

Kırsal Bir Bölgedeki Yetişkinlerde Ruhsal Sorunların Belirlenmesi

An Identification of Mental Problems Experienced by Adults in a Rural Area

Ebru DIĞRAK,¹ Deniz KOÇOĞLU,² Belgin AKIN²

ÖZET

Amaç: Araştırma, kırsal bir bölgede yaşayan 18-65 yaş arasındaki bireylerde ruhsal durumun saptanması ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın örnekleme, basit rastgele örnekleme yöntemi ile 190 birey üzerinden yürütüldü. Araştırmada bireylerin sosyodemografik ve sağlık durumu ile ilgili özelliklerini değerlendirmek için bilgi formu ve ruhsal durumunu belirlemek amacıyla 53 soruluk "Kısa Semptom Envanteri (KSE)" kullanıldı. Analizlerde t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve çoklu regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Araştırma katılan bireylerin KSE alt boyutlarına göre en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtileri sırayla, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, ek madde ve hostilite; en az puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler ise fobik anksiyete, ve psikotizm olarak belirlendi. Global indekslerden Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCI) puanı düşük, Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI) ve Belirti Toplam İndeksi (BTİ) puan ortalamaları orta düzeye yakın olarak belirlendi. Çoklu regresyon analizine göre RCI için; aylık gelir ve çekirdek ailede yaşama, BTİ için; gelir ve kronik hastalığa sahip olma, SRI içinse; aylık gelir belirleyici faktörler olarak belirlendi.

Sonuç: Araştırmada kırsal alanda ruhsal hastalıklara ilişkin bulguların yaygın olarak görüldüğü ve bu bulguların görülmesinde gelir, aile yapısı gibi bazı sosyodemografik değişkenlerin belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Kırsal bölge; Kısa Semptom Envanteri; ruh sağlığı.

SUMMARY

Objectives: The purpose of this descriptive study was to identify the mental state of 18 to 65-year-olds in a rural area and to analyze associated factors.

Methods: The sample of the study was selected through simple random sampling and contained 190 individuals. The data were collected via two instruments, namely a descriptive form, which was designed to reveal the participants' socio-demographic characteristics and overall health status, and the Brief Symptom Inventory (BSI), which was used for identifying their mental state. The T test, one-way ANOVA and multiple regression analysis were used.

Results: According to BSI, the symptoms of depression that the participants in the study had the highest mean scores in were obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, supplementary item and hostility in descending order whereas the ones they got the lowest mean scores in were phobic anxiety and psychoticism. The participants had low mean scores in Global Severity Index (GSI) while they had nearly intermediate mean scores in Positive Symptom Distress Index (PSDI) and Positive Symptom Total (PST). The results of multiple regression analysis suggested that the predictive factors for the three global indices of distress were as follows: monthly income and being a member of a nuclear family for GSI, income and having a chronic disease for PST, and monthly income for PSDI.

Conclusion: In this study it is founded that mental disorders are much more common in rural areas; and that income and family structure are the important determinants factor that may be responsible for the occurrence of these mental disorders.

Key words: Rural area; Brief Symptom Inventor; mental health.

Giriş

İnsan sağlığını bütüncül bir bakış açısı ile ele alan ruh sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetlerinin bir parçası kabul edilmesi gerektiği belirtilmektedir.^[1] Toplum ruh sağlığı hizmetleri, bireyin toplum içinde kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasını sağlayan, ruh sağlığı bozulduğunda toplum içinde bakım ve tedavisini içeren hizmet-

ler bütünü olarak tanımlanmakta ve koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerden oluştuğu vurgulanmaktadır.^[2] Bu hizmette bir ekip üyesi olarak tanımlanan toplum ruh sağlığı hemşiresi ise Amerikan Hemşireler Birliği'ne (ANA) göre "Toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan profesyonel birey" olarak tanımlanmaktadır.^[3] Bu alanda çalışan hemşirelerden toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunun her aşamasında önemli görevler üstlenmektedir. Bu hizmetlerin ilki de hizmet edilen nüfusun ruh sağlığı sorunları profilini çıkarmak ve mental sorunların görülme sıklıklarının belirlenmesidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) mental sorunların tüm dünyada görülme sıklığının arttığını ve ele alınması gereken önemli sorunlar arasında olduğunu belirtmektedir.^[4] Bu artışa yoğun insan ilişkileri, düzensiz kentleşme, ekonomik sorunlar, ıssızlık, yoksulluk, kültür çatışmaları, sağlık sorun-

¹Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya;

²Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya

İletişim (Correspondence): Dr. Ebru DIĞRAK.
e-posta (e-mail): denizkocoglu@gmail.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2014;5(3):122-128
Journal of Psychiatric Nursing 2014;5(3):122-128

