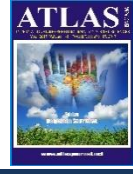




ATLAS INTERNATIONAL REFEREED JOURNAL ON SOCIAL SCIENCES

ISSN:2619-936X



Article Arrival Date:30.10.2018

Published Date:30.12.2018

2018 / December

Vol 4, Issue:15

Pp:1707-1716

Disciplines: Areas of Social Studies Sciences (Economics and Administration, Tourism and Tourism Management, History, Culture, Religion, Psychology, Sociology, Fine Arts, Engineering, Architecture, Language, Literature, Educational Sciences, Pedagogy & Other Disciplines in Social Sciences)

BİRİNCİ BASAMAKTA KADINLARIN RUHSAL DURUMLARININ BELİRLENMESİ

WOMEN IN THE FIRST STEP DETERMINATION OF SPIRITUAL STATUS

Öğr.Gör. Esra SERGEK

Gaziantep Üniv. Sağlık Bil. Fak. Ebelik Bölümü, Gaziantep/Türkiye

Dr.Öğr.Üyesi Sibel BAYIL OĞUZKAN

Gaziantep üniversitesi, Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu, Tıbbi laboratuvar bölümü Gaziantep/Türkiye

ÖZET

Bu araştırma aile sağlığı merkezine başvuran kadınların ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma Gaziantep'in kırsal kesimindeki bir ASM'de (Aile Sağlığı Merkezi) uygulanmıştır. Mart-Haziran 2016 tarihleri arasında çeşitli sağlık sorunları nedeniyle sağlık ocağı polikliniği ve aile planlaması polikliniğine başvuran 15 yaş ve üstündeki 193 kadınla görüşülmüştür. Veri toplama formunun birinci bölümünde annelerin sosyodemografik özelliklerine yönelik bilgi formu, ikinci bölümünde ise Genel Sağlık Anketi (GSA) kullanılmıştır. Kadınların ruhsal durumlarıyla sosyoekonomik değişkenlerin ilişkisi araştırılmıştır. Orta-yüksek GSA sıklığı % 60.6'dır. Kadınların eğitim durumları, sosyal güvenceleri, aile tipleri, eşinin yaşı, evlilik yılı, toplam gebelik sayısı, düşük, küretaj olma durumu, alkol/sigara kullanma, ruhsal sıkıntı yaşadığında çevresinde paylaşabileceği kimsenin olup olmaması, I.derece akrabalarında ruhsal hastalık geçiren olup olmaması, ruhsal hastalık geçirip geçirmediği, gebeliğinde ruhsal hastalık geçirip geçirmeme durumu gibi değişkenlerin ruhsal sağlığı etkilemediğini; kadınların yaşları, ekonomik durumları, eşlerinin meslekleri ve eşlerinin eğitimleri ruhsal sağlığı etkileyen değişkenler olarak belirlenmiştir. GSA skoru üzerine etkili olan değişkenler yaş, ekonomik durum, eşlerinin meslekleri ve eşlerinin eğitimleridir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyoekonomik değişkenler uygun önlemlerle değiştirilebilir etkenlerdir. Tüm sağlık personelinin özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında hemşirelerin kadınların ruh sağlıklarını çok iyi değerlendirmeleri gerekir.

Anahtar Sözcükler : Kadın, Genel Sağlık Anketi, Hemşire

ABSTRACT

This research was conducted to determine the spiritual status of women who referred to community health clinic. Research was carried out in a community health clinic located in the rural area of city of gaziantep. A total of 193 women, 15 years of age or over, who referred to the community health clinic and family planning polyclinic due to various health problems between the dates of march thru june 2016 were interviewed. In the first part of the data collection form a data form directed toward sociodemographic characteristics of the mothers and in the second part a general health survey (ghs) was used. The relationship between the spiritual status of women and socioeconomic variables was investigated. The frequency of medium-high ghs is 60.6 %. It was determined that variables such as women's level of education, their social security, family type, age of spouse, duration of marriage, total number of pregnancies, status of miscarriage and abortion, alcohol/cigarette usage, whether there is a person around to share their spiritual distress, whether there is a first-degree relative who experienced spiritual distress and a spiritual disease during pregnancy did not affect the spiritual health whereas the age of women, their economic status, spouse's occupation and spouse's level of education did affect their spiritual health. The variables that were affective on gsh scores were age, economic status, spouse's occupation and level of education. This result is also found statistically significant ($p<0.05$). Socioeconomic variables are the factors that can be changed with appropriate precautions. Whole health personnel, especially in first-step health organizations, should assess spiritual health of women very well.

