

Eskişehir İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Dr. Ünal AYRANCI¹, Dr. Çınar YENİLMEZ²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı psikiyatrik tanı düşünülen ve/veya tedavi önerilen hastaların sıklığını belirlemektir. Ayrıca, psikiyatrik bozuklukların yaş ve cinsiyetle ilişkisini ve hekimleri tarafından psikiyatrik tanı düşünülen hastalara önerilen tedavileri araştırmak amaçlanmaktadır.

Yöntem: Poliklinik defterlerindeki kayıtların taranmasını içeren bu çalışmada, Eskişehir il merkezinde bulunan bütün sağlık ocaklarına 1 yılda başvuran 313.139 hasta ile ilgili veriler incelendi.

Bulgular: Sağlık Ocaklarına psikiyatrik bir hastalık nedeniyle 1'den fazla başvuran hastalar olarak belirlenen en az bir kez başvuran hastalarda ruhsal hastalık oranı %2.34 idi. Bir kez başvuranlarda ise bu oran %1.04 idi. Kadınlarda başvuru sıklığı erkeklerle göre daha sık bulunurken, en sık konulan tanılar depresyon ve anksiyete bozuklukları idi. Her iki bozukluk, kadınlarda daha fazla saptanırken, en sık kullanılan ilaçlar ise antidepresanlar ve anksiyolitikler idi.

Sonuç: Bu çalışmada, gösterildiği gibi Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında ruhsal hastalık teşhislerinin düşük oranda konması ve tedavisinin düşük oranda yapılması ile ilgili olarak aşağıdaki nedenleri düşünmekteyiz. Hekimlerin ruhsal hastalıkları yeterince teşhis edememesi, ruhsal değerlendirme ölçekleri kullanılmaması, hastaların hastalıklarının farkında olmaması ve ruhsal semptomları hakkında yeterli bilgi vermemesi, fiziksel hastalıklara sıklıkla ruhsal belirtilerin eşlik etmesi, hekimlerin hastalara olumsuz yaklaşımları ve hekimlerin ilaç ya da tıbbi kayıtlara önem vermemesi eğilimleri.

Anahtar Sözcükler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, ruh sağlığı, yaş grupları, cinsiyet, tanı, tedavi

Summary: Evaluation of Mental Health Services in Primary Health Care Settings in the City Centre of Eskişehir

Objective: The purpose of this study was to determine the proportion of cases thought to have a mental disorder, and/or proposed treatment. Additionally, we assessed the relationship between age and sex regarding mental disorders, and the treatments recommended to patients diagnosed as mentally ill by their physicians.

Method: During a one year period the out-patient polyclinic registration lists of 313,139 patients attending primary health care clinics in the centre of Eskişehir were scanned by the researchers.

Results: The proportion of mental disorders in patients attending primary care centres at least once owing to a mental disorder was 2.34%. However, this proportion in patients attending once was 1.04%. Compared with men, women attended primary care clinics more frequently. The most common diagnoses were depression and anxiety disorders; these were more frequent in women than in men. The most frequently prescribed medicines for mental disorders were anxiolytics and antidepressants.

Conclusion: The low levels of diagnoses and treatments of psychiatric disorders in primary care settings are thought to be associated with the following: physicians under-recognising mental disorders despite being educated about this subject, mental screening scales not being used, patients being unaware of their diseases and giving insufficient information to physicians about mental symptoms, co-occurrence of medical diseases and psychiatric problems, the physicians' negative approach to patients, and the physicians' tendency not to give importance to drug or medical records.

Key Words: Primary health care, mental health, age groups, sex, diagnosis, treatment

¹Uzm., Osmangazi Ü. Mediko-Sosyal Merkezi, ²Yrd. Doç., Osmangazi Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD.

GİRİŞ

Birinci basamak hekimleri, kendilerine başvuran hastalardaki ruhsal hastalıkların teşhis ve tedavisinde önemli rol oynayabilecek olmalarına rağmen, ruhsal hastalıkların büyük bir kısmı, birinci basamak kurumlarındaki hekimlerin kişisel, ekonomik nedenleri ve sosyal şartlardan dolayı teşhis ve tedavi edilmezler.

Andersen ve Harthorn (1989)'a göre birinci basamak hekimleri, ruh sağlığı merkezleri ve hastalar arasında anahtar rolü oynamakta ve önemli bir işlev görmektedirler. Bazı çalışmalarda birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin erişkin ve çocuk hastalardaki ruhsal rahatsızlıkları fark edemedikleri ve teşhis edemedikleri ya da hatalı tanı koydukları ortaya konmuştur (Gonzales ve ark. 1994, Richardson ve ark. 1996). Hatta, birinci basamak sağlık kurumlarına gelen çoğu hasta da ruhsal hastalığa sahip olduklarının farkında değildirler. Ancak, birinci basamakta ruhsal hastalık tanı ve tedavisinin önemi gittikçe artmaktadır. Çünkü ruhsal hastalıkların, kronik ve yaygın olmalarına rağmen fark edilmemeleri ve tedavilerinde bazı sorunlar yaşanması nedeniyle ailevi, sosyal ve mesleki yönden ciddi kayıplara yol açtıkları ve hastaların yaşam kalitelerinde belirgin bozulmalara neden oldukları bildirilmektedir (Gonzales ve ark. 1994, Saravay ve Cole 1998). Ruhsal hastalıklar bu nedenlerle önemli bir toplum sağlığı sorunu oluşturmaktadırlar.

Önceki çalışmalarda birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalardaki ruhsal hastalık sıklığı, gerek değerlendirme ölçekleri kullanılarak gerekse kullanılmadan %1-%47 arasında tespit edilmiştir (Oral ve ark. 1994, Bull World Health Organ 2000, Penayo ve arkadaşları 1990, Rezaki ve ark. 1995). Erol ve arkadaşları (1998), ruhsal hastalıkların toplumda görülme sıklığının %17,2 olduğunu bildirmişlerdir. Sartorius ve arkadaşları (1993), ruhsal sağlık sorunlarının birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda %20 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Penayo ve ark. (1990), genel nüfusta olası psikiyatrik hastalıkları %23 oranında saptarlarken, birinci basamak sağlık kurumlarında bu oranı %47 olarak bulmuşlardır.

