

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

MANİSA'DA 15 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSTA
DEPRESYON, PANİK BOZUKLUK VE
SOMATOFORM BOZUKLUK SIKLIĞI VE
SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ
İLE İLİŞKİSİ

Dr. DUYGU İŞLEK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

MANİSA'DA 15 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSTA
DEPRESYON, PANİK BOZUKLUK VE
SOMATOFORM BOZUKLUK SIKLIĞI VE
SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ
İLE İLİŞKİSİ

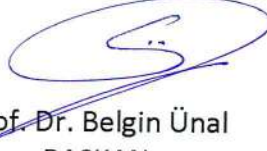
Dr. DUYGU İŞLEK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Prof. Dr. BELGİN ÜNAL

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, tıpta uzmanlık öğrencisi Duygu İŞLEK, **'Manisa'da 15 yaş ve üzeri nüfusta depresyon, panik bozukluk ve somatoform bozukluk sıklığı ve sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilişkisi'** konulu uzmanlık tezini 30 Mayıs 2017 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Belgin Ünal
BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



Prof. Dr. Alparslan ERGÖR
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



Prof. Dr. Gül ERGÖR
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



Doç. Dr. Işıl ERGİN
ÜYE
Ege Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	.....	i
TABLO DİZİNİ	.....	ii
ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ	.....	iii
KISALTMALAR	.....	iv
TEŞEKKÜR	.....	v
ÖZET	.....	1
ABSTRACT	.....	3
1.GİRİŞ ve AMAÇ	.....	5
1.1. Mental Hastalık Tanımı	.....	5
1.2. Amaç	.....	5
2. GENEL BİLGİLER	.....	6
2.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Sıklık, Ölüm Ve Hastalık Yüğü	.....	6
2.2. Mental Hastalıkların Sıklık, Ölüm ve Hastalık Yüğü	.....	6
2.3 Türkiye’de Bildirilen Mental Hastalık Sıklıkları Ve Epidemiyolojik Çalışmalar	.....	7
2.4. Toplumda mental hastalık sıklığını belirlemede kullanılan ölçekler	.....	11
2.5. Mental Hastalıklar ve Sosyal Belirleyiciler ile ilişkisi	.....	13
2. YÖNTEM	.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi	.....	16
3.2. Araştırmanın Bölgesi	.....	16
3.3. Araştırmanın Süresi	.....	16
3.4. Araştırmanın Evreni	.....	16
3.5. Araştırmanın Örnek Büyüklüğü	.....	16
3.6. Araştırmanın Örnek Seçimi	.....	17

3.7.	Araştırmanın Değişkenleri	17
3.7.1.	Bağımlı Değişken	17
3.7.2.	Bağımsız Değişkenler	17
3.8.	Değişkenlerin Tanım Ve Ölçütleri	18
3.8.1.	Bağımlı Değişken	18
3.8.2.	Bağımsız Değişkenler	19
3.9.	Araştırmadan Dışlama Ölçütleri	22
3.10.	Veri Toplama Yöntemi	22
3.11.	Ulaşma Oranı	25
3.12.	Ulaşamama Nedenleri	26
3.13.	Çözümleme	26
3.14.	Araştırmanın Planı Ve Takvimi	27
3.15.	Araştırmanın Kısıtlılıkları Ve Güçlü Yanları	28
3.16.	Etik Kurul Onayı	28
4.	BULGULAR	29
5.	TARTIŞMA	37
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	43
7.	KAYNAKLAR	44
8.	EKLER	49

TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1 Mental Hastalık belirlenmesinde kullanılan ölçeklerin özellikleri	12
Tablo 2 Araştırma grubunun cinsiyet, yaş grubu, öğrenim durumu, mesleki sınıfa göre dağılımı	29
Tablo 3 Araştırma grubunun sosyal belirleyici değişkenlere göre dağılımı	30
Tablo 4 Sosyal Belirleyicilere Göre Depresyon, Panik Bozukluk, Somatizasyon Bozukluğu Sıklıkları	33
Tablo 5 Araştırma Grubunda Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Göre Mental Hastalık Sıklığı	35
Tablo 6 Araştırma grubunda mental hastalık sıklığı ve sosyal belirleyiciler için oluşturulan lojistik regresyon modelinin son aşamasındaki değişkenler	36

ŞEKİL DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1 Çalışmanın hazırlık ve veri toplama aşaması	24
Şekil 2 Çalışmada katılımcılara ulaşım akışı	25
Şekil 3 Araştırmanın zaman çizelgesi	27
Şekil 4 Manisa İli'nde cinse göre somatizasyon, depresyon, panik bozukluk ve toplam mental hastalık sıklığı	31

KISALTMALAR

DSÖ	.....	Dünya Sağlık Örgütü
DALY	.....	Disability Adjusted Life Years
YLD	.....	Years of Life Lost
HIV	.....	Human Immun Deficiency Virus
ABD	.....	Amerika Birleşik Devletleri
CIDI	.....	Composite International Diagnostic Interview
GHQ	.....	General Health Questionnaire
BDE	.....	Beck Depresyon Envanteri
HDDÖ	.....	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
SCID	.....	Structural Clinical Interview for DSM Disorders
NUTS	.....	Nomenclature of Territorial Units for Statistics
TÜİK	.....	Türkiye İstatistik Kurumu
AHBS	.....	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
PHQ-r	.....	Patient Health Questionnaire-revised
PRIME-MD	.....	Primary Care Evaluation of Mental Disorders

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın planlama ve veri toplama aşamasında büyük emeği olan Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki çalışma arkadaşlarım Dr. Mestan Emek, Dr. Ali Ceylan, Dr. Ayla Açıkgöz, Dr. Nur Demirpençe, Dr. Yasin Sağlam, Dr. Can Hekimoğlu, Dr. Hilal Görgel, Dr. Ümran Kolukırık ve Prof Dr. Yücel Demiral'a teşekkür ederim.

Projenin planlanması, yürütülmesi, örneğin seçimi, TSM ve ASM'lerin koordinasyonu, anketörlerin ve araştırmacıların il içindeki ASM'lere ulaşımı konusunda sağladıkları hem bilimsel hem lojistik işbirliği için Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne teşekkür ederim.

Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimim boyunca tüm emekleri için hocalarıma yürekten teşekkür ederim.

Katkıları için çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimimin her aşamasındaki desteği ve emeği için Danışman Hocam Prof. Dr. Belgin Ünal'a tüm yüreğimle teşekkür ederim.

Küçük bir not...

Radiohead müzik grubunun solisti Thom Yorke, 'Ben paranoyak ve nevrotik olduğumu biliyorum, bu sayede bir kariyer yaptım' der. İnaniyorum ki bazı isimsiz mental hastalıklar, içlerinde potansiyel bir enerji barındırır. Onlar üzerinde çalışmak ve var olan enerjiye doğru yön vermek, bireyde ve yaşamda büyük dönüşümler yaratabilir.

ÖZET

Manisa’da 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Depresyon, Panik Bozukluk ve Somatoform Bozukluk Sıklığı ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile İlişkisi

Giriş ve Amaç

Mental hastalıklar sadece duygu, düşünce ve davranış yönetiminden değil; sağlığın sosyal belirleyicilerinden de etkilenir. Bu araştırmanın amacı Manisa İli’nde 15 yaş ve üzeri nüfusta depresyon, panik bozukluk ve somatoform bozukluk sıklığı ve sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkisinin saptanmasıdır.

Yöntem

Araştırma kesitsel tiptedir, Mart-Haziran 2014’te Manisa İli’nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini 2014 yılında Manisa İli AHBS’ye kayıtlı 15 yaş ve üstü 1,086,255 birey oluşturmaktadır. Beklenen mental hastalık sıklığı %12, mutlak sapma %2 alınarak %95 güven düzeyinde en az örnek büyüklüğü 1,014 kişi olarak hesaplanmıştır. Örnek için %40 yedek alınmış ve araştırmada 1,423 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Örnek seçimi rasgele örnekleme yöntemi ile yapılmıştır. Araştırmada incelenen bağımlı değişken mental hastalık varlığıdır. Bağımsız değişkenler, yaş, cins, öğrenim durumu, çalışma durumu, mesleki sınıf, kişi başı eşdeğer gelir, algılanan gelir düzeyi, barınma koşulları, hanede yaşayan kişi sayısı, odasına düşen kişi sayısı ve göç durumudur. Çözümlemede SPSS 15.0 paket programı kullanılarak mental hastalık varlığı için bağımsız değişkenlerin “odds ratio” ve %95 Güven aralıkları lojistik regresyon analizi ile hesaplanmıştır. Araştırma öncesi Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırmada 1,038 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşma oranı %72.9’dur. Çalışmada, somatizasyon bozukluğu sıklığı %9, depresyon sıklığı %5, panik bozukluk sıklığı ise %3 bulunmuştur. Bunlardan en az birinin bulunma sıklığı, bir başka deyişle mental hastalık sıklığı ise %14 bulunmuştur. Mental hastalık sıklığı kadınlarda %22.3 olup, erkeklerden (%4.1) daha yüksektir. (Düzeltilmiş OR=7.7 %95 GA: 4.4-13.5). Mental hastalık geçici işlerde çalışanlarda profesyonel işlerde çalışanlara göre 4.4 kat (Düzeltilmiş OR=4.4 (%95 GA: 1.4-13.3)), işveren ya da kendi işinde çalışanlarda profesyonellere göre 5.0 kat (Düzeltilmiş OR=5.0 (1.3-19.4))

yüksek bulunmuştur. Mavi yakalı işçiler ya da tarım işçilerinde, profesyonel mesleği olanlara göre mental hastalık sıklığında anlamlı fark saptanmamıştır. Mental hastalık sıklığı düşük gelir algısına sahip kişilerde, gelirlerini orta/yüksek düzeyde algılayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Düzeltilmiş OR=1.6 (1.1-2.4)). Mental hastalık, son beş yılda göç edenlerde etmeyenlere göre yüksektir (Düzeltilmiş OR=1.7 (1.0-2.7)). Yaş gruplarına, öğrenim durumuna, eş değer hane halkı gelir dilimlerine ve barınma koşullarına göre çözümleme yapıldığında, mental hastalık sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Sonuç

Mental hastalık sıklığı kadınlarda, düzensiz gelir getiren meslek grubunda olanlarda, işveren ya da kendi işinde çalışıyor olanlarda ve düşük gelir algısı olanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Toplumda mental hastalıkların azaltılmasına yönelik politika geliştirilirken söz konusu sosyal belirleyicilerin göz önünde tutulması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: mental hastalık, sağlığın sosyal belirleyicileri

ABSTRACT

Prevalence of depression, panic and somatoform disorders and its association with social determinants of health in the population of 15 years and over in Manisa

Background and Aim

Mental illness is not only associated with emotional, cognitive and behavioral conditions but also social determinants of health. The aim of the study is to explore the prevalence of depression, panic disorder and somatoform disorder and their association with social determinants in a population of 15 years and over in Manisa District.

Methods

This cross-sectional study was conducted between March–June 2014 in Manisa District. The minimum sample size estimated for the over 15 years of age population of Manisa ($n = 1,086,255$) assuming 12% expected prevalence was 1,014 people. The sample size was inflated by 40% for possible nonresponse. The sample was randomly selected from the database of family physician registration system. Dependent variable was mental illness determined by the Brief PHQ-r Questionnaire. Independent variables were age, gender, education, employment status, occupational class, equivalent income per capita, income perception, housing conditions, number of people in the household, person per room and migration. Logistic regression method was used to calculate age adjusted odds ratios in 95% confidence intervals of independent variables for existence of mental illness using SPSS 15.0. The study was approved by the Ethical Board of Non-Clinical Studies in Dokuz Eylul University.

Results

1,038 people were interviewed. The access rate was 72.9%. The prevalence of somatization disorder was 9%, depression was 5% and panic disorder was 3%. Prevalence of mental illness was 14 %. Mental illness in women (22.3%) was higher than men (4.1%) ($OR_{adj}=7.7$ %95 GA: 4.4-13.5). Mental illness was 4.4 fold higher in temporary workers compared to professionals ($OR_{adj}=4.4$ (%95 GA: 1.4-13.3)), and 5.0 fold higher in employers/self-employed compared to professionals ($OR_{adj}=5.0$ (1.3-19.4)). There was not a significant

difference between 'blue-collar/agriculture workers' vs professionals. Mental illness was higher in people with low income perception compared to middle/high income perception (ORadj =1.6 (1.1-2.4)). Mental illness was higher in those who migrated in the last five years compared to those who did not (ORadj =1.7 (1.0-2.7)). There was not a significant difference in mental illness prevalence in terms of age, education level, equivalent household income level or housing conditions.

Conclusion

Mental illness prevalence was higher in women, in temporary workers and employers/self-employed people, in those with low income perception. For policymakers, in order to prevent mental illness, focusing on these social determinants can have a greater impact at the population level.

Key words: Mental Illness, prevalence, social determinants of health

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Mental Hastalıkların Tanımı

Mental hastalıklar, çeşitli belirtiler gösteren ve tek bir tanımlama ile açıklanması güç hastalıklar bütünüdür. Ancak genel olarak, düşünce, duygu, davranış ve iletişim anormallikleri ile karakterizedirler. Mental hastalıklara örnek olarak, şizofreni, depresyon, alkol ve madde kullanımı verilebilir. Birçok mental hastalığın başarılı tedavisi mümkün olabilmektedir(1).

Mental sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yalnızca mental hastalığın olmaması değil, bireysel kapasiteyi fark edebilme, yaşamın günlük stresleriyle baş edebilme, topluma katkıda bulunabilme durumu olarak tanımlanmıştır(2). Mental sağlık, DSÖ'nün 'sağlık' tanımında yer almaktadır ve bir bireyin anlamlı ve üretken bir yaşam sürme kapasitesi ve günlük seçimler doğrultusunda iyi ilişkiler kurma, çalışma, aktivitelerini sürdürme yetisi olarak betimlenmektedir(2).

1.2. AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Manisa İli'nde 15 yaş ve üzeri nüfusta depresyon, panik bozukluk ve somatoform bozukluk sıklığının belirlenmesi ve sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkisinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Sıklık, Ölüm ve Hastalık Yüğü

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, bir başka deyişle kronik hastalıklar, tüm dünyada en önemli hastalık yükünü oluşturmaktadır. Dünyada her yıl 36 milyon kişi bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin 29 milyonu düşük ve orta gelirli ölkelerde gerçekleşmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin 9 milyondan fazlası 60 yaş altında gerçekleşmektedir. Söz konusu erken ölümlerin %90'ı düşük ve orta gelirli ölkelerde olmaktadır(3, 4).

Özellikle gelişmekte olan ölkelerde bulaşıcı olmayan hastalık nedenli ölümler artmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedenli ölümlerin 1990 yılında %40'ı gelişmekte olan ölkelerde gerçekleşirken bu oran 2008 yılında %80'e yükselmiştir(3, 4). Bulaşıcı olmayan hastalıklar yüksek düzeyde yeti yitimine göre uyarlanmış yaşam yılı kaybına neden olmaktadır. Özellikle orta ve düşük gelirli ölkelerde bu kaybın artması beklenmektedir. 2030 yılında bulaşıcı olmayan hastalık nedenli ölümlerin orta gelirli ölkelerde yüksek gelirli ölkelere göre yaklaşık 8 kat fazla olacağı öngörülmektedir(5). Bulaşıcı olmayan hastalıklar, ayrıca önemli bir sağlık maliyeti yükü oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar ve akıl sağlığı hastalıklarının maliyetinin önümüzdeki yirmi yıl içerisinde 21 trilyon dolara varacağı tahmin edilmektedir(5).

