

TÜRKİYE'DE RUHSAL HASTALIKLARIN YAYGINLIĞI VE RUHSAL TEDAVİ İHTİYACI KONUSUNDA NEREDEYİZ?

Cengiz KILIÇ*

Öz: Toplum taramaları ruhsal hastalıkların tüm ülkelerde çok yaygın olduğunu, birçok hastanın sağlık hizmetine ulaşamadığını göstermektedir. Ülkemizde ulusal ölçekli ilk ve tek psikiyatrik epidemiyoloji çalışması olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasında saptanan ruhsal hastalık oranı % 17.2'dir. Yardım için başvuran hastaların önemli bir kısmına ise ya tanı konamamakta ya da etkili tedavi verilememektedir. Bu nedenlerle toplumda tedavi edilmemiş ruhsal hastalıkları olan çok sayıda kişi vardır. Ruhsal hastalıklar sık görülmelerine ek olarak ciddi yetiyitimine neden olurlar. Ruhsal hastalıkların yaygınlığının saptanması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, tedavi ihtiyacının saptanması, ruh sağlığı hizmetlerinin planlanabilmesi için atılacak ilk adımdır. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasının yapılmasından bu yana 20 yılı aşkın zaman geçmiş, bu sürede Türkiye'nin hem sağlık sisteminde hem de sosyal ve demografik yapısında önemli değişimler olmuştur. Ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ilişkili faktörlerle ilgili güncel bilgileri bilimsel açıdan güvenilir yöntemle saptayacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu yazıda bu konuda yapılanlar ve yapılması gerekenlerle ilgili görüşlerim özetlenmiştir.

Anahtar sözcükler: ruh sağlığı, epidemiyoloji, yaygınlık, CIDI, ruh sağlığı profili

Current Status of Prevalence of Psychiatric Disorders and Their Treatment in Turkey

Abstract: Community surveys in many countries show that mental illnesses are very common and that few receive adequate treatment. "Mental Health Profile of Turkey", which was the first and only national-scale psychiatric survey in Turkey, found the current prevalence of any mental disorder to be 17.2%. A significant proportion of patients seeking help cannot be diagnosed, or cannot be adequately treated. For these reasons, there are many people in the community with untreated mental illnesses. Mental disorders are common, receive inadequate treatment, and cause severe disability. Examining the prevalence and related factors of mental disorders is the first step for determining the need for treatment and planning of mental health services. More than 20 years have passed since the "Mental Health Profile of Turkey" was conducted. Several changes occurred in both the health care system as well as the social and demographic structure of the country in those 20 years. There is a need to determine the prevalence of mental disorders and related factors, using scientific and reliable methods. In this paper, I will summarize the developments in this field, as well as what lies ahead.

Key words: epidemiology, mental health, prevalence, CIDI, mental health profile

Giriş

Psikiyatri uzmanı olduğumu öğrenen birçok kişiden şöyle cümleler duymaya çok alıştım: "sizin işiniz de zor; diğer hastalıklar neyse de, ruhsal hastalıklarla uğraşmak çok zor. Zaten çok arttı bu hastalıklar, hergün kaç tanesini duyuyoruz, görüyoruz". Bu gözlemde bir gerçeklik payı var; ruhsal hastalıklar artıyor. Ancak mutlak bir artıştan ziyade, göreceli bir artış bu. Enfeksiyon hastalıklarının, özellikle de salgınların çok yaygın olduğu, beslenme bozukluğu veya yetersiz beslenmenin yolaçtığı hastalıkların bugünkünden çok daha yaygın olduğu yıllarda ruhsal hastalıklar insanların işten güçten kalmasına (yetyitimine) göreceli olarak daha az yolaçıyordu¹. Bu tür hastalıkların daha iyi kontrol edilmesiyle dünya genelinde beklenen yaşam süresi de, bulaşıcı olmayan

hastalıkların önemi de artmıştır. Ruhsal hastalıklar tüm dünya ülkelerinde yaygın biçimde görülmelerine ek olarak, hem kroniktirler, hem de çok ciddi oranda işten güçten kalmaya, mesleki ve sosyal rollerin gereklerini yerine getirememeye yol açarlar. Yani, ruhsal hastalığı olan kişi, benzer durumdaki başka bir bireye oranla eğitim, iş ve eş bulma, para kazanma, verimli şekilde çalışma ve hayattan keyif alma kapasitesi daha az olan bir kişidir. Dahası, ruhsal hastalığa bağlı yeti yitimi, pek çok ciddi bedensel hastalığa oranla daha fazladır. Ruhsal hastalıklara bağlı olan kayıp yaşam yılları (disability-adjusted life years-DALYs) tüm kanserlerle aynı, tüm nörolojik hastalıkların ise iki katıdır (**GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018**).

*Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. (ORCID No: 0000-0002-9270-8625)

Tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette, yeti yitimi içinde geçen yaşam yıllarının önde gelen nedenleri sıralanmasında, ilk sırada yer alan 20 sağlık sorununun 5 tanesi (unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, bipolar afektif bozukluk, Alzheimer ve diğer demanslar) ruhsal sorunlardır (**Murray ve ark. 2010**). Depresyon, tek başına, en çok yetiyitimine yol açan 3. hastalıktır ve 2030 yılında ilk sıraya yükselmesi beklenmektedir.

A. Dünyada durum

Ruhsal hastalıkların yaygınlığı

Psikiyatrik epidemiyolojinin temel amacı ruhsal bozuklukların yaygınlıkları, sıklıkları, zaman, yer ve kişiye göre değişimlerini saptama yanında bu bozuklukların nedenleri, gidişleri ve sonuçlarının da ortaya çıkarılmasına bilimsel katkı sağlamaktır. Epidemiyolojik araştırmalar, ruhsal bozuklukların ve bunlara bağlı yetiyitiminin önlenmesi ve kontrolü için ruh sağlığı program ve politikalarının geliştirilmesi ve değerlendirilmesi amacıyla sağlık yöneticilerinin en önemli yardımcılarıdır. Psikiyatrik epidemiyoloji, insan ve hasta hakları, ruh sağlığı hizmeti kullanıcıları ve yakınlarının sorunları ve damgalama konularında çalışan, ruh sağlığı odaklı sivil toplum hareketlerinin gelişimi ile de zenginleşmektedir. Psikiyatrik epidemiyolojinin tarihi ağırlıklı olarak 20. yüzyılda, özellikle de bu yüzyılın ikinci yarısında başlamakta ve 21. yüzyıla uzanmaktadır. Psikiyatrik epidemiyoloji araştırmalarını, yöntemleri ve özellikle olgu tanımlama tekniklerindeki değişim açısından dört kuşağa ayırarak incelemek mümkündür: 1. Tedavi görenlere dair istatistiksel döküm araştırmaları; 2. Toplum içi ruhsal belirti ve sorun araştırmaları; 3. Toplum içi ruhsal bozukluk araştırmaları; 4. Ekolojik psikiyatrik epidemiyoloji araştırmaları (**Öztürk ve Uluşahin 2011**).

