

Türkiye’de On İki Aylık Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı: Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması Sonuçları



İD Cengiz KILIÇ¹, İD Özlem Şeyda ULUĞ², İD Arda BAĞCAZ³, İD Semra ULUSOY KAYMAK⁴,
İD Adam ZHANG⁵, İD Sertaç AK⁶, İD Mahir ULUSOY⁷, İD Songül KAMIŞLI⁸, İD Özge KARADAĞ⁹,
İD Emine EREN KOÇAK¹⁰, İD Michael Y NI¹¹, İD Shiyi WU¹², İD Bedirhan ÜSTÜN¹³,
İD William AXINN¹⁴, İD Ronald C. KESSLER¹⁵

ÖZET

Amaç: Dünya genelinde önemli ölçüde ekonomik ve sosyal yük oluşturan ruhsal bozukluklar için karşılanmamış tedavi ihtiyacı hâlâ fazladır. Ruhsal hastalığı olan kişilerin uygun tedaviye ulaşım yolları yeterince anlaşılamamıştır. Bu konudaki eksikliği gidermek amacıyla, Türkiye’de ruhsal bozuklukların yaygınlığını ve tedavi durumunu değerlendirmek amacıyla Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 (World Mental Health-Türkiye, WMH-TR) Araştırması yürütülmüştür.

Yöntem: Rastgele seçilmiş 1.790 yetişkinin yer aldığı hanehalkı örneklemeyle, DSM-5 sürümüne dayalı Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview, CIDI-5) kullanılarak yüzyüze görüşmeler yapılmıştır. Anksiyete, duygudurum ve dışsallaştırma bozukluklarının 12 aylık yaygınlığına ek olarak, bozukluğa özgü tedavi başvurusu, başvuru meslek grubu ve asgari tedavi (AT) oranlarıyla sosyodemografik faktörlerin ilişkisi incelenmiştir.

Bulgular: Araştırmada değerlendirilen DSM-5 ruhsal bozukluklarından herhangi birinin 12 aylık yaygınlığı %23,9 olup, en sık görülenler anksiyete (%17,2) ve duygudurum (%12,4) bozukluklarıdır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin yalnızca %20,9’unun herhangi bir tedavi başvurusu vardır; bunların çoğu ruh sağlığı uzmanından (%17,4) hizmet almıştır. Tedavi başvurusu yapan olguların %31,7’si, tüm olguların ise %6,6’sı AT almıştır. Tedaviye başvuru oranları hastalık şiddeti fazla olanlarda daha yüksektir, ancak tedavi başvurusu olanlar arasında AT oranı hastalık şiddetiyle ilişkili bulunmamıştır. Kadınlarda ve dul/boşanmış olanlarda tedavi başvurusu daha fazla, hiç evlenmemiş olanlarda ise tedavi başvurusu daha düşük bulunmuştur.

Sonuç: Türkiye’de ruhsal bozukluğu olan beş kişiden biri tedavi almaktadır; en azından asgari düzeyde yeterli kabul edilebilecek bir tedavi alanların oranı ise daha da düşüktür. Bu bulgular, ruh sağlığı hizmetlerinin kapsamının güçlendirilmesi, ruh sağlığının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi ve sosyodemografik eşitsizliklerin azaltılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: CIDI-5, DSM-5, ruh sağlığı, tedavi, Türkiye

Atf için: Kılıç C, Uluğ ÖŞ, Bağcaz A et al.(2026) Twelve-Month Use of Mental Health Services: Results from the World Mental Health Türkiye Survey. *Türk Psikiyatri Derg* 37:192–204. <https://doi.org/10.5080/u27931>

Geliş Tarihi: 04.03.2026, **Kabul Tarihi:** 20.05.2026, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 20.07.2026

^{1,6,10}Prof., ³Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Univ., Tıp Fak., Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye; ²Dr. Psikolog, Ankara, Türkiye; ⁴Prof., Sağlık Bilimleri Univ., Gülhane Tıp Fak. Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye; ⁵BS., Harvard Medical School, Boston, MA 02115, USA; ⁷Prof., Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu, Türkiye; ⁸Doç. Dr., Çankırı Karatekin Univ., Sağlık Bilimleri Fak., Çankırı, Türkiye; ⁹Prof., Bahçeşehir Univ., Tıp Fak., Halk Sağlığı AD, İstanbul, Türkiye; ¹¹MD, MPH., School of Public Health, Li Ka Shing Faculty of Medicine, University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China; ¹²MHS., School of Public Health, LKS Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Hong Kong Special Administrative Region, China; ¹³Prof., Koç Univ., Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye; ¹⁴Institute for Social Research, University of Michigan, PO Box 1248, Ann Arbor, MI 48106-1248, USA; ¹⁵Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

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

GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar, çoğu ülkede bireylerin bir yıl içinde %20–25'ini, yaşam boyu ise %50'sini etkilemektedir (McGrath ve ark. 2023). Dünya genelinde ruhsal bozuklukları olanların sayısının giderek artması, büyük ölçüde nüfus artışı ve yaşlanmanın etkisiyle, toplum üzerinde önemli ekonomik ve sosyal yük oluşturmuştur (Chisholm ve ark. 2016, Whiteford ve ark. 2013). Günümüzde birçok ruhsal bozukluk için kanıta dayalı tedaviler mevcut olmasına rağmen (Cuijpers ve ark. 2024), ruh sağlığı hizmetlerine erişim oranları tüm dünyada düşük kalmaya devam etmektedir. Otuz yılı aşkın bir süre önce Goldberg ve Huxley (1992), ruhsal bozukluklarda tedaviye ulaşım yollarını tanımlamış ve bir tedaviciyle temas kurmanın, hastanın etkili bir tedavi almasını garanti etmediğini ortaya koymuştur. Bunu izleyen araştırmalar, yaygın ruhsal sağlık sorunları için yardım arayan bireylere her zaman etkili tedavi sunulmadığını doğrulayan sonuçlar bildirmişlerdir (Thornicroft ve ark. 2017, Wang ve ark. 2007). Bunun bir nedeni, ruhsal bozukluklar için tedaviye başvuran bazı hastaların tedaviyi erken bırakmaları (Benjet ve ark. 2022, de Haan ve ark. 2013, Fernández ve ark. 2021), devam edenlere ise yeterli miktarda ya da nitelikli hizmet sunulmamasıdır (Moitra ve ark. 2022, Santomauro ve ark. 2024). Daha yakın tarihli Dünya Ruh Sağlığı (World Mental Health, WMH) Araştırması raporları, bu “basamaklar zinciri” içindeki önemli geçişleri tanımlamıştır; bunlar arasında sağlık sorununun farkına varma (Harris ve ark. 2025), farkındalığı olan bireylerde tedaviye ilk başvurunun önündeki engeller (Viana ve ark. 2025) ve nitelikli tedavi alma durumu (Stein ve ark. 2025, Pozuelo ve ark. 2025) yer almaktadır.

Ruhsal sağlık sorunları için tedaviye ulaşım yolları, Türkiye’de az araştırılmış bir konudur. Farklı tedavicilere göre tedavi oranlarını bildiren birçok çalışma olmasına rağmen, bunların hiçbirinde toplum genelini temsil eden veriler yer almamaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerine erişimde cinsiyet farklılıklarına odaklanan iki çalışma, kadınların erkeklere kıyasla psikolojik yardım arama olasılıklarının genel olarak daha yüksek olduğunu, ancak ağır ruhsal bozukluğu olan kadınların tedavi alma konusunda erkeklere göre daha fazla engelle karşılaştıklarını göstermiştir (Güney ve ark. 2024, Aktaş ve Ayhan 2025). Tedaviye ulaşım yollarını ele alan çalışmaların çoğu, psikiyatri polikliniklerine başvuran hastalarla sınırlıdır. Örneğin, Ankara’daki yedi psikiyatri kliniğine başvuran hastaların psikiyatri kliniğine ulaşmak için izledikleri yolların incelendiği bir çalışmada, (Kılıç ve ark. 1994), katılımcıların yarısının bir ruh sağlığı uzmanına (psikolog veya psikiyatrist) doğrudan başvurduğu gösterilmiştir. İkinci en yaygın başvuru yolu (% 42), diğer tıp uzmanlarının (örn. nörologlar, dâhiliyeciler) yönlendirmeleri olmuştur; birinci basamak hekimleri ya da şifacılar (hocalar) aracılığıyla gerçekleşen geçişler ise çok daha düşük düzeydedir. Benzer şekilde, 1999 Marmara depreminden sağ kurtulan 2007 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada,

psikolojik sorunları olan bireyler için bir psikiyatrist ya da psikologla doğrudan temas, en çok tercih edilen tedavi başvuru yolu olarak bulunmuştur (Kılıç 2008). Buna karşılık, Doğu Anadolu’da yürütülen başka bir çalışmada (Kırpınar ve ark. 1994), ilk temas noktası çoğunlukla diğer uzman hekimler (%43,2) olmuş, bunu birinci basamak hekimleri (%23,5) izlemiştir; psikiyatristlerle doğrudan ilk temas bildirenlerin oranı yalnızca %18,6’dır. Aynı çalışmada şifacılarla (hoca) temas oranı düşük olmakla birlikte (%14,7), batı bölgelerinde yürütülen diğer çalışmalara kıyasla daha yüksektir.