Key Words : Women, General Health Questionnaire, Nursing

1. GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar sağlık kuruluşlarına başvuranlar arasında ve genel olarak toplumda yaygın olarak karşılaşılan sorunlardır (Öztürk 1992, Küey ve ark. 1987, Sortorius ve ark 1993, Burvill 1990). Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozuklukların görülme oranının % 20-30

arasında değiştiği ve bunların çoğunluğunu depresif bozuklukların ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğu bilinmektedir. Aynı zamanda bu sorunların kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Kelleci 2003).

Ruhsal bozukluklar gerek hastanın kendi hastalığını gizleme eğiliminde olması, gerekse sağlık personelinin ruhsal hastalıklara olan yaklaşımının yeterli düzeyde olmaması nedeniyle eksik tanı alırlar. Hastaların tanı almaması veya geğ tanı alması gereksiz harcamalara ve iyatrojenik hastalıklara yol ağtığı gibi aynı zamanda hastalıklarda ve sağlık personeline memnuniyetsizliğe neden olur(Goldberg ve Sartorius 1990).

Ülkemizde düşük sosyo-ekonomik düzeyde olma, olumsuz koşullarda yaşama, ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar, öğrenilmiş çaresizlik, güçsüzlük, itaatkar, fedakar ve pasif olma gibi toplum öğretileri kadınların mutsuz, doyumsuz, ümitsiz, çaresiz, kendini değersiz görme gibi duygular yaşamalarına neden olmaktadır. Bilindiği gibi kadınlar sağlık kurumlarını erkeklere göre daha fazla kullanmaktadır. Bu kurumlarda ağırlıklı olarak fiziksel sorunlara yönelik tedavi uygulandığı için bireylerin yakınmaları daha az düzeltilmekte ve bu bireyler toplum içerisinde semptomları ile birlikte yaşamalarını sürdürmektedir (Kelleci 2003, Kırılı 1999).

Ruh sağlığı göstergeleri açısından gelişmekte olan ülkeler sınıfına giren ülkemizde Aile Hekimliğine geçilen bugünlerde Ruh sağlığı hizmetleri birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde tanımlanabilmektedir. Alma-Ata Bildirgesi'ne göre (1978) temel sağlık hizmetleri yapısı gereği ruh sağlığı hizmetlerini de kapsayacak şekilde bütüncül olmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde ruh sağlığına yönelik işlevlerin etkin bir şekilde yürütülmediği gözlenmektedir (Kelleci 2003, Ögel 1996, Rezaki 1997, Kırılı 1999).

Toplum ruh sağlığı bireyin toplum içinde kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasını sağlayan ruh sağlığı bozulduğunda toplum içinde bakım ve tedavisini içeren hizmetler bütünüdür. Toplum ruh sağlığı hizmetleri birincil, ikincil ve üçüncül önlemleri kapsamaktadır. Bu önlemler içerisinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, uyum gücünü arttırma, başa çıkmayı kolaylaştırma, erken tanı ve tedavi gibi hizmetler yer almaktadır(Mc Farland, William, Beck 1997, Worley 1997).

Hemşirelik birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme amacı ile hizmet veren bir sağlık disiplindir. Topluma hizmet götürme işlevinde disiplinlerarası işbirliğinin sağlanması ile ruhsal bozuklukların erken dönemde saptanması ve kronikleşmeden önlenmesi mümkün olabilecektir. Günümüzde dünyada ruhsal bozuklukların önlenmesi ve tedavisinde, çok merkezli ve ekip çalışmasına dayanan uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Çalışmacılar hemşirelerin sosyal, fiziksel ve ruhsal boyutlarda sorunları olan bireyler için primer bakım sağlayıcı profesyoneller olduklarını belirtmekte ve topluma hizmet götürme işlevinde önemlerinden söz etmektedir (Badger, Mishel, Biocca 1992; Lauder, Reynolds, Reilly 2001).

