

## Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki

Ünal AYRANCI,<sup>1</sup> Çınar YENİLMEZ<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, sosyoekonomik durum ve cinsiyete göre birinci basamak kurumlarına yapılan psikiyatrik başvuru sıklığının ve konulan psikiyatrik tanıların değişip değişmediğini araştırmaktır. **Yöntem:** Bu retrospektif çalışmada, Eskişehir il merkezinde bulunan sağlık ocaklarına 1 yılda başvuran 313139 hastanın kayıtları incelendi. Bu 313139 hastadan bir ruhsal hastalık tanısı konduğu düşünülen ya da bir ruh sağlığı merkezine sevk edilen 7335 hasta değerlendirmeye alındı. **Sonuçlar:** Diğerlerine göre sosyoekonomik durumu daha yüksek olarak kabul edilen mahallelerdeki sağlık ocaklarında konulan olası/kesin psikiyatrik hastalıkların sıklığı daha fazla idi. Ruhsal hasta popülasyonundaki kadın hastaların sayısı erkeklerden daha fazla idi. En sık kesin mental hastalık tanıları depresyon ve anksiyete bozukluğu idi. Olası psikiyatrik hastalık (OPH) ve fiziksel ve ruhsal hastalığın birlikte bulunması (eş tanı) oranı diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha yüksekti. **Tartışma:** Bu sonuçlara göre olası/kesin ruhsal hastalık tanı ve tedavisinin Eskişehir'deki sağlık ocaklarında çok düşük oranda yapıldığı anlaşılmaktadır. Bu durum, birinci basamak hekimlerinin birinci basamak kurumlarına başvuran hastalardaki mental semptomların yeterince farkına varamamaları, ruhsal hastalıkların fiziksel bir hastalığa eşlik etmesi ve de sosyoekonomik durumla ilişkili olması şeklinde yorumlanabilir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(2):87-98)

**Anahtar Sözcükler:** Birinci basamak sağlık hizmetleri, ruh sağlığı, sosyoekonomik durum, cinsiyet, tanı

## The relation between mental illnesses diagnosed in primary care settings and socioeconomic status in the city of Eskişehir

### SUMMARY

**Objective:** The aim of this study is to investigate whether the prevalence of mentally ill patients attending to primary care settings in the city of Eskişehir and the mental illnesses diagnosed at these health services were affected by socioeconomic status and sex differences. **Method:** In this retrospective study, the out-patient registration lists of the overall 313139 patients attending to primary care clinics in the city of Eskişehir during a year' period were screened. Out of 313139, 7335 mentally ill patients thought as having a mental disorder or referred to a mental health centre by their physicians were evaluated. **Results:** The prevalence of probable/definite mental illnesses diagnosed at primary care settings in higher socioeconomic neighbourhoods were more often than in the others. The number of women patients in mentally ill population was higher than men. The most frequently diagnosed mental illnesses were depression and anxiety disturbances. The rate of probable mental illness and psychiatric comorbidity of physical and mental illnesses were higher than the other mental illnesses. **Conclusions:** According to these results, It appears that the proportion of the diagnoses and treatments of psychiatric disorders in primary care settings in the city of Eskişehir are rather too low. These results may be interpreted by the

<sup>1</sup> Osmangazi Üniv. Mediko Sosyal Merkezi, <sup>2</sup> Osmangazi Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir.  
Dr. Ünal AYRANCI, Osmangazi Üniv. Mediko Sosyal Merkezi, Meşelik/Eskişehir  
e-posta: unalayranci@hotmail.com

following: *primer care physicians' not necessarily realizing mental symptoms of the patients attending to primary care centres, the accompanying of mental illnesses to a physical illness and socio-economic status. (Anatolian Journal of Psychiatry 2001; 2(2):87-98)*

**Key Words:** *Primer care health services, mental health, socioeconomic status, sexuality, diagnosis*

## GİRİŞ VE AMAÇ

Tanısal değerlendirme ölçekleri kullanıldığında, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların yaklaşık  $\frac{1}{4}$ 'ünde psikiyatrik bir hastalık saptanmaktadır.<sup>1-7</sup> Ancak tanısal görüşme ölçekleri kullanılmadan yapılan değerlendirmelerde çok az oranda psikiyatrik hastalık tanısı konması ve tedavi planlanması nedeniyle kronikleşen psikiyatrik hastalıklar, önemli bir "toplum sağlığı" sorunu oluşturmaktadırlar. Ekonomik ve sosyal durum, insan yaşamını etkileyen ve ruh sağlığında önemli bir yer tutan faktörlerin başında gelmektedir. Ekonomik ve sosyal durumu kötü ya da iyi olan ve kötü ya da iyi fiziksel şartlarda yaşayan insanların ruhsal sağlıkları ve ruhsal tedavi almak için başvurdukları merkezler ya da kişiler ve de başvuru sıklıkları değişiklikler göstermektedir.<sup>8-11</sup>

Bazı çalışmalarda kırsal ve kentsel yerleşim birimlerinde ya da aynı merkezdeki farklı sosyoekonomik duruma sahip kişilerde ruhsal hastalık sıklığı ve seyri konusunda bir farklılık bildirilmemiştir.<sup>12-16</sup>

Gelişmekte olan ülkelerin kırsal kesimlerinde ve sosyoekonomik durumu düşük olan insanlarda ruhsal hastalık sıklığı ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranları bazı çalışmalarda daha düşük bulunurken<sup>8,17,18</sup>, bazı çalışmalarda<sup>10,19</sup> ise daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde endüstriyel batı toplumlarındaki sosyoekonomik durumu daha kötü olan insanlarda ve kırsal alanlarda yaşayanlarda hem hastalık sıklığı hem de ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranları daha yüksek bulunurken,<sup>20-25</sup> bu durumun aksine, endüstrileşmiş toplumlarda sosyoekonomik durumu daha iyi olanlar ve kentlerde yaşayanlarda hem sıklık hem de ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranları daha yüksek bulunmuştur.<sup>11,26-27</sup>

Ayrıca, bazı izlem çalışmalarında kırsal kesimlerde ruhsal hastalık için kontrole gelme oranları daha düşük, ancak hastaneye yatış ve intihar girişimleri daha yüksek ya da hastalık seyirleri daha kötü olarak bulunmuştur.<sup>15,28</sup>

**Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(2):87-98**

Ruhsal hastalıkların görülme sıklığını, gidişatını ve sonlanışını, kişilerin hastalıklarının farkına varmaları, işleri ve sosyal ilişkileri, cinsiyetleri, kişilerin ve çevrelerinin hastalıklara olumlu ya da olumsuz bakış açıları ve ayrıca ekonomik durumları ve sahip oldukları fiziksel koşullar etkilemektedir.<sup>10,29-31</sup>

Biz bu araştırmada, Eskişehir il merkezinde bulunan 14 sağlık ocağında konulan psikiyatrik tanı sıklığının, sağlık ocaklarına bağlı mahallelerin sosyoekonomik yapısına bağlı olarak değişip değişmediğini araştırmayı hedefledik.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya başlanmadan önce çalışma ekibi tarafından hasta sayısı, yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, yazılan ilaçlar, sevk yapılıp yapılmadığı, kontrole çağrılıp çağrılmadığı ve konulan tanıları gibi her sağlık ocağına ait hasta ile ilgili bilgilerin kaydedileceği sosyodemografik bilgi formu hazırlandı.

