

Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması'nda 12 Aylık ve 30 Günlük DSM-5 Bozukluklarının Yaygınlığı, Sürengenliği ve Şiddeti



İD Cengiz KILIÇ¹, İD Bedirhan ÜSTÜN², İD Özlem Şeyda ULUĞ³, İD Sertaç AK⁴, İD Mahir ULUSOY⁵, İD Songül KAMIŞLI⁶, İD Özge KARADAĞ⁷, İD Emine EREN KOÇAK⁸, İD Semra ULUSOY KAYMAK⁹, İD Adam ZHANG¹⁰, İD Michael Y NI¹¹, İD Shiyi WU¹², İD Ronald C. KESSLER¹³

ÖZET

Amaç: Türkiye'de son 30 yılda ulusal düzeyde bir ruh sağlığı taraması yapılmamıştır. Bu nedenle, Türkiye hanehalkı nüfusunu temsil eden 1.790 yetişkinde DSM-5 için geliştirilmiş World Mental Health Initiative-Composite International Diagnostic Interview (WMH CIDI-5) kullanılarak bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu makale, WMH Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması'ndaki bozuklukların 12 aylık ve 30 günlük yaygınlık, sürengenlik, şiddet ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkilerine dair bulguları sunmaktadır.

Yöntem: Ekim 2019'da başlanarak Türkiye genelinde 4.067 haneden yetişkin bireyler görüşme için seçilmiştir. Ancak saha çalışması, COVID-19 pandemisi nedeniyle uygulanan seyahat kısıtlamaları sonucu 17 Mart 2020 tarihinde erken sonlandırılmıştır. Bu tarihe kadar tamamlanan 1.790 görüşme ile %44,0'lık bir araştırma katılım oranına ve %25,6'lık bir yanıt oranına ulaşılmıştır.

Bulgular: Herhangi bir DSM-5 CIDI tanısının 12 aylık ve 30 günlük yaygınlığı sırasıyla %23,9 ve %18,3 bulunmuştur. Anksiyete bozuklukları (%17,2) en yaygın bozukluk sınıfını oluşturmuş, bunu duygudurum bozuklukları (%12,4) izlemiştir. Olguların çoğu ya şiddetli (%32,8) ya da orta düzeyde (%43,8) olarak değerlendirilmiştir. Anksiyete ve duygudurum bozuklukları kadınlarda erkeklerle göre daha fazla görülürken, dışlaştırma bozuklukları erkeklerde kadınlara göre daha yaygındır. Herhangi bir hastalığın varlığı, kadın olmak, genç yaş ve düşük eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Türkiye'deki yetişkinlerin yaklaşık dörtte biri, son 12 ay içinde, yaygın görülen DSM-5 tanılarında en az birinin ölçütlerini karşılamaktadır. Bu bulgular, risk altındaki gruplar için ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesinin gerekliliğini ve COVID-19 pandemisi, son depremler ve ekonomik kriz gibi stresörlerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini anlamaya yönelik boyamsal araştırmaların önemini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: DSM-5, epidemiyoloji, ruh sağlığı, Türkiye, yaygınlık

ABSTRACT

Prevalence, Persistence, and Severity of 12-month and 30-day DSM-5 Disorders in the Turkish World Mental Health Survey

Objective: No national mental health survey was conducted in Türkiye in the last 30 years. We implemented such a survey in a representative sample of 1.790 adults in the Turkish household population using the World Mental Health Initiative Composite International Diagnostic Interview for DSM-5 (CIDI-5). The current report presents data on 12-month and 30-day prevalence, persistence, severity and sociodemographic correlates of disorders in this Turkish World Mental Health (WMH) Survey.

Methods: Adults in a nationally representative sample of 4.067 Turkish households were selected for interview in October 2019. Fieldwork ended prematurely on March 17, 2020, due to COVID-19 pandemic travel restrictions. The 1.790 interviews completed as of that date represent a survey cooperation rate of 44.0% and a survey response rate of 25.6%.

Results: The 12-month and 30-day prevalences of any DSM-5/CIDI disorder were 23.9% and 18.3%, respectively. Anxiety disorders (17.2%) were the most common class of disorders followed by mood disorders (12.4%). Most profiles were either severe (32.8%) or moderate (43.8%). Anxiety and mood disorders were more common among females than males, while externalizing disorders were more common among males than females. Overall disorder prevalence was associated with being female, younger age and low education.

Conclusion: Nearly 1 in 4 Turkish adults meet criteria for one or more common 12-month DSM-5 disorders. These results underscore the need for improved mental health services for vulnerable groups and for longitudinal research to understand the mental health effects of stressors such as the COVID-19 pandemic, forced migration, or the recent earthquakes.

Keywords: DSM-5, epidemiology, mental health, prevalence, Türkiye

Atf için: Kılıç C, Üstün B, Uluğ ÖŞ et al. (2026) Prevalence, Persistence, and Severity of 12-month and 30-day DSM-5 Disorders in the Turkish World Mental Health Survey. *Türk Psikiyatri Derg* 37:180–191. <https://doi.org/10.5080/u27855>

Geliş Tarihi: 13.11.2025, **Kabul Tarihi:** 19.02.2026, **Yayın Tarihi:** 20.07.2026

^{1,4,8}Prof., Hacettepe Üniv., Tıp Fak., Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye; ²Koç Üniv., Tıp Fak., Psikiyatri AD, İstanbul, Türkiye; ³Dr. Psikolog, Ankara, Türkiye; ⁵Abant İzzet Baysal Üniv., Bolu, Türkiye; ⁶Çankırı Karatekin Üniv., Sağlık Bilimleri Fak., Çankırı, Türkiye; ⁷Bahçeşehir Üniv., Tıp Fak., Halk Sağlığı AD, İstanbul, Türkiye; ⁸Sağlık Bilimleri Üniv., Gülhane Tıp Fak., Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye; ¹⁰Harvard Medical School, Boston, MA 02115, USA; ¹¹School of Public Health, Li Ka Shing Faculty of Medicine, University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China; ¹²School of Public Health, LKS Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Hong Kong Special Administrative Region, China; ¹³Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Cengiz Kılıç, e-posta: cengizk@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) küresel sağlık tahminlerine göre, en yaygın iki ruhsal bozukluk grubu olan depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları, tüm DSÖ bölgelerinde “Engellilikle Geçirilen Yaşam Yılı” (YLD) nedenleri arasında üst sıralarda yer almaktadır (DSÖ 2017). Bunların ve diğer ruhsal bozuklukların yarattığı yük, bu bozukluklarla yaşayan kişilerin yalnızca küçük bir kısmının yeterli tedavi alabilmesi, hatta çoğu zaman hiç tedavi görememesi nedeniyle daha da artmaktadır (DSÖ 2020, Vigo 2023). Bu sorunlarla başa çıkmak için, ruhsal bozuklukların farklı toplumlarda ne ölçüde görüldüğünü saptayan epidemiyolojik araştırmalar vazgeçilmez araçlardır. Dünya genelinde ruh sağlığı gereksinimlerini değerlendirmeye yönelik en geniş kapsamlı araştırma dizisi, 30'dan fazla ülkede yürütülen Dünya Ruh Sağlığı Araştırmaları Girişimi (WMH-I; World Mental Health Survey Initiative)'dir (McGrath ve ark. 2023). Bu araştırmalar, ruhsal bozuklukların türü, sıklığı ve şiddetine ilişkin değerli veriler sunmakta; aynı zamanda halk sağlığı politikalarının oluşturulmasına katkı sağlayabilecek bilgiler sağlamaktadır (Kessler ve Üstün 2004). WMH araştırmalarının güçlü yönlerinden biri, katılımcı ülkelerde standart bir metodolojinin ve ölçüm aracı olarak Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview-CIDI)'nin kullanılmasıdır. Bu yaklaşım, ülkeler arasında güvenilir karşılaştırmalara olanak tanımaktadır.

Bugüne kadar Türkiye'de ruhsal bozuklukların yaygınlığını belirlemeye yönelik ulusal düzeyde temsil edici örneklemelerde yapılmış araştırma sayısı çok azdır. 1960'larda yürütülen ilk saha araştırmaları, nüfusun yaklaşık %20'sinin tedavi gerektiren ruh sağlığı sorunları yaşadığını göstermiştir; ancak bu çalışmalarda tedavi gereksinimini tanımlamak için kullanılan ölçütler, günümüzdeki tanı standartlarıyla uyumlu değildir (Küey ve ark. 1987). 1980'lerden itibaren ruhsal bozuklukların epidemiyolojisine ilişkin araştırmalar belirli bozukluklara, özellikle depresyona odaklanmaya başlamıştır (Küey 2010, Binbay ve ark. 2014, Kılıç 2020, Aydın ve ark. 2025). Bazı geniş ölçekli araştırmalarda ruh sağlığına ilişkin veriler bildirilmekle birlikte, bu çalışmaların çoğu doğrudan ruhsal bozuklukları değerlendirmek amacıyla tasarlanmamıştır. Örneğin, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırmaları (T.C. Sağlık Bakanlığı 2025b) yalnızca alkol ve tütün kullanımını değerlendirmiş, tanı ölçütlerini kullanmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 14 ülkede yürütülen çok merkezli bir çalışmada, ruhsal bozuklukların yaygınlığı %17,6 olarak bildirilmiş, ancak bu çalışmanın katılımcıları yalnızca Ankara'daki birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalarla sınırlı kalmıştır (Rezaki ve ark. 1995). Ulusal düzeyde ise, Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırması (“Profil”), Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyoloji Konsorsiyumu (International Consortium for Psychiatric Epidemiology-ICPE) (Kessler ve ark. 1999) tarafından koordine edilen ve ruhsal bozukluk yaygınlığına ilişkin

