

# Birincil Sağlık Hizmeti İçinde Ruh Sağlığı

Bedirhan ÜSTÜN (\*), M. Emin CEYLAN (\*\*), Yunus ÇEVİK (\*\*\*), A. Kemal YAŞAR (\*\*\*)

## ÖZET

Bu çalışmada, "depresyon" örnek olarak ele alınıp sağlık ocağında verilen ruh sağlığı hizmetinin değerlendirilmesine çalışılmıştır. Kazan Sağlık Ocağı bölgesinde Kazan (merkez) ile Fethiye ve Sarılar köylerinde yapılan taramalarda son bir ay içinde 20-60 yaş grubunda depresif belirti yaygınlığı yaklaşık %32 bulunmuş, depresyon tablosuna ise %6.3 oranında rastlanmıştır. Belirtilerin daha çok 40-60 yaş grubunda yoğunlaştığı ve depresyon tablosunun kadınlarda sık görüldüğü bulunmuştur.

Depresyona ilişkin bilgi-tutum-davranış örüntüsü üzerinde yapılan soruşturmada orta derecede depresif belirtisi olanların sağlık ocağına gitme oranı %7.2 olarak bulunmuş (ocak kayıtlarından), depresyon ya da ruhsal hastalık tanısı alan saptanamamıştır. Ruh sağlığı hizmetinin birincil sağlık hizmeti içindeki yeri ve önemine değinilerek birtakım önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Birincil sağlık hizmeti

Düşünen Adam; 1994, 7 (4): 9-19

## SUMMARY

In this research, depression is taken as a sample to evaluate the quality of mental health care in primary health service. In the last month, at the region of Kazan (centre), Fethiye and Sarılar village, people between ages 20-60 with depressive symptoms are found 32%, depression syndrome s found 6.3%. The symptoms are mostly found between ages 40-60, and especially women are more affected.

While researching the level of knowledge about depression; 7.2% of people with moderate depressive symptoms applied to the primary health service but neither depression nor other mental disorders are diagnosed. The importance of mental health care is mentioned and some advices are given.

Key words: Depression, primary health care

## GİRİŞ

Günümüz insanının çevre koşulları içerisinde çağcıl "epidemiler" diyebileceğimiz kalp, damar hastalıkları, yüksek tansiyon, astım gibi bedensel hastalıkların yanında ruhsal çöküntüler (depresyon) ve ilaç, alkol

alışkanlığı gibi ruhsal bozukluklarda önemli bir yer tutmaktadır (1,2).

Son 15 yıldır yapılan bazı toplumsal araştırmalarda, depresyonun 25-30 yılda 10 kat arttığı ifade edilmektedir (3,4). İşsizlik ya da işsizlik tehdidi, iş stan-

\* Dünya Sağlık Örgütü, Ruh Sağlığı Bölümü, Cenevre

\*\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

\*\*\* Kazan Sağlık Ocağı

dartlaşması, göç ve ait olduğu toplumsal kökten kopma, tüketim tutkusu, yaşam pahalılığı, çarpık sanayileşme ve kentleşme, değerler kargaşası gibi toplumsal etmenler sonucu pekçok insan ruhsal sorunların içine girmektedir. Bireyin içinde bulunduğu çevre ve kendi kendisiyle barışıklığının, uyumluluğunun bozulması, yaratıcılığını, üretkenliğini çoğu kez olumsuz yönde etkilemekte ve yeti yetimine yol açmakta ve önemli bir sağlık sorunu olarak depresyon ortaya çıkmaktadır. Bunun pekçok örneğini ülkemizde de görmekteyiz (5).

"Genel olarak ruh sağlığı, bütün öbür sağlık sorunları gibi ülkenin toplumsal ekonomik sorunlarından, eğitim ve öğrenim düzeninden, toplumsal güvence koşullarından soyutlanamaz. Bu nedenle konuya dar bir görüşle, yalnızca ruh hastalıkları ve ruh hekimliği açısından bakamayız ve geniş anlamda ruh sağlığı sorunu ruh hekimlerinin ve ruh bilimcilerin, hekimlerin tekelinde kalamaz" (6).

Sağlık hizmeti her alanda ve tümel/kavrayıcı bir şekilde anlaşılmaktadır. Buna göre temel sağlık örgütü, yöre halkı ile birlikte, ruh sağlığı alanında da koruyucu, tedavi edici, esenlendirici hizmetleri tasarlamalı ve uygulamalı, bu konularda da sağlık eğitimi yapmalıdır. Bu alandaki sorunları, gereksinmeyi ve istekleri saptamak, halkın bilgi, tutum ve davranışlarını öğrenmek için alan taramaları yapmalı; çevresel koşulları değerlendirmeli ve gerekli önlemleri almalıdır.

Bu yaklaşım yalnızca kavramsal düzeyde onaylanıp, uygulamada bir yana bırakılmamalıdır. Birincil sağlık hizmeti içindeki "en sık görülen, en çok öldüren, en çok sakat bırakan hastalık" ilkesi yönünden incelenirse, ruhsal bozuklukların hiç de yabana atılacak bir konu olmadığı, tersine üzerinde önemle durulması gereği ortaya çıkar (Tablo 1).

Walton'a göre, ruhsal hastalıklar toplumda bronşit, soğukalgınlığı ve romatizmadan sonra dördüncü sıradadır (8). Goldwell ve Blackwell 1970'de Londra'da genel tıp uygulaması içinde belirgin psikiyatrik morbidite oranının %20'ye ulaştığını bulmuşlardır. Kolombiya, Hindistan, Sudan ve Filipin'ler gibi gelişmekte olan ülkelere seçilen bir grupta ruhsal bozuklukların morbiditesi ortalama %13.9 olarak saptanmıştır (9).

Türkiye'de bu alanda yapılan çalışmalar oldukça az sayıdadır:

a) N. Baykan'ın 1964-1966'da Ankara'da kırsal, yarı-kırsal ve gecekondu kesimlerinde uygulattığı taramaların sonucu şöyledir (10):

	Genel morbidite
Kırsal bölge	%14
Yarı-kırsal bölge	%92
Gecekondu bölgesi	%18

b) N. Eren'in yürütücülüğünde Şubat 1975-Ocak 1976 tarihlerinde sürdürülen "Ankara kentinde yaşayan halkın saptanan sorunlarına göre sağlık hiz-

Tablo 1. Değişik kültürlerde ruhsal bozuklukların görülme sıklığı (7)