Doi: 10.5505/phd.2014.35220

Geliş tarihi (Submitted): 18.06.2014 **Kabul tarihi (Accepted):** 07.11.2014

ları, sanayileşme, hızlı sosyoekonomik değişim, şiddet, doğal afetler, kazalar, toplumsal düzensizlik, yurt içi ve dışı göçler, savaşlar, aile bölünmeleri, aşırı ahlaki değerler ve baskılar, aile içinde çocuğun yetiştirilmesi, beslenme bozuklukları, genel eğitim yetersizliği ve tüm bunların yarattığı zorlanmalar ile sağlık hizmeti veren kuruluşların yetersizliği gibi toplumsal, ekonomik ve politik durumlar gibi geniş bir yelpaze de ele alınabilecek nedenlerin olduğu belirtilmektedir.^[5-7] Ruh sağlığı sorunları yaygın görülmesi, stigmaya neden olması, yeti yitimi ve iş gücü kaybını ortaya çıkarması, mortaliteye neden olması, sağlık hizmetlerinde maliyeti artırması nedeniyle^[8-10] öncelikle ele alınması gereken sağlık sorunlarından bir sorunu ele almak için ilk yapılması gereken aşama ise sorunun kimler arasında, hangi sorun başlığında ve ne sıklıkta görüldüğünü tanımlamaktır.

Bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalar ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sonuçlarının önemli olmasına rağmen Dünya'daki ruh sağlığı kaynaklarının yetersiz olduğu (gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda yok denecek kadar az) ve yükün büyüyerek arttığını şekildedir.^[11] Yapılan çalışmaların sonuçları ruhsal bozuklukların cinsiyet, yaş, medeni durum, yerleşim bölgesi, sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu,^[12] eğitim düzeyi düşük olanlarda ve kadınlarda, gelir düzeyi düşük ve sosyal güvencesinin olmayanlarda, işsizlerde daha sık görüldüğü bulgularını içermektedir.^[13-15] Ruh sağlığı epidemiyolojisine ilişkin bilgilerimiz olmasına rağmen, bu bilgilerin kentsel alanla ilgili yeterli düzeyde olduğu, kırsal bölgedeki çalışmaların ise kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu bölgedeki kısıtlı çalışmalar, kırsal bölgedeki kadınlarda depresyonun yaygın olduğu,^[16] özellikle evli kadınlarda aile içi şiddete maruz kalan ve kronik hastalığı olanlarda depresyon puanının daha yüksek olduğu bilgilerini içermektedir.^[17] Bu çalışma kırsal bir bölgede yaşayan bireylerde ruhsal durumun saptanması ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, kırsal bir alanda yaşayan 18-65 yaş bireylerde ruhsal durumun saptanması ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma Konya İli Meram İlçesine bağlı kırsal bir yerleşim alanı olan Kaşınhanı bölgesinde 4 Nisan-3 Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Konya merkeze 20 km uzaklıkta olan Kaşınhanı'nın nüfusu 4300'dür. İki ilköğretim okulu bulunan bölge, Türkiye'nin havuç ihtiyacının yüzde 50'sini karşılayan, sanayileşmenin olmadığı ve geçimini tarımla sağlayan kırsal bir alandır.

Araştırmanın evrenini 18-65 yaş arasında ve bu bölgede yaşayan 2350 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada örnek büyüklüğü G*Power analiz programında hesaplanmış olup, ölçek için ortalama değer (rahatsızlık ciddiyet indeksine göre)

1.2 standart sapma 0.8, etki büyüklüğü 0.25, güç %90, alfa hata değeri 0.05 kabul edilerek örneklem büyüklüğü minimum 180 olarak belirlenmiştir ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile 190 birey üzerinden yürütülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin seçiminde ev ziyaretleri yapılmış rastgele bir sokaktan başlanarak onar hane atlayarak evde karşılaşılan 18-65 yaş arası ilk kişiyle çalışma yapılmıştır.