yürütülen ilk temsil edici örneklemli çalışmadır (Kılıç 1998). CIDI'nin önceki bir versiyonunun kullanıldığı bu araştırma, 7.479 yetişkinden oluşan bir hanehalkı örnekleminde gerçekleştirilmiş ve Türkiye'deki ruhsal bozukluk yaygınlığının çoğu Batı ülkesine kıyasla daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (Andrade ve ark. 2000, 2003). Ancak bu yaygınlık verileri neredeyse 30 yıldır güncellenmemiştir. Günümüzde Türkiye'ye ilişkin yaygınlık tahminleri büyük ölçüde Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease-GBD) Çalışması'ndan elde edilmektedir (Institute for Health Metrics and Evaluation 2021). Bu çalışmada ruhsal bozukluklar, Doğu Akdeniz Bölgesi'nde öldürücü olmayan hastalıklara bağlı yükün başlıca nedeni olarak tanımlanmaktadır (Charara ve ark. 2017). Bununla birlikte, GBD verileri büyük ölçüde diğer ülkelerden elde edilen modelleme tahminlerine dayanmaktadır ve çoğu zaman parçalı veya sınırlı yerel verileri içermektedir (Casella ve ark. 2025). Bu nedenle, GBD değerli bir referans noktası sunmakla birlikte, modelleme için kullanılan varsayımlar yerel kültürel etmenleri, bildirim yanlışlıklarını ve bağlama özgü riskleri hesaba katmıyor olabilir; bu da nihayetinde hastalık yüküne ilişkin tabloyu eksik veya yanlış yansıtabilir.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili (Profil-1) çalışmasından sonra geçen 30 yılda Türkiye nüfusunu yansıtan epidemiyolojik çalışma yapılmamıştır. Oysa ki bu dönemde hem küresel hem bölgesel düzeyde ruh sağlığını olumsuz etkileyebilecek pek çok olay yaşanmıştır. Bunlar arasında doğal afetler (Başoğlu ve ark. 2004, Boztaş ve ark. 2019, Kılıç ve Ulusoy 2003), Suriye'deki iç savaşa bağlı göçler (Kaya ve ark. 2019), ekonomik ve sosyal diğer stres etkenleri sayılabilir. Türkiye'de, toplum ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla 2011 yılında kullanıcı odaklı, toplum temelli bir bakım modelini teşvik etmeyi amaçlayan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı gibi politikalar hayata geçirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011). Ayrıca sağlık sistemi düzeyinde de önemli yapısal reformlar gerçekleştirilmiş, birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği modeline dönüştürülmüş ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuştur (Öcek ve ark. 2014). Bununla birlikte, ruhsal bozuklukların çoğunda yardım arama oranlarının düşük olması, hizmet kullanımı verilerinden tedavi gereksinimini çıkarsamanın güç olması ve ruh sağlığını, sağlık sistemi dışında etkileyen başka faktörlerin de olması nedeniyle sağlık sistemindeki değişikliklerin toplum ruh sağlığını nasıl etkilediği konusu araştırmaya açık bir alandır.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması, WMH araştırmalarının bir parçası olarak Türkiye'de hane halkı nüfusunda sık görülen ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve bunlarla ilişkili etmenler hakkında, politika oluşturmada kullanılabilecek güvenilir veriler elde etmek amacıyla yürütülmüştür. Bu yazıda, sık görülen ruhsal bozuklukların 12 aylık ve 30 günlük yaygınlığı, süregenliği, şiddet düzeyi ve temel sosyodemografik değişkenlerle ilişkisiyle ilgili bulgular sunulmaktadır. Sonraki makaleler, DSM-5 bozukluklarıyla ilgili 12 aylık tedavi,



Şekil 1. Türkiye NUTS-1 bölgeleri*. *Yanıtlama oranlarının düşüklüğü nedeniyle bazı bölgeler birleştirilmiştir.

yaşam boyu yaygınlık, yaşam boyu tedavi ve hastalıkların başlangıç yaşı konularına odaklanacaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 araştırması, Türkiye'deki hanehalkı nüfusuna dâhil, 18 yaş ve üzeri yetişkinleri hedefleyen, tabakalı, kümeli ve çok aşamalı bir olasılık örnekleme ile yürütülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), örnekleme Şubat 2019 itibarıyla ülke genelindeki toplam 24.038.158 adrese dayalı hanenin listesinden çekmiştir. Bu amaçla nüfus, her biri 100 haneden oluşan kümelerle ayrılmıştır. Ülkenin 12 ekonomik bölgesi temelinde tabakalama yapılarak 350 kümeden oluşan bir olasılık örnekleme seçilmiştir (Bkz. Şekil 1). Her kümeden rastgele 20 hane belirlenmiş (yani $350 \times 20 = 7.000$ hane) ve bu şekilde araştırmanın hedef örnekleme oluşturulmuştur. Her seçilen haneden, ikame yapılmaksızın rastgele bir yetişkin bireyin görüşmeye alınması hedeflenmiştir.

Her haneye, "iletişim kurulamadı" olarak sınıflandırılmadan önce en az 10 ziyaret gerçekleştirilmiştir. Bu ziyaretlerde, hane halkı üyelerinin listelenmesi, uygun bireyin rastgele seçilmesi ve görüşmenin tamamlanması amaçlanmıştır. Araştırmaya yalnızca 18 yaş ve üzeri Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları dâhil edilmiştir. Çalışmadan dışlama ölçütleri ile uyumlu olacak şekilde katılımı engelleyebilecek düzeyde ağır ruhsal hastalığı (örneğin: demans, zihinsel yetersizlik, psikotik bozukluklar) bulunan 12 kişi, katılımı engelleyebilecek düzeyde ağır bedensel hastalığı (örneğin: ileri derecede düşkünlük, işitme veya konuşma bozuklukları) bulunan 13 kişi ve Türkçe konuşamayan 27 kişi çalışma dışında bırakılmıştır. Bunlara ek olarak örnekleme alınmayan, ancak uygun bulunmama

gereksesi belirtilmemiş 16 kişi daha vardır (toplam 68 kişi). Türkiye genelinde Türkçe konuşamayanların sayısı çok azdır (muhtemelen %1'den az). Nüfusun yaklaşık %90'ı Türkçeyi birincil dili olarak, geri kalanı ise kamu eğitim sistemi aracılığıyla ikinci dil olarak öğrenmiştir. Görüşülecek kişinin seçimi görüşmecilere bırakılmamış, görüşmecilerde bulunan tablete yüklenmiş olan yazılım tarafından yapılmıştır. Önce görüşmeci hanelerdeki tüm bireylerin listesini çıkarmış, araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan kişilerin bilgilerini tabletlere girmiş, tablette yüklü olan yazılım tarafından rastgele seçilen hedef katılımcı ile görüşmeyi yürütmüştür.

Saha Uygulamaları ve Veri Toplama

Görüşmeler, WMH görüşmeci eğitim programını (Kessler ve ark. 2018) tamamlayan ve uygulama görüşmeleriyle yeterlilik sınavını başarıyla geçen eğitimli saha görüşmecileri tarafından yürütülmüştür. Görüşmeler tabletler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Standartlaştırılmış uzaktan kalite kontrol izleme süreçleri, bilgisayarlı görüşme yazılımlarıyla entegre çalışan örnekleme yönetimi ve saha kalite yazılımları aracılığıyla yürütülmüştür (Pennell ve ark. 2008). Saha denetçileri, seçilmiş bir olasılık alt örnekleme üzerinde takip değerlendirmeleri yaparak bazı temel soruları yeniden uygulamış ve görüşmeci yanıtlarının doğruluğunu kontrol etmiştir. Veri temizleme ve kodlama süreçlerinde de WMH protokolü uygulanmıştır.

Veri toplanması 16 Ekim 2019 tarihinde başlamıştır. Alan çalışması, COVID-19 pandemisi nedeniyle seyahat kısıtlamalarının yürürlüğe girdiği 17 Mart 2020 tarihinde, yani beş ay sonra sonlandırılmıştır. Toplam 4.067 hane ile iletişim kurulmuş ve veri toplanmanın sonlandırıldığı tarihe kadar 2.374 kişi ile görüşmeler tamamlanmıştır. Buna göre hane düzeyinde ulaşma oranı: %58,1 ($4.067/7.000$), katılım oranı (cooperation

rate): %58,4 (2.374/4.067), genel yanıt oranı (response rate): %33,9 (2.374/7.000) olarak hesaplanmıştır. Kalite kontrol incelemesi sonucunda, gerçekleştirilen görüşmelerin 1.790'ı kabul edilmiştir; diğer görüşmeler ise ek bilgi elde etmek üzere yeniden görüşülmek üzere işaretlenmiştir. Ancak, saha çalışmasının sona erdiği dönemde yürürlükte olan COVID-19 kısıtlamaları nedeniyle bu yeniden görüşmeler yapılamamıştır. Bu nedenle, analizlerde yalnızca 1.790 tamamlanmış görüşme dikkate alınmıştır. Görüşmeleri kabul edilmeyen katılımcılar diğerlerine yaş ve cinsiyet açısından farklı bulunmadı; ancak ruhsal hastalık yaygınlığı çok daha düşüktü. Bu karara dayanarak hesaplanan düzeltilmiş katılım ve yanıt oranları sırasıyla %44,0 (temas edilenler arasında yanıt oranı)(1.790/4.067) ve %25,6 (1.790/7.000) olmuştur. Ağırlıklandırılmış örneklemin %49,5'i kadın olup, yaş dağılımı için medyan (çeyrekler arası aralık) 40 (28–54) bulunmuştur.

Veri Toplama Araçları

Tanılar, tam yapılandırılmış ve klinisyen olmayan kişiler tarafından uygulanan Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview-CIDI) kullanılarak konmuştur. Başlangıçta hem DSM-IV hem de ICD-10 tanı sistemlerinin tanım ve ölçütlerine göre tanı koymak amacıyla geliştirilen CIDI, daha sonra DSM-5 için güncellenmiştir. Bu çalışmada DSM-5 sürümü kullanılmış ve tanı sonuçları DSM-5 ölçütlerine göre sunulmuştur. Asya'da (Ghimire ve ark. 2013, Lu ve ark. 2015), Avrupa'da (Haro ve ark. 2006, 2008), Latin Amerika'da (Montoya Gonzalez ve ark. 2016), Ortadoğu'da (Kessler ve ark. 2020) ve ABD'de (Kessler ve ark. 2004) yürütülen geçerlik çalışmalarının hepsi, CIDI tanıları ile DSM-IV ölçütleri kullanılarak yapılan kör klinik tanımlar arasındaki uyumun iyi olduğunu göstermiştir (First ve ark. 2002). Şimdiye kadar CIDI tanıları ile DSM-5 ölçütlerine göre yapılan klinik tanımlar arasındaki uyumu değerlendiren tek WMH araştırması Katar'da yürütülmüştür (Amro ve ark. 2023, Khaled ve ark. 2024a). Bu çalışmada da DSM-5 için altın standart olarak kullanılan SCID (First ve ark. 2002) ile genel olarak iyi bir uyum bulunmuştur (eğri altında kalan alanlar en düşüğü mani/hipomani için olan 0,67 ile en yükseği Travma Sonrası Stres Bozukluğu –TSSB– için olan 0,81 arasında değişmektedir).