Bu tanımlayıcı kayıt çalışmasındaki amacımız Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık hizmeti verilen kurumlarda, hem hekimlerin hastalara

koymuş oldukları psikiyatrik tanılardan hem de yazılan reçetelerdeki psikotrop ilaçlardan yola çıkarak hastalardaki psikiyatrik tanı sıklığını belirlemektir. Ayrıca, psikiyatrik bozuklukların yaş ve cinsiyetle ilişkisini ve psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastalara önerilen tedavileri araştırmak amaçlanmaktadır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Evrenin saptanması: Çalışmada, Sağlık Bakanlığı'nın nüfus tespitinde kullandığı Ev Halkı Tespit Fişleri (ETF)'ne göre bulunan il merkezi toplam nüfusu kullanıldı. Eskişehir il merkezindeki 14 adet sağlık ocağının hepsi çalışma kapsamına alındı. Yaş grupları ise 1-18 (çocuk), 19-55 (erişkin), 56 ve üstü (yaşlı) olarak 3'e ayrıldı.

Örneklem seçimi: Poliklinik kayıtlarının taranmasını içeren bu çalışmada, ruhsal hastalıklar;

a- Poliklinik defterinde hekim tarafından konulan ruhsal hastalık ya da ruhsal hastalık ile birlikte bir başka fiziksel hastalık adı (eştanı) "kesin psikiyatrik hastalık" olarak,

b- Poliklinik defterinde hekim tarafından konulan yalnızca fiziksel hastalık tanısı varken psikotrop ilacın yazılı olması ya da hekim tarafından konulan herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalık tanısı yokken psikotrop ilacın yazılı olması "olası psikiyatrik hastalık" olarak belirlendi.

Değerlendirme: Hastaların ad ve soyadları da yazılarak doldurulan "Hasta Kayıtları Veri Toplama Formu"ndaki bilgilere göre, Eskişehir il merkezinde bulunan sağlık ocaklarına 1 Mayıs 1998-1 Mayıs 1999 tarihleri arasında ölçütlerimize göre olası ya da kesin ruhsal hastalığı olduğu düşünülen en az bir kez başvuran psikiyatrik hasta sayısı 7335'di. En az bir kez başvurulara tekrar ilaç yazımları ve kontrol amacıyla geliş sayıları dahil edildi.

Her sağlık ocağında doldurulan formlardaki hasta kayıt bilgilerinden aynı yaş, cinsiyet ve isimdeki hastalar tespit edildi. Bu hastalara ait ilaç tekrar yazımları ve kontrol amacıyla geliş sayıları çıkartılarak bir kez başvuran psikiyatrik hasta sayısı bulundu. Buna göre bir kez başvurduğu kabul edilen psikiyatrik hastalardaki ruhsal hastalık tanıları, hastaların kullanmış oldukları psikotrop ilaçlar ve hastalıklarla ilaçlar arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

TABLO 1. Sağlık Ocaklarına Başvuran Psikiyatrik Hastaların Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Yaş Ortalamaları.

	Kadın	Erkek	Toplam
En az bir kez başvuran psikiyatrik hasta sayısı (%)	5248 (%71.5)	2087 (%28.5)	7335 (%100)
En az bir kez başvuran psikiyatrik hastaların yaş ortalaması (SH)	51.98 (%16.41)	49.73 (17.66)	51.34 (16.81)
Bir kez başvuran psikiyatrik hasta sayısı (%)	2365 (%72.7)	890 (%27.3)	3255 (%100)
Bir kez başvuran psikiyatrik hastaların yaş ortalaması (SH)	49.48 (17.04)	47.20 (18.72)	48.85 (17.54)

SH: Standart Hata

Poliklinik kayıt defterlerindeki ilaçlar; anti-depresan, anksiyolitik, antipsikotikler, mizaç düzenleyiciler ve diğerleri olarak gruplandırıldı. Klordiazepoksit+klidinyum bromür, mesoridazine mesilat, fenobarbital + ergotamin tartarat + belladon alkaloidleri, doksilamin suksinat, zopiklon ise diğerleri diye adlandırılan grupta yer aldı.

Hasta Kayıtları Veri Toplama Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan sağlık ocaklarındaki poliklinik hasta kayıt defterlerinden hastanın yaşı, cinsiyeti, yaşam yeri, yazılan ilaçlar, sevk yapıp yapılmadığı, hastanın kontrole çağrılıp çağrılmadığı, hastaya konulan tanılar ile ilgili bilgilerin derlendiği bir form kullanıldı.

İstatistiksel Analiz: İstatistiksel analizler, SPSS for Windows 6.0 paket programı kullanılarak t testi ve ki-kare testi ile yapıldı.

BULGULAR

Eskişehir ilinin, 1998 yılındaki İl Sağlık Müdürlüğü ETF'lere göre il merkez toplam nüfusu 480.606'dır. Bu nüfusun 240.330'u erkek, 240.276'sı ise kadındır. Eskişehir ilinde araştırmanın yapıldığı tarihlerde bütün sağlık ocaklarına başvuran toplam poliklinik hasta sayısının il merkezindeki toplam nüfusa oranı $313.139/480.606 = \%65.1$ 'dir. Eskişehir il merkezindeki ocaklara en az bir kez başvuran kesin ve olası psikiyatrik tanı alan hasta sayısının sağlık ocaklarına toplam başvuranlara oranı $7335/480.606 = \%1.52$ 'dir. Ocaklara birden fazla gelişler, tekrar gelişler ve ilaç tekrar yazımları çıkarıldıktan sonra bir kez başvurduğu kabul edilen kesin ve olası psikiyatrik tanı alan hasta sayısının Eskişehir'in toplam merkez nüfusuna oranı $3255/480.606 = \%0.68$ 'dir.

Cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde ise, sağlık ocaklarında hem en az bir kez başvuran psikiyatrik hastalarda (%71.5) hem de bir kez

başvuran psikiyatrik hastalarda başvuru oranı (%72.7) kadınlarda daha fazla idi. Bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir.

Bir kez başvuran psikiyatrik hastaların aldıkları tanıları değerlendirildiğinde; olası psikiyatrik hastalık oranı %38.9, eştanılı ve psikiyatrik bir merkezde tedavisine karar verilen psikiyatrik hastalıklar dahil kesin tanı psikiyatrik hastalık oranı %61.1 idi. Ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde ise en sık konulan kesin tanı depresyon (%15.3) ve anksiyete bozukluğu (%11.0), en az sıklıkta görülen tanı şizofreni ve bipolar afektif bozukluk idi. Ayrıca, alınan tanılarına bakıldığında, şizofreni ve bipolar afektif bozukluk dışında, tanı alma oranları kadın hastalarda daha sıktı. Ancak tanı alma yönünden kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkı yoktu ($p>0.05$). Sonuçlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Yazılan ilaçlara bakıldığında; bir kez başvuran psikiyatrik hastalarda tüm ilaçlar kadınlarda erkeklere göre daha sık yazılmıştı. Ayrıca ilaç kullanılmayıp psikiyatrik bir merkezde tedavi için sevkler, erkeklerde daha fazla idi ($\chi^2 = 112.70$, $p<0.001$). Sonuçlar Tablo 3'de gösterilmiştir.

