

AHATLI SAĞLIK OCAĞINDA RUHSAL HASTALIKLARIN GÖRÜNTÜSÜ, TANINMASI, TEDAVİ VE SEVKİ

Levent DÖNMEZ, Necati DEDEOĞLU

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Sağlık kuruluşlarında oldukça sık karşılaşılan ruhsal bozukluklara tanı konmasında, özellikle birinci basamakta bazı sorunlar vardır.

Bu çalışmada, Antalya, Ahatlı Sağlık Ocağına başvuran 15-65 yaş grubundaki kişilere ruhsal hastalıklar için tanı ölçeği olan CIDI (Composite International Diagnostic Interview) uygulanmış, ve CIDI'nin tanıları ile Pratisyen Hekimlerin (PH) tanıları karşılaştırılmıştır. En sık görülen ruhsal bozukluk CIDI'ye göre somatizasyon, PH'e göre ise anksiyete/depresyon karışık olarak belirlenmiştir. CIDI referans test olarak kabul edildiğinde PH'in ruhsal hastalık tanısı koymadaki seçicilik ve duyarlılığı sırasıyla %91.0 ve %53.0 bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Birinci basamak, ruhsal hastalıklar, genel pratisyenler.

SUMMARY

Especially in primary care, there are some problems on the recognition of psychological disorders which are rather frequent in general medical setting.

In this study, CIDI (Composite International Diagnostic Interview), diagnostic schedule for psychological disorders, was performed to 15-65 years who had contacted Antalya, Ahatlı health centre, and CIDI's diagnosis were compared with diagnosis of the General Practitioners (GP). The most frequent psychological disorder was somatization to CIDI and was mix anxiety/depression to GPs. When the CIDI assumed as reference test for psychological disorder, specificity and sensitivity of the GPs were 91.0% and 53.0%, respectively.

Key words: Primary care, psychological disorders, general practitioners.

Sağlık kuruluşlarına olan başvuruların önemli nedenlerinden biri de ruhsal bozukluklardır. Bu tür bozukluklar kendini çok farklı biçimlerde gösterebilmekte ve tanınmaları da, özellikle birinci basamakta, güç olmaktadır. Tanı konamayan ya da yanlış tanı alan vakalar bir yandan hizmeti verenlerde tatminsizliğe yol açarken, diğer yandan tedavi olamayan hasta hem hastalığından zarar görmekte hem de doktor doktor dolaşarak büyük masraflar yapmaktadır. Bu tür ruhsal sorunlar halk sağlığı yönünden önem taşıyan özelliklere sahiptir; çok sık görülürler, sonuçları birey ve toplum için şiddetli olabilir ve iyi müdahaleler ile etkili sonuçlar elde edilebilir.

Ruhsal hastalıkların toplum içinde görülme

sıklığı ile ilgili dünyanın çeşitli yerlerinde yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlara göre, toplumda bu tür rahatsızlıkların prevalansı %20'ler dolayındadır (1). Türkiye'de de bu oranın benzer düzeyde olduğu gösterilmiştir (2). Batıdan farklı olarak, Türkiye'de somatizasyon ve konversiyon bozuklukları daha sık görülmektedir (1).

Birinci basamağa başvuranlarda morbiditeyi ölçen bazı çalışmalardan örnekler Tablo I'de gösterilmiştir. Buna göre, genel olarak, birinci basamağa başvuranlarda ruhsal hastalık prevalansının %10-45'ler düzeyinde olduğu, genel pratisyenlerin yaptığı çalışmalarda prevalansın eksik tanı koymaya bağlı olarak düşük bulunduğu söylenebilir.

Tablo I. Birinci Basamakta Psikiyatrik Morbidite Araştırmaları:

Yazar adı	Yıl	Yer	Başvuranda sıklık
Mari ve Williams (3)	1984	Brezilya	33-46
Harding ve ark. (4)	1980	4 gelişmekte olan ülke	* 10.6-17.7
Ormel J ve ark. (5)	1990	Hollanda	15-46
Vazquez-Barguero (6)	1990	İspanya	19.3
Gautham ve ark. (7)	1980	Hindistan	* 10.0
Kessel ve ark. (8)	1960	Londra	* 9.0
Johnston ve ark. (9)	1976	İngiltere	32-43
Ndeti ve Muhangi (10)	1979	Kenya	20.0
Orleans CT ve ark. (11)	1985	ABD	* 22.6
Rizzardo ve Palmieri (12)	1984	İtalya	* 12.0
Balarajan R ve ark. (13)	1983	İngiltere	* 9.6
Barret JE ve ark. (14)	1988	ABD	26.5
Schulberg ve Burns (15)	1988	ABD	25.0

* Bu çalışmalarda tanı koyanlar genel pratisyenlerdir.