CIDI'nin Türkçeye uyarlanması, WMH tarafından belirlenen TRAPD yöntemi (Çeviri, Gözden Geçirme, Hakemlik, Ön Test ve Belgeleme) kullanılarak yapılmıştır (Harkness ve ark. 2008) (ayrıntılar için Yöntem Ek Bölümüne bakınız). TRAPD yöntemi, geleneksel çeviri-geri çeviri (Brislin 1986) yönteminde karşılaşılan kültürel uyarlama hatalarını azaltır. Bu yöntemde farklı mesleki geçmişleri olan birden fazla çevirmen bağımsız çeviriler yapar, ardından "yüksek sesle düşünme" ve "kendi kelimeleri ile anlatma" gibi bilişsel görüşme tekniklerini kullanarak farklılıkları tartışır ve uzlaştırır (Walde ve Völm 2023).

Bu yazıda, 12 aylık yedi DSM-5 anksiyete bozukluğu (yaygın anksiyete bozukluğu [YAB], panik bozukluğu [PB], agorafobi [AGO], özgül fobi [ÖF], sosyal anksiyete bozukluğu [SAB], travma sonrası stres bozukluğu [TSSB] ve obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar [OKİB]), üç duygudurum bozukluğu (majör depresif bozukluk [MDB], Kronik Depresif Bozukluk [KDB] ve bipolar spektrum bozukluğu [BSB] —bu kategori bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve eşikaltı bipolar bozukluğu içermektedir— Merikangas ve ark. 2011) ve üç dışallaştırıcı bozukluğun (aralıklı patlayıcı bozukluk [APB], alkol kullanım bozukluğu [AKB] ve madde kullanım bozukluğu [MKB]) 30 günlük ve 12 aylık yaygınlığı ile süregenliği incelenmiştir. DSM-5, TSSB ve OKİB'ı farklı tanı kategorilerine ayırmış olsa da, önceki DSM-IV sınıflandırmalarını kullanan diğer WMH araştırmalarıyla karşılaştırmalarda tutarlılığı korumak için bu iki bozukluk anksiyete bozuklukları grubunda tutulmuştur. Bu bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı, tedavi başvurusu ve başlangıç yaşı dağılımları ile ilgili bulgular ayrı bir yazıda sunulacaktır.

Ek tanı (komorbidite), görüşmeden önceki 30 gün içinde ve 12 ay içinde herhangi bir zamanda ek olarak bulunan bozuklukların sayısı (1,2 veya ≥ 3) olarak tanımlanmıştır. On iki aylık süregenlik, geriye dönük beyanlara göre yaşam boyu tanı ölçütlerini karşılayan katılımcılar arasında, görüşmeden önceki 12 ay içinde herhangi bir zamanda ilgili bozukluğun ölçütlerini karşılamaya devam edenlerin oranı olarak tanımlanmıştır. Otuz günlük süregenlik ise, 12 aylık tanı ölçütlerini karşılayan katılımcılar arasında, görüşmeden önceki 30 gün içinde de ölçütleri karşılamaya devam edenlerin oranı olarak tanımlanmıştır. Hastalık şiddeti, hem 12 aylık hem de 30 günlük olgular için, WMH araştırmalarında uzun süredir kullanılan üç aşamalı bir sınıflandırma (hafif, orta, ağır) temelinde kategorize edilmiştir (ayrıntılar için Yöntem Ek Bölümüne bakınız). Tanı koyarken DSM-5 organik nedenleri dışlama kuralları uygulanmamış, tanısal hiyerarşi kuralları ise yalnızca MDB ve KDB'nin BSB ile birlikte görülmesi durumunda uygulanmıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet, yaş (18–34, 35–49, 50–64, 65+), medeni durum (evli, hiç evlenmemiş, daha önce evlenmiş), istihdam durumu (çalışıyor veya diğer), eğitim düzeyi ve aile geliri değerlendirmeye alınmıştır. Hem eğitim hem de gelir düzeyleri dört seviyeye ayrılmıştır. Eğitim düzeyi grupları: düşük (ilköğretim veya altı), düşük-orta (ortaöğretim veya meslek diploması), yüksek-orta (önlisans veya lisans), yüksek (yüksek lisans veya üzeri). Gelir düzeyi grupları: düşük (örneklem ortancasının yarısından az), düşük-orta (ortancaya kadar), yüksek-orta (ortancanın iki katına kadar) ve yüksek (ortancanın iki katından fazla).

İstatistiksel Analizler

Analiz öncesinde verilere bir dizi ağırlıklandırma uygulanmıştır: 1) Kümeler arasındaki yanıt oranı farklılıklarını

düzeltilmek için küme düzeyinde ağırlık; 2) Her hanede yalnızca bir görüşme yapılması nedeniyle, hane içindeki bireylerin seçilme olasılıkları arasındaki farklılıkları düzeltmek için katılımcı düzeyinde ikinci ağırlık; 3) İlk iki ağırlığın uygulandığı çift ağırlıklı katılımcı düzeyindeki verilere dayalı olarak yürütülen bir lojistik regresyon analizi yoluyla, örneklem ile nüfus sayımı verileri arasında temel sosyodemografik değişkenlerin dağılımındaki farklılıkları düzeltmek amacıyla kalibrasyon ağırlığı (Kott 2015).

Bu üçlü ağırlıklandırılmış veriler kullanılarak herhangi bir bozukluğun, üç genel bozukluk kategorisinin (anksiyete, duygudurum ve dışsallaştırıcı bozukluklar) ve her bir bozukluk için ayrı ayrı 12 aylık ve 30 günlük yaygınlık değerleri elde edilmiştir. Sürengenlik modelleri, yaşam boyu olgular arasında 12 aylık yaygınlık ve 12 aylık olgular arasında 30 günlük yaygınlığın değerlendirilmesiyle hesaplanmıştır. Hastalık şiddeti, hem 12 aylık hem de 30 günlük bozukluklar için hesaplanmıştır. On iki aylık ve 30 günlük yaygınlık, sürengenlik ve şiddetin sosyodemografik yordayıcıları lojistik regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Yaygınlık değerlerinin standart hataları, Taylor serisi lineerleştirme yöntemi ile, SAS sürüm 9.4 (SAS Institute Inc 2013) yazılımı ile elde edilmiştir. Logit değerleri ve bunların %95 güven aralıkları (GA) üstel dönüşümle olasılık oranları (OR) ve tasarıma dayalı %95 GA'lara dönüştürülmüştür. Bağımsız değişken kümelerine ilişkin çok değişkenli anlamlılık testleri, Taylor serisi tasarımına

dayalı varyans-kovaryans matrisleri kullanılarak Wald k-kare testleri ile yapılmıştır. Tüm anlamlılık testleri, $\alpha=0,05$ düzeyinde, çift yönlü (two-sided) olarak değerlendirilmiştir.

Finansman Kaynaklarının Rolü

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın mali desteğiyle gerçekleştirilmiş olup, çalışmanın deseni ve uygulanması WMH Araştırmaları Girişimi'nin gözetimi ve denetimi altında yapılmıştır. Çalışmanın finansörleri, araştırmacının tasarımı veya yürütülmesi, verilerin toplanması, yönetimi, analizi ya da yorumlanması, makalenin hazırlanması, gözden geçirilmesi veya onaylanması ya da makalenin yayımlanmak üzere gönderilmesi kararının alınması süreçlerinde yer almamıştır.

BULGULAR

Ruhsal Bozuklukların Yaygınlık Düzeyi

Herhangi bir DSM-5 CIDI tanısının 12 aylık yaygınlığı %23,9 bulunmuştur. En yaygın grup anksiyete bozuklukları (%17,2) olup, bunu duygudurum bozuklukları (%12,4) ve dışsallaştırıcı bozukluklar (%2,2) izlemiştir (Tablo 1). On iki aylık yaygınlığı en yüksek üç bozukluk sırasıyla travma sonrası stres bozukluğu (TSSB; %9,8), majör depresif bozukluk (MDB; %7,1) ve obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar (OKİB; %6,3) olmuştur. Katılımcıların %13,9'u sadece bir 12 aylık bozukluk, %5,2'si iki bozukluk ve %4,8'i üç veya

Tablo 1. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2'de 12 ay ve 30 günlük DSM-5 CIDI bozukluklarının yaygınlığı ve sürengenliği (n=1,790)

	Yaygınlık		Sürengenlik	
	12-ay % (SE)	30-gün % (SE)	12-ay % (SE) ^a	30-gün % (SE) ^b
Anksiyete bozuklukları				
Panik bozukluğu	0,8 (0,2)	0,6 (0,1)	52,1 (11,2)	73,3 (12,4)
Yaygın anksiyete bozukluğu	3,0 (0,7)	2,1 (0,4)	78,4 (5,6)	68,9 (5,0)
Özgül fobi	2,5 (0,4)	1,6 (0,3)	64,3 (5,8)	66,8 (7,1)
Agorafobi	0,3 (0,1)	0,3 (0,1)	61,5 (18,5)	100 (-)
Sosyal anksiyete bozukluğu	0,9 (0,3)	0,7 (0,3)	80,2 (7,2)	74,5 (16,5)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	9,8 (1,0)	8,4 (0,7)	60,8 (4,7)	86,2 (3,3)
Obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar	6,3 (1,3)	4,8 (1,2)	57,2 (6,9)	75,6 (5,8)
Tüm anksiyete bozuklukları	17,2 (1,0)	13,9 (1,0)	63,0 (2,3)	80,9 (3,4)
Duygudurum bozuklukları				
Majör depresif bozukluk	7,1 (0,8)	4,5 (0,6)	59,1 (2,8)	64,2 (5,2)
Kronik depresif bozukluk	6,1 (0,6)	5,1 (0,6)	61,7 (3,2)	82,5 (3,3)
Bipolar spectrum bozuklukları	2,8 (0,3)	1,9 (0,2)	66,6 (8,0)	65,5 (5,8)
Tüm duygudurum bozuklukları	12,4 (1,2)	8,9 (1,0)	58,9 (3,3)	71,3 (3,0)
Dışsallaştırma bozuklukları				
Aralıklı patlayıcı bozukluk	1,2 (0,4)	0,9 (0,4)	75,9 (9,8)	74,6 (11,0)
Alkol kullanım bozukluğu	0,9 (0,3)	0,6 (0,2)	29,8 (9,1)	61,7 (13,3)
Madde kullanım bozukluğu	0,2 (0,1)	0,2 (-)	31,5 (9,4)	63,3 (24,3)
Tüm dışsallaştırma bozuklukları	2,2 (0,5)	1,6 (0,3)	47,5 (7,4)	71,9 (7,1)
Bozukluk sayısı				
Bir bozukluk	13,9 (0,6)	10,9 (1,1)	48,8 (1,3) ^c	63,4 (4,1) ^d
İki bozukluk	5,2 (0,6)	3,9 (0,6)	73,3 (2,8) ^c	92,4 (1,9) ^d
Üç ya da daha fazla bozukluk	4,8 (0,6)	3,5 (0,4)	87,9 (3,3) ^c	98,2 (1,7) ^d
Tüm ruhsal bozukluklar	23,9 (1,3)	18,3 (1,5)	63,5 (1,6) ^c	76,6 (2,9) ^d

SE: standard hata.