İlk iki kuşağın tarihi olarak önemi olsa da, asıl olarak dikkate almamız gereken ve daha ayrıntılı inceleyeceğimiz çalışmalar üçüncü ve dördüncü evre araştırmalarıdır. Üçüncü evre olarak gruplanan araştırmaların en önemli özelliği, psikiyatrik tanı için ilk kez işe-vuruk (operational) ve kesin tanı ölçütlerinin kullanılmasıdır. Kesin tanı ölçütlerinin zorunlu olarak birlikte getirdiği bir başka yenilik ise bu dönemdeki çalışmalarda, aynı amaçla geliştirilen, özgül sorular içeren görüşme araçlarının geliştirilmiş ve kullanılmış olmasıdır (**Küey 2010**). Üçüncü kuşak araştırmalarının en önemli ikisi ABD’de yürütülmüş olan Epidemiyolojik Alan Araştırması (ECA: Epidemiological Catchment Area Study-U.S. Dept. of Health and Human Services 1992) ve Ulusal Ektanı Araştırması’dır (**Kessler, 2000**).

Epidemiological Catchment Area (ECA) Araştırması 1980’lerin başında, ABD toplumundaki ruhsal hastalıkların yaygınlığı hakkında bilgi veren ve hem örnekleme, hem de ölçüm araçları açısından yenilikler getiren bir çalışmadır. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) araştırmacılarınca gerçekleştirilen çalışma, uzun yıllar boyunca psikiyatri alanında temel kaynak olmuş, ülkemizde de ruhsal hastalık yaygınlığı konusunda ECA çalışma sonuçları kullanılmıştır. Araştırma, ABD toplumunun tümünü yansıtmaktadır; sadece 5 eyalette yürütülmüştür. Bu araştırmada kullanılmak üzere, bir dizi DSM-III tanısının saptanmasını sağlayan ve yapılandırılmış bir ölçek olan Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği (Diagnostic Interview Schedule; DIS) geliştirilmiştir. Kullanılan ölçek yapılandırılmış bir eğitimden geçirilen, klinisyen olmayan görüşmeciler tarafından kullanılabilir şekilde hazırlanmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, erişkinlerde, DSM-III’e göre tanımlanabilir bir ruhsal hastalık öyküsü (hayatboyu tanı) olanların oranı %32, araştırma sırasında hâlen bir hastalığı bulunanların oranı ise %20’dir. Psikopatoloji gençlerde, yaşlılara göre daha yüksek oranlarda saptanmıştır. Çalışmada, en az bir DSM-III yaşam boyu psikiyatrik tanısı olanların %54’ünde ikinci bir hastalık tanısı daha olduğu görülmüştür. Alkol kötüye kullananların %52’sinde ve madde kötüye kullananların da %75’inde ikinci bir psikiyatrik hastalık saptanmıştır (**U.S. Dept. of Health and Human Services, 1992**).

ECA’nın temsil edici örnekleminin olmayışı, ABD’li araştırmacıların yeni bir epidemiyolojik çalışma planlamalarına yol açmıştır. ECA, NIMH ten araştırmacıların eseri iken, Ulusal Ektanı Araştırması (NCS: National Comorbidity Survey) ise Michigan Üniversitesi’nden Ron Kessler ve ekibi tarafından planlanmıştır. NCS, tüm ABD nüfusunu temsil etmektedir; randomize örnekleme ile seçilen, 15-54 yaş arası 8.090 birey üzerinde yürütülmüştür. Araştırmada, yaygın ruhsal hastalıkların yaygınlık oranlarının ve bunların risk etkenlerinin saptanması amaçlanmıştır. ECA çalışması temel olarak prevalans ve insidans üzerine betimleyici bir araştırma iken, NCS çalışması ebeveynlerdeki psikopatoloji, aile sorunları, sosyal ilişki ağları ve dış stres etkenleri gibi değişkenleri de değerlendiren daha analitik bir araştırmadır. Adından da anlaşılacağı gibi, ek (komorbid) hastalıkların oranı ve etkilerine odaklanmıştır. Bu çalışmada da, yapılandırılmış bir eğitimden geçirilmiş, klinisyen olmayan görüşmeciler görev almıştır. Bu çalışmanın önemli bir özelliği, tanı aracı olarak tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeği kullanılmış olmasıdır. Michigan üniversitesi ve WHO işbirliği ile geliştirilen

CIDI (Composite International Diagnostic Interview Schedule; Uluslararası Bileşik Görüşme Ölçeği), DIS'in ve Şimdiki Durum Muayenesi'nin (PSE: Present State Examination) birleştirilip geliştirilmesi sonucu oluşturulmuştur. NCS çalışmasında en az bir ruhsal hastalık için yaşam boyu yaygınlık %50 ve yıllık yaygınlık %30 bulunmuştur (**Kessler, 2000**).

1990'lardan sonra psikiyatrik epidemiyolojiye birçok ülkeden araştırmacıların oluşturduğu konsorsiyumlar damga vurmuştur. Michigan Üniversitesi Institute for Social Research'den Prof. Ron Kessler ve ekibinin biraraya getirdiği ICPE (Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyoloji Konsorsiyumu-International Consortium for Psychiatric Epidemiology), birçok ülkede yapılmış olan epidemiyolojik çalışmayı aynı havuzda toplayarak analiz etmiş, ülkeler arası karşılaştırmalar yayınlanmıştır. Ana sonuçların yayınlandığı makalede, anksiyete hastalıklarının %5.6 ila %25 arasında, depresif hastalıkların ise %7.3 ila %19.4 arasında değiştiği görülmektedir (**Andrade ve ark., 2000**). Her ne kadar birçok ülkenin verisinin aynı havuzda toplanması bu alan için bir yenilik ve üstünlük olsa da, ICPE grubunun araştırmaları ortak olarak planlanmadığı için yöntem farklılıkları sonuçların karşılaştırmasını zorlaştırmıştır. Bu nedenle daha sonra çok sayıda ülkede ortak kurallar ve benzer ölçekler kullanılarak epidemiyolojik çalışmalar yürütülmesi gerekli olmuştur.