Araştırmanın veri toplama araçları araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formu ve KSE'nden oluşmaktadır. Bilgi formu bireylerin sosyodemografik ve sağlık durumu ile ilgili özelliklerini değerlendirmek için literatüre^[12,18,19] dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan 14 soruluk bir formdur. Sosyo-demografik özelliklerde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, aile tipi, sosyal güvencesi, aylık geliri, algılanan ekonomik durum, çocuk sayısı, sağlık durumu ile ilgili özelliklerde; kronik ve psikiyatrik bir rahatsızlığı olup olmadığı, psikiyatri uzmanına gidip gitmediği, psikolojik destek almak isteyip istemediğine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Kısa Semptom Envanteri: Bireylerin ruhsal durumunu belirlemek amacıyla 53 maddeden oluşan likert tipi kendini değerlendirme ölçeğinin 9 alt ölçeği sırayla, Somatizasyon, Obsesif kompulsif bozukluk, Kişilerarası duyarlılık, Depresyon, Anksiyete bozukluğu, Hostilite, Fobik anksiyete, Paranoid düşünce, Psikotizm ve Ek maddeler (yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları) olarak oluşmaktadır ve bu ölçekten rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi olmak üzere üç global indeks hesaplanabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin belirtilerinin sıklığını gösterir. Ölçekten elde edilen indeks puanları aşağıdaki gibi hesaplanmakta ve her alt ölçekten en fazla dört puan, en az sıfır puan alabilmektedir. Bu puan ortalamaları dörde yaklaştıkça belirtilerin ileri derecede olduğu, sıfıra yaklaştıkça belirtilerin azaldığı görülmektedir.^[20]

Rahatsızlık ciddiyeti indeksi: Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir: $(S+OKB+KD+D+A+H+FA+PD+P+EM / 53)$.

Belirti toplamı indeksi: 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerler) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır. Semptom rahatsızlık indeksi: Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir: $(S+OKB+KD+D+A+H+FA+PD+P+EM / \text{Belirti Puanı})$.

Ergenler için geçerlik ve güvenilirliği Hisli Şahin, Batıgün ve Uğurtaş (2002) tarafından yapılmıştır. Puan ranjı 0-212 arasındadır. Ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.96 ve 0.95 alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.55 ile 0.86 arasında değişmektedir.^[20]

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı ve yüzdelik dağılımı içeren tanımlayıcı istatistikler ve bağımsız değişkenlerle, KSE ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesinde t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Veriler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma Konya Valiliği İl Sosyal Etüt ve Proje Müdürlüğüyle ortak yapılan kırsal alanda sağlığın geliştirilmesi projesi kapsamında araştırmacılar tarafından planlanmış ve yapılmıştır. Gerekli yazılı izinler alınmış ve veri toplama sırasında bireylere de gerekli açıklamalar yapılarak aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımına göre, yaş ortalaması 37.74 ± 13.32 olup, %64.7'si kadın, %63.7'si ilköğretim mezunu, %83.7'si evli, %49.5'i ev hanımı, %22.1'i çiftçi, %57.4'ü çekirdek ailede yaşamaktadır. Bireylerin çocuk sayısı ortalama 2.38 ± 1.59 olup, %73.7'si sosyal güvenceye; %43.2'si 500 ve altında aylık gelire sahiptir ve %63.2'si ekonomik durumunu orta olarak algılamaktadır. Çalışma grubunda yer alan bireylerin %90'ı psikiyatrik bir tanı almadığını, %84.2'si hiçbir zaman psikiyatrik sorunlar nedeniyle sağlık kurumuna başvurmadığını, %53'ü psikolojik destek almak istediğini ve %82.1'i kronik rahatsızlığı olmadığını belirtmiştir.

Çalışma grubunun KSE puan ortalamaları değerlendirilmiş ve en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırayla, obsesif kompulsif bozukluk (1.0 ± 0.6), kişilerarası duyarlılık (0.9 ± 0.6), ek madde (0.9 ± 0.6) ve hostilite (0.9 ± 0.7); en az puan ortalaması olan ruhsal belirtiler ise fobik anksiyete, ve psikotizm olarak belirlenmiştir. Global indekslerden

RCİ puanı düşük (0.7 ± 0.4), SRİ orta düzeye yakın (1.5 ± 0.4) ve BTİ puan ortalamaları orta düzeyde (24.3 ± 9.9) olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Kısa semptom envanterine göre belirlenen somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozuklukları, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler (yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları) puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerle olan ilişkisi t testi ve tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Bu bulgulara göre, ilköğretim ve altı eğitim alanlar (0.5 ± 0.4), evli olanlar (0.5 ± 0.4) geliri 500 ve daha altında olanlar (0.6 ± 0.4) ve kronik hastalığa sahip olanların (0.7 ± 0.4) somatizasyon puan ortalaması; ortaöğretim ve üzeri eğitim alanlar (0.4 ± 0.3), bekar (0.3 ± 0.3), geliri 500-1500 arası geliri olanlara (0.4 ± 0.3) ve kronik hastalığı olmayan (0.4 ± 0.4) gruba göre yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Aile yapısı, çekirdek aile yapısında olanların; kişilerarası duyarlılık (1.0 ± 0.7), depresyon (0.8 ± 0.6), hostilite (1.0 ± 0.7), paranoid düşünce (0.7 ± 0.6) ve psikotizm (0.5 ± 0.3) puan ortalamaları, geniş aile olanlara göre daha yüksektir (sırasıyla; 0.7 ± 0.5 ; 0.5 ± 0.4 ; 0.7 ± 0.6 ; 0.4 ± 0.3 ; 0.3 ± 0.3). Geliri 500 TL ve altında olanların (0.8 ± 0.6), gelir düzeyi 2500'ün üzerinde olanlara göre (0.1 ± 0.08) ve kronik hastalığa sahip olanların (0.9 ± 0.6) sahip olmayanlara (0.7 ± 0.5) göre anksiyete puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde kronik hastalığa sahip olanların (1.1 ± 0.5) ek maddelerle ilgili (yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları) puan ortalamaları; olmayanlara (0.8 ± 0.6) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak belirlenmiştir. ($p < 0.05$). Diğer sosyoekonomik özelliklere göre oluşturulan gruplar arası ölçek alt boyutlarına ilişkin farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Kısa Semptom Envanterinden elde edilen RCİ, BTİ ve SRİ