Ulusal düzeyde veri sunan tek çalışma, rastgele seçilmiş 7.479 yetişkinden oluşan bir hanehalkı örneklemini üzerinde yürütülen ilk psikiyatrik epidemiyoloji çalışmasıdır (Kılıç 1998). Bu çalışmada, bir ya da daha fazla ICD-10 ruhsal bozukluğu olan bireyler arasında son bir yıl içinde herhangi bir tedaviciye başvuru oranı %13,8 bulunmuştur. En yüksek başvuru oranları panik bozukluğu (% 34,5) ve obsesif kompulsif bozuklukta (% 32,4) görülürken, en düşük oranlar alkol bağımlılığı, ağrı bozukluğu, sosyal fobi ve özgül fobide (% 10,2–16,5 arası) saptanmıştır. Depresyon ve distimi ise yaklaşık %27 ile bu değerlerin arasında yer almıştır. Genel olarak, ilk başvuru için en çok tercih edilen kişi psikiyatrist (% 44,4) olmuş, bunu diğer uzman hekimler (% 27,2; örn. nörologlar, dâhiliyeciler) izlemiştir; birinci basamak hekimleri daha az tercih edilmiştir (% 22,2). Şifacıların ilk başvuru noktası olarak tercih edilme oranı ise oldukça düşüktür (% 3,6). Ne yazık ki bu çalışma, alınan tedavinin kalitesini değerlendirmemiştir. Ayrıca, bu çalışma ya da yukarıda gözden geçirilen diğer çalışmalar, tanı konmayan, ancak klinik açıdan anlamlı düzeyde belirtisi olan ve hiç tedavi almamış kişilerle ilgili veri sunmamıştır.

Bu makale, Türkiye nüfusunu temsil eden bir örneklemede ruhsal bozuklukların tedavi edilme örüntüleri ve bunlarla ilişkili faktörler hakkında veriler sunmaktadır. Bu sayede ruhsal bozukluğu olan bireylerin ne kadarının hiç tedavi alamadığı tahmin edilebilmekte ve tedavi başvurusu ile tedavi niteliğinin yordayıcıları incelenebilmektedir. Bu konular, doğal afetler (Başoğlu ve ark. 2004, Boztaş ve ark. 2019, Kılıç ve Ulusoy 2003), Suriye’deki iç savaş nedeniyle zorunlu göç (Kaya ve ark. 2019) ve diğer sosyal ya da ekonomik stresörlerin toplumun ruh sağlığı üzerinde önemli sosyoekonomik baskılar oluşturduğu bir dönemde özellikle önemlidir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 araştırmasında bildirilen sonuçlar, Türkiye’de yetişkinlerin yaklaşık dörtte birinde son 12 ay içinde DSM-5 tanı ölçütlerine uyan bir ruhsal bozukluğun bulunduğunu, bu bozuklukların çoğunun yüksek şiddette olduğunu ve ek tanıların yaygın olduğunu göstermektedir (Kılıç ve ark. 2026). Bu durum, özellikle kadınlar, genç yetişkinler ve düşük sosyoekonomik düzeydeki bireyler gibi risk grupları için önemli ve giderek artan bir ruh sağlığı yüküne işaret etmektedir. Bu tablo, ruh sağlığında toplum temelli tedavi modelini teşvik etmeyi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği sistemiyle yeniden yapılandırılmasını hedefleyen 2011 Ulusal

Ruh Sağlığı Eylem Planı (Öcek ve ark. 2014) ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) gibi ağır ve Sağlıklı Hayat Merkezleri gibi yaygın ruhsal bozukluklar için tedavi sunmayı amaçlayan yenilikçi hizmet modellerinin hayata geçirilmesine rağmen ortaya çıkmaktadır.

Bu modellerin etkili tedavi sunup sunmadığına dair sorulara net bir cevap vermek güçtür; bu durum küresel ölçekte de gözlenen bir sorundur (Wang ve ark. 2007, Thornicroft ve ark. 2017). Ruh sağlığı hizmetlerini güçlendirmeye yönelik çabalara rağmen, Türkiye’de ruhsal hastalıkları olan bireylerin ne kadarının tedavi aldığı ve alınan tedavinin niteliği konusunda bilgilerimiz sınırlıdır. Yirmi yılı aşkın bir süre önce yürütülen önceki ulusal düzeyde temsil edici araştırma (Kılıç 1998), ruhsal bozukluğu olan bireylere tedavi sunulmasında büyük bir açığa işaret etmiştir; ancak bu bulgular güncellenmemiştir.

Bu çalışma, Türkiye’de ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve tedavi oranlarını değerlendiren, ulusal düzeyde temsil edici yeni bir hanehalkı araştırmasından elde edilen verileri kullanarak bu bilgi boşluğunu doldurmayı amaçlamaktadır. Çalışmada, tedavi başvurusunun 12 aylık yaygınlığı (genel olarak ve başvuru meslek grubu türüne göre), tedavinin yeterliliği ve farklı tedavilere başvurusunun temel sosyodemografik yordayıcılarına ilişkin veriler sunulmaktadır. Bu tedavi örüntülerinin titizlikle değerlendirilmesi, yalnızca mevcut altyapının güçlendirilmesine katkı sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda Türkiye’de ruh sağlığı alanında sonraki reform ve politika girişimlerinin şekillendirilmesine de yardımcı olacaktır.

YÖNTEM

Örneklem

2020 yılında yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması, Türkiye’de 18 yaş ve üzeri yetişkinleri hedefleyen, tabakalı, kümeli ve çok aşamalı olasılıklı bir hanehalkı örnekleme dayanmaktadır. Örneklem, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından ülke genelindeki adrese dayalı toplam 24.038.158 hanenin yer aldığı Şubat 2019 tarihli kayıtlar kullanılarak oluşturulmuştur. Bu amaçla TÜİK, toplam haneleri her biri 100 haneden oluşan kümelere ayırmıştır. Ülkenin 12 ekonomik bölgesinden oluşan tabakalardan rastgele olarak 350 küme, her bir kümeden de rastgele 20 hane seçilmiş (toplam 7.000 hane) ve böylece hedeflenen araştırma örnekleme elde edilmiştir. Seçilen her haneden ikamesiz olarak rastgele seçilmiş bir yetişkinle görüşme yapılması hedeflenmiştir.

Her haneye, haneyi “ulaşılamadı” olarak sınıflandırmadan önce en az 10 ziyaret yapılmıştır. Bu ziyaretlerde hane sakinleri listelenmiş, katılım ölçütlerine uyan kişiler arasından rastgele bir yetişkin tablet programı tarafından görüşme için seçilmiş ve görüşme bu kişiyle yürütülmüştür. Yalnızca 18 yaş ve üzerindeki Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları çalışmaya dâhil edilmiştir. Dışlama ölçütleri doğrultusunda, katılımı

engelleyecek düzeyde ağır ruhsal hastalığı olan 12 kişi (örn. demans, zihinsel yetersizlik, psikotik bozukluklar), katılımı engelleyecek düzeyde ağır fiziksel hastalığı olan 13 kişi (örn. ileri derecede düşkünlük, işitme ya da konuşma bozuklukları) ve Türkçe konuşamayan 27 kişiye ek olarak uygun olmama nedenine ilişkin açıklama bulunmayan 16 kişi dâhil olmak üzere toplam 68 kişi dışlanmıştır. Türkçe konuşamayan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının oranı çok düşüktür (tahminen %1’in altındadır); Türkçe çoğu için (yaklaşık %90) ya anadilleri, ya da eğitim sistemi yoluyla edinilmiş ikinci dildir. Hane sakinlerinin listelenmesi ve hane üyelerinden alınan uygunluk bilgilerinin tablete girilmesinin ardından, yazılım uygun tüm bireyler arasından hedef katılımcıyı rastgele seçmiştir. Hedef örnekleme ulaşma ve cevaplama oranları Bulgular bölümünde verilmiştir.

Saha Uygulamaları

Görüşmeler, Dünya Ruh Sağlığı (WMH) standart görüşmecî eğitim programını tamamlamış (Kessler ve ark. 2018) ve uygulama görüşmeleri yoluyla yeterliliklerini kanıtlayan eğitimli, profesyonel olmayan görüşmeciler tarafından gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler tablet bilgisayarlar kullanılarak yapılmıştır. Bilgisayar destekli görüşme senaryolarına bağlı örneklem yönetimi ve saha kalite yazılımları aracılığıyla, standartlaştırılmış uzaktan kalite kontrol izleme süreçleri uygulanmıştır (Pennell ve ark. 2008). Süpervizörler, veri güvenilirliğini kontrol etmek amacıyla, rastgele olarak seçilen katılımcı alt örneklemeleriyle takip görüşmeleri yapmış ve seçilmiş temel soruları yeniden sormuştur. Ayrıca veri temizleme ve kodlama süreçlerinde WMH protokolleri uygulanmıştır.

Araçlar: Tanı görüşmeleri, eğitimli ancak klinisyen olmayan görüşmeciler tarafından uygulanan, klinik geçerliği kanıtlanmış, yapılandırılmış bir tanı görüşmesi olan Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) kullanılarak yapılmıştır. Başlangıçta DSM-IV ve 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 tanımlar DSM-5 ölçütlerine göre sunulmuştur. Asya (Ghimire ve ark. 2013, Lu ve ark. 2015), Avrupa (Haro ve ark. 2006), Latin Amerika (Montoya Gonzalez ve ark. 2016), Orta Doğu (Kessler ve ark. 2020) ve ABD’de (Kessler ve ark. 2004) yürütülen geçerlik çalışmalarının hemen hepsinde, CIDI tanıları ile DSM-IV ölçütlerine dayalı klinik tanımlar (altın standart) arasında iyi bir uyum olduğu gösterilmiştir (First ve ark. 2002). Şu ana kadar DSM-5 ölçütlerine göre CIDI tanıları ile klinik tanımlar arasındaki uyumu değerlendiren tek WMH araştırması Katar’da yürütülmüş olup (Khaled ve ark. 2024), DSM-5 için SCID’in altın standart olarak kullanıldığı bu çalışmada da genel olarak iyi bir uyum saptanmıştır (AUC değerleri mani/hipomani için belirlenen 0,67 ile travma sonrası

stres bozukluğu için belirlenen 0,81 arasında değişmektedir (Khaled ve ark. 2024).