2000 yılından itibaren Harvard Üniversitesi Sağlık Politikaları Bölümü'nün başını çektiği çok sayıda ülkeden araştırmacı, Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde biraraya gelerek Dünya Ruh Sağlığı Araştırması Girişimi'ni kurdular (WMH-SI: World Mental Health Survey Initiative) (**The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004**). Bu organizasyonun amacı, farklı ülkelerde ruhsal hastalıkların yaygınlık ve sıklığı, görünüm biçimleri, şiddeti ve bunlarla ilişkili yeti yitimi ve tedavi başvurularını benzer yöntemle ve merkezi kalite kontrolleriyle denetleyerek araştırmak, böylece ülkeleri bu açılardan karşılaştırabilecek güvenilir bir veri tabanı elde etmektir. Ruhsal hastalıkların toplumsal yükünün de önemle ele alındığı bu projenin T. B. Üstün ve R. C. Kessler tarafından sunulan ilk sonuçlarının yer aldığı kitapta, dünyanın değişik bölgelerinden altısı daha az gelişmiş, sekizi gelişmiş olmak üzere 14 ülkeden genel toplumu temsil eden 60.559 bireylik erişkin örnekleme ilişkin veriler yer almaktadır. Tanısal değerlendirme tüm bu ülkelerde CIDI'nin WMH sürümü ile yapılmıştır. Ülkelerin çoğunda temsil edici örneklemeler kullanılmıştır. CIDI'nin önceki kullanımlarında olduğu gibi, görüşmeleri yapılandırılmış bir eğitim gören ve

klinisyen olmayan kişiler yürütmüştür. Birkaç istisna dışında ülkelerin çoğunda veriler tablet aracılığı ile toplanmıştır. Bu araştırmanın bulgularında, ülkeler arasında önemli farklılıklar göze çarpmaktadır. En yüksek yaygınlık oranları ABD'de ortaya çıkmıştır; NCS çalışmasına benzer şekilde herhangi bir DSM-IV tanısının yaşam boyu yaygınlığı %47.3 ve 12 aylık yaygınlığı %26.1'dir. Öte yandan, en düşük oranların Çin'in Şangay kentinde olduğu bildirilmiştir; burada herhangi bir hastalığın yaşam boyu yaygınlığı %8.6 ve 12 aylık yaygınlığı %4.5'tir (**Kessler ve ark., 2008**).

Ruh sağlığı hizmeti kullanımı

Toplumdaki bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine ulaşma oranları, kimlerin başvurduğu, ihtiyacın ne olduğu ve ne oranda karşılandığı, başvurma ve başvurama nedenleri gibi konular psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarının önemli bir boyutunu oluşturur. Ruh sağlığı hizmetine başvuru, ruhsal hastalığın varlığı-yokluğu durumuyla açıklanamayacak, çok boyutlu bir olgudur. Toplumda ruhsal hastalığın yaygın olması yanında hastalığı olanların pek azının yardım aradığı iyi bilinen bir gerçektir. Ruhsal hastalığı olanlar arasında tedaviye başvuranların oranı Hollanda'da %10.9, Fransa'da %11.3 ve A.B.D'de %17.9'dur. Toplum içindeki bireyin ruhsal sorunları olduğu hâlde uygun yardım alamamasının nedenlerini Goldberg ve Huxley (1992) yardım aramayı değişik aşamalara bölerek tanımlamışlardır. Bu aşamaların başlangıcını hastalığın farkına varma, kişinin iş ve sosyal işlevlerinin etkilenmesi, kişinin ve çevresinin sorunu bir hastalık olarak etiketlemesi, ekonomik nedenler ve fiziksel koşullar oluşturur. Tedavi almak için başvurmuş olan hastanın doğru tanı alıp almayacağı ise başka bir aşamadır. Yardım için başvuran hastaların önemli bir kısmına doğru tanı konamamaktadır; örneğin, ruhsal hastalığı olan ve pratisyen hekime başvuran kişilerin yarısından fazlasına doğru tanı konamadığı bilinmektedir (**Rezaki ve ark., 1995; Goldberg ve Huxley, 1992**). Doğru tanı konanların bir kısmına da çeşitli nedenlerle (ekonomik, yanlış ve yetersiz tedaviler, hastanın tedaviye uymaması vb.) etkili yardım verilememektedir. Bu nedenlerle toplumda tedavi edilmemiş ruhsal hastalıkları olan çok sayıda kişi vardır. Goldberg ve Huxley'in tanımladığı farklı aşamaları oluşturan nedenler farklı olduğu gibi, bu aşamalarla ilgili gecikme ve engelleri çözmenin yolları da farklıdır. Örneğin, ilk aşama için toplum eğitimi yeterli olabilecekken, 3. aşama için uzman sayısının artırılması gibi çok daha masraflı girişimler gerekir. Gene bazı aşamalardaki değişim daha hızlı gerçekleşebilirken, başvuruya karar verme aşamasının önemli bileşenlerinden olan damgalamanın azaltılması çok uzun yıllar alabilir.

Ruh sağlığı hizmeti kullanımının bir başka yönü, ruhsal sorunu olanların ilk olarak kime başvurduğu konusudur. Tedaviye ulaşıp ulaşmama konusunda olduğu gibi, ilk başvuru kişinin kim olacağı da birçok faktöre bağlıdır. Ülkelerin sağlık sistemlerinin organizasyonu kadar, kişinin ekonomik durumu, yaşadığı bölge ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, toplumun ruhsal hastalıklar konusundaki bilgi düzeyi, damgalanma vb. gibi pek çok faktör bu konuda rol oynar. Bu konuda birçok araştırmanın yapıldığı İngiltere'den araştırmalardaki sonuçların ABD'den büyük farklılık gösterdiği biliniyor. İngiltere'de ilk başvuruların büyük çoğunlukla pratisyen hekimlere yapılıyor olmasına karşılık, birinci basamak sağlık hizmetinin zayıf olduğu ABD'de psikiyatri uzmanına doğrudan başvurunun çok daha yüksek oranda olduğu gösterilmiştir. Bu duruma American by-pass adı da verilmektedir (**Goldberg ve Huxley, 1992**). Ülkelerin sağlık sistemleri, toplumun eğitim düzeyi ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin de başvurulmuş kişiyi belirlemesi beklenir. Gerçekten de, Asya ülkelerinde geleneksel tedaviler (şifacı) ilk başvuru noktasında büyük yer tutmaktadır.