Yazarlar	Basım yılı	Yer	Tüm psikiyatrik morbidite %
Pasamanick ve ark.	1959	Baltimore - A.B.D.	9.3
Srole ve ark.	1962	New York - A.B.D.	23.4
Leighton ve ark.	1963	String Country - A.B.D.	20.7
Taylor ve Chave	1964	Londra ve bir kasaba - İngiltere	33.0
Hare ve Shaw	1965	Güneydoğu Londra - İngiltere	20.6
Shepherd ve ark.	1966	Londra - İngiltere	14.0
Piotrowski ve ark.	1968	Plock - Polonya	18.0
Piotrowski ve ark.	1968	Guechanow - Polonya	13.5
Dube	1968	Agra - Hindistan	2.4
Bash ve Bash - Liechti	1969	Kuzistan - İran	14.9
Moya, Marconi ve ark.	1969	Santiago - Şil	15.3
Manategul	1970	Lima - Peru	18.7
Bash ve Bash - Liechti	1974	Şiraz - İran	16.6
Barnar, Reppegaard, Astrup	1974	Berlewag - Norveç	19.5
Tarnoposky ve ark.	1977	Buenos Aires - Lanus - Arjantin	15.7
Weismann, Myers, Harding	1978	New-Haven - A.B.D.	17.8
Jones ve Henderson	1978	Canberra - Avustralya	21.1
Orley, Blitt, Wing	1979	İki Uganda Köyü	25.3
Hacettepe Psikiyatri Bölümü	1980	Gölbaşı - Ankara	21.3

metleri için örgütlenme önerileri" adlı araştırmada Nevrozlar %3.41, Psikozlar %0.14 oranında belirtilmiş ve nevrozlar en çok görülen ilk 10 hastalık listesinde;

Akut solunum yolu enfeksiyonu, 137 Semptomlar, Gripten sonra 4. sırada yer almışlardır.

Verilen bu yüzdelerin gerçek prevalans olmayıp, herhangi bir sağlık kuruluşu ya da hekime başvuracak poliklinik hastaları olarak değerlendirilmesi önerilmektedir (11).

c) M. Ünal'ın Etimesgut bölgesinde 1977 Şubat-Mayıs arasında yürüttüğü taramalarda ruhsal hastalık yaygınlığı %23.14 düzeyinde bulunmuştur (12). Bu sayı alkol, ilaç alışkanlıkları, zeka gerilikleri, organik ve fonksiyonel psikozları, psikonevrozları ve kişilik bozuklukları arasında tedaviyi gerektirecek düzeydeki hastaları işaret etmektedir. Psikonevrozların payı %6.89'dur. Buradaki depresyona özgül paydan hesaplanan prevalans ise %2.2'dir.

d) Z. Atakan'ın (13), E. Demiriz'in (14) ve A. Arpaz'ın (15) birbirini tamamlar şekilde yürüttükleri ve "şimdiki durumu muayenesi (PSE)"ni kullandıkları çalışmaları;

Psikiyatrik yardıma gereksinim olan bireyler	%21.33
Kesin bir ruhsal bozukluk	%6
Basit depresyon	%23
Depresyonun diğer belirtileri bulunmuştur.	(28.7)

Son yıllarda yapılan çalışmalarda ülkemizde depresyon için nokta prevalansı %1.5-5.9 arasında, distimi için %9.0 civarında, primer depresyon %9.2-18.8 arasında ve sekonder depresyon ise %4.0-8.8 arasında bulunmuştur (16,17,18).

## SORUN

*Birincil sağlık hizmeti içinde ruh sağlığı sorunlarını değerlendirmek için bu konuda:*

1. Bir alan taraması yaparak ruhsal bozukluk belirtileri taşıyan kişileri saptamak ve genel olarak toplumun ruhsal bir bozukluk karşısında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek.
2. Bir kayıt taraması yaparak bu belirtileri taşıyan kişilerin sağlık ocağına başvurup başvurmadıkları, ye-

terli tanı ve tedavi alıp almadıkları ve ocakta konan ruhsal bozuklukların tanı dağılımını saptamak tasarlanmıştır.

Ancak tüm ruhsal bozuklukları saptamak yerine, bir gösterge olarak "depresyon"u araştırmak daha uygulanabilir bulunmuştur.

*Bunun nedenleri şu şekilde sıralanabilir:*

- a) Depresyon ruhsal bozukluklar arasında en sık görülenidir.
- b) Depresyon, ruhsal bozukluklar arasında sağıtımı yönünden en aydınlanmış olanıdır. Hastaların %80'i ayaktan tedavi edilebilir ve hastaların %60'sı antidepressif ilaçlara iyi yanıt verir.
- c) Depresif bozukluklarla ilgili epidemiyolojik bilgiler yalnızca bu bozukluklar sık görüldüğünden değil, aynı zamanda çevresel etmenlerden etkilendiği düşünüldüğü için de önemlidir (19).
- d) Önemli bir gözlem olarak, depresyonun giderek arttığı öne sürülmektedir. Bunun nedenleri arasında yaşam süresinin uzaması, hızlanan toplumsal değişimler, artan stresler, yükselen kronik hastalıklara ikincil olarak gözüken depresif bozukluklar ve depresyon yaratabilen bazı ilaçların (fenotiyazinler, değişik hormon türevleri, antihipertansifler ve oral kontraseptifler) artan tüketimi gösterilmektedir.

Bu nedenlerle "depresyon" bir örnek olarak seçilmiş ve inceleme bunun çevresinde yapılmıştır. Çünkü depresyon, birincil sağlık hizmeti biriminde tanısı konabilecek, tedavisi yapılabilecek, gereğinde uzmanlarla kolayca işbirliği kurulabilecek bir durumdur.

## Çalışmanın amaçları

Bu araştırmada bir sağlık ocağı bölgesinde -kırsal ve yarı-kırsal kesimde- uluslararası standart bir ölçek ile belli bir yaş grubundaki depresif belirtilerin sıklığını saptamak, yörede depresyona ilişkin bilgi, tutum, davranış örüntüsünü incelemek ve sağlık ocağında bu hastalara verilen hizmeti değerlendirmek tasarlanmıştır.

*Bu amaçla;*

- a) Alan taraması (20-60 yaş grubunda 1 aylık depresyon prevalansını saptama)
- b) Kayıt taraması (bulunan hastaların sağlık ocağına

başvuru oranlarını, verilen tanı ve tedavilerini değerlendirme).

*Araştırma amaçları şöylece özetlenebilir:*

1. Yarı-kırsal ve kırsal coğrafik ve toplumsal özellikleri olan bir kesimde depresif belirtilerin görülme sıklığını incelemek.
2. Bu kesimlerde belirli bir eşik değerin üzerinde bulunan ve psikiyatrik yardıma gereksinimi olan bireyleri saptamak.
3. Depresif belirtilerin yaş, eşey gibi değişkenlerle ilişkisini belirlemek.
4. Uluslararası standart bir görüşme aracı olan Weissman depresyon indeksinin yaptığımız uyarlamasını sınamak.
5. Sağlık ocağı halkının bir kesimine, sağlık ocağının ruh sağlığı sorunları ile de ilgilendiğine ilişkin eğitim vermek.
6. Sağlık ocağında verilen ruh sağlığı hizmetini değerlendirmek.

#### **Araştırmanın önemi**

Türkiye'de ruh sağlığı örgütlenmesi ve kurumlarının çok çeşitli ve derin sorunları vardır. Ülkemiz bu alanda örgütlenme, planlama ve kurumları açısından dünyanın en geri kalmış ülkelerinden biridir (6). Günümüzde dahi ruh sağlığı "genel sağlık" kapsamında görülmemekte ve gerekli çalışmalar yapılmamaktadır. Bunun somut örneklerinden biri Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde ruh sağlığı alanında ayrı bir ruh sağlığı dairesi bulunmasına rağmen bunun çoğu kez işlevsiz kalması" ve hizmetin hala büyük "depo hastaneleri"ne dayalı olarak yürütülmesidir (21).