Bozukluklar: Bu çalışmada, yedi DSM-5 anksiyete bozukluğunun (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 duygu durum bozukluğunun (majör depresif bozukluk [MDB], kalıcı depresif bozukluk (distimi) [KDB] ve bipolar spektrum bozukluğu [BSB]; BSB, bipolar I, bipolar II ve eşik altı bipolar bozukluğu kapsamaktadır) ve üç dışsallaştırma bozukluğunun (aralıklı patlayıcı bozukluk [APB], alkol kullanım bozukluğu [AKB] ve madde kullanım bozukluğu [MKB]) 12 aylık yaygınlığı ve tedavi özellikleri bildirilmektedir. DSM-5'te TSSB ve OKİB ayrı tanı kategorileri olarak sınıflandırılmış olsa da, önceki DSM-IV sınıflamalarını kullanan diğer WMH araştırmalarıyla karşılaştırılabilirliği sağlamak amacıyla bu bozukluklar anksiyete bozuklukları başlığı altında tutulmuştur. Hastalık şiddeti düzeyi, WMH araştırmalarında uzun yıllardır kullanılan üç düzeyli bir sınıflandırma ile (ağır, orta ve hafif) belirlenmiştir (ayrıntılar için Kılıç ve ark. 2026 Metodoloji Ekine bakınız). Tanı koymada DSM-5 başka tıbbi duruma bağlı olma ihtimalini dışlama kuralları uygulanmamıştır. Majör depresif bozukluk ve distimi ile bipolar bozukluk ilişkisi dışında tanı hiyerarşisi kuralları uygulanmamıştır.

Tedavi: Katılımcılara, son 12 ay içinde “duyguları, sinirleri, ruh sağlığı ya da alkol veya madde kullanımı” ile ilgili sorunlar nedeniyle en az bir kez tedavi alıp almadıkları sorulmuştur. On iki aylık tedavi başvuruları sağlık meslek grubu ve sağlık dışı meslek grubu şeklinde gruplanmıştır. Sağlık meslek grubu içindeki tedaviler, ruh sağlığı meslek grubu (psikiyatristler ve psikologlar) ve genel tıp meslek grubu (psikiyatri dışı uzman doktorlar veya aile hekimleri) olarak ikiye ayrılmıştır. Sağlık dışı meslek grubu ise şifacılar (hocalar) ve tamamlayıcı/alternatif tıp uygulayıcılarını (internet kullanımı, kendi kendine yardım grupları, diğer şifacılar ve alternatif tedaviler) kapsamaktadır. Ayrıca her bir hizmet türü için yapılan ziyaret sayıları kaydedilmiştir. Son 12 ayda ruhsal rahatsızlığı olanlara, son bir yıl içinde her bir özgül bozukluk için tedavi alıp almadıkları sorulmuş, böylece ek tanılarla ilgili tedavi farklılıkları olup olmadığı ayırt edilmiştir.

Tedavinin yeterliliği: Önceki WMH araştırmalarında geliştirilen (Wang ve ark. 2005, 2007) ve sonrasında yaygın biçimde kullanılan (Alonso ve ark. 2018, Degenhardt ve ark. 2017, Thornicroft ve ark. 2017) tanıma dayanarak, son 12 ay içinde en azından asgari düzeyde yeterli tedavi (asgari tedavi: AT) şu ölçütlerden en az birinin karşılanması olarak tanımlanmıştır: a) ruh sağlığı ile ilişkili en az bir kez hastaneye yatış; veya b) ilaç kullanma ve ek olarak ruh sağlığı ya da genel tıp meslek grubundan bir tedaviciyle en az dört ayaktan görüşme; veya c) internet temelli ruh sağlığı destek hizmetleri kapsamında en az beş görüşme; veya d) bir psikoterapist veya kendi kendine

yardım grubuyla en az sekiz görüşme. Bu tanım, yayımlanmış tedavi kılavuzlarına kıyasla bir miktar daha geniş olmakla birlikte, AT oranlarını meslek grupları arasında karşılaştırma olanağı sağlamaktadır.

Sosyodemografik özellikler: Bu çalışmada incelenen sosyodemografik değişkenler; cinsiyet, yaş (18–34, 35–49, 50–64, 65+), medeni durum (evli, hiç evlenmemiş, dul/boşanmış), istihdam durumu (çalışıyor / diğerleri), eğitim düzeyi ve aile geliridir. Eğitim ve gelir dört düzeyde sınıflandırılmıştır. Eğitim için bu düzeyler; düşük (ilkokul ve altı), düşük-orta (ortaöğretim veya lise sonrası diploma), yüksek-orta (ön lisans veya lisans) ve yüksek (yüksek lisans ve üzeri) olarak tanımlanmıştır. Gelir için ise; düşük (örneklem medyanının yarısından az), düşük-orta (medyana kadar), yüksek-orta (medyanın iki katına kadar) ve yüksek (medyanın iki katından fazla) düzeyleri kullanılmıştır.

CIDI'nin Türkçe'ye uyarlanması, WMH tarafından önerilen TRAPD (Çeviri, Gözden Geçirme, Ulaştırma, Ön Test ve Dokümantasyon) yöntemi kullanılmıştır (Harkness ve ark. 2008) (ayrıntılar için Yöntem Ekine bakınız). TRAPD yöntemi, geleneksel çeviri-geri çeviri yaklaşımında (Brislin, 1986) ortaya çıkabilen kültürel uyarlama hatalarını azaltmakta, farklı mesleklerden gelen birden fazla çevirmenin bağımsız çeviriler yapmasını ve ardından “yüksek sesle düşünme” ve “kendi kelimeleriyle anlatma” gibi bilişsel görüşme teknikleri kullanarak bu çeviriler arasındaki farklılıkların tartışılıp uzlaştırılmasını sağlamaktadır (Walde ve Völm 2023).

Analiz Yöntemleri

Analizlerden önce verilere örneklemin hedef nüfusu temsil etmesini sağlamak amacıyla üç aşamalı ağırlıklandırma uygulanmıştır: 1) kümeler arası yanıt oranı farklılıklarını düzeltmek için küme düzeyinde bir ağırlıklandırma; 2) her hanede uygun kişi sayısından bağımsız olarak yalnızca bir görüşme yapılması nedeniyle, hane içi seçilme olasılıklarındaki farklılıkları düzeltmek için katılımcı düzeyinde ikinci bir ağırlıklandırma; 3) yaş, cinsiyet ve bölgenin ortak dağılımlarında örneklem ile 2019 nüfus sayımı verileri arasındaki farklılıkları düzeltmek amacıyla, iki kez ağırlıklandırılmış katılımcı verilerine uygulanan tabakalama sonrası bir ağırlıklandırma (Kott 2015). On iki aylık yaygınlık, tedavi özellikleri ve hastalık şiddeti düzeyleri bu üçlü ağırlıklandırılmış verilerle hesaplanmıştır. Daha sonra ise tedaviye başvuru ve tedavinin yeterliliği ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi incelenmiştir.

Tahminlerin standart hataları, SAS sürüm 9,4 (SAS Institute Inc., 2013) kullanılarak uygulanan Taylor serisi lineerleştirme yöntemiyle elde edilmiştir. Logit katsayıları ve bunların %95 güven aralıkları (GA), olasılık oranları (odds ratio, OR) ve tasarıma dayalı %95 GA'lar elde etmek üzere üssel forma dönüştürülmüştür. Yordayıcı değişken kümelerinin çok değişkenli anlamlılık testleri, Taylor serisine dayalı tasarım temelli

katsayı varyans-kovaryans matrisleri kullanılarak Wald kare (χ^2) testleri ile yapılmıştır. Tüm anlamlılık testleri iki yönlü olarak $\alpha=0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Finansman Kaynaklarının Rolü

Bu araştırma, T. C. Sağlık Bakanlığı'nın mali desteğiyle yürütülmüş; çalışmanın tasarımı ve uygulanması Dünya Ruh Sağlığı (WMH) araştırmaları konsorsiyumu tarafından koordine edilmiş ve denetlenmiştir. Araştırmanın finansörleri, çalışmanın tasarımı veya yürütülmesi, verilerin toplanması, yönetimi, analizi ya da yorumlanması, makalenin hazırlanması, gözden geçirilmesi veya onaylanması ya da makalenin yayımlanmak üzere sunulmasına karar verilmesi süreçlerinde herhangi bir rol oynamamıştır.

BULGULAR

Yanıt Oranı ve Örneklem Özellikleri

Araştırmanın saha çalışması 16 Ekim 2019 tarihinde başlamıştır. Saha çalışması, COVID-19 pandemisiyle ilgili olarak Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından uygulanan seyahat kısıtlamaları nedeniyle beş ay sonra, 17 Mart 2020 tarihinde sonlandırılmıştır. Bu tarihe kadar 4.067 haneye ulaşılmış ve 2.374 katılımcı ile görüşme tamamlanmıştır. Buna göre hanelerle temas oranı %58,1 (4.067/7.000), işbirliği oranı %58,4 (2.374/4.067) ve yanıt oranı %33,9 (2.374/7.000) olarak hesaplanmıştır. Kalite kontrol incelemesi sonucunda 1.790 görüşme kabul edilmiş, diğer görüşmeler ek bilgi almak amacıyla yeniden temas edilmesi gerekenler olarak işaretlenmiştir. Ancak saha çalışmasının sona erdiği dönemde uygulanan sıkı COVID-19 kısıtlamaları nedeniyle bu yeniden temaslar mümkün olmamış ve analizlere yalnızca tamamlanmış 1.790 görüşme dâhil edilmiştir. Bu karara dayalı olarak düzeltilmiş işbirliği ve yanıt oranları sırasıyla %44,0 (1.790/4.067) ve %25,6 (1.790/7.000) olmuştur. Ağırlıklandırılmış örneklemin %49,5'i kadındır ve ortalama (çeyrekler arası aralık) yaş 40 (28–54) olarak bulunmuştur.