2.2. Mental Hastalıkların Sıklık, Ölüm ve Hastalık Yüğü

Mental hastalıklar bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli bir grubunu oluşturmaktadır. Dünyada 450 milyondan fazla kişinin mental hastalığı olduğu tahmin edilmektedir(6, 7). Mental ve nörolojik hastalıkların 2004 yılında küresel hastalık yükünün %13'ünü oluşturduğu saptanmıştır. Depresyon tek başına %4.3'lük küresel hastalık yükü oluşturmaktadır. Özellikle kadınlar için depresyon, %11'lik yeti yitimi ile geçirilen yıl kaybı ile tek başına en çok yeti yitimi yapan hastalıklardan biridir(8). Küresel Hastalık Yüğü çalışmasına göre 1990 ve 2010 yıllarında major depresyon en çok yeti yitimi yapan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almıştır. Yeti yitimine göre uyarlanmış yaşam yılı kaybına göre ise unipolar depresyon %3.8'lik DALY (Disability Adjusted Life Year) ile üçüncü sırada yer almaktadır(8, 9). Nöropsikiyatrik hastalıklar Avrupa'da, kardiyovasküler hastalıklar (%26.6) ve kanserlerden

(%15.4) sonra %15.2'lik DALY kaybı ile en çok yaşam yılı kaybı yapan hastalıklar arasında üçüncü sıradadır. Yeti yitimi ile geçen yıllar (YLD) değerlendirildiğinde ise unipolar depresyon tek başına %11'lik YLD ile Avrupa'da yeti yitimine neden olan kronik durumlar arasında birinci sırada yer almaktadır. Anksiyete Bozuklukları ise %4 YLD ile altıncı sıradadır. Psikoz %1.8 ile 15. sırada, bipolar bozukluk %1.6 ile 17. sırada yer almaktadır(2). İki bin otuz yılında unipolar depresyonun HIV ve iskemik kalp hastalığı ile birlikte küresel hastalık yükünde ilk üç sırada olacağı tahmin edilmektedir(5). Mental hastalığı olan kişilerde yeti yitimi ve mortalite oranları yüksektir. Depresyon ve şizofreni hastalarında %40-60 oranında erken ölüm görülebilmektedir. Mental hastalıkların kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve HIV ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, depresyonun kalp krizi ve diyabet riskini arttırdığına dair kanıtlar vardır(2). Mental hastalıklar ayrıca önemli ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda dünya genelinde 2011-2030 yılları arasında mental hastalıklar nedeniyle ekonomik kaybın toplamda 16.3 milyon ABD doları olacağı tahmin edilmektedir(10).

2.3. Türkiye’de Bildirilen Mental Hastalık Sıklıkları ve Epidemiyolojik Çalışmalar

Ülkemizde mental hastalıklara yönelik 1960'lara gelinceye dek yalnızca kurum içi kayıtlara dayalı çalışmalar yapıldığı, alan araştırmalarının ise 1960'lardan sonra başladığı görülmektedir. 1975'lerden sonra ise mental hastalık epidemiyolojisi üzerine yöntemi güvenilir, standart tanı ölçek ve ölçütlerinin kullanıldığı araştırmalar yapılmıştır(11).

1990'lı yıllara kadar olan bu dönemde, kurumlara belli bir zaman diliminde başvurulara tanı araçları uygulanarak mental hastalık sıklıkları belirlenmiştir. Bu çalışmaların yanı sıra İstanbul, Ankara, İzmir ve Sivas illerinde alan çalışmaları da gerçekleştirilmiştir(12). Türkiye’de il, bölge veya ülke düzeyinde geniş ölçekli çalışmalar ise 1990 sonrası dönemde gerçekleştirilmiştir(11, 13). 1998 yılında Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması’nda 18-85 yaş arası 7,479 kişiye ulaşılmış ve ruh sağlığı ile ilgili olarak Birleşik Uluslararası Tanı Görüşmesi (CIDI) ve Genel Sağlık Anketi (GHQ) uygulanmıştır. Çalışmada panik bozukluğu, agorafobi, depresif nöbet, distimi, hipokondriyazis, nevrasteni, alkol bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, sosyal fobi, özgül fobi, ağrı bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu sıklığı değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre herhangi bir ruhsal bozukluk yaygınlığı

%17.2 olarak bildirilmiş, depresif nöbet sıklığı %4, panik bozukluk sıklığı %0.4, somatizasyon bozukluk sıklığı %0.2 bulunmuştur. Çalışmada alkol bağımlılığı dışında tüm bozuklukların yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bildirilmiştir. Çalışmanın diğer sonuçlarına göre, ruhsal bozukluk oranı eğitilmiş kişilerde daha düşük, kentsel alanlarda ve Türkiye'nin Batı bölgesinde yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırma ile hem çocukluk yaş grubuna, hem erişkinlik yaş grubuna dair birçok psikiyatrik hastalık için uluslararası karşılaştırmalara uygun yaygınlık hızları elde edilmiştir. Ayrıca DSÖ gibi önde gelen kurumlarla işbirliği geliştirilmiştir (14-16).

2000'li yıllardan başlayarak Türkiye'de yerel düzeyde mental hastalık sıklıklarını belirlemeye yönelik epidemiolojik çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların çoğu, kesitsel tiptedir. Örneğin, Manisa'da Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 yaş kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılarak kadınlarda depresyon sıklığı ve aile içi şiddet ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre kadınlarda depresif belirti sıklığı (BDE $\geq$ 17 eşik değeri alınarak) %14.7 olarak saptanmıştır(17). İzmir'de sosyoekonomik düzeyi düşük olan bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir çalışmada ise 15-49 yaş arası kadınlarda depresyon sıklığı BDE ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ile değerlendirilmiş, BDE>14 olan kişiler ile psikiyatrik görüşme yapılmış; sıklık %25.8 olarak bildirilmiştir. Bu sıklık, önceden geçirilmiş depresyon ve son bir yıl içinde evlilik sorunu yaşama etmenleri ile ilişkili bulunmuştur(18).

Türkiye'nin güneydoğusunda, Urfa'da yapılan başka bir kesitsel bir çalışmada, 270 kadından oluşan bir örnekte, yapılandırılmış görüşme yöntemi, SCID-I kullanılmış ve depresyon sıklığı %7.3, anksiyete sıklığı %3.2, panik bozukluk sıklığı %1.2 olarak bildirilmiştir. Çalışma örneğindeki kadınların %25.9'unun yaşamlarında en az bir mental hastalık geçirdiği, %4.7'inin ise hali hazırda mental hastalık nedeniyle tedavi gördüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda herhangi bir mental hastalığın var olması sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(19).

Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal belirti düzeylerinin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların %9.9'unun depresyon, %31'inin panik bozukluk, %1.3'ünün anksiyete, %0.7'sinin konversiyon bozukluğu, %0.2'sinin obsesif kompulsif bozukluk ve %0.2'sinin yeme bozukluğu olduğu

bildirilmiştir(20). Eskişehir Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri 500 kadın üzerinde yapılmış toplum tabanlı kesitsel bir çalışmada ise BDE ile depresyon sıklığı %25.4 olarak bulunmuştur(21). Eskişehir’de 40 yaş ve üzeri 537 kişi üzerinde yapılan toplum tabanlı başka bir kesitsel bir çalışmada ise BDE ile belirlenen depresyon sıklığı % 15.1’dir. Aynı çalışmada eşik üstü depresif belirtileri gösterme sıklığı kadınlarda, işi ve sosyal güvencesi olmayanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur(22).

Kırmızıoğlu ve arkadaşlarının 2009 yılında Sivas’ta 65 yaş ve üzeri toplumda SCID-I ile yaptıkları araştırmada panik bozukluk sıklığı %0.4 bulunmuştur. Ancak bu çalışmada ayrıca obsesif kompulsif bozukluk (%3.2), travma sonrası stres bozukluğu (%1.9), sosyal anksiyete bozukluğu (%2.8), yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu (%6.9) ve özgün fobilerin (%11.5) sıklıklarına dair ayrıntılı tarama yapılmıştır(23). Şimşek ve arkadaşlarının 2008’de Şanlıurfa’da yaptıkları çalışmada ise panik bozukluk sıklığı 15-49 yaş kadınlarda % 1.2 bulunmuştur(19).

2004 yılında yapılan Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması’nda ise kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir. Cinsiyete göre yeti yitimi ile yaşanan yıllara (YLD) sebep olan ilk 20 neden arasında erkeklerde beş psikiyatrik hastalığın, kadınlarda dört psikiyatrik hastalığın (birinci sırada unipolar depresyon, diğerleri şizofreni, bipolar affektif bozukluk, panik bozukluk olmak üzere) yer aldığı saptanmıştır(24). Son olarak 2012 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’na göre 15 yaş ve üzeri nüfusta ruh sağlığı bozukluğu sıklığı %11.7 olarak bildirilmiştir. Depresif bozukluk sıklığı %9.3, somatizasyon bozukluğu sıklığı %5.0, panik bozukluk sıklığı %1.6 olarak bildirilmiştir(25). KıSA (Brief PHQ-r) anketine göre belirlenen her üç mental hastalık sıklığı da kadınlarda erkeklerden daha fazla olup, her iki cins için de 75 yaş ve üzeri grupta en yüksek bildirilmiştir. Kadınlarda bildirilen depresyon kentsel bölgede yaşayanlarda daha sık olmakla birlikte, erkeklerde kır-kent farkı bulunmamaktadır. Söz konusu çalışmada toplam mental hastalık sıklığı yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde kentte yaşayanlardaki sıklığın (%12), kırdaki yaşayanlara benzer olduğu (%11) bildirildiği görülmektedir. NUTS1 bölgelerine göre değerlendirildiğinde ise mental hastalık sıklığı, Batı Marmara’da en düşük (%8), Ortadoğu Anadolu’da (%17) en yüksektir. Mental hastalığın Ortadoğu Anadolu Bölgesi’nden sonra ikinci en yüksek sıklıkta görüldüğü bölge ise %14 ile Güneydoğu Anadolu bölgesi olarak bildirilmiştir(25).

Tüm bu adı geçen çalışmalar dışında, özel gruplarda yapılmış yerel psikiyatrik çalışmalar da vardır. Bunlara örnek olarak üniversite öğrencilerinde, ergen ve çocuklarda, askere alınan genç erkeklerde, hemşirelerde, acil servis hekimlerinde, kapalı cezaevi yükümlülerinde yapılmış depresyon sıklığı çalışmaları sayılabilir(15, 26-28). Ayrıca yaşlılarda geriatrik depresyon ölçeği kullanılarak yapılmış depresyon sıklığı belirlemeye yönelik yerel çalışmalar da vardır(15, 29, 30).

Binbay ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları derlemede, Türkiye’de yapılan psikiyatrik epidemiyolojik çalışmalar değerlendirilmiştir(15). Bu derlemenin bulgularına göre, Türkiye’de yapılan psikiyatrik epidemiyolojik çalışmaların sistematik olmak yerine belirli alanlarda ve kurumlarda yoğunlaştığı, depresyon gibi temel araştırma alanlarında nitelikli epidemiyolojik araştırmaların azaldığı ve neden-sonuç ilişkisine veri sağlayabilecek yeni kuşak epidemiyolojik araştırmaların nadir bulunduğu belirtilmiştir(15). Aynı derlemede, sağlık politikalarına ve genel toplum ruh sağlığına katkısı olan ve veri sağlayan araştırma yapılmasına duyulan ihtiyaç vurgulanmaktadır(15).

2.4. Toplumda mental hastalık sıklığını belirlemede kullanılan ölçekler

Psikolojik testler ve mental sağlığı değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçekler, gerek araştırma ve eğitim alanında, gerek klinikteki pratik kullanımda kritik öneme sahiptir. Yapılacak çalışmanın amacına uygun ölçek seçimi bulguların tarafsızlığı ve elde edilen çıktıların gerçeğe en yakın olması konusunda büyük katkı sağlar. Aksi durumda ise, kullanılan ölçek araştırmada yanlış tanılara ya da eksik bulgulara yol açabilir. Örneğin, depresyon için geliştirilen birçok ölçek uykusuzluk ve yorgunluk gibi somatik belirtilerin varlığını sorgulamaktadır. Bazı toplumlarda, depresyonla ilgili olmayan somatik belirtilerin varlığında bu belirtilerin sorgulanmasıyla yanlış olarak depresyon tanısı konabilir(31). Bu amaçla, ihtiyaca göre çalışmalarda kullanılmak üzere, özel gruplara özgü ve kendi içinde farklı özellikleri olan birçok ölçek geliştirilmiştir. Örnek olarak, yaşlılara özel geliştirilmiş 'Geriatrik depresyon ölçeği', bedensel hastalığı olanlar ya da birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar için geliştirilmiş 'Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği', doğum sonrası dönemdeki kadınlar için geliştirilmiş 'Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği' sayılabilir. Beck Depresyon Envanteri, Zung Depresyon Ölçeği gibi ölçekler ise toplum taramalarında veya genel tıbbi hastalığı olanlarda takip amaçlı olarak geliştirilmiştir. Özellikle klinikte ve psikiyatrik araştırmalarda, psikiyatrik tanı konması ve ayırıcı tanı yapılabilmesi amacıyla, SCID 'Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)' ölçeği klinik rehber geliştiriciler tarafından önerilmektedir(32). Manisa'da yapılan bu çalışmada, klinik görüşme yapılmasına zaman-yer kısıtlılığı ve örneğin büyüklüğü nedeniyle olanak olmadığı için, geçerlik ve güvenirliği klinikte DSM-IV kriterleri doğrultusunda psikiyatri hekimi tanısı ile karşılaştırılarak sırasıyla % 79.0 ve % 82.9 olarak belirlenen KıSA Sağlık Anketi kullanılmıştır(33). Mental Hastalık belirlenmesinde kullanılan çeşitli ölçekler ve bazı özellikleri Tablo 1' de sunulmuştur.