Bu hizmetlerin nitel ve nicel değerlendirilmesindeki eksiklikler, ve azalmış olmakla birlikte hala devam eden insanlık dışı uygulamalar nedeniyle bu modelin işlemeyeceği ortadadır. Bu konuda en cesur atılımı İtalyan'lar 1978'de çıkardıkları bir yasa ile tüm akıl hastanelerini kapatarak yapmışlardır.

Dünyanın hiçbir ülkesinde ruh hastası sayısına yetecek sayıda hekim yoktur ve uzun yıllar da olamayacaktır. Bu tür "büyük" hastaneler, en zengin ülkelerde bile başarısız kalmıştır. Artık belli bozuklukların ilaçla tedavisinin gelişmesi ya da psikodinamiğinin anlaşılması sonucu, ruhsal bozuklukların toplum ve

kendi çevresi içinde, tedavisi önem kazanmıştır. Bu nedenle geleceğin ruh sağlığı hizmetleri ne daha çok hastane, ne de daha çok yatak gerektirecektir.

Bizce, "ruh sağlığı birincil sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olarak alınmalıdır. Sıklığı, derinliği, yeti yitimine yol açışı, insanları yaratıcılık ve üretkenlikten alkoyuşu nedeniyle ruhsal sorunlar da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Halk sağlığı, sağlık alanında "örgütlü toplum" çabasıdır. Bu nedenle bu alanda da tümel-kavrayıcı (comprehensive) bir sağlık yaklaşımı yaratılmalı, aynı zamanda "çevre" ye de "koruma"ya öncelik veren bir gözle bakılmalıdır."

Bu araştırma, anlatılan çerçeve içerisinde ruh sağlığı sorunlarının daha geniş boyutlarda -epidemiyolojik, felsefi...- araştırılması için uyarıcı olması ve bu alanda ülkemizdeki kısıtlı birikime katkıda bulunması dileğiyle yürütülmüştür.

#### **MATERYEL ve METOD**

##### **Araştırma düzeni**

Araştırma iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde Kazan sağlık ocağı bölgesinden seçilen 3 ayrı yörede uluslararası bir depresyon ölçeği ile son bir ay içindeki depresif belirtiler taranmış ve depresyona ilişkin bilgi, tutum, davranış örüntüsü incelenmiştir.

İkinci bölümde ise araştırma yörelerindeki kişilerin "kişisel sağlık fişleri" taranarak depresyon yönünden tanı konan ve tedavi olan olup olmadığına bakılmıştır (A-69, A-70) kayıt taraması sırasında 150 başlıklı A listesinde diğer ruhsal sorunların kodlanabileceği başlıklar da taranmıştır.

##### **Alan araştırması**

###### **a) Örneklem seçimi**

Alan araştırması 3 yörede yürütülmüştür. Kazan (merkez) (Ankara'ya bağlı ilçe), kırsallıktan kentleşmeye doğru giden "yarı-kırsal" bir yöre ve sağlık ocağı merkezi olduğu için seçilmiştir. Fethiye (Kazan'a bağlı köy), sağlık ocağı bölgesinde "en var-

Tablo 2.

Yer	Sağlık ocağına uzaklık	Nüfus	20-60 yaş	Hane
Kazan (merkez)	0	1684	741	287
Fethiye	17 km	535	235	109
Sarılar	14 km	292	129	39

lıklı" yöre olduğu ve sağlık evi bulunduğu için seçilmiştir. Sarılar (Kazan'a bağlı köy), sağlık ocağı bölgesinin "en yoksul köyü" olduğu ve ulaşım güçlüğü bulunduğu seçilmiştir. Bu yörelerin özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Kazan merkez'den 20-60 nüfusu arasından şu yolla örneklem seçilmiştir.

1. Örneğe alınacak birey sayının saptanması

N: evrendeki birey sayısı (741 kişi)

n: örneğe alınacak birey sayısı

P: incelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) 0.15

Q: incelenen olayın görülme sıklığı 0.85

t: 0.05 (%5 yanılma payı) sonsuz serbestlik derecesinde t tablosundan bulunan teorik t değeri: 1.96

d: olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen t sapma miktarı (a. 0.04, b. 0.03).

$$n = \frac{Nt^2 Pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq} : a. \text{ için } 211 \text{ birey bulunur}$$

$$: b. \text{ için } 322 \text{ birey bulunur}$$

Bu sayıda birey, ev halkı tesbit fişlerinden 1922 ile 1961 doğumlular arasından 1/2 interval ile başlangıç kura ile saptanarak tespit edilmiştir. Bu yolla örneklemede 340 kişi çıkmıştır. ETF'lerde isimler, soyadı alfabetik sırasına göre düzenlendiğinden bu sıralanışın dağılımı herhangi bir şekilde etkilemeyeceği düşünülmüştür. Hane yerine birey seçişimiz, depresyonun gerek hane içi ortak olaylar gerek genetik nedenlerle aile içi yoğunlaşma göstereceği olasılığından kaçınmak içindir. Sarılar ve Fethiye'de evrenlerin küçük olması nedeniyle "tam sayım" yoluna gidilmiştir.

#### b) Anket seçimi

Alan araştırmasında depresif belirtilerin araştırılması yönünde bir tarama testinin seçilmesi gerekiyordu.

Bu konuda yeni bir ölçek geliştirme yerine daha önce dünyanın çeşitli yerlerinde uygulanmış, standartlaşmış bir ölçeği seçmeyi yeğledik. Bu alanda çeşitli tarama ölçekleri kullanılmaktadır:

1. a) tek aşamalı: tek test ile belirti ve tanı saptanır.  
b) iki aşamalı: birinci (ön) tarama ile bulunan kuşku durumlar daha ince bir ölçekle değerlendirilebilir.

2. a) yapılandırılmış: sorulacak sorular tek tip hale getirilmiştir.

b) serbest görüşme: psikiyatrik görüşme ilkelerine göre görüşmeci belli belirtileri araştırır.

3. a) kendini bildirim: burada denek soru kağıdını okur kendisi işaretler.

b) görüşmeci merkezli: deneye sorular bir görüşmeci tarafından açıklanır.

*Bu ölçeklerde aranan özellikler şunlar olmalıdır:*

1. Ölçek, kendisini ruhsal yönden hasta bulmayan kişilerce de kabul edilebilir olmalıdır.

2. Soruların içeriği toplumda rastlanan ruhsal bozukluk türlerine uygun olmalıdır.

3. Ölçek tüm tanısal değerlendirmenin yanısıra hastalığın bulgu ve belirtileri konusunda da bilgi verebilmelidir.

4. Normal bireyleri ruhsal bozukluklu olanlardan, değişik derecedeki bozuklukları da kesin hastalıklardan ayırt edebilmelidir.