Tedaviye Başvuru Oranları

Yaygınlık: Daha önce bildirildiği üzere (Kılıç ve ark. 2026, baskıda), araştırmada değerlendirilen herhangi bir DSM-5/CIDI bozukluğunun 12 aylık yaygınlığı %23,9'dur. En yaygın bozukluk grubu anksiyete bozukluklarıdır (%17,2); bunu duygudurum bozuklukları (%12,4) ve dışsallaştırma bozuklukları (%2,2) izlemektedir (Tablo 1). On iki aylık yaygınlığı en yüksek olan üç bozukluk TSSB (%9,8), MDB (%7,1) ve OKİB (%6,3) dir. Katılımcıların %13,9'unda yalnızca bir, %5,2'sinde iki ve %4,8'inde üç veya daha fazla 12 aylık bozukluk saptanmıştır.

Tedavi: CIDI görüşmesinde saptanan en az bir 12 aylık DSM-5 bozukluğu olan bireylerin %20,9'u son 12 ayda

herhangi bir tedavi başvurusu yaptığını bildirmiştir (Tablo 1, son sütun). Buna karşılık, 12 aylık bir bozukluk tanı ölçütünü karşılamayan katılımcılar arasında tedavi başvuru oranı %5,9'dur (Tablo 1, son sütun). Oniki aylık tedaviye başvuru oranları bozukluklara göre değişiklik göstermiştir: Analiz için yeterli sayıda olgunun bulunduğu bozukluklar arasında en yüksek başvuru oranı YAB'da (%34,5) görülmüş; bunu MDB (%29,0), KDB (%27,8) ve TSSB (%24,2) izlemiştir. On iki aylık bozukluğu olan bireylerin yaklaşık altıda biri (%17,4) tedavi için ruh sağlığı uzmanlarına başvururken (Tablo 1, RS sütunu), psikiyatrist dışı hekimlere (%1,8) veya sağlık dışı meslek grubuna (%4,1) başvuru daha düşük oranda kalmıştır (Tablo 1, GS ve ŞF sütunu).

Tedavi için ruh sağlığı uzmanlarına başvuru oranı (RS sütunu), duygudurum bozukluklarında en yüksek (%22,0) olup, bunu anksiyete bozuklukları (%19,2) ve dışsallaştırma bozuklukları (%14,0) izlemiştir. Duygudurum bozuklukları arasında, tedavi başvuru oranı MDB'de en yüksek (%26,2) olup, bunu KDB (%24,1) ve BSB (%15,7) izlemiştir. Ayrıca, herhangi bir 12 aylık bozukluk sayısı arttıkça ruh sağlığı uzmanına başvuru oranının tekdüze (monotonik) biçimde arttığı gözlenmiştir. Buna ek olarak, araştırmada değerlendirilen bozuklukların hiçbirinin bulunmadığı katılımcıların %4,0'ü ruh sağlığı meslek grubuna tedavi başvurusunda bulunurken, bu oran bir bozukluğu olanlarda %13,9; iki bozukluğu olanlarda %18,1 ve üç ya da daha fazla bozukluğu olanlarda %27,1 bulunmuştur. Analize katılacak katılımcı sayısı az olduğu için diğer meslek gruplarına başvuru ile bozuklukların ilişkisi analiz edilememiştir.

Tedaviyle İlgili Özellikler

Tedavinin yeterliliği: Yukarıdaki sonuçlar, tedavinin miktarı ve süresinden bağımsız olarak *herhangi bir* tedaviye başvuru ile ilgilidir. Oysa en esnek tedavi kılavuzları dahi, bir tedavinin en azından asgari düzeyde yeterli sayılabilmesi için tek bir görüşmeden fazlasını şart koşmaktadır. Araştırmada değerlendirilen herhangi bir 12 aylık bozukluğu olup tedaviye başvuran bireylerin %31,7'si "asgari düzeyde yeterli tedavi" (AT) ölçütlerini karşılamıştır (Tablo 2). Ancak, tedavi başvurusu olup olmamasına bakılmaksızın, araştırmadaki 12 aylık bozukluğu olan tüm bireylerin yalnızca %6,6'sının AT aldığı görülmektedir (Tablo 2, sütun 1).

Ana bozukluk grupları arasında tedavi yeterliliği oranları açısından büyük bir farklılık gözlenmemiştir; (herhangi bir) tedavi başvurusu olanlar arasında AT yaygınlığı duygudurum bozuklukları (%8,4), anksiyete bozuklukları (%8,3) ve dışsallaştırma bozuklukları (%7,6) için benzer düzeydedir. Buna karşılık, katılımcılarda görülen bozukluk sayısına göre daha belirgin bir değişkenlik görülmüştür (%4,6–%11,9). Duygudurum bozuklukları içinde AT alma olasılığı en yüksek olan tanı distimi (%10,6) olup, bunu majör depresif bozukluk (%9,6) ve bipolar spektrum bozukluğu (%5,6) izlemiştir.

Tablo 1. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2'de DSM-5 bozukluklarının 12 aylık tedavisi (n=1.790)

	12-aylık bozukluk	Sağlık meslek grubu			Sağlık dışı meslek grubu			Tümü
Bozukluk	%(SE)	RS %(SE)	GS %(SE)	Tümü %(SE)	ŞF %(SE)	GTT %(SE)	Tümü %(SE)	%(SE)
I. Anksiyete bozuklukları								
Panik bozukluğu	0,8 (0,2)							
Yaygın anksiyete bozukluğu	3,0 (0,7)	28,1 (12,4)		32,3 (13,9)				34,5 (13,4)
Özgül fobi	2,5 (0,4)							
Agorafobi	0,3 (0,1)							
Sosyal anksiyete bozukluğu	0,9 (0,3)							
Travma sonrası stres bozukluğu	9,8 (1,0)	20,5 (4,1)		22,3 (3,4)	3,9 (1,6)		3,9 (1,6)	24,2 (4,3)
OKB ve ilişkili bozukluklar	6,3 (1,3)	16,2 (3,5)		16,6 (3,3)			7,2 (3,5)	19,9 (4,5)
Tüm anksiyete bozuklukları	17,2 (1,0)	19,2 (3,5)	2,1 (0,9)	20,9 (3,3)	5,4 (2,5)		6,0 (2,5)	23,6 (3,8)
II. Duygudurum bozuklukları								
Majör depresif bozukluk	7,1 (0,8)	26,2 (6,4)		28,8 (6,8)				29,0 (6,9)
Kronik depresif bozukluk	6,1 (0,6)	24,1 (5,3)		27,8 (5,3)			2,6 (0,5)	27,8 (5,3)
Bipolar spektrum bozuklukları	2,8 (0,3)	15,7 (5,4)		18,2 (6,7)				21,9 (5,5)
Tüm duygudurum bozuklukları	12,4 (1,2)	22,0 (5,1)	3,1 (1,2)	24,6 (5,7)			4,2 (1,7)	25,6 (5,4)
III. Dışsallaştırma bozuklukları								
Aralıklı patlayıcı bozukluk	1,2 (0,4)							
Alkol kullanım bozukluğu	0,9 (0,3)							
Madde kullanım bozukluğu	0,2 (0,1)							
Tüm dışsallaştırma bozuklukları	2,2 (0,5)	14,0 (2,7)		14,0 (2,7)			15,3 (7,2)	21,6 (6,1)
IV. Toplam								
Herhangibir ruhsal bozukluk	23,9 (1,3)	17,4 (3,0)	1,8 (0,6)	18,9 (3,0)	4,1 (1,9)		4,8 (1,7)	20,9 (3,3)
Ruhsal bozukluk yok	76,1 (1,3)	4,0 (0,4)	0,9 (0,2)	4,7 (0,5)	1,4 (0,3)	0,4 (0,2)	1,8 (0,4)	5,9 (0,6)
Bir bozukluk	13,9 (0,6)	13,9 (2,3)	0,9 (0,2)	14,5 (2,4)			4,1 (2,0)	16,7 (3,4)
İki bozukluk	5,2 (0,6)	18,1 (5,4)		20,5 (4,6)				20,5 (4,6)
Üç ya da daha fazla bozukluk	4,8 (0,6)	27,1 (7,8)		30,2 (8,0)			8,6 (4,0)	33,8 (7,4)
Tüm örneklem (n=1.790)	100	7,2 (0,9)	1,1 (0,3)	8,1 (0,9)	2,1 (0,6)	0,5 (0,2)	2,5 (0,6)	9,5 (1,1)

RS: ruh sağlığı meslek grubu; GS: genel sağlık meslek grubu; ŞF: şifacılar; GTT: geleneksel ve tamamlayıcı tıp; OKB ve ilişkili bozukluklar obsesif kompulsif bozukluk, cilt yolma, saç yolma, istifleme, ve beden dismorfik bozukluğunu içerir. Bipolar spektrum bozuklukları bipolar I, bipolar II ve eşikaltı bipolar bozukluğu içerir.

Prevalans (P) değerleri vaka sayısı 30'dan az olan ve P-2

* SE ≥0 olan bozukluklar için bildirilmemiştir.

Anksiyete bozuklukları arasında en yüksek AT oranı ise yaygın anksiyete bozukluğundadır (%18,1); OKB ve ilişkili bozukluklarda bu oran %8,8, TSSB'de ise %7,4 bulunmuştur. Meslek gruplarına göre tedavi yeterliliğini incelemek için veriler yetersizdir.

