

# Kırsal Bir Bölgede Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Olguların Psikiyatrik Tanı Dağılımı ve Sosyodemografik Özellikleri

Eda Aslan Üçkardeş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yard. Doç. Dr., Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Mersin - Türkiye

## ÖZET

Kırsal bir bölgede psikiyatri polikliniğine başvuran olguların psikiyatrik tanı dağılımı ve sosyodemografik özellikleri

**Amaç:** Ülkemizde kırsal bölgelerde bulunan hastanelere başvuran psikiyatri hastalarının özellikleri hakkında yapılmış araştırma sayısı çok azdır. Çalışmamızda, ilk kez psikiyatri polikliniği hizmeti alan kırsal bir bölgede psikiyatrik bozuklukların tanı dağılımları ve tanıların sosyodemografik özelliklerle ilişkisini saptamak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 6 aylık bir süreçte Kütahya Gediz İlçe Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk başvurusu olan hastaların DSM-IV tanı ölçütlerini kapsayan yarı-yapılandırılmış görüşme ile muayeneleri yapılmış, hastaların sosyodemografik verileri toplanmıştır. 18 yaş üstü 555 kişi değerlendirilmeye alınmıştır.

**Bulgular:** Polikliniğe başvuranların yaş ortalaması 44.7 olarak bulunmuştur. Başvuranların %67.2'si (n=373) kadın, %32.8'i erkektir (n=182). Başvuran hastaların 20'sine ilk başvuruda tanı konulamamış olup belirtiler eşik altı olarak değerlendirilmiştir. Kalan 535 kişide ise en sık konulan tanı duygudurum bozukluklarıdır (n=249, %44). Bundan sonra en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklar sırasıyla anksiyete bozuklukları (n=179, %32.5), psikotik bozukluklar (n=52, %9.4), uyum bozuklukları (n=26, %4.7) ve somatoform bozukluklarıdır (n=21, %3.8). Diabetes mellitus, hipertansiyon ve hipotiroid dahil komorbiditeler psikiyatrik hastalarda sıklıkla gözlemlendi (n=163, %29.4). Çalışmamızda cinsiyet, yaşanan yer ile tanıları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmamışken, uyum bozuklukları tanısının diğer gruplara göre daha erken yaşta görüldüğü gözlemlenmiştir. Evli kişilerde ruhsal hastalıkların daha sık görüldüğü saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmada başvuran hastaların yaş ortalamalarının geçmişte yapılan çalışmalara göre yüksek olduğu, çoğunlukla kadınların başvuruda bulunduğu görülmüştür. Evlilik ve ruhsal hastalıklar arasındaki anlamlı ilişki dikkat çekicidir. Psikiyatrik tanıya somatik hastalıkların sıklıkla eşlik etmesi ise klinisyenlerin dikkat etmesi gereken önemli bir konudur.

**Anahtar kelimeler:** Kırsal bölge, psikiyatrik bozukluklar, somatik eşitani, sosyodemografik özellikler

## ABSTRACT

Psychiatric diagnosis and sociodemographic characteristics of patients admitted to psychiatry clinic in a rural area

**Objective:** There is little published literature about the characteristics of patients with mental disorders in rural hospitals. The aim of this study is to determine the mental illness and the demographics of the patients who admit to the outpatient polyclinic that offers psychiatric health service for the first time in a rural state hospital.

**Method:** The semi-structured interview consisting DSM-IV diagnostic criterias were used for the patients who admitted to the psychiatry polyclinic of Kutahya Gediz State Hospital in a 6-month-period. Sociodemographic data were collected from 555 people aged over 18.

**Results:** Mean age of the patients was 44.7. The rate of women was 67.2% (n=373) and male was 32.8% (n=182). The most frequent DSM-IV diagnoses were mood disorders (n=249, 44%), anxiety disorders (n=179, 32.5%), psychotic disorders (n=52, 9.4%), adjustment disorders (n=26, 4.7%) and somatoform disorders (n=21, 3.8%). Twenty of people had subthreshold symptoms and could not be diagnosed. Comorbidities including diabetes mellitus, hypertension and hypothyroid were frequently observed in psychiatric patients (n=163, 29.4%). Adjustment disorders were mostly seen at younger ages. Psychiatric disorders were most common in married people.

**Conclusion:** The mean age of the patients were found older than previous studies. Women were more commonly admitting to the outpatient psychiatric polyclinic. It's remarkable that marriage and psychiatric disorders have a strong association in the rural setting. Clinicians also should consider about comorbid somatic diseases.

**Key words:** Rural area, psychiatric disorders, somatic comorbidity, sociodemographic features



Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Yard. Doç. Dr. Eda Aslan Üçkardeş,  
Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi,  
Psikiyatri Anabilim Dalı, 34. Cadde, 33343  
Yenişehir/Mersin, Türkiye

Telefon / Phone: +90-324-241-0000

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
dreedaaslan@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
26 Nisan 2014 / April 26, 2014

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
9 Mayıs 2014 / May 9, 2014

## GİRİŞ

Sağlık Bakanlığı istatistik verilerine göre ülkemizde halen 100000 kişiye 2 psikiyatrist düşmektedir ve bu psikiyatristlerin çoğunluğu büyükşehirlerde hizmet vermektedir (1). Kırsal bölgelere donanımlı bir sağlık hizmetinin ulaşması dünyada olduğu gibi ülkemizde de sorunludur.

