

Aile Sağlığı Merkezine başvuranların ruh sağlığı düzeyi ve etkileyen faktörler

The factors affecting mental health status of people attending family health centers

Mahmut Kılıç¹, Tuğba Uzunçakmak²

Özet

Amaç: Bireylerin ruhsal yönden sağlıklı bir hayat sürdürmelerinde Aile Sağlığı Merkezi (ASM) çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu çalışma, ASM'lere başvuran bireylerin ruh sağlığı düzeyini ve sosyo-demografik faktörlerle olan ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel şekilde planlanan bu çalışma, 2013 yılında Yozgat il merkezindeki ASM'lerde yapılmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen bireylere anket ve çalışma hakkında bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır. Çalışmaya, 18 ve üstü yaşta 487 birey katılmıştır. Veriler, sosyo demografik veri toplama formu ve Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire) kısa formu (GSA-12) kullanılarak toplanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçelik ve güvenilirliği Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kesim noktası iki olup, iki ve yukarı puan alanlar, riskli olarak değerlendirilmektedir. Verilerin analizinde t testi, ki-kare testi ve ikili lojistik regresyon kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların GSA-12 ölçek puan ortalaması 2,38±2,92 olup, %47,6'sı (%13,3'ü ≥6 puan) ölçekten ruh sağlığı riskli denebilecek (≥2) puan almıştır. Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre; ruh sağlığı sorunu olma olasılığı kadınlarda erkeklere göre 1,70 kat, %95 güven aralığı (%95GA, 1,13-2,55), sağlık sorunu olanlarda olmayanlara göre 2,25 (%95GA, 1,42-3,57) kat, sigara içenlerde hiçbir bağımlılığı olmayanlara göre 5,34 (%95GA, 1,07-26,57) kat, alkol/ diğer bağımlılığı olanlarda hiçbir bağımlılığı olmayanlara göre 9,05 (%95GA, 1,80-45,43) kat, ekonomik durumu kötü ve orta olanlarda iyi olanlara göre sırasıyla 3,75 (%95GA, 1,72-8,15) ve 1,55 (%95GA, 1,04-2,33) kat daha yüksektir. Yaş, öğrenim düzeyi ve medeni durumun etkisi önemli bulunmamıştır (p>0,05).

Sonuç: Araştırmaya göre; kadın olmak, sağlık sorununun olması, sigara, alkol vb. bağımlılığın olması, ekonomik durumun kötüleşmesi ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Ruhsal yönden risk taşıyan kişilerin tanı, danışmalık ve tedavisi konusunda ASM'lerde çalışan hekim ve hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Genel sağlık anketi, ruh sağlığı, ASM

Summary

Objective: Health care providers working in Family Health Centers (FHC) have important duties for people about maintaining a spiritually healthy life. This study was carried out to determine mental health and its relationship with socio-demographic factors in individuals who came to FHC.

Methods: This cross-sectional study took place in the FHC in the central province of Yozgat, in 2013. People who volunteered were informed about the study. 487 participants, age 18 and older, participated in this study. A socio-demographic data form and the General Health Questionnaire Short form (GHQ-12) were used to collect the data. The validity and reliability of the GHQ-12 in Turkish was investigated by Kılıç (1996). Scores of 2 and higher point to psychological distress. For the data analyses; t-test, chi-square test and binary logistic regression were used.

Results: Participants took an average of 2.38 ± 2.92 scores from The GHQ-12. %47.6 (% 13.3≥6 points) of those received 2 or more points that can be risky mental health. According to multivariate logistic regression analysis; the likelihood of having risky mental health problems were 1.70 (95% CI, 1.13-2.55) times higher in women than in men, 2.25 (95% CI, 1.42-3.57) times higher in people having health problems than without, 5.34 (95% CI, 1.07-26.57) times higher in smokers than without any dependence, 9.05 (95% CI, 1.80-45.43) times alcohol/ other drug users than without any dependence. People with poor and modest economic status were at higher risk for mental health problems than higher status respectively 3.75 (95% CI, 1.72-8.15) and 1.55 (95% CI, 1.04-2.33) times higher. Age, educational level and marital status have no significant effect on mental health problems (p> 0.05).