Tablo 1: Mental Hastalık belirlenmesinde kullanılan bazı ölçeklerin özellikleri

Ölçekler	Özellikleri ve Avantajları	Toplum araştırmaları için dezavantajları
KıSA Sağlık Anketi(33)	Geçerlik ve güvenirliği DSM-IV kriterleri doğrultusunda psikiyatri hekimi tanısı ile karşılaştırılarak belirlenmiş, birinci basamakta ve toplum tabanlı araştırmalarda kullanım için uygun	Özellikle somatizasyon bozukluğu ayırıcı tanısı ileri klinik muayene ile desteklenmeli
SCID: DSM-IV için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği(32)	Özellikle klinikte ve psikiyatrik araştırmalarda, psikiyatrik ayırıcı tanı yapılabilmesi için uygundur	Klinik görüşme eğitilmiş kişilerce gerçekleştirilebilir, yeterli zaman ve koşullar gereklidir
Beck Depresyon Envanteri(34, 35)	Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmeyi amaçlar, hasta tarafından doldurulabilir, basit bir dile sahip ve skora kolay	Kadınlar, yaşlılar, adölesanlar ve düşük eğitim düzeyinde olduğundan yüksek skorların işaretlendiği bildirilmiş
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği(36)	Tıbbi bir hastalığı olan toplumda duygudurum bozukluğunu taramak amacıyla tasarlanmış, toplum ve hastane örnekleminde kullanılabilir.	Sadece depresyona yönelik bir anket, toplum taramasında kullanımı kısıtlı
Hamilton Depresyon Ölçeği(37)	Depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla tasarlanmış, Depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyenler tarafından sık kullanılır	Taramadan ziyade var olan depresyon şiddetini ölçer
Geriatrik Depresyon Ölçeği(38)	Yesavage ve ark. tarafından 1983 yılında yaşlılarda depresyon varlığını araştırmak amacıyla geliştirilmiş	Yaşlı hastalar için geçerli bir tarama testi
Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği(39)	Cox ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiş	Postpartum depresyonlu hastaları tanımak amaçlanmıştır
Montgomery-Asberg depresyon derecelendirme ölçeği(40)	Depresif semptomların şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş	Majör depresif bozukluğu olan hastalarda uygun

2.5. Mental Hastalık ve Sosyal Belirleyiciler ile İlişkisi

Sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörler, bireylerin herhangi bir zamandaki mental sağlık durumunda belirleyici rol oynayabilmektedir. DSÖ'ye göre, kişilerin genetik özellikleri ve beyin kimyasallarındaki dengesizlik dışında, mental hastalığa yatkınlık yaratan etmenler arasında stresli çalışma koşulları, hızlı sosyal değişimler, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, sağlıksız yaşam biçimi ve şiddet yer almaktadır(6).

Bu bağlamda, mental hastalığın sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerle ilişkisini araştıran çalışmalar son on yılda büyük hız ve önem kazanmıştır. Yapılan çalışmalarda, düşük sosyoekonomik durumun, artmış depresyon sıklığına neden olduğuna dair sonuçlar raporlanmıştır (7, 41-43). Kanada'da yapılmış bir çalışmada, toplumdaki gelir gruplarına göre major depresyon sıklığı değerlendirilmiş ve gelir grupları ile depresyon sıklıkları arasında bir doz-yanıt ilişkisi bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, en düşük gelir grubunda sıklık en yüksek, en yüksek gelir grubunda ise depresyon sıklığı en düşük düzeydedir(44). Yapılan benzer çalışmalarda, mental hastalığa neden olabilen psikolojik stresin en yüksek düzeyde olduğu grubun düşük sosyoekonomik ve düşük gelir grubu olduğu bildirilmektedir(45, 46). Yoksulluğun mental hastalık sıklığını artırmasındaki bir başka etmen, bireylerin sosyal aktivitelere katılımı, sosyal ilişki kurma ve sürdürme yetilerini yoksulluk nedeniyle kısıtlanmasıyla açıklanmaktadır(47-49). Ayrıca iş güvencesizliği ve yapılan işin niteliğinin düşük olması mental hastalıkla yakından ilişkili bulunmuştur (50).

Yapılan çalışmalarda, cinsiyet de mental hastalıklarla ilişkilendirilen önemli bir belirleyici olmuştur. Çalışmalarda kadınlarda mental hastalık sıklığı genelde erkeklerden daha yüksek bulunmuş ve bu durum kadınların erkeklerden farklı olarak maruz kaldığı sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler ile, örneğin yaşam kontrollerinin düşük olması ve düşük ücretli işlerde çalışmaları ile açıklanmıştır(51, 52).

Sosyal belirleyiciler ile mental hastalık ilişkisini inceleyen bu gibi çalışmaların çoğu gelişmiş ülkelerde yapılmaktadır. Bu ülkelerde mental hastalık sıklığı ve risk etmenleriyle ilişkileri düzenli araştırmalar ile izlenmekteyken, az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde bu türde çalışmalar kısıtlıdır(53). Oysa gerek Dünya Sağlık Örgütü, gerek diğer uluslararası kuruluşlardan yapılan çağrılarda toplumların mental hastalık sıklıklarının toplumsal düzeyde yapılabilecek girişimler ile azaltılabileceğinden bahsedilmektedir. Mental sağlığın

korunmasına yönelik yapılacak toplum tabanlı girişimler, yatırımlar, geliştirilebilecek sağlık politikaları ve yasal düzenlemeler ile toplumun mental sağlık düzeyinde iyileşmeler sağlanabileceği öngörülmektedir. Bu sağlık stratejilerine örnek olarak barınma koşullarının iyileştirilmesi, eğitim olanaklarına erişimin artırılması, ekonomik güvencesizliğin engellenmesi ve işsizliğin önlenmesi sayılabilir(53). Tüm bunlar yanı sıra, bireysel, politik, sosyoekonomik ve kültürel hakların korunması ve bu haklara saygı duyulması mental sağlığın geliştirilmesi için esastır(6, 54). Okul, iş ve toplumun genelinde destekleyici çevreler ve programlar oluşturulması, kişilerin kendilerini daha değerli hissetmelerini sağlayacak ve özellikle mental sağlıklarını geliştirecektir(50).

Bu bağlamda toplum tabanlı çalışmalar, mental hastalık sıklığının bildirilmesi ve mental hastalığa neden olan belirleyicilerin saptanmasını sağlayarak, bilinen ya da yeni belirlenen gereksinimler için program geliştirilmesi ve sağlık hizmetinin iyileştirilmesi açısından politika yapıcılara yol gösterir (55). Benzer şekilde, toplumların mental sağlığını korumak ve geliştirmek için, sektörler arası iş birliği ile gerçekleştirilecek eylem planları gerekliliği söz konusudur(56).

Mental hastalıkların önlenmesi konusunda Dünya Sağlık Örgütü, kanıta dayalı araştırmalardan yola çıkarak bir rapor yayınlamış ve küresel hedefler belirlemiştir. Mental hastalık riski son otuz yılda geliştirilmiş olan programlar ile azaltılmıştır. Mental hastalık önlenmesine yönelik hedef ve programların sadece risk altındaki topluma yönelik değil, tüm toplumu kapsamı gerektiği önerilmektedir. Bu şekilde geliştirilmiş olan programların, mental hastalık başlangıcını başarı ile önlediği ya da geciktirdiği gösterilmiştir. Bu bağlamda DSÖ, önerilen korunma programlarının gelecek yıllarda tüm toplumlara yaygınlaştırılmasını önermektedir.

Geliştirebilecek programlar için yaklaşım DSÖ tarafından şu başlıklar altında özetlenmektedir:

- Gereksinim belirlenmesi ve programların topluma özgü önceliklere dayalı olarak oluşturulması
- Korunma programların toplumda duyurulması ve yaygınlaştırılması
- Programların toplumların kendi özgü özelliklerine adapte edilmesi
- Programların uygulanması, değerlendirilmesi ve takibi

- Uygulanan mental hastalıklardan korunma programlarında devamlılığın sağlanması(57)

Benzer şekilde DSÖ, tüm dünyada mental hastalıkların önlenmesine yönelik 2013-2030 yılları için bir planlama yaparak hedefler belirlemiştir. Bu hedeflere göre, mental hastalıkların önlenmesinde ilk adım, mental sağlık konusunda lider kurumların güçlendirilmesidir. İkinci hedef, toplum tabanlı kapsayıcı ve gereksinimleri karşılayan bir mental sağlık hizmeti sunumudur. Söz konusu ilk iki hedef daha çok tedavi odaklı bir yaklaşım sergilerken, DSÖ üçüncü olarak küresel bağlamda mental sağlığın geliştirilmesini hedef olarak belirlemektedir. Birincil koruma yöntemleri ile geliştirilecek olan mental sağlık, yapılacak araştırmalar ve surveyans sistemleri ile belirlenen dördüncü hedefte desteklenmektedir(2).

Türkiye Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı ile 2011 ile 2023 yılları için ruh sağlığını geliştirmeye yönelik stratejiler belirlemiştir(58). Ulusal eylem planında var olan stratejiler arasında, ruh sağlığı hizmetleri veren kurumlar arasında eşgüdümü sağlamak, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sistemi kurmak, psikiyatri yatak sayısını düzenlemek, ruh sağlığı alanında çalışanların sayı ve niteliğini artırmak, çocukluk ve ergenlik dönemine yönelik ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek, ruhsal özürülere verilen hizmetlerin kalitesini artırmak, ruh sağlığı alanında yasal düzenlemeler yapmak sayılabilir. Sıralananlar gibi psikiyatrik problem yaşayan hastaların iyileştirilmesi ve hizmetlerin artırılmasına yönelik planlamalar yanı sıra, belirlenen hedefler arasında ruh sağlığını teşvik etmek ve geliştirmek ve ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık kurumlarına entegrasyonunu sağlamak da yer almaktadır(14).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ:

Araştırma kesitsel tiptedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ:

Araştırma Manisa İli'nde yapılmıştır. Manisa, Anadolu Yarımadası'nın batısında, Ege Bölgesi'nin ortasında yer alır. 2015 TÜİK verilerine göre Manisa toplam nüfusu 1.380.366 kişidir. Manisa'nın 17 ilçesi vardır. Toplam nüfus bakımından İzmir'den sonra Ege Bölgesinin 2. büyük ilidir. 2012 yılında çıkarılan 6360 sayılı kanun ile büyükşehir olmuştur. Günümüzde Türkiye'nin en yoğun göç alan şehirlerinden birisi konumundadır(50, 56). 1980 yılında 545,644 olan kırsal nüfus, 2012 yılında 441,649'a düşmüştür.(45) . İl genelinde 2013 yılında kentsel nüfus oranı % 67.74, kırsal nüfus oranı %32.26'dır(46). 2005 yılında Manisa'da yapılan Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre hane halkında bilinen en az bir kronik hastalık varlığı sıklığı % 13.4 olarak belirlenmiştir. En az bir kronik hastalığı varlığının, kadınlarda, kentte yaşayanlarda ve üst sosyal sınıfa dahil olanlarda daha yaygın olduğu raporlanmıştır(59).

3.3. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ:

Araştırmanın planlanmasına 2013 yılı Aralık ayında başlanmıştır. 2014 yılı Ocak ve Şubat aylarında gerekli izinler alınmış ve alan araştırması hazırlıklarına başlanmıştır. Araştırmanın veri toplaması 18 Mart - 22 Haziran 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ:

Araştırmanın evrenini 2014 yılında Manisa İli AHBS'ye kayıtlı 15 yaş ve üstü tüm bireyler oluşturmaktadır (n=1,086,255).

3.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ:

Araştırmada ulaşılması gereken en küçük örnek büyüklüğü Manisa'nın 15 yaş ve üstü il nüfusu için (n=1,086,255), %12'lik beklenen mental hastalık sıklığı(25) %2'lik mutlak sapma ve %95 güven düzeyinde 1014 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneğe ulaşmada sorunların olacağı

öngörüsüyle %40 yedek alınması öngörülmüş ve araştırmaya 1,423 kişinin alınması planlanmıştır. Örnek büyüklüğü hesaplanırken Open-Epi programı kullanılmıştır.

Sosyal belirleyicilerle mental hastalık varlığı ilişkisi değerlendirilirken örnek büyüklüğünün yeterli olup olmayacağını öngörmek açısından ek hesaplamalar yapılmıştır. Buna göre Ki-kare testi ile karşılaştırma yapılırken, %80 istatistiksel güç için, gruplar arasından mental hastalık sıklığı açısından küçük bir fark olduğu “etki büyüklüğü” (conventional effect size =0.10, $\alpha=0.05$, $df=1$) varsayıldığında alınması gereken en küçük örnek büyüklüğü 800 kişidir(60). Dolayısıyla ulaşılması hedeflenen 1423 kişinin planlanan istatistiksel karşılaştırmalar için yeterli büyüklükte olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmanın örneği 164-SBKAEK Dosya numarası ile DEÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nca değerlendirilmiş ve 26.12.2013 tarih, 2013/26-01 Karar numarası ile onaylanmış “Manisa’da Aşı ile Önlenebilen bazı Hastalıkların Seroprevalansının Belirlenmesi” başlıklı çalışmanın örneğinin 15 yaş üstü grubunu kapsamaktadır.

3.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEK SEÇİMİ:

Örnekleme çerçevesi Manisa AHBS’ye kayıtlı 15 yaş üstü 1,086,255 kişiden oluşmaktadır. Araştırma grubu, Oracle programı kullanılarak basit rasgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Seçilen örneğin cinsiyet, yaş grupları ve yerleşim yeri (il merkezi ve ilçeler) dağılımının Manisa ili nüfusuyla benzer olup olmadığı örnek ve evrenin % dağılımlarına bakılarak değerlendirilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.7.1. BAĞIMLI DEĞİŞKEN:

Depresyon, Panik Bozukluk ve Somatoform Bozukluk Varlığı

3.7.2. BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Yaş, cins, öğrenim durumu, çalışma durumu, mesleki sınıf, kişi başı eşdeğer gelir, algılanan gelir düzeyi, barınma koşulları, hanede yaşayan kişi sayısı, oda başına düşen kişi sayısı ve göç durumudur.

3.8. DEĞİŞKENLERİN TANIM VE ÖLÇÜTLERİ

3.8.1. BAĞIMLI DEĞİŞKEN

Çalışmada depresyon, panik bozukluk ve somatoform bozukluk varlığı, KISA (Brief PHQ-r) anketi kullanılarak belirlenmiştir. KISA Anketi, toplumda sık görülen depresyon, panik bozukluk ve somatoform bozuklukları saptamada ve alan araştırmalarında uygun bir araç olarak kabul edilen bir ankettir. KISA Anketi, birinci basamakta kullanılmak üzere geliştirilen çeşitli ölçeklerden birisi olan Primary Care Evaluations of Mental Disorders (Prime-MD) ölçeğinden Spitzer ve arkadaşları tarafından 1999'da geliştirilmiştir(61). Birinci basamakta depresyon, panik bozukluk ve somatoform bozukluk tanısını yapmak üzere geliştirilen bu anketin Türkçe versiyonunun geçerlik çalışması 2000-2001 yılında Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin duyarlık ve seçiciliği, DSM-IV kriterleri doğrultusunda psikiyatri hekimi tanısı ile karşılaştırılarak sırasıyla %79.0 ve %82.9 olarak belirlenmiştir(33). Bu değerlendirmeler sonucu ölçeğin, birinci basamakta klinik uygulamada ve psikiyatrik bozukluklar için yapılacak saha çalışmalarında kullanılması önerilmiştir(33).