Bu araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kadınların ruhsal belirti düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kadınların ruhsal belirti düzeylerini belirlemek için planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı Gaziantep Hasan-Fattum Kafadar Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) yapılmıştır. ASM göçlerin yoğun olarak yaşandığı, gecekonduların fazla olduğu geleneksel aile yapılarını mevcut olduğu bir bölgede bulunmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Mart-Haziran 2016 tarihleri arasında çeşitli sağlık sorunları nedeniyle sağlık ocağı polikliniği ve aile planlaması polikliniğine başvuran 15-49 yaş grubunda olan çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; bu özelliklere uygun olan 193 kadın oluşturmuştur.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Kronik hastalığı olan sevk yaptırmak, rapor almak ya da ilaç yazdırmak amacıyla polikliniğe başvuran kadınlar örneklem grubuna alınmamıştır.

2.5. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan görüşme formu ve Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) ile toplanmıştır.

2.6. Görüşme Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan formda, örneklem grubunun demografik özellikleri, sağlık-hastalık öyküleri ve doğurganlık özellikleri ile ilgili bölümler bulunmaktadır.

2.7. Genel Sağlık Anketi-12

Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmış olan form, toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmak amacıyla kullanılmaktadır. GSA, David Goldberg (1970) tarafından toplumda sık rastlanan , akut ruhsal hastalıkları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceği belirtilirken, psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastaların saptanmasında kullanılması önerilmektedir. Hastaların kendilerinin doldurdıkları ve genel olarak ruhsal rahatsızlık olup olmadığını belirlemeyi hedefleyen ölçek, bir sağlık sorunuyla sağlık kurumuna başvuran hastalarda son haftalarda ortaya çıkmış ruhsal rahatsızlıkların taranması amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Her soru son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve 4'er şıklıdır (hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık). Bu dört sütun yanıtlayıcı tarafından 0, 1, 2, 3 olarak kodlanır ya da uygulayıcı tarafından yüksek sesle okunarak verilen yanıtlar kodlanır. Puanlamada GSA'nın değerlendirilmesinde kullanılan GHQ tipi puanlama adı verilen yöntem kullanılmıştır. Buna göre ilk iki kolon 0, son iki kolon da 1 olarak puanlanmıştır (Kılıç 1996). Bireyler 12 soruluk ölçekten aldıkları puanların toplamına göre "yüksek", "orta" ve "düşük" GSA skorlu olarak tabakalanırlar. Özellikle yüksek ve orta skor tabakalarına girenlerde psikiyatrik bir hastalık bulunması olasılığı yüksektir. Ölçekten 4 ve daha fazla puan alanlar "yüksek", 2-3 puan alanlar "orta", ve 2'den az puan alanlar da düşük skorlu olarak değerlendirilirler (WHO 1991). Bu araştırmadaki analizler, "düşük skorlular" ve "orta-yüksek skorlular" şeklinde gruplanarak yapılmıştır.

2.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri kadınların sağlık ocağına başvuru şikayetlerine göre muayene yapıldıktan sonra bireysel görüşmeler yapılarak toplanmıştır.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayarda araştırmacılar tarafından SPSS 10,0 paket programına aktarılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, t-testi, anova testi kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Kadınların % 51.3'ü 25-34 yaş, % 34.7'si 15-24 yaş, % 14'ünün 35-49 yaşları arasında; % 66.8'i ilkokul, % 20'si ortaokul, % 8.3'ü lise, % 4.7'si yüksekokul mezunu, % 65.8'inin sosyal güvencesi olduğu, % 78.2'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu; % 53.9'unun ise ekonomik durumunun gelirinin giderinden az olduğu; % 36.8'inin 5-9 yıllık evli olduğu belirlenmiştir. Kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; % 27.5'inin en az 1 gebelik geçirdiği; % 19.7'sinin en az 1 kez abortus geçirdiği; % 10.4'ünün kürtaj geçirdikleri belirlenmiştir. (Tablo 1)