Bu başlık altında incelenmiş konulardan biri de tedaviye ulaşmakta geçen süredir. Gerçekten de ruhsal hastalığı olup da tedaviye ulaşamayanlara ek olarak, tedaviye geç ulaşanların da işgücü kaybı, ölüm veya sakatlanma riskinin olacağı tahmin edilebilir. Tedaviye başvuruda gecikme de, başvurup başvurumama veya ilk başvurunun kime yapıldığı konularında olduğu gibi çok faktör tarafından etkilenir. Ekonomik nedenler etkili olsa da, araştırmalar, sevk sisteminin biçimi ve etkinlik derecesinin yanında yukarıda bahsedilen faktörlerin (farkındalık, damgalama) de gecikmede rol oynadığını göstermektedir. Bunlar dışında, başvuru yakınmalarının türü de gecikmeyi etkilemektedir. Alkol-madde bağımlılığında başvuru diğer ruhsal belirtilere oranla çok daha fazla gecikmektedir; bu durum tedavi motivasyonu ile açıklanabilir.

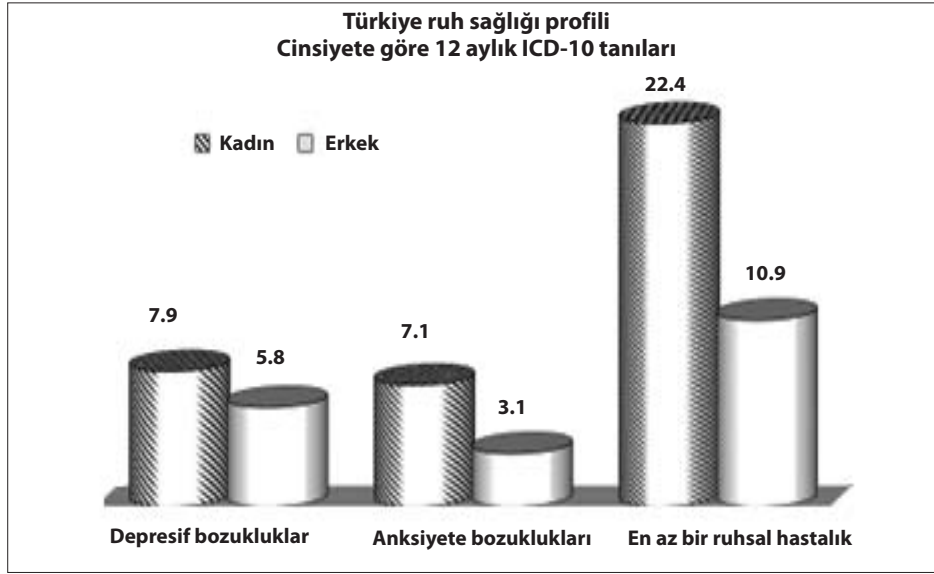
B. Ülkemizde durum

Türkiye'de ruhsal hastalık yaygınlığı

Türkiye'de ruh sağlığı konusunda yapılmış epidemiyolojik çalışmalarla ilgili en iyi bilinen gözden geçirme, Toplum ve Hekim Dergisi'nde 1987 yılında yayınlanmıştır (**Küey ve ark., 1987**). Bu gözden geçirmede 1960 yılı öncesi ve sonrası çalışmaların konuları, yöntemleri ve sonuçları sunulmaktadır. Ülkemizde, 1960'lara gelinceye dek yalnızca kurum içi kayıtlara dayalı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda yatan hastalar içinde en büyük tanı

kümesini (%32-%46 arası oranlarda) Bipolar Duygulanım Bozukluğu olan hasta grubu oluşturmaktadır. İlk alan araştırmalarının ise, 1960'lardan sonra yapıldığı görülmektedir. İstanbul'da, 1963'te, Türkiye Akıl Hıfzısıhhası Cemiyeti'nce kent içinde 10.413 kişinin tarandığı, yalnızca hastalıklarla ilgili rakamların verildiği ve istatistiksel değerlendirmenin yapılmadığı bir çalışma ve Ankara'da 1964-66'da, kırsal, yarı-kırsal, gecekondü bölgelerinde ön taramayı tıp stajyerlerinin yaptığı, şizofreni, fonksiyonel psikoz, epilepsi ve oligofreni prevalanslarının verildiği bir çalışma bu ilk örnekleri oluşturmaktadır. 1970'lerden sonra ise, genel olarak psikiyatrik bozukluklar epidemiyolojisi üzerine yöntemi güvenilir, standart tanı ölçek ve ölçütlerinin kullanıldığı araştırmalar yapılmıştır. 1980 sonrası araştırmaların başta depresyon olmak üzere duygudurum bozuklukları üzerine yoğunlaştığı görülmektedir (**Binbay ve ark., 2014**). Yukarıda bahsi geçen görüşme ölçeklerinden Şimdiki Durum Muayenesi (Present State Examination-PSE) ve SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) Hacettepe DSÖ İşbirliği Merkezi'nce Türkçeye çevrilmiş ve alan çalışmalarında kullanılmıştır (**WHO, 1992**).

Türkiye'de tüm ülkeyi temsil eden örnekleme olan, psikiyatrik tanı ölçeği kullanılarak veri toplanan ilk çalışma 1995 sonrasında yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile Türkiye'nin genelinde erişkin nüfusla ilgili güvenilir ve bilimsel sonuçlar verebilecek bir epidemiyolojik araştırma başlatılmıştır. **Türkiye Ruh Sağlığı Profili** adı verilen bu projede ruhsal bozuklukların yaygınlığı, risk etmenleri, yetiyetiminin yanısıra ruhsal sorunlar için tedavi hizmetlerine başvuruya ilişkin ilk kez ulusal düzeyde bilgilere ulaşılmıştır (**Kılıç, 1998**). Araştırmada görev alan pratisyen hekimlere CIDI kullanımı konusunda bir hafta süren teorik ve uygulamalı eğitim verilmiştir. Çalışma çerçevesinde, Türkiye genelini temsil edecek şekilde ve randomize biçimde seçilen beşbin hanede yaşayan tüm erişkinlerle görüşülmesi hedeflenmiştir. 1996 yılında alan çalışması yapılmış ve hedeflenen 5000 haneden 3889'unda yaşayan 7479 kişiye görüşülmüştür; cevaplama oranı %73'tür. Araştırmada son 12 ayda ICD (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması) tanıları %17.2 bulunmuştur (Şekil 1); alkol bağımlılığı dışında tüm bozuklukların yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir (**Kılıç, 1998**). Araştırma verilerinin bir bölümü birçok ülkenin benzer araştırmalarıyla birlikte yayımlanmıştır (**Andrade ve ark., 2000; Andrade ve ark., 2003**). Çalışmada ruhsal hastalıkların kadınlarda, batı bölgelerinde, şehir merkezlerinde, düşük eğitimli olanlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır.