KISA Anketi'nde ilk bölüm depresif bozuklukları değerlendirmek üzere sorulan 9 soru içermektedir ve kişilerin son iki hafta içinde değişen duygu durumları hakkında sorular içermektedir. İkinci bölüm panik bozuklukların değerlendirilmesi için hazırlanan 5 sorudan oluşmaktadır. Anketin üçüncü bölümü, somatoform bozuklukları değerlendirmek üzere sorulan 13 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde kişilere son 1 ay içinde, listelenen sağlık sorunlarından herhangi biri ile ilgili ne kadar sıkıntı yaşadığı sorulmaktadır. Bu sorulardan en az 3'üne "Oldukça sorun yaşadım" şeklinde yanıt verenler ve altta yatan organik hastalık bulunmayanlar 'somatizasyon bozukluğu var' olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, somatoform bozukluk tanısı yapılırken kişilerin kendi bildirimine dayalı hastalık tanıları dikkate alınmıştır. Bu bağlamda kişilere, daha önce doktor tarafından tanı konan depresyon, migren ve sık baş ağrısı, diyabet, hipertansiyon, kalp krizi, felç, beyin kanaması, inme, demans /Alzheimer varlığı olup olmadığı, ve kişilerin koroner by-pass ameliyatı, koroner balon anjioplasti ya da stent uygulaması geçirip geçirmediği sorulmuştur. Somatizasyon bozukluğu değerlendirilirken kronik hastalık varlığı olan kişiler için somatizasyon tanısı dışlanmıştır.

Depresyon, panik bozukluk ve somatoform bozukluktan herhangi birinin varlığı mental hastalık var olarak değerlendirilmiştir. Araştırma herhangi bir yakınma nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvuranlarda değil, sağlıklı toplumda yapıldığı için, mental hastalık belirlenirken belirtilen mevcut semptomların klinik önemini değerlendirmek amacıyla anketin sonunda kişiye “Şu ana kadar cevaplamış olduğunuz sorulardaki herhangi bir problem diğer insanlarla olan ilişkilerinizi, evde ve işte gereken sorumluluklarınızı yerine getirmenizi ne kadar etkiledi?” sorusu sorulmuştur. KISA anketi değerlendirme kriterlerine göre mental hastalık belirlenirken, bu soruya “hiç etkilemedi” yanıtı verenler “hastalık yok” olarak tanımlanmıştır. KISA Anketi EK 1’de sunulmuştur.

3.8.2. BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Yaş: 2014 yılında bitirilmiş yaş olarak kaydedilmiştir.

Cins: ‘Erkek’ ve ‘kadın’ olarak gruplandırılmıştır

Öğrenim durumu: Mezun olunan okula göre belirlenmiştir. ‘Hiçbir okul bitirmemiş’, ‘ilkokul mezunu’, ‘ortaokul mezunu’, ‘lise mezunu’, ‘üniversite ve üzeri mezunu’, olarak gruplandırılmıştır.

Çalışma Durumu: Kişiler mesleki sınıf ayrımı dikkate alınmaksızın ‘herhangi bir işte çalışan’ ve ‘Çalışmayan’ olarak gruplandırılmıştır. Çalışmayan, bir başka deyişle iş gücü dışında olan gruba yaşamları boyunca çalışmamış ve iş aramayan kişiler dahil edilmiştir.

Mesleki Sınıf: Bu sınıflama yapılırken Boratav’ın kentsel bölge için belirlediği sınıflamadan yararlanılmıştır(47, 48).

Bu sınıflamanın temelinde kişiler üretim araçlarına sahip olup olmamaya göre iki gruba ayrılmaktadır. Üretim araçlarına sahip olanlar başlığı altında işverenler ve kendi hesabına çalışanlar bulunmaktadır. Üretim araçlarına sahip olmayanlar ise ücretli/maaşlı olarak çalışanlardır. Şu anda çalışmayanlar, ‘işsiz’ adıyla gruplandırılmıştır. Ev kadınları ve öğrenciler işsiz grubuna dâhil edilmiştir. Düzensiz işlerde çalışanlar, bir başka deyişle, iş güvencesi olmadan kısa süreli işlerde çalışıp, döngüsel olarak iş değiştirenler ise ayrı bir grup olarak kabul edilmiştir.

Kişilerin mesleki sosyal sınıfı belirlenirken yaşamları boyunca en uzun süre yaptıkları iş dikkate alınmıştır. Emekli kişilere yaşamı boyunca en uzun süreli yaptığı iş sorularak ve yukarıdaki gruplardan uygun olana dahil edilmiştir.

Mesleki sınıflamada kullanılan gruplandırma şu şekilde özetlenebilir:

- **Üretim araçlarına sahip olanlar**

- **İşverenler:** Yanında sürekli işçi çalıştıranlar olarak tanımlanmaktadır.
 - **Küçük burjuvazi/işveren:** Yanında çalışan işçi sayısı 1-2 olan işverenlerdir.
 - **Orta ve büyük burjuvazi/işveren:** Yanında çalışan işçi sayısı 3 ve daha fazla olan işverenlerdir.
- **Kendi hesabına çalışanlar:** Hangi meslekte olursa olsun kendi işine sahip olup, yanında işçi çalıştırmayanlar olarak tanımlanmaktadır.

- **Üretim araçlarına sahip olmayanlar**

- **Mavi yakalı işçiler:** Fabrika, inşaat işçisi, marangozluk gibi üretim işlerinde çalışanları kapsamaktadır.
- **Niteliksiz hizmet işçileri:** Gece bekçisi, şoför, tezgahçı, garson gibi işçileri kapsamaktadır.
- **Beyaz yakalı çalışan:** Yüksek öğrenimli olmasına bakılmaksızın belli bir öğrenim düzeyine ya da meslek içi eğitimden kaynaklanan uzmanlaşmaya gerek duyan, yüksek nitelikliden daha az nitelik, teknik bilgi ve uygulama becerisi gerektiren işlerde çalışan hemşire, diş teknisyeni, banka memuru, öğretmen, polis, astsubay gibi ücretlileri kapsamaktadır.
- **Yüksek nitelikli çalışanlar:** Çoğunlukla üniversite eğitimi gerektiren hekim, avukat, mühendis gibi çalışanları kapsamaktadır(47, 48).

Nedensel analiz için beş grup oluşturulmuştur:

- Birinci grup; mavi yakalı üretim işçileri ve tarım işçilerinden,
- İkinci grup; işverenlerden ve kendi hesabına çalışanlardan,
- Üçüncü grup; ev kadınları ve öğrencilerin de dâhil olduğu 'işsiz' grubundan,
- Dördüncü grup; iş arayan ya da düzensiz gelir getiren işlerde çalışanlardan,

- Beşinci grup; profesyonel işlerde çalışanlardan, bir başka deyişle, beyaz yakalı ve yüksek nitelikli çalışan gruptan oluşmaktadır.

Kişi Başı Eşdeğer Gelir:

Bu değişken oluşturulurken iki ayrı bilgidен yararlanılmıştır. İlk olarak, haneye giren toplam aylık gelir (eve giren maaş, kira veya diğer ek gelirin toplamı) açık uçlu soru olarak sorulmuştur. İkinci olarak hanede yaşayan kişi sayısı ve yaş grupları açık uçlu soru olarak sorulmuştur.

Daha sonra, hane halkının toplam kullanılabilir geliri, hanedeki fert sayısı dikkate alınarak bireysel gelire dönüştürülmüştür. Doğru karşılaştırma yapabilmek için de eşdeğerlik ölçeği kullanılarak, her bir hane halkı büyüklüğünün kaç yetişkine eşdeğer olduğu tespit edilmiştir. Bu yöntemde hane halkı toplam kullanılabilir geliri eşdeğer hane halkı büyüklüğüne bölünerek, o hane halkı için eşdeğer fert başına düşen gelir, diğer ifadeyle, eşdeğer hane halkı kullanılabilir geliri hesaplanmaktadır. Bu çalışmada referans kişi için “1”, 14 ve daha yukarı yaştaki fertler için “0,5” ve 14 yaşın altındaki fertler için ise “0,3” katsayısının kullanıldığı OECD eşdeğerlik ölçeği kullanılmıştır(62). Nedensel analizler esnasında ve lojistik model oluşturulurken kişi başı eşdeğer gelir, araştırma grubundaki dağılım dikkate alınarak, %25’lik dilimlere göre kesim noktaları belirlenmiş ve dört gruba ayrılmıştır. Buna göre, sırasıyla birinci grupta geliri ‘0-1,920 TL arasında olanlar’, ikinci grupta ‘1920,01-3550 TL arası’, üçüncü grupta ‘3550,01-6000 TL arası’ ve dördüncü grup ‘6000,01 ve üstü’ olarak gruplanmıştır.

Algılanan gelir düzeyi: “Hanenizin gelirini nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusu ile değerlendirilmiştir. ‘Gelirim giderimden fazla’, ‘Gelirim giderim ile denk’, ‘Gelirim giderimden az’ şeklinde gruplandırılmıştır.

Barınma koşulları: ‘Yaşadığınız ev kendinize mi ait?’ sorusu ile değerlendirilmiştir. ‘Evet’ ve ‘Hayır’ olarak gruplandırılmıştır.

Hanede yaşayan kişi sayısı: ‘Oturduğunuz evde kaç kişi yaşıyorsunuz?’ sorusu ile açık uçlu sorulmuş ve kişilerin kendisi dahil toplam kişi sayısını belirtmeleri istenmiştir. Çözümlemede ‘tek başına yaşıyor’ ve ‘en az bir kişi ile birlikte yaşıyor’ olarak gruplandırılmıştır.

Oda başına düşen kişi sayısı: Kişilere ‘Yaşadığınız ev kaç odalı?’ sorusu açık uçlu olarak sorulmuş ve salon dahil oda sayısı not edilmiştir. Bu sayıya mutfak, banyo ve tuvalet dahil edilmemiştir. Daha sonra hanede yaşayan kişi sayısı, oda sayısına bölünerek ‘oda başına düşen kişi sayısı’ değişkeni elde edilmiştir. Çözümlemede ‘bir ve birden fazla’ ve ‘birden az’ olarak gruplandırılmıştır.

Göç Durumu: ‘Son 5 yıl içinde yaşadığınız yeri değiştirdiniz mi?’ sorusu ile ‘Evet’ ve ‘Hayır’ olarak gruplandırılmıştır. Yanıtı ‘Evet’ olanlara bundan önceki yaşadıkları yer; il, ilçe ve varsa köy adı olarak açık uçlu sorulmuştur. Birden fazla yer değişikliği olanlarda en sonuncusu için ilin, varsa ilçe ve köyün adı not edilmiştir. Yanıtı ‘evet’ olanlara ayrıca yer değiştirmelerinin nedeni açık uçlu olarak sorulmuştur.

3.9. ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ

Anket sorularını algılamada ve/veya sorulara yanıt vermede güçlük çekecek kadar zeka geriliği, demans, Alz- Heimer gibi ileri derecede nöropsikiyatrik hastalıkları olan kişiler ya da iletişim kurmada güçlük çıkaracak kadar konuşma ve/veya işitme engeli olan kişilerin araştırmadan dışlanması planlanmıştır. Araştırmadan bu nedenlerden ötürü dışlanan kişi olmamıştır.

3.10. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Yapılan çalışma ile ilgili ön hazırlıklar kapsamında Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü (MHSM) ve DEÜ Tıp Fakültesi tarafından bir planlama yapılmıştır. Çalışma, alanda veri toplamaya hazırlık ve veri toplama olarak iki aşamada gerçekleşmiştir.

Çalışmanın Hazırlık Aşaması

Çalışmanın hazırlık aşamasında öncelikle çalışma hakkında MHSM tarafından ASM ve TSM'lere resmi yazı ile bilgilendirme yapılmıştır. Ardından, Manisa'da Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezlerindeki hekimlerin katıldığı iki ayrı bilgilendirme toplantısı gerçekleştirilmiştir. Bu toplantılarda katılımcılara çalışma ekibi, çalışmanın gerekçesi ve amacı, yöntemi, değişkenleri tanıtılmış, veri toplama akış şeması ve çalışma ekibinin ayrıntılı görev dağılımı anlatılmıştır.

Daha sonra, MHSM tarafından örneğe alınan bireyler ilgili ASM ve TSM'lere liste olarak bildirilmiştir.

Hazırlık aşamasında üçüncü olarak, anketlerin uygulanması için araştırmacı tarafından anketörlere iki günlük uygulamalı bir eğitim verilmiştir. Toplamda on bir anketör, Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde eğitim salonunda bir toplantıda bir araya getirilmiştir. Anketörlere anketin sorularının nasıl sorulacağı ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Buna ek olarak, alan çalışmasının akış şeması, günlük veri toplama planı, kişileri karşılamamanın nerede ve nasıl yapılacağı, kişilerin mahremiyetinin nasıl sağlanacağı ve etkili iletişim teknikleri hakkında uygulamalı sunumlar yapılmıştır. Ardından, her bir anketör, tüm ekibin izlem ve aktif katılımı ile anket uygulamasının role-play denemesini gerçekleştirmiştir.

Çalışmanın Veri Toplama Aşaması

Toplum Sağlığı Merkezleri, çalışmanın veri toplama takvimine uygun olarak ASM'leri koordine etme görevini üstlenmişlerdir. Bu bağlamda, veri toplama ekibinin gideceği bölgedeki ASM'lerdeki hekimler, kendilerine liste olarak bildirilen örneğe çıkan kişileri telefonla arayarak bilgilendirmiş ve çalışma takvimine uygun gün ve saatte ASM'ye anket uygulanması için davet etmişlerdir.

Veri toplayan çalışma ekibi ise, her sabah Manisa HSM'de buluşarak, veri toplama takvimine göre ilgili ASM'lere dağılmışlardır. Veri toplama ekibi, bir araştırma görevlisi, bir şoför ve iki anketörden oluşmuştur. Araştırma görevlileri, kendi bulundukları ASM'lere gelen kişilere bilgilendirme formunu okuyarak 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu imzalatmışlardır. Ardından kişi mahremiyeti sağlanmasına dikkat edilerek anketörler tarafından anket uygulanmasına geçilmiştir. Araştırma görevlileri, kişilerin ASM'lerde karşılanması, anketin uygulanması ve kişilerin ASM'lerden ayrılmasına kadar geçen sürede tüm ekibi denetleme ve koordine etme görevi üstlenmişlerdir. Kişilere Aile Hekimleri ile ulaşılamayan ya da kişilerin ASM'ye gelemediği durumlarda, hane ziyaretlerinde bulunarak kişilere ulaşılmış ve anket uygulanmıştır.

Çalışmanın Hazırlık ve veri toplama aşaması Şekil-1'deki akış şemasında özetlenmektedir.