Birinci basamak çalışanı olan Pratisyen Hekimler (PH'ler) temel sağlık hizmetlerinde anahtar kişi konumundadır. Buna karşılık çeşitli nedenlerle birinci basamaktaki ruhsal bozuklukların ancak %50 kadarına tanı koymaktadırlar (4,15,16). Pratisyen hekimlerin tanı oranını artırmak ruh sağlığı hizmetlerinin etkili sunulmasını sağlamanın en önemli adımı olacaktır. Günümüzde bu yöndeki çalışmalar önem ve yoğunluk kazanmıştır.

Bu çalışmanın amacı sağlık ocağına başvurular arasında pratisyen hekimlerin ruhsal hastalıklara tanı koyma oranlarını bulmaktır. Ayrıca ruhsal hastalıkların bazı özellikleri, PH'lerin tanı koyduğu hastalardaki uygulamaları ve tedavi yaklaşımı da incelenmiş, PH'e tanı koymada yardımcı olabilecek ipuçları araştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma Antalya'nın en büyük gecekondu mahallelerinden biri olan Ahatlı bölgesindeki

sağlık ocağında, Eylül 1992 - Şubat 1993 arasında yapılmıştır. Araştırma evrenini Ahatlı Sağlık Ocağına muayene için başvuran 15-65 yaş grubundaki kişiler oluşturmaktadır. Bölge halkının %99.3'ü sağlık ocağını bilmektedir ve %81.2'si sağlık ocağını daha önce en az bir kez kullanmıştır. Halkın %62.0'si sağlık sorunu olduğunda ilk olarak hastaneyi tercih etmekte, %25.3'ünün ise ilk tercihi sağlık ocağı olmaktadır. Sağlık ocağına kişi başına yıllık ortalama başvuru sayısı 0.34'dür (17).

Araştırma gözleme dayalı, analitik ve kesitsel bir çalışmadır. Araştırma evreni içinden iki aşamalı örnekleme 94 kişi seçilmiştir. Birinci aşamada sağlık ocağına herhangi bir şikayetle başvuranlar arasından, sistematik örnekleme yöntemiyle seçilmiş 300 kişiye GHQ-12 (General Health Questionnaire-12) uygulanmıştır. İkinci aşamada GHQ-12'den düşük puan (0-1 puan) alanların %10'u, orta puan (2-3 puan) alanların %30'u ve yüksek puan (4 ve üzeri puan) alanların ise

tamamı araştırmaya dahil edilmiştir. Bu oranlar DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından, ruhsal hastalıkların tahmini prevalans hızları, birinci basamaktaki tahmini GHQ puanı dağılımı ve GHQ'nun duyarlılığı göz önüne alınarak, belirlenen ve bu tür araştırmalarda önerilen oranlardır (18). Sonuç olarak 94 kişi çalışmaya alınmıştır.

Bu 94 kişi PH tarafından muayene edilmiş, PH'in koyduğu tanı ve önerdiği tedavi bir form aracılığıyla kaydedilmiştir. Daha sonra hastaya CIDI ölçeği (Composite International Diagnostic Interview) uygulanarak tanı konmuştur. CIDI'nin geçerliliği daha önceki 15 hastalık bir pilot çalışma ile test edilmiş, seçicilik ve duyarlılığı sırasıyla %83.3 (5/6) ve %100.0 (9/9) bulunmuştur.

Görüşmeyi ilk aşamada reddeden 2 kişi ve dil sorunu olan 6 kişi çalışmaya dahil edilmemiştir. PH'in görüşleriyle ilgili bilgiler, taraf tutmayı

önlemek amacıyla, CIDI'nin uygulanmasından önce toplanmıştır.