Şekil 1. Son 12 aydaki ICD-10 tanılarının cinsiyete göre dağılımı

Kaynak: Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998)

1999'daki Marmara depreminin ardından travma ile ilişkili ruhsal sorunların araştırıldığı epidemiyoloji araştırmaları ön plana çıkmaktadır (Küey, 2010; Binbay ve ark., 2014). Ülkemizde son olarak 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda ruh sağlığına dair aile hekimlerine kayıtlı nüfusu temsil eden bazı bulgular sunulmuştur. Bu çalışmaya göre katılımcıların doktor tarafından tanı konduğu beyan edilen depresyon yaygınlığı %9.0, somatizasyon bozukluğu %5.0, panik bozukluğu %2.0 bulunmuştur. Hastalık oranları kadınlarda ve yaşlılarda daha fazla bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

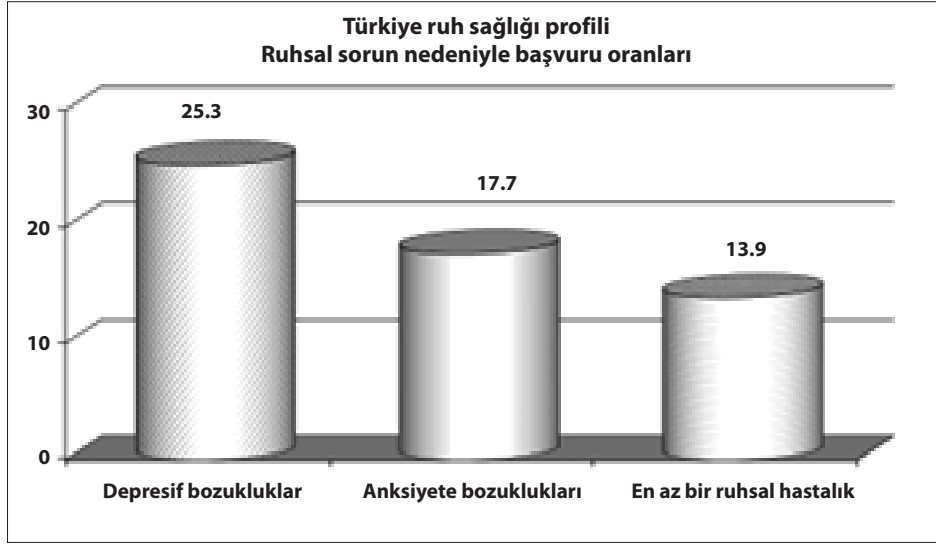
Türkiye'de ruh sağlığı hizmeti kullanımı

Ülkemizde ruh sağlığı hizmeti kullanımı konusunda yapılan çalışmalar çoğunlukla hizmet için başvurmuş kişilerde (sağlık ocağı, hastane veya psikiyatri kliniği) yapılmıştır. Ankara'da yapılan bir çalışmada psikiyatriye başvurmuş kişilerin yarısı doğrudan ruh hekimine geldiğini belirtmiştir (Kılıç ve ark., 1994). İlk başvuru noktası olarak pratisyen hekimi seçenlerin oranı çok düşüktür. Prof. Orhan Öztürk, DSÖ Bülteni'deki görüş yazısında damgalamanın önemine değinerek, ruhsal sorunu olan kişilerin sağlık ocağı yerine ruh hekimine doğrudan başvurmasını da bu faktöre bağlamaktadır (Öztürk, 2000). Başvurulan kişinin seçiminde damgalamanın yanında, ekonomik nedenler, ruhsal hastalıkla ilgili farkındalık ve yaşanan yörede bulunan sağlık kuruluşu seçenekleri de rol oynar. Ankara'daki çalışmada saptanan, herhangi bir ruhsal sorunun başlangıcından tedaviye ulaşmaya kadar geçen süre diğer ülkelerden

farklı değildi. Öte yandan, herhangi bir tedaviciye başvurduktan sonra ruh sağlığı hizmetine ulaşım Türkiye'de çoğu ülkeye oranla daha hızlı olmaktadır (Kılıç ve ark., 1994). Bunun olası nedeni ülkemizde birinci basamak ile diğer basamak sağlık hizmetleri arasında eşgüdümün iyi olmaması (devlet ve üniversite hastanelerine doğrudan başvurunun kolay olması) olabilir. Tedaviye başvuran kişilerde yapılan çalışmalarda geriye dönük olarak alınan bilgiler kıymetli olsa bile, toplumun genelinde ruhsal hastalığı olanların ne oranda başvurduğu bu tür araştırmalarla saptanamaz.

Toplumun geneliyle ilgili bilgi veren bir çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde ruhsal sorunu olan yedi kişiden ancak birinin ruh sağlığı hizmetine başvurduğu ortaya çıkarılmıştır (Şekil 2), (Kılıç, 1998). Bu bulgu ruhsal hastalığı olan yaklaşık 7 milyon kişinin tedavisiz kaldığı anlamına gelmektedir. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, Türkiye'deki başvuru oranlarının benzer olduğu görülmektedir. Bu da başvuru azlığının sadece ekonomik nedenlerle açıklanamayacağını göstermektedir. Toplumun ruhsal hastalıklar konusunda eğitimi, damgalamayı azaltıcı tutumlar ve toplumsal rol modelleri, birinci basamak sağlık personelinin ruhsal hastalıklar konusunda eğitimi gibi faktörlerin başvuru oranlarını artırma, karşılanmamış tedavi ihtiyacını azaltma konusunda etkili olacağını düşündürmektedir.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında ilk başvuru noktasının ağırlıklı olarak psikiyatri uzmanları olduğu saptanmıştır (Şekil 3). İkinci sırada tercih



Şekil 2. Hastalık grubuna göre ruh sağlığı hizmetine başvuru oranları

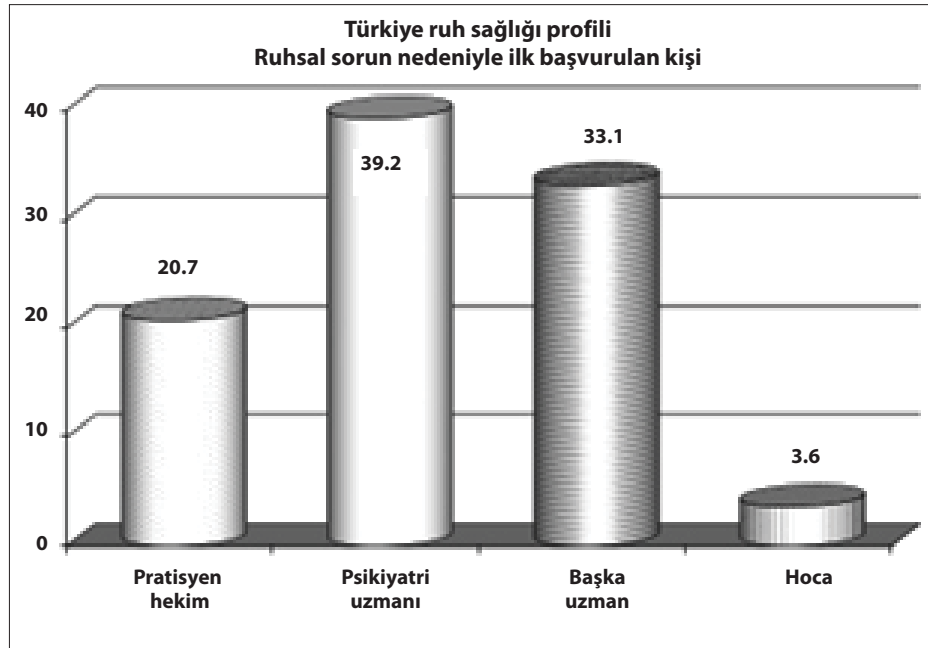
Kaynak: Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998)