^a 12-ay sürengenlik, hayatboyu vakaları içindeki 12 aylık yaygınlık olarak hesaplanmıştır.

^b 30-gün sürengenlik, 12-ay vakaları içindeki 30 günlük yaygınlık olarak hesaplanmıştır.

^c En az bir 12-aylık ruhsal hastalığı olanların hayatboyu hastalık sayısına (1, 2, 3 veya fazla, veya herhangi bir) göre dağılımı.

^d En az bir 30 günlük ruhsal hastalığı olanların 12 aylık hastalık sayısına (1, 2, 3 veya fazla, veya herhangi bir) göre dağılımı.

Tablo 2. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2'de 12 ay ve 30 günlük DSM-5 CIDI bozukluklarının hastalık şiddetine göre dağılımı

	12-aylık bozukluk ^a			30-günlük bozukluk ^a		
	Ağır % (SE)	Orta % (SE)	Hafif % (SE)	Ağır % (SE)	Orta % (SE)	Hafif % (SE)
Anksiyete bozuklukları						
Panik bozukluğu	52,0 (9,7)	48,0 (9,7)	0,0 (-)	— ^b	— ^b	— ^b
Yaygın anksiyete bozukluğu	58,1 (4,2)	41,9 (4,2)	0,0 (-)	64,2 (5,6)	35,8 (5,6)	0,0 (-)
Özgül fobi	35,8 (4,5)	27,3 (5,5)	36,9 (6,2)	49,2 (7,1)	17,8 (6,5)	33,1 (8,8)
Agorafobi	84,6 (14,0)	15,4 (14,0)	0,0 (-)	— ^b	— ^b	— ^b
Sosyal anksiyete bozukluğu	70,4 (15,8)	25,4 (16,8)	4,2 (3,7)	— ^b	— ^b	— ^b
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	35,2 (2,2)	50,1 (3,9)	14,7 (4,5)	38,2 (1,8)	49,1 (4,1)	12,7 (4,1)
Obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar	43,9 (5,5)	22,0 (5,4)	34,1 (3,3)	51,8 (4,2)	20,2 (5,1)	28,0 (4,6)
Tüm anksiyete bozuklukları	33,2 (2,3)	41,9 (2,2)	24,9 (2,6)	38,7 (2,2)	41,0 (1,7)	20,4 (3,1)
Duygudurum bozuklukları						
Majör depresif bozukluk	53,1 (4,1)	43,1 (4,2)	3,8 (1,7)	72,5 (7,6)	27,5 (7,6)	0,0 (-)
Kronik depresif bozukluk	46,4 (4,4)	44,8 (7,0)	8,8 (4,6)	54,2 (5,2)	40,4 (5,9)	5,5 (2,7)
Bipolar spectrum bozuklukları	60,3 (4,1)	27,4 (6,1)	12,4 (3,8)	65,5 (9,0)	27,4 (8,8)	7,1 (5,6)
Tüm duygudurum bozuklukları	49,7 (2,4)	41,2 (3,5)	9,1 (3,2)	60,2 (4,3)	35,2 (4,1)	4,6 (2,4)
Dışsallaştırma bozuklukları						
Aralıklı patlayıcı bozukluk	35,5 (12,1)	39,2 (4,7)	25,4 (10,2)	— ^b	— ^b	— ^b
Alkol kullanım bozukluğu	77,0 (10,1)	9,7 (9,4)	13,3 (9,3)	— ^b	— ^b	— ^b
Madde kullanım bozukluğu	100 (-)	0,0 (-)	0,0 (-)	— ^b	— ^b	— ^b
Tüm dışsallaştırma bozuklukları	55,3 (11,3)	25,4 (6,1)	19,3 (7,8)	— ^b	— ^b	— ^b
Bozukluk sayısı^c						
Bir bozukluk	16,7 (2,3)	46,1 (2,6)	37,2 (3,2)	19,5 (3,1)	51,5 (1,2)	29,0 (3,9)
İki bozukluk	38,5 (2,9)	56,5 (3,3)	5,1 (2,0)	53,0 (5,3)	42,4 (6,2)	4,6 (2,0)
Üç ya da daha fazla bozukluk	73,7 (3,1)	23,3 (2,4)	3,0 (1,5)	82,7 (2,6)	16,0 (2,3)	1,3 (0,9)
Tüm ruhsal bozukluklar	32,8 (2,2)	43,8 (2,1)	23,4 (2,1)	38,8 (2,7)	42,7 (1,7)	18,4 (2,9)

SE: standart hata (standard error).

^a Yüzdelere, her bozukluk türüne göre her şiddet kategorisinin dağılımını göstermektedir.^b Vaka sayısı 30'dan az olan bozukluklar için dağılımlar bildirilmemiştir.^c 12 aylık bozukluk sayısına göre bozukluk şiddetinde anlamlı bir fark gözlemlenmiştir (F (4,3)=84,10, p=0,002). İki tanısı olan katılımcıların, yalnızca bir bozukluğu olanlara kıyasla ağır olma olasılığı anlamlı derecede daha yüksektir (F (1,6)=36,96, p<0,001). Üç veya daha fazla bozukluğu olan katılımcıların ağır olma olasılığı, iki bozukluğu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (F (1,6)=46,71, p<0,001). Üç veya daha fazla bozukluğu olan katılımcıların ağır olma olasılığı, yalnızca bir bozukluğu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (F (1,6)=86,05, p<0,001). Otuz günlük dönemdeki bozukluk sayısına göre bozukluk şiddetinde de anlamlı bir fark gözlemlenmiştir (F (4,3)=21,68, p=0,015). İki tanısı olan katılımcıların ağır olma olasılığı, yalnızca bir bozukluğu olanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir (F (1,6)=23,41, p=0,003). Üç veya daha fazla bozukluğu olan katılımcıların ağır olma olasılığı, iki bozukluğu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (F (1,6)=36,79, p<0,001). Üç veya daha fazla bozukluğu olan katılımcıların ağır olma olasılığı, yalnızca bir bozukluğu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (F (1,6)=89,34, p<0,001).

daha fazla bozukluk ölçütlerini karşılamıştır. Bu 12 aylık olgular, yaşam boyu olguların %63,5'ini temsil etmektedir. Anksiyete bozukluklarının 12 aylık süregenliği (%63,0), duygudurum bozuklukları (%58,9) ve dışsallaştırıcı bozukluklara (%47,5) kıyasla daha yüksektir. En yüksek 12 aylık süregenlik sosyal anksiyete bozukluğunda (SAB; %80,2), en düşük ise alkol kullanım bozukluğunda (AKB; %29,8) saptanmıştır. En az bir bozukluğu olan katılımcılar arasında 12 aylık süregenlik oranı, yaşam boyu yalnızca bir bozukluğu olanlarda saptanan %48,8 ile, üç veya daha fazla bozukluğu olanlardaki %87,9 arasında değişmektedir. Herhangi bir bozukluğun 30 günlük yaygınlığı %18,3 olarak hesaplanmıştır. On iki ay için olana benzer şekilde anksiyete bozuklukları (%13,9), duygudurum bozuklukları (%8,9) ve dışsallaştırıcı bozukluklardan (%1,6) daha yaygındır. On iki aylık olgular içinde 30 günlük süregenlik oranı, alkol kullanım bozukluğundaki %61,7 ile agorafobide saptanan %100 arasında değişmektedir. Ayrıca, üç veya daha fazla 12 aylık bozukluğu bulunan katılımcıların neredeyse tamamı (%98,2) en az bir 30 günlük bozukluk ölçütünü de karşılamıştır.

Hastalık Şiddeti

On iki aylık bozukluğu olan katılımcıların yaklaşık üçte birinde hastalık şiddeti (%32,8) ağır, %43,8'i orta

ve %23,4'ü hafif olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 2). Dışsallaştırıcı bozukluklar (%55,3) ve duygudurum bozukluklarında (%49,7), anksiyete bozukluklarına (%33,2) kıyasla daha fazla kişi ağır olarak sınıflanmıştır. On iki aylık dönemde ağır olarak değerlendirilme olasılığı en yüksek olan bozukluklar sırasıyla bipolar spektrum bozukluğu (BSB; %60,3), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB; %58,1) ve majör depresif bozukluk (MDB; %53,1) olmuştur (bozuklukların şiddet düzeylerine göre dağılımı için Ek Tablo 1'e bakınız). Ek tanı (komorbidite), şiddet düzeyi ile güçlü biçimde ilişkili bulunmuştur: üç veya daha fazla 12 aylık bozukluğu olan katılımcıların %73,7'si ağır olarak sınıflandırılmışken, iki bozukluğu olanların %38,5'i ve tek bir 12 aylık bozukluğu olanların yalnızca %16,7'si ağır olarak değerlendirilmiştir. Bu genel örüntüler, 30 günlük olgular için de oldukça benzer bulunmuştur; bu grupta da en yüksek ağır şiddet oranları YAB, BSB, MDB ve yüksek ek tanı (komorbidite) düzeylerinde gözlenmiştir.