Kadınların eşlerinin % 46.1'inin 20-29 yaş, % 44.6'sı 30-39 yaş, % 9.3'ünün 40-49 yaş grubunda olduğu; %36.8'inin işçi; % 58.5'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların % 7.3'ünün alkol/sigara kullandıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınlarda ruhsal bozukluk durumlarına baktığımızda; % 36.3'ünün ruhsal sıkıntı yaşadığında paylaşacağı kimsenin olmadığı, % 14.5'inin I.derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü bulunduğu, % 6.2'sinin ruhsal hastalık geçirdiği, % 5.2'sinin gebeliğinde ruhsal hastalık geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 1) .

Tablo 1: Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımı (n=193)

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Yaş		
15-24 yaş	67	34.7
25-34 yaş	99	51.3
35-49 yaş	27	14.0
Eğitim durumu		
İlkokul	129	66.8
Ortaokul	39	20.2
Lise	16	8.3
Üniversite	9	4.7
Sosyal Güvence		
Var	127	65.8
Yok	66	34.2
Aile Tipi		
Geniş	42	21.8
Çekirdek	151	78.2
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	104	53.9
Gelir gidere eşit veya fazla	89	46.1
Eşinin yaşı		
20-29	89	46,1
30-39	86	44,6
40-49	18	9,3
Eşinin mesleği		
Memur	21	10.9
İşçi	71	36.8
Esnaf	50	25.9
Serbest	51	26.4

<i>Eşinin eğitimi</i>		
İlkokul	113	58.5
Ortaokul	38	19.7
Lise	31	16.1
Yüksek okul	11	5.7
<i>Evlilik yılı</i>		
1-4	70	36.3
5-9	71	36.8
10-14	29	15.0
15 ve ↑	23	11.9
<i>Toplam gebelik sayısı</i>		
1	53	27.5
2	49	25.4
3	43	22.3
4	22	11.4
5 ve ↑	26	13.5
<i>Abortus</i>		
Evet	38	19.7
Hayır	155	80.3
<i>Küretaj</i>		
Evet	20	10.4
Hayır	173	89.6
<i>Alkol/sigara kullanma</i>		
Evet	14	7.3
Hayır	179	92.7
<i>Ruhsal sıkıntı yaşadığında paylaşacağı kimse</i>		
Var	123	63.7
Yok	70	36.3
<i>1.derece akrabalarda ruhsal hastalık öyküsü</i>		
Var	28	14.5
Yok	165	85.5
<i>Ruhsal hastalık geçirme öyküsü</i>		
Yok	181	93.8
Var	12	6.2
<i>Gebeliğinde ruhsal hastalık geçirme öyküsü</i>		
Yok	183	94.8
Var	10	5.2

Tablo 2 : Kadınların GSA Puan Düzeyleri (N=193)

Puan	n	%
Düşük	77	39.9
Orta	42	21.8
Yüksek	74	38.3

Tablo 2’de araştırma kapsamındaki kadınlarda GSA skorunun orta-yüksek olma sıklığı % 60.1 olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Kadınların Bireysel Özelliklerine Göre GSA Puan Ortalamaları (N=193)

		N	X ± SS	Anlamlılık
Yaş	15-24 yaş	67	2.58±2.43	F=1.32
	25-34 yaş	99	2.87± 2.54	p < 0.05
	35-49 yaş	27	3.55 ±3.34	
Eğitim Durumu	İlkokul	129	2.96±2.66	F=0.636
	Ortaokul	39	2.89±2.59	p >0.05
	Lise veya Üniversite	25	2.32±2.59	
Sosyal Güvence	Var	127	2.66±2.49	t = 1.535
	Yok	66	3.27±2.86	p >0.05
Aile Tipi	Geniş	42	3.07±2.28	t = 0.558
	Çekirdek	151	2.81±2.72	p >0.05

