

SOSYOEKONOMİK VE YAŞAM TARZI FAKTÖRLERİNİN RUHSAL VE DAVRANIŞSAL BOZUKLUKLARA BAĞLI ÖLÜMLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: BİR PANEL VERİ ANALİZİ

Yasin ARAS *

ÖZ

Ruhsal ve davranışsal bozukluklar dünya genelinde önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, bu hastalıkların etkili yönetilmesi için hastalığın risk faktörlerin belirlenmesi hayati önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, OECD ülkelerinde ruhsal ve davranışsal bozuklukların yönetiminde sosyoekonomik ve yaşam tarzı faktörlerinin rolünü belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda, OECD ve Dünya Bankası'ndan veriler elde edilmiştir. Veriler panel veri analizine tabi tutulmuştur. Risk faktörlerinin seçimi için literatür incelemesi yapıldıktan sonra seçilen risk faktörleri EKK (Sıradan En Küçük Kareler) regresyon analizine tabi tutulmuştur. Yapılan EKK regresyon analizi sonucunda GSYH ve okuryazarlık oranının negatif şekilde ve kentsel nüfus oranı, alkol tüketimi ve obezitenin pozitif şekilde ruhsal ve davranışsal bozuklukları etkilediği tespit edilmiştir. Ruhsal ve davranışsal bozuklukların yönetiminde bireylerin stres kaynaklarından uzak durmaları, yeterli gelir elde edebilmeleri, eğitim düzeylerini artırmaları, sağlıklı beslenmeleri ve zararlı alışkanlıklardan kaçınmaları sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal Bozukluklar, Davranışsal Bozukluklar, Hastalık Yönetimi, Sosyoekonomik Faktörler, Yaşam Tarzı Faktörleri

MAKALE HAKKINDA

* Arş. Gör. Dr., Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, arasyasn90@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5171-7779>

Gönderim Tarihi: 07.02.2024

Kabul Tarihi: 23.07.2024

Atıfta Bulunmak İçin:

Aras, Y. (2024). Sosyoekonomik ve yaşam tarzı faktörlerinin ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler üzerindeki etkisi: bir panel veri analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 27(3), 445-458.
<https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1433329>

THE IMPACT OF SOCIOECONOMIC AND LIFESTYLE FACTORS ON DEATHS DUE TO MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS: A PANEL DATA ANALYSIS

Yasin ARAS †

ABSTRACT

Mental and behavioral disorders are among the leading causes of death worldwide. In this context, it is vital to identify the risk factors for effective management of these disorders. The aim of this study is to determine the role of socioeconomic and lifestyle factors in the management of mental and behavioral disorders in OECD countries. For this purpose, data were obtained from the OECD and the World Bank. The data were subjected to a two-stage analysis. The data were subjected to panel data analysis. After reviewing the literature for the selection of risk factors, the selected risk factors were subjected to an Ordinary Least Squares (OLS) regression analysis. As a result of the OLS regression analysis, it was found that GDP and literacy rate effect mental and behavioural disorders negatively and urban population ratio, alcohol consumption and obesity positively. In the management of mental and behavioral disorders, it should be ensured that individuals stay away from stress sources, earn sufficient income, increase their level of education, eat healthy and avoid harmful habits.

Keywords: Mental Disorders, Behavioral Disorders, Disease Management, Socioeconomic Factors, Lifestyle Factors

ARTICLE INFO

† Research Assistant, Ph.D., Aksaray University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, arasyasn90@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5171-7779>

Received: 07.02.2024

Accepted: 23.07.2024

Cite This Paper:

Aras, Y. (2024). Sosyoekonomik ve yaşam tarzı faktörlerinin ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler üzerindeki etkisi: bir panel veri analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 27(3), 445-458. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1433329>

I. GİRİŞ

Fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlık, bireyleri ve toplumu yakından ilgilendirmekte ve yaşamın vazgeçilmez unsurları arasında yer almaktadır (WHO, 2001). Bunlardan ruh sağlığı, her bireyin potansiyelini gerçekleştirebileceği, yaşamın normal stresiyle başa çıkabileceği, üretken bir şekilde çalışabileceği ve topluma katkıda bulunabileceği bir refah durumunu ifade etmektedir (OECD, 2019a). Bu durumun bozulması halinde ise ruhsal ve davranışsal bozukluklar ortaya çıkmaktadır (ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators vd., 2004). Ruhsal ve davranışsal bozukluklar arasında bipolar bozukluk, depresyon, şizofreni ve diğer psikozlar, bunama ve otizm gibi gelişimsel bozukluklar yer almaktadır (WHO, 2021).

Ruhsal ve davranışsal bozukluklar ortaya çıktığında, bireylerde işlev bozukluğu eşlik etmekte ve bu durum uzun süre devam etmektedir. Aynı zamanda bireylere veya başkalarına zarar verme, bireyleri rahatsız etme, sosyal ilişkilere zarar verme, bilincin altında yatan ruhsal ve davranışsal bozukluklara yol açma ve fiziksel sağlık ve refah üzerinde olumsuz etkilere neden olma riskini de içermektedir (Tang vd., 2020). Üstelik ruhsal ve davranışsal bozukluklar sadece bir grubu değil tüm toplumu etkilemektedir. Bu açıdan küresel kalkınma için önemli bir konudur. Toplumdaki hiçbir grup ruhsal ve davranışsal bozukluklara karşı bağışık olmasa da bazıları daha fazla risk altındadır. Bunlar yoksullar, evsizler, işsizler, eğitimsizler, şiddet mağdurları, göçmenler, çocuklar ve ergenler, istismara uğrayan kadınlar ve ihmal edilen yaşlılar olarak sıralanabilir (WHO, 2003).