Sosyodemografik Değişkenlerle İlişki

Yaygınlık: Herhangi bir hastalık yaygınlığı, kadınlarda (yalnızca 12 aylık yaygınlık için), gençlerde ve eğitim düzeyi daha düşük bireylerde (yalnızca 30 günlük yaygınlık için) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Gelir ile 30 günlük

yaygınlık arasında doğrusal olmayan (nonmonotonik) bir ilişki gözlenmiştir. Bozukluk sınıflarına göre ayrıştırılmış analizler, 30 günlük tahminlerin kararsızlığı nedeniyle yalnızca 12 aylık yaygınlık için yapılabilmektedir. Bu ayrıştırılmış analizler, kadınlarda gözlenen yüksek yaygınlığın anksiyete ve duygudurum bozukluklarından kaynaklandığını; buna karşılık erkeklerde, dışsallaştırıcı bozukluk yaygınlığının

kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Ek Tablo 2). Yaş açısından, gençlerde daha yüksek yaygınlık tüm bozukluk sınıflarında saptanmış; bu eğilim en belirgin biçimde dışsallaştırıcı bozukluklarda, ardından anksiyete bozukluklarında, en az ise duygudurum bozukluklarında gözlenmiştir. Gelir düzeyi ile dışsallaştırıcı bozukluklar arasında da doğrusal olmayan bir ilişki bulunmuştur. Çalışmayan bireylerde,

Tablo 3. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2'de sosyodemografik değişkenlerin 12 ay ve 30 günlük DSM-5/CIDI bozukluklarının yaygınlığı ve süregenliği ile ilişkisi (n=1,790)

	Sosyodemografik özellikler % (SE)	12-ay ruhsal bozukluk		30-gün ruhsal bozukluk	
		Yaygınlık	Süregenlik	Yaygınlık	Süregenlik
		OO (95% GA)	OR (95% GA)	OR (95% GA)	OR (95% GA)
Cinsiyet					
Kadın	49,6 (2,1)	1,7 (1,3–2,3)*	1,5 (0,9–2,8)	1,5 (1,0–2,3)	0,9 (0,4–1,9)
Erkek	50,4 (2,1)	(Ref)	(Ref)	(Ref)	(Ref)
X ² ₁ (p- değeri)	–	12,9 (<0,001)*	2,1 (0,14)	3,7 (0,05)	0,1 (0,76)
Yaş (yıl)					
18–34	36,7 (2,4)	2,5 (1,2–5,0)*	2,2 (1,2–4,3)*	2,9 (1,4–5,9)*	1,7 (0,8–3,4)
35–49	30,1 (1,4)	2,0 (0,9–4,4)	1,4 (0,7–2,8)	2,3 (1,0–5,3)*	1,7 (0,6–5,4)
50–64	21,8 (0,8)	1,2 (0,6–2,3)	0,6 (0,2–2,0)	1,5 (0,7–3,2)	2,9 (1,1–7,4)*
65 ve üstü	11,5 (1,1)	(Ref)	(Ref)	(Ref)	(Ref)
X ² ₃ (p- değeri)	–	23,9 (<0,001)*	29,0 (<0,001)*	51,1 (<0,001)*	12,1 (0,007)*
Eğitim^a					
Düşük	37,2 (1,9)	1,5 (0,6–4,3)	4,6 (1,7–12,9)*	2,1 (0,5–8,8)	8,2 (1,2–54,0)*
Düşük orta	45,5 (1,8)	1,6 (0,7–3,7)	4,2 (2,6–6,9)*	2,3 (0,7–7,8)	10,6 (1,1–107,6)*
Yüksek orta	16,2 (1,0)	1,4 (0,6–3,4)	3,0 (1,4–6,8)*	1,3 (0,4–4,7)	3,3 (0,9–12,5)
Yüksek	1,1 (0,2)	(Ref)	(Ref)	(Ref)	(Ref)
X ² ₃ (p- değeri)	–	2,2 (0,53)	63,3 (<0,001)*	11,9 (0,008)*	5,1 (0,17)
Gelir^b					
Düşük	29,8 (1,2)	1,3 (0,9–2,0)	2,6 (1,4–4,8)*	1,4 (0,9–2,0)	1,4 (0,6–3,0)
Düşük orta	21,2 (0,8)	1,2 (0,8–1,7)	1,6 (0,7–4,1)	0,9 (0,6–1,4)	0,6 (0,2–1,7)
Yüksek orta	26,8 (0,9)	1,3 (0,8–2,1)	1,8 (1,0–3,2)*	1,4 (0,8–2,3)	1,6 (0,9–3,1)
Yüksek	22,2 (0,8)	(Ref)	(Ref)	(Ref)	(Ref)
X ² ₃ (p- değeri)	–	6,1 (0,11)	20,6 (<0,001)*	36,1 (<0,001)*	18,9 (<0,001)*
Çalışma durumu					
Başka ^c	60,6 (2,5)	1,0 (0,8–1,3)	0,7 (0,4–1,1)	1,0 (0,7–1,4)	0,5 (0,2–1,2)
Çalışıyor	39,4 (2,5)	(Ref)	(Ref)	(Ref)	(Ref)
X ² ₁ (p- değeri)	–	0,0 (0,84)	3,0 (0,08)	0,0 (0,85)	2,1 (0,15)
Medeni durum					
Hiç evlenmemiş	22,3 (1,9)	1,2 (0,9–1,7)	0,6 (0,3–1,1)	1,2 (0,9–1,6)	0,7 (0,3–1,7)
Daha önce evlenmiş ^d	8,3 (0,6)	1,5 (0,8–2,7)	1,1 (0,4–3,0)	1,7 (1,0–3,0)	1,9 (0,9–4,0)
Halen evli	69,4 (2,0)	(Ref)	(Ref)	(Ref)	(Ref)
X ² ₂ (p- değeri)	–	4,7 (0,09)	3,4 (0,19)	4,2 (0,12)	7,0 (0,030)*
12-aylık hastalık sayısı					
Üç veya daha fazla	4,8 (0,6)	–	–	–	39,3 (3,6–427,5)*
İki	5,2 (0,6)	–	–	–	9,8 (5,5–17,5)*
Bir	13,9 (0,6)	–	–	–	(Ref)
X ² ₂ (p- değeri)	–	–	–	–	60,9 (<0,001)*
Hayatboyu hastalık sayısı					
Üç veya daha fazla	8,7 (0,9)	–	7,5 (3,7–15,2)*	–	–
İki	8,8 (0,6)	–	3,0 (1,9–4,8)*	–	–
Bir	20,3 (1,0)	–	(Ref)	–	–
X ² ₂ (p- değeri)	–	–	32,2 (<0,001)*	–	–
Toplam model	–	123,9 (<0,001)*	2652,7 (<0,001)*	2811,6 (<0,001)*	18,1 (0,26)
X ² _{13/15} (p- değeri)	–	–	–	–	–

OO: odds oranı; GA: güven aralığı.

a Eğitim, düşük (5 yıl veya daha az okula gitmiş), düşük-orta (6–8 yıl okula gitmiş, lise, üniversite), yüksek-orta (üniversite mezunu), ve yüksek (master/doktora) şeklinde tanımlanmıştır.

b Gelir, örneklemin kişi başı ortancasına oranlanarak bulunur ve düşük (ortancanın yarısından az), düşük-orta (ortancaya kadar), yüksek-orta (ortancanın iki katına kadar) ve yüksek (ortancanın iki katından fazla) şeklinde tanımlanır.

c Öğrenciler, ev kadınları, emekliler ve diğerleri.

d Ayrılmış, boşanmış, dul.

* 0,05 düzeyinde anlamlı, iki yönlü test.

duygudurum bozukluklarının yaygınlığı anlamlı biçimde yüksek, daha önce evlenmiş olanlarda ise dışsallaştırıcı bozukluk yaygınlığı artmış olarak saptanmıştır.

Sürengenlik: Yaygınlık bulgularına benzer şekilde, sürengenlik de genç yaş gruplarında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Ancak, 12 aylık sürengenlik açısından bu artış

yalnızca 18–34 yaş grubuyla sınırlıyken, 30 günlük sürengenlikte artış 18–64 yaş aralığındaki tüm gruplarda gözlenmiş ve en belirgin biçimde 50–64 yaş aralığında ortaya çıkmıştır. Düşük eğitim düzeyinin sürengenlikle ilişkisi yaygınlıkla ilişkisine oranla daha güçlü ve tutarlıdır. On iki aylık sürengenlik, en yüksek eğitim düzeyindeki grup dışındaki tüm katılımcılarda artmış olarak saptanmıştır. Buna karşılık, eğitim düzeyi ile 30

Tablo 4. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2'de sosyodemografik değişkenlerin 12 ay ve 30 günlük ağır ruhsal bozukluklarla ilişkisi