5. Psikiyatrik değerlendirme ve klinik puanlamalar başka gözlemciler tarafından da yinelenebilmelidir.

6. Zaman yönünden ekonomik olmalı ve geniş kapsamlı uygulamalar yapılabilir (22).

Sıralanan özellikler yönünden değişik uygulamalar gözden geçirilmiş, taramanın yapılacağı yöre özellikleri, uygulayıcılar arası eşlik, tanısal güvenilirlik, tarama sonrası değerlendirilebilir gözönüne alınıp, Zung (23), Weschsler (24) CES-D (25) (Center for Epidemiologic Studies-depression) ve Weissman (20) eşelleri incelenerek içlerinden Weissman ölçeği yeğlenmiştir.

Bu yeğlemenin nedenleri arasında ölçeğin doğrudan belirtileri araştırması, araştırılan belirtilerin DSM-III'deki ölçütleri karşılaması soruların deneklerce yadırganmayacak şekilde olması sayılabilir. Örneğin



E. Demiriz'in (13) yaptığı "şimdiki durum muayenesi" nde araştırılan intihar planlarına ilişkin alınan olumsuz yanıt %99.7'dir. Diğer taraftan suçluluk %94.7 patolojik suçluluk ise %95 oranında olumsuz yanıt almışlardır. Cinsel ilgi azalması gibi konular da kliniklerde dahi güçlükle araştırılabilirken alanda kullanılması ve olumlu yanıt alınması oldukça güçlük doğuracaktır.

Weismann eşeli, daha önce Mac Millan tarafından (26) geliştirilip Gurin tarafından uyarlanan (27) ruhsal durumu gösteren 20 soruluk bir testten 5 soru alıp üzerine 3 soru eklenerek geliştirilmiş bir eşeldir. 8 soruda belirtilerin sıklığı soruşturulur. Verilen cevaplara ilişkin değerlendirme şu şekilde yapılır: 1: "sıklıkla", 2: "bazen", 3: "seyrek", 4: "hiçbir zaman" üzerinden değerlendirilir.

Toplam skor 8 (maksimum depresif semptomatoloji)-32 (depresif semptomların kesin yokluğu) arasında değişir. 9-25 arası (orta depresif belirtileri) gösterirken, 26 ve üzeri asemptomatik olarak değerlendirilir. 25 sınırlaması yazarlarca yanlış sınıflamaya en az yolaçan sınır olarak önerilmektedir (20).

Bu ölçekle yapılan kitle taramalarında (ABD 1967, 1969) herhangi bir anda depresif belirti görülme sıklığı %16-18 olarak bulunmuştur.

### Anketin düzeni

#### Anket kapsamına

A kesimine depresyonun değişkenlerle ilişkisini araştırmak üzere, deneğin yaşı, eşeyi, medeni durumu, mesleği ve işi üzerine sorular konmuştur.

B kesimine Weissman eşelinin tarafımızdan Türkçeye aktarılan bölümü konmuştur.

C kesimine ise deneklere kendi eşey ve yaş kümesi içindeki bir depresif kişinin öyküsü ve yakınmaları anlatılmıştır. Örneğin (28 yaşlarında bir adam evli 2 çocuğu var son günlerde üzerinde bir durgunluk var. İşini görmekten yüksünür olmuş. Artık dünyada hiçbir şeyin değeri kalmadı "ölsem daha iyi" der olmuş. Eskiden ilgilendiği zevk aldığı hiçbir şey ona zevk vermez olmuş. Ekmek yemekten kesilmiş, televizyonda maç bile seyretmiyormuş).

Bu öykü üzerine "bu adamın derdini siz neye yorsunuz? Sizce bu adam ne yapmalı? Size danışsa ne yol gösterirdiniz?" diye sorulmuştur. Toplamı  $\leq 25$  olan deneklere 4'den az puan aldıkları belirtiler sayılarak bunlar için ne yaptığı sorulmuştur.

Uygulama sırasında depresif belirtileri yoğun olanlarla konuşulup bu konuda bir uzmanla görüşme istekleri ya da ilaç kullanmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Onaylayanlar Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisi, ya da Gölbaşı Ruh Sağlığı Merkezi'ne gönderilmiştir.

Uygulama sırasında kadınlarla çoğunlukla evlerinde, erkeklerle ya işyerlerinde ya da ev, kahvehane gibi yerlerde görüşülmüştür. Ortalama görüşme süresi (salt anket uygulaması) 10-15 dakika sürmüştür.

### Kayıt taraması

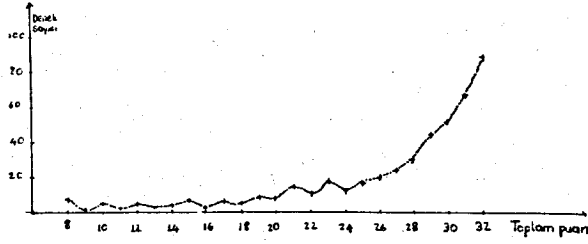
Alanda saptanan depresif belirtili kişilerin bu belirtilerinden dolayı sağlık ocağına başvurup başvurmadıkları, başvurdukları gerekli tanı ve tedaviyi alıp almadıklarını anlamak için kayıt taraması yapılmıştır. Bunun için Kazan (merkez), Fethiye ve Sarılar'a ait "aile zarfları" içinde yer alan kişisel sağlık fişleri taranarak (20-60 yaş grubu) içinde.

- i) son bir ay içinde
- ii) son bir yıl içinde

Aşağıdaki tanıları alıp almadıklarına bakılmıştır.

1. A-69: Psikozlar
2. A-70: Nevrozlar, kişilik bozuklukları diğer psikotik olmayan ruhsal bozukluklar
3. A-71: Zeka gerilikleri
4. A-104.2: Fonksiyonel hastalıklar
5. AE-147: İntihar ve kendini yaralama

Ayrıca 25 ve daha az puan alanlarda sorulan "bu belirtileriniz için ne yaptınız?" sorusuna yanıtında doğrudan "sağlık ocağına gittim" diyenler ya da diğer şikâyetlerle birlikte "sağlık ocağı" diyenlerin kişisel sağlık fişlerine bakılarak başvurup başvurmadıkları, başvuranların aldıkları tanıları araştırılmıştır. Bundan başka ocak kayıtlarına bakılarak tarama bölgesinde alınan kodların dağılımı ve neler için kullanıldıkları araştırılmıştır.



Şekil 1. Weismann ölçeği puan dağılımı.

### Weismann ölçeği ve belirtilerin dağılımı

Weismann ölçeği ile bireylerin 8 ile 32 arasında aldıkları puanlar Şekil 1'de gösterilmiştir. Tek tek belirtilerin dağılımları kadın erkek yaş grubunun genel, 25'in altı, 25'in üstü profillerinin çıkarılması çalışması sürmektedir.

### BULGULAR

Weissman eşeline göre toplamı 25'in altında olanlar (orta derecede depresif belirtiler) sınır almırsa 3 yöredeki sonuçları Tablo 3'de görülmektedir. Tablo 3'ün (6 gözülü)  $X^2$  değeri: 18.5964'dür. Buna göre 3 yöredeki dağılım istatistiksel olarak %5 yanılma payı ile farklıdır. Kazan ve Sarılar arasındaki  $X^2$  değeri 3.321'dir. Bu %5 yanılma payı için olan  $X^2$ :3.841'den küçük olduğu için arada ayrım olmadığını kabul etmek durumundayız. Bu nedenle ayrılığın kaynağı büyük ölçüde Fethiye'de depresif belirtilerin daha az bildirilmesi ile ilgilidir. Depresif belirtilerin bu sıklıkta görülmesi Türk toplumunda Gölbaşında yapılan çalışmadan (14) elde edilen basit depresyon %23, depresyonun somatik belirtileri %28.7 oranları ile karşılaştırıldığında bu çalışmada elde edilen oranlar Kazan (%32.8) ve Sarılar (%44.7) için düşük, Fethiye (%17.7) için yüksektir.