Conclusion: According to the survey; gender, health problem, smoking, alcohol use and income are predictors of poor mental health. Nurses and doctors working in FHCs are in a unique position to identify, counsel and treat people with mental health problems.

Keywords: General health survey; mental health; FHC

¹ Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Yozgat

² Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Arş. Gör., Yozgat

Giriş

Dünyadaki hastalık yükünün %10'u, sağlıklı olarak kaybedilen yılların da (Years of Life Lost Due To Disability-YLD) dörtte birinden fazlası nöro-psikiyatrik sorunlara bağlıdır. Ruhsal sorunların, gelecek 20 yılda 16 trilyon dolar (ABD) ekonomik kayba neden olacağı tahmin edilmektedir.^[1] Türkiye Hastalık Yükü Çalışmasına göre, unipolar depresif bozuklukların prevalansı %21,1 olup, YLD nedenlerinin başında %27,8 ile nöro-psikiyatrik bozukluklar gelmektedir.^[2] Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre; depresyon görülme sıklığı 25-34 yaş grubunda %9, 35-44 yaş grubunda %11 ve 45-54 yaş grubunda %13'tür. Depresif bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluk tanısını içeren toplam ruh sağlığı bozukluğu yüzdesi ise %12 olup, kadınlarda (%16) erkeklere göre (%7) iki kat daha fazladır.^[3]

Yapılan araştırmalarda, yetişkinlerin üçte birinin (%36) son bir yılda ruh sağlığı sorunu yaşadığı gerçeği,^[4] yine dörtte birinde (%23) ruhsal hastalık görülmesi, bunların da büyük bir çoğunluğunu (%87) depresyon ve anksiyetenin oluşturması bu iki sorunun öneminin ortaya koymaktadır.^[5] Ülkemizde, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yetişkinlerin yaşam kalitesindeki değişimin %26'sının ruh sağlığı düzeyine bağlı olduğu görülmüştür.^[6] Fakir ülkelerdeki kişilerin yarısında (%56) bir den fazla psikiyatrik bir hastalık olduğu görülmüştür.^[7] Yapılan çalışmalarda, genç, bekâr, işsiz olmak, egzersiz yapmamak, gelir düzeyinin düşük olması, komorbidite, ailesinde ruhsal sorun olma, öyküde ruhsal sorun olma gibi faktörlerin ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi için risk faktörlerinden olduğu görülmüştür.^[8] Avrupa ülkelerinde, kadınların erkeklere göre ruh sağlığı hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları tespit edilmiştir.^[9]

Sağlık sistemi içerisinde yer alan birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların ilk başvuru yeri olup, kapsayıcı, sürekli ve eş güdüm içerisinde bireylere koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada sunması gerekmektedir.^[10] Diğer taraftan koruyucu ruh sağlığı çalışmalarını içeren birinci basamak sağlık hizmetleri, ruhsal yönden sorunlar yaşayan bireylerin veya riskli kişilerin tespit edilmesi, desteklenmesi noktasında da anahtar bir role sahiptir.^[11,12] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ekonomik sorunlar, damgalanma, ayrımcılık ve dışlanma gibi faktörlerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğine dikkat çekmekte-

dir. Yapılması gerekenler noktasında; toplum sağlığı hizmetleri, sosyal hizmetler, eğitim programlarının düzenlenmesi, sunulan hizmetlerden yararlanma yoluyla bireylerin topluma kazandırılabilceğini öngörmektedir.^[13] Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM), toplumun farklı kesimlerine ve geniş kitlelerine hizmet sunması nedeniyle, koruyucu ruh sağlığı ve tarama programlarını düzenlenmesi daha uygun olacaktır.

