm 9,74$ ortalaması ile en yüksek anksiyete puanı alırken eş ile

beraber yaşayanlar $10,03\pm 9,37$ ortalaması ile en düşük puanı almışlardır.

Kısa Semptom Envanteri puanlarının olumsuz benlik algısı açısından karşılaştırılmasında, katılımcıların medeni durumları ile olumsuz benlik ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark gözlenmiştir ($p=0,038$). Bekâr bireylerin ortalama olumsuz benlik puanları $11,95\pm 8,98$ ile en yüksek iken boşanmış veya dul bireylerin $5,00\pm 1,00$ ile en düşüktür (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre olumsuz benlik puan ortalamaları.

| | | Olumsuz Benlik Puanı | | p değeri |
|------------------------------------|--------------------|----------------------|----------------|----------|
| | | Ortalama | Standart Sapma | |
| Cinsiyet | Kadın | 0,87 | 0,06 | p=0,961 |
| | Erkek | 0,91 | 0,09 | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 0,82 | 0,08 | p=0,087 |
| | Çalışmıyor | 0,98 | 0,07 | |
| | Emekli | 0,58 | 0,09 | |
| Medeni Durum | Evli | 0,79 | 0,06 | p=0,038 |
| | Bekâr | 1,04 | 0,08 | |
| | Boşanmış veya Dul | 0,41 | 0,04 | |
| Çocuk sayısı | Yok | 0,99 | 0,08 | p=0,071 |
| | Bir | 0,87 | 0,14 | |
| | İki | 0,81 | 0,08 | |
| | Üç ve daha fazlası | 0,69 | 0,14 | |
| Eğitim Düzeyi | İlköğretim | 0,97 | 0,10 | p=0,303 |
| | Lise | 0,77 | 0,08 | |
| | Ön lisans | 0,91 | 0,13 | |
| | Lisans ve üzeri | 0,84 | 0,09 | |
| Yalnız veya birlikte yaşama durumu | Aile | 0,86 | 0,06 | p=0,375 |
| | Eş | 0,84 | 0,10 | |
| | Ev arkadaşı | 1,45 | 0,25 | |
| | Yalnız | 0,70 | 0,20 | |
| Daha önce psikiyatrik bir başvuru | Yok | 0,87 | 0,05 | p=0,767 |
| | Var | 0,96 | 0,15 | |

Kısa Semptom Envanteri puanlarının somatizasyon puanı açısından karşılaştırmasında, katılımcıların cinsiyetleri, eğitim durumları, kiminle yaşadıkları ve daha önce psikiyatrik bir başvuruda bulunup bulunmama durumları ile somatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark gözlenmiştir (sırasıyla $p=0,017$, $p=0,014$, $p=0,037$, $p=0,012$). Kadınların ortalama somatizasyon puanları $7,43\pm 5,28$ iken, erkeklerin ortalama somatizasyon puanları $6,05\pm 5,70$ ile kadınlara göre daha düşüktür. Eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığı sağlayan grubun ilköğretim mezunu olanlar olduğu saptanmıştır. İlköğretim mezunu olanların ortalama somatizasyon

puanları $(1,00\pm 0,10)$ lise mezunu olanlara $(1,98\pm 0,65)$ göre anlamlı derecede daha düşükken lisans ve üzeri eğitime sahip olanlara $(0,63\pm 0,05)$ göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ev arkadaşıyla yaşayan bireylerin ortalama somatizasyon puanları $7,92\pm 4,94$ ile en yüksekken; yalnız yaşayan bireylerin $3,00\pm 2,92$ ile en düşüktür. Daha önce psikiyatrik başvurusu bulunan bireylerin ortalama somatizasyon puanları $9,78\pm 7,33$ iken daha önce psikiyatrik başvuruda bulunmayan bireylerin ortalama puanı $6,39\pm 4,77$ 'dir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre aldıkları ortalama somatizasyon puanları Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre somatizasyon puanı ortalamaları.