Hastalık Şiddeti: Veriler, hastalık şiddeti ile tedavi başvurusu arasındaki ilişkileri tek tek bozukluklara göre incelemek için yetersiz olmakla birlikte, ana kategoriler için bu analiz yapılabilmektedir. Tedaviye başvuru oranları, ağır tanı grubunda en yüksek (%30,5), orta şiddetteki olgularda %20,2 ve hafif olgularda %8,9 bulunmuştur (Tablo 3). Bu fark, ruh sağlığı meslek grubuna başvuranlarda da gözlenmiştir (F=18,3, p=0,005): ağır olguların %25,9'u, orta olguların %16,7'si

ve hafif olguların %6,8'i tedavi için bu meslek grubuna başvurmuştur. Buna karşılık, genel tıp meslek grubuna başvuranlarda bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (F=4,4, p=0,080) ve sağlık dışı meslek gruplarına başvuranlarda benzer bir örüntü saptanmamıştır (F=2,8, p=0,150); bu meslek grubunda orta şiddette tanısı olan bireylerin (%6,2), ağır tanılı bireylere (%4,8) kıyasla biraz daha fazla tedavi başvurusu yaptığı görülmüştür.

Dikkat çekici bir bulgu, herhangi bir 12 aylık tedavi başvurusu olan bireyler arasında, tedavinin en azından asgari düzeyde yeterli olma olasılığı ile hastalık şiddeti arasında anlamlı ilişki olmamasıdır (F=0,8, p=0,40). Son oniki ayda tedavi başvurusu olanlar arasında, ağır tanısı olan bireylerin %38,4'ü AT

Tablo 2. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2'de tüm örnekleme ve tedavi başvurusu olanlarda DSM-5 bozukluklarının 12 aylık Aşgari Tedavi (AT) oranları^a

	Tüm örneklem ^b	Sağlık meslek grubuna başvuru			Sağlık dışı meslek grubuna başvuru			Tüm tedavi başvuruları ^c
Bozukluk	%(SE)	RS %(SE)	GS %(SE)	Tümü %(SE)	ŞF %(SE)	GTT %(SE)	Tümü %(SE)	%(SE)
I. Anksiyete bozuklukları								
Panik bozukluğu								
Yaygın anksiyete bozukluğu	18,1 (8,7)							
Özgül fobi								
Agorafobi								
Sosyal anksiyete bozukluğu								
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	7,4 (2,4)	29,2 (10,9)		29,2 (10,7)				30,4 (7,7)
OKB ve ilişkili bozukluklar	8,8 (3,0)							
Tüm anksiyete bozuklukları	8,3 (2,1)#	37,2 (7,9)##		37,5 (7,8)				35,3 (5,6)
II. Duygudurum bozuklukları								
Majör depresif bozukluk	9,6 (2,1)	35,0 (6,1)		33,2 (7,8)				32,9 (7,7)
Kronik depresif bozukluk	10,6 (2,6)			38,1 (13,6)				38,1 (13,6)
Bipolar spektrum bozuklukları	5,6 (2,2)							
Tüm duygudurum bozuklukları	8,4 (1,8)	34,7 (7,3)		34,2 (8,6)				32,9 (7,4)
III. Dışsallaştırma bozuklukları								
Aralıklı patlayıcı bozukluk								
Alkol kullanım bozukluğu								
Madde kullanım bozukluğu								
Tüm dışsallaştırma bozuklukları	7,6 (1,9)							
IV. Toplam								
Herhangi bir ruhsal bozukluk	6,6 (1,1)	33,1 (5,3)		33,3 (5,8)				31,7 (3,7)
Bir bozukluk	4,6 (1,0)	27,4 (8,6)		27,6 (7,6)				27,5 (6,0)
İki bozukluk								
Üç ya da daha fazla bozukluk	11,9 (3,9)							
Tüm örneklem (n=1,790) ^d	2,9 (0,4)	33,7 (5,3)		34,2 (4,2)	23,3 (8,1)		22,3 (5,7)	30,1 (3,2)

RS: ruh sağlığı meslek grubu; GS: genel sağlık meslek grubu; ŞF: şifacılar; GTT: geleneksel ve tamamlayıcı tıp; AT: tedavi başvurusu olanlar arasında aşgari düzeyde yeterli tedavi alanlar; OKB ve ilişkili bozukluklar obsesif kompulsif bozukluk, cilt yolma, saç yolma, istifleme, ve beden dismorfik bozukluğunu içerir; bipolar spektrum bozuklukları bipolar I, II ve eşikaltı bipolar bozukluğu içerir.

^a Prevalans (P) değerleri vaka sayısı 30'dan az olan ve $P-2*SE \geq 0$ olan bozukluklar için bildirilmemiştir.

^b Satırda belirtilen tanı grubundaki AT oranı.

^c Satırda belirtilen tanı grubundakilerden sütunda belirtilen tedaviyi almış olanlar içindeki AT oranı.

^d Tüm örneklem (N=1.790) satırı hem tüm örneklemedeki toplam AT oranını, hem de her bir tedavi türüne başvuru yapanlar arasındaki AT oranlarını gösterir.

ölçütlerini karşılayan bir tedavi alırken, bu oran orta şiddette tanısı olanlarda %22,7'dir. Tanısı hafif olup tedavi alan bireylerin sayısı, AT oranı hesaplanamayacak kadar düşüktür. Tüm katılımcılar dikkate alındığında ise, tanısı ağır bireylerin yalnızca %11,7'si ve tanısı orta şiddette olan bireylerin %4,6'sı AT ölçütlerini karşılayan bir tedavi almıştır.

Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkiler

Hastalık şiddeti, bozukluk sayısı ve bozukluk türü kontrol edildikten sonra, her bir sosyodemografik değişkenin ayrı ayrı incelenmesi, kadınlarda tedaviye başvuru oranlarının

erkeklerle kıyasla daha yüksek olduğunu ve ayrı, dul ya da boşanmış bireylerin evli bireylere göre daha fazla tedaviye başvurduğunu göstermiştir (Tablo 4). Buna karşılık, hiç evlenmemiş bireylerin tedaviye başvurma oranları evli bireylere kıyasla anlamlı derecede daha düşüktür. Yaş ile tedaviye başvurma olasılığı arasında non-lineer (non-monotonic) bir ilişki saptanmış olup, en yüksek olasılık oranı en yaşlı gruptan bir önceki yaş grubunda gözlenmiştir. Ayrıca, eğitim düzeyi daha düşük olan bireylerin tedaviye başvurma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Tedaviye başvuran katılımcılar alt

Tablo 3. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2’de DSM-5 bozukluklarının hastalık şiddeti ve başvuru meslek grubuna göre 12 aylık tedavi başvuru oranları^a

	Ağır %(SE)	Orta %(SE)	Hafif %(SE)	Yok %(SE)	Tümü %(SE)	F (p-değeri) ^b
I. Tüm tedaviler						
Ruh Sağlığı Meslek Grubu	25,9 (5,0)	16,7 (3,5)	6,8 (2,7)	4,0 (0,4)	17,4 (3,0)	18,3 (0,005)*
Genel Sağlık Meslek Grubu	4,3 (1,9)	0,8 (0,2)		0,9 (0,2)	1,8 (0,6)	4,4 (0,08)
Tüm Sağlık Meslek Grubu	29,4 (5,4)	17,5 (3,6)	6,8 (2,7)	4,7 (0,5)	18,9 (3,0)	20,1 (0,004)*
Tüm Sağlık Dışı Meslek Grubu	4,8 (1,9)	6,2 (3,0)		1,8 (0,4)	4,8 (1,7)	2,8 (0,15)
Tüm tedaviler	30,5 (5,3)	20,2 (4,4)	8,9 (2,7)	5,9 (0,6)	20,9 (3,3)	18,8 (0,005)*
(n)	(144)	(171)	(105)	(1,370)	(420)	
II. Tedavi başvuru olanlar arasında AT						
Ruh Sağlığı Meslek Grubu	40,3 (7,9)			34,7 (7,5)	33,1 (5,3)	0,1 (0,83)
Genel Sağlık Meslek Grubu						
Tüm Sağlık Meslek Grubu	39,8 (9,8)	21,6 (7,6)		35,4 (4,3)	33,3 (5,8)	0,1 (0,74)
Tüm Sağlık Dışı Meslek Grubu						
Tüm tedaviler	38,4 (8,6)	22,7 (6,1)		28,2 (3,9)	31,7 (3,7)	0,8 (0,40)
(n)	(43)	(35)	(12)	(91)	(90)	
III. AT						
Ruh Sağlığı Meslek Grubu	10,4 (2,8)			1,4 (0,4)	5,8 (1,3)	11,0 (0,016)*
Genel Sağlık Meslek Grubu						
Tüm Sağlık Meslek Grubu	11,7 (3,0)	3,8 (1,6)		1,7 (0,3)	6,3 (1,2)	11,9 (0,014)*
Tüm Sağlık Dışı Meslek Grubu	3,3 (1,5)				2,2 (1,0)	
Tüm tedaviler	11,7 (3,0)	4,6 (1,7)		1,7 (0,3)	6,6 (1,1)	14,9 (0,008)*
(n)	144	171	105	1,370	420	-

AT: tedavi başvurusu olanlar arasında asgari düzeyde yeterli tedavi alanlar.

^aPrevalans (P) değerleri vaka sayısı 30’dan az olan ve P-2.^bSE >=0 olan bozukluklar için bildirilmemiştir.^bF (p-değeri): tedavi alma ve şiddet arasındaki ilişkinin Wald F-istatistiği ve p değeri (hiç-tüm şiddet dereceleri), “hiç” veya “tüm şiddet dereceleri” verilmemişse F testleri bildirilmemiştir. Tüm F testlerinde payda 6, pay 1 olarak alınmıştır. F testi yorumu: Bölüm I farklı tedavi türlerindeki hastalık şiddetini karşılaştırır, Bölüm II hastalık şiddetine göre her bir tedavi alt grubunda AT alanların oranını karşılaştırır, Bölüm III hem tedavi hem AT alanlar arasında hastalık şiddetini karşılaştırır.^c0,05 düzeyinde anlamlı, iki yönlü test.