Tablo 1. Kısa semptom envanterine göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı (n=190)

Ruhsal belirtiler	Puan ortalamaları	Beklenen değerler	
	Ort.±SS	Minimum	Maksimum
Somatizasyon	0.5±0.4	0	4
Obsesif-kompulsif bozukluk	1.0±0.6	0	4
Kişilerarası duyarlılık	0.9±0.6	0	4
Depresyon	0.7±0.5	0	4
Anksiyete bozukluğu	0.7±0.5	0	4
Hostilite	0.9±0.7	0	4
Fobik anksiyete	0.3±0.4	0	4
Paranoid düşünce	0.6±0.5	0	4
Psikotizm	0.4±0.4	0	4
Ek maddeler	0.9±0.6	0	4
Rahatsızlık ciddiyet indeksi	0.7±0.4	0	4
Belirti toplam indeksi	24.3±9.9	0	53
Semptom rahatsızlık indeksi	1.5±0.4	0	4

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 2. Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutlarının sosyodemografik faktörlerle ilişkisi

		Somatizasyon	OBK	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilitite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	0.5±0.4	1.0±0.6	0.9±0.6	0.7±0.5	0.7±0.5	0.8±0.7	0.3±0.4	0.6±0.5	0.4±0.3	1.0±0.6
	Ortaokul ve üstü	0.4±0.3 t=2.578*	0.9±0.5 t=1.236	0.8±0.7 t=.590	0.6±0.6 t=.613	0.6±0.6 t=1.176	1.0±0.7 t=-1.160	0.4±0.4 t=-.372	0.6±0.5 t=-0.020	0.4±0.5 t=-.111	0.8±0.7 t=1.805
Medeni durum	Bekar	0.3±0.3	0.8±0.5	1.0±0.6	0.6±0.4	0.6±0.4	0.9±0.5	0.3±0.3	0.5±0.4	0.4±0.4	0.8±0.5
	Evli	0.5±0.4 t=-2.428*	1.0±0.6 t=-1.296	0.9±0.6 t=.689	0.7±0.6 t=-.822	0.7±0.6 t=-1.282	0.9±0.7 t=.074	0.3±0.4 t=-.169	0.6±0.5 t=-1.036	0.4±0.4 t=-.210	0.9±0.6 t=-.998
Aile yapısı	Çekirdek	0.5±0.5	1.0±0.7	1.0±0.7	0.8±0.6	0.8±0.6	1.0±0.7	0.4±0.4	0.7±0.6	0.5±0.4	0.9±0.7
	Geniş	0.4±0.3 t=1.821	0.9±0.5 t=1.541	0.7±0.5 t=2.783*	0.5±0.4 t=2.728*	0.5±0.4 t=1.870	0.7±0.6 t=2.235*	0.3±0.3 t=1.506	0.4±0.3 t=3.907*	0.3±0.3 t=2.594*	0.8±0.5 t=1.170
Çocuk sayısı	1	0.5±0.4	0.9±0.5	0.9±0.7	0.7±0.6	0.7±0.6	0.9±0.7	0.4±0.4	0.6±0.6	0.4±0.5	0.8±0.6
	2'den fazla	0.5±0.4 t=-.567	1.0±0.6 t=-.914	0.8±0.6 t=1.141	0.6±0.5 t=1.297	0.7±0.5 t=.041	0.8±0.6 t=1.614	0.3±0.3 t=1.184	0.5±0.4 t=1.321	0.4±0.3 t=.953	1.0±0.6 t=-1.263
Gelir	500 TL ve altı	3.0±1.8	3.7±1.6	2.5±1.6	2.9±1.6	3.0±1.5	2.7±1.4	1.2±1.0	2.2±1.4	1.6±1.1	1.8±0.9
	501-1500 TL	2.4±1.3	3.8±1.4	2.4±1.1	2.9±1.5	3.0±1.4	2.4±1.3	1.0±0.9	2.4±1.4	1.7±1.1	1.8±1.0
	1501-2500	2.9±2.7	3.1±1.5	1.8±1.5	2.5±2.1	2.8±2.4	2.0±1.9	1.5±1.2	2.0±2.1	1.9±2.0	1.9±1.6
	2500 ve üstü	1.1±1.4 F=4.348*	2.6±1.2 F=2.037	1.8±1.1 F=1.450	1.8±0.7 F=2.223	0.6±0.5 F=2.934*	2.1±1.4 F=1.253	0.8±0.7 F=2.985	2.3±1.2 F=2.330	0.8±1.6 F=1.561	1.6±1.3 F=0.524
Kronik hastalık	Evet	0.7±0.4	1.0±0.6	1.0±0.6	0.8±0.5	0.9±0.6	0.8±0.7	0.4±0.4	0.7±0.5	0.4±0.3	1.1±0.5
	Hayır	0.4±0.4 t=3.015*	0.9±0.6 t=1.908	0.9±0.6 t=.716	0.6±0.5 t=1.661	0.7±0.5 t=-2.052	0.9±0.7 t=-.379	0.3±0.4 t=-.373	0.6±0.5 t=.724	0.4±0.4 t=.512	0.8±0.5 t=2.356*