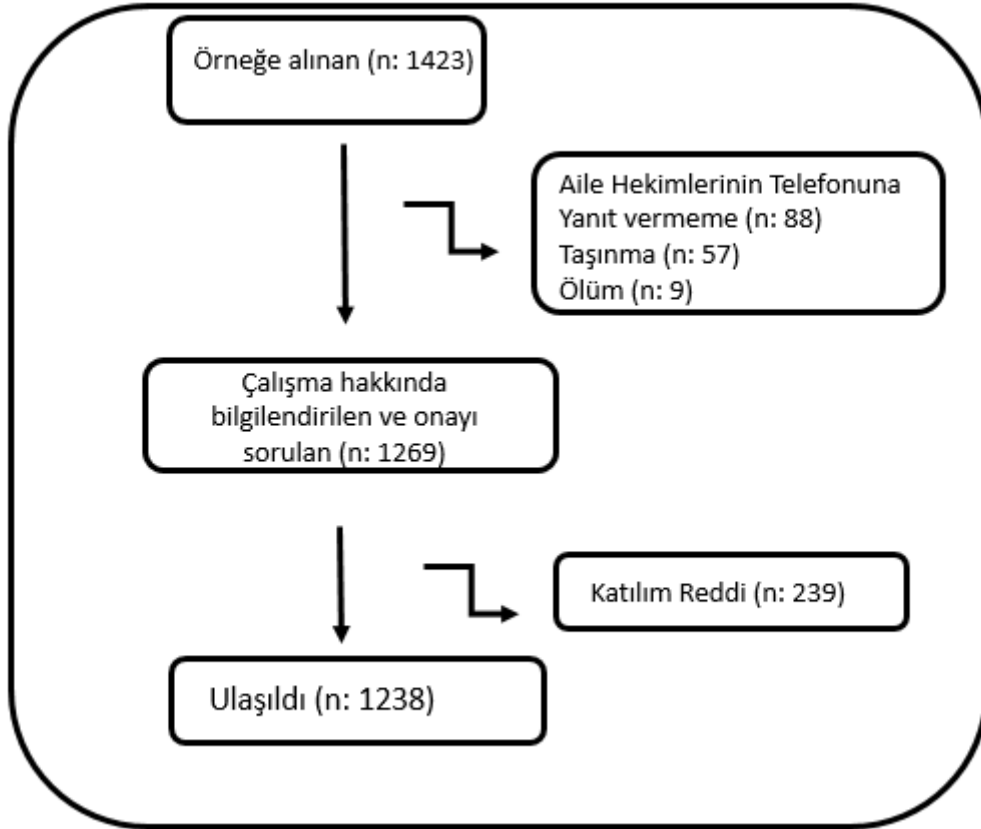


Şekil 1: Çalışmanın hazırlık ve veri toplama aşaması

3.11. ULAŞMA ORANI

Çalışmada hedeflenen 1,423 kişiden toplam 1,038 kişiye anket uygulanmıştır. Ulaşma oranı %72.5'tir.

Şekil 2: Çalışmada katılımcılara ulaşım akışı



3.12. ULAŞAMAMA NEDENLERİ

Ulaşamama nedenleri katılımı red etme (n=239), aile hekimlerinin telefonuna yanıt vermeme (n=88), başka bir şehre taşınma (n =57) ve ölümdür (n=9). Telefonla ulaşılamayan 88 kişi üç kez arandığı halde ulaşılamayınca, 'ulaşılamadı' olarak kayıt edilmişlerdir. Bakınız Şekil 2.

3.13. ÇÖZÜMLEME

Toplanan veriler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Kısa anketine göre belirlenen mental hastalık sıklıklarının kişi-yer özellikleri 'yüzde' olarak sunulmuştur. Mental hastalıkların sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkisi ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi ile çözümlenmiştir. Bu bağlamda, depresyon, panik atak ve somatizasyon varlığı değişkenleri bağımlı değişken olarak alınarak, her bir bağımsız değişken ile olan ilişkileri ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Lojistik Regresyon ile çözümlemede mental hastalık varlığı 'mental hastalık var', ve 'mental hastalık yok' şeklinde ve bağımsız değişkenler birer birer modele alınarak 'Enter' yöntemi ile kaba OR'ler hesaplanmıştır. İkinci olarak mental hastalık varlığını açıklayıcı bir model oluşturmak üzere, geriye doğru azaltma yöntemi kullanılmıştır. Bu bağlamda mental hastalık varlığı 'mental hastalık var', ve 'mental hastalık yok' şeklinde ve bağımsız değişkenler, cinsiyet (erkek, kadın), yaş grupları ('15-24', '25-34', '35-44', '45-54', '55-64', '65+'), öğrenim durumu ('hiç okul bitirmemiş', 'ilkokul', 'ortaokul', 'lise', 'üniversite ve üzeri'), çalışma durumu ('çalışmayan', 'herhangi bir işte çalışan'), mesleki sınıf ('profesyonel', 'mavi yakalı işçi/tarım işçisi', 'işveren/kendi hesabına çalışan', 'işsiz', 'geçici işlerde çalışan'), kişi başı eşdeğer gelir (birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü gelir dilimleri), algılanan gelir düzeyi ('geliri giderinden denk/fazla', 'geliri giderinden az') barınma koşulları ('yaşadığı ev kendisine ait değil', 'yaşadığı ev kendisine ait'), evde yaşayan kişi sayısı ('tek başına', 'en az bir kişiyle yaşıyor'), göç durumu ('Evet'/'Hayır') şeklinde kategorik değişken olarak modele alınmıştır. cinsiyet (erkek, kadın), yaş grupları ('15-24', '25-34', '35-44', '45-54', '55-64', '65+'), öğrenim durumu ('hiç okul bitirmemiş', 'ilkokul', 'ortaokul', 'lise', 'üniversite ve üzeri'), çalışma durumu ('çalışmayan', 'herhangi bir işte çalışan'), mesleki sınıf ('profesyonel', 'mavi yakalı işçi/tarım işçisi', 'işveren/kendi hesabına çalışan', 'işsiz', 'geçici işlerde çalışan'), kişi başı eşdeğer gelir (birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü gelir dilimleri), algılanan gelir düzeyi ('geliri giderinden denk/fazla', 'geliri giderinden az') barınma koşulları

(‘yaşadığı ev kendisine ait değil’, ‘yaşadığı ev kendisine ait’), evde yaşayan kişi sayısı (‘tek başına’, ‘en az bir kişiyle yaşıyor’), göç durumu (‘Evet’/‘Hayır’) şeklinde kategorik değişken olarak modele alınmıştır. Bağımsız değişkenler arasında çoklu bağıntı (multi-colineraity) olup olmadığı Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiş ve değişkenler arası korelasyon katsayılarının %70’ten belirgin şekilde küçük olması nedeniyle tüm değişkenler lojistik regresyon modeline alınmıştır.

3.14. ARAŞTIRMANIN PLANI VE TAKVİMİ

Araştırmanın konusu Aralık 2013’te seçildikten sonra Ocak 2014 ayında araştırmacı tarafından literatür taraması ve araştırma planı yazılmıştır. Hemen ardından Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda tez önerisi sunumu yapılmış ve tez danışmanı ile Anabilim Dalı’nın onayı alınmıştır. Daha sonra, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul’unun onayı alınmıştır. Araştırma ekibi tarafından 18 Mart - 22 Haziran 2014 tarihleri arasında araştırma verileri toplanmıştır. Temmuz-Ekim 2014 ayları arasında araştırmanın veri analizi gerçekleştirilmiştir. Tez yazımına Ekim 2016’da başlanmış ve Nisan 2017’de tamamlanmıştır. Şekil 3’te araştırmanın zaman çizelgesi sunulmuştur.

	2013	2014												2015	2016												2017			
	A	O	Ş	M	N	M	H	T	A	E	E	K	A		O	Ş	M	N	M	H	T	A	E	E	K	A	O	Ş	M	N
Konu Seçimi																														
Literatür tarama																														
Alan Çalışması Hazırlığı																														
Veri Toplama																														
Bilgiye Yara Veri aktarımı ve Analiz																														
Yazım																														

Şekil 3: Araştırmanın Zaman Çizelgesi

3.15. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI

Araştırmada mental hastalık belirlenirken geçerliliği kanıtlanmış bir anket kullanılmış olsa da bir alan çalışması olduğu için klinik muayene yapılamamıştır. Somatizasyon bozukluğunun tanısı için altta yatan olası organik nedenler ancak hastalara sözlü olarak sorularak sorgulanmıştır. Bu durum somatizasyon bozukluğu sıklığının gerçekten biraz yüksek saptanmasına neden olmuş olabilir. İkinci olarak, çalışma tasarımı kesitsel olduğundan sosyal belirleyiciler ile mental hastalık sıklığı arasındaki nedensellik ilişkisi sınırlıdır. Saptanan nedensellik ileri izlem çalışmaları ile desteklenmelidir. Çalışma Türkiye'nin bir batı ili olan Manisa sınırları içinde gerçekleştirilmiş olduğundan ülkenin tamamına genellenmesi söz konusu olmayabilir.

Çalışmanın güçlü yanları ise şöyle sıralanabilir. Öncelikle, bu çalışma Türkiye'de 15 yaş ve üzeri toplumda mental hastalık sıklığını depresyon, panik bozukluk ve somatoform bozukluk olarak üç bileşeni de içerecek şekilde ele alan ve sosyal belirleyiciler ilişkisini inceleyen ilk alan çalışmasıdır. Örnek seçiminde her iki cinsten tüm yaş gruplarının ve kırsal/kentsel alan özelliklerin tüm evreni temsil etmesine dikkat edilmiştir. Bunun amaçla, rastgele örnek seçildiğinde Manisa İl nüfusunun yaş grupları, kırsal kentsel dağılımının örnekte de benzer olup olmadığı incelenmiştir. Mental hastalık sıklığı belirlenirken geçerlik ve güvenilirliği yüksek olan ve alan çalışmaları için hazırlanmış bir anket kullanılmış ve eğitimli anketörlerce uygulanmıştır. Sosyal belirleyicilerden meslek ve eş değer hane halkı geliri ölçüme dayalı yan tutmayı engellemek amacıyla ayrıntılı sorgulanmış ve gruplandırılmıştır.

3.16. ETİK KURUL ONAYI

Çalışmanın gerçekleştirilmesinin etik açıdan uygunluğu 27.3.2014 tarih ve 1439-GOA ve 2014/12-06 karar numarası ile Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Etik kurul onamı ekte sunulmuştur. Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri kapsamında finansal olarak desteklenmiştir. (BAP No: 2014.KB.SAG.019). Anketörler, Bilimsel Araştırma Projeleri üzerinden hizmet alımı ile çalıştırılmıştır.

4.BULGULAR

Bu çalışmada toplam 1,038 kişi ile görüşülmüştür. Araştırma grubunun ortalama yaşı 43.3±17.7'dir ve %53.5'i kadın, %46.5'i erkektir. Öğrenim durumuna göre değerlendirildiğinde % 9.8'i hiç okula gitmemiş, %46.0'ı ilkokul, %16.1'i ortaokul, %24.3'ü lise ve üzeri mezundur. Araştırma grubunun %37.8'i işsiz, %14.9'u tarım çalışanı, %9.4'ü ise yüksek nitelik gerektiren profesyonel işlerde çalışmaktadır.

Tablo 2'de araştırma grubunun cinsiyet, yaş grubu, öğrenim durumu, mesleki sınıfa göre dağılımı ayrıntılı sunulmuştur.

Tablo 2: Araştırma grubunun cinsiyet, yaş grubu, öğrenim durumu, mesleki sınıfa göre dağılımı, Manisa 2014

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	555	53.5
Erkek	483	46.5
Yaş grubu		
15-24	179	17.2
25-34	195	18.8
35-44	201	19.4
45-54	185	17.8
55-64	128	12.3
65 +	150	14.5
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	102	9.8
Okur-yazar	40	3.9
İlkokul	477	46.0
Ortaokul	167	16.0
Lise	161	15.5
Üniversite ve/veya üstü	91	8.8
Mesleki Sınıf		
İşsiz-iş arayan	68	6.6
Ev kadını	324	31.2
Öğrenci	76	7.3
Tarım İşçisi	155	14.9
Mavi Yakalı Üretim İşçisi	156	15.0
Profesyonel	98	9.4
Düzensiz Geliri Olan İşlerde Çalışan	89	8.6
İşveren	37	3.6
Kendi Hesabına Çalışan	35	3.4
Toplam	1038	100.0

Araştırma grubunda herhangi bir işte çalışanlar grubun %54.6'sını, çalışmayanlar %31.3'ünü oluşturmaktadır. Geliri 1920 TL ve altında olanlar araştırma grubunun %26.4'ünü oluşturmaktadır. Araştırma grubunda eşdeğer kişi başı gelir ortalaması 5000.3±171 TL'dir. Araştırmanın verilerinin toplandığı 2014 yılında dört kişilik bir ailenin yoksulluk sınırı yaklaşık 3990 TL'dir (63). Bu değer kabaca dörde bölündüğünde kişi başı yoksulluk sınırı 2014 yılı için yaklaşık 1000 TL olarak değerlendirilebilir. Araştırma grubunda eşdeğer geliri 1069.52 TL ve altında olanlar grubun %10'luk dilimini oluşturmaktadır.

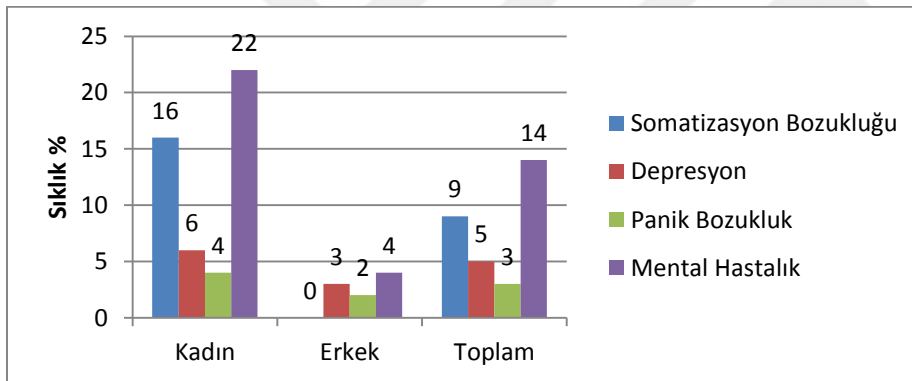
Gelirinin giderine denk ya da fazla olduğunu düşünenler araştırma grubunun %58.5'i iken, gelirini giderinden az olarak değerlendirenler grubun %41.5'idir. Araştırma grubunun %74.2'inin yaşadığı ev kendisine ait değildir. Oda başına düşen kişi sayısı ortalaması 1.1±0.1'dir. Araştırma grubunun %39.1'inde yaşanan evde oda başına bir ve üzeri kişi düşmektedir. Araştırma grubunun %85.2'si son beş yılda yer değiştirmemiştir. Tablo 3'te araştırma grubunun sosyal belirleyici değişkenlere göre göre dağılımı ayrıntılı sunulmuştur.

Tablo 3: Araştırma grubunun sosyal belirleyici değişkenlere göre göre dağılımı, Manisa 2014

	Sayı	%
Çalışma Durumu		
Herhangi bir işte çalışan	711	68,7
Çalışmayan	324	31,3
Kişi Başı Eş Değer Gelir Düzeyi		
Birinci grup (0-1920 TL)	265	26,4
İkinci grup (1920,01-3550)	232	23,1
Üçüncü grup (3550,01-6000)	267	26,6
Dördüncü grup (6000,01 ve üstü)	241	24,0
Gelir Algısı		
Gelirim giderimden az	429	41,5
Gelirim giderime denk ya da fazla	605	58,5
Barınma Koşulları		
Yaşadığı Ev Kendisine Ait	267	25,8
Yaşadığı Ev Kendisine Ait Değil	769	74,2
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı		
Tek başına yaşıyor	46	4,4
En az bir kişi ile birlikte yaşıyor	992	95,6
Oda Başına Düşen Kişi Sayısı		
< 1	632	60,9
≥1	405	39,1
Göç Durumu		
Son Beş Yılda Göç Etmiş	153	14,8
Son Beş Yılda Yer Değiştirmemiş	881	85,2
Toplam	1038	100,0

Çalışmada, Manisa’da 15 yaş ve üzeri nüfusta, somatizasyon bozukluğu sıklığı %9, depresyon sıklığı %5, panik bozukluk sıklığı ise %3 bulunmuştur. Araştırma grubunda depresyon, somatizasyon ya da panik bozukluktan en az birinin bulunma sıklığı, bir başka deyişle mental hastalık sıklığı ise %14 bulunmuştur.