Sağlık ocaklarına bir kez başvuran psikiyatrik hastaların yaş gruplarına göre ve cinsiyetlerine göre aldıkları tanıları değerlendirildiğinde, 1-18 yaş grubunda en sık kesin tanı her iki cinste de anksiyete bozukluğu idi. Depresyon, 19-55 yaş ($p<0.05$) ve 56 yaş ve üstü yaş ($p<0.001$) gruplarında en sık konulan kesin tanı idi ve kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak daha anlamlı idi.

Psikiyatrik bir merkezde tedavisine karar verilen hastalardaki sevk oranı ise, tüm yaş gruplarında en sık erkek hastalarda görülmekteydi. 19-55 yaşlarındaki kadın ve erkek hastalar arasında

TABLO 2. Sağlık Ocaklarına Bir Kez Başvuran Hastaların Aldıkları Psikiyatrik Tanılar*

	Kadın		Erkek		Toplam		t	SD	P
	n	%	n	%	n	%			
Kesin psikiyatrik hastalık (eşitli ve psikiyatrik bir merkezde tedavisine karar verilen psikiyatrik hastalıklar dahil)	1367	57.8	621	69.8	1988	61.1	-0.34;	3253;	>0.05
Eşitli	396	16.7	114	12.8	510	15.7	-0.20;	3253;	>0.05
Depresyon	372	15.7	126	14.2	498	15.3	-0.25;	3253;	>0.05
Anksiyete bozukluğu	269	11.4	92	10.3	361	11.0	-0.21;	3253;	>0.05
Somatizasyon bozukluğu	31	1.3	5	0.5	36	0.011	-0.001;	3253;	>0.05
Uyku bozuklukları	21	0.9	13	1.5	34	0.0104	-0.39;	3253;	>0.05
Diğer psikiyatrik tanılar	13	0.5	14	1.6	27	0.0083	-0.50;	3253;	>0.05
Şizofreni	6	0.2	12	1.4	18	0.0055	-0.54;	3253;	>0.05
Bipolar afektif bozukluk	2	0.08	3	0.3	5	0.0015	-0.23;	3253;	>0.05
Psikiyatrik bir merkezde tedavisi uygun görülen hastalar	257	10.8	242	27.2	499	15.3	-0.61;	3253;	>0.05
Olası psikiyatrik hastalık	998	42.2	269	30.2	1267	38.9	-0.27;	3253;	>0.05
Toplam	2365	72.7	890	27.3	3255	100.0			

*Tanılardaki yüzde, sütün; toplamdaki yüzde satır yüzdesidir. SD: Standart Deviasyon

ise erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0.001$). Olası psikiyatrik hastalık oranı; 1-18 yaş grubundaki kadınlarda %21.4 ve erkeklerde %10.9 idi ($p>0.05$). 19-55 yaş grubunda kadınlarda %33.0 ve erkeklerde %20.9 iken ($p<0.001$), 56 yaş ve üstünde hem kadın (%57.4) hem de erkek (%48.3) hastalarda oldukça yüksekti ($p<0.05$). Ayrıca 19-55 yaş ve 56 ve üstü yaşlarda konulan somatizasyon tanısı sadece kadınlara özgü idi ($p<0.01$). Sonuçlar Tablo 4’de gösterilmiştir.

Bir kez başvuran psikiyatrik hastalarda 1-18 yaş grubundaki kadınlar hariç tüm yaş gruplarında en sık kullanılan ilaçlar antidepresanlar olurken, daha sonra en sık yazılan ilaçlar anksiyolitiklerdi. Üçüncü sırada ise antidepresan ve anksiyolitik birlikte kullanılmaktaydı.

Psikiyatrik tanı düşünülmesine rağmen, ilaç yazılmaması ve psikiyatrik bir merkezde tedavi edilmesine karar verilen hastalar en sık 1-18 yaş grubunda (%43.8’i kadın, %65.8’i erkek) iken, en az 56 yaş ve üstünde (%5.0’i kadın, %7.6’sı erkek) idi. 19-55 yaş grubunda ise erkeklerde kadınlara göre daha fazla idi ($p<0.001$).

19-55 yaş grubunda kadınlarda erkeklere göre sırasıyla antidepresan ($p<0.001$), anksiyolitik ($p<0.05$) ve antidepresan-anksiyolitik birlikte kullanımı ($p<0.05$) daha fazla bulundu. Sonuçlar Tablo 5’te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışma Eskişehir il merkezindeki sağlık ocaklarında yapıldığı için ve kırsal kesimin çalışmaya dahil edilmemesi nedeniyle Eskişehir’in geneli ile ilgili verileri tam olarak yansıtmayabilir. Ancak, bu çalışmadaki veriler 3255 kişiyi kapsadığından sonuçların genellenebilmesi açısından önem taşıdığı düşünülebilir. Tanımlayıcı bir kayıt araştırması olan bu çalışmada, poliklinik hasta kayıt defterlerindeki, tanının olmadığı ancak psikotrop ilaç yazılan ya da tanının olup psikotrop ilacın işlenmediği kesin olmayan veriler, olası psikiyatrik hastalık grubuna dahil edilmiştir. Buna rağmen elde edilen bu sonuçlar, Eskişehir il merkezindeki psikiyatrik hastalar/hastalıklar ile sağlık ocakları ilişkisini yansıtmada önemli bilgiler verebilecektir. Bu çalışmada psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların, genelde ilk başvuru yeri konumunda olması gereken sağlık ocaklarını düşük bir oranda kullandıkları görülmüştür (%2.34). Herhangi bir rahatsızlığı nedeniyle sağlık ocaklarına başvuran 313.133 hastanın sadece 7335’inin ve hatta, kontrol hastalarını ve tekrar gelişlerini de çıkardığımızda 3255’inin ruhsal bir sorun nedeniyle sağlık ocaklarına başvurdıkları saptanmıştır. Bir kez başvuran psikiyatrik hastalara en sık yazılan ilaçlar antidepresanlar (%24.4) ve anksiyolitikler (%22.4) olarak bulunmuştur. Ocaklara başvuran hastaları tanı ve ilaç yazılma yönünden genç, erişkin ve ileri yaş gruplarına