*p<0.05

Tablo 3. Kısa Semptom Envanterinden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksinin belirleyicileri

Belirleyiciler	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi			Belirti Toplam İndeksi			Semptom Rahatsızlık İndeksi		
	B	t	p	β	t	p	β	t	p
Yaş	-.108	-1.012	.313	-.068	-.639	.523	-.130	-1.211	.227
Cinsiyetin kadın olması	.054	.469	.640	.215	1.881	.062	-.137	-1.193	.234
İlkokul ve daha altında eğitime sahip olma	.047	.497	.620	.027	.283	.777	.128	1.352	.178
Bekar ya da dul olma	-.080	-.964	.336	-.094	-1.141	.255	-.028	-.335	.738
3 ve daha üzeri çocuk sahibi olma	-.023	-.244	.807	-.002	-.016	.987	.008	.086	.932
Aylık gelir	-.197	-2.426	.016	-.171	-2.211	.036	-.252	-3.091	.002
Ekonomik durumunu kötü algılama	-.081	-1.021	.309	-.091	-1.145	.254	-.031	-.394	.694
Ev hanımı ya da işsiz olma	-.064	-.562	.575	-.179	-1.593	.113	.064	.568	.571
Çekirdek ailede yaşama	.193	2.678	.008	.141	1.965	.051	.111	1.531	.128
Kronik hastalığa sahip olma	.136	1.792	.075	-.178	-2.346	.020	.029	.382	.703
	R=.328	R²=.107	F=2.151	R=.339	R²=.115	F=2.320	R=.317	R²=.101	F=2.003
		p=0.023			p=0.014			p=0.035	

puanları için sosyodemografik özelliklerin belirleyici olup olmadığı çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bağımlı değişkenler için oluşturulan modelin bütün değişkenler için anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu analiz sonucuna göre RCİ için aylık gelir ($\beta=-.197$) ve çekirdek ailede yaşama ($\beta=.193$) belirleyici faktörlerdir, gelirin artması indeks puanını düşürürken, çekirdek ailede yaşama artırmaktadır ($R=.328$ $R^2=.107$ $p=0.023$). Belirti toplam indeksi için gelir ($\beta=.171$) ve kronik hastalığa sahip olma ($\beta=.178$) belirleyici olan değişkendir ve gelirin artması görülen belirti sayısını azaltırken; kronik hastalığa sahip olma artırmaktadır ($R=.339$, $R^2=.115$ $p=0.014$). Semptom rahatsızlık indeksi içinse belirleyici olan değişkenin

gelir ($\beta=.252$) olduğu görülmektedir ve gelirin artması indeks puanını düşürmektedir ($R=.317$ $R^2=.101$ $p=0.035$) (Tablo 3).

Kısa Semptom Envanterinden elde edilen RCİ, BTİ ve SRİ puan ortalamalarının psikolojik rahatsızlık algılayan, psikiyatri uzmanına başvuran ve psikolojik destek isteyen grupta; psikolojik rahatsızlık algısı olmayan, psikiyatri uzmanına başvurmamış ve psikolojik destek istemeyen gruba göre daha yüksek bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı görülmektedir (Tablo 4).