Bu araştırma, ASM'lere başvuran bireylerin ruh sağlığı düzeyini ve sosyo-demografik faktörlerle olan ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel şekilde planlanan bu araştırma, 2013 yılı Şubat-Mayıs aylarında Yozgat il merkezinde yapılmıştır. Araştırma, il merkezinde bulunan 7 ASM arasından kura ile seçilen 1, 3 ve 5 Nolu ASM'de yapılmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen bireylere anket ve çalışma hakkında bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır. Araştırmanın etik kurul onayı, Yozgat Devlet Hastanesi Etik Kurulundan 02/04/2009 tarih ve 1337 sayılı yazı ile verilmiştir.

Araştırmanın evrenini, 18 yaş ve üstü, iletişim kurulabilen bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında, evren büyüklüğü bilinmeyen durumlarda bir olayın görülme sıklığı formülüne ($n = p \cdot (1-p) \cdot t^2 / d^2$) göre hesaplanmıştır. Ülkemizde yapılan Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004'e göre unipolar depresif bozuklukların prevalansı %21,1'dir.^[2] Bu çalışma için ruhsal sorun görülme sıklığı $P=0,20$, görülme sıklığından sapma $d=0,05$, $\alpha=0,05$ alındığında en küçük örneklem büyüklüğü $n=246$ olarak hesaplanmıştır.

Ancak çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre çoklu analiz yapılacağından hesaplanan örneklem büyüklüğünün yaklaşık 2 katı ($n=500$) araştırmaya alınması planlanmıştır. Çalışmaya, 18 ve üstü yaşta 487 birey katılmıştır. Veriler, sosyo demografik veri toplama formu ve Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire) kısa formu (GSA-12) kullanılarak görüşmeciler aracılığı ile toplanmıştır. GSA-12, toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruhsal rahatsızlıkları saptamak amacı ile kullanılan bir tarama testidir. GSA-12, Goldberg (1970) tarafından geliştirilmiş ve 12 sorudan oluşmaktadır. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Kilic tarafından yapılmıştır.^[14] GSA-12'nin puanlanmasında iki yöntem kullanılmaktadır. Birincisi, dörtlü Likert ölçeğinin 0,

1, 2 ve 3 olarak puanlanmasıdır. Likert puanlamasına göre ölçeğin kesim noktası 8/9'dur.^[15] Diğer yöntem ise Goldberg tarafından GSA-12 için geliştirilen 0 ve 1'lerin 0; 2 ve 3'lerin 1 şeklinde puanlanmasıdır. Yapılan bu çalışmada Goldberg' in geliştirdiği ikili puanlama yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin kesim noktası 1/2 olarak kabul edilmektedir. İki ve yukarı puan alanlar, ruhsal belirti olarak değerlendirilmektedir.^[16] Bu çalışmada, GSA-12 ölçeğinin iç tutarlılığı (Cronbach's alpha 0,85) yüksek düzeyde bulunmuştur.

Veriler, bilgisayarda istatistik paket programı yardımıyla analiz edilmiştir. Verilerin analizinde ki-kare, bağımsız gruplarda Student t testi, ANOVA ve ikili lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. İkili lojistik regresyon analizi geriye doğru eleme (Backward LR) modeli kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık durumu, ekonomik durum, hastalık durumu, medeni durum alınmıştır. Bağımlı değişken ise GSA-12 ölçeği kesim noktası olan 2 ve üzerinde puan alanlar ruh sağlığı riskli (1) ve 0-1 puan alanlar risk yok (0) biçiminde iki grup olarak alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılanların %57,3'ü kadın, %55,9'u evli, %37,2'si bekar, yaş ortalaması 35,6±15,1 olup, yaş aralığı 18 – 85'dir. Olguların %30,6'sı okul bitirmemiş veya ilkökul düzeyinde eğitim almış, %39,2'si üniversite eğitimi almıştır. Yine olguların %35,1'i ekonomik durumunu iyi olarak algılamakta, %8,6'sı kötü olarak algılamaktadır. Olguların %27,1'i herhangi bir sağlık sorunu olduğunu, %61,4'ü sağlık durumunun iyi olduğunu, %5,1'i ise kötü olduğunu belirtmektedir. Araştırmaya katılanların üçte biri (%33,7) sigara, alkol vb. bağımlılık yapan herhangi bir alışkanlığının olduğunu ifade etmiştir (**Tablo 1**).