Psikiyatrik bozukluklar dünyada ve ülkemizde yeti yitiminin en önemli sebeplerindendir (2,3). Dünya Sağlık Örgütü'nün bir araştırmasına göre, dünyada yeti yitimine en çok yol açan on hastalıktan beşini ruhsal hastalıklar (depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk, alkole bağlı sorunlar, obsesif kompulsif bozukluk) oluşturmaktadır (4).

Hazırlıklarına 1993 yılında başlanan ve 1998 yılında sonuçları bildirilen Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması raporuna göre son 1 yılda herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olan kişi oranı %17.2'dir. Sağlık Bakanlığı tarafından 84 sağlık personeliyle yürütülen bu çalışmada 14509 hane halkıyla görüşülmüş ve bu kişilere uluslararası bileşik tanı görüşmesi anketi, genel sağlık anketi, kısa yeti yitimi anketi, hane halkı anketleri uygulanmıştır; ülkemizde psikiyatri alanında yapılmış en önemli alan çalışmalarından birisidir (5). Bu çalışmada toplumda ruh sağlığı ile ilgili şikayetler için hastanelere başvurma oranı %4.7 olarak saptanmakla birlikte bu kişilerin %39'unun psikiyatri polikliniklerine başvurdukları belirtilmektedir.

Ruhsal hastalıkların kent yaşamında mı kırsalda mı daha fazla görüldüğü hala üzerinde tartışılan bir konudur. Yaşanılan bölgenin ruhsal hastalıklar ve ruhsal hastalıklarla ilgili yardım alma arayışlarını değerlendiren ulusal ve uluslararası çalışmalar literatürde mevcuttur. Uluslararası birçok çalışmada stresli yaşam koşulları ve sosyal destek azlığının kentlerde daha fazla olması görüşünden yola çıkarak kentleşmenin depresyon, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi birçok ruhsal hastalığın duyarlılığında artışa ve daha fazla görülmesine neden olduğu belirtilirken, özellikle ülkemizde yapılan çalışmalarda psikiyatrik belirtilerin kent ve kırsalda benzer oranda görüldüğü fakat kırsalda etiketlenme endişesinin daha fazla olması nedeniyle yardım arayışlarının az olduğu üzerinde durulmaktadır (6-13). Kırsal bölgelerde

sosyoekonomik düzeyin düşük olması, kötü sağlık koşullarında yaşama ve kronik bedensel hastalığı olanların sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamaması (ekonomik, ulaşım, damgalanma endişeleri) sonucu yetersiz tedavinin ruhsal hastalıkların görülme sıklığını arttırdığı belirtilmektedir (14). Alkol/madde alımı konusunda yapılan çalışmalarda hastaların damgalanma endişesiyle psikiyatri hizmetlerinden yardım almama ve ruhsal şikayetleri nedeniyle alkol/madde ile kendilerini rahatlatma yoluna başvurmalarından dolayı kırsalda daha fazla madde kullanımı olduğu görüşü savunulmaktadır (15-17). Ulusal çalışmaların genelde kent merkezlerinde yapılması ülkemizde kırsal bölgelerde görülen ruhsal hastalıklar konusunda kısıtlı bilgi elde etmemize yol açmaktadır (18-20). Ülkemizde kırsal kesime psikiyatrik hizmetlerin götürülmesi konusunda ortaya çıkan zorluklar ayrıca değerlendirilmesi gereken bir konudur.

Ruh sağlığı hizmetlerinin yeterli olabilmesi ve bu konuda etkin programların geliştirilebilmesi için epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç fazladır. Geçmişte yapılan birçok çalışma sosyodemografik verilerle ruhsal bozukluklar arasında ilişki olduğunu göstermiştir (21-26). Ortaya çıkan ruhsal bozuklukların yaygınlıkları, sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, ortaya çıkış nedenleri, hastaların psikiyatrik hizmet alma konusundaki tutumları, belirtilerin kültürel unsurlarla ilişkisi ve risk gruplarının belirlenmesi için ve bedensel hastalıklarla ilişkisini saptamak açısından epidemiyolojik çalışmalar önem arz etmektedir. Bu tür çalışmalar etkin ruh sağlığı politikalarının oluşturulması ve yapılması için temel oluşturacaktır.

Çalışmamızda ilk kez 2011 yılı ortalarında psikiyatri poliklinik hizmeti verilmeye başlanan kırsal bir bölgede, hastaların psikiyatrik tanı dağılımları, bu tanuların cinsiyet, yaş, medeni durum, eşlik eden bedensel hastalıkları ve ilçe-köy yerleşimi ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Bu çalışma Kütahya'nın 20113 ilçe merkezi, 31178 köy nüfusu olan Gediz ilçesinde Gediz Devlet Hastanesi psikiyatri kliniğinde yapılmıştır (27). Çalışmaya Ocak 2012-Haziran 2012 tarihleri arasında psikiyatri polikliniğine ilk defa başvuran hastalar alınmıştır. Yaşı 18 altında

olanlar ve adli nedenlerle yargı kurumları tarafından gönderilen hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Gediz ilçesinde ve yakın illerde çocuk psikiyatri uzmanı bulunmadığından dolayı psikiyatri kliniğinde çocuklara hizmet verilmiştir. Altı aylık süreçte toplam ilk başvuru sayısı 631 olmakla birlikte 76 kişi 18 yaş altıdır ve çalışmada 18 yaş üstü hastaların değerlendirilmesi yapılmıştır. Çalışmamıza adli olgular alınmamıştır.