| | | Somatizasyon Puanı | | p değeri |
|-------------------------------------------|--------------------|--------------------|----------------|----------|
| | | Ortalama | Standart Sapma | |
| Cinsiyet | Kadın | 0,83 | 0,05 | p=0,017 |
| | Erkek | 0,69 | 0,07 | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 0,81 | 0,07 | p=0,116 |
| | Çalışmıyor | 0,80 | 0,05 | |
| | Emekli | 0,52 | 0,12 | |
| Medeni Durum | Evli | 0,80 | 0,05 | p=0,756 |
| | Bekâr | 0,75 | 0,07 | |
| | Boşanmış veya Dul | 0,88 | 0,35 | |
| Çocuk sayısı | Yok | 0,75 | 0,06 | p=0,355 |
| | Bir | 0,72 | 0,11 | |
| | İki | 0,81 | 0,08 | |
| | Üç ve daha fazlası | 0,89 | 0,13 | |
| Eğitim Düzeyi | İlköğretim | 1,00 | 0,10 | p=0,014 |
| | Lise | 0,72 | 0,07 | |
| | Ön lisans | 0,76 | 0,10 | |
| | Lisans ve üzeri | 0,63 | 0,05 | |
| Yalnız veya birlikte yaşama durumu | Aile | 0,74 | 0,05 | p=0,037 |
| | Eş | 0,89 | 0,09 | |
| | Ev arkadaşı | 1,01 | 0,15 | |
| | Yalnız | 0,36 | 0,11 | |
| Daha önce psikiyatrik bir başvuru | Yok | 0,71 | 0,04 | p=0,012 |
| | Var | 1,09 | 0,13 | |

Katılımcıların aldıkları ortalama hostilite puanları incelendiğinde çalışma durumları ile hostilite puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark gözlenmiştir ($p=0,003$). Çalışmayan

bireylerin ortalama hostilite puanları $8,97\pm 4,83$ ile en yüksekken emekli bireylerin $4,79\pm 3,09$ ile en düşüktür (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre hostilite puan ortalamaları.

| | | Hostilite Puanı | | p değeri |
|-----------------------|--------------------|-----------------|----------------|----------|
| | | Ortalama | Standart Sapma | |
| Cinsiyet | Kadın | 1,16 | 0,05 | p=0,524 |
| | Erkek | 1,15 | 0,09 | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 1,10 | 0,08 | p=0,003 |
| | Çalışmıyor | 1,27 | 0,06 | |
| | Emekli | 0,68 | 0,11 | |
| Medeni Durum | Evli | 1,09 | 0,06 | p=0,109 |
| | Bekâr | 1,33 | 0,08 | |
| | Boşanmış veya Dul | 0,95 | 0,09 | |
| Çocuk sayısı | Yok | 1,33 | 0,08 | p=0,067 |
| | Bir | 1,05 | 0,13 | |
| | İki | 1,05 | 0,07 | |
| | Üç ve daha fazlası | 0,97 | 0,13 | |

| | | | | |
|-------------------------------------------|-----------------|------|------|---------|
| Eğitim Düzeyi | İlköğretim | 1,17 | 0,08 | p=0,202 |
| | Lise | 1,24 | 0,09 | |
| | Ön lisans | 1,16 | 0,11 | |
| | Lisans ve üzeri | 1,04 | 0,09 | |
| Yalnız veya birlikte yaşama durumu | Aile | 1,13 | 0,06 | p=0,725 |
| | Eş | 1,12 | 0,09 | |
| | Ev arkadaşı | 1,74 | 0,28 | |
| | Yalnız | 1,05 | 0,29 | |
| Daha önce psikiyatrik bir başvuru | Yok | 1,14 | 0,05 | p=0,544 |
| | Var | 1,22 | 0,14 | |

Tablo 6'da rahatsızlık ciddiyeti indeksleri incelendiğinde çalışma durumları ile rahatsızlık ciddiyeti indeksleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark gözlenmiştir

(p=0,011). Çalışmayan bireylerin hastalık ciddiyeti indeksi $1,05 \pm 0,06$ ile en yüksekken, emekli bireylerin $0,62 \pm 0,07$ ile en düşüktür.