Tartışma

Kırsal bir alanda yaşayan 18-65 yaş arasındaki bireylerin

Tablo 4. Psikolojik ya da psikiyatrik yardım arama ve farkındalık durumuna göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksinin belirti puan ortalamalarının dağılımı (n=190)

Sağlık özellikleri	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Psikolojik rahatsızlık algılama durumu			
Var	1.0±0.6	31.3±13.9	1.4±0.3
Yok	0.6±0.3	26.4±11.6	1.3±0.3
Test ve önemlilik değeri	t=3.163 p=0.002	t=3.624 p=0.000	t=1.053 p=0.294
Psikiyatri uzmanına başvuru durumu			
Var	0.9±0.5	30.9±9.2	1.4±0.8
Yok	0.6±0.3	23.0±9.6	1.4±0.3
Test ve önemlilik değeri	t=3.494 p=0.001	t=4.144 p=0.000	t=1.342 p=0.181
Psikolojik destek isteme durumu			
İstiyor	0.8±0.4	26.3±9.7	1.5±0.4
İstemiyor	0.6±0.3	22.0±9.7	1.4±0.4
Test ve önemlilik değeri	t=3.076 p=0.002	t=3.053 p=0.003	t=2.208 p=0.028

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

KSE ile ruh sağlığı durumlarının değerlendirildiği bu çalışmada, en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırayla, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, ek madde ve hostilite; en az puan ortalaması olan ruhsal belirtiler ise fobik anksiyete ve psikotizim olarak belirlenmiştir. Belçika'da birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda yapılan bir çalışmada en yüksek puan ortalamaları; duygudurum bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluk olarak saptanmıştır.^[21] Türkiye'de üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise, en yüksek puan ortalamalarının hostilite obsesif kompulsif bozukluk paranoid düşünce daha yüksek puana sahip olan sorunlar olarak bulunmuştur^[22] ve bu çalışmayla genel olarak benzerdir.

Global indekslerden RCİ, ruhsal belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret etmektedir. BTİ, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli ruhsal belirti algıladığını göstermekte, SRİ'deki artış ise bireyin kendisinde var olan belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını vermektedir. Çalışmamızda, global indekslerden RCİ puanı düşük, SRİ puanı orta düzeyde yakın ve BTİ puanı orta düzeyde bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı grubun toplum içinde sağlam bireyler üzerinde yapıldığı göz önüne alındığında psikotik rahatsızlıklarla ilgili durumların daha az ortalamaya sahip olması beklenen bir durumdur. Çalışmada bireylerin BTİ orta düzeyde olmasına rağmen, belirtilerden duyulan sıkıntı ve yaşanan rahatsızlık hissinin daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durumda bireylerin yaşadığı sorunların farkında olmadıkları ya da bu sorunların günlük yaşamlarını etkileyecek boyutta olmadığı yönünde değerlendirilebilir. Literatürde yer alan diğer çalışmalarda^[20,23,24] sonuçların bu yönde olduğu görülmektedir.

Kırsal alanda da yetişkinlerin ruh sağlığı düzeyinin kentsel alan ve farklı yaş gruplarında olan bireylerle benzer olduğu yorumunu yapabiliriz.

Somatizasyon puanı yüksek olan grubun ilköğretim ve altı eğitim alanlar, evli olanlar, düşük gelire sahip olanlar ve kronik hastalığa sahip olanlardır. Somatizasyon bireylerin kişisel ya da toplumsal sıkıntılarını kendi bedenlerine yönelterek fiziksel yakınmalarda bulunmasıdır. Eğitim ve ekonomik durumu daha düşük olanların sorunlarına çözüm bulma ya da çözüm kaynaklarına ulaşma bakımından dezavantajlı olduğu bilinmektedir.^[25] Bu nedenle bu gruptakiler daha fazla somatik şikayetlere sahip olabilir. Kronik hastalığa sahip olanlarda hastalıklardan elde ettikleri sekonder kazancı somatizasyon olarak yansıtır olabilir. Kronik sağlık sorunlarına sahip olanların somatizasyon yaşadıkları literatür tarafından da desteklenmektedir.^[26]

Kişilerarası duyarlılık ise bireyin başkalarıyla kendini kıyasladığında kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelere sahip olmasıdır. Sosyodemografik değişkenlerden sadece çekirdek aile de yaşayanların geniş ailedeki yaşayanlara göre bu puanı yüksek bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayanların benzer şekilde depresyon, hostilite, paranoid düşünce ve psikotizim puanının yüksek olduğu görülmektedir. Bunun başlıca sebebi çalışmanın yapıldığı yerin kırsal alan olmasından kaynaklanıyor olabilir. Kırsal alanda geniş aile sorumlulukların paylaşıldığı, ailesi ekonomisini güçlendiren ve ailenin sorunlarını bir arada çözüm aradığı bir özellik göstermektedir. Bu nedenle kırsal alanda çekirdek ailenin bir parçası olmak ekonomik durumun düşmesi, sorunlar karşısında ailenin destek-siz kalması gibi sonuçları ortaya çıkarabilir. Erközan (2005) üniversite öğrencileri üzerine yaptığı bir çalışma da kırsal

alandaki yaşayan öğrencilerin kişilerarası duyarlılığı oluşturan onaylanma ihtiyacında ilçe ve ilde yaşayanlara göre daha fazla puan ortalamasına sahip olduklarını belirtmiştir.^[27]