Çalışmada kullanılan GHQ araştırmalarda oldukça yaygın kullanılan geçerli bir ölçektir (19). CIDI ise yine araştırmalarda kullanılmak üzere tasarlanmış tanı koydurucu bir görüşme ölçeğidir. CIDI'nin uygulanabilir ve güvenilirliğini ortaya koyan çalışmalar çok iyi sonuçlar bildirmektedir (19,20). Bu iki ölçekten GHQ-12 görüşülen hastaları GHQ skoruna göre tabakalamak ve bu tabakalamaya göre örneklem seçmek amacıyla, CIDI ise seçilen bu örneklemdeki kişilerin, varsa, ruhsal hastalığına tanı koymak amacıyla uygulanmıştır.

Tablo II'de sağlık ocağına başvuranları temsil eden 300 kişi ile örneğe seçilen 94 kişinin bazı özellikleri karşılaştırılmıştır. Sosyo ekonomik durum belirlenirken kişilerin evlerinde telefon bulunup bulunmaması ve otomobilleri olup olmaması dikkate alınmıştır.

Tablo II. Birinci ve İkinci Görüşmeye Alınan Hastaların Bazı Değişkenler Yönünden Karşılaştırılması

Değişkenler	I. Görüşme hastaları n=300	II.Görüşme Hastaları n=94
Yaş ortalaması	31.7 (10.8) *	31.7 (11.5) *
Erkek/Kadın oranı	50/250	12/82
Göç/yerli	228/72	76/12
Medeni durum		
Evli	%86.0	%86.2
Dul-ayrı	%3.0	%4.2
Bekar	%11.0	%9.6
Eğitim		
OYD-OY	%28.7	%33.0
İlkokul ve üzeri	%71.3	%67.0
Ortalama evde yaşayan kişi sayısı	4.9 (2.1) *	5.2 (2.3) *
Sosyoekonomik durum		
İyi	%21.7	%14.9
Orta	%50.3	%54.3
Kötü	%28.0	%30.9

* Parantez içindekiler standart sapmayı göstermektedir.

Bulguların analizinde bağımlı örneklerde ki-kare (Mc Nemar) testi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. PH'in tanı oranını değerlendirmek için, CIDI referans test olarak kabul edilerek PH'in ruhsal hastalık tanısı koymadaki seçicilik ve duyarlılığı hesaplanmıştır. Buna göre seçicilik = gerçek negatifler / (gerçek negatif + yalancı pozitifler), duyarlılık = gerçek pozitifler / (gerçek pozitif + yalancı negatifler) olarak hesaplanmıştır. Kappa değeri hesaplanırken gözlenen ve beklenen tutarlılık değerleri dikkate alınmıştır (21).

BULGULAR

Tablo III'de fiziksel ve ruhsal hastalığın birlikte görülme durumu gösterilmektedir. Buna göre çalışmaya katılanlarda fiziksel ve ruhsal hastalığın oldukça yüksek oranda (%31.9) birlikte bulunduğu görülmektedir.

Kişide herhangi bir ruhsal bozukluk bulunup bulunmaması bakımından PH ve CIDI'nin tanıları Tablo IV'de karşılaştırılmıştır. CIDI'ye göre hastaların %53.7'sinde herhangi bir ruhsal hastalık bulunurken, PH'e göre bu oran %33.3'dür. PH'in "ruhsal bozukluk yok" dediği 62 kişinin 23'ü (%37.1) CIDI'ye göre hastadır. Ancak, PH tarafından negatif (ruhsal hastalığı yok) bulunan 23 kişinin 15 tanesi için PH, "bazı ruhsal belirtiler var ama hasta sayılmaz (subklinik)" değerlendirmesinde bulunmuştur. CIDI referans test kabul edildiğinde PH'in ruhsal bozukluk tanısı koymadaki seçicilik ve duyarlılığı sırasıyla %91.0 ve %53.0'dür. CIDI ve PH arasındaki tanı farklılığı istatistiksel olarak anlamlıdır (McNemar; $p < 0.05$). Tablo IV'e göre PH ile CIDI arasındaki gözlenen tanı tutarlılığı %71.0, kappa değeri ise %44.2'dir.