Bu sıklıkların kadın ve erkeklerde dağılımına bakıldığında, kadınlarda somatizasyon bozukluğu sıklığı %16 olup, sırasıyla depresyon sıklığı (%6) ve panik atak sıklığından (%4) daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda toplam mental hastalık sıklığı %22’dir. Erkeklerde ise, mental hastalık sıklığı %4 olup depresyon sıklığı %3, panik atak sıklığı %2’dir. Erkeklerde somatizasyon sıklığı ise %0 bulunmuştur. Şekil 4’te çalışma grubunda mental hastalık sıklıkları dağılımı cinse göre sunulmaktadır.



Şekil 4: Manisa İli’inde cinse göre somatizasyon, depresyon, panik bozukluk ve toplam mental hastalık sıklığı, 2014

Mental hastalık sıklıkları ayrı ayrı değerlendirildiğinde, depresyon, panik atak ve somatizasyon bozukluğu kadınlarda (sırasıyla %6.3, %4.0, %16.0) erkeklere (sırasıyla %2.7, %1.9, %0.0) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Depresyon sıklığı, hiç okul bitirmemiş olanlarda (%8.5), ilkokul mezunu (%4.6) ve ortaokul ve üzeri mezunlara (%3.3) göre daha yüksektir ($p < 0.04$). Depresyon, ayrıca son beş yılda göç etmiş olanlarda (%7.8), yer değiştirmemiş olanlara göre (%4.1) daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.04$). Somatizasyon bozukluğu, çalışmayanlarda (%13.0), herhangi bir işte çalışanlara göre (%6.6) yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$). Somatizasyon bozukluğu, gelir düzeyi algısı düşük olanlarda (%10.7), gelirini giderine denk ya da fazla olarak algılayanlara göre (%7.1) anlamlı

olarak yüksektir ($p:0.04$). Depresyon, panik bozukluk ve somatizasyon bozukluğu sıklıklarında barınma koşullarına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p> 0.05$). Sosyal belirleyicilere göre depresyon, panik bozukluk, somatizasyon bozukluğu sıklıkları Tablo 4'te ayrıntılı gösterilmiştir.



Tablo 4: Sosyal Belirleyicilere Göre Depresyon, Panik Bozukluk, Somatizasyon Bozukluğu Sıklıkları, Manisa, 2014

	Depresyon		Panik Bozukluk		Somatizasyon	
Sosyal Belirleyiciler	%		%		%	
Cinsiyet						
Kadın (n:555)	6.3	p<0.01	4.0	p:0.04	16.0	p<0.01
Erkek (n:483)	2.7		1.9		0.0	
Öğrenim Durumu	%		%		%	
Hiçbir Okul Bitirmemiş (n: 142)	8.5	p:0.04	2.8	*	8.5	p:0.06
İlkokul Mezunu (n: 477)	4.6		4.0		10.7	
Ortaokul ve üzeri Mezunu (n:419)	3.3		1,9		6.2	
Çalışma Durumu	%		%		%	
Çalışmayan (n:324)	4.6		3.1		13.0	
Herhangi bir işte çalışan (n:711)	4.6	p:0.99	3.0	p:0.90	6.6	p<0.01
Mesleksel Sınıf	%		%		%	
Profesyonel (n:98)	2.0	*	1.0	*	1.0	*
Mavi yakalı /Tarım İşçisi (n:308)	4.5		2.9		5.2	
İş arayan/Geçici İşlerde Çalışan (n:157)	6.4		4.5		14.6	
Çalışmayan (İş gücü dışında) (n:324)	4.6		3.1		13.0	
İşveren/Kendi hesabına çalışan (n:72)	4.2		4.2		2.8	
Gelir Düzeyi Algısı	%		%		%	
Geliri Giderine Denk/Fazla (n: 605)	3.6	p:0.99	2.5	p:0.25	7.1	p:0.04
Geliri Giderinden Az (n: 429)	5.8		3.7		10.7	
Barınma Koşulları	%		%		%	
Yaşadığı ev kendisine ait (n: 267)	4.6	p:0.09	2.9	p:0.67	7.9	p:0.19
Yaşadığı ev kendisine ait değil (n: 769)	4.9		3.4		10.5	
Göç Durumu	%		%		%	
Son Beş Yılda Göç Etmiş (n:153)	7.8	p:0.83	5.2	p:0.08	1.5	p:0.35
Son Beş Yılda Yer Değiştirmemiş (n: 881)	4.1		2.6		8.2	

Ki-kare testi yapılmıştır. Gruplardaki sayıların azlığı nedeniyle testin yapılamadığı durumlar * ile gösterilmiştir.

Tablo 5'te araştırma grubunda sağlığın sosyal belirleyicilerine göre mental hastalık sıklığı ve kaba OR'ler sunulmuştur. Mental hastalık sıklığı kadınlarda %22.3 olup, erkeklerden (%4.1) daha yüksektir. (Düzeltilmiş OR=7.7 %95 GA: 4.4-13.5). Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, sıklık 35-44 yaş grubunda en yüksek (%17.9), 65 yaş ve üzeri grupta en düşük (%10.7) bulunmuştur. Mental hastalık, okuma yazma bilmeyenlerde %19.0 olup, üniversite ve üzeri mezunlara göre (%8.8) yüksek bulunmuştur ancak lojistik modelde bu anlamlılık kaybolmuştur. Mental hastalık çalışmayanlarda, herhangi bir işte çalışanlara göre 1.7 kat yüksek bulunmuş, ancak benzer şekilde lojistik modelde yapılan düzeltme sonrası bu anlamlılık kaybolmuştur. Mesleki sınıfa göre değerlendirildiğinde, mental hastalık geçici işlerde çalışanlarda profesyonel işlerde çalışanlara göre 4.4 kat yüksek bulunmuştur (Düzeltilmiş OR=4.4 (%95 GA: 1.4-13.3)). İşveren ya da kendi işinde çalışanlarda mental hastalık profesyonel mesleklerde çalışanlara göre 5.0 kat yüksek bulunmuştur (Düzeltilmiş OR=5.0 (1.3-19.4)). Mavi yakalı işçiler ya da tarım işçilerinde, profesyonel mesleği olanlara göre mental hastalık sıklığında anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla, Düzeltilmiş OR=3.0 (1.0-9.2)) ve (Düzeltilmiş OR=2.2 (0.7-6.5)).

Eş değer hane halkı gelir dilimlerine göre çözümleme yapıldığında, en düşükten yükseğe doğru sırasıyla ilk üç çeyreklik gelir diliminde bulunanlarda, en yüksek gelir diliminde bulunanlara göre mental hastalık varlığında anlamlı fark saptanmamıştır. Gelir algısına göre değerlendirme yapıldığında ise mental hastalık sıklığı düşük gelir algısına sahip kişilerde, gelirlerini orta/yüksek düzeyde algılayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Düzeltilmiş OR=1.6 (1.1-2.4)). Mental hastalık, son beş yılda göç edenlerde etmeyenlere göre yüksektir (Düzeltilmiş OR=1.7 (1.0-2.7)). Barınma koşulları, evde yaşayan kişi sayısı ve oda başına düşen kişi sayısına göre çözümleme yapıldığında gruplar arasında mental hastalık sıklığında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 5: Araştırma Grubunda Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Göre Mental Hastalık Sıklığı

	n	Mental Hastalık Sıklığı (%)	OR (%95 GA)
Cinsiyet			
Kadın	555	22.3	6.66 (4.08-10.87)
Erkek	483	4.1	1
Yaş grubu			
15-24	179	15.1	1.49 (0.77-2.89)
25-34	195	11.3	1.07 (0.54-2.11)
35-44	201	17.9	1.83 (0.97-3.44)
45-54	185	15.7	1.56 (0.81-2.99)
55-64	128	10.9	1.03 (0.48-2.20)
65 +	150	10.7	1
Öğrenim Durumu			
Hiç okul bitirmemiş	142	19.0	2.44 (1.05-5.63)
İlkokul	477	15.3	1.88 (0.87-4.04)
Ortaokul	167	12.0	1.41 (0.60-3.35)
Lise	161	9.9	1.15 (0.47-2.79)
Üniversite ve üzeri	91	8.8	1
Çalışma Durumu			
Çalışmayan	324	18.8	1.76 (1.22-2.52)
Herhangi bir işte çalışan	711	11.7	1
Mesleksen Sınıf			
Mavi yakalı/tarım işçisi	308	9.4	2.44 (0.84-7.13)
İşveren/Kendi Hesabına Çalışan	72	9.7	2.53 (0.71-8.99)
İşsiz	400	17.8	5.07 (1.80-14.25)
Geçici İşlerde Çalışan	157	21.0	6.25 (2.14-18.26)
Profesyonel	98	4.1	1
Kişi Başı Eş Değer Gelir Düzeyi			
Birinci grup (0-1920 TL)	265	15.8	1.15 (0.70-1.87)
İkinci grup (1920,01-3550)	232	14.2	1.01 (0.60-1.69)
Üçüncü grup (3550,01-6000)	267	11.2	0.77 (0.46-1.30)
Dördüncü grup (6000,01 ve üstü)	241	14.1	1
Gelir Düzeyi Algısı			
Gelirim giderimden az	429	17.7	1.72 (1.21-2.46)
Gelirim giderime denk ya da fazla	605	11.1	1
Barınma Koşulları			
Yaşadığı ev kendisine ait değil	267	15.7	1.22 (0.83-1.80)
Yaşadığı ev kendisine ait	769	13.3	1
Evde yaşayan kişi sayısı			
Tek başına yaşıyor	46	17.4	1.33 (0.61-2.90)
En az bir kişiyle birlikte yaşıyor	992	13.7	1
Oda Başına Düşen Kişi Sayısı			
<1	632	14.2	1.08 (0.75-1.55)
≥1	405	13.3	1
Göç Durumu			
Son beş yılda göç etmiş	153	19.0	1.57 (1.04-2.47)
Son beş yılda yer değiştirmemiş	881	12.9	1
TOPLAM	1038	13.9	

Tablo 6’da mental hastalık ve sosyal belirleyicileri içeren lojistik modelde geriye doğru azaltmanın son aşamasındaki değişkenler ve düzeltilmiş OR’ler yer almaktadır.

Tablo 6. Araştırma grubunda mental hastalık sıklığı ve sosyal belirleyiciler için oluşturulan lojistik regresyon modelinin son aşamasındaki değişkenler

Sosyal Belirleyiciler	n	Mental Hastalık Sıklığı %	Düzeltilmiş OR (95 % CI)
Cinsiyet			
Kadın	555	22.3	7.76 (4.46-13.52)
Erkek	483	4.1	1
Mesleksen Sınıf			
Profesyonel	98	4.1	1
Mavi yakalı/tarım işçisi	308	9.4	3.03 (1.00-9.20)
İşveren/Kendi Hesabına Çalışan	72	9.7	5.07 (1.32-19.40)
İşsiz	400	17.8	2.25(0.77-6.57)
Geçici İşlerde Çalışan	157	21.0	4.41 (1.45-13.38)
Gelir Düzeyi Algısı			
Gelirim giderime denk ya da fazla	605	11.1	1
Gelirim giderimden az	429	17.7	1.68 (1.15-2.46)
Göç			
Evet	153	19.0	1.71 (1.05-2.78)
Hayır	881	12.9	1

Modele alınan değişkenler: cinsiyet, yaş grupları, öğrenim durumu, çalışma durumu, mesleksen sınıf, kişi başı eşdeğer gelir grupları, algılanan gelir düzeyi, barınma koşulları, evde yaşayan kişi sayısı, göç durumu

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada toplam 1,038 kişi ile görüşülmüştür. Manisa'da 15 yaş ve üzeri nüfusta, somatizasyon bozukluğu sıklığı %9, depresyon sıklığı %5, panik bozukluk sıklığı ise %3'tür. Araştırma grubunda depresyon, somatizasyon ya da panik bozukluktan en az birinin bulunma sıklığı ise %14 bulunmuştur. Mental hastalık sıklığı, kadınlarda erkeklere göre, geçici işlerde çalışanlarda profesyonel mesleklerde çalışanlara göre, işveren ya da kendi işinde çalışanlarda profesyonel mesleklerde çalışanlara göre, düşük gelir algısına sahip kişilerde, gelirlerini orta/yüksek düzeyde algılayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, sıklık 35-44 yaş grubunda en yüksek (%17.9), 65 yaş ve üzeri grupta en düşük (%10.7) bulunmuştur. Mental hastalık, okuma yazma bilmeyenlerde %19.0 olup, üniversite ve üzeri mezunlara göre (%8.8) yüksek bulunmuştur ancak lojistik modelde düzeltme yapıldığında anlamlılık kaybolmuştur. Mental hastalık çalışmayanlarda, herhangi bir işte çalışanlara göre 1.7 kat yüksek bulunmuş, ancak benzer şekilde lojistik modelde yapılan düzeltme sonrası bu anlamlılık kaybolmuştur. Mavi yakalı işçiler ya da tarım işçilerinde, profesyonel mesleği olanlara göre mental hastalık sıklığında anlamlı fark saptanmamıştır.

Eş değer hane halkı gelir dilimlerine göre çözümleme yapıldığında, en düşükten yükseğe doğru sırasıyla ilk üç çeyreklik gelir diliminde bulunanlarda, en yüksek gelir diliminde bulunanlara göre mental hastalık varlığında anlamlı fark saptanmamıştır. Mental hastalık, son beş yılda göç edenlerde etmeyenlere göre yüksektir ancak lojistik modelde yapılan düzeltme sonrası bu anlamlılık kaybolmuştur. Barınma koşulları, evde yaşayan kişi sayısı ve odabaşına düşen kişi sayısına göre çözümleme yapıldığında gruplar arasında mental hastalık sıklığında anlamlı fark saptanmamıştır.

Cinsiyet

Çalışmada mental hastalık sıklığında cinsiyet önemli bir belirleyici olarak bulunmuştur. Mental hastalık sıklığı kadınlarda %22.3 olup, erkeklerden (%4.1) daha yüksektir. Var olan literatüre paralel olan bu bulgular kadın olmanın erkek olmaya göre mental hastalık sıklığını anlamlı olarak artırdığına işaret etmektedir (9,19). Benzer şekilde, Türkiye Kronik Hastalıklar

ve Risk Faktörleri Çalışmasına göre, her üç ruh sağlığı sorunu da kadınlarda daha fazla görülmektedir; depresyon ve panik bozukluk açısından kadınlardaki sıklık erkeklerden iki kat fazla iken, somatizasyon bozukluğu üç kat fazladır(25). Çalışmanın sonuçları Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri çalışmasına benzer olmakla birlikte, özellikle somatizasyon bozukluğu sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada, somatizasyon bozukluğu kişi beyanına dayalı kronik hastalığı varlığı durumunda dışlanmıştır. Ancak Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri çalışmasında bu çalışmadan farklı olarak kişilere uygulanan anketlerin aile hekimlerince doldurulduğu, bu çalışmada ise eğitimli anketörler tarafından doldurulduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Aile hekimleri tarafından doldurulan anketlerde, var olan kronik hastalık bilgisi doğrultusunda somatizasyon bozukluğunun dışlanması gerçeğe daha yakın olarak gerçekleştirilmiş olabilir. Bu çalışmada ise somatizasyon bozukluğu sıklığı var olan sıklıktan az da olsa daha yüksek bulunmuş olabilir.