örnekleminde, AT’nin çok değişkenli ilişkilerini ya da yordayıcılarını incelemek için yeterli veri yoktur.

TARTIŞMA

Bu makale, yakın zamanda tamamlanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması’ndan elde edilen verilerle, Türkiye’de yaygın ruhsal bozukluklar için 12 aylık tedaviye başvuru oranlarını sunmaktadır. Bulgularımız, son bir yıl içinde en az bir ruhsal bozukluk tanı ölçütünü karşılayan yetişkinlerin yalnızca %20,9’unun herhangi bir tedaviciye başvurduğunu göstermektedir. Bu oran, Türkiye ile karşılaştırılabilir ekonomik gelişmişlik düzeyindeki ülkelerin çoğunda yürütülen WMH araştırmalarında saptanan oranlardan düşüktür (örn., Wang ve ark. 2007, Borges ve ark. 2019, Cia ve ark. 2019). Türkiye’deki tedaviye başvuru oranı, 25 ülkede bildirilen %29,0’lık ortalamanın da oldukça altındadır (Evans-Lacko ve ark. 2018). Daha da önemli ve endişe verici olan durum, ağır olgular arasındaki farktır. Türkiye’de son 12 ayda (psikozlar ve demans dışında) ağır derecede ruhsal hastalığı olan katılımcıların yalnızca %30,5’i tedavi başvurusu yapmıştır. Bu

oran, yüksek gelirli ülkelerdeki diğer WMH araştırmalarında bildirilen ve Almanya’da %40,6’dan Belçika’da %62,1’e kadar değişen yaklaşık %50’lik medyan değer oldukça altındadır (Wang ve ark. 2007). Yüksek gelirli olup tedavi başvurusu Türkiye’ye benzer olan (%24,2) tek ülke Japonya’dır (Nishi ve ark. 2019). Türkiye’de ruhsal hastalıkların geneli için tedaviye başvuru oranları 30 yıl öncesine kıyasla artmış gibi görünmesine rağmen (Kılıç 1998) hastalık grupları içinde ayrı ayrı incelendiğinde, başvuru oranlarında gözlenen fark daha azdır. Bulgularımız Türkiye’de tedavi açığının hâlâ yüksek olduğunu göstermekte ve tedaviye başvuru önündeki engelleri azaltmak ve tedaviye erişimi artırmak için ruh sağlığı politikalarının ve ruh sağlığı müdahalelerinin güncellenmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Türkiye’de tedaviye başvuruların büyük bölümü ruh sağlığı uzmanlarına yapılmıştır; oysa çoğu ülkede ruh sağlığı hizmetlerinin en büyük kısmı genel tıp meslek grubu (aile hekimi ve başka uzman) tarafından sunulmaktadır (Wang ve ark. 2007). Literatürde, ruhsal sorunu nedeniyle tedaviye ihtiyaç duyan bireylerin çoğunluğunun ruh sağlığı hizmetlerine doğrudan başvurması eğilimi “Amerikan baypası” olarak adlandırılmakta

Tablo 4. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2'de 12 aylık tedavi ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi (tek değişkenli analizler) ^a

	Tüm tedaviler	Tüm tedaviler içinde AT alanlar	AT
	OO (95% GA)	OO (95% GA)	OO (95% GA)
Cinsiyet			
Kadın	2,0 (1,5–2,8)*	1,1 (0,4–2,9)	1,6 (0,7–3,7)
Erkek	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)
χ^2_1 (p-değeri)	18,2 (<0,001)*	0,0 (0,88)	1,5 (0,22)
Yaş (yıl)			
18–34	0,9 (0,3–2,8)	0,4 (0,1–1,9)	0,6 (0,1–3,0)
35–49	1,5 (0,6–4,0)	0,3 (0,1–1,6)	0,8 (0,2–3,5)
50–64	2,2 (1,0–4,6)*	0,2 (0,0–1,9)	1,0 (0,2–4,7)
65 ve üstü	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)
χ^2_3 (p-değeri)	23,9 (<0,001)*	2,3 (0,52)	7,1 (0,07)
Eğitim^b			
Düşük	1,7 (1,0–2,9)*	0,5 (0,1–2,0)	1,2 (0,6–2,2)
Düşük orta	0,9 (0,6–1,4)	0,2 (0,0–1,7)	0,4 (0,1–1,6)
Yüksek orta/yüksek	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)
χ^2_2 (p-değeri)	6,1 (0,046)*	8,8 (0,012)*	7,7 (0,022)*
Gelir^b			
Düşük	1,0 (0,6–1,6)	0,5 (0,1–2,6)	0,6 (0,2–2,4)
Düşük orta	0,7 (0,5–1,0)	1,0 (0,2–5,6)	0,7 (0,3–1,8)
Yüksek orta	0,9 (0,5–1,6)	0,5 (0,0–6,1)	0,5 (0,1–2,3)
Yüksek	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)
χ^2_3 (p-değeri)	3,5 (0,32)	1,8 (0,61)	1,0 (0,79)
Çalışma durumu			
Başka	1,3 (0,6–2,6)	1,3 (0,7–2,6)	1,5 (0,5–4,0)
Çalışıyor	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)
χ^2_1 (p-değeri)	0,5 (0,47)	0,8 (0,38)	0,6 (0,44)
Medeni durum			
Hiç evlenmemiş	0,6 (0,3–1,0)*	2,9 (1,3–6,7)*	1,1 (0,5–2,5)
Ayrılmış/ boşanmış/dul	1,8 (1,1–2,9)*	1,8 (0,5–6,0)	2,0 (0,6–6,8)
Evli	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)	1,0 (Ref)
χ^2_2 (p-değeri)	6,7 (0,035)*	12,0 (0,002)*	2,9 (0,24)
(n)	1,790	181	1790

OO: odds oranı; GA: güven aralığı; Ref: referans kategori.

AT: tedavi başvurusu olanlar arasında asgari düzeyde yeterli tedavi alanlar.

^a Tüm modeller için aşağıdaki 12 aylık tanımlar kontrol edilmiştir: panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, özgüfobi, agorafobi, sosyal anksiyete bozukluğu, TSSB, OKB ve ilişkili bozukluklar, majör depresyon, distimi, bipolar spektrum bozuklukları, aralıklı patlayıcı bozukluk, alkol ve madde kullanım bozuklukları.

Tüm modeller için ayrıca 12 aylık bozukluk sayısı (2, 3 veya daha fazla bozukluk) ve hastalık şiddeti (orta ve ağır şiddet) de kontrol edilmiştir.

^b Eğitim ve gelir düzeyi dört gruba ayrılmıştır. Eğitim için bunlar: düşük (ilkokul ve altı), düşük-orta (ortaokul veya lise), yüksek-orta (önlisans veya lisans), ve yüksek (yüksek lisans veya doktora) olarak gruplanmıştır; istatistiğin gücünü artırmak için yüksek-orta ve yüksek grupları birleştirilmiştir. Gelir için: düşük (örneklem medyanının yarısından az), düşük-orta (medyana kadar), yüksek-orta (medyanın iki katına kadar) ve yüksek (medyanın iki katından fazla) şeklinde gruplanmıştır.

* 0,05 düzeyinde anlamlı, iki yönlü test.

(Goldberg ve Huxley, 1992) ve Avrupa ülkeleri ile ABD arasındaki hizmet kullanım örüntülerindeki farkları vurgulamak için kullanılmaktadır. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerine erişim örüntüsü Avrupa ülkelerinden daha çok ABD'ye benzerlik göstermektedir. Türkiye, birinci basamak sağlık sistemini yeniden yapılandırarak hizmetlere erişimi genişletmeye çalışmış olsa da, psikiyatristler ve psikologlar ruhsal sorunlar için hâlâ ilk başvuru noktası olmaya devam etmektedir. Bu örüntü, bir yandan hastaların ruh sağlığı okuryazarlığının yüksek olmasına ve buna bağlı olarak uzmanlaşmış tedavileri tercih etmelerine bağlı olabileceği gibi, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakla bütünleşmemiş olmasının bir göstergesi de olabilir. Birden fazla psikiyatrik hastalığı olan hastaların da ruh sağlığı uzmanına başvurma olasılığı daha yüksektir; bu durum, algılanan ihtiyacın daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, ruhsal sağlık profili daha karmaşık (ve ağır) olanlarda bile tedavi başvurusunun düşük olması, Türkiye'de tedavi açığının ciddi düzeyde devam ettiğini göstermektedir.

Son 12 ayda bir ruhsal hastalığı olup herhangi bir tedaviye başvuran hastaların yaklaşık üçte biri (%31,7) AT almıştır. Genel örneklemede hastalık sayısı (ek tanımlar) arttıkça AT olasılığı artsa da, toplam AT oranı oldukça düşüktür. Hastalık şiddeti ile tedaviye başvurma olasılığı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur; bu bulgu, diğer WMH araştırmalarıyla tutarlıdır (Borges ve ark. 2019, Cia ve ark. 2019). Bu örüntü, daha ağır ruhsal belirtileri olan bireylerin tedavi arama konusunda daha istekli olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bulgular, Türkiye'deki hastaların aldığı tedavilerin büyük bir bölümünün, WMH çalışmalarında tanımlanan asgari standartların altında kaldığını göstermektedir. Türkiye'de ayaktan ruh sağlığı hizmetlerinin büyük bölümü sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde ve merkezi randevu sistemi ile gerçekleştirilmektedir. Randevu başına ayrılan süre konusunda psikiyatri ve diğer uzman muayeneleri arasında belirgin bir ayırım yapılmamaktadır. Muayene süresinin kısa olması, ilk başvuruyu yapmış hastaların tedaviyi sürdürme konusundaki motivasyonlarını azaltıcı bir etken olabilir. Psikiyatri ayaktan muayeneleri için ayrılan sürenin artırılması, klinik kılavuzların güçlendirilmesi, ruh sağlığı iş gücünün genişletilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin tedavi basamakları arasında daha iyi bütünleştirilmesi, Türkiye'de tedavi yeterliliğini ve sonuçlarını iyileştirmeye katkı sağlayabilir. Ayrıca, katılımcıların küçük bir bölümü (%5,9), herhangi bir DSM-5/CIDI bozukluğu tanı ölçütünü karşılamamasına rağmen tedaviye başvurduğunu bildirmiştir. Bu bulgu, diğer WMH araştırmalarıyla uyumludur (Ishikawa ve ark. 2018, Borges ve ark. 2019, Cia ve ark. 2019). Bu kişiler büyük olasılıkla, hastalığı iyileşmiş olduğu halde idame tedavisi alan, nüksü önlemeye yönelik takip edilen ya da eşikaltı belirtileri olan az sayıda bireyden oluşmaktadır (Druss ve ark. 2007, Bruffaerts ve ark. 2015). Bir başka olasılık, bu kişilerin WMH kapsamında taranmayan bir ruhsal sorun nedeniyle (örn. psikotik bozukluklar) tedaviye başvurmuş olmalarıdır.