Başvuranların yaş, cinsiyet, medeni durumları, eşlik eden bedensel hastalıkları ve yaşadıkları yerler (köy, ilçe merkezi) değerlendirilmiştir. Ruhsal hastalıkların tanınması DSM-IV ölçütleri sorgulanarak yarı-yapılandırılmış görüşme tekniğiyle konulmuştur. Yirmi kişiye ilk başvuruda tanı konulamamıştır.

### İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 17.0 programı kullanılmıştır. Sosyodemografik veriler tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki Ki-Kare testi (çapraz tablolar), tanılarda yaş ortalamaları ANOVA ve yaş ortalamaları arasındaki anlamlılık Multiple Comparisons tablosunda Tukey testi ile değerlendirilmiştir. Homojen dağılımı olmayan gruplarda non-parametrik testlerde ikili değişkenler için Mann-Whitney U, çoklu değişkenler için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel değer  $p < 0.05$  olduğunda farklılık anlamlı kabul edilmiştir.

### BULGULAR

Ocak 2012 ve Haziran 2012 tarihleri arasında Kütahya Gediz İlçe Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk defa başvuran hasta sayısı 631'dir. Yetmişaltı kişi 18 yaş altıdır. Yaş ortalaması  $40.9 \pm 18.8$ 'dir, sadece 18 yaş üstü grup değerlendirildiğinde ise yaş ortalaması  $44.7 \pm 16.5$ 'tir. 18 yaş altındakiler çalışmaya dâhil edilmeden bundan sonraki değerlendirmeler 18 yaş üstü için yapılmıştır (Tablo 1).

Onsekiz yaş üstü başvuran 555 hastanın %67.2'si (n=373) kadın, %32'si (n=182) erkektir. Kadınların yaş ortalaması  $43.6 \pm 16.3$ , erkeklerinki ise  $47.1 \pm 16.6$  olarak tespit edilmiştir. Başvuranların %78.9'u (n=438) evli, %12.4'ü (n=69) bekar, %8.6'sı (n=48) ise boşanmış ya

**Tablo 1: Tanı gruplarında yaş ortalaması dağılımları**

Tanı	Yaş Ortalaması	Standart Sapma
<b>Duygudurum Bozuklukları</b>	43.7	15.4
<b>Anksiyete Bozuklukları</b>	47.3	17.0
<b>Psikotik Bozukluklar</b>	50.9	16.7
<b>Somatoform Bozuklukları</b>	41.1	10.9
<b>Uyum Bozuklukları</b>	36.3	15.0

da eşli ölmüştür. Başvuran hastaların %47.9'u (n=266) köyde, %52.1'i (n=289) ilçe merkezinde yaşadığını belirtmiştir.

Başvuran hastaların 20'sine ilk başvuruda DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanı konulamamış olup belirtiler eşik altı olarak değerlendirilmiştir. Kalan 535 kişide ise en sık konulan tanı duygudurum bozukluklarıdır (n=249, %44). Bundan sonra en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklar sırasıyla anksiyete bozuklukları (n=179, %32.5), psikotik bozukluklar (n=52, %9.4), uyum bozuklukları (n=26, %4.7) ve somatoform bozukluklarıdır (n=21, %3.8). Duygudurum bozuklukları içerisinde en sık major depresif bozukluk (n=223, %40.2), anksiyete bozuklukları içerisinde ise en sık yaygın anksiyete bozukluğu tanıları konulmuştur (n=82, %14.8). Psikotik bozukluklar içerisinde ise en sık şizofreni (n=36, %6.5), somatoform bozukluklar içerisinde en sık somatizasyon bozukluğu tanıları olduğu görülmüştür (n=18, %3.2).

Araştırmamızda tanıya göre yaş ortalamasına bakıldığında en genç tanı grubunun  $36.3 \pm 15.0$  ortalama ile uyum bozuklukları olduğu görülmüştür. Tanı grupları içerisinde en yüksek yaş ortalaması olan hastalar ise psikotik bozukluk tanısı ile başvuranlardır ve yaş ortalamaları  $50.9 \pm 16.7$  olarak tespit edilmiştir. Duygudurum bozukluklarında yaş ortalaması  $43.7 \pm 15.4$ , anksiyete bozukluklarında  $47.3 \pm 17.0$ , somatoform bozukluklarda ise  $41.1 \pm 10.9$  olduğu görülmüştür. Yaş ortalamaları ve tanıları değerlendirildiğinde tanı gruplarına göre yaş ortalamalarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. ( $\chi^2=4.449$ ,  $p < 0.01$ ). Yaş ortalamaları birbirleriyle kıyaslandığında polikliniğe başvuran kişilerden duygudurum bozukluğu tanısı olanların psikotik bozukluklara göre daha genç yaşta olduğu görülmüştür. Farklılık istatistiksel anlamlı bulunmamıştır. Uyum bozukluğu tanısı olanların anksiyete ve psikotik bozukluklara göre daha genç yaşta olduğu gözlenmiştir.