	12 ay ağır ruhsal bozukluk		30 gün ağır ruhsal bozukluk	
	Tüm grupta	12-ay hastalığı olanlar arasında	Tüm grupta	30-gün hastalığı olanlar arasında
	OO (95% GA)	OO (95% GA)	OO (95% GA)	OO (95% GA)
Cinsiyet				
Kadın	1,5 (1,1–2,1)*	0,9 (0,5–2,0)	1,5 (1,1–2,1)*	1,1 (0,5–2,4)
Erkek	(Ref)	(Ref)	(Ref)	Ref
X ² ₁ (p- değeri)	5,4 (0,020)*	0,0 (0,88)	5,5 (0,019)*	0,0 (0,88)
Yaş (yıl)				
18–34	4,0 (2,1–7,4)*	1,9 (0,4–8,7)	4,5 (2,2–9,0)*	2,0 (0,2–19,0)
35–49	2,4 (1,6–3,8)*	1,3 (0,5–3,0)	2,7 (1,6–4,5)*	1,2 (0,5–3,0)
50–64	1,4 (0,6–3,2)	1,3 (0,3–5,7)	1,6 (0,6–3,9)	1,2 (0,2–8,2)
65 ve üstü	(Ref)	(Ref)	(Ref)	Ref
X ² ₃ (p- değeri)	47,7 (<0,001)*	1,2 (0,75)	41,7 (<0,001)*	1,0 (0,81)
Eğitim^a				
Düşük	1,1 (0,2–7,0)	1,0 (0,2–5,7)	1,0 (0,1–6,7)	1,3 (0,1–11,7)
Düşük orta	1,4 (0,2–9,0)	1,6 (0,3–8,0)	1,1 (0,2–7,7)	1,6 (0,2–13,7)
Yüksek orta	0,8 (0,1–4,4)	0,9 (0,2–4,7)	0,6 (0,1–4,1)	1,3 (0,1–19,9)
Yüksek	(Ref)	(Ref)	(Ref)	Ref
X ² ₃ (p- değeri)	53,3 (<0,001)*	11,2 (0,011)*	8,2 (0,043)*	2,1 (0,56)
Gelir^b				
Düşük	1,4 (0,8–2,4)	1,5 (1,0–2,4)	1,6 (0,8–3,3)	1,5 (0,8–2,9)
Düşük orta	1,4 (1,0–2,0)	1,9 (1,1–3,2)*	1,5 (0,8–2,5)	2,0 (1,4–2,9)*
Yüksek orta	1,3 (0,8–2,1)	1,3 (0,7–2,4)	1,4 (0,7–2,8)	1,3 (0,6–2,6)
Yüksek	(Ref)	(Ref)	(Ref)	Ref
X ² ₃ (p- değeri)	3,0 (0,39)	9,2 (0,027)*	2,0 (0,57)	22,4 (<0,001)*
Çalışma durumu				
Başka ^c	1,2 (0,7–2,1)	0,8 (0,4–1,5)	1,3 (0,8–2,1)	1,1 (0,7–1,8)
Çalışıyor	(Ref)	(Ref)	(Ref)	Ref
X ² ₁ (p- değeri)	0,7 (0,41)	0,5 (0,50)	1,3 (0,25)	0,3 (0,61)
Medeni durum				
Hiç evlenmemiş	1,2 (1,0–1,6)	0,8 (0,4–1,7)	1,3 (1,0–1,8)*	1,2 (0,5–2,8)
Daha önce evlenmiş ^d	2,6 (1,2–5,7)*	2,1 (0,8–5,9)	2,8 (1,2–6,5)*	1,9 (0,6–6,7)
Halen evli	(Ref)	(Ref)	(Ref)	Ref
X ² ₂ (p- değeri)	25,0 (<0,001)*	2,7 (0,26)	16,2 (<0,001)*	1,3 (0,53)
30 günlük hastalık sayısı				
Üç veya daha fazla	–	–	–	20,7 (11,2–38,2)*
İki	–	–	–	4,6 (2,6–8,3)*
Bir	–	–	–	Ref
X ² ₂ (p- değeri)	–	–	–	95,6 (<0,001)*
12-aylık hastalık sayısı				
Üç veya daha fazla	–	15,4 (8,4–28,3)*	–	–
İki	–	3,0 (1,9–5,0)*	–	–
Bir	–	(Ref)	–	–
X ² ₂ (p- değeri)	–	87,0 (<0,001)*	–	–
Toplam model	130,5 (<0,001)*	94,0 (<0,001)*	111,0 (<0,001)*	46,6 (<0,001)*
X ² _{13/15} (p- değeri)				
(n)	(1,790)	(420)	(1,790)	(322)

OO: odds oranı; GA, güven aralığı.

a Eğitim, düşük (5 yıl veya daha az okula gitmiş), düşük-orta (6–8 yıl okula gitmiş, lise, üniversite), yüksek-orta (üniversite mezunu), ve yüksek (master/doktora) şeklinde tanımlanmıştır.

b Gelir, örneklemin kişi başı ortancasına oranlanarak bulunur ve düşük (ortancanın yarısından az), düşük-orta (ortancaya kadar), yüksek-orta (ortancanın iki katına kadar) ve yüksek (ortancanın iki katından fazla) şeklinde tanımlanır.

c Öğrenciler, ev kadınları, emekliler ve diğerleri.

d Ayrılmış, boşanmış, dul.

* 0,05 düzeyinde anlamlı, iki yönlü test.

günlük süregenlik arasındaki ilişki doğrusal olmayan (non-monotonik) bir örüntü göstermiştir. Son olarak, daha önce evlenmiş olan katılımcılarda 30 günlük süregenlik anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur.

Hastalık Şiddeti: Sosyodemografik değişkenler, tüm 12 aylık (eğitim, gelir) ve 30 günlük (gelir) olgular arasında bozukluk şiddeti ile yalnızca seyrek ve doğrusal olmayan (nonmonotonik) biçimde ilişkili bulunmuştur (Tablo 4). (Örneklem büyüklüğü, her bir hastalık grubunda şiddetle ilişkili faktörleri analiz etmek için yeterli değildi). Bununla birlikte, tüm örneklem dikkate alındığında (yani hem tanı alanlar hem almayanlar dâhil edildiğinde), ağır bozuklukların kadınlarda, genç ve orta yaşlı bireylerde ve daha önce evlenmiş olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, eğitim düzeyi ile hastalık şiddeti arasında da istatistiksel olarak anlamlı, doğrusal olmayan bir ilişki saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu yazıda, Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 araştırmasından elde edilen verilere dayanarak, sık görülen ruhsal bozuklukların 12 aylık ve 30 günlük yaygınlığına ilişkin bulgular sunulmuştur. Çalışmamızda, geniş bir ruhsal hastalık yelpazesıyla ilgili yaygınlık, şiddet ve süregenlik verileri DSM-5 ölçütlerine göre değerlendirilmiştir. Elde ettiğimiz bulgular, ruhsal bozuklukların oldukça yaygın olduğunu gösteren önceki WMH araştırmalarıyla (Kessler ve ark. 2005, Kessler ve ark. 2009) uyumludur; örneklemimizdeki yetişkinlerin %23,9'u, son 12 ay içinde en az bir ruhsal bozukluk tanı ölçütünü karşılamıştır. Araştırmamızda saptanan demografik yordayıcılar da diğer WMH çalışmalarında bildirilenlerle uyumludur. Anksiyete ve duygudurum bozukluklarının yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur; bu sonuç, diğer ülkelerden elde edilen kanıtlarla da tutarlıdır (Andrade ve ark. 2003, Baxter ve ark. 2013, Ferrari ve ark. 2013, Steel ve ark. 2014). Buna karşılık, erkeklerde dışsallaştırıcı bozuklukların yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur. Bu örüntüleri açıklamak üzere çeşitli biyolojik ve genetik hipotezler öne sürülmüştür (Merikangas ve Alması 2020); öte yandan, toplumsal cinsiyet rolleri yaklaşımı da hâlen kabul görmektedir (Seedat ve ark. 2009). Tüm bozukluk sınıflarının genç katılımcılar arasında daha yaygın olduğu da gözlenmiştir. Türkiye'de gençlerin ruh sağlığına ilişkin karşılaştırılabilir güncel veriler bulunmamasıyla birlikte, bu eğilim ekonomik güçlükler ve gelecek kaygısı gibi stres etmenleriyle ilişkili olabilir. Türkiye'de son yıllarda intiharlardaki kısmi artış (TÜİK 2025) ve gençler arasında yaşam doyumunun düşüklüğü (UNICEF Innocenti 2025) de bu gözlemi destekler niteliktedir. Ruhsal bozukluklar, genetik ve çevresel yakınlık faktörleri arasındaki karmaşık ve çift yönlü etkileşimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bu nedenle, diğer ülkelerdeki WMH verileriyle uyumlu olarak, örneklemimizde düşük eğitim düzeyi, boşanmış olma ve çalışmama

durumunun daha yüksek yaygınlıkla ilişkili bulunması şaşırtıcı değildir.

Yaşam boyu ruhsal bozukluk tanısı almış olan katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (%63,5'i), son 12 ay içinde de belirtilerin devam ettiğini bildirmiştir. Bu durum, Türkiye'de ruhsal bozuklukların belirgin bir süregenlik gösterdiğine işaret etmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve bipolar spektrum bozukluğu (BSB) en yüksek (%66,6–80,2) süregenlik gösteren bozukluklar arasında yer almıştır. Buna karşılık, alkol kullanım bozukluğunun (AKB) hem yaygınlığı hem de 12 aylık süregenliği çok düşüktür. Türkiye'de ruhsal bozuklukların bu derecede kronik olmasının altında yatan özgül etmenleri belirlemek güç olmakla birlikte, olası nedenler arasında süregelen toplumsal düzeydeki stresörlerin kümülatif etkileri ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler yer alıyordur.

On iki aylık bozukluklar arasında hastalık şiddeti ve ek tanı oranlarının yüksek olduğu ortaya konmuştur. Şiddet açısından bakıldığında, olguların yaklaşık dörtte üçünde hastalık şiddeti orta (%43,8) veya ağır (%32,8) düzeydedir. Üç ya da daha fazla 12 aylık bozukluğu olan katılımcılarda ağır olguların oranı, daha az bozukluğu olanlara göre iki kattan fazla bulunmuştur. Bu bulgu, önceki WMH araştırmalarından (Demeytenaere ve ark. 2004) farklılık göstermektedir; zira önceki çalışmalarda genellikle hafif bozukluklar ağır olgulardan daha fazlaydı. Türkiye'de ruhsal bozuklukların diğer ülkelere kıyasla daha yüksek şiddette seyretmesi, büyük toplumsal olayların kalıcı psikolojik etkilerini ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ile sosyal hizmetlerin yeterli düzeye ulaşmamış olmasını ya da var olan hizmetlerin kullanımı ile ilgili sorunları yansıtır olabilir (Bilir-Uslu 2022). Bu durum, ruhsal sorunların erken belirtilerinin fark edilmeden ilerlemesine ve hastalık şiddetinin artmasına yol açıyor olabilir. Her hâlükârda, bu konu daha fazla araştırmayı gerektiren önemli bir alandır.