Tablo 6: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre hastalık ciddiyeti indeksleri.

| | | Hastalık Ciddiyeti İndeksi | | p değeri |
|-------------------------------------------|--------------------|----------------------------|----------------|----------|
| | | Ortalama | Standart Sapma | |
| Cinsiyet | Kadın | 0,98 | 0,05 | p=0,300 |
| | Erkek | 0,93 | 0,08 | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 0,92 | 0,07 | p=0,011 |
| | Çalışmıyor | 1,05 | 0,06 | |
| | Emekli | 0,62 | 0,07 | |
| Medeni Durum | Evli | 0,90 | 0,05 | p=0,313 |
| | Bekâr | 1,07 | 0,07 | |
| | Boşanmış veya Dul | 0,67 | 0,05 | |
| Çocuk sayısı | Yok | 1,05 | 0,07 | p=0,341 |
| | Bir | 0,92 | 0,11 | |
| | İki | 0,92 | 0,07 | |
| | Üç ve daha fazlası | 0,86 | 0,12 | |
| Eğitim Düzeyi | İlköğretim | 1,07 | 0,09 | p=0,190 |
| | Lise | 0,90 | 0,08 | |
| | Ön lisans | 0,96 | 0,10 | |
| | Lisans ve üzeri | 0,90 | 0,07 | |
| Yalnız veya birlikte yaşama durumu | Aile | 0,93 | 0,05 | p=0,305 |
| | Eş | 0,96 | 0,09 | |
| | Ev arkadaşı | 1,51 | 0,18 | |
| | Yalnız | 0,86 | 0,24 | |
| Daha önce psikiyatrik bir başvuru | Yok | 0,93 | 0,04 | p=0,231 |
| | Var | 1,11 | 0,13 | |

Araştırma verilerinin analiz sonucuna göre katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile depresyon puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir ilişkiye ulaşılamamıştır.

Katılımcıların yaşı ile anksiyete, olumsuz benlik, hostilite puanları ve

hastalık ciddiyeti indeksi arasında ($p < 0,05$) negatif yönde zayıf (sırasıyla Spearman Rho= -0,195, -0,178, -0,256, -0,179) korelasyon saptanmıştır (Tablo 7). Katılımcıların yaşı ile depresyon ve somatizasyon puanları arasında bir korelasyon gözlenmemiştir.

Tablo 7: Katılımcıların yaşı ile anksiyete, olumsuz benlik ve hostilite puanı korelasyonu.

| | Yaş | |
|-----------------------|--------------------------|--------|
| | Spearman's rho katsayısı | p |
| Anksiyete | -,195* | 0,006 |
| Olumsuz benlik | -,178** | 0,012 |
| Hostilite | -,256*** | <0,001 |

* İki kuyruklu hipotez testinde $p<0.01$ olduğu için korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır.

** İki kuyruklu hipotez testinde $p<0.05$ olduğu için korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır.

*** İki kuyruklu hipotez testinde $p<0.01$ olduğu için korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tartışma

Ruh sağlığı ile ilgili problemler sık görülmesi, yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve ekonomik kayıplara neden olabilmeleri sebebiyle toplumsal yönden büyük bir öneme sahiptir. DSÖ'ye göre küresel ölçekte hastalık yükünün %12.3'ünün ruh sağlığı ile ilgili problemler oluşturmaktadır (21). Çeşitli araştırmalara göre, bu problemler birinci basamağa yapılan başvuruların % 15-40'ını meydana getirmektedir (22, 23).

Birinci basamak bu önemli halk sağlığı probleminde korunma ve tedavi açısından ilk başvuru merkezi olması sebebiyle önemli bir yere sahiptir. Bu sebeple hastalığı tanıma fırsatı, doğru tedavi ve izlem yönünden ASM'de çalışan hekimlerin özel bir konumu vardır. Dünya genelinde birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranların; yaklaşık 1/4'inde ruhsal bir bozukluk, yaklaşık 1/3'inde ise ruhsal belirti bulunmaktadır (24).