Ruhsal ve davranışsal bozukluklar dünya genelinde hastalık yükü açısından önemli bir yere sahiptir (WHO, 2011). Nöropsikiyatrik bozukluklar, özellikle depresyon ve diğer ruhsal bozukluklar, madde kullanımı, alkol kullanımı ve psikoz küresel hastalık yükünün yaklaşık %14'ünü oluşturmaktadır (James vd., 2018). Ayrıca, ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler de 2006 yılından bu yana artış eğilimi göstermektedir. Ruhsal ve davranışsal hastalıklara bağlı ölümler 2006 yılında 100.000 kişi başına ortalama 20,6 iken 2016 yılında 27,2'ye yükselmiştir (OECD, 2019b).

Genel anlamda bulaşıcı olmayan hastalıkların en temel risk faktörlerini de oluşturan sosyoekonomik durum (Pınar vd., 2008; Beydoun ve Wang, 2010; Arslan Aras ve Mansur, 2023), bireylerin ruh sağlığını yönetmeye elverişli sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimseme ve sürdürme becerilerini önemli ölçüde etkilemektedir. Daha yüksek sosyoekonomik duruma sahip kişiler genellikle besleyici gıda, güvenli barınma, dinlenme tesisleri ve kaliteli sağlık hizmetleri gibi kaynaklara daha fazla erişime sahiptir. Buna karşılık, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler genellikle sosyoekonomik yoksunluk, sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, mali stres ve çevresel olumsuzluklarla karşı karşıya kalmaktadır; bu da yaşam tarzıyla ilgili risk faktörlerini daha da kötüleştirebilmekte ve ruhsal ve davranışsal bozuklukların gelişmesine ve devam etmesine katkıda bulunabilmektedir (Wang ve Geng, 2019).

Hem bireysel hem de toplumsal olarak ciddi bir sağlık sorunu olan ruhsal ve davranışsal bozuklukların etkili yönetimi için bu hastalıkların sosyoekonomik ve yaşam tarzına bağlı risk faktörlerinin ortaya çıkarılması gerekmektedir (Baxter vd., 2011; Pinto vd., 2014; Walker vd., 2015; Saxena, 2018). Bu nedenle, bu konu birçok araştırmacı tarafından giderek daha fazla tartışılmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, yaş, cinsiyet, ırk, eğitim durumu veya okuryazarlık oranı, gelir durumu, işsizlik, yaşam tarzı faktörleri (alkol kullanımı, uyuşturucu kullanımı, sigara kullanımı, beslenme), beyin hasarı, daha önce geçirilmiş bir ruhsal hastalığın varlığı, çocuk istismarı vb. faktörlerin ruhsal ve davranışsal bozukluklarda risk faktörleri olarak belirlendiği görülmüştür (Garcia-Haro vd., 2020; Vidal-Millares vd., 2019; Newman vd., 2016; De Mooji vd., 2019; Nordentoft vd., 2013; Silva vd., 2016; Whiteford vd., 2016; Atzendorf vd., 2018; Murali ve Oyebo, 2004; Ciompi ve Medvecka, 1976; Joukarmaa, 2001; Rehm vd., 2003; Chesney vd., 2014; Pothen vd., 2003; Vicente vd., 2012).

Bu anlamda, bu çalışmada Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (The Organisation For Economic Co-Operation And Development-OECD) ülkelerinde ruhsal ve davranışsal bozuklukların yönetiminde sosyoekonomik ve yaşam tarzı faktörlerinin rolünü belirlemek amaçlanmıştır.

II. YÖNTEM

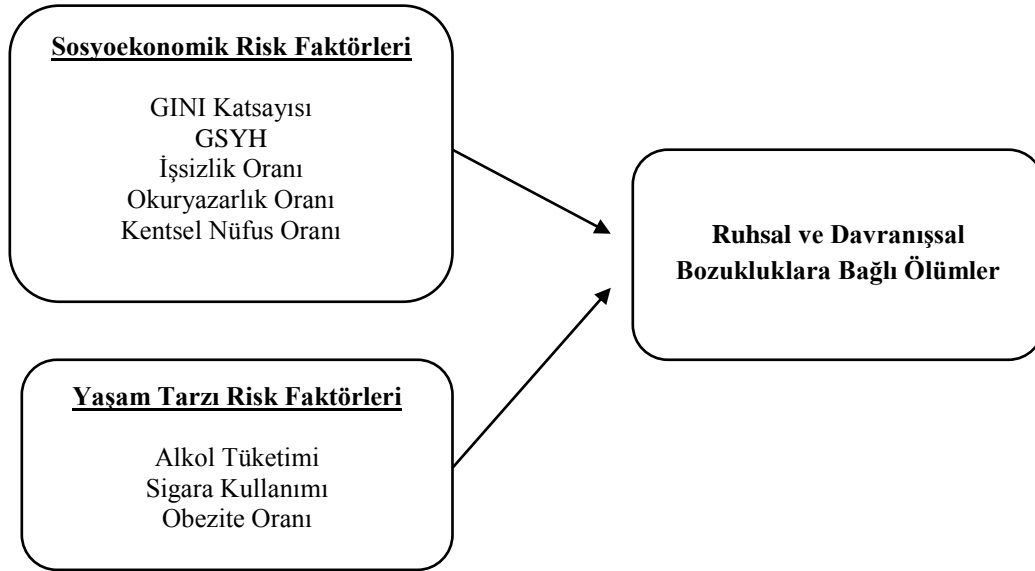
2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, OECD ülkelerinde ruhsal ve davranışsal bozuklukların yönetiminde sosyoekonomik ve yaşam tarzı faktörlerinin rolünü belirlemektir.