**Çalışmanın aşamaları:** Çalışma üç aşamada gerçekleştirildi:

1. *Birinci aşama:* Poliklinik arşiv taramasını içeren ve geriye dönük olarak yapılan bu çalışmada 01 Mayıs 1998-01 Mayıs 1999 tarihleri arasında Eskişehir il merkezinde bulunan 14 sağlık ocağı polikliniklerine en az bir kez başvuran 313139 kişiden, aşağıdaki değerlendirme kriterlerimize göre bir ruhsal hastalık tanısı düşünülen ya da bir ruh sağlığı merkezine sevk edilen 7335 kişi değerlendirildi. Ruhsal hastalıklar için değerlendirme kriterlerimiz şunlardı:

- Poliklinik defterlerinde hekim tarafından konulan ruhsal hastalık adı, *kesin tanı*,
- Poliklinik defterlerinde hekim tarafından konulan ruhsal hastalık ile birlikte bir başka fiziksel hastalık tanısı, komorbid tanı (eş tanı),
- Poliklinik defterlerinde hekim tarafından konulan yalnızca fiziksel hastalık tanısı varken, psikotrop ilacın da yazılı olması ya da poliklinik defterlerinde hekim tarafından konulan

herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalık tanısı yokken psikotrop ilacın da yazılı olması *olası psikiyatrik hastalık* (OPH) olarak değerlendirildi.

2. *İkinci aşama:* İlaç tekrar yazımları ve kontrol hastalarını çıkararak, tanının ya da tedavinin ilk kez o merkezde konulduğunu varsayarak, yani bir kez başvuran psikiyatrik hasta (BKBPH) olarak 3255 kişi değerlendirmeye alındı.

3. *Üçüncü aşama:* Sosyoekonomik durumlarına göre sağlık ocakları 3 gruba ayrıldı. Bu ayırmada 04.01.1961 tarihli 213 sayılı Vergi Usul Kanununun<sup>32</sup> 72-74. maddeleri uyarınca Ticaret Odası, Mahalle Muhtarlığı, Belediye Başkanlığı ve Tapu Müdürlüğü yetkililerince oluşturulan bir komisyon tarafından mahallelerin alt yapı durumu, ulaşım durumu, ticaret ve alışveriş merkezi olma durumu, şehir merkezine yakınlığı ve turistik bölge olma özellikleri gibi sosyoekonomik durumlarına göre tespit edilen ortalama arsa birim fiyatları esas alındı. İlgili sağlık ocağına bağlı mahallelerin sosyoekonomik durumlarının düşük ya da yüksek olması, 1998 yılındaki ortalama arsa m<sup>2</sup> birim değerleri toplanarak mahallerin toplam sokak sayısına bölünmesi sonucu bulunan değerlere göre hesaplandı. Ayrıca, 10 milyon TL/m<sup>2</sup> üstündekiler yüksek seviyede sosyoekonomik duruma sahip ocaklar; 3-10 milyon TL/m<sup>2</sup> ve arasındakiler orta seviyedeki sosyoekonomik duruma sahip ocaklar; 3 milyon TL/m<sup>2</sup> altındakiler düşük seviyede sosyoekonomik duruma sahip ocaklar olarak sınıflandırıldı.

Böylece ilgili ocağa gelen hastaların yaşadıkları yer ile ocağa geliş sıklığı ve tıbbi hizmetlerden yararlanma oranları hakkında bilgi edinilmeye çalışıldı.

Bu aşamalardan sonra kesin/olası psikiyatrik hastalık tanısı düşünülen ya da bir ruh sağlığı merkezine sevk edilen hastalar her bir sağlık ocağına göre; ruhsal hastalık sıklığı ve ruhsal hastalık tanılarının dağılımına göre tekrar gruplandırıldı ve karşılaştırıldı. Bu gruplar ise tanı oranları %1'den büyük olan OPH, eş tanı olma, depresyon, anksiyete bozukluğu, şizofreni, tanı konmadan psikiyatriye sevk, somatizasyon bozukluğu, uyku bozukluğu ve bipolar affektif bozukluk idi.

*Çalışma için izin alınan birimler:* Poliklinik

arşiv tarama çalışması, retrospektif olarak yapıldığından İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Sağlık ocakları, hastaneler ve il geneliyle ilgili istatistiksel bilgiler ise Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Tıbbi İstatistik Şubesi'nden alınmıştır. Hastaların yaşadıkları mahallelerin gelir düzeylerini gösteren "m<sup>2</sup> üzerinden ortalama arsa birim fiyatları" ile ilgili bilgiler<sup>33</sup> ise Eskişehir Tepebaşı ve Odunpazarı Belediyelerinden alınmıştır.

*İstatistiksel değerlendirme:* Elde edilen verilerin değerlendirilmesi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda SPSS for Windows 6.0 paket programı kullanılarak *t* testi ve ki-kare testi ile yapıldı.