Weissman'ın ABD kentsel kesimde aynı eşeli uygulayarak yaptığı çalışmada elde edilen %16-18 oranı ile bir tek Fethiye köyü uyarı gözükmemektedir. Gölbaşındaki çalışma (14) ile aradaki ayrıma neden olacak etkenler şöylece tartışılabilir. Eldeki eşelle Gölbaşında kullanılan SDM eşeli aynı değildir. Değerlendirme ve tanı yönünden SDM daha yetkin bir ölçektir. Weissman eşelinde hastaların bu belirtileri taşıdığı için depresif belirtiler söylemek doğru değildir. Çünkü uyku bozukluğu, bedensel yakınmalar ve daha az olarak diğerleri diğer nörotik bozukluklarda da bulunmaktadır. Ancak 8 soruluk bir eşel ile bunları ayırmayı beklemek yerinde olmazdı.

Bu nedenle biz "depresyona ilişkin depresif belirtileri" sınırlamak için DSM-III'ün getirdiği tanı ölçütlerini aynı veriler üzerine uygulayarak 2 yeni kategori tanımladık:

a) Disforik mizacı 3'den küçük olarak puanlanan ve toplam puanı 26'dan küçük olanlar. DSM-III de bilindiği gibi disforik mizacı diğer belirtilerden ayrı olarak ön koşul olarak ararız. Bu nedenle

Tablo 3. Kazan (merkez), Fethiye, Sarılar'da depresif belirtiler sıklığı

	Kazan (n:253)		Fethiye (n:147)		Sarılar (n:67)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Orta derecede belirti	83	32.8	26	17.7	30	44.7

Tablo 4. Kazan (merkez), Fethiye ve Sarılar'da depresyona ilişkin belirti sıklığı

	Kazan		Fethiye		Sarılar	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Depresyona ilişkin belirti	34	13	15	10.2	16	23.9

Tablo 5. Kazan (merkez), Fethiye ve Sarılar'da depresyon sıklığı

	Kazan		Fethiye		Sarılar	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Depresyon*	16	6.3	1	0.7	7	10.4

disforik mizaca eşlik eden diğer belirtiler depresyon için daha özgül olacaktır.

b) Puanı 14'den küçük olanlar (8-13): Bunlar, DSM-III'e göre kesin ya da olası depresyon tanısı alacakları oluşturmaktadır. Bunlar bir anlamda "gerçek depresyon prevalansı"ni verecektir. Buna göre yukarıdaki dağılım şu biçimi almaktadır (Tablo 4).

Tablo  $X^2$  değeri: 7.287'dir. Buradaki farklılık 0.05 yanılma payı içerisinde Sarılar da depresyona ilişkin belirtilerin fazla olmasından ileri gelmektedir. Sarılardaki bu yükseklik değişik etkenlerle açıklanabilir:

a) Sarılar uzak, izole dağılık bölgede yerleşmiş küçük bir köydür. Üretimi ve gelir düzeyi oldukça düşüktür. Köyde belirli kesimler arasında sürgit çatışma ve düşmanlık vardır.

b) Yörede ETF ile saptanan nüfusun %58'i ile görüşülebilmmiştir. %42'lik bir kesim ile işte olmaları ve diğer nedenlerle (örneğin bir kısım düğüne gitmiştir) görüşilememiştir. Toplamın %34'ünü 40-60 yaş kadınlar oluşturmuştur. Bunlar içinde depresyona ilişkin belirti %56.5 oranında görülmektedir. Bu durum Sarıların puanını yükselten en önemli etmen olmuştur. Köydeki nüfusun küçük olması da oranları büyütülmüştür. Tablo 5 klinik depresyon düzeyinde sayılacak vaka sayısını göstermektedir. Burada DSM-III'ün tanı ölçütleri Weissman eşeline uygulanmıştır. Sayıların kesin depresyon tablosunu gösterdiği varsayılabilir. Bu oranlar ise son bir ay içinde, bir antite morbit olarak "depresyon" geçirenleri ifade etmektedir.

Tablonun  $X^2$  değeri: 10.593'dür. Burada Kazan ve Sarıların 0.05 yanılma payı ile aralarındaki fark önemsizdir ( $X^2$ :1.349). Farklılığın kaynağı Fethiye'deki oranın azlığıdır. Fethiye'deki oranın azlığı çeşitli etmenlere bağlanabilir.

a) Fethiye oldukça varlıklı, düzenli bir köydür.

Tablo 6. Kazan'da depresif belirtilerin yaş kümeleri ve eşelere göre dağılımı

		25 ve altı		26 ve üstü		Toplam
		Sayı	%	Sayı	%	
Kadın	20-39 yaş	28	51	67	85	95
	40-60 yaş	23	41	18	41	41
Erkek	20-39 yaş	13	32	56	85	69
	40-60 yaş	19	48	29	48	48
Toplam		83	170	170	253	253

b) Fethiye köyü halkı, uygulayıcının izlenimlerine göre oldukça savunucu davranış göstermişler ve kimileri anketi ilgisizlikle karşılayıp geçiştirmişlerdir. Bu olumsuzlukların yöntemsel sorunlar, kısıtların yarattığı sonuçlar ve yöresel farklılıklara bağlı olarak ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Bundan sonraki bölümde deneklerin depresyonun görüldüğü yaş kümeleri ve eşyeleri açısından her yörede ayırım yapılmış ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamı araştırılmıştır.

#### A- KAZAN

Depresif belirtilerin yaş kümeleri ve eşyelere göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir. Tablo 6'dan depresif belirtilerin görülme sıklığı yönünden kadınlar ve erkekler arası farkın önemli olmadığı ( $X^2: 2.942$ ) bunun hem 20-39 yaş grubunda ( $X^2: 2.330$ ) hem de 40-60 yaş grubunda ( $X^2: 2.420$ ) böyle olduğu çıkmaktadır. Ancak  $X^2$  değerleri 0.30-0.5 arasında yanılma payı vermektedir, ve tablodan depresif belirtilerin kadında 1.4 kat fazla görüldüğü anlaşılmaktadır.

Aynı karşılaştırmalar DSM-III'e göre depresyon tanısı için yapılırsa Fisher'in kesin  $X^2$  testinde  $p: 0.019$  çıkmaktadır. Yani kadınlarda "depresyon" daha sık çıkmaktadır (Tablo 7). Tablo 7'den Kazan'da 40-60 yaşlarında depresif belirtilerin daha sık görüldüğü ( $X^2: 12.914$  ve  $< 0.1$ ) ve bunun hem kadınlarda ( $X^2: 8.659$ ) hem de erkeklerde geçerli olduğu çıkmaktadır ( $X^2: 6.127$ ).