Tablo III. Fiziksel ve Ruhsal Bozukluğun Birlikte Görülme Durumu

Ruhsal bozukluk*	Fiziksel bozukluk*				TOPLAM (%)	
	VAR	(%)	YOK	(%)		
VAR	30	31.9	21	22.3	51	54.3
YOK	37	39.4	6	6.4	43	45.7
TOPLAM	67	71.3	27	28.7	94	100.0

* Fiziksel bozukluk varlığı pratisyen hekimin tanılarına göre, ruhsal bozukluk varlığı ise CIDI tanılarına göre dir.

Tablo IV: Ruhsal Bozukluk Tanısı Koyma Bakımından CIDI ve PH'in Tanılarının Karşılaştırılması

CIDI'ye göre ruhsal bozukluk	PH'e göre ruhsal bozukluk				TOPLAM (%)	
	VAR	(%)	YOK	(%)		
VAR	27	29.0	23	24.7	50	53.7
YOK	4	4.3	39	41.9	43	46.2
TOPLAM	31	33.3	62	66.7	93 *	100.0

* "1" kişi genel pratisyen tarafından hiç tanı almamış ve ilgili sorusu boş bırakılmıştır.

PH'in en çok koymuş olduğu ruh hastalığı tanısı "anksiyete/depresyon karışık" (%41.9)'dır. Bunu anksiyete (%29.0), açıklanamayan bedensel belirtiler (%19.4), depresyon (%6.5) ve konversiyon (%3.2) izlemektedir.

CIDI'ye göre ise en çok görülen tanı somatoform bozukluk olmuştur (%45.1). Bunu anksiyete (%29.4), depresyon (%21.6) ve kronik ağrı bozukluğu (%3.9) izlemiştir. Ayrıca CIDI'ye göre ruhsal bozukluk tanısı alan 51 hastanın çoğu (%62.8'i) aynı anda birden fazla ruhsal hastalık tanısı almışlardır.

Burada PH'in somatizasyonunu ön plana çıkaran hastaların bir kısmına anksiyete ve/veya depresyon tanısı koymuş olabileceğini düşünüyoruz. Çünkü PH, olasılıkla, somatizasyonun altında bu tür rahatsızlıklar olabileceğini bilmektedir.

PH'ler kişinin ana başvuru nedenini göz önüne alarak belirtileri sınıflandırmışlardır. Bu sınıfla-

maya göre olguların PH ve CIDI'den ruhsal bozukluk tanısı alma yüzdeleri genellikle birbirine yakındır, ancak fiziksel belirtilerle başvuran 63 kişide durum aynı değildir (Tablo V). PH sözü geçen 63 kişinin 7'sini (%11.1) "ruhsal bozukluğu var" diye tanımlarken CIDI'ye göre bu rakam 26 kişi (%41.3)'dir. Diğer bir deyişle fiziksel belirtilerle başvuran olgularda PH ve CIDI'nin tanı koyma oranları birbirinden oldukça farklıdır ($p<0.05$).

Fiziksel belirtilerle başvuran 63 kişinin GHQ puan ortalamaları CIDI ve PH'den tanı alıp almamalarına göre ayrı ayrı Tablo VI ve VII'de gösterilmiştir. Buna göre CIDI'den tanı alanlarla almayanlar arasında GHQ puanı oldukça belirgin olmasına karşın, PH'den tanı alanlarla almayanlar arasında durum aynı değildir. Yani PH, fiziksel belirtilerle başvuranlara GHQ ya da CIDI'de yer alan sorulardan sorduğunda şu anda kinden daha fazla vaka için tanı koyabilecektir.

Tablo V. Kişilerin Ana Başvuru Nedenine Göre PH ve CIDI'den Ruhsal Hastalık Tanısı Alma Yüzdeleri

Başvurudaki belirtilerin sınıflanması	Kişi sayısı	PH'den tanı alanlar (%)	CIDI'den tanı alanlar (%)
Büyük olasılıkla fiziksel hastalığa bağlı bedensel belirtiler	63	7 11.1	26 41.3
Açıklanamayan bedensel belirtiler	5	3 60.0	2 40.0
Büyük olasılıkla ruhsal bozukluğa bağlı bedensel belirtiler	23	19 82.6	20 87.0
Yalnız ruhsal belirtiler	2	2 100.0	2 100.0

Tablo VI. Fiziksel Belirtilerle Başvuran 63 Hastada CIDI'den Tanı Alma Durumuna Göre Ortalama GHQ puan Ortalaması

CIDI'ye göre ruhsal tanı	Kişi sayısı	GHQ puanı ortalaması	Standart sapma	olasılık * (p)
VAR	26	5.3	2.2	
YOK	37	2.7	2.7	0.0003

* iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi yapılmıştır.