Nedeni belli olmadan kişinin kendini sürekli kaygı halinde hissetmesi ve sürekli kötü bir haber alanacağını düşünmesi olarak adlandırılan anksiyete bozukluğu düşük gelirlilerde ve kronik hastalığa sahip olanlarda daha yüksek puan ortalamasına sahiptir. Sahip olduğu kronik hastalığı iyi yönetmemekten dolayı yaşanan komplikasyonlar ve kriz dönemleri ölüm korkusunu bu durumda anksiyete bozukluklarını tetikleyen bir durumu ortaya çıkarabilir. Benzer şekilde uyku sorunlarını ve iştah bozukluklarını içeren ek maddelerde kronik hastalığa sahip olanlarda daha yüksek görülmektedir.

Rahatsızlık ciddiyet indeksinin belirleyicileri değerlendirildiğinde aylık gelirin düşmesi ve çekirdek aile de yaşama puanı artırmaktadır. Belirti rahatsızlık indeksinde ise kronik hastalığa sahip olma ve gelirin düşmesi, semptom rahatsızlık indeksinde de gelirin düşmesi puanı artırma yönünde etki göstermektedir. Bu bulgulardan yola çıkarak kırsal bölgede ruh sağlığı sorunlarının kontrol altına alınmasında üç önemli yaklaşımın olduğundan söz edebiliriz. Öncelikle kırsal alan yoksulluğunun önlenmesinin önemli olduğudur. Çekirdek ailede yaşayan ailelerin sosyal desteklerinin güçlendirilmesi ve kronik hastalığına sahip bireylerin hastalıklarını yönetmek üzere özbakım becerilerinin kazandırılması ve kaynakların oluşturulmasıdır.

Ayrancı ve Yenilmez Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında poliklinik defterlerini tarayarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında,^[28,29] çalışmamızdaki sonuçlardan farklı sonuçlar bulmuşlar ve sosyoekonomik açıdan geri sayılabilecek bölgelerdeki sağlık ocaklarında ruhsal bozuklukların daha az oranda olduğunu gözlemlemişlerdir. Çalışmamız gelir düzeyi düşüklüğünün ruhsal bozukluklar açısından diğer faktörlerden bağımsız olarak önemli risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Gelir düzeyinin düşük olmasının, bu hastaların sağlık kurumlarından ve özellikle ruh sağlığı merkezleri ile ruh sağlığı profesyonellerinden yeterince yararlanamaması sonucunu doğurabileceği ve bu şekilde ruhsal bozuklukların artışıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Dönmez ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyinin az olması anksiyete bozuklukları ve somatizasyon bozuklukları açısından risk faktörü olarak bulunmuşken eğitim düzeyinin düşük olması ruhsal bozukluklar açısından risk faktörü olarak değerlendirilmiştir.^[13] Çalışma bulgularımız ülkemizdeki en büyük epidemiyolojik çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nin verileri ile de benzerdir.^[30] Somatizasyon bozuklukların kadınlarda, düşük eğitimi ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip gruplarda, kırsal kesimlerde, daha yaygın olduğu görülmektedir.^[31,32] Bizim çalışmamızda ise, ilkököl ve altı eğitim alanlar, evli olanlar, geliri 500 ve daha altında olanlar

ve kronik hastalığa sahip olanlarda daha yaygındır. Anksiyete sorunu çalışmamızda geliri 500 ve altında olanlarda daha yüksektir. Diğer çalışmalarda da düşük gelir, düşük öğretim düzeyinde daha yüksektir.^[33,34]