Beklendiği üzere, daha ağır ya da ek tanıli olguların tedaviye başvurmuş olma olasılığı daha yüksek olmakla birlikte, herhangi bir tedaviye başvurmuş bireyler arasında hastalık şiddeti ile AT alma olasılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Tedavinin en azından asgari düzeyde yeterli olma olasılığının hastalık şiddetiyle anlamlı biçimde ilişkili olmaması, sağlık sisteminin hastaların ihtiyaçlarındaki farklılıklara yeterince duyarlı olmadığını düşündürmektedir. Başka bir deyişle, daha ağır hastalığı olan bireyler hizmetlere daha sık erişebilse de, aldıkları tedavinin niteliği ya da süresi her zaman hastalıklarının şiddetiyle orantılı değildir. Bu orantısızlık, Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinde kaynakların hasta ihtiyaçlarına daha uygun biçimde kullanılmasının gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda ruh sağlığı hizmet kullanımıyla ilişkili bulunan demografik değişkenler, diğer ülkelerdeki sağlık araştırmalarında bildirilen bulgularla tutarlıdır. Örneğin, kadınların erkeklere kıyasla ruh sağlığı tedavi başvurusu yapma olasılığı daha yüksektir (Kessler ve ark. 1981, Oliver ve ark. 2005, Wang ve ark. 2007, Cia ve ark. 2019, Terlizzi ve Norris 2021). Geleneksel erkeklik ideolojisi, erkeklerin ruhsal sorunlar için yardım aramasının daha fazla damgalanıyor olmasına (ve kendilerini damgalamalarına) neden olabilir (Smith ve ark. 2008, Vogel ve Wade 2009). Erkekler ve kadınları yardım aramaya yönlüten etkenlerin farklılık göstermesi nedeniyle (Tedstone Doherty ve Kartalova-O’Doherty 2010), Türkiye’de toplumsal cinsiyete duyarlı ruh sağlığı tedavi ve önleme programlarına ihtiyaç vardır.

Medeni durum da tedaviye başvuru olasılığını etkilemiştir (Simon 2002, Tudiver ve Talbot 1999); ayrı, dul ya da boşanmış bireylerin tedaviye başvuru oranları evli bireylere göre daha fazladır. Bu durum şaşırtıcı değildir; zira evliliklerin sonlanması ruhsal sağlık sorunlarının bir sonucu olabildiği gibi, yardım aramaya yol açan psikolojik strese ve ilişki sorunlarına neden de olabilir (Reneflot ve ark. 2020). Buna karşın, hiç evlenmemiş bireylerin hizmet kullanımının daha düşük olması, WMH araştırmasına katılan 17 ülkenin beşinde bildirilen bulgularla çelişmektedir (Wang ve ark. 2007). Türkiye’de ruhsal rahatsızlık konusundaki damgalamanın tedaviye başvuru önündeki önemli engellerden biri olduğu bilinmektedir (Çam ve Bilge 2013, Dikeç ve ark. 2020). Ülkemizde genç erişkinlerin aileleriyle yaşamaya devam edebildiği için ailelerin özellikle işe girme, evlenme gibi konulardaki endişelerinin çocuklarını psikiyatriste ya da psikoloğa götürmekte isteksiz olmalarına yol açmış olması mümkündür.

Eğitim düzeyi daha düşük olan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine başvurma olasılığının daha yüksek olması ilginç bir bulgudur; bu kişilerin AT oranları ise düşüktür. Yüksek eğitimin genellikle daha iyi sağlık okuryazarlığı, mevcut hizmetler hakkında farkındalık ve tedaviye erişimi kolaylaştıran olanaklarla ilişkili olduğu bilinir (Lin ve ark. 2023). Öte yandan, düşük eğitim düzeyi ruhsal hastalığın daha ağır şiddette olmasına,

bu nedenle daha fazla tedavi başvurusuna yol açıyor olabilir. Üstelik tek değişkenli analizlerde (Tablo 4) görülen anlamlı ilişki çok değişkenli analizlerde kaybolmuştur (veriler sunulmamıştır); bu da bu bulguyu dikkatle yorumlamamız gerektiğini düşündürmektedir. Tedavi başvurusuna karar vermeye yol açan faktörler çok çeşitlidir. Eğitimin tek başına başvuru oranlarını artırmadığı sağlık çalışanları veya tıp öğrencilerinde saptanan düşük başvuru oranlarından da görülebilir (Ye ve ark. 2023). Bu da sağlık okuryazarlığının ancak kapsamlı bir sağlığın geliştirilmesi bakış açısıyla birlikte etkili olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, sınırlı sayıda ruhsal bozukluk ele alınmıştır (örn. psikotik bozukluklar değerlendirilmemiştir); dolayısıyla bulgular çalışmaya dâhil edilmeyen hastalıklara genellenemeyebilir. İkinci olarak, standart tanı ölçütleri kullanılmış olsa da, belirtilerin öz-bildirime dayalı olarak değerlendirilmesi, verileri hatırlama yanlılığı ve onaylayıcı/sosyal beğenirlik yanlılığına açık hâle getirmiş olabilir (Torvik ve ark. 2012). Bu da, gerçek yaygınlığın bildirdiğimiz değerlerin üstünde olabileceğini düşündürmektedir. Üçüncü olarak, yalnızca Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları çalışmaya dâhil edilmiştir. Türkiye’de yaşayan yaklaşık 3,5 milyon Suriyeli sığınmacının, göçmenlik statüleri, dil engeli, ruh sağlığı hizmetlerinin maliyeti ve damgalanma korkusu nedeniyle ruh sağlığı tedavisine erişimde ciddi engeller yaşadığı bilinmektedir (Fuhr ve ark. 2019, Kaya ve ark. 2019, Kılıç ve ark. 2024). Bazı göçmenler son dönemde ülkelerine dönmüş olsa da, büyük çoğunluğu Türkiye’de kalmaya devam etmektedir ve gelecekteki araştırmalara dâhil edilmeleri önemlidir. Dördüncü olarak, veriler COVID-19 pandemisinden hemen önce toplanmıştır; dolayısıyla bulgularımız pandeminin tedavi oranları üzerindeki (varsa) etkilerini yansıtmamaktadır. Örnek vermek gerekirse, pandemi sırasında ayaktan psikiyatri hastalarının hizmet kullanımına ilişkin bir çalışma, ruh sağlığı hizmetlerinin pandemiye yönelik hizmet modelinin, anksiyete/depresyon spektrumundaki hastaların ihtiyaçlarına göre değiştirilmesi gerektiği sonucuna varmıştır (Kılıç ve ark. 2025). Benzer şekilde, çalışmamız, 6 Şubat 2023’te 50.000’den fazla kişinin hayatını kaybetmesine neden olan Kahramanmaraş merkezli depremlerin Türkiye nüfusu üzerindeki etkilerini de yansıtmamaktadır. Son olarak, küçük alt örneklemeler nedeniyle bazı alt analizler yapılamamıştır. Bu çalışmada sunulan bilgiler sadece son 12 aydaki DSM-5 ruhsal hastalık tanılarının ruh sağlığı hizmeti kullanımı bulguları ile sınırlıdır. Hayatboyu DSM-5 ruhsal hastalıklarının yaygınlığı, hayatboyu hastalık gruplarıyla tedavi başvurusunun ilişkisi ve DSM-5 hastalıklarının başlangıç yaşı ile ilgili bulgular daha sonra sunulacaktır.

Sonuç olarak, bu çalışma Türkiye’de DSM-5 ölçütlerine göre araştırmaya dâhil herhangi bir ruhsal bozukluğu olan yetişkinlerin yalnızca yaklaşık beşte birinin son 12 ay içinde tedavi için başvuru yaptığını ortaya koymuştur. Bu durum,

ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımında önemli bir açığa işaret etmektedir. Bu tedavi açığı, özellikle erkekler gibi daha fazla damgalanma yaşayabilecek gruplar başta olmak üzere, yardım arama önündeki engellerin ele alınması ve tedaviye ulaşımın acilen kolaylaştırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Türkiye’de tedaviye başvurunun yordayıcılarını ve ne tür tedavilerin veya tedavilerin tedavi başvurusunu artırabileceğini daha iyi anlayabilmek için gelecekte boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı’nın ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmeye yönelik tüm çabalarına rağmen, tedaviye başvuru oranlarındaki iyileşmenin neden yeterli düzeyde olmadığı da araştırılmalıdır. Nihayetinde, bulgularımız bireylerin yeterli düzeydeki tedavilere başvurma ve bunlara erişme olasılığını etkileyen etmenlere ışık tutarak, küresel ruh sağlığı literatürüne önemli katkılar sunmaktadır.