Tablo VII. Fiziksel Belirtilerle Başvuran 63 Hastada PH'den Tanı Alma Durumuna Göre Ortalama GHQ puan Ortalaması

PH'e göre ruhsal tanı	Kişi sayısı	GHQ puanı ortalaması	Standart sapma	olasılık * (p)
VAR	7	4.3	0.5	
YOK	56	3.7	3.0	0.5

* İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi yapılmıştır.

Tablo VIII. Fiziksel Belirtilerle Başvuran 63 Hastada Kişinin Kendi Kendinin Sağlığını Değerlendirmesine Göre Ortalama GHQ puan Ortalaması

Kişinin kendi sağlığını değerlendirme	Kişi sayısı	GHQ puanı ortalaması	Standart sapma	olasılık * (p)
İYİ-ÇOK İYİ	22	2.7	3.3	
ORTA-KÖTÜ	41	4.3	2.5	0.029

* İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi yapılmıştır.

Tablo IX. Fiziksel Belirtilerle Başvuran 63 Hastada PH'in Kişinin Genel Sağlığını Değerlendirmesine Göre Ortalama GHQ puan Ortalaması

PH'in kişinin sağlığını değerlendirme	Kişi sayısı	GHQ puanı ortalaması	Standart sapma	olasılık * (p)
İYİ-ÇOK İYİ	32	3.3	2.7	
ORTA-KÖTÜ	31	4.3	3.0	0.19

* İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi yapılmıştır.

Kişinin kendi kendinin sağlığını değerlendirme de ruhsal hastalığın tanınması bakımından ipucu olabilmektedir (Tablo VIII ve IX). Eğer kişi "ben kendimi orta-kötü hissediyorum" diyorsa GHQ'dan daha yüksek puan almaktadır. PH'in görüşü ise önem taşımamaktadır (p=0.19).

CID'den tanı alan 51 kişinin 29'u (%56.9) daha önce herhangi bir yere başvurmamıştır. PH'den ruhsal bozukluk tanısı alan 29 kişinin 5'i (%17.2) sevk edilmiş, 2'sine (%6.9) semptomatik olarak analjezik verilmiş, 4'üne (%13.8) ruhsal bozukluğu tedavi edici ilaçla birlikte plasebo ilaç verilmiştir. Yine PH'den ruhsal hastalık tanısı alan 29 kişiden 5 kişiye (%17.2) herhangi bir tedavi önerilmemiş, 13 kişiye ise (%44.8) ruhsal bozuklukla ilgili tedavi

verilmiştir. Buna göre PH'in ruhsal bozuklukla ilgili ilaç verme hızı $(13+4)/29=58.6\%$, sevk hızı ise $5/29=17.2\%$ 'dir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda Ahatlı sağlık ocağı bölgesinin seçilmesi kentsel bölgelerdeki ruhsal hastalıklarla ilgili sorunların saptanmasında kolaylık sağlamıştır. Çünkü kentsel bölgelerin önemli bir kısmı gecekondu (Antalya nüfusunun %25-30'u) (22) ve gecekondu özellikle hızlı büyüyen kentlerdeki sağlık sorunlarının da büyük oranda belirleyicisi olmaktadır. Ancak gecekondu bölgelerinin kent merkezinden farklılıkları olduğu da açıktır (23). Sağlık göstergeleri kent merkezine göre daha bozuk, eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri

de oldukça kötüdür. Bu bakımdan bulgularımızın, daha çok, gelişmekte olan, eğitim düzeyi düşük, sosyokültürel sıkıntısı yüksek olan toplumlarda elde edilen sonuçlarla paralellik göstermesi beklenir. Kentin merkezinde ise ruhsal hastalıkların görüntüsü daha farklı olacaktır.