TABLO 3. Sağlık Ocaklarına Bir Kez Başvuran Psikiyatrik Hastalara En Sık Yazılan İlaçların Oranları*(x)

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Antidepresan	594	25.1	201	22.6	795	24.4
Anksiyolitik	575	24.3	153	17.1	728	22.4
Antidepresan+Anksiyolitik	175	7.4	46	5.2	221	6.8
Diğerleri	24	1.0	16	1.8	40	1.3

$\chi^2=209.630$, SD: 3, $p<0.001$

*Burada antipsikotik ve mizaç düzenleyici, antidepresan ve anksiyolitik birlikte kullanımları gibi çeşitli ilaç kombinasyonları, tek başına yazılıp da oran olarak %1.0'den düşük olan ilaç oranları çalışmaya alınmadı.

(x) İlaçlardaki yüzdelere satır yüzdesidir

ayırıldığımızda %55.3'ünün (1800/3255) 19-55 yaşları arasında olduğu görüldü. Bu sonuçlar, psikiyatrik başvuruların daha çok erişkin yaşlarda yapıldığını göstermektedir. Doğan ve arkadaşları (1989), kadın ve erkeklerdeki evlilik ve evliliğin getirdiği bireysel yaşamdan aile ortamına uyumdaki zorlukların, orta yaştan yaşlılığa geçişteki sorunların ve kadınlarda menopoz gibi ruhsal durumu etkileyen nedenlerin bu yaş grubunda psikiyatrik hastalıkların daha fazla görülmesinde etkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ayrıca, kronik fiziksel hastalıkların ortaya çıkması ve sıklıkla ruhsal sorunların eşlik etmesi genellikle bu yaş grubunda başlamaktadır. Son yıllarda emeklilik yaşı ile ilgili yapılan değişikliklerin de erişkin yaş grubundaki psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasında etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bazı araştırmalarda (Oral ve ark. 1995, Moos ve Mertens 1996), birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalardaki ruhsal hastalık sıklığı Eskişehir'deki sağlık ocaklarında bulunan oranlara benzerlik göstermektedir. Pek çok araştırmada, tanılarının tüm dünyada farklı oranlar gösterdiğini ve bunun birçok faktörle ilgili olduğu ileri sürülmektedir. Bu çalışmada saptanan oldukça düşük oranların (en az bir kez başvuran psikiyatrik hastada %2.4 ve bir kez başvuran psikiyatrik hastada %1.04) yapılan araştırmalarda ileri sürülen aşağıdaki nedenlerle örtüştüğü düşünülmektedir:

1- Ruhsal hastalık sıklığının ülkeler arasında büyük değişiklikler göstermesi: Goldberg ve Gatter (1996)'ın, 15 ülkeyi kapsayan araştırmasında, bütün ruhsal hastalıkların ortalama sıklığı %24 bulunmuştur. En yüksek ruhsal hastalık sıklığı Santiago de Chile'de %53.5 iken, en düşük oranda Shanghai'da (%9.7) idi. Manchester'da ise

ruhsal hastalık oranı genel ortalamaya yakın bulunmuştur (%26.2). Yapılan çok merkezli ruhsal hastalıkların yaşam boyu sıklığının karşılaştırıldığı bir çalışmada, ruhsal hastalık oranları açısından ülkeler arasında büyük değişiklikler saptanmıştır. Bu çalışmada, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri'nde herhangi bir ruhsal hastalığın yaşam boyu prevalansı %40'dan fazla iken; Meksika'da %20, Türkiye'de %12 olarak bildirilmiştir (Bull World Health Organ 2000). Türkiye'de bu düşüklüğün nedenleri olarak; koruyucu aile yapısı, ileri yaştaki depresyon gibi bazı ruhsal hastalıkların kişiler tarafından doğal bir süreç olarak görülmesi ve bunların hastalık olarak algılanmaması olarak düşünülebilir.

2- Teşhislerin poliklinik defterlerine kaydedilmemesi: Bazı araştırmalarda, birinci basamakta görev yapan hekimlerin, ruhsal hastalıkları birçok vakada teşhis ve tedavi ettiklerini ancak teşhislerin kayıt edilmediği bildirilmiştir (Moos ve Mertens 1996, Jencks 1985, Çakmak ve ark. 1989). Jencks (1985)'in çalışmasında, yine, kayıtlı olmadan psikotropik ilaç yazılma oranı çok yüksektir.

Bu durum, birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin, kayıt sisteminin önemini kavrayamadıkları ve kayıt tutmaya yeterince zaman ayıramadıkları şeklinde yorumlanabilir.

3- Hastaların hastalıklarını gizlemesi, hastalıkları hakkında az bilgi vermesi: Bazı araştırmalarda düşük tanı nedeni, hastaların ruhsal problemleri hakkında az bilgi vermesi ile ilgili bulunmuştur (Chocron Bentata ve ark. 1996, Herran ve ark. 1999). Shemo (1984), birinci basamağa fiziksel yakınmalarla başvuran hastaların şikayetlerinin altında psikolojik faktörlerin yattığını ve bu

TABLO 4. Sağlık Ocaklarına Bir Kez Başvuran Psikiyatrik Hastaların Yaş Gruplarına ve Cinsiyetlerine Göre Aldıkları Tanılar* (x)