2.2. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın amacına uygun olarak oluşturulan model aşağıda sunulmuştur (Şekil 1).

Şekil 1. Araştırma Modeli



Kaynak: Şekil yazar tarafından oluşturulmuştur.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evreni tüm OECD ülkeleridir. Araştırma kapsamında örneklem seçimi yapılmamış ve tüm ülkelere (Avusturalya, Avusturya, Belçika, Kanada, Şili, Kolombiya, Kosta Rika, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İsrail, İtalya, Japonya, Kore, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Meksika, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri) ulaşılmıştır.

2.4. Araştırmanın Verileri ve Veri Toplama Yöntemi

Bu araştırmanın verilerini GINI katsayısı, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH), işsizlik oranı, okuryazarlık oranı, alkol tüketimi, sigara kullanımı, obezite oranı, kentsel nüfus oranı ve ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler oluşturmaktadır. Bunlardan GINI katsayısı, GSYİH, işsizlik oranı, okuryazarlık oranı, alkol tüketimi, sigara kullanımı ve obezite oranı bağımsız değişkenler, ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler ise bağımlı değişkendir. Veriler 2010-2016 yıllarını kapsamaktadır. Bunun nedeni, çalışma değişkenleri açısından bu yıllar arasında tam ve düzenli verilerin mevcut olmasıdır. Ayrıca değişkenlere logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. Bu şekilde değişkenlerin normalliği garanti altına alınmıştır (Moody, 2009). Çalışma verileri OECD ve Dünya Bankası veri tabanları aracılığıyla toplanmıştır. Verilere ilişkin açıklamalı bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırma Değişkenleri

Değişkenler	Açıklamalar	Veri Kaynağı	
Bağımsız Değişkenler	GINI (LogGini)	GINI katsayısı	WORLD BANK
	Gelir (LogGdp)	GSYH; kişi başı (ABD Doları)	WORLD BANK
	İşsizlik oranı (LogUnemployment)	Toplam işgücü içindeki oran (%)	WORLD BANK
	Okuryazarlık oranı (LogLiteracy)	15+ yaş yetişkinlerin oranı (%)	WORLD BANK
	Alkol tüketimi (LogAlcohol)	15+ yaş kişi başı toplam alkol tüketim miktarı (Lt.)	OECD
	Sigara kullanımı (LogSmoking)	15+ yaş kişi başı sigara kullanım oranı (%)	OECD
	Obezite oranı (LogObesity)	15+ yaş obezite oranı (%)	OECD
	Kentsel nüfus oranı (LogUrban)	Toplam nüfus içindeki oran (%)	WORLD BANK
Bağımlı Değişkenler	Ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler (LogDeaths)	Ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler (100 000 kişide)	OECD

2.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmada panel veri analizi gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, hastalığın risk faktörleriyle ilgili seçim yapmak için literatür incelemesinden yararlanılmıştır. Literatür incelemesi için Web of Science (WoS) (<https://www.webofscience.com>) ve Google Akademik (<https://scholar.google.com>) veri tabanlarından yararlanılmıştır. 27.01.2024 tarihinde “mental and behavioral disorders” AND “risk factors” anahtar kelimeleri kullanılarak Topic seçeneği ile yapılan tarama sonucunda 48 yayına ulaşılmıştır. Makaleler incelendiğinde GINI katsayısı, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH), işsizlik oranı, okuryazarlık oranı, alkol tüketimi, sigara kullanımı, obezite oranı ve kentsel nüfus oranının risk faktörleri olarak daha fazla kullanıldığı belirlenmiştir.

Panel veri analizi için, risk faktörleri kullanılarak sıradan en küçük kareler (EKK) regresyon analizi yapılmıştır. Bu şekilde, ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümleri etkileyen faktörler belirlenmiştir.

Panel veri analizi için uygun koşulların sağlanması adına ilk olarak verilerin normalliği sağlanmıştır. İkinci olarak, verilerin seviyede durağan olması sağlanmıştır. Üçüncü olarak, yatay kesit bağımlılığı durumu belirlenmiştir. Son olarak, etki modelinin (sabit/rastgele) seçimine karar verilmiştir.

Analizler için Microsoft Excel 2022 ve EWievs 9 yazılımları kullanılmıştır.

III. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler, korelasyon katsayıları ve EKK regresyon analizi sonuçları sunulacaktır.

Değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler aşağıda sunulmuştur (Tablo 2). Buna göre, ruhsal hastalıklara bağlı ölümlerin ortalaması 25,14 ($\pm 16,26$) olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Değişkenler	Ort.	SS.
LogGini	0,34	0,05
LogGdp	38931,88	23310,89
LogUnemployment	8,55	4,67
LogLiteracy	98,48	1,27
LogUrban	77,22	11,37
LogSmoking	26,92	6,76
LogAlcohol	9,52	2,72
LogObesity	57,02	7,96
LogDeaths	25,14	16,26

Tablo 3 incelendiğinde en yüksek korelasyon katsayısının 0,62 olduğu görülmektedir. Buna göre değişkenler arasında çoklu bağlantı sorunu olmadığı ve EKK regresyon analizinin yapılabileceği ortaya konmuştur.

Tablo 3. Değişkenlere İlişkin Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	LoGini	LogGdp	LogUnemployment	LogLiteracy	LogUrban	LogSmoking	LogAlcohol	LogObesity
LogGini	1,00							
LogGdp	-0,322**	1,00						
LogUnemployment	0,132*	-0,379**	1,00					
LogLiteracy	-0,629**	0,380**	-0,090	1,00				
LogUrban	0,103	0,407**	-0,323**	0,036	1,00			
LogSmoking	0,073	-0,370**	0,465**	0,026	-0,278**	1,00		
LogAlcohol	-0,382**	0,053	0,088	0,528**	-0,350**	0,244**	1,00	
LogObesity	0,267**	-0,044	0,220**	-0,232**	-0,022	0,003	-0,090	1,00

** p<0,01 * p<0,05

Çalışma kapsamında incelenen değişkenler için yapılan EKK regresyon analizi sonuçları Tablo 4'te sunulmuştur. Analiz aşamasında ilk olarak değişkenlerin logaritmaları alınmıştır. İkinci aşamada, verilerin durağan olup olmadığı Pesaran (2007) tarafından geliştirilen Augmented Dickey-Fuller (ADF)- Fisher χ^2 testi ile test edilmiş olup tüm değişkenler seviyede durağan bulunmuştur ($p<0,05$). Üçüncü aşamada, ülkeler yıllar arasındaki yatay kesit bağımlılığı Breusch-Pagan (1980) tarafından geliştirilen Adjusted Lagrange Multiplier (ALM) testi ile test edilmiş olup bağımlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Dördüncü aşamada ise, değişkenlere Hausman testi uygulanmıştır. Bu test sayesinde değişkenler sabit ya da rastgele etki modellerine göre analiz edilmiştir. $p>0,05$ olduğunda rastgele etki modelinin, $p<0,05$ olduğunda ise sabit etki modelinin kullanılması önerilmektedir (Hausman, 1978). Bu çalışmada Hausman testi sonucu $p>0,05$ ($p=0,087$) olduğu için değişkenlerin analizi rastgele etki modeline göre yapılmıştır. Bu şekilde tahminler daha tutarlı hale gelmiştir (Sheytanova, 2015). Rastgele etki modelinin matematiksel ifadesi aşağıda sunulmuştur (Formül 1):

$$Y=X\beta+Zb+e \quad (\text{Formül 1})$$

Burada:

- Y= Bağımlı değişken,
- X= Bağımsız değişkenlerin matrisi,
- β = Katsayı vektörü,
- Z= Rastgele etkilerin (grup veya denekler arasındaki farklılıkları temsil eden etkiler) matrisi,
- b= Rastgele etkilerin katsayı vektörü ve

- e= Hata terimidir.

Ayrıca değişkenler arasında otokorelasyon olup olmadığı Breusch-Godfrey Serial Correlation LM testi, değişen varyans için Breusch-Pagan-Godfrey testi, homojenli-heterojenlik için Hsiao testi ve diğer panel birim kök testleri (Akaike Info Criterion, Schwarz Criterion, Hannan-Quinn Criterion) gerçekleştirilmiş olup sonuçlar Tablo 4’te raporlanmıştır.

Gerçekleştirilen analize ilişkin ekonometrik model aşağıda sunulmuştur.

$$LOGDEATHS = C(1)*LOGUNEMPLOYMENT + C(2)*LOGALKOHOL + C(3)*LOGGDP + C(4)*LOGGINI + C(5)*LOGURBAN + C(6)*LOGSMOKING + C(7)*LOGLITERACY + C(8)*LOGOBESITY + C(9)$$

Tablo 4. EKK Regresyon Analizi Sonuçları

	Std. Beta	Std. Hata	t	P	VIF	F	p	Adj. R ²	Durbin-Watson
LogGini	0,238	16,915	0,395	0,547	1,026	22,087	0,000	0,540	2,311
LogGdp	-0,355	3,800	-6,547	0,000	1,547				
LogUnemployment	-0,023	0,176	-0,457	0,648	1,123				
LogLiteracy	-0,277	0,805	-4,395	0,000	1,137				
LogUrban	0,254	0,074	4,890	0,000	1,029				
LogSmoking	0,414	0,120	1,939	0,537	1,098				
LogAlcohol	0,416	0,329	2,869	0,001	1,001				
LogObesity	0,307	0,091	6,875	0,000	1,021				
Normallik: 0,407; Rasgele-Sabit etki (Hausman): 0,087; Yatay kesit bağımlılığı (Adjusted Lagrange Multiplier [ALM]): 0,393; Durağanlık (Augmented Dickey-Fuller [ADF]- Fisher x ²): 0,005; Breusch-Pagan-Godfrey: 0,308; Breusch-Godfrey Serial Correlation LM test: 0,059; Spesification Test of Hsiao: 2,3E156(2,3.10 ⁻¹⁵⁶); Akaike Info Criterion: 7,882; Schwarz Criterion: 8,278; Hannan-Quinn Criterion: 8,020									