## BULGULAR

Her sağlık ocağına göre en az bir kez başvuran psikiyatrik hastalar (EABKBPH) ve bir kez başvuran psikiyatrik hastalara (BKBPH) konan psikiyatrik tanı oranları Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir. EABKBPH sayısının Eskişehir'de bulunan sağlık ocaklarına toplam başvurulara oranı %2.34 (7335/313139) gibi oldukça düşük bir oranda bulundu. Eskişehir Odunpazarı ve Tepebaşı Belediyeleri sınırları içinde bulunan ve belediye sınırları içindeki caddelerin ve sokakların m<sup>2</sup> cinsinden değerlerine göre sosyoekonomik durumu yüksek, orta ve düşük olarak kabul edilen mahallelerin ait olduğu sağlık ocakları değerlendirmeye alınmıştır. Buna göre değerler; ortalama m<sup>2</sup> birim fiyatlarına göre ekonomik durumu yüksek (35761000 TL/m<sup>2</sup>) olarak kabul edilen mahallelerin bağlı olduğu 13 nolu sağlık ocağı ile ekonomik durumu düşük (1986000 TL/m<sup>2</sup>) olarak kabul edilen mahallelerin bağlı olduğu 7 nolu sağlık ocağı arasında değişmektedir. On dört sağlık ocağı ekonomik ve sosyal durumlarına göre değerlendirildiğinde ortalama m<sup>2</sup> birim fiyatları yüksek olarak kabul edilenler (2, 3 ve 13 nolu), merkezi sağlık ocakları; orta seviye olarak kabul edilenler (1, 4, 5, 6, 8, 9, 11 ve 12 nolu), şehrin merkezi ve periferi arasındaki sağlık ocakları; düşük olarak kabul edilenler (7, 10, 14 nolu) ise şehrin periferindeki sağlık ocaklarıdır.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, sosyoekonomik durumu yüksek, orta ve düşük mahallelerin bağlı bulunduğu sağlık ocaklarında konan tanı sıklıkları değişiklik göstermekteydi. Sosyoeko-

Tablo 1. EABKBPH'lere Eskişehir'de bulunan sağlık ocaklarında konan tanı oranları\*

	Sosyoekonomik durumu yüksek mahallelere bağlı SO**			Sosyoekonomik durumu orta seviyede olan mahallelere bağlı SO**								Sosyoekonomik durumu düşük mahallelere bağlı SO**		
	2 Nolu	3 Nolu	13 Nolu	1 Nolu	4 Nolu	5 Nolu	6 Nolu	8 Nolu	9 Nolu	11 Nolu	12 Nolu	7 Nolu	10 Nolu	14 Nolu
<i>Genel toplam</i>	1496 (%24)	925 (%13.0)	896 (12.2)	444 (%6.0)	310 (%4.0)	331 (%4.5)	735 (%10.0)	102 (%1.3)	365 (%5.0)	182 (%2.5)	334 (%4.5)	415 (%5.6)	149 (%2.0)	144 (%2.0)
OPH	1191 (%79.6)	281 (%30.4)	600 (%66.9)	199 (%44.8)	-	99 (%29.9)	182 (%24.8)	12 (%11.8)	217 (%59.4)	77 (%42.3)	69 (%20.7)	236 (%56.9)	34 (%51.0)	2 (%1.4)
Eş tanı	81 (%5.4)	212 (%22.9)	93 (%10.4)	48 (%10.8)	150 (%48.4)	32 (%9.7)	240 (%32.7)	34 (%33.3)	4 (%1.1)	17 (%9.3)	73 (%21.9)	10 (%2.4)	15 (%10.1)	41 (%28.5)
Depresyon	88 (%5.9)	233 (%25.2)	66 (%7.4)	45 (%10.1)	63 (%20.3)	73 (%22.1)	142 (%19.3)	13 (%12.7)	9 (%2.5)	24 (%13.2)	114 (%34.1)	11 (%2.7)	18 (%12.1)	39 (%27.1)
Anksiyete bozukluğu	22 (%1.5)	103 (%11.1)	52 (%5.8)	45 (%10.1)	54 (%17.4)	50 (%15.1)	60 (%8.2)	18 (%17.6)	8 (%2.2)	10 (%5.5)	40 (%12.0)	50 (%12.0)	8 (%5.4)	26 (%18.1)
Psikiyatriye tanısız sevk	25 (%1.7)	17 (%1.8)	28 (%3.1)	51 (%11.5)	21 (%6.8)	37 (%11.2)	14 (%1.6)	16 (%15.7)	117 (%32.1)	19 (%10.4)	7 (%2.1)	96 (%23.1)	11 (%7.4)	15 (%10.4)
Şizofreni	49 (%3.3)	43 (%4.6)	29 (%3.2)	45 (%9.9)	14 (%4.5)	14 (%4.2)	69 (%9.4)	4 (%3.9)	6 (%1.6)	24 (%13.2)	16 (%4.8)	-	8 (%5.4)	6 (%4.2)
Diğer psikiyatrik tanılar	17 (%1.1)	20 (%2.2)	11 (%1.2)	6 (%1.4)	-	5 (%1.5)	7 (%1.0)	1 (%1.0)	-	7 (%3.8)	5 (%1.5)	11 (%2.7)	3 (%2.0)	-
Somatizasyon bozukluğu	21 (%1.4)	-	-	-	3 (%1.0)	6 (%1.8)	7 (%1.0)	1 (%1.0)	-	4 (%2.2)	8 (%2.4)	-	2 (%1.3)	9 (%6.3)
Uyku bozukluğu	-	14 (%1.5)	-	-	-	6 (%1.8)	7 (%1.0)	2 (%2.0)	-	-	-	-	2 (%1.3)	3 (%2.1)
Bipolar affektif bozukluk	-	-	-	-	-	8 (%2.4)	7 (%1.0)	1 (%1.0)	-	-	-	-	6 (%4.0)	-

\* %1.0'dan yüksek oranlar değerlendirilmeye alındı.

\*\* Sağlık Ocakları

Tablo 2. BKBPH'lere Eskişehir'de bulunan sağlık ocaklarında konan tanı oranları\*

