

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk*

Dr. Erol ÖZMEN¹, Dr. Kültegin ÖGEL², Dr. Afşın SAĞDUYU³, Dr. Cumhuri BORATAV⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde distimik bozukluğun epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Türkiye'nin farklı bölgelerindeki 10 ayrı ilde 98 pratisyen hekimin sağlık ocağında ardarda gördüğü 1997 hastaya, Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi'nin Demografik Bilgiler, Depresif ve Distimik Bozukluklar Bölümleri, Genel Sağlık Değerlendirmesi Formu, Kısa Yetiyitimi Anketi, Hasta Değerlendirme Formu, Vaka Değerlendirme Formu, Bilgi-Tutum ve Davranış Değerlendirme Formu uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya alınan sağlık ocağı hastalarında DSM-IV tanı ölçütlerine göre distimik bozukluk görülme oranı %3.5 bulunmuştur. Distimik bozukluk tanısı konan hastalarda en sık görülen belirtiler arasında sırasıyla "halsizlik/yorgunluk", "dikkatini toplamada güçlük", "kararsızlık", "uykusuzluk" ve "umutsuzluk" bulunmaktadır. Distimi tanısı konan hastaların %73.9'unda eşlik eden bir kronik hastalık bulunduğu, %78.3'ünün aynı zamanda major depresyon tanı ölçütlerini karşıladığı gözlenmiştir. Distimili hastaların %71.4'ünün yalnız bedensel yakınmalarla hekime başvurduğu belirlenmiştir. Distimik bozukluğu olan hastalarda, olmayanlara göre yetiyitimi oranları daha yüksek bulunmuştur. Sağlık ocağı hekimleri distimili hastaların %13.8'inde depresyonu belirlemiştir.

Sonuç: Sağlık ocağına başvuran hastalardaki distimik bozukluk pratisyen hekimler tarafından tanınmamaktadır. Bu sonuç sağlık ocaklarına başvuran hastalardaki distimik bozukluğun tanınmamasının nedenlerinin araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, distimi, risk grupları, klinik görünüm, yetiyitimi

SUMMARY: Dysthymic Disorder in Primary Health Care

Objective: The aim of this study was to investigate the epidemiological and clinical characteristics of dysthymic disorder of the primary health care level.

Method: Parts of the Composite International Diagnostic Interview (i.e. sections on demographic variables and depressive and dysthymic disorders) the General Health Assessment Form, the Brief Disability Questionnaire, and a Patient Assessment Form were applied to 1997 consecutive patients seen by primary care physicians in 10 cities.

Results: The frequency of dysthymic disorder according to DSM-IV criteria in the primary care patients studied was 3.5%. "Fatigue or loss of energy", "diminished ability to think or concentrate", "indecisiveness", "insomnia" and "hopelessness" were the most frequent symptoms. 73.9% of patients with dysthymic disorder also had a chronic disorder and 78.3% of patients with dysthymic disorder met the criteria for major depressive disorder. 71.4% of patients with dysthymic disorder presented only somatic complaints to general practitioners. Disability ratios were higher in patients with dysthymic disorder than in patients without. General practitioners recognised depression in only 13.8% of patients with dysthymic disorder.

Conclusion: General practitioners can not recognise dysthymic disorder in primary health care patients. This result emphasises the need for research on the failure to recognise dysthymic disorder in primary health care patients.

Key Words: Primary health care, dysthymia, risk groups, clinical features, disability

*Bu çalışma PAREM (Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Derneği) tarafından planlanarak gerçekleştirilmiştir; araştırmaya katılan pratisyen hekimlere ve eğitim toplantılarının organizasyonunu destekleyen Lilly İlaç A.Ş.'ne teşekkür ederiz.

¹Doç., Celal Bayar Ü. Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Manisa. ²Doç., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul. ³Doç., Başkent Ü. Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Ankara. ⁴Yrd. Doç., Kırıkkale Ü. Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Kırıkkale.