Çalışma evrenimizin "sağlık ocağına başvuranlar" olarak belirlenmesi nedeniyle, sonuçlarımız topluma genellenemez ve prevalans hesabı yapılamaz. Her ne kadar ruhsal bozukluğu olanlar diğer hastalara göre sağlık hizmeti veren kuruluşlara 2 kat daha fazla başvursalar bile (24), Ahatlı halkının sağlık ocağına başvurma oranı oldukça düşüktür. Buna göre toplumda bizim bu çalışmada bulduğumuzdan daha fazla sayıda ruh hastası bulunduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Birinci basamağa başvuranlarda sıklığın diğer araştırmalarda %10-45 olduğu belirtilmişti (Tablo 1). Bizim çalışmamızda bu rakam çok kaba bir hesapla, ağırlıklı analiz yapıldığında, %25.4'dür. Burada CIDI görüşmesine, yani ikinci aşamada görüşmeye alınan kişilerin seçimindeki örneklem tekniği nedeniyle, elde ettiğimiz oranın gerçekte biraz daha düşük ya da yüksek olabileceğini vurgulamakta yarar vardır.

Çalışmamızda ruhsal hastalıkların yüksek oranda birarada bulunması ve/veya fiziksel bir hastalıkla birlikte bulunması diğer bazı çalışmalarla uyumludur (25-27). Buna karşılık çalışmamızda, birinci basamakta en sık görüldüğünü bildiğimiz depresyonun yerine somatoform bozukluk ön plana çıkmıştır. Bunun

bir kaç nedeni olabilir: birincisi, çalışma evrenimizde kadın sayısının fazla olması somatoform bozukluğun ön plana çıkmasına katkıda bulunmuş olabilir. Kadınlarda somatizasyonun daha sık görüldüğü bildirilmektedir (25) ve bu durum çalışma sonuçlarımıza yansımış olabilir. İkincisi, somatoform bozukluğun sık görülmesi bölgenin özelliklerini yansıtıyor olabilir. Gelişmekte olan bölgelerde ruhsal yakınmaların daha çok somatizasyon şeklinde görüldüğü bilinmektedir (28). Üçüncüsü ise somatizasyon gösteren hastaların sağlık ocağına daha çok başvurmuş olabileceğidir. Depresif yakınmalar toplumda başvuru için yeterli bir neden olarak görülüyor olabilir. Bunu destekleyen başka çalışmalar da vardır. Örneğin Kazan sağlık ocağı bölgesinde depresyonluların çok az bir kısmı sağlık kuruluşuna başvurmaktadır (29).

Nedeni ne olursa olsun somatoform bozukluğu olan hastalar çalışmamızda sık karşımıza çıkmıştır ve bu hastaların prognozunun, ruhsal yakınmasını açıkça ifade eden hastalardan farklı olmadığı bilinmektedir (30). Çalışmamızda somatoform bozukluğun en sık görülmesi, genel olarak pratişyen hekimlerin bu tür hastalara tanı koyma ve tedavi vermede zorlandığının bilinmesi (16,31) nedeniyle, önem kazanmaktadır. Bu durum çalışmamızda görev alan PH'lerin tanı oranını olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerden biridir. İkinci bir faktör ise, bizim çalışmamızda da olduğu gibi, ruhsal ve fiziksel hastalığın birlikte görülme oranı yüksek olduğunda, pratişyen hekimlerin tanı oranlarının düşmesidir (16,27). Bu olumsuz

faktörler gözönüne alındığında çalışmamızdaki PH'lerin seçicilik ve duyarlılığının diğer çalışmalara göre daha düşük olması beklenirdi. Ancak bulgularımız diğer çalışmalarla benzer oranlar yansıtmaktadır. Örneğin bizim çalışmamızdaki duyarlılık (%53.0) Harding ve arkadaşlarının çalışmasında elde edilen sonuçtan (%36.8) daha iyidir (4). Bizim çalışmamızdaki PH'lerin daha iyi tanı koymasının iki nedeni olabilir: Ya PH'ler araştırma yapıldığını bildiklerinden daha dikkatli davranmışlardır ya da bizim çalışmamızdaki PH'ler diğerlerinden göre daha tecrübeli hekimler olabilir. İlk varsayım tüm araştırmalar için var olan bir durumdur. Hekimlerin tecrübesinin tanı koymada etkili olduğunu gösteren başka çalışmaların olması ise (32) ikinci varsayımımızı güçlendirmektedir.