Ülkemizde özellikle kadınlar üzerinde yapılmış depresyon sıklığını belirleyen kesitsel çalışmalar mevcuttur. Ancak bu çalışmalar daha çok yerel düzeyde ve belli yaş gruplarında; ya da özel gruplarda (gebelerde, menapoz sonrası kadınlarda) yapılmıştır (15, 64, 65). Örneğin, Manisa İli'nde bölgesel olarak gerçekleştirilmiş kesitsel bir çalışmada, Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 yaş kadınlarda Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılarak depresyon sıklığı ve aile içi şiddet ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre depresif belirti sıklığı %14.7 olarak saptanmıştır. Bu çalışma ile karşılaştırıldığında, daha yüksek olan depresyon sıklığındaki farklılıkta, özellikle kullanılan ölçeklerin farklı olması rol oynamış olabilir (17).

Önceki çalışmalarda, cinsiyet; sosyal, psikolojik, kültürel ve ekonomik olarak var olan eşitsizliklerin yanı sıra mental hastalığın da önemli bir belirleyicisi olarak gösterilmiştir. Cinsiyet nedeniyle var olan eşitsizlikler, kadınların çalışma yaşamında erkeklere göre daha az var olmaları sonucu oluşan gelir dengesizliği ile daha çok derinleşmektedir. Buna paralel olarak, kadınların, iş stresinin yüksek, sosyal desteğin az olduğu daha düşük sınıf mesleklere sahip olma olasılığı yüksek olabilir(52). Türkiye'deki geleneksel cinsiyet rolleri nedeniyle kadınlar, ailenin diğer bireylerine bakmakla yükümlü oldukları, ancak ekonomik olarak gelir elde edemedikleri 'ev kadını' rolünü üstlenmektedir. İstatistik verilere göre, kadınların iş gücüne katılımı Türkiye'de %32.9 olup, çoğunluğu tarım sektöründe çalışmaktadır ve çalışma yaşamında olan kadınların %81.2'sinin sigortasız çalıştığı tahmin edilmektedir (66).

Bu çalışmada Türkiye genelindeki istatistiklere paralel olarak araştırma grubunda tarım işgücünde çalışma sıklığı yüksek bulunmuştur. Ancak kadınlar tarım iş gücünde çalışıyor olsalar da kayıt dışı çalışan kadınların varlığı ile kontrol edilebilir gelir ve iş güvencesi olmadan çalışma sıklıkları göz önünde bulundurulmalıdır(66). Söz konusu olan bu sosyoekonomik etmenler, mental hastalık sıklığının kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

İkincil olarak, önceki çalışmalarda kadınlar ve erkekler arasında yardım arayışı davranışında farklılıklar saptanmıştır(67). İlgili literatüre göre, kadınlar erkeklere göre olumsuz duygulanımlarını ifade etmeye ve yardım aramaya daha açıktır. Bu bulgu, mental problemler nedeniyle yardım için başvuruların erkeklerden daha çok kadınlar olması bulgusu ile desteklenmektedir(7). Manisa'daki bu çalışmada, mental hastalık sıklığının belirlenmesinde kişi beyanına dayanan bir anket yüz yüze uygulanmıştır. Her ne kadar, eğitilmiş anketörler tarafından kişilere bilgilendirme yapılarak hiçbir kişisel verinin paylaşılmayacağı belirtilmiş olsa da, derin duygulanımları sorgulayan sorular erkek katılımcılar tarafından açık olarak yanıtlanmamış olabilir. Bu durumun cinsiyete göre mental hastalık sıklığındaki farklılığı derinleştirmiş olabileceği dikkate alınmalıdır (52, 68).

Mesleksel Sınıf

Mesleksel sınıfa göre değerlendirildiğinde, mental hastalık sıklığı işsiz ya da geçici işlerde çalışanlarda, örneğin kısa dönemli sözleşme ile ya da hiç iş güvencesi olmadan çalışanlarda profesyonel işlerde çalışanlara göre 4.4 kat yüksek bulunmuştur. İşveren ya da kendi işinde çalışanlarda metal hastalık profesyonel mesleklerde çalışanlara göre 5.0 kat yüksek bulunmuştur. Mavi yakalı işçiler ya da tarım işçilerinde, profesyonel mesleği olanlara göre mental hastalık sıklığında anlamlı fark saptanmamıştır.

Bu çalışmaya benzer şekilde kesitsel olarak planlanmış, 2004 yılında Avusturalya'da gerçekleştirilmiş bir çalışmada, mesleksel sınıfa göre anksiyete ve depresyon düzeyleri değerlendirilmiş ve benzer bulgular saptanmıştır. Mesleksel sınıf düzeyi düştükçe, depresyon ve anksiyete düzeyleri artmaktadır(69). Finlandiya'da yapılmış başka bir çalışmada ise mesleksel sınıfın mental hastalıklar üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür(70).

Mental hastalıklar ve işsizlik ya da mesleksel sınıf arasındaki ilişki değerlendirilirken bazı ek etkenlerin göz önünde bulundurulması gerekebilir. Örneğin literatür incelendiğinde yüksek-

sınıf işlere sahip olanların düşük sınıftakilere göre hayat sorunlarıyla baş etmek konusunda daha etkili stratejilere sahip oldukları öne sürülmüş, bu durum yüksek mesleki sınıftaki kişilerin daha iyi ekonomik ve sosyal kaynaklara sahip olması ile açıklanmıştır(71, 72).

Buna ek olarak; işsizlik oranının, düşük sınıf işlere sahip olanlarda daha yüksek olması, bu kişilerde anksiyete- depresyon düzeylerinin yüksek olmasına neden oluyor olabilir. Bu durum, düşük sınıf işlerde çalışanların iş güvencesizliği ve işsiz kalma olasılığının yarattığı stres ile açıklanmaktadır(73). Literatürdeki diğer çalışmalardan bazıları işsizliğin yarattığı negatif psikolojik etkilere özellikle vurgu yapmaktadır (74, 75). Bazı çalışmalar ise paralel şekilde, iş güvenliği ve iş üzerinde kontrolün fazla olmasını akıl sağlığı için koruyucu olarak göstermiştir(76, 77). Özellikle geçici işlerde çalışanlarda iş kaybı, aynı zamanda iş arkadaşlarının sağladığı sosyal yaşamı kaybetmek anlamına gelebilmekte ve bu durum yaşamdan doyum ve mutluluk duygusunun azalmasına neden olabilmektedir (78).

Bu çalışmanın sonuçları, iş kaybı ve depresyonla ilişkilendirilmiş yukarıdaki literatürdeki çalışmalara paraleldir (79). Ancak, sonuçlar değerlendirilirken, akıl sağlığı ile işsizlik ya da geçici işlerde çalışma arasındaki ters nedensellik ilişkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü mental hastalık yaşayan kişilerde iş kaybı olasılığı daha yüksek olabilmektedir. Ek olarak, akıl sağlığı problemi yaşayan kişiler sağlıklı kişilere göre iş bulmakta daha büyük zorluk yaşayabilmektedir. Dolayısıyla, bu ilişki değerlendirilirken işsizlik süresi de göz önünde bulundurulabilir (80). Yapılan bir çalışmada yeni işsiz kalanlardaki psikolojik stresin, iki yılı aşkın süredir işsiz olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur(80). Ancak Manisa’da yapılan bu çalışma, kesitsel bir araştırma olduğu için işsizlik süresi ile akıl sağlığı arasındaki ilişki analiz edilememiştir.

Mental hastalıklar ile çalışmama veya herhangi bir işte çalışma arasındaki ilişkiyi ayrıca incelemek için yaşamı boyunca hiç çalışmamış ve iş aramayanlar için ‘çalışmayanlar’ adı altında ayrı bir grup oluşturulmuştur. Bir başka deyişle, bu kişiler tamamen çalışma yaşamı dışındadır. Maaşlı bir işte çalışmak isteyip iş aramayı uzun süre önce bırakmış bireyler ve iş aramayan ev kadınları da bu gruba dahil edilmişlerdir. İş gücü dışında olan gruplar ile çalışma yaşamı içinde olanlar arasında mental hastalık açısından var olan fark, lojistik modeldeki düzeltmelerin ardından kaybolmuştur.

Düşük gelir algısı

Eş değer hane halkı gelir dilimlerine göre çözümleme yapıldığında, en düşükten yükseğe doğru sırasıyla ilk üç çeyreklik gelir diliminde bulunanlarda, en yüksek gelir diliminde bulunanlara göre mental hastalık varlığında anlamlı fark saptanmamıştır. Gelir algısına göre değerlendirme yapıldığında ise mental hastalık sıklığı düşük gelir algısına sahip kişilerde, gelirlerini orta/yüksek düzeyde algılayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada düşük gelir, mental hastalık ile ilişkili bulunmuş ancak diğer değişkenlere göre düzeltme yapıldığında anlamlılık kaybolmuştur. Bu durum yoksulluğun mental sağlığı olumsuz etkilediğine dair literatürdeki çalışmaların sonuçlarına paraleldir(81). Örneğin, Birleşik Krallık'ta yapılmış, bu çalışmaya benzer kesitsel bir çalışmada, ulusu temsil eden bir örnekten veri toplanmış ve düşük gelirin mental hastalık varlığını artırdığı görülmüştür. Ancak diğer sosyoekonomik değişkenlere göre düzeltme yapıldığında bu çalışmadakine benzer şekilde bu anlamlılık kaybolmuştur(82). Aynı çalışmada borçlu olma ile mental hastalıklar arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Bu anlamlılık, gelir düzeyi ve diğer karıştırıcılara göre düzeltildiğinde varlığını sürdürmüştür. Büyük Britanya'da yapılmış başka bir çalışmada ise mental hastalıklar ile gelir seviyesi ve birikimler arasında bu çalışmaya benzer şekilde anlamlı ilişki saptanmıştır(83). Paralel olarak, ABD'de yapılmış bir ulusal kohort çalışmasında mental hastalıklar, özellikle duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları, düşük gelir ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur(84). Literatürdeki söz konusu çalışmalardan farklı olarak, Manisa'da yapılan bu çalışmada, anlamlılık regresyon modelindeki düzeltmelerden sonra kaybolmuştur.

Bu çalışmada, mental hastalık, okuma yazma bilmeyenlerde %19.0 olup, üniversite ve üzeri mezunlara göre (%8.8) yüksek bulunmuştur ancak lojistik modelde düzeltme yapıldığında anlamlılık kaybolmuştur. Trabzon ilinde yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmış, depresyonun en sık okur-yazar olmayan popülasyonda ortaya çıktığı, eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının azaldığı bulunmuştur(85).

Bu çalışma, Türkiye'nin bir batı ili olan Manisa'da yapılmış olduğundan sonuçların ülkenin tamamına genellenebilmesi sınırlıdır. Ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyi ile mutlak yoksulluk koşullarında yaşayan insanların sayısı doğru orantılıdır. Dolayısıyla ekonomik

gelişmişlik düzeyi geri olan ülkelerde yoksulluk oranının yüksek olması ve kişilerin mental hastalıklar için daha çok risk altında olması beklenebilir. Ancak birçok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de mental hastalıklar ile yoksulluk ve işsizlik arasındaki ilişkiyi inceleyen literatür oldukça sınırlıdır. Gelişmiş ülkelerin verileri ile yapılmış uluslararası bir çalışmada, mental hastalık sıklığı ile gelir eşitsizliği arasında anlamlı ve lineer bir ilişki saptanmıştır(86). Ancak bu gibi çalışmaların gelişmekte olan ülkelerde de yapılması, sosyal belirleyiciler ve eşitsizliklerin mental hastalıklar üzerindeki etkisini anlamak açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışma, 15 yaş ve üzeri nüfusta rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş il düzeyinde bir örnekte, depresyon, panik bozukluk ve somatoform bozukluk ile sosyal belirleyicilerin ilişkisini araştıran ilk alan çalışmasıdır. Manisa’da yapılmış olan bu çalışmanın örneği, kırsal ve kentsel alanı ve yaş gruplarını eşit düzeyde temsil etmektedir. Bağımlı değişkenin ölçümünde kullanılan anket, alan çalışmaları için geçerlik ve güvenirliği yüksek bulunmuş bir ankettir ve eğitimli anketörlerce uygulanmıştır. Çalışmada, kişilerin mesleği ve eş değer gelir düzeyleri belirlenirken, ölçüme dayalı yan tutmanın engellenmesi için ayrıntılı sorgulama ve gruplandırma yapılmıştır.

Çalışma bir alan çalışması olduğundan, geçerli ve güvenilir bir ölçek kullanılmış olsa da depresyon, panik atak ve somatoform bozukluk için klinik muayene yapılamamıştır. Özellikle somatoform bozukluk ayırıcı tanısı için kişilerin hastalık öyküsü sorgulanmıştır. Bu durum, somatoform bozukluğunun kişilerin fiziksel hastalığı ile karışmasına ve somatoform bozukluğu sıklığının gerçekte olduğundan yüksek bulunmuş olmasına neden olmuş olabilir. Çalışma, kesitsel olarak planlandığından işsizlik, gelir algısı gibi değişkenler ile depresyon, panik bozukluk, somatoform bozukluğu arasındaki nedensellik ilişkisi sınırlıdır. Söz konusu bulgular, ileriye yönelik çalışmalar ile desteklenmelidir. Son olarak, çalışma Türkiye’nin bir batı ilinde gerçekleştirilmiş olup, bulguların tüm ülkeye genellenmesi söz konusu değildir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları, kadın olmanın, kişilerin iş güvencesi olmayan düşük sınıf mesleklere sahip olmasının ve düşük gelir algısının mental hastalık için risk etmenleri olduğunu göstermektedir. Var olan sosyal ve ekonomik kaynaklar ile mental hastalıkları önlemeye ve toplumun mental sağlığını geliştirmeye yönelik belirlenen strateji ve planlamalarda söz konusu etmenlere öncelik verilebilir. Bu çalışmanın sonuçları, mental sağlığa yönelik geliştirilebilecek sağlık politikaları için sosyal belirleyicilerin önemine vurgu yapmaktadır ve Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda var olan ruh sağlığını geliştirmeye yönelik stratejiler de dahil olmak üzere öncelik belirlemede sağlık politikası yapıcılarına yardımcı olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organisation, Mental Disorders. URL: http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/ Erişim Tarihi: 22.02.017.
2. World Health Organisation. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO. URL: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf Erişim Tarihi: 3.2.2016.
3. Collaborators GBDRF, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;386(10010):2287-323.
4. DALYs GBD, Collaborators H, Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ, Abbasoglu Ozgoren A, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. Lancet. 2015;386(10009):2145-91.
5. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS medicine. 2006;3(11):e442.
6. World Health Organisation. Mental health: strengthening our response Fact sheet N.220 URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> Erişim Tarihi: 29.02.2017.
7. Mental Health Foundation. The Fundamental Facts 2007. URL: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental_facts_2007.pdf. Erişim Tarihi: 15.04.2017.
8. World Health Organisation. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. URL: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. Erişim Tarihi: 03.12.2016.
9. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Measuring the Global Burden of Disease and Risk Factors, 1990-2001. In: Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, editors. Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington (DC)2006.
10. World Economic Forum, the Harvard School of Public Health. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva, World Economic Forum, 2011.
11. Küey L. Dünyada ve Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi Üzerine Kısa Bir Derleme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni. 2010; 13:1(6-11).
12. Cimilli, Can. Türkiye’de Priskiyatrik Epidemiyoloji Sunum. URL: http://78.189.53.61/-/bs/ess/c_cimilli.pdf. Erişim Tarihi: 25.02.2017.
13. Doğan O. Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji Çalışmalarında Özgün Bir Örnek: Sivas’ta Yapılan Araştırmaların Önemli Bulguları. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni. 2010;13:1(12-22).
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: 2011. URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>. Erişim Tarihi: 15.6.2016.

15. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, et al. Psychiatric epidemiology in Turkey: main advances in recent studies and future directions. Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry. 2014;25(4):264-81.
16. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Erişkin Nüfus Sonuçları. Sağlık Bakanlığı, 1998: Ankara.
17. Ozyurt B, Deveci A. Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(1):10-6.
18. Kayahan B, Altıntoprak E ve ark. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:208-219.
19. Simsek Z, Ak D, Altindag A, Gunes M. Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. J Public Health (Oxf). 2008;30(4):487-93.
20. Altinel T. Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. 2008; Edirne. URL: <http://193.255.140.18/Tez/0069782/METIN.pdf> Erişim Tarihi: 10.01.2017.
21. Unsal A ve ark. Eskişehir İli Beylikova İlçe Merkezinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınlar Arasında Üriner İnkontinans, İlişkili Faktörler ve Depresyon. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(3).
22. Tozun M, Unsal A. 40 Yaş ve Üzeri Bireylerde Eşik Üstü Depresif Belirti Gösterenlerin Sıklığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008;7(6). .
23. Kirmizioglu Y, Dogan O, Kugu N, Akyuz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. International journal of geriatric psychiatry. 2009;24(9):1026-33.
24. Türkiye Hastalık Yüku Çalışması 2004. T.C Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfızısıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara, Türkiye, 2006. URL: http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf. Erişim Tarihi: 22.02.2015.
25. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara. 2013. URL: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. Erişim Tarihi: 12.12.2016.
26. Kaya N, Kaya H ve ark. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010;7(1): 401-419.
27. Kaya M, Genc M, Kaya B, Pehlivan E. [Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students]. Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry. 2007;18(2):137-46.
28. Aylaz R ve ark. Sağlık yüksekokulu öğrencileri arasındaki depresyon sıklığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007,8(1):46-51.
29. Nahcivan NO, Demirezen E. Depressive symptomatology among Turkish older adults with low incomes in a rural community sample. Journal of clinical nursing. 2005;14(10):1232-40.
30. Varma GS, Oguzhanoglu NK ve ark. Huzurevindeki Yaslılarda Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. Klinik Psikiyatri Dergisi 2008;11:25-32.
31. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. Dirim Tıp Gazatesi. 2011; 86(1):39-47.
32. Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5). American Psikiyatrik Association. URL: <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5> Erişim Tarihi: 15.05.2017.

33. Corapcioglu A, Ozer GU. Adaptation of revised Brief PHQ (Brief-PHQ-r) for diagnosis of depression, panic disorder and somatoform disorder in primary healthcare settings. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2004;8(1):11-8.
34. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
35. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;61231:3-13.
36. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
37. Hamilton MA. A rating scale for depression. *Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
38. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Psychiatr Res* 1983;17(1):37-49.
39. Cox L, Holden M. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Br Psychiatry* 1987;150:782-6.
40. Montgomery SA, Asberg M. A New Depression scale designed to be sensitive to change. *Br Psychiatry* 1979;134:382-9.
41. Patel V LC, Hatheril S, Plagerson S, Corrigan J, Funk M. Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 115-34.
42. Marmot, M.G. And Wilkinson, R.G. *Social Determinants of Health*. URL: http://www.ontarioshores.ca/UserFiles/Servers/Server_6/File/PDFs/Research/ResearchDay/2013/Dennis%20Raphael.pdf Erişim Tarihi:1.2.2015.
43. Benzeval, M. et al. Income and Health over the lifecourse : Evidence and policy implications. URL: http://www.ontarioshores.ca/UserFiles/Servers/Server_6/File/PDFs/Research/ResearchDay/2013/Dennis%20Raphael.pdf Erişim Tarihi: 1.2.2014.
44. Patten SB, Wang JL, Williams JV, Currie S, Beck CA, Maxwell CJ, et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2006;51(2):84-90.
45. Orpana HM, Lemyre L, Gravel R. Income and psychological distress: the role of the social environment. *Health reports*. 2009;20(1):21-8.
46. Myer L, Stein DJ, Grimsrud A, Seedat S, Williams DR. Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults. *Social science & medicine*. 2008;66(8):1828-40.
47. Wilton R. Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Social science & medicine*. 2004;58(1):25-39.
48. Wilton RD. Poverty and mental health: a qualitative study of residential care facility tenants. *Community mental health journal*. 2003;39(2):139-56.
49. Benzeval et al. Tackling Inequalities in Health. URL: http://www.ontarioshores.ca/UserFiles/Servers/Server_6/File/PDFs/Research/ResearchDay/2013/Dennis%20Raphael.pdf Erişim Tarihi: 1.2.2015.
50. WHO. Social Determinants of Health, The solid facts. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf Erişim Tarihi: 25.12.2015.
51. WHO. Gender in mental health research, Geneva, World Health Organisation. 2004. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43084/1/9241592532.pdf> Erişim Tarihi: 14.03.2017.

52. World Health Organisation. Gender Disparities in Mental Health. URL: http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf. Erişim Tarihi: 14.03.2017.
53. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.
54. Gültekin B. Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. Psikiyatride Güncel yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010;2(4):583-594.
55. Jacobi, F. Diagnosing mental disorders in epidemiological studies: The German Health Interview and Examination Survey and its Mental Health Supplement (GHS-MHS) as an example of standardized data collection with clinical features. URL: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/jacobi-diss-depression.pdf> Erişim Tarihi: 3.2.2015.
56. Social Determinants of Health. Mental Health Fact Sheet. URL: <http://www.health.qld.gov.au/ph/Documents/saphs/20402.pdf> Erişim Tarihi: 25.12.2015.
57. World Health Organisation. Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. URL: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf. Accessed: June 2016.
58. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara 2011. URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>. Erişim Tarihi: 28.2.2014.
59. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması, Celal Bayar Üniversitesi ve Manisa İl Sağlık Müdürlüğü, 2005. URL: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/new%20pdf%20combined.pdf Erişim Tarihi: 14.04. 2017
60. Portney LG, Watkins MP. Foundations of Clinical Research: Applications to Practice. 2005;(2):727.
61. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. Jama. 1999;282(18):1737-44.
62. OECD. Adjusting household incomes: equivalence scales. URL: <http://www.oecd.org/eco/growth/OECD-Note-EquivalenceScales.pdf> Erişim Tarihi: 14.05.2016.
63. TÜİK. Gelir ve yaşam koşulları araştırması 2014. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18633> Erişim Tarihi: 15.5.2017.
64. Yıldırım A ve ark. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2011;8(1): 31-43.
65. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye’den Bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):252-258.
66. Türkiye İstatistik Kurumu. İşgücü İstatistikleri URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21578> Erişim Tarihi: 20.03.2017.
67. ZACHAR FTLLP. Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. British Journal of Guidance and Counselling. 1999;27(1).
68. Eaton NR, Keyes KM, Krueger RF, Balsis S, Skodol AE, Markon KE, et al. An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. Journal of abnormal psychology. 2012;121(1):282-8.

69. Taylor R, Page A, Morrell S, Carter G, Harrison J. Socio-economic differentials in mental disorders and suicide attempts in Australia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2004;185:486-93.
70. Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Roos E, Saastamoinen P. Occupational class inequalities across key domains of health: results from the Helsinki Health Study. *European journal of public health*. 2005;15(5):504-10.
71. Schaufeli, W. B., & van Yperen, N. W. (1992). Unemployment and psychological distress among graduates: A longitudinal study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 65, 291–305.
72. Payne, R., Warr, P., & Hartley, J. (1984). Social class and psychological ill-health during unemployment. *Sociology of Health and Illness*, 6, 152–174.
73. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocat Behav*. 2009;74(3):264-82.
74. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *The Journal of applied psychology*. 2005;90(1):53-76.
75. Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psych*. 1999;72:83-99.
76. Anderson P, McDaid D, Basu S, Stuckler D. Impact of economic crises on Mental Health. Copenhagen: WHO European Office, 2011. .
77. Bambra C. Lessons from the past : celebrating the 75th anniversary of poverty and public health. *Journal of public health*. 2011;33(4):475-6.
78. Helliwell JF, Putnam RD. The social context of well-being. *Philosophical transactions of the Royal Society of London Series B, Biological sciences*. 2004;359(1449):1435-46.
79. Fair Society Healthy Lives, The Marmot Review. URL: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>. Erişim Tarihi: 04.02.2017.
80. OECD Employment Outlook. URL: <http://www.oecd.org/els/emp/> Erişim Tarihi: 4.02.2016.
81. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81(8):609-15.
82. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J, et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological medicine*. 2008;38(10):1485-93.
83. Weich S, Lewis G. Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *Journal of epidemiology and community health*. 1998;52(1):8-14.
84. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJ. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(4):419-27.
85. Çetin İ. Bilici M ve ark. Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu. 1999; Tabzon.
86. United Nations Development Programme, Human Development Report. 2003. URL: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2003> Erişim Tarihi: 14.04.2017.

EK-1 : KISA SAĞLIK ANKETİ

SON İKİ HAFTA İÇİNDE ne sıklıkla aşağıdaki sorunlardan herhangi biri ile ilgili sorun yaşadınız?

	Hiç	Bir gün kaç	Bir haftadan daha fazla	Hemen hemen her gün
a Yaptığınız şeylere ilginizin azaldığı ya da zevk alamadığınız oldu mu?	☐	☐	☐	☐
b Kendinizi çökkün, kederli ya da umutsuz hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐
c Uykuya dalma, uykuyu sürdürme güçlüğü ya da çok fazla uyuduğunuz oldu mu?	☐	☐	☐	☐
d Yorgunluk ya da bitkinlik hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐
e İştahsızlığınız ya da aşırı yemek yediğiniz oldu mu?	☐	☐	☐	☐
f Kendinizi yetersiz hissettiğiniz ya da kendinizle veya ailenizle ilgili hayal kırıklığına neden olduğunuzu hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐
g Gazete okumak ya da televizyon seyretmek gibi konularda dikkatinizi toplamakta güçlük çektiniz mi?	☐	☐	☐	☐
h Başkaları farkına varacak derecede yavaş hareket ettiğiniz ve yavaş konuştuğunuz ya da tersine huzursuzluk nedeniyle yerinizde duramadığınız oldu mu?	☐	☐	☐	☐
i “Ölsem daha iyi” diye düşündüğünüz ya da kendinize zarar vermeyi istediğiniz oldu mu?	☐	☐	☐	☐

Şimdi iç sıkıntısı ile ilgili sorular soracağım:

	HAYIR	EVET
a <u>SON 1 AY İÇİNDE</u> bir iç sıkıntısı nöbetiniz oldu mu? (birdenbire ortaya çıkan korku ya da panik) (Eğer yanıt HAYIR ise 29'uncu soruya geçiniz. EVET ise b'ye geçiniz)	☐	☐
b Böyle bir durum daha önce de olmuş muydu?	☐	☐
c Bu nöbetler bazen aslında sıkıntılı ve gergin olmadığınız bir zamanda da <u>birdenbire</u> ortaya çıkar mı?	☐	☐
d Bu nöbetler size aşırı sıkıntı verir mi ya da nöbetlerin tekrarlayacağından endişe edersiniz?	☐	☐
e En son sıkıntı nöbetiniz sırasında nefes darlığı, ter basması, kalp çarpıntısı, baş dönmesi ya da baygınlık hissi, karıncalanma ya da uyuşma, bulantı ya da mide rahatsızlığı hissettiniz mi?	☐	☐

SON BİR AY İÇİNDE aşağıdaki sorunlardan herhangi biri ile ilgili ne kadar sıkıntı yaşadınız?

	Hiç sorun yaşamadım	Bir miktar sorun yaşadım	Oldukça sorun yaşadım
a Mide ağrısı	☐	☐	☐
b Sırt ağrısı	☐	☐	☐
c Kol, bacak ve eklemlerde (dizler, kalça vs.) ağrı	☐	☐	☐
d Baş ağrısı	☐	☐	☐
e Göğüs ağrısı	☐	☐	☐
f Baş dönmesi	☐	☐	☐
g Bayılma nöbetleri	☐	☐	☐
h Kalp çarpıntısı	☐	☐	☐
i Nefes darlığı	☐	☐	☐
j Kabızlık ya da ishal	☐	☐	☐
k Bulantı, gaz ya da hazımsızlık	☐	☐	☐
l Adet ağrısı ya da aybaşı sorunları	☐	☐	☐
m Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da sorunlar	☐	☐	☐

Şu ana kadar cevaplamış olduğunuz sorulardaki herhangi bir problem diğer insanlarla olan ilişkilerinizi, evde ve işte gereken sorumluluklarınızı yerine getirmenizi ne kadar etkiledi?

☐ Hiç etkilemedi ☐ Bir miktar etkiledi ☐ Oldukça fazla etkiledi ☐ Aşırı derecede etkiledi

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

onu: Karar hk.- 226

28.03.2014

Sayın Prof.Dr.Belgin ÜNAL TOĞRUL,

Kurulumuz tarafından 27.03.2014 tarih ve 1439-GOA protokol numaralı 2014/12-06 karar numarası ile görüşülen **“Manisa’da 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Depresyon, Panik Bozukluk ve Somatoform Bozukluk Sıklığı ve Sağlık Sosyal Belirleyicileri ile İlişkisi”** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1439-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Manisa'da 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Depresyon, Panik Bozukluk ve Somatoform Bozukluk Sıklığı ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile İlişkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Belgin ÜNAL TOĞRUL Halk Sağlığı A.D.
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/12-06	Tarih: 27.03.2014
	Prof.Dr.Belgin ÜNAL TOĞRUL'un sorumlusu olduğu "Manisa'da 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Depresyon, Panik Bozukluk ve Somatoform Bozukluk Sıklığı ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılacağı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılacağı
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılacağı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Işıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılacağı
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılacağı
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	