Tablo 4'e göre kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Başka bir deyişle, LogGdp ve LogLiteracy arttıkça ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler azalmakta; LogUrban, LogAlcohol ve LogObesity arttıkça ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler de artmaktadır. Ayrıca, bu çalışmada kullanılan değişkenler ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümleri %54 oranında açıklamaktadır.

IV. TARTIŞMA

Bu çalışma OECD ülkelerinde ruhsal ve davranışsal bozuklukların yönetiminde sosyoekonomik ve yaşam tarzı faktörlerinin rolünü belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaca ulaşmak için ruhsal ve davranışsal bozukluklar üzerinde en etkili olduğu düşünülen faktörler olan Gini katsayısı, GSYİH, işsizlik oranı, kentsel nüfus oranı, okuryazarlık oranı, sigara kullanımı, alkol tüketimi ve obezite bağımsız değişkenler olarak, ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölüm sayısı ise bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. EKK regresyon analizi sonucunda GSYİH, okuryazarlık oranı, kentsel nüfus oranı, alkol tüketimi ve obezite ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde bu çalışmanın sonuçlarına benzer sonuçlar bulan çalışmalar olduğu görülmüştür. De Vogli ve diğerleri (2014), Lund ve diğerleri (2010) ve Patel ve Kleinman (2003) tarafından yapılan çalışmalarda GSYH ile ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Halldin (1985), Rennie ve diğerleri (1957), Lederbogen ve diğerleri (2013) ve Deswal ve Pawar (2012) tarafından yapılan çalışmalarda kentsel nüfus ile ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yetersiz para kazanma, yoksulluk, gelir eşitsizliği ve geçim sıkıntısı gibi sosyoekonomik anlamda zorluklar yaşamak, bireylerin günlük yaşamlarında strese girmelerine, iş ve aile ortamında ortaya çıkabilecek çeşitli sorunlar yaşamlarına ve dolayısıyla bazı ruhsal ve davranışsal bozukluklarla

karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir. Bu durum özellikle kentsel alanlarda yaşayan bireylerde daha sık görülmektedir. Bunun nedeni, sosyoekonomik zorlukların bu bölgelerde daha belirgin olmasıdır (Mrazek ve Haggerty, 1994). Bu bağlamda, kentsel alanlarda yaşayan bireylerin düzenli olarak para kazanabilecekleri bir iş ortamının varlığı, ruhsal ve davranışsal bozukluklara yakalanma olasılığını azaltabilir.

İlgün ve diğerleri (2019) ile Keyes ve Simoes (2012) tarafından yapılan çalışmalar, okuryazarlık ile ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, hemen hemen tüm ülkelerde bireylerin eğitim düzeylerinin ruhsal ve davranışsal bozukluklarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu durumun, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin daha az para kazanması, daha fazla işsizlik oranına sahip olması, daha fazla alkol tüketmesi ve bağımlılık yapıcı madde kullanmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (WHO, 2012).

Jane-Llopis ve diğerleri (2006), Adams ve diğerleri (2006), Phillips ve diğerleri (2009), Markkula ve diğerleri (2012) ve Rehm ve diğerleri (2009) alkol tüketimi ile ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Alkol tüketimi, özellikle ergenlik döneminde ruhsal ve davranışsal bozukluklara yol açan en önemli risk faktörlerinden biridir. Çeşitli medya aracılığıyla aile içi huzursuzluklara ve psikolojik olaylara maruz kalan bireyler daha fazla alkol tüketme ve bağımlılık yapıcı maddeler kullanma eğilimindedir. Ancak alkol tüketimi özellikle ergenlik döneminde daha tehlikelidir. Çünkü beyin bu dönemde gelişmeye başlamaktadır (Baxter vd., 2011).

Keyes ve Simoes (2012), Scott ve diğerleri (2008) ve Kivimäki ve diğerleri (2009) tarafından yapılan çalışmalarda obezite ile ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin yaşamlarında çeşitli nedenlerle strese girmeleri oldukça olağan hale gelmiştir. Bu nedenle yeme bozuklukları ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu da bireylerin daha obez olmalarına yol açabilmektedir (Marcus ve Wildes, 2009).