ABD'de "Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü"nin gerçekleştirdiği "Epidemiyolojik Alan Çalışması"nda (Epidemiologic Catchment Area ECA) en sık görülen ruhsal bozukluğun anksiyete olduğu, cinsiyetlere göre bakıldığında kadınlar da anksiyete bozukluklarının daha sık olduğu bulunmuştur (7). Bizim çalışmamızda ise cinsiyet ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamasa da kadınların anksiyete alt ölçek ortalama puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Anksiyetenin daha çok 20 – 30 yaş grubu (geç adolesan dönem) ile orta yaş

erişkin dönemde başladığı ve 50 yaşından sonra görülme sıklığının azaldığı bilinmektedir (25). Araştırmamızda da benzer şekilde katılımcıların yaşı gruplara ayrılarak incelendiğinde 30 yaş ve altı grubun anksiyete alt ölçek puanı ($1,02\pm 0,08$) ile 31-49 yaş grubu ($0,76\pm 0,06$) ve 50 ve üzeri yaş grubundakilerden ($0,60\pm 0,09$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla $p=0,03$, $p<0,01$).

Yapılan birçok araştırma ruh sağlığının gelişiminde, korunmasında, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında bir dizi toplumsal belirleyicinin önemli olduğunu göstermektedir.

İş özellikle erişkin yaşam döneminde öz-yeterlilik ve öz-saygı gibi benliği düzenleyen işlevler ile kendini gerçekleştirme için olanaklara sahip olunabilecek toplumsal yapı arasında önemli bir köprü oluşturması sebebiyle ruhsal sağlığın önemli bir belirleyicisidir (26). İş ve işsizlik ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi sorgulayan çalışmalar özellikle erişkin dönemdeki ruhsal sağlığın toplumsal belirleyicilerinin anlaşılmasında önemli bir yer tutmaktadır.

Kristenson ve arkadaşlarının 2004'te yaptığı çalışmaya göre çalışabilecek durumdayken çalışmamak veya işini kaybetmek doğrudan ve dolaylı karmaşık mekanizmalarla uzun süreli stres yanıtının meydana gelmesine yol açarak ruh sağlığı için bozucu bir etken olabilmektedir (27). Araştırmamızdan elde edilen bulgular, bu çalışmayı

destekler nitelikte olup çalışmayan bireylerdeki ortalama anksiyete puanı; çalışan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır ($p=0,007$).

Depresyon, sıklığı ve yol açtığı yeti yitimi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşam boyu prevalansı %10 ile %21 arasında değişmektedir (28). Şehirleşmenin ve teknolojik gelişmelerin giderek artması, kişilerin iletişimlerinin zayıflaması ve paylaşımlarının azalması sebebiyle yalnızlık ve depresyon giderek artan sıklıkta görülmektedir (29). Literatürde yalnızlık ve depresyonun giderek artan sıklıkta görüldüğü belirtilmesine rağmen araştırmamızda yalnızlık ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunda örnek büyüklüğünün yetersizliği rol oynamış olabilir.

Çocuk ve ergen depresyonu ile ilgili çalışmalar iki önemli özelliğe işaret etmektedir. Birincisi ergenlikte depresyon ortaya çıkma riski artar. Diğeri ise depresyonun ilk epizodları önceden sanıldığından daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (30). Araştırmamızdan elde edilen bulgular incelendiğinde ise katılımcıların yaş grupları ile depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark gözlenememiştir ($p=0,232$).