Sonuç olarak her ne kadar çalışmamızdaki oranlar diğer çalışmalara göre iyi olsa bile, PH'lerin ruhsal hastalıkları tanıma oranı çok yüksek değildir ve bu oranın artırılmasının gerekliliği tartışılmazdır.

Çalışmamızda PH'in tanı koyduğu hastaları sevk etme oranı (%17.2), diğer çalışmalardaki %5-10'luk oranla ya da sağlık ocağının genel sevk oranı olan %10'la (17) karşılaştırıldığında, yüksek gibi görünmektedir. Yine tedaviyi üstlenme oranı da (%58.2), diğer bir çalışmadaki %70'lik orandan (12) kötü görünmektedir. Ancak tanı koyma konusunda değindiğimiz olumsuz faktörler burada da geçerlidir. Bedensel

yakınma ile gelenlerde PH'lerin sevk ve tedavilerinin ruhsal yakınma ile gelenlerden farklı olduğu bilinmektedir (33). Ayrıca çalışmamızdaki örnek seçme tekniği nedeniyle bizim bulduğumuz oranlar gerçekte olduğundan biraz farklı olabilirler. Kişi sayımızın da az olması bu konuda kesin yargıya gitmemizi olanaksızlaştırmaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde anahtar rol oynamalarına karşın pratisyen hekimlerin ruhsal hastalıkları tanıma ve tedavi etme başarısının artırılması gerekmektedir. Bazı yazarlar pratisyen hekimlerin standart ölçek kullanmasının, ruhsal hastalıkların açık ve gizli belirtilerini iyi bilmesinin ve psikiyatristlerle iyi bir ilişki içinde olmasının bu başarıyı artıracığını savunmaktadırlar (34). Çalışmamızda da bu önerileri destekleyen bulgular vardır. Örneğin PH'nin hasta muayenesinden önce GHQ-12'yi uygulaması, ruh hastalığı tanısı için ipucu olabilir. Ayrıca kişinin kendi kendini değerlendirmesinin göz önüne alınması da tanıya yardımcı olabilmektedir. İş akış şeması türünden tanı kartlarının hazırlanması ve kullanılması da yararlı olabilir ve bu şemaların tanıya katkısının ölçüldüğü araştırmalar da yapılmalıdır.

Teşekkür: Çalışmanın gereçlerini bulmamda önemli katkıları bulunan Dr.Bedirhan ÜSTÜN'e ve çalışma sırasında tüm olanaklarını kullanmamı sağlayan Ahatlı Sağlık Ocağı hekimleri ve personeline teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 4.Basım, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1992; 485-492.
2. Küey I., Üstün TB, Güleç C. Türkiye'de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması. Toplum ve Hekim, TTB Yayın Organı 1987; 44: 16-30.
3. Mari JJ, Williams P. Minor psychiatric disorder in primary care in Brasil: a pilot study. Psychol Med. 1984 Feb; 14(1): 223-227.
4. Harding TW, de Arango MW, Baltazar J. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychol Med. 1980 May; 10(2):231-241
5. Ormel J, Van Den Brink W, Koeter MW. et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. Psychol Med. 1990 Nov; 20(4): 909-923.
6. Vazquez-Barguero JL, Wilkinson G, Díez Manrique JF, Lequerica J, Gullien J. Psychiatric morbidity and physical illness in health centres. Acta Psychiatr Scand. 1990 Apr; 81(4): 335-339.
7. Gautham S, Kapur RL, Shamasundar G. Psychiatric morbidity and referral in general practice - A survey of general practitioners in Bangalore city. Ind J Psychiat. 1980; 22: 295-297.
8. Kessel N. Psychiatric morbidity in a London general practice. Brit J Prev Soc Med. 1960; 14: 16-22.
9. Johnstone A, Goldberg D. Psychiatric screening in general practice. A controlled trial. Lancet 1976 Mar 20; 1(7960): 605-608.
10. Ndeti DM, Muhangi J. The prevalence and clinical presentation of psychiatric illness in a rural setting in Kenya. Br. J. Psychiatry. 1979 Sep; 135: 269-272.
11. Orleans CT, George LK, Houpt JL, Brodie HK. How primary care physicians treat psychiatric disorders: a national survey of family practitioners. Am J Psychiatry. 1985 Jan; 142(1): 52-57.
12. Rizzardo R, Palmieri M. Psychiatric problems and therapeutic measures in the office of the general practitioner. Minerva Med. 1984 Nov 10; 75(43): 2579-2583.
13. Balarajan R, Stanners A, Machin D. Trends in primary care in the United Kingdom. J Epidemiol Community Health. 1983 Sep; 37(3): 169-175.
14. Barret JE, Barret JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. Arch Gen Psychiatry. 1988 Dec; 45(12): 1100-1106.
15. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions. Gen Hosp Psychiatry 1988 Mar; 10(2): 79-87.
16. Goldberg D. Reasons for misdiagnosis in Psychological Disorders in General Medical Settings, N.Sartorius, D.Goldberg, G de Girolamo, J.Costa e Silva, Y.Lecrubier and U.Witthen (Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto-Lewiston, NY Bern\ Göttingen\ Stuttgart, 1990: 139-145.
17. TC Sağlık Bakanlığı, Antalya Sağlık Müdürlüğü. Ahatlı Sağlık Ocağı Yıllık Çalışma Raporu, 1992. Antalya.
18. Sartorius N, Üstün TB, Costa e Silva JA. et al. An International Study of Psychological Problems in Primary Care. Arch Gen Psychiatry 1993 Oct; 50: 819-824.
19. Witthen HU, Essau CA. Assessment of Symptoms and Psychosocial Disabilities in Primary Care in Psychological Disorders in General Medical Settings, N.Sartorius.