	Sosyoekonomik durumu yüksek mahallelere bağlı SO**				Sosyoekonomik durumu orta seviyede olan mahallelere bağlı SO**						Sosyoekonomik durumu düşük mahallelere bağlı SO**			
	2 Nolu	3 Nolu	13 Nolu	1 Nolu	4 Nolu	5 Nolu	6 Nolu	8 Nolu	9 Nolu	11 Nolu	12 Nolu	7 Nolu	10 Nolu	14 Nolu
Genel Toplam	657 (%20.0)	350 (%10.7)	327 (%10.0)	199 (%6.1)	151 (%4.6)	144 (%4.4)	361 (%11.0)	63 (%1.9)	160 (%4.9)	74 (%2.3)	167 (%5.1)	240 (%7.3)	58 (%1.8)	75 (%2.3)
OPH	532 (%80.9)	107 (%30.5)	189 (%57.8)	56 (%28.1)	-	28 (%19.4)	72 (%22.7)	1 (%1.6)	31 (%19.4)	27 (%36.5)	35 (%21.0)	94 (%39.2)	24 (%41.4)	-
Eş tanı	29 (%4.4)	73 (%20.9)	39 (%11.9)	35 (%17.6)	81 (%53.6)	10 (%6.9)	127 (%35.2)	17 (%27.0)	-	3 (%4.1)	39 (%23.4)	4 (%1.7)	3 (%5.2)	18 (%24.0)
Depresyon	49 (%7.5)	89 (%25.4)	32 (%9.8)	28 (%14.1)	20 (%13.2)	31 (%21.5)	85 (%23.5)	10 (%15.9)	5 (%3.1)	11 (%14.9)	58 (%34.7)	5 (%2.1)	10 (%17.2)	21 (%28.0)
Anksiyete bozukluğu	9 (%1.4)	52 (%14.9)	34 (%10.4)	23 (%11.6)	25 (%16.6)	26 (%18.1)	39 (%10.8)	16 (%25.4)	4 (%2.5)	7 (%9.5)	24 (%14.4)	38 (%15.8)	6 (%10.3)	16 (%21.3)
Psikiyatri'ye tanısız sevk	22 (%3.3)	17 (%4.9)	22 (%6.7)	47 (%23.6)	21 (%13.9)	36 (%25)	14 (%3.9)	16 (%25.4)	117 (%73.1)	18 (%24.3)	7 (%4.2)	93 (%38.8)	11 (%19.0)	12 (%16.0)
Şizofreni	-	-	-	2 (%1.0)	-	3 (%2.1)	-	-	2 (%1.3)	-	-	-	-	2 (%2.7)
Diğer psikiyatrik tanıları	-	-	-	3 (%1.5)	-	3 (%2.1)	-	1 (%1.6)	-	4 (%5.4)	-	6 (%2.5)	-	-
Somatizasyon bozukluğu	9 (%1.4)	-	4 (%1.2)	-	-	-	5 (%1.4)	-	-	4 (%5.4)	4 (%2.4)	-	1 (%1.7)	4 (%5.3)
Uyku bozukluğu	-	11 (%3.1)	-	3 (%1.5)	2 (%1.3)	4 (%2.8)	5 (%1.4)	2 (%3.2)	-	-	-	-	1 (%1.7)	2 (%2.7)
Bipolar affektif bozukluk	-	-	-	-	-	2 (%1.4)	-	-	-	-	-	-	2 (%3.4)	-

\* %1.0'dan yüksek değerler alındı.

\*\* Sağlık Ocakları

nomik durumu yüksek mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında (2, 3 ve 13 nolu) konulan psikiyatrik tanı sıklığı genel olarak sosyoekonomik durumu orta ve kötü durumdaki mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında konulan tanı sıklıklarından oldukça fazlaydı.

Sosyoekonomik durumu yüksek, orta ve düşük mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanı sıklıkları, tüm tanı sıklığının sırasıyla yaklaşık %50, %40 ve %10'unu oluşturmaktadır. Buna göre, sosyoekonomik durumu yüksek mahallelerin bağlı olduğu 3 sağlık ocağında konulan psikiyatrik tanı sıklığı, geri kalan 11 sağlık ocağında konulan psikiyatrik tanı sıklığına eşittir.

Sosyoekonomik durumu orta ve düşük mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarına bakıldığında ruhsal hastalık tanı sıklıkları daha düşüktür. Ancak bazı farklılıklar da bulunmaktadır. Örneğin, sosyoekonomik durumu orta olan mahallelerin bağlı olduğu 8 nolu sağlık ocağındaki tanı sıklığı sadece %1.3 iken, sosyoekonomik durumu düşük mahallelerin bağlı olduğu 7 nolu sağlık ocağında tanı sıklığı %5.6 idi.

Sosyoekonomik durumu yüksek mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında en sık konulan tanıları OPH ve eş tanı oluşturmaktaydı. Kesin psikiyatrik hastalık olarak ilk sırayı depresyon almaktaydı. En az sıklıkta konulan tanıları bipolar affektif bozukluk ve uyku bozukluğu idi.

Sosyoekonomik durumu orta seviyede olan sağlık ocaklarındaki en sık konulan tanıları OPH ve eş tanı oluşturmaktaydı. Kesin psikiyatrik hastalık olarak en sık depresyon ve anksiyete bozukluğu görülmekteydi. En az sıklıkta konulan kesin psikiyatrik tanıları ise uyku bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu idi.

Sosyoekonomik durumu düşük mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında ise en sık hastalık gruplarını OPH ve tanısız psikiyatriye sevk oluşturmaktaydı. Kesin psikiyatrik hastalık olarak da ilk sırayı yine depresyon ve anksiyete bozukluğu almaktaydı. En az sıklıkta konulan tanıları ise sosyoekonomik durumu yüksek mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarındaki gibi bipolar affektif bozukluk ve uyku bozukluğu idi.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, sosyoekonomik

durumu yüksek, orta ve düşük seviyedeki mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında konulan tanı sıklıkları EABKBPH'lerde olduğu gibi burada da değişiklikler göstermektedir. Sosyoekonomik durumu yüksek, orta ve düşük mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında konulan tanı sıklıkları tüm tanı sıklığının sırasıyla yaklaşık %40.7, %42.9 ve %11.4'ünü oluşturmaktadır. Sosyoekonomik durumu orta ve düşük mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarına bakıldığında hastalara tanı konması konusunda bu genelleme desteklenmemektedir. Örneğin, sosyoekonomik durumu orta olan mahallelerin bağlı olduğu 8 nolu sağlık ocağındaki tanı sıklığı sadece %1.9 iken, sosyoekonomik durumu düşük mahallelerin bağlı olduğu 7 nolu sağlık ocağında bu oran %7.3 idi.

Sosyoekonomik durumu yüksek mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında en sık konulan tanıyı OPH oluşturmaktaydı. Kesin psikiyatrik hastalık olarak da ilk sırayı depresyon almaktaydı. En az sıklıkta konulan tanıları bipolar affektif bozukluk, şizofreni, uyku bozukluğu idi.

Sosyoekonomik durumu orta seviyedeki mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında en sık konulan tanıları eş tanı ve tanısız psikiyatriye sevk oluşturmaktaydı. Kesin psikiyatrik hastalık olarak da ilk sırayı depresyon almaktaydı. En az sıklıkta konulan tanı ise bipolar affektif bozukluk ve şizofreni idi.