Ekonomik Durum	Gelir giderden az	104	2.44±2.31	t = 2.474
	Gelir gidere eşit veya fazla	89	3.37±2.89	p < 0.05
Eşinin Yaşı	20-29 yaş	89	2.53±2.38	F=2.052
	30-39 yaş	86	3.01±2.68	p > 0.05
	40-49 yaş	18	3.83±3.32	
Eşinin Mesleği	Memur	21	1.57±2.18	F=3.163
	İşçi	71	3.18±2.89	p < 0.05
	Esnaf	50	2.46±2.39	
	Serbest	51	3.37±2.47	
Eşinin eğitimi	İlkokul	113	3.38±2.87	F=5.926
	Ortaokul	38	2.39±2.15	p < 0.05
	Lise	31	1.90±1.96	
	Yüksek okul	11	2.87±2.63	
Evlilik yılı	4 yıl ve altı	70	2.60±2.47	F=0.534
	5-9 yıl	71	2.88±2.30	p > 0.05
	10-14 yıl	29	3.20±3.26	
	15 yıl ve üzeri	23	3.21±3.20	
Toplam gebelik sayısı	1	53	2.20±2.22	F=1.580
	2	49	2.75±2.52	p > 0.05
	3	43	3.20±2.93	
	4	22	3.36±2.96	
	5 ve ↑	26	3.46±2.68	
Abortus	Evet	38	2.86±2.48	t = 0.005
	Hayır	155	2.87±2.67	p > 0.05
Küretaj	Evet	20	2.35±2.56	t = 0.933
	Hayır	173	2.93±2.64	p > 0.05
Alkol/sigara kullanma	Evet	14	3.21±3.04	t = 0.506
	Hayır	179	2.84±2.60	p > 0.05
Ruhsal sıkıntı yaşadığında paylaşacağı kimse	Var	123	2.43±2.45	t = 3.083
	Yok	70	3.62±2.77	p > 0.05
I.derece akrabalarda ruhsal hastalık öyküsü	Var	28	3.46±3.19	t = 1.293
	Yok	165	2.76±2.52	p > 0.05
Ruhsal hastalık geçirme öyküsü	Yok	181	2.81±2.65	t = 1.196
	Var	12	3.75±2.26	p > 0.05
Gebeliğinde ruhsal hastalık geçirme öyküsü	Yok	183	2.79±2.61	t = 1.773
	Var	10	4.30±2.79	p > 0.05

4. TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki kadınlarda GSA skorunun orta-yüksek olma sıklığı % 60.1'dir. Bu bulgu kadınların yarından fazlasının ruhsal belirtilerinin olduğunu ve ileri bir psikiyatrik tanılamaya gidilmesinin gerekliliğini göstermesi açısından önemli görülmektedir. Aynı zamanda ruhsal belirtilerin yüksek oranda görülmesi sağlık ocağına başvuran kadınların ruhsal yönden incelenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Literatürde birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunların belirlenmesi ve müdahale edilmesi konusunda sorunların yaşandığı belirtilmektedir. Bu konuda eğitilmiş profesyonellerin çalışması ve sağlık sisteminde düzenlemelerin yapılmasının gerekliliğinden söz edilmektedir (Özmen ve Sağduyu 1997).

ASMLer toplum tarafından genellikle ikinci ya da üçüncü sırada tercih edilen yerlerdir. Buna karşılık farklı kurumlarda ve bölgelerde benzer araştırmaların sayısı arttıkça birinci basamakta ruhsal hastalıklarla ilgili genellemelere gitmek kolaylaşacaktır.

Çalışmamızda yaş grupları ile ruhsal hastalık arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça GSA puanının da arttığı belirlenmiştir. Rezaki'nin (1996) çalışmasında yaş ilerledikçe Genel Sağlık Düzeyi (GSD)'nin düştüğü ileri sürülmektedir. Ayrancı ve Yenilmez'in 2002'de

Eskişehir’de yaptığı bir araştırmada psikiyatrik başvuruların daha çok erişkin yaşlarda yapıldığı görülmektedir.

Eğitim yılı arttıkça GSD puanının düştüğü, gözlenmiştir. Bu da eğitimin genel sağlık düzeyi üzerine olumlu bir etkisi olarak düşünülebilir.