Sonuç

Bu çalışma ile kırsal alanda yaşayan bireylerin ruh sağlığı düzeylerine ve bu düzeyle ilişkili faktörlere dikkat çekilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda kırsal alanda da kentsel alana benzer şekilde ruh sağlığı sorunlarının görüldüğü, özellikle gelir düzeyleri ve aile yapısının ruh sağlığı düzeyinde önemli bir belirleyici olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda kırsal alanda da koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin sunulması gerektiği, bu bölgelerde çalışan sağlık personellerinin bölge halkına sunduğu sağlık taramalarında ruh sağlığı taramalarını yapması gerektiği önerilebilir. Özellikle kırsal alan yoksulluğunu önlemeyle ilgili yapılacak girişimler sorunun kontrol altına alınmasında önemlidir. Türkiye'nin farklı bölgelerinde kırsal alanda yapılacak ruh sağlığı tarama sonuçları durumun daha iyi tanımlanması ve stratejilerin geliştirilmesi için gerekli olup, araştırmacılara kırsal alan ruh sağlığı ile ilgili araştırmalar yapması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Sayıl I. Bireyden topluma ruh sağlığı. 1. baskı. İstanbul: Eler Matbaacılık; 2004. s. 31-40.
2. Worley N. Mental health nursing in the community. USA, Michigan: Mosby Year Book; 1997. p. 239-55.
3. Keltner LN. Introduction to psychiatric nursing. 2nd ed. USA, Philadelphia: 1995. p. 3-15.
4. World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. Erişim Tarihi: 21.02.2013 Erişim: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html.
5. Karataş N. Halk Sağlığı Hemşireliği el kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı yayınları; 1998. s. 97-104.
6. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 10. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2004.
7. Kaptanoğlu C. Türkiye'de psikiyatri: "Yapamadıklarımız". Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2005;12:43-5.
8. Kaptanoğlu C, Yenilmez Ç, Ayrancı Ü. Temel Sağlık Hizmetlerinde en sık görülen ruhsal bozukluklar ve fiziksel belirtiler. 5US Yayınları 2003;4-10.
9. Sağlık Bakanlığı. Ruhsal bozukluğu olanları dışlamayalım tedavi için cesaretlendirelim. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kitapçığı. Ankara: 2001. s. 4-5.
10. NIMH 2012 Erişim Tarihi: 21.02.2013 Erişim: <http://www.nimh.nih.gov/research-funding/inside-nimh/2012-winter-inside-nimh.shtml>.
11. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Erişim Tarihi: 22.02.2013 Erişim: http://www.who.int/mental_health/evidence/mh-atlas05/en/index.html.
12. Güleç Öyekçin D. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9:39-43.
13. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi 2000;11:198-203.
14. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, et al. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the

- functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005;35:1175-84.
15. Yüksel İ. İşsizliğin psikososyal sonuçlarının incelenmesi (Ankara örneği). *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2003;4:21-8.
 16. Ünsal A, Ayrancı Ü, Tozun M. Batı Türkiye'nin kırsal bir kasabasında kadınlar arasında depresyon sıklığı ve sosyo demografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:148-55.
 17. Cengiz Özyurt B, Deveci A. Manisa'da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22:10-6.
 18. Tezcan S, Arslan D. Ankara'da çeşitli meslek gruplarında ruhsal sağlık durumunun değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 2000;1:1-8.
 19. Ünsal Barlas G, Karaca S, Işıl Ö, Barlas Ü. Üniversite sınavına hazırlanan bir grup öğrencinin kendilik algıları ve ruhsal belirtileri arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010;1:18-24.
 20. Sahin NH, Durak Batıgün A, Uğurtaş S. The validity, reliability and factor structure of the Brief Symptom Inventory (BSI). *Türk Psikiyatri Derg* 2002;13:125-35.
 21. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004;78:49-55.
 22. Demirel SA, Eğlence R, Kaçmaz E. Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi. *Nevşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2011;1:18-29.
 23. Dökmen ZY, Kışlak T. Engelli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin demografik ve psikolojik özellikleri ile sorunlarının karşılaştırılması. *Kriz Dergisi* 2004;12:33-47.
 24. Ekemen N. On beş - kırk dokuz yaş dönemindeki kadınlarda kısa semptom envanteri ile ruhsal durumun belirlenmesi. [Yüksek lisans tezi] Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
 25. Suhrcke M, de Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2012.
 26. Fishbain DA, Cole B, Cutler RB, Lewis J, et al. Chronic pain and the measurement of personality: do states influence traits? *Pain Med* 2006;7:509-29.
 27. Erközan A. Üniversite öğrencilerinde kişilerarası duyarlılık ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi* 2005;14:129-55.
 28. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanılarını ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2:87-98.
 29. Ayrancı U, Yenilmez C. Evaluation of mental health services in primary health care settings in the city centre of Eskişehir. [Article in Turkish] *Türk Psikiyatri Derg* 2002;13:115-24.
 30. Erol N ve ark. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Ankara: Eksen tanıtım ltd; 2001. s. 34-42.
 31. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11:3-16.
 32. Kaya B. Somatoform bozuklukların epidemiyolojisi. İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları; 2002.
 33. Doğan O. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun epidemiyolojisi. İç: Dilbaz N. Anksiyete bozukluklarında son gelişmeler. 2005. s. 75.
 34. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety* 2002;16:162-71.
-
- 15. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur (Bursa 2012).*