edilen başvuru kişisi psikiyatri uzmanı dışındaki uzmanlar olurken, pratisyen hekimler ancak üçüncü sırada gelmektedir. Ankara şehir merkezindeki bulgulara oranla toplum genelinde sağlık ocağına başvuru biraz daha yüksek olsa da, bu durum birinci basamak hizmetlerinde sağlık ocaklarının rolünün yeterli olmadığına işaret etmektedir. Ülkemizde "hoca" diye adlandırılan geleneksel tedavilere (şifacılar) başvurular oldukça düşük düzeylerde saptanmaktadır. Hocalara başvurunun çok yaygın olduğu bilindiği için bu bulgu birçok kişiye

şşırtıcı görünmektedir. Oysa bu durum, hocaları ilk başvuru noktası olarak seçen grubun çok küçük olmasıyla ilgilidir. Büyük olasılıkla, hocalara başvuruların büyük çoğunluğu, doktorlara başvurudan yarar görmeyen veya memnun kalmayan kişilerce yapılmaktadır.

Yeni bir ruh sağlığı taramasına neden ihtiyaç var?

Türkiye'de ruh sağlığı alanında birçok bölgesel epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. Binbay ve arkadaşlarının (2014) yaptığı kapsamlı gözden geçirmede,



Şekil 3. Ruhsal sorun nedeniyle ilk başvuru alan tedavilerin dağılımı

Kaynak: Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998)

ülkemizde yapılan çalışmaların birçoğunun özel nüfus gruplarına sınırlı olduğu görülmektedir. Grup olarak yaygınlığı en çok araştırılmış olan hastalıklar arasında depresyon, travma ile ilişkili hastalıklar (özellikle 1999 depremlerinden sonra), disosiyatif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları sayılabilir. Toplum genelini yansıtan çalışmalara ise (Türkiye Ruh Sağlığı Profili hariç) rastlanmadığı belirtilmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının yapılmasından bu yana 20 yıldan fazla zaman geçmiştir. Bu süre içinde Türkiye’de ve bölgede ruh sağlığını olumlu ve olumsuz etkilemesi muhtemel birçok değişim yaşanmıştır. Eğitim düzeyinin artışı, ekonomik gelişmeler gibi faktörlerin muhtemel olumlu etkileri yanında son yıllarda tüm dünyada ve bölgemizdeki savaşlar, buna bağlı göçler, göçlere bağlı olarak nüfus yapısındaki değişiklikler ve çatışmaların ise olumsuz etkiler yapması beklenir. Son 20 yılda toplam nüfusumuz 60 milyondan 83 milyona yükselmiştir; şehirlerde yaşayanların oranı %60’dan %92’nin üstüne çıkmıştır (**TÜİK, 2020**). 20 yıl önce internet kullanımı çok sınırlı, akıllı telefonlar henüz icat edilmemiş iken, günümüzde etkileşim ve bilgi edinmenin temel aracı olma yolundadırlar. Sağlıkla ilgili bilgilerin yeni teknolojiler ile her an on-line ulaşılabilir hâle geldiği bir çağı yaşıyoruz. Bunlara ek olarak, Türkiye Ruh Sağlığı Profili’nin yapıldığı günlere oranla sağlık sistemimizde de büyük değişiklikler olmuştur. Sağlık ocaklarının yerini ilk basamakta aile hekimleri almıştır; toplum ruh sağlığı merkezleri, birçok hasta için ilk başvuru noktası olarak hizmet vermeye başlamıştır. Geçen zaman içinde ruhsal hastalıkların yaygınlığında değişme olup olmadığı, ruh sağlığı hizmeti kullanım oranında ve tedavi için kime başvurulduğu konusunda ne türde değişiklikler olduğu, psikotrop ilaç kullanım düzeyindeki değişimler ve tüm bu değişimlerin tedavi sonucunu nasıl etkilediği, ruhsal hastalıkların topluma maliyeti gibi konularda bilgilerimiz yeterli değildir. Sağlık Bakanlığı her yıl yayınladığı sağlık istatistiklerinde ruhsal hastalıklara yer verse de, bu bilgilerin kısa anket sorularıyla elde edildiği bilinmektedir. Oysa ki ruhsal hastalıklarla ilgili tedavi ihtiyacı konusunda anketler ve sağlık hizmetine başvuran kişilerin vereceği bilgiler yeteri kadar güvenilir ve tarafsız değildir. Bu nedenle, güvenilir bilgi elde etmek için, ruhsal hastalık tanısı koyabilecek şekilde düzenlenmiş psikiyatrik görüşmelerin yer aldığı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Tanı ölçütleri

Ruh sağlığı alanında tanı ölçütleri sık sayılabilecek aralıklarla değişmektedir. Psikiyatri uzmanları ve

klinisyenlerin kullandığı başlıca iki tanı ölçütü sistemi vardır: bunlardan biri DSÖ’nün yayınladığı International Classification of Diseases (ICD), birisi de Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (American Psychiatric Association-APA) yayınladığı DSM sistemleridir. Tanı ölçütlerinin değişmesinin en önemli sonuçlarından biri toplumda rastlanan hastalık oranlarının değişmesidir. Bu da farklı zamanlarda yapılmış araştırma sonuçlarını karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. Örneğin, on yıl öncesine oranla depresyon oranı artmış/azalmış demeden önce iki tanı sistemi ölçütlerini de karşılaştırmak gerekmektedir. Tanı sistemlerindeki değişimin bu tür sakıncalarına karşın, onları gözardı etmek de mümkün değildir. Yeni basımlar yayınladıktan sonra, hemen tüm çalışmalarda yeni ölçütler kullanılmaya başlanmaktadır. Eğer yeni ölçütler yayınladıktan sonra yapılan bir çalışmada eski ölçütler kullanılarak araştırma yapılırsa, araştırmacılar bulgularını yayınlamakta büyük zorluk yaşayabilmektedir. Zira dergi editörleri, haklı olarak, basacakları yazıdaki bulguların güncel çalışmalarla karşılaştırılabilir olmasını isterler.