Sosyoekonomik durumu düşük mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında ise, en sık konulan tanıları tanısız psikiyatriye sevk ve OPH idi. Kesin psikiyatrik hastalık olarak da ilk iki sırayı yine depresyon ve anksiyete bozukluğu almaktaydı. En az sıklıkta konulan tanı ise sosyoekonomik durumu yüksek mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarındaki gibi bipolar affektif bozukluk ve uyku bozukluğu idi.

Tablo 3'te görüldüğü gibi, sosyoekonomik durumlarına göre sağlık ocakları 3 gruba ayrıldığında, hem EABKBPH'lerde hem de BKBPH'lerde yüksek sosyoekonomik durumda olan mahallelerin bulunduğu sağlık ocaklarında, olası/kesin psikiyatrik hastalık oranı oldukça yüksek bulunurken, düşük sosyoekonomik durumda olan mahallelerin bulunduğu sağlık ocaklarında psikiyatrik tanı koyma oranları oldukça düşük idi.

Tablo 3. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki

OCAKLAR	Mahalle nüfusu toplamı (E/K)	Ocağa gelen toplam hasta sayısı	EABKBP H sayısı toplamı (E/K) (%/%)	EABKBPH sayısı toplamı/ocağa gelen hasta sayısı	BKBPH sayısı toplamı (E/K) (%/%)	BKBPH sayısı toplamı/ocağa gelen hasta sayısı	Ocağa bağlı mahallelerin ortalama arsa birim fiyatla (milyon)	
Sosyoekonomik durumu yüksek mahallelere bağlı SO*	2 no	50867 (24872/25995)	35306	1496 (330/1116) (23/77)	1496/35306= %4.2	657 (136/521) (21/79)	657/35306= %1.9	18.000/m <sup>2</sup>
	3 no	49079 (23979/25100)	36566	925 (224/701) (25/75)	925/36566= %2.5	350 (83/267) (24/76)	350/36566= %0.9	12.495/m <sup>2</sup>
	13 no	14241 (7180/7061)	12973	896 (228/668) (26/74)	896/12973= %7.0	327 (69/258) (22/78)	327/12973= %2.5	35.761/m <sup>2</sup>
	no	26862 (13383/13479)	18302	444 (147/297) (33/67)	444/18302= %2.4	199 (45/154) (23/77)	199/18302= %1.1	5.300/m <sup>2</sup>
Sosyoekonomik durumu orta düzeyde olan mahallelere bağlı SO*	4 no	61439 (30661/30776)	29971	310 (97/213) (32/68)	310/29971= %1.0	151 (48/103) (32/68)	151/29971= %0.5	4.160/m <sup>2</sup>
	5 no	32221 (16152/16069)	27205	331 (101/230) (31/69)	331/27205= %1.2	144 (46/98) (32/68)	144/27205= 0.0053 (%.5)	5.388/m <sup>2</sup>
	6 no	51284 (25203/26081)	35321	735 (251/484) (35/65)	735/35321= %2.0	361 (97/264) (27/73)	361/35321= %1.0	6.341/m <sup>2</sup>
	8 no	17739 (9079/8660)	15075	102 (28/74) (28/72)	102/15075= %0.7	63 (23/40) (36/64)	63/15075= %0.4	4.998/m <sup>2</sup>
	9 no	45217 (22996/22221)	26696	365 (135/230) (37/63)	365/26696= %1.4	160 (71/89) (44/56)	160/26696= %0.6	3.132/m <sup>2</sup>
Sosyoekonomik durumu düşük mahallelere bağlı SO*	11 no	17718 (8958/8760)	10345	182 (61/121) (34/66)	182/10345= %1.8	74 (24/50) (32/68)	74/10345= %0.72	3.545/m <sup>2</sup>
	12 no	35360 (17636/17724)	21826	334 (97/237) (29/71)	334/21826= %1.5	167 (45/122) (27/73)	167/21826= %0.77	4.565/m <sup>2</sup>
	7 no	43547 (22428/21119)	21914	415 (118/297) (29/71)	415/21914= %1.9	240 (69/171) (29/71)	240/21914= %1.1	1.986/m <sup>2</sup>
	10 no	7995 (4063/3932)	5883	149 (47/102) (32/68)	149/5883= %2.5	58 (20/38) (34/66)	58/5883= %1.0	2.534/m <sup>2</sup>
14 no	27037 (13740/13297)	16756	144 (40/104) (28/72)	144/16756= %0.86	75 (25/50) (33/67)	75/16756= %0.45	2.086/m <sup>2</sup>	

\* Sağlık Ocakları

EABKBPH sayısı ekonomik ve sosyal düzeyi yüksek mahallelerin bağlı olduğu ocaklar olan 13, 2, 3 nolu ocaklarda sırasıyla %7.0, %4.2, %2.5; ekonomik ve sosyal düzeyi orta seviyede mahallelerin bağlı olduğu ocaklar olan 1, 6, 11, 12, 9, 5, 4, 8 nolu ocaklarda sırasıyla %2.4, %2.0, %1.8, %1.5, %1.4, %1.2, %1.0, %0.7; sosyoekonomik düzeyi düşük mahallelerin bağlı olduğu ocaklar olan 10, 7, 14 nolu ocaklarda sırasıyla %2.5, %1.9, %0.86 idi.

BKBPH'ler değerlendirildiğinde ise; ekonomik ve sosyal düzeyi yüksek olan mahallelerin bağlı olduğu ocaklar olan 13, 2, 3 nolu ocaklarda sırasıyla %2.5, %1.9, %0.9; ekonomik ve sosyal düzeyi orta seviyede mahallelerin bağlı olduğu ocaklar olan 1, 6, 12, 11, 9, 5, 4, 8 nolu ocaklarda sırasıyla %1.1, %1.0, %0.77, %0.72, %0.6, %0.5, %0.5, %0.4 ve, ekonomik ve sosyal düzeyi düşük seviyede mahallelerin bağlı olduğu ocaklar olan 7, 10, 14 nolu ocaklarda sırasıyla %1.1, %1.0, %0.45 idi.