Tablo 2: Tanı gruplarına göre hastaların sosyodemografik özellikleri

Tanı		Cinsiyet		Yer		Medeni Durum		
		Kadın	Erkek	Köy	İlçe	Evli	Bekar	Dul
Duygudurum Bozuklukları	n	160	87	114	133	200	28	19
	%	64.8	35.2	46.2	53.8	81.0	11.3	7.7
Anksiyete Bozuklukları	n	129	51	83	97	149	15	16
	%	71.7	28.3	46.1	53.9	82.8	8.3	8.9
Psikotik Bozukluklar	n	34	18	33	19	30	13	9
	%	65.4	34.6	63.5	36.5	57.7	25.0	17.3
Somatoform Bozukluklar	n	17	4	11	10	18	2	1
	%	81.0	19.0	52.4	47.6	85.0	9.5	4.8
Uyum Bozuklukları	n	18	8	12	14	22	4	0
	%	69.2	30.8	46.2	53.8	84.6	15.4	0.0
Diğer Tanılar	n	6	7	5	8	9	2	2
	%	46.2	53.8	38.5	61.5	69.2	15.4	15.4

(%95 CI=1.25-20.68,  $p<0.01$ ), (%95 CI=3.42-25.66,  $p=0.003$ ), farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Başvuran erkeklerin %49.7'si ( $n=87$ ) duygudurum bozukluğu tanısı almış olup, %29.1'i ( $n=51$ ) anksiyete bozukluğu, %10.3'ü ( $n=18$ ) psikotik bozukluk tanısı almıştır. Kadınlarda ise %44'ünün ( $n=160$ ) duygudurum bozukluğu tanısı aldığı, %35.4'ünün ( $n=129$ ) anksiyete bozukluğu tanısı aldığı ve %9.3'ünün ( $n=34$ ) psikotik bozukluk tanısı aldığı görülmektedir. Erkek ve kadınlar arasında tanı bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2=6.837$ ,  $p=0.233$ ).

Tüm tanı gruplarında medeni durumu evli olan kişi sayısı daha fazlaken sadece psikotik bozukluklar grubu içerisinde bekar kişi sayısı diğer gruplara oranla daha fazladır. Çalışmamızda evli olanlarda evli olmayan gruba göre (bekar, dul) ruhsal hastalıkların görülme sıklığı anlamlı derecede daha yüksekti ( $\chi^2=18.380$ ,  $p=0.03$ ).

Köyde yaşayan hastaların %44.2'sine ( $n=114$ ) duygudurum bozuklukları, %32.2'sine ( $n=83$ ) anksiyete bozuklukları, %12.8'ine ( $n=33$ ) ise psikotik bozukluk tanıları konulmuştur. İlçe merkezinde yaşayan hastaların ise %47.3'üne ( $n=133$ ) duygudurum bozuklukları, %34.5'ine ( $n=97$ ) anksiyete bozuklukları, %6.8'ine ( $n=19$ ) psikotik bozukluk tanıları konulmuştur. Somatoform bozukluk tanıları köyden gelen hastaların %4.7'sini oluşturmaktayken, ilçeden gelenlerin %3.6'sını oluşturmaktadır (Tablo 2). Tanı grupları arasında yerleşim bölgelerine göre değerlendirildiğinde

istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2=6.243$ ,  $p=0.283$ ).

Başvuran hastaların %29.4'ünde ( $n=163$ ) somatik bir hastalık olduğu tespit edilmiştir. Başvuran hastalarda somatik hastalık olarak en sık hipertansiyonun (HT) ( $n=90$ , %16) ikinci sıklıkla diabetes mellitus'un (DM) ( $n=57$ , %4.9) eşlik ettiği ve bu iki hastalığın birlikte görülme oranının %5.4 ( $n=30$ ) olduğu tespit edilmiştir. En yaygın görülen üçüncü eş tanı ise hipotroidi olarak saptanmıştır ( $n=20$ , %3.6). Duygudurum bozukluğu tanısı alanların %13.6'sında ( $n=34$ ) HT, %8'inde ( $n=20$ ) DM, %4.4'ünde ( $n=11$ ) hipotroidi tespit edilmiş olup, anksiyete bozuklukları tanı grubunda %23.4 ( $n=42$ ) oranında HT, %12.8 ( $n=23$ ) DM, %3.9 oranında ise hipotroidi öyküsü alınmıştır. Psikotik bozukluk tanı grubunda ise %15.3 ( $n=8$ ) HT, %5 ( $n=3$ ) DM, %3.8 ( $n=2$ ) hipotroidi tespit edilmiştir.