Hünler ve Gençöz evliliğin, insan hayatının en önemli yaşantılarından olmasına rağmen bu yaşantının niteliğinin yaşam kalitesiyle hemen hemen birebir ilişkili olduğunu belirtmektedirler (31). Johnson ve arkadaşlarına göre ise, son çeyrek yüzyılda evlilik üzerine yapılan çalışmalar evlilik uyumunu biçimlendiren nedenler araştırılmaktadır (32). Literatür incelendiğinde evli kişilerin ilişkileri üzerine yaptıkları suçlama, kasıtlı davranış ve bencil davranışlar, evlilikte boyun eğici davranışların artmasına, bireylerin problem çözme becerilerinin düşmesine ve kişilerde olumsuz benlik algısının oluşmasına neden olduğu görülmektedir (33). Bu bağlamda bizim çalışmamıza bakıldığında evlilik ve

olumsuz benlik arasındaki ilişki de literatürdeki diğer araştırmaları destekleyici biçimde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,038$).

Lipowski, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gördüğü somatizasyonu "tıbbın çözülmemiş problemi" olarak tanımlamaktadır (34). Temel sağlık hizmetlerinde görülme oranlarının %20-30 arasında olduğu bildirilmektedir (35).

Cloninger ve arkadaşlarının 1986' da yaptıkları çalışmada somatizasyonun kadınlarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (36). Bir çalışmada fiziksel morbidite daha sık olmadığı halde kadınların fiziksel belirtileri daha sık ve daha yüksek puanladıkları bildirilmiştir (37). Bu sonuç kadınlarda somatizasyonun neden daha sık olduğunu açıklamamaktadır. Araştırmamızda da Cloninger ve arkadaşlarının ulaştığı sonuca ulaşılmış ve somatizasyon kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık saptanmıştır ($p=0,017$).

Eğitim açısından gruplandırılarak yapılan analizde eğitim düzeyi düşük olan grubunun somatizasyon semptomlarını daha fazla yaşadıkları bulunmuştur. Aydemir ve arkadaşları aynı ölçekle gerçekleştirdikleri çalışmalarında da benzer sonuca ulaşmışlardır (38). Bu bulgular eğitim seviyesinin yükselmesi ile birlikte artan problem çözme becerileri sonunda çözümsüz kalan az sayıdaki sorun alanının ruhsal belirtiyeye daha az yol açması ile açıklanabilir. Bu bulgular somatizasyon semptomlarının eğitim düzeyi düşük olan grupta daha çok görüldüğüne dair literatür bulguları ile de uyumludur.

Atmış beş yaşın altındaki ve üzerindeki major depresyon olgularının karşılaştırıldığı bir çalışmada, 65 yaşın üzerindeki olgularda depresif bozukluğun somatizasyonun, anksiyete ve ajitasyonun ve kronisitenin daha sık bulunduğu bildirilmiştir (39). Bizim çalışmamızda elde edilen bulgulara göre ise katılımcıların yaşı ile anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ($p=0,006$) negatif zayıf (Spearman Rho= -0,195) korelasyon

bulunmuş olup somatizasyon ve depresyon puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde korelasyon gözlenememiştir ($p=0,607$).

Feder ve arkadaşları çok sayıda tıbben açıklanamayan belirtileri olan 172 birinci basamak sağlık hizmeti hastasını değerlendirdikleri bir araştırmada, tıbben açıklanamayan belirtileri gösteren hastalarda mevcut psikiyatrik bozukluk oranının iki kat artmış olarak tespit etmişlerdir (40). Aynı çalışmada kadın cinsiyet, yalnız yaşıyor olmak, düşük ekonomik gelir ve ileri yaş, tıbben açıklanamayan belirtileri ile ilişkili sosyodemografik değişkenler olarak saptanmıştır (40). Bizim yaptığımız çalışmada Feder ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde somatizasyonun yalnız yaşayan bireylerde diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az olarak görüldüğü sonucuna ulaşılırken ($p=0,037$), kadınların ortalama somatizasyon alt ölçek puanları ($0,83\pm 0,05$) erkeklerin ortalamasına ($0,69\pm 0,07$) göre daha yüksek bulunmuş olup yaş grupları ile somatizasyon alt ölçek puanları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark gözlenememiştir ($p<0,05$).

Sonuç ve Öneriler

Araştırmaya göre medeni durum olumsuz benlik algısında etkili bir faktördür. Bekâr bireylerin olumsuz benlik algıları en yüksek seviyede boşanmış veya dul bireylerin en düşük seviyededir.