Doğan ve arkadaşları (1989) kadın ve erkeklerdeki evlilik ve evliliğin getirdiği bireysel yaşamdan aile ortamına uyumdaki zorlukların orta yaştan yaşlılığa geçişteki sorunların ve kadınlarda menapoz gibi ruhsal durumu etkileyen nedenlerin bu yaş grubunda psikiyatrik hastalıkların daha fazla görülmesiyle etkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ayrıca kronik fiziksel hastalıkların ortaya çıkması ve sıklıkla sorunların eşlik etmesi genellikle bu yaş grubunda başlamaktadır. Bazı araştırmalarda (Oral ve ark. 1995, Moos ve Mertens 1996) birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalardaki ruhsal hastalık sıklığı çalışmamızda bulunan oranla benzerlik göstermektedir.

Ruhsal hastalık sıklığı ülkeler arasında da benzerlik göstermektedir. Yapılan çok merkezli ruhsal hastalıkların yaşam boyu sıklığının karşılaştırıldığı bir çalışmada ruhsal hastalık oranları açısından ülkeler arasında büyük değişiklikler saptanmıştır. Hollanda ve ABD’nde herhangi bir ruhsal hastalığın yaşam boyu prevalansı % 40’dan fazla iken Meksika’da % 20, Türkiye’de % 12 olarak bildirilmiştir (Bull World Helth Organ 2000).

Lyness ve arkadaşları (1999) depresyon başta olmak üzere ruhsal hastalıkların birinci basamak sağlık kurumlarında yaygın olduğunu ve sağlık personelinin anksiyeteli ya da şüpheli somatoform belirtili yaşlı hastaları muayene ederken depresyon konusunda dikkatli olunmasını önermişlerdir.

Ayrancı ve Yenilmez’in (2002) Eskişehir’deki birinci basamak sağlık kurumlarında yaptığı bir çalışmada olası hastalık sıklığı % 38.9 bulunmuştur. Rezaki (1995) çalışmasında birinci basamak kurumlara başvurularda tanı ölçülerine göre hiçbir tanı olmayan ama önemli sayıda depresyon, anksiyete ve somatizasyon bozukluğu belirtisini birlikte gösteren hastaların sıklığına dikkat çekmiştir. Çalışmalar anksiyeteli kişilerin ruh sağlığı kurumlarından aldıkları kadar birinci basamak sağlık kurumlarından da tedavi aldıklarını göstermektedir (Price ve ark. 2000, Rice ve Miller 1998). Reiger ve arkadaşları (1985) tarafından yapılan bir çalışmada birinci basamak sağlık kurumlarında en sık görülen ruhsal hastalıkların depresyon, anksiyete bozuklukları, madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları ve somatoform bozukluklar en düşük sıklıkta ise şizofreni ve bipolar bozukluk gibi hastalıkların olduğu bulunmuştur.

Bugüne kadar yapılan en kapsamlı araştırma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre kadınlarda ruhsal rahatsızlık görülme oranının erkeklerden iki kat daha fazla olduğu, eğitim, medeni durum gibi değişkenler ruhsal hastalık yaygınlığını etkilediği, ancak son bir yıl içinde ruhsal şikayetlerle tedavi için başvuruda bulunanların %4.7 gibi düşük bir oranda olduğu, buna karşın kadınların erkeklere nazaran iki kat daha çok sağlık kuruluşlarına başvurduğu belirlenmiştir. Türkiye’deki çalışmalarda Rezaki (1995) depresyon oranını % 11.6, Rezaki ve Rezaki (1996) % 33.6 olarak bulmuşlardır. Küey ve arkadaşları (1987) çeşitli düzeylerde depresif belirti oranı % 20, klinik düzeyde depresyonun ise % 10 olduğunu bildirmişlerdir. Erol ve arkadaşları (1998) anksiyete ve depresyonun tanılarının büyük çoğunluğunu oluşturduğunu, bildirmişlerdir. Roizblatt ve arkadaşları (1993) ise en sık görülen hastalıkların anksiyete bozuklukları olduğunu, ancak nadiren teşhis edildiğini belirtmişlerdir.