Araştırmaya katılanların GSA-12 ölçek puan ortalaması 2,38±2,92 olup, %37,8'i ölçekten en düşük olan 0 puan alırken, %1,4'ü (7 kişi) en yüksek olan 12 puan almıştır. GSA-12 puan ortalaması, kadınlarda (2,70) erkeklere (1,95) göre, ilkökul ve daha az öğrenim görenlerde (2,87) ortaokul (2,09) ve üzerinde öğrenim görenlere (2,21) göre, eşi ölmüş veya eşinden ayrılmış olanlarda (4,00) evli (2,15) göre, ekonomik durumu kötü olanlarda (4,67) orta (2,55) ve iyi (1,53) olanlara göre, sağlık sorunu olanlarda (3,27)

olmayanlara (2,05) göre daha yüksektir (**Tablo 1**).

Araştırma grubunun yaklaşık olarak yarısının (% 47,6) (≥ 2 puan) ruh sağlığı olumsuz (%13,3'ününkü çok yüksek (≥ 6 puan) düzeydedir (**Tablo 2**). Kesim noktasına göre ruh sağlığı normal (0) ve risk altında olan (1) olarak iki gruba ayrılıp çok değişkenli ikili lojistik regresyon ile analiz yapıldığında; ruh sağlığı risk altında olma olasılığı, kadınlarda erkeklere göre 1,70 kat %95 güven aralığı (%95GA, 1,13-2,55), sağlık sorunu olanlarda olmayanlara göre 2,25 (%95 GA, 1,42-3,57) kat, sigara içenlerde hiçbir bağımlılığı olmayanlara göre 5,34 (%95GA, 1,07-26,57) kat, alkol/ diğer bağımlılığı olanlarda 9,05 (%95GA, 1,80-45,43) kat, ekonomik durumu düşük ve orta olanlarda iyi olanlara göre sırasıyla 3,75 (%95GA, 1,72-8,15) ve 1,55 (%95 GA, 1,04-2,33) kat daha yüksektir. Bu dört bağımsız değişken, ruh sağlığının risk altında olmasının %14'ünü (Nagelkerke R kare: 0,14) açıklamaktadır. Öğrenim düzeyi ki-kare testinde önemli iken, çoklu lojistik regresyon analizinde önemli bulunmamıştır (**Tablo 3**).

Tartışma

Bu çalışmada, ASM'ler başvuran yetişkinlerin ruhsal durumları ve bunu etkileyen faktörler üzerinde durulmuştur. Araştırmaya katılanların GSA-12 ölçek puan ortalaması 2,38±2,92 olup (**Tablo 1**), %47,6'sının (≥ 2 puan) ruh sağlığı riskli denebilecek düzeydedir (**Tablo 2**). Avrupa bölgesinde (2008) GSA-12 puan ortalaması (1, 4) ve ruhsal belirti gösterenlerin oranı (GSA-12'den ≥ 2 puan alanlar %26) çok düşüktür.^[17] Bizim bulgularımız, İstanbul'da bir sağlık ocağına bedensel şikayetle başvuran kadınlarda (%58)^[18] ve Antalya'da ASM'lere başvuranlarda ruh sağlığı riskli olanların oranından (%60,4) daha düşükken,^[19] Denizli il merkezindeki kadınlardaki orandan (%40) (≥ 2 puan) daha yüksektir.^[20]

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, GSA-12 puan ortalaması 3,3±3,2 olarak bulunmuş ve %49,9'unun en az iki psikolojik semptomu olduğu belirlenmiştir.^[21] Almanya'da yapılan çalışmada ise katılımcıların %23'ü GSA-12 den 2 ve üstü puan almıştır.^[22] ASM'ye başvuranların GSA-12 puan ortalaması üniversite öğrencilerine göre daha düşükken, Almanya'da yapılan çalışma bulgularına ve Avrupa bölgesine göre daha yüksektir.

GSA-12 puan ortalaması, kadınlarda, öğrenim dü-

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre GSA-12 puan ortalamasının dağılımı.