	1-18 K n(%)	1-18 E n(%)	x ² ; SD; p değerleri	19-55 K n(%)	19-55 E n(%)	x ² ; SD; p değerleri	56 yaş ve üstü K n(%)	56 yaş ve üstü E n(%)	x ² ; SD; p değerleri
Kesin psikiyatrik hastalık									
<i>Eş tanılı</i>	12(%10.7)	-	*FET; <0.05	191 (%14.6)	43 (%8.8)	1.861;1; >0.05	193 (%20.5)	71 (%21.6)	42.032;1; <0.001
<i>Depresyon</i>	12(%10.7)	5(%6.8)	0.791;1;>0.05	266 (%20.3)	73 (%15.0)	6.574;1; <0.05	95 (%10.1)	47 (%14.3)	18.783;1; <0.001
<i>Anksiyete bozukluğu</i>	28(%25)	12(%16.4)	1.912;1;>0.05	162 (%12.3)	52 (%10.7)	0.972;1; >0.05	79 (%8.4)	28 (%8.5)	0.004;1; >0.05
<i>Somatizasyon bozukluğu</i>	-	-		19 (%1.4)	-	FET; <0.05	11 (%1.2)	-	FET; >0.05
<i>Uyku bozuklukları</i>	-	-		15 (%1.1)	6 (%1.2)	0.023;1; >0.05	-	7 (%2.1)	FET; <0.001
<i>Şizofreni</i>	-	-		-	9 (%1.8)	FET; <0.001	-	-	
<i>Diğer psikiyatrik tanılar</i>	3(%2.7)	12(%16.4)	FET;<0.05	-	-		-	-	
<i>Psikiyatrik bir merkezde tedavisine karar verilenler</i>	30(%26.8)	36(%49.3)	9.755;1;>0.05	214 (%16.3)	196 (%40.2)	115.057;1; <0.001	13 (%1.4)	10 (%3.0)	0.005;1; >0.05
Olası psikiyatrik hastalık	24(%21.4)	8(%10.9)	3.386;1;>0.05	433 (%33.0)	102 (%20.9)	165.985;1; <0.001	540 (%57.4)	159 (%48.3)	8.081;1; <0.05
Toplam	112(%60.5)	73(%39.5)		1312 (%73)	488 (%27)		941 (%74)	329 (%26)	

*%1.0'dan yüksek oranlar değerlendirilmeye alındı FET: Fisher's Exact Test, E: erkek, K: kadın, SD: standard deviasyon, (x) Her yaş grubundaki toplam yüzdesi satırda; tanılardaki yüzdelere sütundadır.

TABLO 5. Sağlık Ocaklarına Bir Kez Başvuran Psikiyatrik Hastaların Yaş Gruplarına ve Cinsiyetlerine Göre Kullandıkları İlaçlar*(x)

	1-18 K n(%)	1-18 E n(%)	x ² ; SD; p değerleri	19-55 K n(%)	19-55 E n(%)	x ² ; SD; p değerleri	56 yaş ve üstü K n(%)	56 yaş ve üstü E n(%)	x ² ; SD; p değerleri
Antidepresan	27 (%24.7)	12 (%16.4)	1.562;1; >0.05	557 (%42.4)	153 (%31.4)	18.354;1; >0.05	448 (%47.6)	148 (%45.0)	0.674;1; >0.05
Anksiyolitik	25 (%22.4)	12 (%16.4)	0.959;1; >0.05	212 (%16.2)	53 (%10.9)	7.952;1; >0.05	274 (%29.1)	89 (%27.1)	0.510;1; >0.05
Antidepresan+Anksiyolitik	6 (%5.4)	1 (%1.4)	1.930;1; >0.05	97 (%7.4)	23 (%4.7)	4.106;1; >0.05	72 (%7.6)	28 (%8.5)	0.248;1; >0.05
Diğerleri	-	-		-	7 (%1.4)	FET; <0.001	25 (%2.7)	9 (%2.7)	0.006;1; >0.05
İlaç yazılmama/psikiyatrik bir merkezde tedavisine karar verilenler	49 (%43.8)	48 (%65.8)	8.579;1; >0.05	296 (%22.6)	234 (%48.0)	110.374;1 <0.001	47 (%5.0)	25 (%7.6)	3.091;1; >0.05
Toplam	112 (%60)	73 (%40)		1312 (%73)	488 (%27)		941 (%74)	329 (%26)	

SD: Standart Deviasyon E: Erkek K: Kadın FCT: Fisher's Exact Test *%1.0'dan yüksek oranlar değerlendirilmeye alındı (x) Her yaş grubundaki toplam yüzdesi satırda; ilaç gruplarındaki yüzdelere sütundadır.

hastaların şikayetlerinin gerçekte ruhsal olduğunu kabul etmeyi ve ruhsal tedavi almayı reddetdiklerini belirtmiştir. Bu durum, ruhsal rahatsızlığı olanların toplumda yadırgandığı, etiketleneceği ve toplumdan dışlanabilecekleri düşüncesiyle bu tür ruhsal rahatsızlıklarını gizleme eğilimlerinden kaynaklanıyor olabilir.

4- Değerlendirme ölçekleri kullanılıp kullanılmaması: Değerlendirme ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda, ruhsal hastalık oranı %11-%40 arasında değişirken, değerlendirme ölçekleri kullanılmayan çalışmalarda bu oran %1-%16 arasında değişmektedir (Kebbon ve ark. 1985, Jencks 1985, Herran ve ark. 1999, Swartling ve ark. 1987). Bu çalışmada değerlendirme ölçekleri kullanılmadığından, ruhsal hastalık sıklığı değerlendirme ölçekleri kullanılmadan yapılan çalışma sonuçlarına benzer bulunmuştur.

Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran ve psikiyatrik bir merkezde tedavisine karar verilerek psikiyatriye sevk edilen hastalar değerlendirildiğinde; bir kez başvuran psikiyatri hastaları göz önüne alındığında %15.3 (499/3255) olarak bulunmuştur. Goldberg ve Gater (1996) ise, uluslararası bir çalışmada, ruhsal hastalığı olanların psikiyatriye sevk oranını %10.2 olarak bildirmişlerdir. Psikiyatrik bir merkezde tedavisine karar verilen hastalardaki sevk oranı ise, tüm yaş gruplarında en sık erkek hastalarda görülmektedir. Bunun nedeni erkek hastaların ancak ileri düzeyde ruhsal sorunları olduğunda başvurmaları ile ilgili olabilir.

Pek çok araştırmaya benzer şekilde, bu çalışmada hastalar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, orta ve ileri yaştaki hastaların oranı yüksek bulunmuştur (Von Korff ve ark. 1987, Jencks 1985, Lyness ve ark. 1999, Moos ve Mertens 1996). Jencks (1985), teşhis konulmadan tedavi alan hastaların daha yaşlı olduklarını ve sık kontrole geldiklerini bildirmiştir. Lyness ve arkadaşları (1999), depresyon başta olmak üzere ruhsal hastalıkların birinci basamak sağlık kurumlarında yaygın olduğunu ve özellikle hekimlerin, anksiyeteli ya da şüpheli somatoform belirtili yaşlı hastaları muayene ederlerken depresyon konusunda dikkatli olunmasını önermişlerdir. Moos ve Mertens (1996), geç orta yaşlı ve daha yaşlı tıbbi hastalarla ruhsal hastaları karşılaştırdıklarında, her iki grupta da eşitliklerin sık olduğunu bulmuşlardır.