## TARTIŞMA

Kütahya il merkezine 90 km uzakta olan Gediz ilçesi sakinleri sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda sorun yaşamaktadır ve yakın zamana kadar bu bölgede psikiyatri uzmanı tarafından ruh sağlığı hizmeti verilmemiş olması çalışmamızın bulgularını değerli kılmaktadır.

Çalışmamızda psikiyatri polikliniğine kadın başvuru sayısı erkeklerin yaklaşık 2 katıdır. Özellikle köylerden başvurularda kadın ve erkek oranları arasındaki fark dikkat çekicidir. Literatürde kadınların sağlık hizmetlerine

başvuru oranlarının daha yüksek olduğunu tespit eden birçok çalışma yer almaktadır (28,29). Tanılar değerlendirildiğinde tüm tanı gruplarında kadınların psikiyatri polikliniğine başvurma oranlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınların menstrasyon döneminin başlamasıyla birlikte sağlık merkezlerine başvuruları artmaktadır. Doğum kontrolü ya da hamilelik izlemi gibi konularda sık sık hastaneye başvurmaları gerektiğinden kadınların sağlık sistemine olan aşinalığı erkekler göre fazladır. Psikiyatrik şikayetlerde kadınların hizmet alma çabasının daha fazla olması sağlık merkezlerinden rahatlıkla yardım alma tutumları yanında özellikle kırsal kesimde kadınların iş yaşamında aktif olmaması, sosyal yaşama katılımlarının az olması ve hastaneyi sosyal yaşamın bir parçası olarak görmelerinden dolayı olabilmektedir. Erkeklerin psikiyatrik şikayetlerinin sebeplerini finansal durumlara, başarısızlıklara ve günlük strese yorumlamaları psikiyatrik yardım arayışlarının daha az olmasına neden olabilmektedir (29-31).

Yaptığımız bu çalışmada başvuran kişilerin yaş ortalamasının şehir merkezlerinde yapılan diğer çalışmalara göre yüksek olduğu görülmektedir (31,32). Şehir merkezlerindeki eğitim ve iş olanakları, kentlerin sosyoekonomik canlılığının genç nüfusun şehir merkezlerine olan göçünü arttırdığı bilinmektedir (33). TÜİK verilerinde göçün en çok 15-29 yaş grubunda olduğu ve %6.9-%9.1 oranlarında olduğu görülmektedir (34). İlçenin şehir merkezine uzak yerleşimli olması, genç nüfusun sayısının il merkezlerine göre daha az sayıda olması polikliniğe başvuranların yüksek yaş ortalamasına neden olabileceği düşünüldü.

En sık konulan tanıları sırasıyla duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklardır. Yapılan çalışmalar somatik bozukluklarını duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarından sonra en sık görülen psikiyatrik hastalık grubu olduğunu belirtmektedir (35,36). Beklenilenden farklı olarak psikotik bozukluk tanısı duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarından sonra en sık görülen tanı grubu olarak saptanmıştır. İşlevselliğin belirgin bozuk olduğu bu tanı grubunun aileleriyle kırsal kesimde yaşamaları ve daha önce psikiyatrik hizmete ulaşmadaki sorunları nedeniyle tedavi konusunda problemler yaşamış olmaları bölgede ilk defa hizmet veren

polikliniğimize psikotik bozukluk başvuru sayısının fazla olmasının sebebi olarak yorumlandı. Hastaların ilk başvuruları sıklıkla akut alevlenme döneminde olmuştur. Bu durum hastaların geçmişte tedaviye ulaşmada sorun yaşadıkları yorumunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda alkol ve madde kullanım bozuklukları tanısı alan kimse olmamıştır. İlçe merkezinde alkol satışının sadece tek bir noktada olması, bölgenin kültürel yapısı ve dini özellikleri nedeniyle alkol alımının hoş karşılanmaması ve az nüfuslu bu yerleşim bölgesinde damgalanma endişesinin olması, alkol problemleri olan kişilerin ilçe hastanesinden yardım alma konusunda çekingen davrandıkları şeklinde yorumlanmıştır. Alkol ve madde kullanımı ile ilgili problemleri olan kişilerin il merkezlerinde tedaviye başvurmuş olabileme ihtimali üzerinde durulmuştur. Alkol/madde kullanım bozukluklarının kentsel kesimde daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar çoğunluktadır fakat bunun yanında hastaların damgalanma endişesiyle psikiyatri hizmetlerinden yardım almama ve psikiyatrik şikayetleri nedeniyle alkol/madde ile kendilerini rahatlatma yoluna başvurmalarından dolayı kırsalda tespit edilenden daha fazla madde kullanımı olduğunu savunan görüşler literatürde mevcuttur (15-17).