Özellikler			
Cinsiyet	n (%)	X (SD)	t / F, p
Erkek	208 (42,7)	1,95 (2,75)	t=2,82
Kadın	279 (57,3)	2,70 (3,0)	p=0,005
Yaş grupları			
18 – 24	148 (30,4)	2,44 (2,94)	
25 – 34	128 (26,3)	2,05 (2,87)	
35 – 44	88 (18,1)	2,44 (3,05)	F=0,61
45 – 54	61 (12,5)	2,61 (2,72)	p=0,659
≥ 55	62 (12,7)	2,58 (2,98)	
Öğrenim düzeyi			
İlkokul ve altı	149 (30,6)	2,87 (3,03)	F=3,21
Ortaokul	147 (30,2)	2,09 (2,89)	p=0,041
Lise ve üzeri	191 (39,2)	2,21 (2,82)	
Medeni durum			
Evli	272 (55,9)	2,15 (2,81)	F=6,22
Bekar	181 (37,2)	2,41 (2,84)	p=0,002
Eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış	34 (7,0)	4,00 (3,68)	
Ekonomik durum			
İyi	171 (35,1)	1,53 (2,13)	F=22,55
Orta	274 (56,3)	2,55 (2,94)	p<0,001
Düşük	42 (8,6)	4,67 (3,97)	
Sağlık sorunu			
Yok	355 (72,9)	2,05 (2,71)	t=3,83
Var	132 (27,1)	3,27 (3,27)	p<0,001
Bağımlılık			
Yok	323 (66,3)	2,14 (2,63)	F=6,48
Sigara	149 (30,6)	3,02 (3,41)	p=0,002
Alkol/ diğer	15 (3,1)	1,00 (2,45)	
Toplam	487 (100,0)	2,38 (2,92)	

t: Bağımsız gruplarda Student t testi. F: Tek yönlü ANOVA testi.

Tablo 2. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre ruh sağlığı risk durumunun dağılımı.

Özellikler				
Cinsiyet	n (%)	Risk yok	Risk var	X2, p
Erkek	208 (42,7)	123 (59,1)	85 (40,9)	X2=6,68
Kadın	279 (57,3)	132 (47,3)	147 (52,7)	p<0,01
Yaş grupları				
18 – 24	148 (30,4)	75 (50,7)	73 (49,3)	
25 – 34	128 (26,3)	78 (60,9)	50 (39,1)	
35 – 44	88 (18,1)	45 (51,1)	43 (48,9)	X2=5,85
45 – 54	61 (12,5)	29 (47,5)	32 (52,5)	p=0,21
≥ 55	62 (12,7)	28 (45,2)	34 (54,8)	
Öğrenim düzeyi				
İlkokul ve altı	149 (30,6)	65 (43,6)	84 (56,4)	X2=7,49
Ortaokul	147 (30,2)	87 (59,2)	60 (40,8)	p=0,02
Lise ve üzeri	191 (39,2)	103 (53,9)	88 (46,1)	
Medeni durum				
Evli	272 (55,9)	151 (55,5)	121 (44,5)	X2=4,12
Bekar	181 (37,2)	91 (50,3)	90 (49,7)	p=0,13
Eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış	34 (7,0)	13 (38,2)	21 (61,8)	
Ekonomik durum				
İyi	171 (35,1)	108 (63,2)	63 (36,8)	X2=18,57
Orta	274 (56,3)	135 (49,3)	139 (50,7)	p<0,01
Düşük	42 (8,6)	12 (28,6)	30 (71,4)	
Sağlık sorunu				
Yok	355 (72,9)	205 (57,7)	150 (42,3)	X2=15,23
Var	132 (27,1)	50 (37,9)	82 (62,1)	p<0,01
Bağımlılık				
Yok	323 (66,3)	174 (53,9)	149 (46,1)	X2=10,07
Sigara	149 (30,6)	68 (45,6)	81 (54,4)	p<0,01
Alkol/ diğer	15 (3,1)	13 (86,7)	2 (13,3)	
Toplam	487 (100,0)	255 (52,4)	232 (47,6)	