Ayrıca, benzer sonuçlar bulan başka çalışmalar da vardır. Gini katsayısı ile ruhsal ve davranışsal bozukluklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken (Rai vd., 2013; Gresenz vd., 2001; Henderson vd., 2004), Gini katsayısı ile ruhsal ve davranışsal bozukluklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Fone vd., 2013; Chiavegatto Filho vd, 2013; Pickett vd., 2006; Weich vd., 2001; Ribeiro vd., 2017), işsizlik oranı ile ruhsal ve davranışsal bozukluklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı (Pan vd., 2013), işsizlik oranı ile ruhsal ve davranışsal bozukluklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu (De Voli vd, 2014; Mackenbach vd., 2014; Fryers vd., 2005; Comino vd., 2003; Ford vd., 2010), sigara kullanımı ile ruhsal ve davranışsal bozukluklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu (Markkula vd., 2012; Keyes ve Simoes, 2012; Lawrence vd., 2009; Smith vd., 2018; Matcham vd., 2016; Oliveira vd., 2015) ve obezite ile ruhsal ve davranışsal bozukluklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı (Markkula vd., 2012) tespit edilmiştir.

V. SONUÇ

Ruhsal ve davranışsal bozuklukların yönetiminde sosyoekonomik ve yaşam tarzı faktörlerinin rolü çok önemlidir. Sosyoekonomik eşitsizlikler, ruhsal ve davranışsal bozukluklar stres faktörlerine katkıda bulunabilmektedir. Sigara, aşırı alkol tüketimi ve kötü beslenme gibi yaşam tarzı faktörleri strese başa çıkma mekanizmaları olarak işlev görebilir, ruh sağlığı semptomlarını şiddetlendirebilir ve tedavi çabalarını zorlaştırabilir. Bu anlamda, fiziksel aktivite, beslenme, uyku kalitesi ve madde kullanımı gibi yaşam tarzı faktörleri, ruhsal ve davranışsal bozuklukların tedavi sonuçlarını önemli ölçüde etkileyebilir. Sağlıklı davranışların benimsenmesi daha iyi semptom yönetimi ve genel refah artışı sağlayabilir.

Ruhsal ve davranışsal bozuklukların yönetiminde bu hastalığa bağlı ölümleri azaltmak sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunabilmektedir. Ancak, bu hastalığı ve bağlı ölümleri

önlemenin kesin bir yolu olmamakla birlikte, bireysel olarak alınabilecek bazı önlemler vardır. Bunların en temelleri stresi kontrol altına almak, özgüveni artırmak ve çabuk iyileşme kapasitesini yükseltmektir.

Bunların dışında bireylerin ekonomik, sosyal ve fiziksel refahının sağlanması ve sürdürülmesi, ruhsal ve davranışsal bozukluklardan ve buna bağlı ölümlerden kaçınmanın en önemli adımını oluşturmaktadır. Bu doğrultuda bireylerin ailesinin ve kendisinin rahat yaşamasını sağlayan düzenli bir gelire sahip olması ekonomik olarak bir stres kaynağından uzaklaşmasını sağlayabilir ve böylece olumlu sonuçlar doğurabilir. Eğitim seviyelerinin mümkün olduğunca yükseltilmesi ile bireylerin daha bilinçli hale gelmesi sağlanabilecektir. Dünya genelinde kentsel alanlarda yaşayan insanların oranı oldukça yüksek olsa da bu alanlarda yaşayanların stresini azaltacak önlemler alınmalıdır. Ayrıca bireylerin daha sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeleri sağlanmalıdır. Örneğin çeşitli kamu spotları, çeşitli yasal vergilendirme ve kısıtlama uygulamaları ile sigara, alkol tüketimi ve sağlıksız beslenmenin önüne geçilebilir.

Sosyoekonomik eşitsizliklerin ele alınması ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının teşvik edilmesi, ruhsal ve davranışsal bozuklukların yönetimine yönelik kapsamlı yaklaşımların temel bileşenleridir. Sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alarak, kaynaklara ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirerek ve sağlık eşitliğini teşvik ederek, müdahalelerin etkinliğini artırmak ve bu bozukluklara sahip bireyler için sonuçları iyileştirmek mümkündür.

Araştırmanın Etik Yönü: Bu çalışmada ikincil veriler kullanıldığı için etik kurul izni gerektirmemektedir. Bu çalışmada araştırma ve yayın etiğine aykırı herhangi bir durum bulunmamaktadır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları: Bu çalışma sadece OECD ülkeleri ile sınırlıdır. Sonuçların bu çalışmada kullanılan bağımsız ve bağımlı değişkenlere göre değerlendirilmelidir. Farklı değişkenlerle farklı sonuçlara ulaşmak mümkün olabilir. Bu çalışma 2010-2016 yıllarını kapsayan verilere dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Yeni çalışmalarda bu kısıtların dikkate alınması çalışmaların kapsamını ve sonuçların genellenebilirliğini artırabilir.

KAYNAKLAR

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Galea, S. (2006). Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the world trade center attacks in New York City. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(2), 203–224. doi:10.1080/00952990500479522.
- Arslan Aras, İ., & Mansur, F. (2023). OECD Ülkelerinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı'na (KOA) bağlı ölümlerle ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(4), 921-934. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1275073>.
- Atzendorf, J., Apfelbacher, C., de Matos, E. G., Kraus, L., & Piontek, D. (2018). Patterns of multiple lifestyle risk factors and their link to mental health in the German adult population: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(12), e022184.
- Baxter, A. J., Charlson, F. J., Somerville, A. J., & Whiteford, H. A. (2011). Mental disorders as risk factors: Assessing the evidence for the global burden of disease study. *BMC Medicine*, 9(1), 134.
- Beydoun, M. A., & Wang, Y. (2010). Pathways linking socioeconomic status to obesity through depression and lifestyle factors among young US adults. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 52-63.