Polikliniğimize başvuruların daha çok ilçe merkezinden olduğu görülmüştür. Psikiyatrik hizmetin verildiği yere olan ulaşım problemleri köylerden gelen hasta sayısında azalmaya neden olabilmektedir. Çalışmamızda tanı grupları ve yaşanan yer karşılaştırıldığında ise yaşanan yerin tanı üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür. İlçe ve köy nüfusunun iç içe olması ile bölge genel olarak kırsal temsil etmektedir, kent merkezindeki ruhsal hastalık dağılımlarıyla karşılaştırma olmaması çalışmamızın bir kısıtlılığıdır. Literatür incelendiğinde kent ve kırsal bölgedeki psikiyatrik bozukluklar konusunda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalar birbirleriyle gelişebilmektedir (37-39). Hızlı kentleşmenin olduğu yerlerde hem erkek hem kadınlarda depresyon ve psikotik bozukluk tanılarının daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (7,40). Ülkemizde yapılan bir çalışma psikotik bozuklukların kırsal kesimde daha fazla görüldüğünü fakat farklılığın anlamlı olmadığı belirtilirken, bir diğer ulusal çalışmada özellikle kırsal kesimde şizofreni sağaltımı konusunda halkın yeterli bilgiye

sahip olduğu ancak etiketlenme korkusu nedeniyle psikiyatrik yardım almaktan çekinmekte olduklarının üzerinde durulmaktadır (12,13). Kent yaşamında bipolar bozukluk olgularının daha fazla görüldüğü ve psikotik bulguların bipolar bozuklukta daha sıklıkla ortaya çıktığı belirtilmektedir (41). Yapılan bir çalışmada ise depresyonun kırsal kesimde daha fazla görüldüğü saptanmıştır (42). Kişilerin kötü sağlık koşullarında yaşamaları, kırsalda birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamaması, kronik somatik hastalıklarla mücadelede güçlük ve psikiyatrik hizmetlere ulaşmadaki güçlükler (ekonomik, ulaşım, damgalanma endişesi) bu bulgunun sebepleri olabilir. İntiharın kırsal kesimde daha fazla olduğunu ve özellikle ateşli silahla olan girişimlerin kentte göre anlamlı derecede fazla olduğunu bildiren birçok çalışmaya literatürde rastlamak mevcuttur (43,44). Yapılan ulusal bir çalışmada köyde doğanlarda ve son 15 yıldır köyde yaşayanlarda sosyal fobi yaygınlığının yüksek olduğu tespit edilmiştir (45). Araştırmalarda kırsal kesim ve alt sosyokültürel düzeyden gelenlerde konversiyon bozukluğu belirtilerine daha sık rastlanıldığı bildirilmiştir (46,47) Yapılan ulusal bir çalışmada da somatofrom bozuklukların kırsal kesimde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (18).

Bölgede evlilik oranları yüksek seviyededir. TÜİK istatistiklerinde şehir merkezlerinde 15 yaş üzeri hane halkının evlilik oranlarının %60-65 arasında değiştiği gösterilirken, kırsal kesimde oranların %70'lerin üzerinde olduğu görülmektedir (48). Kırsalda yaşayan gençlerin hem eğitim olanaklarının fazla olmaması hem de bölgenin muhafazakâr, kültürel ve ahlaki yapısından dolayı erken yaşta evlenmeleri bu durumun sebebi olarak yorumlanabilmektedir. Literatürde birçok çalışmada psikotik bozukluklarda evlilik oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (32,49). Çalışmamızda tanı grupları içerisinde en düşük evlilik oranları psikotik bozukluklar grubunda olsa da fark geçmişte ülkemizde yapılan çalışmalar kadar belirgin değildir (18,32). Bölgedeki psikotik bozukluk tanısı olan hastaların evliliğe teşviki ve idamesi konusunda aile, akraba, komşu gibi sosyal desteklerin yoğun olması bu tanı grubunda geçmişte yapılan çalışmalara göre evlilik oranlarının yüksek çıkmasına sebep olarak yorumlanmıştır. Psikiyatrik bozuklukların evli kişilerde evli olmayanlara göre daha fazla görülmesi

dikkat çekicidir, çalışmamızdaki bu bulgu literatürde yer alan çalışma bulgularıyla çelişmektedir. Kırsal kesimde boşanmış ve eşi ölmüş kişilerin düşük sayısı, yine kırsalda yüksek evlilik oranlarının olduğu Türkiye İstatistik Kurumu verilerinde yer almaktadır (50). Evliliğin ruhsal hastalıklara iyi geldiğine dair inançlar ve hastaya bakım amaçlı yapılan evlilikler bu fazlalığın nedeni olabilecek faktörler olarak düşünülebilir.

Somatik eş tanılarının psikiyatrik bozukluklara sıklıkla eşlik etmesi dikkat çekicidir. Literatürde özellikle HT ve DM'nin ruhsal hastalıklarla birlikte sık görüldüğünü gösteren birçok çalışmaya rastlanmıştır (51,52). Başvuran ve psikiyatrik tanı alan yaklaşık 3 kişiden 1'inde bedensel bir hastalık söz konusudur. Özellikle psikiyatrik bozukluklar ve HT birlikteliği dikkat çekicidir. Anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda HT'nin daha sıklıkla eşlik etmesi geçmişte HT ve anksiyete bozukluğu arasında anlamlı ilişki tespit eden çalışmalarla uyumludur (53,54). Çalışmamızda hipotroidi en sık görülen eştanılardan diğeridir. Hipotroidinin ruhsal hastalıklara yatkınlık oluşturduğu geçmişte yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir (55,56). Çalışmalarda kronik bedensel hastalığı olan kişilerde psikiyatrik bozuklukların daha sık ortaya çıktığı gösterilmiştir (57,58). Kronik bedensel hastalıklara bağlı olarak gelişen fiziksel problemler ruhsal hastalıkları tetikleyebileceği gibi hastalıkların beraberinde getirdiği yaşam zorlukları da ruhsal hastalıkların oluşmasında önemli rol oynar.