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 ve Edward Chiu’ye 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 sunarız. 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 başta hocamız, merhum Prof. Dr. Orhan Öztürk olmak üzere, Türkiye’den Aylin Uluşahin, Berna Uluğ, Elif Anıl Yağcıoğlu, Elif Barışkın, Bedriye Öncü, İnci Özgür İlhan ve Peykan Gençoğlu’na, Michigan’dan Stephanie Chardoul’e teşekkür ederiz. Son olarak, CIDI-5’in Türkçe versiyonunun son halini almasına büyük katkıda bulunan bilimsel 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.

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

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. Menssana LLC’de de hissesi bulunmaktadır

Makalenin editörü: Aygün Ertuğrul

EKLER

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

KAYNAKLAR

- Aktaş MC ve Ayhan CH (2025) experiences in accessing treatment among females with schizophrenia: a qualitative study from Turkey. *Healthcare* 13:721. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070721>
- Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S ve ark. (2018) Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the world mental health surveys in 21 countries. *Depr Anxiety* 35:195–208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- Başoğlu M, Kılıç C, Şalcıoğlu 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>
- Benjet C, Borges G, Orozco R ve ark. (2022) Dropout from treatment for mental disorders in six countries of the Americas: a regional report from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord* 303:168–79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.019>
- Borges G, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L ve ark. (2019) Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: a regional report from the World Mental Health Surveys. *Epidem Psychiatr Sci* 29:e53. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000477>
- 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. İçinde W. Lonner ve J. Berry (Editörler), *Field Methods in Cross-Cultural Research* (pp. 137–64). Sage Publications.
- Bruffaerts R, Posada-Villa J, Al-Hamzawi AO ve ark. (2015) Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *Br J Psychiatry* 206:101–9. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.141424>
- Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P ve ark. (2016) Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 3:415–24. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Cia AH, Stagnaro JC, Aguilar-Gaxiola S ve ark. (2019) Twelve-month utilization rates and adequacy of treatment for mental health and substance use disorders in Argentina. *Braz J Psychiatry* 41:238–44. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0036>
- Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M ve ark. (2024) Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 23:267–75. <https://doi.org/10.1002/wps.21203>
- Çam O ve Bilge A (2013) The process of stigmatization and attitude, belief about mental illness and patient in Turkey: a systematic review. *J Psy Nurs* 4:91–101. <https://doi.org/10.5505/phd.2013.92300>
- de Haan AM, Boon AE, de Jong JT ve ark. (2013) A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clin Psychol Rev* 33:698–711. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>
- Degenhardt L, Glantz M, Evans-Lacko S ve ark. (2017) Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the world mental health surveys. *World Psychiatry* 16:299–307. <https://doi.org/10.1002/wps.20457>
- Dikeç G, Gümüş F ve Atlı A (2020) Validity and reliability of the Parents Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *Turk Psikiyatri Derg* 31:269–79. <https://doi.org/10.5080/u23728>
- Druss BG, Wang PS, Sampson NA ve ark. (2007) Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses: results from the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 64:1196–203. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1196>
- Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A ve ark. (2018) Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med* 48:1560–71. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Fernández D, Vigo D, Sampson NA ve ark. (2021) Patterns of care and dropout rates from outpatient mental healthcare in low-, middle- and high-income countries from the World Health Organization’s World Mental Health Survey initiative. *Psychol Med* 51:2104–16. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000884>
- 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.
- Fuhr DC, Acartürk C, McGrath M ve ark. (2019) Treatment gap and mental health service use among Syrian refugees in Sultanbeyli, Istanbul: a cross-sectional survey. *Epidemiol Psychiatr Sci* 29:e70.
- 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>
- Goldberg DP ve Huxley P (1992) *Common Mental Disorders: a Bio-Social Model*. London: Routledge

- Güney E, Aydemir AF, Iyit N ve ark. (2024) Gender differences in psychological help-seeking attitudes: a case in Türkiye. *Front Psychol* 15:1289435. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1289435>
- Harkness J, Pennell B, Villar A ve ark. (2008) Translation procedures and translation assessment in the World Mental Health Survey Initiative. İçinde Kessler RC ve Üstün TB (Editörler) *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders* (pp. 91–114). 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>
- Harris MG, Kazdin AE, Hwang I ve ark. (2025) Pathway to effective treatment for common mental and substance use disorders in the World Mental Health Surveys: perceived need for treatment. *Int J Ment Health Syst* 19:17. <https://doi.org/10.1186/s13033-025-00666-w>
- Ishikawa H, Tachimori H, Takeshima T ve ark. (2018) Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010's in Japan: the results of the world mental health Japan 2nd survey. *J Affect Disord* 241:554–62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.050>
- 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, Abelson J, Demler O ve ark. (2004) Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 13:122–39. <https://doi.org/10.1002/mpr.169>
- 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>
- 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, Brown RL ve Broman CL (1981) Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *J Health Soc Behav* 22:49–64.
- Khaled SM, Amro I, Abdelkader M ve ark. (2024) 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>
- Kılıç C (1998) *Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar: Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Ana Rapor*. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Kılıç C (2008) Health services use for earthquake-related psychological problems: results from the 1999 earthquakes in Turkey. *Türk Psikiyatri Derg* 19:13–23.
- 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, Rezaki M, Üstün TB ve ark. (1994) Pathways to psychiatric care in Ankara. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 29:131–6. <https://doi.org/10.1007/BF00796493>
- 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, Üstün TB, Uluğ ÖŞ ve ark (2026) Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması'nda 12 Aylık ve 30 Günlük DSM-5 Bozukluklarının Yaygınlığı, Sürekliliği ve Şiddeti. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 37:180-191. <https://doi.org/10.5080/u27855>
- Kılıç C, Türkoğlu Ö, Avanoğlu KB ve ark. (2025) Effect of the COVID-19 pandemic on psychiatric service use among psychiatric outpatients. *Türk Psikiyatri Derg* 36:27. <https://doi.org/10.5080/u27455>
- Kırpınar I, Çaykoğlu A ve Kuloglu M (1994) Pathways to psychiatric units in Erzurum. *Türk Psikiyatri Derg* 5:175–81.
- Kott PS (2015) Calibration weighting in survey sampling. *WIREs Computational Statistics* 8:39–53. <https://doi.org/10.1002/wics.1374>
- Lin C, Pham H ve Hser Y-I (2023) Mental health service utilization and disparities in the U.S: observation of the first year into the COVID pandemic. *Community Ment Health J* 59:972–85. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01081-y>
- 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>
- 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)
- Moitra M, Santomauro D, Collins PY ve ark. (2022) The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000-2019: a systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med* 19:e1003901. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901>
- 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>
- Nishi D, Ishikawa H ve Kawakami N (2019) Prevalence of mental disorders and mental health service use in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 73:458–65. <https://doi.org/10.1111/pcn.12894>
- 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>
- Oliver MI, Pearson N, Coe N ve ark. (2005) Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 186:297–301. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.297>
- 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.
- Pozuelo JR, Vigo DV, Kazdin AE ve ark. (2025) Predictors and barriers to minimally adequate treatment among treated individuals with 7 mental disorders: results from the World Mental Health survey. *Int J Ment Health Syst* 19:34. <https://doi.org/10.1186/s13033-025-00686-6>
- Reneflot A, Øien-Ødegaard C ve Hauge LJ (2020) Marital separation and contact with primary healthcare services for mental health problems: a register-based study. *BMC Psychol* 8:124. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00488-0>
- Santomauro DF, Vos T, Whiteford HA ve ark. (2024) Service coverage for major depressive disorder: estimated rates of minimally adequate treatment for 204 countries and territories in 2021. *Lancet Psychiatry* 11:1012–21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00317-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00317-1)
- 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
- Simon RW (2002) Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *Am J Sociology* 107:1065–96. <https://doi.org/10.1086/339225>
- Smith JP, Tran GQ ve Thompson RD (2008) Can the theory of planned behaviour help explain men's psychological help-seeking? Evidence for a mediation effect and clinical implications. *Psychol Men Masc* 9:179–92. <https://doi.org/10.1037/a0012158>
- Stein DJ, Vigo DV, Harris MG ve ark. (2025) Patterns and predictors of 12-month treatment of common anxiety, mood, and substance use disorders in the World Mental Health (WMH) surveys: contact coverage in the context of perceived need. *Int J Ment Health Syst* 19:10. <https://doi.org/10.1186/s13033-025-00661-1>

- Tedstone Doherty D ve Kartalova-O'Doherty Y (2010) Gender and self-reported mental health problems: predictors of help seeking from a general practitioner. *Br J Health Psychol* 15:213–28. <https://doi.org/10.1348/135910709X457423>
- Terlizzi EP ve Norris T (2021) *Mental Health Treatment Among Adults: United States, 2020*. NCHS Data Brief, no 419. Hyattsville, MD. National Center for Health Statistics. <https://doi.org/10.15620/cdc:110593>
- Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S ve ark. (2017) Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry* 210:119–24. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- 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>
- Tudiver F ve Talbot Y (1999) Why don't men seek help? Family physicians' perspectives on help-seeking behaviour in men. *J Fam Pract* 48:47–52.
- Viana MC, Kazdin AE, Harris MG ve ark. (2025) Barriers to 12-month treatment of common anxiety, mood, and substance use disorders in the World Mental Health (WMH) surveys. *Int J Ment Health Syst* 19:6. <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00658-2>
- Vogel DL ve Wade N (2009) Stigma and help-seeking. *Psychologist* 22:20–3.
- 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>
- Wang PS, Lane M, Olfson M ve ark. (2005) Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:629–40. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.629>
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J ve ark. (2007) Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet (London, England)* 370:841–50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J ve ark. (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 382:1575–86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Ye WQW, Rietze BA, McQueen S ve ark. (2023) Barriers to accessing mental health support services in undergraduate medical training: a multicenter, qualitative study. *Acad Med* 98:491–6. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004966>