### TARTIŞMA

Araştırma sonuçlarımıza göre, EABKBPH'lerde tüm sağlık ocaklarına başvuruda kadın hastaların oranı erkeklerle göre oldukça yüksekti ve en düşük %63 ile 9 nolu sağlık ocağında, en yüksek ise %77 ile 2 nolu sağlık ocağında idi. Bu durum BKBPH'ler için de geçerliydi ve en düşük %54 ile 9 nolu sağlık ocağında bulunurken, en yüksek %79 ile 2 nolu sağlık ocağında idi. Benzer sonuçlar pek çok araştırmada bildirilmiştir.<sup>5,10,30,34-37</sup> Mubarak<sup>30</sup>'ın kırsal ve kentsel bölgelerde yaşayan Malezyalı kadınlar üzerinde sosyoekonomik durumları ile ruhsal sağlık ilişkisi üzerinde yaptığı bir çalışmada, kırsal bölgeden katılan kadınların kentsel bölgelerdeki kadınlardan daha fazla ruhsal sağlık problemlerine sahip olduklarını bulmuştur. Buna neden olarak da kendini ifade edemeyi, dini özellikleri, aile büyüklerinin kişileri kendi doğruları doğrultusunda yönlendirmelerini ve ailelerinden gelen sosyal destekten yoksun olmayı göstermiştir. Mumford ve ark.<sup>10</sup>, Pakistan'ın kırsal alanlarında yaptıkları bir çalışmada, yaygın görülen ruhsal hastalıkların özellikle kadınlar arasında daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (erkeklerde %10, kadınlarda %25). Ortaklaşa ataerkil aile yapısında yaşayan kadınlar, çekirdek ailede yaşayan kadınlar-

dan daha fazla başvuruda bulunmuşlardır.

Araştırmamızda, genel olarak sosyoekonomik durumu yüksek olarak kabul edilen mahallelerin bağlı olduğu 2, 3 ve 13 nolu ocaklarında konulan psikiyatrik tanı sıklığı yüksek düzeydedir. Bu durum genel olarak gelişmekte olan ülkelerdeki diğer çalışmalara benzer sonuçlar verirken, gelişmiş ülkelerdeki bazı sonuçlarla zıttır. Erol ve ark. (1998) ve Abiodun'un (1991) yaptıkları çalışmalara göre<sup>8,17</sup>, kırsal yerleşim birimlerinde ya da şehir merkezlerinin kenar semtlerinde yaşayanların, sağlık kurumlarına göre geleneksel ya da dini yöntemleri daha çok tercih ettikleri için başvuru oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, aile yakınlarının, hastaların kararlarında önemli rol oynadıklarını ve tedavi yolları konusunda yönlendirdiklerini bildirmiştir. Kültürel ya da ekonomik düzeyi daha yüksek olan merkezi yerlerde ise tabulardan uzak olma ve yanlış inanışların etkisinde daha az kalma olduğu için başvuru sıklığı artmaktadır. Kırsal yerleşim birimlerine gittikçe toplam ruhsal hastalık oranı azalmakta, şehrin merkezinde ve gelişmiş yerleşim yerlerinde ruhsal hastalık oranı artmaktadır. Baum ve ark.<sup>20</sup>, Croudace ve ark.<sup>21</sup> ve Lewis ve ark.<sup>25</sup>'nin çalışmalarında ise sosyoekonomik durumu kötü olan ya da kentlerin kenar mahallelerinde yaşayanlarda ruhsal hastalık yaygınlığı daha sık bulunmuştur. Baum ve ark.<sup>20</sup>, sosyoekonomik durumun sağlık ve hastalıkların önemli bir göstergesi olduğunu ve sosyo-ekonomik durum düşüklüğünün, ruhsal hastalıkların artması ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Lewis ve ark.<sup>25</sup>, İngiltere'de gelir eşitsizliğinin nevrotik hastalık sıklığındaki artışın en önemli nedeni olarak görüldüğünü ileri sürmektedirler. Eğitimle ilgisiz olarak, kiralık evde oturan ve arabası olmayanlarda daha sık nevrotik bozukluk saptandığını bildirmişlerdir. Croudace ve ark.<sup>21</sup> ise, sosyal seviye düşüklüğünün başvuru sıklığı ve psikoz sıklığı ile doğru orantılı olduğunu bildirmişlerdir.

Gelişmekte ve gelişmiş olan ülkelerde yukarıdakilerden farklı sonuçlar da bildirilmiştir. Mumford ve ark.<sup>10</sup>, Cederblad ve Rahim<sup>19</sup> ve Mubarak<sup>30</sup> ise, gelişmekte olan ülkelerde sosyoekonomik durumu yüksek olanların daha az başvuru yaptığını, düşük olanların ise daha fazla başvuru yaptığını bildirmişlerdir. Ceder-

blad ve Rahim<sup>19</sup>, Sudan'da sosyoekonomik değişikliklerin ruhsal hastalıkların artıp artmasına gösterdiği etkiler üzerine yaptıkları bir çalışmada, kentleşme oranıyla birlikte somatik şikayetlerin azaldığını bulmuşlardır. Burada ev edinme, beslenme ve hijyenik iyileşme yanında eğitim ve sağlık yardımı da önemli bulunmuştur. Ayrıca, sosyoekonomik durumu yüksek olan bazı gelişmiş batı ülkelerinde, sosyoekonomik durumu yüksek olanlarda ruhsal hastalık sıklığı fazla ve sosyoekonomik durumu düşük olanlarda ruhsal hastalık sıklığı az oranda bulunmuştur.<sup>11,18,26,27</sup> Paykel ve ark.'nın<sup>11</sup> İngiltere'de kırsal ve kentsel bölgelerde yaşayanlar arasında ruhsal hastalıkları karşılaştırdıkları çalışmalarında, ruhsal hastalık sıklığı, kentlerde daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak da, daha fazla yaşam stresini, hareketli ve riskli yaşam olaylarını öne sürmüşlerdir.