- Breusch, T. S., & Pagan, A. R. (1980). The lagrange multiplier test and its applications to model specification tests in econometrics. *Review of Economic Studies*, 47(1), 239-53.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all- cause and suicide mortality in mental disorders: A meta- review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160.
- Chiavegatto Filho, A. D. P., Kawachi, I., Wang, Y. P., Viana, M. C., & Andrade, L. H. S. G. (2013). Does income inequality get under the skin? A multilevel analysis of depression, anxiety and mental disorders in Sao Paulo, Brazil. *J Epidemiol Community Health*, 67(11), 966-972.
- Ciampi, L., & Medvecká, J. (1976). Comparative study of long-term mortality in mental illness. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 118(1), 111–135.
- Comino, E. J., Harris, E., Chey, T., Manicavasagar, V., Wall, J. P., Davies, G. P., & Harris, M. F. (2003). Relationship between mental health disorders and unemployment status in Australian adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 230–235. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01127.x
- De Mooij, L. D., Kikkert, M., Theunissen, J., Beekman, A. T., de Haan, L., Duurkoop, P. W., ... & Dekker, J. J. (2019). Dying too soon: Excess mortality in severe mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
- De Vogli, R., Vieno, A., & Lenzi, M. (2014). Mortality due to mental and behavioral disorders associated with the great recession (2008–10) in Italy: A time trend analysis. *The European Journal of Public Health*, 24(3), 419-421.
- Deswal, B. S., & Pawar, A. (2012). an epidemiological study of mental disorders at Pune, Maharashtra. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 37(2), 116.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ... & Gasquet, I. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- Fone, D., Greene, G., Farewell, D., White, J., Kelly, M., & Dunstan, F. (2013). Common mental disorders, neighbourhood income inequality and income deprivation: Small-area multilevel analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 202(4), 286-293.
- Ford, E., Clark, C., McManus, S., Harris, J., Jenkins, R., Bebbington, P., ... & Stansfeld, S. A. (2010). Common mental disorders, unemployment and welfare benefits in England. *Public Health*, 124(12), 675-681.
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Journal of Public Mental Health*, 1, 14.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M. G., Barrio-Martínez, S., & García-Pascual, R. (2020). Suicide and mental disorder: A necessary critique. *Psychologist Papers*, 41(1), 35-42.
- Gresenz CR, Sturm R, & Tang L. (2001). Income and mental health: unraveling community and individual level relationships. *J Ment Health Policy Econ*, 4, 197–203.
- Halldin, J. (1985). Prevalence of mental disorder in an urban population in Central Sweden in relation to social class, marital status and immigration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71(2), 117-127.

- Hausman, J. A. (1978). Specification tests in econometrics. *Econometrica* 46, 1251–71.
- Henderson, C., Liu, X., Diez Roux, A.V, Link, B.G., & Hasin, D. (2004). The effects of us state income inequality and alcohol policies on symptoms of depression and alcohol dependence. *Soc Sci Med*, 58, 565–75.
- İlgün, G., Yetim, B., Demirci, Ş., & Konca, M. (2019). Individual and socio-demographic determinants of suicide: An examination on WHO countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(22), 124-128.
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Abdollahpour, I. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858.
- Jane-Llopis, E. V. A., Jané-Llopis, E., Matytsina, I., Jané-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: A review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 515-536.
- Joukamaa, M., HeliöVaara, M., Knekt, P., Aromaa, A., Raitasalo, R., & Lehtinen, V. (2001). Mental disorders and cause-specific mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 498-502.
- Keyes, C. L., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164-2172.
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Singh-Manoux, A., Nabi, H., Sabia, S., Tabak, A. G., ... & Jokela, M. (2009). Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. *The British Journal of Psychiatry*, 195(2), 149-155.
- Lawrence, D., Mitrou, F., & Zubrick, S. R. (2009). Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*, 9, 1-14.
- Lederbogen, F., Haddad, L., & Meyer-Lindenberg, A. (2013). Urban social stress–risk factor for mental disorders: The case of schizophrenia. *Environmental Pollution*, 183, 2-6.
- Lund, C. , Breen, A., Flisher, A., Kakuma , R. , Corrigan, J., Joska, J., ... Patel, V. (2010). poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 71, 517-528.
- Mackenbach, J. P., Karanikolos, M., & Looman, C. W. (2014). The rise of mortality from mental and neurological diseases in Europe, 1979–2009: Observational study. *BMC Public Health*, 14(1), 840.
- Marcus, M. D., & Wildes, J. E. (2009). Obesity: Is it a mental disorder?. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 739-753.
- Markkula, N., Härkänen, T., Perälä, J., Partti, K., Pena, S., Koskinen, S., ... & Saarni, S. I. (2012). Mortality in people with depressive, anxiety and alcohol use disorders in Finland. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 143-149.
- Matcham, F., Carroll, A., Chung, N., Crawford, V., Galloway, J., Hames, A., ... & Moxham, J. (2017). Smoking and common mental disorders in patients with chronic conditions: an analysis of data collected via a web-based screening system. *General Hospital Psychiatry*, 45, 12-18.
- Moody C. (2009). *Basic econometrics with STATA*. Economics Department, College of William and Mary.

- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J., (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press.
- Murali, V., & Oyeboade, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 216–224.
- Newman, L., Judd, F., Olsson, C. A., Castle, D., Bousman, C., Sheehan, P., ... & Overall, I. (2016). Early origins of mental disorder-risk factors in the perinatal and infant period. *BMC Psychiatry*, 16(1), 270.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., ... & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *Plos One*, 8(1), e55176.
- OECD. (2019a). *OECD mental health performance framework*. OECD Publishing.
- OECD. (2019b). *Causes of mortality: Mental disorders*. OECD Health Statistics.
- Oliveira, R. M., Siqueira Junior, A. C., & Furegato, A. R. F. (2015). The meaning of smoking for patients with mental disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 127-134.
- Pan, Y. J., Stewart, R., & Chang, C. K. (2013). Socioeconomic disadvantage, mental disorders and risk of 12-month suicide ideation and attempt in the national comorbidity survey replication (NCS-R) in US. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 71-79.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 609 – 615.
- Pesaran, M. H. (2007). A simple panel unit root test in the presence of cross-section dependence. *Journal of Applied Econometrics*, 22(2), 265-312.
- Phillips, M. R., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., ... & Wang, Z. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–05: An epidemiological survey. *The Lancet*, 373(9680), 2041-2053.
- Pinar, G., Algier, L., Doğan, N., & Kaya, N. (2008). Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18(4).
- Pickett, K. E., James, O. W., & Wilkinson, R. G. (2006). Income inequality and the prevalence of mental illness: A preliminary international analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(7), 646-647.
- Pinto, A. C. S., Luna, I. T., Sivla, A. D. A., Pinheiro, P. N. D. C., & Braga, V. A. B. (2014). Risk factors associated with mental health issues in adolescents: A integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 555-564.
- Pothen, M., Kuruvilla, A., Philip, K., Joseph, A., & Jacob, K. S. (2003). Common mental disorders among primary care attenders in Vellore, South India: Nature, prevalence and risk factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(2), 119-125.
- Rai, D., Zitko, P., Jones, K., Lynch, J., Araya, R. (2013). Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: Multilevel cross-national comparison. *Br J Psychiatry*, 202, 195–203.

- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet*, 373, 2223– 2233.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., ... & Jernigan, D. (2003). Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research*, 9(4), 157-164.
- Rennie, T. A., Srole, L., Opler, M. K., & Langner, T. S. (1957). Urban life and mental health: socio-economic status and mental disorder in the metropolis. *American Journal of Psychiatry*, 113(9), 831-837.
- Ribeiro, W. S., Bauer, A., Andrade, M. C. R., York-Smith, M., Pan, P. M., Pingani, L., ... Evans-Lacko, S. (2017). Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(7), 554–562. doi:10.1016/s2215-0366(17)30159-1.
- Saxena, S. (2018). Excess mortality among people with mental disorders: A public health priority. *The Lancet Public Health*, 3(6), e264-e265.
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, J. E., & Browne, M. A. O. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 97-105.
- Sheytanova T. (2015). *The accuracy of the Hausman Test in Panel Data: A Monte Carlo study*. Master thesis, Örebro University, Örebro.
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: A review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259-292.
- Smith, P. H., Chhipa, M., Bystrik, J., Roy, J., Goodwin, R. D., & McKee, S. A. (2020). Cigarette smoking among those with mental disorders in the US population: 2012–2013 update. *Tobacco Control*, 29(1), 29-35.
- Tang, S., Chow, A.Y. M., Breen, L.J., & Prigerson, H.G. (2020). Can grief be a mental disorder? an online survey on public opinion in Mainland China. *Death Studies*, 44(3), 152-159.
- Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R. (2012). Epidemiology of mental disorders, use of service, and treatment gap in Chile. *International Journal of Mental Health*, 41(1), 7-20.
- Vidal-Millares, M., Vicente-Alba, J., Garcia-Mahia, C., Gago-Ageitos, A., Jose Duran-Maseda, M., & Berdullas-Barreiro, J. (2019). Diabetes mellitus as a severe mental disorder risk factor in old age people included in an ECT program. *In International Psychogeriatrics*, 31, 102-103.
- Wang, J., & Geng, L. (2019). Effects of socioeconomic status on physical and psychological health: Lifestyle as a mediator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 281.
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341.
- Weich, S., Lewis, G., & Jenkins, S. P. (2001). Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 222-227.
- Whiteford, H., Ferrari, A., & Degenhardt, L. (2016). Global burden of disease studies: Implications for mental and substance use disorders. *Health Affairs*, 35(6), 1114-1120.

WHO. (2001). *World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2003). *Investing in mental health*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2011). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2021). Mental health of adolescents. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwrp-3BhDgARIsAEWJ6SyrQqUHLmScZx163A-NORLqWDC1bDuSRxwo3MVhkvCfESHdq-FRL_oaAuRFEALw_wcB. Erişim tarihi: 16.09.2024.