#### B- FETHİYE

Depresif belirtilerin yaş kümeleri ve eşyelere göre dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8. Fethiye'de depresif belirtilerin yaş kümeleri ve eşyelere göre dağılımı**

		25 ve altı	26 ve üstü	Toplam
Kadın	20-39 yaş	2	32	34
	40-60 yaş	17	65	84
Erkek	20-39 yaş	2	22	24
	40-60 yaş	5	56	63
Toplam		26	121	147

#### C- SARILAR

Depresif belirtilerin yaş kümeleri ve eşyelere göre dağılımı Tablo 9'da gösterilmiştir.

**Tablo 9. Sarılar'da depresif belirtilerin yaş kümeleri ve eşyelere göre dağılımı**

		25 ve altı	26 ve üstü	Toplam
Kadın	20-39 yaş	4	13	17
	40-60 yaş	14	22	40
Erkek	20-39 yaş	5	6	11
	40-60 yaş	7	15	27
Toplam		30	37	67

**Tablo 7. Depresyonun kadın ve erkeklerde görülme sıklığı (Kazan)**

	Depresyon	Değil	Toplam
Kadın	13	123	136
Erkek	3	114	117
Toplam	16	237	253 (p:0.01914)

#### Bilgi-tutum ve davranış örüntüsü

Anketin sonuç kesimindeki soruların tümüyle ve kesin olarak bilgi tutumu ve davranışı ölçtüğünü savlamak doğru olmaz. Yalnızca ne gibi çözüm yolları arama eğiliminde olduklarını, ya da aradıklarını saptamak konusunda bilgi verecektir.

Bu konuda elde edilen bulgular şöylece sıralanabilir. Belirtiler bölümünden sonra deneğe kendi yaş grubu ve cinsinde bir depresif hastanın yakınma ve öyküsü anlatılmış ve bu durumu ne olarak gördükleri sorulmuştur. Verilen yanıtlar Tablo 10'da derlenmiştir.

Buna göre Fethiye'de "ruhsal hastalık" nitelemesi, oldukça yüksektir. Sarılar'da ise "ruhsal hastalık" yüzdesi oldukça düşüktür, bu tabloyu bir "yaşam zorluğu" sonucu gören "hayat bu", "olur böyle şeyler", "vardır bir sıkıntısı" türünden yanıtların yoğunlaşması, yöredeki zorlu yaşam koşullarına bağlanabilir. Ayrıca "bilmiyorum" yanıtlarının %48 oranında bulunması bu konudaki bilgi eksikliğini gösterebildiği gibi, görüşmeci ile iyi bağlar kurulmamış olmanın da sonucu olabilir.

Bu konudaki tutumun bir göstergesi olarak "böyle bir durumda ne yapmalı" sorusuna ise verilen yanıtların dökümü (Tablo 11) de gösterilmiştir.

Tutum konusunda çıkan bu dağılımın -anketin kaçınılmaz bir yönü olan- uygulayıcıların sağlık ocağından gelmelerinden etkilenmediği söylenemez. Bu nedenle sağlık ocağı seçeneğinde bir yığılma olduğu gibi, hoca seçeneğinde gerçeği maskeleyen bir azalma vardır. Diğer şıklarının 2/3'ünde hoca sağlık ocağı, hoca özel hekim biçiminde dağılım vardır (Tablo 12).

Bu sonuçların açıkça yukarıdaki eğilimleri gösterdikleri söylenemez. Nitekim "bilgi-tutum çifti" olarak incelendiğinde bilgi sorusuna yaşam zorluğu cevabını verenlerin, "tutum" yönünden "sağlık ocağı"na yeğlemeleri %10 şeklindedir. Fethiye'de ise "sağlık ocağına gidilmeli" diyenlerin %14'ü bunun öncesinde "bedensel hastalık" yorumuna getirmişlerdir.

Burada anketin açığa çıkaramadığı ve tutarlılığı sinayamadığı durumlar söz konusudur. Bizce burada belirtilen hocaya gitme eğilimi gerçek oranın altında ve sağlık ocağına başvurmuş eğilimi de gerçek oranın üstündedir. Tıbbi yardım arama eğilimini daha belirgin olarak veren seçenek "özel hekim ya da hastane" şikkidir. Bu konuda değişik eğilimleri yansıtmaları ve yorumlamalara kolaylık sağlaması açısından her yörede en sık görülen ilk on "bilgi-tutum çiftini" vermeyi yararlı görüyoruz (Tablo 13). Anketin son kesiminde depresif belirtileri yönünden toplam puanı 25'in altında olanlara semptomları sıralanıp bunlar için birşey yapıp yapmadıkları, ne yaptıkları sorulmuştur. Alınan yanıtların dökümü Tablo 14'de sunulmuştur.

Öte yandan; Sağlık ocağına bedensel yakınması için başvuru, ameliyat olup kurtulma, diazem kullanmak, ebeye başvurmak, aile ilişkilerini düzeltmek, dine bağlanmak, içki içmek, gezmek tozmak, teselli-moral bulmak gibi seçenekler belirtilmiş, dağılımın çeşitliliği nedeniyle kümelendirilememiştir.



Tablo 10. Deneklerin tanımlanan bir depresyon tablosunu ne olarak gördüklerine ilişkin yanıtlar

Yanıt türü	Kazan		Fethiye		Sarılar	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bilmiyorum	52	21	25	17	32	48
Yaşam güçlüğü	75	30	21	14	27	41
Ruhsal hastalık	82	32	69	46	3	4.5
Bedensel hastalık	12	5	28	19	1	1.5
Diğer	32	12	4	3	3	4.5

Tablo 11. Kazan, Fethiye, Sarılar'da bir depresyon tablosunda ne yapılmalı sorusuna ilişkin eğilimler

Tutum	Kazan		Fethiye		Sarılar	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aile içi	7	3	4	3	1	1.5
Hoca	30	12	9	6	12	18
Sağlık ocağı	79	31	62	42	21	32
Özel hekim	44	17	22	15	1	1.5
Hiçbir şey	14	5	12	8	13	20
Diğer	80	32	31	21	20	30

## Kayıt taraması sonuçları

Taraması yapılan yerlerdeki bireylerin "kişisel sağlık fişleri" araştırılmıştır. Bunlardan çıkan sonuçlar şunlardır:

- 1) Kazan, Fethiye ve Sarılar'dan hiçbir birey son bir ay içinde depresyon tanısı almamıştır.
- 2) Ankette davranış sorusuna "sağlık ocağına" gittim diyen 18 kişiden (Bkz. Tablo 13) Kazan'dan 7, Sarılar'dan 3 kişi gelmiştir. Fişlerinde ruhsal belirti ve tanı yoktur.