Görüşme ölçeği

Türkiye’de alan çalışmalarında ruh sağlığı taramalarında kullanılmış olan birçok görüşme ölçeği vardır. Structured Clinical Interview for DSM (SCID), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) gibi ölçekler arasında SCID klinisyenlerin daha çok kullandığı bir ölçektir. SCID ve SCAN gibi ölçeklerin klinisyenler tarafından kullanılmasının gerekmesi bu ölçeklerin geniş çaplı epidemiyolojik taramalarda kullanılmasını güçleştirmektedir. Tam yapılandırılmış bir tanı görüşmesi olan CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ise ilk kez 1990’da geliştirilmiş, daha sonra değişen tanı ölçütlerine ve araştırma ihtiyaçlarına göre yeni biçimleri ortaya çıkmıştır. CIDI dünyada en yaygın biçimde kullanılmış olan psikiyatrik tanı görüşmesidir. Şu ana kadar 30 ülkede yaklaşık 150.000 kişiye uygulanmıştır. CIDI’nin en önemli özelliği, uygulamasının çok katı kurallara bağlı olmasıdır. Görüşmecinin soruları nasıl soracağı, görüşülen kişi soruyu anlamaz veya yanlış anlarsa hangi cümleleri kullanarak doğru cevaba ulaşacağı kesin kurallara bağlıdır. Bu nedenle psikiyatr veya klinik psikolog olmayan kişilerce de uygulanabilmektedir. Katı kurallarının olması, ülkeler ve araştırmalar arası karşılaştırılabilirliği artırmaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında da CIDI’nin 1.0 biçimi kullanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü ve Harvard Üniversitesi DSM-5 tanı ölçütlerine uyumlu olan CIDI-5’i geliştirmişlerdir.

Görüşmenin kültüre uygunluğu

Bu tür bir taramada kullanılacak olan görüşme ölçeğinin en son ölçütlere uygun olması, yaygın biçimde uygulanabilmesi gibi özellikleri dışında kültüre uyumlu biçimde hazırlanması ve çevirisinin yapılması gerekir. Ruhsal hastalık tanısı için kullanılan anket ve ölçeklerin önemli bir sorunu özgün dilden çeviri ile yetinilmesidir. Oysa sağlık, hele de ruh sağlığı kavramlarının farklı kültürlerde çok farklı ifade biçimleri vardır. Bu nedenle başka bir dilden çevirisi yapılan anket ve görüşme ölçeğinin kültüre uygunluğunun da saptanması önerilmektedir. Bir başka deyişle çeviriyle (veya geri çeviriyle) yetinilmemesi, adaptasyon yapılması gerekmektedir. Kültüre uygunluğun sağlanması için bir görüşme ölçeğinin çevirisi sonrasında bir uzmanlar kurulunca incelenmesi veya farklı toplum kesimlerinden kişilerle deneme görüşmeleri yapıp soruların onlarda neler çağrıştırdığı, hangi kavramı düşünerek cevap verdiklerini anlamak gibi yöntemler denenebilir.

Yöntem, örneklem seçimi

Yapılacak olan ruh sağlığı taramasının örneklem seçiminde cevaplanması gereken ilk soru şudur: tüm ülkeyi temsil nasıl sağlanacaktır? Tüm hanelerin randomize edildiği, her haneden bir kişinin (örneğin toplam 5000) rastgele seçildiği bir desende hedefe ulaşmak çok zaman alıcı ve masraflı olacaktır. Bu nedenle temsil edici sayıda kümeler seçilmesi yaygın uygulamadır. Örnek olarak, 20-50 hanelik 300-500 rastgele nokta seçip, kümedeki tüm hanelerle görüşülebilir. Bir başka karar verilmesi gereken konu, hanedeki tüm kişilerle mi, rastgele tek bir kişi ile mi görüşüleceğidir. Her iki yöntemin de avantaj ve dezavantajları vardır. Hanedeki herkesle görüşüldüğünde, daha az hanede daha çok kişiye ulaşmak mümkün olur, ayrıca kişideki ruhsal hastalığın ailedeki diğer kişilerin ruh sağlığı ile karşılaştırılması mümkün olur. Öte yandan, hanedeki herkesle görüşüldüğünde (ruhsal hastalığın ailevi/genetik yönünün güçlü olması nedeniyle) hastalık oranlarında yanlılığa yolaçılabilir.

Örnekleme çerçevesinin nasıl seçileceği de ayrı bir sorundur: Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında sağlık ocaklarının evhalkı tespit fişleri (ETF) kullanılmıştı. İhtiyaca göre pek çok çerçeve kullanılabilir. Telefon listesinden, elektrik-su abone listesinden hane veya kişi seçilmesi mümkün ise de, bu çerçevelerdeki yanlılık hesaba katılmalıdır. Öte yandan, son yıllarda TÜİK'in hane bazlı verileri yaygın biçimde kullanılmaktadır. TÜİK, araştırmacılara, araştırmanın ihtiyacına göre filtre edilmiş randomize örnekler sağlamaktadır.

Veri toplama yöntemi

Kağıda basılı anket veya görüşme ölçeklerinin uygulama kolaylığı, ekonomik oluşu, kolaylıkla çoğaltılabilmesi gibi avantajları olsa da, son yıllarda geniş çaplı alan taramalarında bilgisayar veya tablet kullanımı yaygınlaşmaktadır. Tablet kullanımı ile tüm soruların sorulması sağlanabilir (eksik veri önlenir), tutarsız cevaplar önlenir (tablet çelişen cevaba izin vermez), kurala uygun yapılmayan görüşmeler saptanabilir (tablet görüşme süresini, yerini bildirebilir). Nihayet, tablet veya bilgisayar kullanımı başlangıçta daha pahalı gibi görünse de, hem veri girişi gerektirmediği için, hem de veriler toplandığı anda araştırmacının bilgisayarına ulaştırılabildiği için avantajlıdır.

Pilot çalışma

Boyutu ne olursa olsun, her araştırma öncesinde, araştırmada kullanılacak ve son hâline gelmiş görüşme bataryası ve eğitilmiş görüşmecilerle bir tür kostümlü provaya benzetebileceğimiz bir pilot çalışma yapılması gerekir. Böylelikle hem görüşme bataryasının aksayan yönleri, hem de alanda çıkabilecek sorunlar önceden saptanmış olur. Burada önemli olan, görüşülecek pilot kişi veya hanelerin, alandakine benzer kişilerden seçilmesidir. Böylelikle, görüşmeci performansı, ulaşma ve cevap/red oranlarını da önceden kestirmek ve önlem almak mümkün olacaktır.