Çalışmamızda psikiyatrik eş tanılarının değerlendirilmemesi, poliklinik ilk başvuru sayısının azlığı ve değerlendirmenin uzun bir zaman dilimini kapsamaması çalışmamız açısından kısıtlayıcı diğer faktörlerdir.

Bu çalışma küçük ölçekli nüfusu olan kırsal bir bölgede yapılmıştır. Daha önce ülkemizde il merkezinde bulunan devlet hastanelerinde birçok epidemiyolojik çalışma yapılmıştır fakat literatürde kırsal kesimde devlet hastanesi psikiyatri kliniğine başvuranlarla yapılan çalışma sayısı çok azdır. Çalışmamız psikiyatri hizmetinin yeni başladığı bir bölgede yapıldığından dolayı önem taşımaktadır. Bununla birlikte psikiyatri hizmeti almak için başvuran kişiler hakkında bilgi vermekte olup, psikiyatrik hastalıklar için olası risk faktörlerinin araştırılmasında alan çalışmalarının daha yararlı olacağı kanaatindeyiz.



## KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı Yılığ 2009, Sağlıkta İnsan Kaynakları, [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy\\_2011.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf). Erişim Tarihi Mart 15, 2014.
2. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2006, Ankara, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye\\_hastalik\\_yuku\\_calismasi.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf). Erişim Tarihi Nisan 15, 2014.
3. Murray CJ. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2197-2223.
4. Vos T. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2163-2196.
5. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması, Ana Rapor 1998; 77-95.
6. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:1039-1046.
7. Marcelis M, Takei N, Van Os J. Urbanization and risk for schizophrenia: does the effect operate before or around the time of illness onset? *Psychol Med* 1999; 29:1197-1203.
8. Krabbendam L, Van Os J. Schizophrenia and urbanicity: A major environmental influence--conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* 2005; 31:795-799.
9. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005; 2:141.
10. Sundquist K, Frank G, Sunquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatry* 2004;184:293-298.
11. Hirschfeld RM, Montgomery SA, Keller MB, Kasper S, Schatzberg AF, Möller HJ, Healy D, Baldwin D, Humble M, Versiani M, Montenegro R, Bourgeois M. Social functioning in depression: a review. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:268275.
12. Köroğlu MA, Bilici M, Bekaroğlu M, Trabzon ili şizofreni prevalansı ve ilişkili sosyodemografik ve klinik özellikler. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, 1999, 371-377.
13. Taşkın EO, Seyfe Şen F, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İcelli İ. Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:586-592.
14. Turan MT, Beşirli A. Kentleşme sürecinin ruh sağlığı üzerine etkileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:238-243.
15. Abraham HD, Fava M. Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients. *Compr Psychiatry* 1999; 40:44-50.
16. Haris KM, Edlund MJ. Self-medication of mental health problems: new evidence from a national survey. *Health Serv Res* 2005; 40:117-134.
17. Paykel ES, Abbott R, Jenkins R, Brugha TS, Meltzer H. Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey. *Psychol Med* 2000; 30:269-280.
18. Öyeçkin DG. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:39-43.
19. Demir T, Karacetin G, Demir DE, Uysal O. Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *J Affect Disord* 2011; 134:168-176.
20. Deveci A, Taskin O, Dinc G, Yilmaz H, Demet MM, Erbay-Dundar P, Kaya E, Ozmen E. Prevalence of pseudoneurologic conversion disorder in an urban community in Manisa, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:857-864.
21. Ünsal A, Ayrancı Ü, Tozun M. Batı Türkiye'nin kırsal bir kasabasında kadınlar arasında depresyon sıklığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:148-155.
22. Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık FA, Özknay F, Onay H, Van Os J. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg* 2012; 23:149-160.
23. Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın EO, Şimşek E, Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:133-144.
24. Eken B, Evren EC, Saatçioğlu Ö, Çakmak D. Alkol bağımlılarında kişilik bozukluğunun sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2003; 16:71-79.
25. Özen Ş, Özbulut Ö, Altındağ A. Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı konan hastaların sosyodemografik özellikleri, stres faktörleri, I. ve II. eksen eştanıları. *Türkiye'de Psikiyatri* 2000; 2:87-97.
26. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:100-108.