Tablo 13. Kazan, Fethiye ve Sarılar'da bir depresyon tablosunun ne olarak görüldüğü (1) ve ne yapılması gerektiği (2) sorularına verilen yanıt çiftleri

	Soru	Sayı	
		Sayı	%
Kazan (n:253)	1. Ruhsal bozukluk - Sağlık ocağı	27	10
	2. Yaşam zorluğu - Sağlık ocağı	26	10
	3. Ruhsal bozukluk - Sağlık ocağı - Hoca	25	10
	4. Yaşam zorluğu - Sağlık ocağı - Hoca	20	8
	5. Ruhsal bozukluk - Özel hekim / Hastane	19	7.5
	6. Diğer - Sağlık ocağı - Hoca	19	7.5
	7. Bilmiyorum - Sağlık ocağı	18	7
	8. Bilmiyorum - Sağlık ocağı - Hoca	13	5
	9. Yaşam zorluğu - Hoca	11	4.5
	10. Yaşam zorluğu - Özel hekim	10	4
Fethiye (n:147)	1. Ruhsal bozukluk - Sağlık ocağı	31	21
	2. Bedensel hastalık - Sağlık ocağı	21	14
	3. Ruhsal bozukluk - Sağlık ocağı - Hoca	14	9.5
	4. Ruhsal bozukluk - Özelhekim / Hastane	14	9.5
	5. Yaşam zorluğu - Sağlık ocağı - Hoca	9	6
	6. Bilmiyorum - Sağlık ocağı	9	6
	7. Ruhsal bozukluk - Hoca	6	4
	8. Yaşam zorluğu - Sağlık ocağı	5	3
	9. Bilmiyorum - Sağlık ocağı - Hoca	5	3
	10. Bilmiyorum - Hiçbir şey yapmam	4	3
Sarılar (n:67)	1. Yaşam zorluğu - Sağlık ocağı	12	18
	2. Bilmiyorum - Hoca - Sağlık ocağı	10	15
	3. Bilmiyorum - Hiçbir şey yapmam	9	13.5
	4. Bilmiyorum - Hoca	7	10
	5. Yaşam zorluğu - Hoca - Sağlık ocağı	6	9
	6. Yaşam zorluğu - Hoca	5	7.5
	7. Bilmem - Sağlık ocağı	5	7.5
	8. Yaşam zorluğu - Hiçbir şey yapmam	3	4.5
	9. Ruhsal bozukluk - Sağlık ocağı	3	4.5
	10. Ruhsal bozukluk - Hoca - Sağlık ocağı	2	3

Tablo 12. Kazan, Fethiye, Sarılar'da bir depresyon tablosu karşısında sağlık ocağı, hoca ve özel hekim ya da hastaneye başvurma eğilimi

	Kazan		Fethiye		Sarılar	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık ocağı	124	49	64	44	29	44
Hoca	60	24	11	7.5	18	27
Özel hekim	59	23	22	15	3	4.5

3) Son bir yılda yapılan polikliniklerde tarama bölgesinde ise tek birey depresyon tanısı almıştır.

F.B. 20 yaş, Fethiye (8.9.1980), A-69 depresyon-psikoz, Yapılan: Sohbet edildi (Hastanın sonraki izlemi yoktur).

4) Bunun dışında tarama yöresinde son bir yıl içinde iki nevroz, bir psikoz ve bir fonksiyonel hastalık tanısı vardır.

Ayrıca Kazan Sağlık Ocağı bölgesinde son bir yılda yapılan poliklinik sayısı ve kullanılan ruhsal tanımlar ocak kayıtlarından araştırılmıştır.

## Bakılan tanımlar:

A-69: Psikozlar

A-70: Nevrozlar, kişilik bozuklukları, diğer psikotik olmayan zeka bozuklukları

A-71: Zeka gerilikleri

A-104-2: Fonksiyonel hastalıklar

A-136: Psikozdan söz açılmaksızın ihtiyarlık

AE-147: İntihar ve kendini yaralama

Bunlar Tablo 15'de gösterilmiştir. Kuşku yok bu oranlar D.P.T.'nin belirttiği<sup>(11)</sup> oranların altındadır. Bu oranların değişik Sağlık Ocağı bölgelerinde ne olduğunu - şu anda - bilmiyoruz. Kazan Sağlık Ocağı bölgesinde de -kesin rakamlar verememekle bir-

Tablo 14. Orta derecede depresif belirtileri olanların ve "depresyon" tablosu gösterenlerin, bildirdikleri davranış

	Sağlık ocağı		Ruh hekimi		Hoca		Aile büyüğü		Hiçbir şey		Diğer	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
A. KAZAN												
"Depresyon"	5	33	1	7	--	--	--	--	6	40	3	20
Orta derecede belirti	8	12	1	1	2	3	2	3	40	58	15	22
B. FETHİYE												
"Depresyon"	--	--	--	--	--	--	--	--	1		--	--
Orta derecede belirti	--	--	1	4	--	--	--	--	19	76	5	20
C. SARILAR												14
"Depresyon"	4	57	--	--	--	--	--	--	2	28	1	13
Orta derecede belirti	1	4	--	--	1	4	--	--	18	78	3	

Tablo 15. Kazan sağlık ocağında 1 Mayıs 1980-30 Nisan 1981 arasında yapılan poliklinik sayısı ve kullanılan ruhsal tanımlar

Bölge içi poliklinik	TANILAR					
	A-69	A-70	A-71	A-104.2	A-136	AE-147
Toplam: 4952	3	10	--	13	--	--
	%0.06	%0.20	--	%0.23	--	--

likte- kişisel sağlık fişlerinin taranmasındaki 15 yıllık toplamın birkaç yüzü geçmediğini söyleyebiliriz. Kaldı ki "150 başlıklı A listesi"nin ruhsal sorunlara ayrılan kodlarının doğru ve yeterli kodlandığı söylenemez. Buna örnek olarak "A-70" kodunu verebiliriz; kişisel sağlık fişlerinin taranmasında çeşitli yıllarda A-70 için kullanılan tanımlar şunlardır:

I. nevroz, nevrozik yakınmalar  
hipokondriasis  
anksiyete reaksiyonu  
konversiyon reaksiyon  
ruhi korkular  
kişilik bozukluğu  
enuresis nokturna  
PICA

II. psikoz, psikotik yakınmalar  
temaruz  
migren  
dismenore  
kabızlık  
baş ağrısı  
fonksiyonel baş ağrısı  
psikojenik baş ağrısı  
fonksiyonel yakınmalar  
disfonksiyonel yakınmalar  
uykusuzluk  
dermansızlık  
klimakterik yakınmalar  
karın ağrısı  
sağa sola saldırma (tanı boş bırakılmış)

İkinci kümede belirtilen sorunların, belirtilerin A-70 altına kodlanabileceğinden kuşkuluyuz. Aynı sorun A-104.2 için de söz konusudur. A-137 içinde kodlanabilecek birçok semptom, A-104.2 olarak kodlanmıştır.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

### Çalışmaya ilişkin sonuçlar

1.1 Bu çalışma ile Kazan Sağlık Ocağı bölgesinde standart bir ölçek uygulanarak, son bir aylık süre içinde "depresif belirti sıklığı" yaklaşık %32 bulunmuş, depresyon tablosuna %6.3 oranında rastlanmıştır (Kazan merkez). Taramada belirtilerin daha çok 40-60 yaş grubunda yoğunlaştığı ve depresyon tablosunun kadınlarda daha sık görülme eğilimi taşıdığı bulunmuştur. Bölgeye bağlı iki köy olan Fethiye ve Sarılar'da farklı oranlar elde edilmiştir.