Çalışmaların tamamına yakınında ruhsal hastalık sıklığı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Herran ve ark. 1999, Doğan ve ark. 1989, Belek 1999, Sağduyu ve ark. 2000, Ayrancı ve Yenilmez 2002). Van Korff ve arkadaşları (1987) ruhsal hastalık sıklığını kadınlarda % 67.6 olarak bildirmişlerdir. Üstün ve arkadaşlarının (1994) yaptığı bir çalışmada depresyon hastalarının % 81.25’ini kadınlar oluşturmuştur. Kadınlardaki ruhsal hastalıkların fazla

olmasının nedenleri olarak daha sık yardım arayışında olmaları, kadının toplumdaki eş, anne gibi sosyal yüklerinin fazla olması, geleneklerin etkisiyle erkeklere göre geri planda olmaları düşünülebilir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 14 ülkedeki 15 merkezde koordine edilen GSA'nın kullanıldığı bir araştırmaya göre iyi tanımlanmış psikolojik sağlık sorunlarının sıklığı % 24 oranındadır (Sartorius ve ark. 1996). Aynı çalışmanın sonuçlarında 5'den yüksek GSA skor sıklığının % 12.2 (Ankara) ile % 51.1 (Santiago) arasında değiştiği görülmektedir. Sıklıklar arasındaki bu önemli farklılıkların toplumlarda sağlık-hastalık olgularının farklı algılanmasına bağlı sosyokültürel bir farklılık olabileceği belirtilmektedir (Goldberg ve Lecrubier 1995). Çalışmamızda saptanan 5'ten yüksek GSA skor sıklığı ise % 23.3'dür (n=193).

Literatürde GSA ölçeği ile yapılan araştırmalara göre ruhsal sağlık sorunları kadınlarda (Vinamaki 1995) ve işsizlerde (Weich ve Lewis 1998) daha siktir. Sınıf ile ruhsal sağlık ilişkisi kimi araştırmalarda yalnızca erkeklerde (Manck ve ark. 1994) kimi araştırmalarda ise her iki cinsten de saptanmıştır (Graetz 1993). Bu araştırmalara göre sınıfsal konum kötüleştikçe GSA ile belirlenen ruhsal sağlık sorunlarının sıklığı artmaktadır. Fiziksel sağlıktaki bozulmalar ruhsal sağlığı da olumsuz etkileyebilmektedir (Weich ve Lewis 1998).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık kurumlarındaki ruh sağlığı hizmetlerini araştırmak için yapılan bu çalışmada yaş, ekonomik durum, eşlerinin meslekleri ve eşlerinin eğitimleri ile genel sağlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$); eğitim durumu, sosyal güvence, aile tipi, eşinin yaşı, evlilik yılı, toplam gebelik sayısı, abortus, küretaj, alkol/ sigara kullanımı, ruhsal sıkıntı yaşadığında paylaşacağı kimsenin olup olmaması, I. Derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü, ruhsal hastalık geçirme, gebeliğinde ruhsal hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca ruhsal hastalıklara konulan teşhis ve yapılan tedavinin çok düşük oranda olduğu saptandı.

Birinci basamaktaki ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan hastalar daha çok orta ve ileri yaşlardaki kadın hastalardır. Birinci basamaktaki ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi için hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadın sağlığı ve ruh sağlığı çalışması konusunda desteklenmesi toplum ruh sağlığı düzeyinin iyileştirilmesine yardımcı olacaktır. Bu anlamda hemşireleri motive edilecek çalışmalara önem verilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Ayrancı Ü Yenilmez Ç (2002) Eskişehir İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2): 115-124.

Badger LW Gruy FV Hartman J ve ark. (1994) Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians. *Psychosom Med*, 56(2): 128-135.

Belek İ (1999) Genel Sağlık Anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler: Antalya'da bir alan çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(3): 163-172.

Bull World Health Organ (2000) Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders: WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 78(4):413-426.

Doğan O Özbek H Gülmez H ve ark. (1989) Ruhsal bozuklukların toplumda dağılımı. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 15-21 Ekim 1989 Mersin, s. 107-112.

Erol N Kılıç Ç Ulusoy M ve ark. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, s. 25-75.