Giel ve arkadaşları (1981), birinci basamak sağlık kurumlarında çocukluk çağı ruhsal hastalıkların yaygın olduğunu ve bu yaygınlığın gelişmekte olan ülkelerle endüstrileşmiş ülkeler arasında benzerlik gösterdiğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte Richardson ve arkadaşları (1996), birinci basamak hekimleri tarafından çocuklar ve ergenlerdeki ruhsal problemlerin az oranda tanındıklarını ortaya çıkarmışlardır. Bu çalışmada da ruhsal rahatsızlığı olduğu düşünülenler arasında 1-18 yaş grubundakilerin oranı %5.6 (185/3255) idi. Birinci basamak hekimleri tarafından çocukluk çağı ruhsal sorunlarının iyi tanınmadığı düşünülebilir.

Olası psikiyatrik hastalık sıklığı bu araştırmada %38.9 oranında bulundu. Aşağıdaki nedenlerin bu oranın yüksekliği ile ilişkili olduğu ve benzerlik taşıdığı düşünülmektedir:

1- Eşik altı psikiyatrik belirtiler: Bir çok araştırmacı, birinci basamaktaki subsendromal-eşik altı belirtileri birlikte olan anksiyete-depresyona dikkat çekmiş ve bu bozukluklar için gerekli tanı kriterlerini karşılamaksızın anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdiklerini bildirmişlerdir (Richardson ve ark. 1996, Geyran 1995). Rezaki (1995) ise, birinci basamak kurumlarına başvurularda, tanı ölçütlerine göre hiçbir tanı almayan ama önemli sayıda depresyon, anksiyete ve somatizasyon bozukluğu belirtisini birlikte gösteren hastaların sıklığına dikkat çekmiştir. Çalışmalar, anksiyeteli kişilerin, ruh sağlığı kurumlarından aldıkları kadar, birinci basamak sağlık kurumlarında da tedavi aldıklarını gösterir. Ayrıca birinci basamakta tanı konulamayan ya da yanlış tanı alan hastaların öyküsünden, hasta yakınmalarının daha çok anksiyete bozuklukları ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Price ve ark. 2000, Rice ve Miller 1998).

2- Fiziksel hastalıklara eşlik etme durumu: Çalışmalarda ruhsal ve fiziksel hastalıkların birlikte görüldüğü ileri sürülmektedir (Moos ve Mertens 1996, Kebbon ve ark. 1985, Üçok 1995). Bu araştırmalarda, ruhsal hastalıklara baş ağrısı, karın ağrısı, gastrit, göğüs ağrısı, öksürük ve halsizlik gibi fiziksel belirtilerin eşlik ettiği bildirilmiştir. Sherbourne ve arkadaşları (1996) ve Swartling ve arkadaşları (1987) ise; hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp hastalığı, batın ve göğüs hastalıkları tanısı alanlardaki ruhsal hastalık birlikteliklerine dikkat çekmişlerdir. Goldberg

ve Gater (1996), fiziksel semptomlar ile birinci basamak kurumlarına gelen ruhsal hastalık oranını Manchester’da %76.4 olarak bildirirlerken, aynı araştırmacılar birçok ülkeyi kapsayan bir araştırmada ise %69 olduğunu bulmuşlardır. Leon ve arkadaşları (1995) ise, ruhsal hastalık sıklığını, kronik tıbbi bir rahatsızlığı olan hastalarda (%25.8), olmayanlara göre (%16.7) daha yüksek saptamışlardır. Moos ve Mertens (1996), kronik tıbbi hastalıkları olan hastalarda, özellikle yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere ruhsal hastalıkların olası eşlik etme durumunun farkında olunması gerektiğini bildirmişlerdir. Geyran (1995) ise, tıbbi hastalardaki depresyonun önemli bir problem olduğunu, genellikle az oranda teşhis ve tedavi edildiğini bildirmiştir.

Pek çok araştırmada, bu çalışmada olduğu gibi en sık görülen kesin psikiyatrik hastalık tanıları, depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (Leon ve ark. 1995, Geyran 1995, Gonzales ve ark. 1994, Kebbon ve ark. 1985, Von Korff ve ark. 1987). Regier ve arkadaşları (1985) tarafından yapılan bir çalışmada, birinci basamak sağlık kurumlarında en sık görülen ruhsal hastalıkların depresyon, anksiyete bozuklukları, madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları ve somatoform bozukluklar, en düşük sıklıkta (yaklaşık %1) ise şizofreni ve bipolar bozukluk gibi psikotik hastalıkların olduğu bulunmuştur. Badger ve arkadaşları (1994), birinci basamak kurumlarında görevli hekimlerin, en sık karşılaşılan depresyonun ancak yarıya yakınına doğru teşhis ettiklerini bildirmişlerdir. Bu bulgular, depresyon teşhisinin düşük olduğunu göstermiştir. Türkiye’deki çalışmalarda; Rezaki (1995) depresyon oranını %11.6, Rezaki ve Rezaki (1996) ise %33.6 olarak bulmuşlardır; Küey ve arkadaşları (1987) çeşitli düzeylerde depresif belirti oranını %20, klinik düzeyde depresyonun ise %10 olduğunu bildirmişlerdir. Erol ve arkadaşları (1998), anksiyete ve depresyonun, tanıların büyük çoğunluğunu oluşturduğunu; yeme bozukluğu, hipokondriyazis ve somatizasyon bozukluğu gibi hastalıkların düşük sıklıkta olduğunu bildirmişlerdir. Roizblatt ve arkadaşları (1993) ise, en sık görülen hastalıkların anksiyete bozuklukları olduğunu ancak, sorun olarak nadiren teşhis edildiğini belirtmişlerdir.

Çalışmaların tamamına yakınında ruhsal hastalık sıklığı, mevcut çalışmaya benzer şekilde kadınlarda daha yüksek olarak bulunmuştur (Herran ve ark. 1999, Doğan ve ark. 1989, Belek 1999,

Sağduyu ve ark. 2000). Von Korff ve arkadaşları (1987), ruhsal hastalık sıklığını kadınlarda %67.6, erkeklerde ise %32.4 olarak bildirmişlerdir. Üstün ve arkadaşları (1994)’nın yaptığı bir çalışmada depresyon hastaları arasında kadınların oranı %81.25 saptanırken, erkeklerin oranı %18.75 olarak bulunmuştur. Kadınlardaki ruhsal hastalıkların fazla olmasının nedenleri olarak; daha sık yardım arayışında olmaları, kadının toplumdaki eş, anne, çalışma hayatı gibi sosyal yüklerinin fazla olması, erkeklere göre gelenek-göreneklerin etkisiyle geri planda olmaları düşünülebilir.