^aGSA-12 puanı 0-1:risk yok. 2 ve üzeri : risk var. X2: Bağımsız gruplarda ki-kare testi

zeyi düşük olanlarda, eşi ölmüş veya eşinden ayrılmış olanlarda, ekonomik durumu kötü olanlarda, sağlık sorunu olanlarda daha yüksek saptanmıştır (**Tablo 1**). Ankara’da birinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan bir çalışmada, kronik hastalık varlığının ruh sağlığı riskini artırdığı tespit edilmiştir.^[6] GSA-12’nin uzun formu olan GSA-28 ile ülkemizde yapılan bir çalışmada, kadınlarda, kronik hastalığı bulunanlarda ruhsal bozukluk prevalansı daha yüksek bulunmuştur.^[23] Erişkinlerde yapılan bir çalışmada ise, 75 yaş üstü bireylerin GSA puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.^[24]

Japonya’da yaşlı çalışanlar ile yapılmış diğer bir çalışmada, inaktivite, sigara içme, yüksek BKİ değerinin GSA puanını artırdığı belirlenmiştir.^[25] Kadınlarda yapılan bir çalışmada ise GSA ile BKİ arasında korelasyon olduğu saptanmıştır.^[26] Yapılmış çalışmalar ile araştırma sonuçlarının benzer oluşu araştırmamızı destekleyici niteliktedir.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre; ruh sağlığı riskli olma olasılığı, kadınlarda, sağlık sorunu olanlarda, sigara, alkol / diğer bağımlılığı olanlarda ve ekonomik durumu düşük olanlarda daha yük-

sek saptanmıştır (**Tablo 3**). Öğrenim düzeyi ve medeni duruma göre GSA-12 puan ortalaması farklı iken, çoklu lojistik regresyon analizinde bu iki değişken ile ruh sağlığı riski arasında bir ilişki bulunmazken (**Tablo 2-3**), Hoeymans ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi düşük ve boşanmış kadınların ruhsal sorun yaşama oranlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.^[22]

Sonuç ve Öneriler

ASM’lere başvuranlardan GSA-12 puanları yüksek olanların oranı Avrupa ülkelerine göre çok yüksektir. Kadın olma, herhangi bir sağlık sorunu olma, sigara/ alkol gibi bağımlılığı olma, ekonomik durumun düşük olması gibi faktörlerin yüksek GSA-12 puanları için birer risk faktörü olduğu tespit edilmiştir.

Toplum ruh sağlığı profilini ortaya koyan tarama çalışmalarının farklı gruplarda, birinci basamakta koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında yapılması, desteklenmesi gereken birey ve gruplara sağlık çalışanları tarafından eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilmektedir.

Tablo 3. Sosyo-demografik faktörlerin ruh sağlığı riski üzerine olan etkisinin binary lojistik regresyonla analizi.

Değişkenler (n=487)	β	P	Odds ratio	%95 GA	
				Alt sınır	Üst sınır
Cinsiyet (ref. Erkek)	0,528	0,011	1,695	1,126	2,552
Sağlık sorunu (ref. Yok)	0,812	0,001	2,253	1,423	3,569
Bağımlılık (ref. Yok)		0,004	1		
Sigara	1,674	0,041	5,336	1,072	26,570
Alkol/ diğer	2,203	0,007	9,048	1,802	45,427
Ekonomik durum (ref. İyi)		0,002	1		
Orta	0,441	0,033	1,554	1,036	2,333
Düşük	1,321	0,001	3,747	1,722	8,150
Constant	-2,989	<0,001	0,050		

Bağımlı değişken: Ruh sağlığı riskli (GSA-12 ölçeğinden 2 ve üzerinde puan alan) **Bağımsız değişkenler:** Yaş (yıl), öğrenim düzeyi (ordinal), kategorik değişkenler ise; cinsiyet ekonomik durum, medeni durum, sağlık sorunu varlığı, bağımlılık. **Nagelkerke R Square:** 0.14