Bulgularımızın, Türkiye'de gerçekleştirilen önceki ulusal düzeydeki epidemiyolojik çalışma (Kılıç 1998) ile karşılaştırılması yararlı olacaktır. Çünkü söz konusu çalışma, Türkiye'de ulusal düzeyde temsil edici bir hane halkı örneklemini kullanan ilk araştırmadır ve (eski bir versiyonu olsa da) bu çalışmada da olduğu gibi Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI) kullanılmıştır. Önceki araştırmada (yaklaşık 30 yıl önce, CIDI 1.1 kullanılarak yürütülmüştür) herhangi bir ruhsal bozukluğun 12 aylık yaygınlığı %8,4 olarak bildirilmişken (Andrade ve ark. 2000), mevcut çalışmada bu yaygınlık %23,9 bulunmuştur. Bu farka yol açmış olabilecek çeşitli etmenler bulunmaktadır. En belirgin neden, kapsam farklılığıdır; çünkü önceki çalışma, mevcut çalışmaya kıyasla daha az sayıda bozukluğu değerlendirmiştir. Ayrıca, önceki çalışmada DSM-III-R tanı ölçütleri kullanılmıştır; bu ölçütler genel olarak DSM-5'e göre daha kısıtlayıcıdır. Bununla birlikte, iki çalışma arasında önemli benzerlikler de vardır. Bunlar arasında benzer

demografik ilişkiler ve her iki çalışmada da gözlenen yüksek süregenlik yüzdeleri (%60'ın üzerinde) sayılabilir. Yukarıda belirtildiği gibi, bu iki çalışma arasındaki zaman diliminde yaşanan doğal afetler, göçler, ekonomik ve sosyal faktörler toplumun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Öte yandan, bu dönemde ruh sağlığını koruyucu yönde etkileyecek gelişmeler de yaşanmıştır. Bunlar arasında aile hekimlerine ruh sağlığı eğitimlerinin verilmesi, toplumun ruh sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik çabalar, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, birçok şehirde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Sağlıklı Hayat Merkezlerine erişimi genişletmeye yönelik çabalar gibi ruh sağlığı hizmetlerinde yapılan reformlar sayılabilir. İki çalışma arasında daha nesnel bir karşılaştırma yapabilmek için, tek tek bozuklukların yaygınlığındaki değişimlerin incelenmesi gerekmektedir; bu bulgular sonraki yazılarımızda bildirilecektir.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması, dünyada DSM-5 ölçütlerini kullanan ilk ulusal epidemiyolojik çalışmalardan biridir. Bu nedenle, bulgularımızı şu ana kadar CIDI-5 verileri temelinde sonuç bildiren üç WMH araştırmasıyla –Norveç (Knudsen ve ark. 2021), Katar (Khaled ve ark. 2024b) ve Hong Kong (Wong ve ark. 2025)– karşılaştırmak önemlidir. Türkiye’de ruhsal bozuklukların 12 aylık yaygınlığı, bu üç ülkedeki yaygınlık düzeylerinden daha yüksek bulunmuştur. Katar araştırması, herhangi bir bozukluğun 12 aylık yaygınlığını %21,1 olarak bildirmiştir; bu yaygınlık bizim bulgularımızdan biraz daha düşüktür, ancak Katar araştırması bizim çalışmamıza göre daha az sayıda bozukluğu değerlendirmiştir. Benzer şekilde, Norveç araştırması pandemi öncesi dönemde 30 günlük yaygınlığı %15,4 olarak bildirmiş, fakat daha sınırlı sayıda bozukluğu incelemiştir. Türkiye ve Katar örneklemelerinin aksine, Norveç örneğinde hiçbir demografik değişkenin ruhsal bozuklukları yordamadığı görülmektedir. Hong Kong araştırması ise, 12 aylık yaygınlığın en düşük olduğu çalışmadır (%10,6); yaygınlıkla cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi ilişkili bulunmamıştır.

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, standart tanı ölçütleri kullanılmış olmasına karşın, özbeöz bilime dayalı semptom değerlendirmeleri, özellikle madde kullanım bozukluğu (MKB) gibi damgalanma riski yüksek durumlarda, yanlılığa yol açmış olabilir. Nitekim önceki çalışmalar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin ruh sağlığıyla ilgili araştırmalara katılma olasılığının daha düşük (Torvik ve ark. 2012) ve bozukluklarını olduğundan az bildirme eğiliminde (Mason ve ark. 2023) olduğunu göstermektedir. Bu durum, çalışmamızda bildirilen yaygınlık göstergelerinin muhafazakâr tahminler olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. İkincisi, araştırmamıza yalnızca T.C. vatandaşları dâhil edilmiştir. Oysa Türkiye’de yaşayan geçici koruma altındaki nüfusun, savaş travması ve zorunlu göç deneyimleri nedeniyle yüksek oranda ruhsal bozukluk yaşadığı bilinmektedir (Kaya ve ark. 2019, Kılıç ve ark. 2024). Her ne kadar bu göçmenlerin

bir kısmı ülkelerine dönmüş olsa da büyük çoğunluğunun kalıcı olması beklenmektedir; bu nedenle gelecekteki araştırmalara bu grubun da dâhil edilmesi önemlidir. Üçüncüsü, uygulamayla ilgili güçlükler nedeniyle araştırmamızda psikotik bozukluklar veya kişilik bozuklukları değerlendirilmemiştir; bu da kapsanan bozukluk sayısını sınırlamıştır. Bu nedenle gerçek yaygınlık saptadığımızın daha üzerinde olabilir. Son olarak, veriler COVID-19 pandemisinden hemen önce toplanmıştır. Dolayısıyla bulgularımız, pandeminin ruh sağlığı üzerindeki olası etkilerini yansıtmamaktadır. Benzer biçimde, 6 Şubat 2023’te meydana gelen ve 50.000’den fazla kişinin ölümüne yol açan iki büyük depremin toplumun ruh sağlığı üzerindeki etkileri de bu çalışmada değerlendirilememiştir. Mevcut örneklem üzerinde yürütülecek bir izlem çalışması hem pandeminin hem de depremlerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini anlamamıza katkı yapacaktır.

Düşük yanıtlama oranı üzerinde ayrıca durmaya değer bir kısıtlılıktır. Yanıtlama oranımız (toplamda %25,6, ulaşılan hanelerde %44,0) CIDI-5 kullanan diğer çalışmalardan düşüktür. Pandemi koşulları nedeniyle birçok kümeye hiç ulaşamamış olmasına bağlı olan bu düşük oranlar yüzünden NUTS-1 bölgelerini ruhsal hastalık yaygınlığı açısından karşılaştıramadık. Ulaşamayan kümeler, doğu ve güneydoğu bölgelerinde ve kırsal kesimde daha fazla idi. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-1 bulguları (Kılıç 1998) kırsal kesimde ruhsal hastalık yaygınlığının daha düşük olduğunu gösterdiği için, gerçek yaygınlık daha düşük olabilir.

Bu çalışma, Türkiye’deki yetişkinlerin yaklaşık dörtte birinde, son 12 ayda DSM-5 ölçütlerine göre bir ya da daha fazla ruhsal bozukluk bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu bozuklukların yüksek şiddet ve çoklu ek tanı (multimorbidite) ile seyretmesi, Türkiye’de önemli bir ruh sağlığı yüküne işaret etmektedir. Elde edilen bulgular, özellikle kadınlar, genç yetişkinler, düşük eğitilmiş bireyler, çalışmayanlar veya daha önce evli olanlar ve birden fazla ruhsal bozukluğu bulunan kişiler gibi risk grupları için ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi gereğini vurgulamaktadır. Türkiye’de ruhsal bozukluklarla ilgili risk ve koruyucu faktörleri daha iyi anlamak ve sürdürülebilir, toplum düzeyinde ruh sağlığı stratejileri geliştirebilmek için izlem temelli (longitudinal) araştırmalara ihtiyaç vardır. T.C. Sağlık Bakanlığı, önceki deneyimlerden yararlanarak psikososyal hizmetlere erişimi artırmaya yönelik adımlar atmıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ağı, kronik ruhsal bozukluğu olan hastalar için yenilikçi bir model sunmuş, daha yaygın ve daha hafif düzeyde sorunları olan bireyler için birinci basamak düzeyinde ihtiyaç duyulan hizmetlerin bir kısmı Sağlıklı Hayat Merkezleri tarafından sunulmaya başlanmıştır; hâlihazırda ülke genelinde 286 merkez ile hizmet verilmektedir. Toplum ruh sağlığında kalıcı iyileşmeler sağlamak için, yeterli sayıda nitelikli uzmanın görev aldığı, sürdürülebilir bir sistemin varlığı önem taşımaktadır. Aynı ölçüde önemli diğer konular ise, toplum ruh sağlığının sadece

sağlık politikaları değil tüm politikaların bir parçası olarak ele alınması, yeni politikaların ve hizmetlerin etkinliğinin titizlikle değerlendirilmesi ve gelecekte oluşturulacak politikaların bilimsel kanıtlara dayanması gerektirir.

Teşekkür: Bu çalışma, çok sayıda kişi ve kurumun uzun yıllara dayanan hazırlık ve işbirliği sürecinin bir ürünüdür. Öncelikle, tüm proje giderlerini finanse eden ve araştırmanın yürütülmesini mümkün kılan örneklem çerçevesini sağlayan T.C. Sağlık Bakanlığı'na içten teşekkürlerimizi sunarız. Projenin hazırlık ve uygulama aşamalarının her adımında sürekli rehberlik ve destekleri için World Mental Health (WMH) Initiative ekibine, özellikle Nancy Sampson, Zeina Mneimneh, Sarah Gildea, Marrena Lindberg, Teresa Gorman, Edward Chiu ve Stephanie Chardouf'e çok teşekkür ediyoruz. Bu makalenin bulgularının temelini oluşturan veri analizlerine yaptıkları önemli katkılar için Hong Kong ekibinden Corinne Wong ve Yoo Na Kim'e, her tür teknik desteği sağlayan Mehmet Yağcı'ya, kalite kontrol yazılımı konusundaki desteği için Alper Gür'e de şükranlarımızı sunuyoruz. CIDI-5'in Türkçeye çeviri ve uyarlama süreci, uzun ve zorlu bir süreç olmuş, ancak çok sayıda uzmanın bilgi birikimi ve geri bildirimleriyle gerçekleşmiştir. Bu katkılarından dolayı Orhan Öztürk, Aylin Uluşahin, Berna Uluğ, Elif Anıl Yağcıoğlu, Elif Barışkın, Bedriye Öncü, İnci Özgür İlhan ve Peykan Gençoğlu'na teşekkür ederiz. Son olarak, CIDI-5'in Türkçe versiyonunun son halini almasına büyük katkıda bulunan bilişsel görüşmelere katılan uzmanlar ve hastalara da içten teşekkürlerimizi sunarız.

Etik Kurul Onayı: Çalışma için etik kurul onayı, Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan alınmıştır (9.5.2017). No: 431.10-1851.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarların beyan edecek herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Ronald C. Kessler, PhD: "Son 3 yılda Dr. Kessler, Cambridge Health Alliance, Child Mind Institute, Massachusetts General Hospital, RallyPoint LLC., Sage Therapeutics, Michigan Üniversitesi ve Kuzey Carolina Üniversitesi'ne danışmanlık yapmıştır. Cerebral Inc., Mirah, PYM (Prepare Your Mind) ve Verisense Health şirketlerinde hisse senedi opsiyonlarına sahiptir. Mensano LLC'de de hissesi bulunmaktadır."