1.2 Bölgede depresyona ilişkin bilgi-tutum-davranış örüntüsü kabaca da olsa saptanmaya çalışılmıştır. "Ruhsal hastalıktır" bilgisi ortalama %33, sağlık ocağına gitme eğilimi ortalama %45, hocaya gitme eğilimi %7.5-27 arasında bulunmuştur.

1.3 Orta derecede depresif belirtisi olanların (n:139) sağlık ocağına gitme davranışı, kendi bildirimlerine göre %12 ocak kayıtlarına göre %7.2'dir. Ocak kayıtlarına göre tarama bölgelerinden son bir ay içinde depresyon tanısı alan yoktur.

1.4 Bu çalışmada "depresyon" bir örnek olarak seçilerek sağlık ocağında verilen ruh sağlığı hizmetinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yapılan diğer ruhsal tanılarının taranmasında bulunan oranlar, poliklinik başvuru beklentisini veren çalışma oranlarının çok altındadır.

2. Ruh sağlığı hizmeti, birincil sağlık hizmetinin tartışılmaz bir parçasıdır. Tüm dünyada, ruh sağlığı örgütlenmesinde depo hastaneleri yerine, hizmetler birincil sağlık hizmetine bütünlendirilerek (6,28) Türkiye'de de bu gerçekleştirilmelidir. Bu bağlamda sağlık ocakları ilk tedavinin yapıldığı, çevresel etkenlere koruyucu yaklaşımla bakan bir yer olmalıdır.

2.1 Ruh sağlığına ilişkin veri toplaması ve değerlendirmesi sağlık ocağından başlamalıdır. 1980 Ekim'inde toplanan A.C.M.R. (Tıp Araştırmaları Danışma Kurulu) ruh sağlığı ve insan davranışları üzerine olan araştırmalara öncelik tanımıştır. Bu nedenlerle 150 başlıklı A listesinde ruhsal tanılar için yeni düzenlemelere gidilmesini öneririz (29).

2.2 Ana çocuk sağlığı yönünden anne ruh sağlığı ve davranışları çok önemlidir. Bu alanda da araştırmalar yapılarak ebe eğitimi, içinde bu öğelere de yer verilmelidir. Günümüzde erken beyin zedelenmesi nedeniyle pek çok çocuk zihinsel-ruhsal yeti yitimine uğramaktadır. Bunların önemi ve esehlendirimi alanında çalışılmalıdır.

3. Ruh sağlığı epidemiyolojisi yönünden depresyonun, çevresel etkenlere bağlılığı ve giderek artış gösterdiği nedenleriyle oldukça önemi vardır (30). Bu nedenle önerimiz, değişik kesimlerde ortak bir ölçek ile geniş alan araştırmaları yapılmasıdır.

## KAYNAKLAR

- Güleç C: Çevre ve Ruh Sağlığı. Bilim ve Teknik, XIII, 145, (Ocak 1980).
- Angst J, Dobler-Mikola A: The Zurich Study. A continuum from depression to anxiety disorders? Eur Arch Psy Neurol Sci 235:179-186, 1985.
- Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, et al: Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years. Psy Med 12:279-289, 1982.
- Gastpar M: Epidemiology of depression. Psychopathology 19 (Suppl 2):17-21, 1986.
- Küey L, Güleç C: Depression in Turkey in 1980s epidemiological and clinical approaches. Clin Neuropharmacol 12 (Suppl 27):1-12, 1989.
- Öztürk M: Türkiye'de ruh sağlığı örgütlenişi ve kurumları üzerine öneriler (kitap bölümü). Ruh sağlığı ve hastalıkları ed. Prof. Dr. Orhan Öztürk, Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Hastalıkları Dern Yayınları, 1981.
- Hordein Z: The antidepressant drugs, New England Journal of Medicine 272-1159, 1969.
- Walton HD: Psyconeuroses (kitap bölümü). Companion to psychiatric studies. Edinburg, Churchill Livingstone, 1978. p.283-293.
- Harding TW, et al: Mental disorders in primary health care. Psy Med 1980. p.231-241.
- Baykan N: Türkiye'de ruh hastalıkları prevalansı üzerine çalışmalar (Halk sağlığı doçentlik tezi, Ankara, 1968).
- Eren N: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı: Ankara kentinde yaşayan halkın saptanan sorunlarına göre sağlık hizmetleri için örgütlenme önerileri. DPT 1967, SPD 314 (Ekim 1979).
- Ünal M: Ruh hastalıklarının yaygınlığı ve sosyo-ekonomik olgularla ilişkisi. Doçentlik tezi, Ankara, Eylül 1980.
- Atakan Z: Yarı kırsal kesimde epidemiyolojik bir araştırma (Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniv, Ankara 1980).
- Demiriz E: Yarı kırsal kesimde depresyon epidemiyolojisi ve ruhsal bozuklukların sıklığı üzerine bir araştırma (Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniv, 1980).
- Arpaz A: Ruhsal bozuklukların sıklığı ve dağılımının epidemiyolojik bir araştırma ile saptanması, yarı kırsal kesimde uluslararası standart bir muayene aracının uygulanması. Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniv, Ankara 1980.
- Küey L: Yarı kentsel bir bölgede afektif bozuklukların yaygınlığı ve bu bozukluklara karşı gösterilen tutumları araştıran epidemiyolojik bir çalışma. Uzmanlık tezi, Ege Üniv Psikiyatri ABD, izmir, 1985.
- Coşkun C, Doğan O: Depresyon epidemiyolojisi üzerine bir araştırma. XXVII. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, 1991.
- Altunöz F, Verimli A: İstanbul'da bir gecekondu bölgesinde duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı üzerine epidemiyolojik bir çalışma. XXVIII. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Ankara, 1992.
- Pederson AM, et al: Epidemiological consideration of psychotic depression. Arch Gen Psy, 28:193-7, 1972.
- Weissman MM, et al: Rates and risks of depressive symptoms in a united states urban community. Acta Psy Scand\*57:219-231, 1978.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı: Sağlık hizmetlerinde 50 yıl. Ankara, 1973.
- Goldberg D, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M: A standardized psychiatric interview for use in community surveys. Br J Prevantive Soc Med 24:18-23, 1970.
- Zung WWK: A self-rating depression scale. Arch Gen Psy 12:63-70, 1965.
- Wechsler H, Grosser G, Busfield BL: The depression rating scale. Arch Gen Psy 9:334-343, 1963.
- Comstock GW, Helsing K: Symptoms of depression in two communities. Psy Med 6:551-564, 1976.
- Mac Millan AM: The health opinion survey: Technique for estimating prevalence of psychoneurotic and related types of disorder in community psychiatry. 3:325-339, 1957.
- Gurin GJ, Veroff J, Feld S: Americans view their mental health: A nation-wide survey. Basic Books, New York, 1960.
- WHO Chronicle: Changing patterns in mental health care in Europe. 33:180-18, 1979.
- WHO Chronicle: ACRM gives priority to research on mental health and human behaviour. 35:6-10, 1981.
- Sartorius N: Epidemiology of depression WHO chronicle. 29:423-427, 1975.