Hastalar yaş grupları ve cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde; pek çok çalışmada (Yates 1986, Patel ve ark. 1997, Schwenk ve ark. 1996) bu çalışmadaki sonuçlara benzer şekilde yaşlı ve kadın olanlarda, diğer yaş grupları ve erkek cinsiyetine göre ruhsal hastalık sıklığı daha fazla bulunmuştur. Patel ve arkadaşları (1997), birinci basamak kurumlarında görülen ruhsal hastalıkları kadın cinsiyeti, ileri yaş, ekonomik sorun, fiziksel hastalık ve kronik olması ile ilişkili bulmuşlardır. Ayrıca, Linden ve arkadaşları (1999), birinci basamak hekimlerince psikotropik ilaçların yazılmasını araştırdıklarında en sık psikotrop ilaç yazılan grubun, yaşlı kadınlar olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada ise, hem kadın hem de erkeklerde bu oran yüksek bulunmuştur.

SONUÇ

Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarındaki ruh sağlığı hizmetlerini araştırmak için yapılan bu çalışmada, ruhsal hastalıklara konulan teşhis ve yapılan tedavinin çok düşük oranda olduğu saptandı. Birinci basamaktaki ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan hastalar daha çok orta ve ileri yaşlardaki kadın hastalar idi. Sağlık ocaklarına bir kez başvuran psikiyatrik hastaların en sık aldıkları tanıları değerlendirildiğinde; ilk sırada (eşitlik ve psikiyatrik bir merkezde tedavisine karar verilen psikiyatrik hastalıklar dahil) kesin psikiyatrik hastalıklar vardı. Bir ruhsal hastalık tanısı alanlarda en sık konulan kesin tanıları, depresyon ve anksiyete bozuklukları; en sık yazılan ilaçlar ise, antidepresanlar ve anksiyolitiklerdi.

Eskişehir il merkezindeki sağlık ocaklarında ruhsal hastalıklara düşük oranda tanı konulması ve tedavi yapılmasının olası nedenlerinin;

hekimlerin eğitim almalarına rağmen bu hastalıkları yeterince teşhis edememeleri, hekim tutumları, değerlendirme ölçekleri kullanılmaması, hastaların hastalıklarını gizlemeleri ve hastalıkları hakkında yeterli bilgi vermemeleri, teşhislerin poliklinik defterlerine kaydedilmemesi, fiziksel hastalıklara sıklıkla ruhsal belirtilerin eşlik ettiğinin iyi bilinmemesi, ülkemizde genel sağlık sigortası olmaması nedeniyle her basamaktaki kurumun birinci basamak gibi hizmet vermesi gibi nedenlerle ilgili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu durumun; Kılıç ve arkadaşları (1994), Çakmak (1989) ve Ertem ve arkadaşları (1999)'nın belirttikleri gibi, psikiyatrik hastaların birinci basamak sağlık kurumlarına başvuru yerine psikiyatri polikliniklerine daha sık ve doğrudan başvuruları ile ilgili olabileceği, hastaların istedikleri bir merkeze gitmekte serbest olmaları, sağlık ocaklarının alt yapı eksikliği ve bu kurumlarda çalışan hekimlerin bulundukları ortamdan memnuniyetsizlikleri sonucunda yeterince hizmet verememeleri ve bu hastaları kayıt altına alma isteksizlikleri ve sağlık politikalarının koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermemeleri gibi nedenlerle sağlık ocağı hekimlerinin yalnızlığa itilmeleri ve motivasyonsuz kalmalarının etkili olduğu düşünülebilir.

Botega ve arkadaşları (1992), birinci basamak hekimlerinin daha çok fiziksel hastalıkların üzerinde odaklandıklarını ve ruhsal sorunları göz ar-

dı etme eğiliminde olduklarını belirtmiştir. Sağduyu (1997), özellikle yaşlılarda tanı oranlarının düşük olmasının nedeni olarak, depresyon belirtilerinin doğal ruhsal tepkiler olarak görülmesini belirtmiştir. Bu nedenle oldukça yaygın görülen, tanı ve tedavisinde karmaşalar yaşanan, uygun tedavi edilmediklerinde kronikleşip sosyal ve mesleki işlevsellikte, bilişsel yetilerde ve yaşam kalitesinde bozulmalara yol açan ruhsal rahatsızlıkların, birinci basamak kurumlarındaki hekimler tarafından daha iyi tanınıp, tedavisi için yeni girişim ve düzenlemelere ihtiyaç vardır. Oral ve arkadaşları (1995), Rezaki (1995), Kaplan (1995) ve Sağduyu ve arkadaşları (2000) da bu tür girişimlere ihtiyaç olduğu ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarının geliştirilmesi üzerinde durmuşlardır. Öztürk (1988) ise, genel olarak ruh sağlığının, bütün diğer sağlık sorunları gibi toplumun sosyokültürel, ekonomik, siyasi yönleri ve genel sağlık sorunlarından, eğitim ve öğrenim düzeninden, toplumsal güvence koşullarından ayrı düşünülemeyeceğini belirtmiştir.

Türkiye'de ruhsal sorunlar ve bozukluklar hakkındaki yaygınlıkla ilgili bilgimiz, son dönemlerde artmasına rağmen yine de önemini korumaktadır. Oysa yaygınlık, sıklık ve hastalanma riski gibi epidemiyolojik ölçütlerin ve risk gruplarının ortaya çıkarılması hem bilimsel ve klinik, hem de ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi açısından gereklidir.

KAYNAKLAR

- Andersen SM, Harthorn BH (1989) The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care*, 27 (9):869-886.
- Badger LW, de Gruy FV, Hartman J ve ark. (1994) Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians. *Psychosom Med*, 56(2): 128-135.
- Belek İ (1999) Genel Sağlık Anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler: Antalya'da bir alan çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(3): 163-172.
- Batega N, Mann A, Blizard N ve ark. (1992) General Practitioners and depression: first use of the Depression Attitude Questionnaire. *Int J Methods Psych*, 2:169-190.
- Bull World Health Organ (2000) Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders: WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 78(4):413-426.
- Chocron Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodriguez I ve ark. (1996) The diagnosis of mental disorders by the primary care physician. *Aten Primaria*, 15; 18(1): 22-26.
- Çakmak D, Sabuncu H, Spor Y ve ark. (1989) Ruhsal bozuklukların cinsiyet ve meslek dağılımları üzerine epidemiyolojik

çalışma. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 15-21 Ekim 1989 Mersin, s. 107-112.