- D.Goldberg, G de Girolamo, J.Costa e Silva, Y.Lecrubier and U.Wittchen (Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto\Lewiston, NY\ Bern\ Göttingen\Stuttgart, 1990; 111-136.
20. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review, *J. Psychiatr. Res.* 1994 Jan-Feb; 28(1): 57-84.
21. Dawson-Saunders B, Trapp RG. Basic and Clinical Biostatistics, a Lange medical book, Appleton & Lange A Publishing Division of Prentice Hall, 1990; 43-63.
22. Aktekin M. Antalya İl Merkezinde Sakatlık Prevalansı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya, 1990.
23. Aktekin M, Dedeoğlu N. Squatter areas in Antalya, Turkey and their health problems. City 93 Urban environment, social issues and health in cities forum. First Global and European Conference, Antwerp, Belgium. Abstract Book. 25-30 October 1993; 66-67.
24. Williams P, Tarnopolsky A, Hand D, Shepherd M. Minor psychiatric morbidity and general practice consultation: the West London Survey. *Psychol Med Monogr Suppl.* 1986; 9: 1-37.
25. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Life-time and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up study. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci (Germany)* 1992; 241(4): 247-258.
26. Brown FW, Golding JM, Smith GR Jr. Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder. *Psychosom Med.* 1990 Jul-Aug; 52(4): 445-451.
27. Weyerer S. Relationships Between Physical and Psychological Disorders in Psychological Disorders in General Medical Settings. N.Sartorius, D.Goldberg, G de Girolamo, J.Costa e Silva, Y.Lecrubier and U.Wittchen (Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto\Lewiston, NY\Bern\Göttingen\Stuttgart, 1990; 34-46.
28. Binitie A. A Factor Analitical Study of Depression Across Cultures (African and European). *British Journal of Psychiatry.* 1975; 127: 559-563.
29. Üstün TB, Ceylan M, Yaşar AK, Çevik Y. Kazan Sağlık Ocağı Bölgesinde (Kırsal ve Yarı Kırsal Kesimde) Depresyon Prevalansı ve Ocakta Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, XVIII. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İstanbul, 1991.
30. Wright AF. A study of the presentation of somatic symptoms in general practice by patients with psychiatric disturbance. *Br J Gen Pract.* 1990; 49(11): 459.
31. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 1985; 29(6): 563-569.
32. Marks JN, Goldberg DP. & Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med.* 1979; 9: 337-353.
33. Verhaak PF, Tjihuis MA. Psychosocial problems in primary care: some results from the Dutch National Study of Morbidity and Interventions in General Practice. *Soc Sci Med.* 1992; 35(2): 105-110.
34. Thompson TL, 2d. Petersen JL. Improving recognition of psychiatric disorders in a primary care practice. *Postgrad Med.* 1985 Dec; 78(8): 155-159.