Değerlendirme kriterlerimize göre, EABKBPH'lerden bir ruhsal hastalık tanısı düşünülen ya da bir ruh sağlığı merkezine sevk edilenler arasında sosyoekonomik durumu yüksek kabul edilen mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında en sık konulan psikiyatrik tanılarını OPH ve eş tanı oluşturmaktaydı. Bu durumun çeşitli araştırmalarda<sup>38-49</sup> ileri sürüldüğü gibi, pek çok hastanın birinci basamak sağlık kurumlarına eşik altı belirtilerle başvurmalarıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca, tanısız psikiyatriye sevk oranının, düşük sosyoekonomik durumdaki mahallelerin bağlı olduğu sağlık ocaklarında oldukça yüksek olmasının nedenleri olarak, bazı çalışmalarda belirtildiği gibi,<sup>15,50</sup> depresyon ve psikosomatik rahatsızlıklara sahip hastaların daha fazla olmasına rağmen, ruhsal tedavi için diğer hastalardan daha az oranda birinci basamak kurumlarına başvurdukları ve ancak ruhsal hastalık şiddeti arttığında sağlık ocaklarına başvuru yaptıklarını düşünmekteyiz. Olfson ve ark.,<sup>50</sup> kötü fiziksel sağlık şartlarında yaşayan ancak fiziksel olarak sağlıklı birinci basamak hastalarda anksiyete, depresyon ve psikosomatik hastalıkların daha sık olmasına rağmen, ruhsal tedavi için diğer hastalardan daha az oranda birinci basamak kurumlarına başvurduklarını bildirmişlerdir. Rost ve ark.<sup>15</sup>'nin kırsal-kentsel alanda yaptıkları depresyonu olan hastaların bir yıllık izlem çalışmasında, kırsal kesimde olanların daha az

kontrole geldiğini ancak daha sık yatış öyküsü ve intihar girişimi olduğunu bildirmişlerdir.

Hem EABKBPH'lerde hem de BKBPH'lerde, kesin psikiyatrik hastalık olarak konulan tanılarda ilk sırayı depresyon ve anksiyete bozuklukları almaktaydı. Bu bulgu, pek çok çalışmada benzerdir.<sup>35,51-54</sup>

Biz de bu bulgular eşliğinde, ortalamadan oldukça yüksek olası/kesin psikiyatrik hastalık oranının nedenleri olarak önceki araştırmalarda ileri sürülen şehrin merkezinde yaşamaya, kişiler arası etkileşimlerin yoğunluğuna ve stresli yaşam olaylarına daha fazla maruz kalmaya bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Olası/kesin psikiyatrik hastalık oranının ortalamadan oldukça düşük olmasının nedenleri olarak da, bu mahallelerin şehrin dışı ve kenarlarında olmasını, insanların kötü fiziksel şartlarda yaşamalarını, genelde daha geniş aile yapısı içinde olmalarını ve sağlık kurumları yerine geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmalarını ve ancak ruhsal hastalıkların şiddetlerinde artma olduğunda sağlık kurumlarına başvurdukları sonucunu çıkarmaktayız.

Ancak yine de genelleme yapmak için, sağlık güvencesi ve sağlık kurumlarından yararlanma şartları, o bölgedeki sağlık kurumlarındaki hekim tutumları ve psikiyatrik hastalara bakışları ve hastaların ruhsal hastalık hakkındaki bilgileri gibi değişkenlerin de bilinmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bunların yanında ekonomik, politik ve sosyal çevrenin ya da şartların, sağlık hizmetlerini nasıl etkilediği de ortadadır. Bu nedenlerle genel sağlık sisteminin ve buna bağlı birinci basamaktaki sağlık hizmetlerine verilen önemin de bu görüşler ışığında gözden geçirilmesi önemlidir.

## KISITLILIKLARIMIZ

Eskişehir il merkezindeki sağlık ocaklarına, bir yıllık sürede en az bir kez başvuran 313139 kişinin geriye dönük olarak ve poliklinik arşiv taramasını içeren bu çalışmada; tanı konmaksızın psikiyatriye sevk edilen hastaların psikiyatrik bir hastalığa sahip olarak kabul edilmesi ve de tanılarının gerektiği şekilde her hasta için yazılmayıp, bazı hastalara ortak fiziksel tanı altında hem fiziksel hem de psikiyatrik ilaç yazılması, bazı hastalara herhangi bir tanı

yazılmadan sadece psikiyatrik bir ilaç yazılması gibi durumların OPH'lar başlığı altında toplanması mutlak doğru olmayan varsayımlarımızdır. Hastalarla tanışal görüşme ölçekleri kullanılarak yüz yüze görüşülmesi ve poliklinik defter kayıtlarının düzenli tutulması, şu andaki mevcut durumu görmek açısından önemli olan ancak araştırmamızı kısıtlayan bu sakıncaları ortadan kaldıracaktır. Ayrıca sosyoekonomik kriterlerin belirlenmesinde her hastayla yüz yüze görüşerek sosyoekonomik düzeylerini belirleme imkanı olmadığından, Vergi Usul Kanununun 72-74. maddelerinden yararlandık. Bu maddeler uyarınca bir sokağın ya da mahallenin sosyoeko-

nomik durumu o sokağın m<sup>2</sup> birim fiyatlarına göre belirlenmektedirler. M<sup>2</sup> birim fiyatı yüksek olan yerleşim yerleri; alt yapısı tamamlanmış, şehre yakın, turistik bölge özelliği, ulaşım sorununu gidermiş, alışveriş ve ticaret merkezi olması nedeniyle bu yerler kalkınmış olarak kabul edilmektedir. Buradan yola çıkılarak bu yerlerde yaşayan insanların da sosyoekonomik durumlarının istisnalar hariç yüksek olduğu düşünülmektedir. Ancak sosyoekonomik düzeyin belirlenmesinde bireylerin kendi takdirine ya da sahip olduğu eşyalara göre belirlendiği çalışmaların yapılması da bu istisnaları ortadan kaldıracaktır.

#### KAYNAKLAR

1. Borus JF, Howes MJ, Devins N: Primary health care providers' recognition and diag-nosis of mental disorders in their patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10(5):317-321.
2. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL: Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16(4):267-276.
3. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E: Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11(3):198-203.
4. Güleç C: Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu Konudaki Tutumlar Üzerine Sağlık Örgütlenişinin Etkisini Araştıran Bir Çalışma. *Doçentlik Tezi, Ankara, HÜTF Psikiyatri Bl.*, 1981.
5. Penayo U, Kullgren G, Caldera T: Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82(1):82-5.
6. Rezaki MS, Özgen G, Kaplan İ: Results from the Ankara Centre in Mental Illness in General Health Care: An International Study. *John Wiley&Sons Ltd.*, 1995, s.39-55.
7. Schulberg HC, Burns BJ: Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic and treatment research directions. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10(2):79-87.
8. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M: Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998; 2201: 25-75.
9. Lund E: Socioeconomic status, self-assessed health and morbidity among Norwegian women aged 45-64. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120(10):1131-1134.
10. Mumford DB, Minhas FA, Akhtar II, Akhter S, Mubbashar MH: Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi: Community survey. *Br J Psychiatry* 2000; 177(6):557-562.
11. Paykel ES, Abbott R, Jenkins R, Brugha TS, Meltzer H: Urban-rural mental health differences in great Britain: findings from the national morbidity survey. *Psychol Med* 2000; 30(2): 269-280.
12. de Jong JT: A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin-American countries. *Psychol Med* 1996; 26(1):97-108.
13. Giel R, de Arango MV, Climent CE: Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. *Pediatrics* 1981; 68(5):677-683.
14. Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB: The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med* 1996; 11(1):9-15.
15. Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Smith GR: Rural-urban differences in depression treatment and suicidality. *Med Care* 1998; 36(7): 1098-107.
16. Yuen EJ, Gerdes JL, Gonzales JJ: Patterns of rural mental health care. An exploratory study. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18(1):14-21.