27. Türkiye İstatistik Kurumu, İlçelere göre belde/köy nüfusu 2011, [http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwervlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa\\_turkiye\\_ilce\\_koy\\_sehir.RDF&p\\_il1=43&p\\_kod=1&p\\_yil=2011&p\\_dil=1&desformat=html](http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwervlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_ilce_koy_sehir.RDF&p_il1=43&p_kod=1&p_yil=2011&p_dil=1&desformat=html). Erişim tarihi Nisan 20, 2014.
28. Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, Özdel O, Ateşçi FÇ. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların ilk yakınmaları ve tanılara göre dağılımı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000; 37:221-226.
29. Weissman MM. Treatment of depression: men and women are different? *Am J Psychiatry* 2014; 171:384-387.
30. Mackenzie CS, Reynolds K, Cairney J, Streiner DL, Sareen J. Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depress Anxiety* 2012; 29:234-242.
31. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:629-640.
32. Johnson DA. An analysis of out-patient services. *Br J Psychiatry* 1973; 122:301-306.
33. Güreşçi E. Türkiye’de kentten köye göç olgusu, Doğuş Üniversitesi Dergisi 2010; 11:77-86.
34. Türkiye İstatistik Kurumu Genel Nüfus Sayımları, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/nufusmenuapp/menu.zul>. Erişim Tarihi Mart 20, 2012.
35. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfizter H, Müller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 2004; 4:597-611.
36. Özerdem A, Alkın T, Alptekin K, Yemez B, Tunca Z, Ünal F. Bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniği epidemiyolojisi. 16. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı, 1990, 101-112.
37. Vazquez-Barquero JL, Dowrich C, Lehtinen V, Delgard S, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001; 179:308-316.
38. Wang JL. Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:19-25.
39. Bhugra D, Gupta S, Schouer OM, Graeff IC, Deakin NA, Quereshi A, Dales J, Moussaoui D, Kastrup M, Tarricone I, Till A, Bassi M, Carta M. EPA guidance mental health care of migrant. *Eur Psychiatry* 2014; 29:107-115.
40. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:1039-1046.
41. Kaymaz N, Krabbendam L, De Graaf R, Nolen W, Ten Have M, van Os J. Evidence that the urban environment specifically impacts on the psychotic but not the affective dimension of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:679-685.
42. Probst JC, Laditka SB, Moore CG, Harun N, Powell MP, Baxley EG. Rural-urban differences in depression prevalence: implications for family medicine. *Fam Med* 2006; 38:653-660.
43. Singh GK, Siahpush M. Increasing rural-urban gradients in US suicide mortality, 1970-1997. *Am J Public Health* 2002; 92:1161-1167.
44. Middleton N, Gunnell D, Frankel S, Whitley E, Dorling D. Urban-rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981-1998. *Soc Sci Med* 2003; 57:1183-1194.
45. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Social phobia among university students and its relation to self esteem and body image. *Can J Psychiatry* 2004; 49:630-634.
46. Swartz M, Landerman R, Blazer D, George L. Somatization symptoms in the community: a rural/urban comparison. *Psychosomatics* 1989; 30:44-53.
47. Ercen ES, Varan A, Veznedaroğlu B, Akdeniz F, Aydın C. Ergenlerde konversiyon bozukluğuna ilişkin özelliklerin araştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 1998; 9:165-172.
48. Türkiye İstatistik Kurumu, İller arası göç nüfusu, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1047](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1047). Erişim tarihi Nisan 24, 2014.
49. Karno M, Norquist G. Schizophrenia epidemiology: In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan HI, Sadock BJ (Editors). Fifth ed., Baltimore: Williams&Wilkins, 1989; 699-705.
50. Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus ve Demografik Yapı, <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>. Erişim tarihi Nisan 24, 2014.
51. Schmitz N, Thefeld W, Kruse J. Mental disorders and hypertension: factors associated with awareness and treatment of hypertension in the general population of Germany. *Psychosom Med* 2006; 68:246-252.
52. Mommersteeg PM, Herr R, Pouwer F, Holt RI, Loerbroks A. The association between diabetes and an episode of depressive symptoms in the 2002 World Health Survey: an analysis of 231,797 individuals from 47 countries. *Diabet Med* 2013; 30:208-214.



53. Baycılı Ü, Arkonaç O, Erkoç Ş. Hipertansiyonda mizaç ve anksiyete bozukluklarının görülme oranları. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1991; 4:55-57.
54. Davies SJ, Ghahramani P, Jackson PR, Hippisley-Cox J, Yeo WW, Ramsay LE. Panic disorder, anxiety and depression in resistant hypertension--a case-control study. *J Hypertens* 1997; 15:1077-1082.
55. Thvilum M, Brandt F, Almind D, Christensen K, Brix TH, Hegedüs L. Increased psychiatric morbidity before and after the diagnosis of hypothyroidism: a nationwide register study. *Thyroid* 2014; 24:802-808.
56. Fornaro M, Iovieno N, Clementi N, Boscaro M, Paggi F, Balercia G, Fava M, Papakostas GI. Diagnosis of co-morbid axis-I psychiatric disorders among women with newly diagnosed, untreated endocrine disorders. *World J Biol Psychiatry* 2010; 11:991-996.
57. Bilge U, Ünlüoğlu İ, Yenilmez Ç. Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuran kronik bedensel hastalığı olan hastalarda ruhsal bozuklukların belirlenmesi. *Journal of Neurological Sciences* 2012; 29:316-328.
58. Grady A, Lynch DJ, Nagel RW. Coherence between physician diagnosis and patient self reports of anxiety and depression in primary care. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198:420-424.