Doğan O, Özbek H, Gülmez H ve ark. (1989) Ruhsal bozuklukların toplumda dağılımı. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 15-21 Ekim 1989 Mersin, s. 107-112.

Erol N, Kılıç Ç, Ulusoy M ve ark. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 2201: s. 25-75.

Ertem M, Saka G, Ceylan A (1999) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim: Diyarbakır ilinde çalışan bazı hekimlerin bilgi, tutum ve davranışları. *Toplum ve Hekim*, 14(2):96-100.

Geyran PÇ (1995) Mektup: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı uygulamaları Üzerine. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(4):311-312.

Giel R, de Arango MV, Climent CE ve ark. (1981) Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. *Pediatrics*, 68(5): 677-683.

Goldberg D, Gater R (1996) Implications of the World Health Organization study of mental illness in general health care for training primary care staff. *Br J Gen Pract*, 46(409): 483-485.

- Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ ve ark. (1994) Mental disorders in primary care services: an update. *Public Health Rep*, 109(2): 251-258.
- Herran A, Vazquez-Barquero JL, Artal J ve ark. (1999) The recognition of mental disease in primary health care and its determining factors. *Actas Esp Psiquiatr*, 27(2): 87-95.
- Jencks SF (1985) Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorder in primary care. *JAMA*, 5; 253 (13): 1903-1907.
- Kaplan İ (1995) Yarı Kırsal Alanda Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Bozuklukların Yetiştirilmesi ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(3): 169-179.
- Kebbon L, Swartling PG, Smedby B ve ark. (1985) Psychiatric symptoms and psychosocial problems in primary health care as seen by doctors. *Scand J Prim Health Care*, 3(1): 23-30.
- Kılıç C, Rezaki M (1994) Pathways to psychiatric care in Ankara. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol*, 29:131-136.
- Küey L, Üstün TB, Güleç C (1987) Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim*, 44:16-30.
- Leon AC, Olfson M, Broadhead WE ve ark. (1995) Prevalence of mental disorders in primary care. Implications for screening. *Arch Fam Med*, 4(10):857-861.
- Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C ve ark. (1999) The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *J Clin Psychopharmacol*, 19(2):132-140.
- Lyness JM, Caine ED, King DA ve ark. (1999) Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med*, 14(4):249-254.
- Moos RH, Mertens JR (1996) Patterns of diagnoses, comorbidities, and treatment in late-middle-aged and older affective disorder patients: comparison of mental health and medical sectors. *J Am Geriatr Soc*, 44(6):682-688.
- Oral ET, Kıyak M, Temis S ve ark. (1994) Birinci basamakta ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisi: ICD-10 Temel Sağlık Hizmetleri Formu oluşturma çalışmaları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, s. 658-661.
- Oral TF, Kıyak M, Temiz S ve ark. (1995) Temel sağlık hizmetlerinde ICD-10 ile ruhsal bozuklukların sınıflandırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(2): 99-106.
- Öztürk M (1988) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara Nuru Matbaası, s. 485-492.
- Patel V, Todd C, Winston M ve ark. (1997) Common mental disorders in primary care in Harare, Zimbabwe: associations and risk factors. *Br J Psychiatry*, 171:60-64.
- Penayo U, Kullgren G, Caldera T ve ark. (1990) Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand*, 82(1): 82-85.
- Price D, Beck A (2000) The treatment of anxiety disorders in a primary care HMO setting. *Psychiatr Q*, 71(1):31-45.
- Regier DA, Burke JD Jr, Manderscheid RW ve ark. (1985) The chronically mentally ill in primary care. *Psychol Med*, 15(2):265-273.
- Rezaki BG, Rezaki M (1996) Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal sorunlar. Bir yıllık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2): 83-91.
- Rezaki M (1995) Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(1):13-21.
- Rezaki MS, Özgen G, Kaplan İ ve ark. (1995) Results from the Ankara Centre in Mental Illness in General Health Care: An International Study. John Wiley & Sons Ltd, s. 39-55.
- Rice DP, Miller LS (1998) Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *Br J Psychiatry Suppl*, (34): 4-9.
- Richardson LA, Keller AM, Selby-Harrington ve ark. (1996) Identification and treatment of children’s mental health problems by primary care providers: a critical review of research. *Arch Psychiatr Nurs*, 10(5): 293-303.
- Roizblatt A, Humphrey D, Fullerton C (1993) Patients cared for at the mental health unit of a primary care office. morbidity study. *Acta Psychiatr Scand*, 39(3): 231-237.
- Sağduyu A (1997) Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton Depresyon Ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(1): 3-8.
- Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratay C (2000) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1):3-16.
- Saravay SM, Cole SA (1988) Mental disorders in the primary care sector: A potential role for managed care. *Am J Manag Care*, 4(9): 1319-1322. quiz 1323-1324.
- Sartorius N, Üstün TB, Silva JAC ve ark. (1993) An international study of psychological problems in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 50:819-824.
- Schwenk TL, Coyne JC, Fechner-Bates S (1996) Differences between detected and undetected patients in primary care and depressed psychiatric patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 18(6):407-415.
- Shemo JP (1984) Primary care management of mental illness: medication as a tool. *South Med J*, 77(8): 1010-1019.
- Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS ve ark. (1996) Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. *Arch Fam Med*, 5(1):27-34.
- Swartling PG, Kebbon I, Smedby B (1987) Mental health problems in primary health care as seen by doctors. *Scand J Prim Health Care*, 5(4): 201-204.
- Üçok GÖ (1995) Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda bedensel ve ruhsal hastalığın birlikte bulunuşu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(3): 180-185.
- Üstün B, Ceylan ME, Çevik Y ve ark. (1994) Birincil sağlık hizmeti içinde ruh sağlığı. *Düşünen Adam*, 7(4): 9-19.
- Von Korff M, Shapiro S, Burke JD ve ark. (1987) Anxiety and depression in a primary care clinic: Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire, and practitioner assessment. *Arch Gen Psychiatry*, 44(2): 152-156.
- Yates WR (1986) The National Institute of Mental Health epidemiologic study: Implications for family practice. *J Fam Pract*, 22(3): 251-255.