Veri kalitesi denetimi

Verinin kalitesiz olmasının çok sayıda nedeni vardır ve bunların sadece bir kısmı görüşmeciye ait nedenlerdir. Araştırma deseni, görüşme ölçeği, seçilen örneklem, görüşmeye ayrılan süre, görüşmeciye ayrılan kaynak ve imkânlardaki uygunsuzlukların neden olacağı kalite sorunlarını sahada düzeltmek çok zordur. Araştırmanın ihtiyacına göre, birkaç görüşmeci ekibi oluşturulması, her ekibe koordinatörler atanması, ekip içinden iletişim sorumlusu seçilmesi, denetimlerin günlük yapılması, araştırma yöneticilerinin günlük takip ve geribildirim vermesi, başarılı görüşmeciler ödüllendirilerken, başarısız/kötü niyetli olanların uyarılması veya işten çıkarılması gibi tedbirler yararlıdır. Buna ek olarak görüşmecilerin performansının görüşme sırasında veya kayda alınıp izlenmesi, görüşülen kişilerin sonradan aranması veya ziyaret edilmesi gibi ek tedbirler de gerekir.

Sonuç

Ruh Sağlığı taramalarının çok sayıda ve önemli yararları vardır; bunlar arasında belli başlıları:

1. Ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve risk faktörlerinin belirlenmesi; risk grupları için geliştirilecek koruma ve rehabilitasyon çalışmaları için kesin ve güvenilir bilgilere ulaşılması,
2. Sağlık hizmetine yapılacak yeni yatırımların coğrafi olarak yönlendirilebilmesi ve kaynak israfının azaltılması,
3. Farklı ülkelerdeki hastalık oranları ve risk faktörleriyle sonuçların karşılaştırılabilmesi,
4. Verilen sağlık hizmetinin ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin etkinliğinin ölçülebilmesi,
5. Elde edilecek bilgilerin ileride yapılacak ve ruhsal hastalıkların biyolojik nedenlerini, risk altındaki nüfusun biyolojik belirteçlerle tespitini ve olası tedavi hedeflerini belirlemeye yönelik çalışmalar için önemli bir altyapı oluşturması.

Küey ve arkadaşlarının 1987’de söyledikleri, hâlen geçerliliğini koruyor: Ruhsal bozukluklar hâlâ bir ‘toplum sağlığı sorunu’ konumundalar, üstelik önemleri daha da arttı. Ruhsal hastalıklarla ilgili yaygınlık, sıklık, hastalanma riski gibi epidemiyolojik ölçütlerin ve risk gruplarının ortaya çıkarılması hem bilimsel ve klinik hem de ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi açısından gerekliydi, hâlen de gerekli. Eskisinden farklı olarak, güvenilir, objektif araçlarla yapılacak ruh sağlığı taramalarının düzenli aralıklarla tekrarlanmasının önemini hem daha iyi biliyoruz, hem de elimizde gerekli araçlar ve insan gücü var. Tüm bu nedenlerle diyebilirim ki, Profil-2 projesinin zamanı geldi de geçiyor bile².

Dipnot

1. Başlı başına ayrı bir yazı konusu olduğu için Covid-19 salgınının ruhsal etkilerine bu yazıda değinmedim. Tehlikesi, hakkında bilinemezlerin çokluğu, yayılma hızı ve tüm dünyayı aynı anda etkilemesi gibi nedenlerle nükleer felaketlere benzetilebilecek bu salgının özellikle uzun dönemde ruhsal hastalık oranlarında ciddi artışlara yolaçabileceğini, buna şimdiden hazırlanmamız gerektiğini düşünüyorum.
2. Profil-2 çalışması, bu yazının hazırlanması sürecinde tamamlandı. Covid-19 salgını nedeniyle kalite kontrolleri ve analizleri tamamlamamız umduğumuzdan biraz daha fazla zaman alacak. Kesin sonuçları ilk fırsatta bilim dünyamızla paylaşacağız.

Kaynaklar

- Andrade, L. ve ark.** (2000) *Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders*. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 413-426.
- Andrade, L. ve ark.** (2003) *The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys*. *Int J Methods Psychiatr Res.*;12(1):3-21.
- Binbay, T. ve ark.** (2014) *Psychiatric epidemiology in Turkey: main advances in recent studies and future directions*. *Türk Psikiyatri Derg.* 25(4):264-81.

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018) *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. *Lancet* 2018; 392: 1789–858.

Goldberg, D.P., Huxley, P. (1992) *Common Mental Disorders: A Bio-social model*. London, New York: Tavistock/Routledge.

Kessler, R.C. (2000). “National Comorbidity Survey: Baseline, 1990-1992”. ICPSR Data Holdings.

Kessler, R.C. ve ark., (2008) *Lifetime Prevalence and Age-Of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Mental Health Survey Initiative*. In: *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Kessler RC, Üstün TB (ed). Cambridge University Press.

Kılıç, C., Rezaki, M., Üstün, T.B., Gater, R. (1994) *Pathways to Psychiatric Care in Ankara*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 29: 131-136.

Kılıç, C. (1998) *Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: ana rapor; Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (ed). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.*

Küey, L., Üstün, T.B., Güleç, C. (1987) *Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme çalışması*. *Toplum ve Hekim* 44: 16-30.

Küey, L. (2010) *Dünyada ve Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi Üzerine Kısa Bir Derleme*. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 13(1):6-11.

Murray, C.J.L. ve ark. (2010) *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*. *The Lancet*, Volume 380, Issue 9859, 2197–23.

Öztürk, O. (2000) *Round Table Discussion: Removing the barriers to effective mental health care: a view from Turkey*. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (4).

Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A. (2011) *Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları’nda*. S. 225-241.

Rezaki, M.S., Özgen, G., Kaplan, İ. ve ark. (1995) *Results from the Ankara centre. Mental Illness in General Health Care: An International Study*. TB Üstün, N Sartorius (Ed). John Wiley & Sons, s: 39-56.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013) *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması*, Ankara.

The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004) *Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. *JAMA*, 291(21):2581-2590.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2020) *Yıllara ve cinsiyete göre il/ilçe merkezleri ve belde/köyler nüfusu, 1927-2019*.

U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institute of Mental Health [producer], (1992) *Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor]*, <http://doi.org/10.3886/ICPSR06153.v1>.

World Health Organization (1992) *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry-SCAN*. Geneva-WHO. Türkçe çevirisi: Aylin Uluşahin, Cengiz Kılıç, 1993 (basılmamış).