Katılımcıların cinsiyetlerinin, kiminle yaşadıklarının, eğitim durumlarının ve daha önce psikiyatrik bir başvuruda bulunup bulunmama durumlarının somatizasyon problemleri ile ilişkili olduğu görülmüştür. Kadınların erkeklere oranla, ev arkadaşı ile birlikte yaşayan bireylerin; aile veya eş ile yaşayanlara veya yalnız yaşayanlara kıyasla, ilköğretim mezunu olanların lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara kıyasla ve daha önce psikiyatrik bir

Yapılan diğer çalışmalara göre işsiz bireylerde oryantasyon eksikliği ve yabancılara karşı hostilite eğilimi olduğu belirtilmiştir (41). Literatürle uyumlu olarak bizim araştırmamızda da çalışmayan bireylerin toplumdaki diğer bireylere göre ortalama hostilite puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır ($p=0,003$).

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamız tanımlayıcı tipte bir çalışma olduğundan örneklem seçilmemiş olup çalışmaya katılmayı kabul edenler herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı veya psikiyatrik şikayet varlığı mevcut olan kişiler olabilirler. Bu durum ASM'ye başvuranlar içerisinde daha önce psikiyatrik başvurusu mevcut olan kişileri daha yüksek oranda saptamamıza neden olmuş olabilir (%18,4). Literatürde psikiyatrik rahatsızlıklarının değerlendirildiği çalışmalarda sıklıkla kişinin kendi-bildirimine dayanan ölçekler kullanılmıştır. Çalışmamızda da benzer şekilde subjektif ölçüm yöntemleri kullanılmıştır. Objektif tanı koydurucu ya da semptom sorgulayan yüzyüze görüşmeler yapılmamıştır.

başvuruda bulunan katılımcıların ise bulunmayanlara göre somatizasyon alt ölçek puanlarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların çalışma durumları ile hastalık ciddiyeti indeksi, anksiyete ve hostilite alt ölçek puanları arasında ilişki olduğu anlaşılmıştır. Araştırmamızdaki çalışmayan bireylerin anksiyete ve hostilite eğilimleri ile hastalık ciddiyeti indeksleri en yüksekken emekli bireylerin en düşüktür.

Elde edilen sonuçlar, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmaların genel olarak artırılmasında ve iyileştirilmesinde; özellikle kadınlara, bekârlara ve çalışmayan bireylere yönelik

hizmetlerin yoğunlaştırılmasında yardımcı olacaktır.

Bu çalışma Maltepe bölgesindeki Aile Sağlık Merkezlerine gelen bireyleri kapsamaktadır. Buna benzer bir çalışma daha geniş bir evrende yapılabilir, böylece Türkiye genelindeki ruhsal sıkıntı düzeylerinin ilişkili olduğu faktörler daha kapsamlı incelenebilir.