Kaynaklar

1. WHO. Investing in mental health: evidence for action. Geneva 2013.
2. Turkey Health Ministry. Turkey Burden of Disease Study (TBDS) 2004. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. 2007.
3. Ünal B, Ergör G, Dinç-Horasan G, et al. Chronic Diseases and Risk Factors Survey in Turkey. Ankara: Anil Matbaa Ltd. Şti 2013.
4. Wray TB, Dvorak RD, Martin SL. Demographic and economic predictors of mental health problems and contact with treatment resources among adults in a low-income primary care setting. *Psychology, health & medicine*. 2013;18(2):213-222.
5. Scott D, Happell B. Utilization and perceptions of primary health care services in Australian adults with mental illness. *Population health management*. 2013;16(3):208-213.
6. Üner S, Sevencan F. Bir Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Kişilerde Genel Sağlık Durumu ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(2).
7. Aillon J-L, Ndeti DM, Khasakhala L, et al. Prevalence, types and comorbidity of mental disorders in a Kenyan primary health centre. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014;49(8):1257-1268.
8. Chin WY, Chan KT, Lam CL, et al. Detection and management of depression in adult primary care patients in Hong Kong: a cross-sectional survey conducted by a primary care practice-based research network. *BMC family practice*. 2014;15(1):30.
9. Buffel V, Van de Velde S, Bracke P. Professional care seeking for mental health problems among women and men in Europe: the role of socioeconomic, family-related and mental health status factors in explaining gender differences. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014;49(10):1641-1653.
10. Öcek Z, Soyer A. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. Ankara: Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2007.
11. Akman M. Türkiye’de birinci basamağın gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(2):70-78.
12. Bag B. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(4).
13. Chan M. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. World Health Organization Retrieved from http://www.who.int/mentalhealth/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf. 2010.
14. Kilic C. General Health Questionnaire: Reliability and validity study. *Turkish Journal of Psychiatry*. 1996;7(1):3-9.
15. Kilic C, Rezaki M, Rezaki B, et al. General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1997;32(6):327-331.
16. Ozdemir H, Rezaki M. [General Health Questionnaire-12 for the detection of depression]. *Türk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry*. 2006;18(1):13-21.
17. Samele C, Frew S, Urquia N. Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments Into Mental Health: European Profile of Prevention and Promotion of Mental Health (EuroPoPP-MH):[main Report]: European Commission, Executive Agency for Health and Consumers Tender 2013.
18. Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları.
19. Erengin H, Akdemir M, Dağlı Ç, et al. Bir kent merkezinde 2 aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin ruh sağlığı profili. 18 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2015.
20. Nalbantoğlu D. Denizli il merkezinde yaşayan erişkin kadınların genel ruh sağlığı durumu, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ve etkileyen faktörler. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2011.
21. Şentürk M, Etiler N. Kocaeli Üniversitesi’nin Üç Meslek Yüksekokulunda Öğrencilerin Sağlık Düzeylerinin Algılanan Sağlık Ölçeği ve GSA-12 ile Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(4).
22. Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP, et al. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2(1):23.
23. Kadioğlu H, Ergün A, Yıldız A. Türk toplumu içinde bir grup erişkinin GSA-28 ile ruhsal sağlık problemlerinin taranması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2013;3(3):115-120.
24. O’Connor DW, Parslow RA. Mental health scales and psychiatric diagnoses: Responses to GHQ-12, K-10 and CIDI across the lifespan. *Journal of affective disorders*. 2010;121(3):263-267.
25. Matsuzaki I, Sagara T, Ohshita Y, et al. Psychological factors including sense of coherence and some lifestyles are related to general health questionnaire-12 (GHQ-12) in elderly workers in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2007;12(2):71-77.
26. Jakubiec D, Jarnut W, Jonak W, et al. Skład ciała a jakość życia mierzona Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberg’a (GHQ-12) u kobiet w wieku 55-60 lat. *Menopausal Review/Przegląd Menopauzalny*. 2012;11(6):0.

Geliş tarihi: 01.09.2015

Kabul tarihi: 07.12.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 16.09.2016

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Kılıç

e-posta: mahmutkilic@yahoo.com