17. Abiodun OA: Knowledge and attitude concerning mental health of primary health care workers in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 1991; 37(2):113-120.
18. Bull World Health Organ: Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders: WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. 1991; 78(4): 413-426.
19. Cederblad M, Rahim SI: Effects of rapid urbanization on child behaviour and health in a part of Khartoum, Sudan-I. Socio-economic changes 1965-1980. *Soc Sci Med* 1986; 22(7): 713-721.
20. Baum A, Garofalo JP, Yali AM: Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health? *Ann N Y Acad Sci* 1999; 896:131-144.
21. Croudace TJ, Kayne R, Jones PB, Harrison GL: Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis. *Psychol Med* 2000; 30(1):177-185.
22. Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R, Marmot M: The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *Am J Public Health* 1997; 87(9):1484-1490.
23. Turner RJ, Lloyd DA: The stress process and the social distribution of depression. *J Health Soc Behav* 1999; 40(4):374-404.
24. Lund E: Socioeconomic status, self-assessed health and morbidity among Norwegian women aged 45-64. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120(10):1131-1134.
25. Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B ve ark: Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet* 1998 Aug 22; 352(9128):605-9.
26. Spinhoven P, Van Der Does AJ: Conditions not attributable to a mental disorder in Dutch psychiatric out-patients. *Psychol Med* 1999; 29(1):213-20.
27. Goldsmith HF, Wagenfeld MO, Manderscheid RW, Stiles D: Specialty mental health services in metropolitan and nonmetropolitan areas: 1983 and 1990. *Adm Policy Ment Health* 1997 Jul; 24(6):475-88.
28. Ostler K, Stevens A: Influence of socioeconomic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 12-17.
29. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N: Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(4):207-214.
30. Mubarak AR: A comparative study on family, social supports and mental health of rural and urban Malay women. *Med J Malaysia* 1997 Sep; 52(3):274-284.
31. Ünal S: Psikiyatrik uygulamalarda sosyokültürel duyarlılık. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(4):225-230.
32. Alışkan M: Yürürlükteki Vergi Kanunları. *Yaylum Yayıncılık Yasa Serisi 34*. 2001, s.240-243.
33. Eskişehir Odunpazarı Belediyesi: Genel Beyan Dönemi Arsa ve Arazi Metrekare Birim değerleri. *Eskişehir, Sedef Ofset*, 1998, s.1-1.8
34. Aoun S, Underwood R, Rouse I: Primary mental health care in a rural community: patient and illness profiles, treatment and referral. *Aust J Rural Health* 1997; 5(1):37-42.
35. Kebbon L, Swartling PG, Smedby B: Psychiatric symptoms and psychosocial problems in primary health care as seen by doctors. *Scand J Prim Health Care* 1985; 3(1):23-30.
36. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K: Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996; 101(5):526-533.
37. Roizblatt A, Humphrey D, Fullerton C: Patients cared for at the mental health unit of a primary care office: morbidity study. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1993; 39(3):231-237.
38. Cass AR, Volk RJ, Nease DEJ: Health-related quality of life in primary care patients with recognized and unrecognized mood and anxiety disorders. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29(3):293-309.
39. Hoepfer EW, Nycz GR, Regier DA: Diagnosis of mental disorder in adults and increased use of health services in four outpatient settings. *Am J Psychiatry*, 1980; 137(2):207-210
40. Parker T, May PA, Maviglia MA: PRIME-MD: its utility in detecting mental disorders in American Indians. *Int J Psychiatry Med* 1997; 27(2):107-128.
41. Pini S, Perkonnig A, Tansella M: Prevalence and 12-month outcome of threshold and subthreshold mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 1999; 56(1):37-48.

42. Richardson LA, Keller AM, Selby-Harrington: Identification and treatment of children's mental health problems by primary care providers: a critical review of research. *Arch Psychiatr Nurs* 1996; 10(5):293-303.
43. Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS: Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. *Arch Fam Med* 1996; 5(1):27-34.
44. Rezaki M: Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995; 6(1):13-21.
45. Shear MK, Schulberg HC: Anxiety disorders in primary care. *Bull Menninger Clin* 1995; 59(2 Suppl A):A73-85.
46. Higgins ES: A review of unrecognized mental illness in primary care. Prevalence, natural history, and efforts to change the course. *Arch Fam Med* 1994; 3(10):908-917.
47. Casey PR, Dillon S, Tyrer PJ: The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care. *Psychol Med* 1984; 14(3):673-681.
48. Price D, Beck A ve ark: The treatment of anxiety disorders in a primary care HMO setting. *Psychiatr Q* 2000; 71(1):31-45.
49. Rice DP, Miller LS: Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *Br J Psychiatry* 1998; Suppl.(34):4-9.
50. Olfson M, Leon AC, Broadhead WE: The SDDS-PC: a diagnostic aid for multiple mental disorders in primary care. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31(2):415-420.
51. Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ: Mental disorders in primary care services: an update. *Public Health Rep* 1994; 109(2):251-258.
52. Leon AC, Olfson M, Broadhead WE: Prevalence of mental disorders in primary care. Implications for screening. *Arch Fam Med* 1995; 4(10):857-861.
53. Martinez Bernardos R, Baylin Larios A, Ortiz Jimenez MF: Can we detect mental disorders in primary care? Usefulness and agreement of 2 diagnostic instruments. *Aten Primaria* 1999; 23(5):285-288.
54. Regier DA, Burke JD Jr, Manderscheid RW: The chronically mentally ill in primary care. *Psychol Med* 1985; 15(2):265-273.

**ANADOLU PSİKİYATRİ DERGİSİ**

**Mart – Haziran – Eylül – Aralık aylarında yayımlanır.**

**2001 yılı aboneliği 10 milyon TL.  
Posta Çeki Hesabı No: 1440053**

**Yazı gönderme adresi:**

**Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD  
58140 SİVAS**