Ruhsal rahatsızlıklar gerek günlük yaşamı gerekse bireyin bütün yaşamını

olumsuz etkileyen ciddi sıkıntılardır. Bu rahatsızlıkların tedavisi mümkün olmakla birlikte bireyin yaşam kalitesini arttırabilmektedir. Tedaviden kaçınılmaması gerektiğinin insanlara daha net ifade edilmesi ve teşvik edilmesi; ruhsal sıkıntılarla baş etmeye yönelik seminerlerin, terapilerin ve etkinliklerin arttırılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Pektas I, Bilge A, Ersoy MA. Toplum ruh sagligi hizmetlerinde epidemiyolojik çalismalar ve toplum ruh sagligi hemsireliginin rolü/Epidemiological studies in community mental health services and roles of the community mental health nursing. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7(1):43.
2. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
3. Fidaner C. Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) kavramı: Bir giriş denemesi. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı*. 2004:1-3.
4. Küey L, Üstün T, Güleç C. Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim*. 1987;44:16-30.
5. Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychological medicine*. 1993;23(1):167-73.
6. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11(3):198-203.
7. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of general psychiatry*. 1984;41(10):934-41.
8. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychological medicine*. 2005;35(8):1175-84.
9. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskisehir ilindeki saglik ocaklarında konulan ruhsal hastalik tanilari ile sosyoekonomik durum arasindaki iliski/The relation between mental illnesses diagnosed in primary care settings and socioeconomic status in the city of Eskisehir. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(2):87.
10. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Birinci baskı, Ankara. 1998.
11. Bakanlığı TS. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı. 2011.
12. Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Medical care*. 1989;869-86.
13. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *Journal of general internal medicine*. 1999;14(4):249-54.
14. Ayrancı U, Yenilmez Ç. Eskisehir ilinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında verilen ruh sagligi hizmetlerinin degerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg*. 2002;13:115-24.
15. Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H, Rouhe E. SCL-25 and recognition of mental disorders reported by primary health care physicians. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89(5):320-3.
16. Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental disorders in primary care services: an update. *Public Health Reports*. 1994;109(2):251-58.
17. Banerjee S, Macdonald AJ. Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social service use. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168(6):750-6.

18. Derogatis L.R., Spencer P. Brief symptom inventory: BSI. 1993; Upper Saddle River, NJ: Pearson.
19. Sahin, N. H., Batigün, A. D., Uğurtaş, S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1994;13(2):125-35.
20. Savaşır I, Şahin NH. *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997.
21. Brundtland GH. Mental health in the 21st century. *Bulletin of the world Health Organization*. 2000, 78(4):411.
22. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry* 62 (Suppl 8):4-9;10-1.
23. Clarke DM, McKenzie DP. An examination of the efficiency of the 12-item SPHERE questionnaire as a screening instrument for common mental disorders in primary care. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2003;37(2):236-9.
24. Ançel Gülsüm, Prof.Dr.Gülsüm Ançel, « <https://acikders.ankara.edu.tr> »
25. Andrews G, Sanderson K, Slade T, Issakidis C. Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the world Health Organization*. 2000;78:446-54.
26. Dollard MF, Winefield AH. A test of the demand-control/support model of work stress in correctional officers. *Journal of occupational health psychology*. 1998;3(3):243-64.
27. Kristenson M, Eriksen HR, Sluiter JK, Starke D, Ursin H. Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social science & medicine*. 2004;58(8):1511-22.
28. Özdemir H, Rezaki M. Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi-12. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(1):13-21.
29. Livingston G, Hawkins A, Graham N, Blizard B, Mann A. The Gospel Oak Study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychological medicine*. 1990;20(1):137-46.
30. Parker G, Roy K. Adolescent depression: a review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35(5):572-80.
31. Hünler OS, Gençöz T. The effect of religiousness on marital satisfaction: Testing the mediator role of marital problem solving between religiousness and marital satisfaction relationship. *Contemporary Family Therapy*. 2005;27(1):123-36.
32. Johnson W, McGue M, Krueger RF, Bouchard Jr TJ. Marriage and personality: a genetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004;86(2):285-94.
33. Kışlak ŞT, Çavuşoğlu PŞ. Evlilik uyumu, bağlanma biçimleri, yüklemeler ve benlik saygısı arasındaki ilişkiler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2006;9(9):61-8.
34. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145(11):1358-68.
35. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Dimensions of neuroses seen in primary-care settings. *Psychological Medicine*. 1987;17(2):461-70.
36. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric developments*. 1986;3(2):167-226.
37. Von Wijk C, Kolk A. Sex difference in physical symptoms. *Soc Sci Med*. 1997;45:231-46.
38. Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Erol G, Tüzer V. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi e Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi*. 2002;10(2):29-39.
39. Musetti L, Perugi G, Soriani A, Rossi VM, Cassano GB, Akiskal HS. Depression before and after age 65: a re-examination. *The British Journal of Psychiatry*. 1989;155(3):330-6.
40. Feder A, Olfson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, et al. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics*. 2001;42(3):261-8.
41. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of general internal medicine*. 2001;16(4):266-75.