Finansman Bilgisi: Bu çalışma herhangi bir finansal destek alınmadan yürütülmüştür.

Makalenin Editörü: Can Cimilli

EKLER

https://www.turkpsikiyatri.com/upload/19_27855_TR_Yontem_EK.pdf

KAYNAKLAR

- Amro I, Ali A, Hassan M ve ark. (2023) Design and field procedures for the clinical reappraisal of the Composite International Diagnostic Interview version 3.3 in Qatar's national mental health study. *Int J Methods Psychiatr Res* 32:e1958. <https://doi.org/10.1002/mpr.1958>
- Andrade LHSG, Caraveo-Anduaga J, Berglund P ve ark. (2000) Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 78:413–26.
- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P ve ark. (2003) The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 12:3–21. <https://doi.org/10.1002/mpr.138>
- Aydın K, Yıldız NG, Aydın HZ ve ark. (2025) Türkiye'de depresif belirtilerin yaygınlığı ve ilişkili etmenler: 2016 ve 2019 Türkiye sağlık araştırması sonuçları. *Türk Psikiyatri Derg* 36:204–15. <https://doi.org/10.5080/u27341>
- Başoğlu M, Kılıç C, Şalicioğlu E ve ark. (2004) Prevalence of posttraumatic stress disorder and major depression in earthquake survivors in Turkey: two epidemiological studies. *J Trauma Stress* 17:133–41. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000022619.31615.e8>
- Baxter AJ, Scott KM, Vos T ve ark. (2013) Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med* 43:897–910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
- Bilir-Uslu MK (2022) Mental healthcare policy reform in Turkey: a qualitative study on the perspectives of user groups. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 33:113–32. <https://doi.org/10.33417/tsh.977939>
- Binbay T, Direk N, Aker T ve ark. (2014) Psychiatric epidemiology in Turkey: main advances in recent studies and future directions. *Türk Psikiyatri Derg*. 25(4): 264–81. <https://doi.org/10.5080/u7463>

- Boztaş MH, Aker AT, Munir K ve ark. (2019) Post traumatic stress disorder among adults in the aftermath of 2011 Van-Ercis earthquake in Turkey. *Turkish J Clinical Psychiatry* 22:380–8. <https://doi.org/10.5505/kpd.2019.62534>
- Brislin R (1986) The wording and translation of research instruments. In W. Lonner & J. Berry (Eds.), *Field Methods in Cross-Cultural Research* (pp. 137–64). Sage Publications.
- Casella CB, Kousoulis AA, Kohrt BA ve ark. (2025) Data gaps in prevalence rates of mental health conditions around the world: a retrospective analysis of nationally representative data. *Lancet Glob Health* 13:e879–87. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00563-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00563-1)
- Charara R, Forouzanfar M, Naghavi M ve ark. (2017) The burden of mental disorders in the eastern mediterranean region, 1990-2013. *PLoS One* 12:e0169575. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.023>
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J ve ark. (2004) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *JAMA* 291:2581–90. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- Dünya Sağlık Örgütü (2017) *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. WHO Publications, Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Dünya Sağlık Örgütü (2020). *Supporting Turkish Mental Health Policy and Service Delivery*. WHO. Retrieved September 24, 2025, from <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-turkish-mental-health-policy-and-service-delivery>
- Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ ve ark. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 43:471–81. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001511>
- First MB, Spitzer RL, Gibbon ML ve ark. (2002) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: research version, non-patient edition (SCID-I/NP). In *New York, NY: Biometrics Research*, New York State Psychiatric Institute.
- Ghimire DJ, Chardoul S, Kessler RC ve ark. (2013) Modifying and validating the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for use in Nepal. *Int J Methods Psychiatr Res* 22:71–81. <https://doi.org/10.1002/mpr.1375>
- Harkness J, Pennell B, Villar A ve ark. (2008) Translation procedures and translation assessment in the World Mental Health Survey Initiative. In Kessler RC and Üstün TB (Eds.) *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders* (pp. 91–114). Cambridge University Press.
- Haro J, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha T ve ark. (2008). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. İçinde Kessler RC ve Üstün TB (Editörler) *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders* (pp. 114–27). Cambridge University Press.
- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS ve ark. (2006) Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 15:167–80. <https://doi.org/10.1002/mpr.196>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (n.d.) Turkey profile [Health data by location]. IHME. Retrieved September 24, 2025, from <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/turkey>
- Kaya E, Kılıç C, Karadağ Çaman Ö ve ark. (2019) Posttraumatic stress and depression among Syrian refugees living in Turkey: findings from an urban sample. *J Nerv Ment Dis* 207:995–1000. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001104>
- Kessler RC (1999) The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions – the NAPE Lecture 1998. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. *Acta Psychiatr Scand* 99:2–9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb05378.x>
- Kessler RC ve Üstün TB (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 13:93–121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>

- Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J ve ark. (2009) The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 18:23–33. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001421>
- Kessler R, Heeringa S, Pennell B ve ark. (2018) Methods of the World Mental Health surveys. In Scott K, de Jonge P, Stein D, Kessler R (Eds.) *Mental Disorders Around the World: Facts and Figures from the WHO World Mental Health Surveys* (pp. 9–40). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316336168.003>
- Kessler RC, Al-Desouki M, King AJ ve ark. (2020) Clinical reappraisal of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 in the Saudi National Mental Health Survey. *Int J Methods Psychiatr Res* 29:e1828. <https://doi.org/10.1002/mpr.1828>
- Khaled SM, Amro I, Abdelkader M ve ark. (2024a) Clinical reappraisal of the Composite International Diagnostic Interview version 3.3 in Qatar's National Mental Health Study. *Int J Methods Psychiatr Res* 33:e2013. <https://doi.org/10.1002/mpr.2013>
- Khaled SM, Al-Thani SM, Sampson NA ve ark. (2024b) Twelve-month prevalence, persistence, severity, and treatment of mood and anxiety disorders in Qatar's national mental health study. *Int J Methods Psychiatr Res* 33:e2012. <https://doi.org/10.1002/mpr.2012>
- Kılıç C, Kaya E, Karadağ Ö ve ark. (2024) Barriers to accessing mental health services among Syrian refugees: a mixed-method study. *Türk Psikiyatri Derg* 35:87–94. <https://doi.org/10.5080/u27044>
- Kılıç C (1998) *Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Erişkin Nüfus Sonuçları*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Kılıç C ve Ulusoy M (2003) Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand* 108:232–8. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00119.x>
- Kılıç C (2020) Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz? *Toplum ve Hekim* 35:179–87.
- Knudsen AKS, Stene-Larsen K, Gustavson K, ve ark. (2021) Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: a population-based repeated cross-sectional analysis. *Lancet Reg Health Eur* 4:100071. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100071>
- Kott PS (2015) Calibration weighting in survey sampling. *WIREs Computational Statistics* 8:39–53. <https://doi.org/10.1002/wics.1374>
- Küey L, Üstün TB ve Güleç C (1987) Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim* 44:16–30.
- Küey L (2010) Dünyada ve Türkiye'de psikiyatrik epidemiyolojinin tarihsel gelişimi üzerine kısa bir derleme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 13:6–11.
- Lu J, Huang YQ, Liu ZR ve ark. (2015) Validity of Chinese version of the Composite International Diagnostic Interview-3.0 in psychiatric settings. *Chin Med J (Engl)* 128:2462–6. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.164930>
- Mason J, Laporte A, McDonald JT ve ark. (2023) Health reporting from different data sources: does it matter for mental health? *J Ment Health Policy Econ* 26:33–57.
- McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J ve ark. (2023) Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry* 10:668–81. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1)
- Merikangas KR, Jin R, He JP ve ark. (2011) Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 68:241–51. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Merikangas AK ve Almasry L (2020) Using the tools of genetic epidemiology to understand sex differences in neuropsychiatric disorders. *Genes Brain Behav* 19:e12660. <https://doi.org/10.1111/gbb.12660>
- Montoya Gonzalez LE, Restrepo Bernal DP, Mejía-Montoya R ve ark. (2016) Sensitivity and specificity between the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (World Mental Health, CIDI) and the Standardised Clinical Evaluation version I (SCID-I) in a mental health survey of the city of Medellín, 2012. *Rev Colomb Psiquiatr* 45:22–7. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.001>
- Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Yücel U ve ark. (2014) Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. *BMC Fam Pract* 15:38. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-38>
- Pennell B, Mneimneh ZN, Bowers A ve ark. (2008) Implementation of the World Mental Health Surveys İçinde Kessler R ve Üstün T (Editörler) *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders* (pp. 33–57). Cambridge University Press.
- Rezaki MS, Özgen G, Kaplan İ ve ark. (1995) *Results from the Ankara Centre. Mental Illness in General Health Care: An International Study*. TB Üstün, N Sartorius (Eds.) John Wiley & Sons, s: 39–56.
- SAS Institute Inc. (2013) SAS®Software 9.4 [computer program]. In SAS Institute Inc. https://documentation.sas.com/doc/en/pgmsascdc/9.4_3.5/whatsnew/p07ec8vqwr6i9n1ptnai8ui5ebo.htm
- Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC ve ark. (2009) Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 66:785–95. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- Steel Z, Marnane C, Iranpour C ve ark. (2014) The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol* 43:476–93. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı* (2011-2023). Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2025a) *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023* (pp. 207). Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2025b) *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS)*. Editörler: Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K ve ark. (Eds.) T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Torvik FA, Rognmo K ve Tambs K (2012). Alcohol use and mental distress as predictors of non-response in a general population health survey: the HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47:805–16. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0387-3>
- TURKSTAT (2025) *Completed suicide rates by 100,000 by years*. Retrieved from <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=115&locale=tr>
- UNICEF Innocenti (2025) *Innocenti Report Card 19: Child Well-Being in an Unpredictable World*. UNICEF Innocenti: Global Office of Research and Foresight.
- Vigo DV (Ed.) (2023) Mental health services research: Lessons from the WHO-World Mental Health Surveys Initiative [Special issue]. *Int J Ment Health Syst*. <https://www.biomedcentral.com/collections/WHOWMHsurveys>
- Walde P ve Völm BA (2023) The TRAPD approach as a method for questionnaire translation. *Front Psychiatry* 14:1199989. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1199989>
- Wong CSM, Leung CMC, Wu S ve ark. (2025) Prevalence, persistence, and severity of 12-month and 30-day DSM-5 disorders in the World Mental Health Hong Kong Study. *Lancet Reg Health West Pac* 65:101757. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2025.101757>