Goldberg DP Lecrubier Y (1995) From and frequency of mental disorders across centers. *Mental İness in General Health Care*, TB Üstün, N Sartorius (Ed), England, John Wiley and Sons Ltd, s..323-324

Graetz B (1993), Health consenquences of emoloyment and unemoloyment:Longiudinal evidence for young men and women. *Soc Sci Med*, 36:715-724

Herran A Vazquez-Barquero JL Artal J ve ark (1999) The recognition of mental disease in primary health care and its determining factors. *Actas Esp Psiquiatr*, 27(2): 87-95.

Kelleci M Aştı N Küçük L (2003) Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 7(2): 11-14

Kırlı S (1999) Kadın ve Depresyon: Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 8(3): 104-105

Küey L Üstün TB Güleç C (1987) Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması. *Toplum ve Hekim*, 44:16-30

Kılıç C Rezaki M (1994) Pathways to psychiatric care in Ankara. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol*, 29:131-136.

Kırlı S (1999) Kadın ve Depresyon:Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 8(3):104-105

Küey L Üstün TB Güleç C (1987) Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim*, 44:16-30.

Lyness JM Caine ED King DA ve ark (1999) Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med*, 14(4):249-254.

Monck E Graham P Richman N Ve ark (1994) Adolescent girls. I.Self-Reported mood disturbance in a community population. *Br J Psychiatry*, 165:760-769.

Moos RH Mertens JR (1996) Patterns of diagnoses, comorbidities, and treatment in late-middle-aged and older affective disorder patients: comparison of mental health and medical sectors. *J Am Geriatr Soc*, 44(6):682-688.

Oral TF Kıyak M Temiz S ve ark. (1995) Temel Sağlık Hizmetlerinde ICD-10 ile Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(2): 99-106.

Ögel K (1996) Depresyonla İlgili Gerçekler ve Rakamlar:Aktüel Literatür Dergisi,3(35):15

Özmen E Sağduyu A (1997) Temel Sağlık Hizmetlerinde Depresyon: Tanı Sorunları ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(2): 93-101

Öztürk M (1988) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. *Ankara Nürol Matbaası*, s. 485-492.

Price D Beck A (2000) The treatment of anxiety disorders in a primary care HMO setting. *Psychiatr Q*, 71(1):31-45.

Regier DA Burke JD Jr Manderscheid RW ve ark (1985) The chronically mentally ill in primary care. *Psychol Med*, 15(2):265-273.

Rezaki BG Rezaki M (1996) Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal sorunlar. Bir yıllık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2): 83-91.

Rezaki M (1995) Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(1):13-21.

Rezaki MS Özgen G Kaplan İ ve ark. (1995) Results from the Ankara Centre in Mental İness in General Health Care: An International Study. *John Wiley & Sons Ltd*, s. 39-55.

Rice DP Miller LS (1998) Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *Br J Psychiatry Suppl*, (34): 4-9.

Roizblatt A Humphrey D Fullerton C (1993) Patients cared for at the mental health unit of a primary care office. morbidity study. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*, 39(3): 231-237.

Sağduyu A (1997) Yaşlılar için depresyon ölçeği:Hamilton Depresyon Ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*,8(1):3-8.

Sartorius N ve ark. (1993) An international study of psychological problems in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 50:819-824.

Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y ve ark. (1996) Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br. J Psychiatry*, 168 (Suppl. 30): 38-43

Üstün B, Ceylan ME, Çevik Y ve ark. (1994) Birincil sağlık hizmeti içinde ruh sağlığı. *Düşünen Adam*, 7(4): 9-19.

Vinamaki H Kontula O., Niskanen L ve ark. (1995) The Association between economic and social factors and mental health in Finland. *Acta Psychiatr Scand*, 92: 208-213

Von Korff M Shapiro S Burke JD ve ark (1987) Anxiety and depression in a primary care clinic: Comparison of Diagnostic interview Schedule General Health Questionnaire and practioner assessment. *Arch Gen Psychiatry* 44(2) : 152-156

Weich S, Lewis S (1998) Material standart of living, social class, and the prevalance of the common mental disorders in Great Britain. *J Epidemiol Community Health*, 52: 8-14