GİRİŞ

Distimik bozukluk tanı kategorisi ilk kez 1980 yılında DSM-III'te tanımlanmıştır. 1987 yılında DSM-III-R'de gözden geçirilen tanı ölçütleri en son halini DSM-IV'te almıştır. Distimik bozukluk DSM-IV tarafından, en az 2 yıl, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, kronik bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki "Epidemiologic Catchment Area" araştırmasında distiminin toplumda yaşamboyu yaygınlığının %3.3 (Weissman 1988), altı aylık yaygınlığının ise %2.1-%3.8 (Myers ve ark. 1984) olduğu bulunmuştur. Türkiye'de alanında en kapsamlı çalışma olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında ülkemizde toplumda distimi yaygınlığının %1.6 olduğu görülmüştür (Kılıç 1998). Dünya Sağlık Örgütü'nün 14 ülkede gerçekleştirdiği çok merkezli bir araştırmada birinci basamakta distimi yaygınlığının ortalama %2.1 olduğu gözlenmiştir (Goldberg ve Lecrubier 1995). Bu çalışmanın Türkiye'de yapılan bölümünde sağlık ocağına başvuran hastalarda distimi sıklığının %0.9 olduğu bildirilmektedir (Rezaki 1995). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada Antalya'daki 12 sağlık ocağına başvuran hastalarda distimi oranının %5.9 olduğu görülmüştür (Dönmez ve ark. 2000). Browne ve arkadaşlarının (1999) Kanada'da yaptıkları çalışmada birinci basamakta distimik bozukluğun yaygınlığı %5.1 bulunmuştur. Vaeroy ve Merskey (1997) Norveç'te birinci basamağa başvuran hastalarda şimdiki major depresyon ve distimiyi araştırdıkları çalışmada hastalarda şimdiki major depresyonun %28, distiminin %3 sıklıkta görüldüğünü bildirmektedirler. Von Korff ve arkadaşlarının (1987) Amerika Birleşik Devletleri'nde birinci basamağa başvuran hastalarda anksiyete ve depresyonu araştırdıkları çalışmada distiminin yaşam boyu yaygınlığının %3.7 olduğu görülmüştür. Szadoczky ve arkadaşlarının çalışmalarında (1997) ise Macaristan'da birinci basamağa başvuran hastalarda distimi yaygınlığı %3.3 bulunmuştur. Lyness ve arkadaşlarının (1999a, 1999b) Amerika Birleşik Devletleri'nde birinci basamağa başvuran yaşlı hastalarda psikiyatrik bozuklukları araştırdıkları çalışmada distimik bozukluğun daha az sıklıkta (%0.9) görüldüğü ve sıklıkla major depresyon ile birlikte bulunduğu bildirilmektedir.

DSM-III, DSM-III-R, ICD-9 ya da RCD ölçütlerine göre distimi ya da kronik depresyon tanısı alan ve inatçı depresif belirtileri olduğu belirtilen hastalarla ilgili literatürü gözden geçiren Howland (1993), distiminin minör depresif bir durum olarak tanımlanıyor olmasına karşın majör depresyonla kıyaslanabilecek önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ileri sürmektedir. Howland, distiminin hastaların genel sağlık durumlarını olumsuz etkilediğini, sağlık kurumlarının sık kullanılmasına neden olduğunu ve genel popülasyonla karşılaştırıldığında birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha yüksek oranlarda görüldüğünü bildirmektedir.

Literatürde bildirilen bu sonuçlara karşın birinci basamak sağlık kurumlarında distiminin yaygınlığı ile ilgili genel kabul gören bir oran bulunmamaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarında distiminin yaygınlığı, tanınması ve tedavisi ile ilgili yeterli çalışma yoktur. Distiminin birinci basamak sağlık kurumlarında yaygınlığı, pratisyen hekimler tarafından tanınıp tanınmadığı, klinik görünümü, bedensel hastalıklarla birlikte oluşunun yaygınlığı ve karşılıklı etkileşimi, tedavi stratejileri araştırmayı bekleyen konulardır.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarında distimik bozukluğun epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışmada çok merkezli "Temel Sağlık Hizmetlerinde Depresyonun Değerlendirilmesi" (TSHDD) araştırmasında elde edilen verilerden yararlanılarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde distiminin epidemiyolojik ve klinik özellikleri araştırılmıştır.

TSHDD araştırmasının ilk aşamasında Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde 12 ayrı ilde 40 pratisyen hekim, Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi'nin (UBTG) temel sağlık hizmetleri uyarlamasının (Dünya Sağlık Örgütü 1991) depresyon alt ölçeğini uygulama konusunda eğitilmiştir. Bölgelerin ve sağlık ocaklarının seçiminde standart bir ölçüt kullanılmamış; iller daha rahat ulaşılabilir olmaları dikkate alınarak mümkün olduğu kadar farklı bölgelerden seçilmiştir; pratisyen hekimlerin seçimi İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla, gönüllülük esasına uygun olacak şekilde yapılmış ve maddi bir karşılık sağlanmamıştır.

TABLO 1. Araştırmaya Alınan Hasta Grubunun Demografik Özellikleri.

Demografik özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	1374	68.8
Erkek	623	31.2
Yaş grubu		
15-24	468	23.7
25-34	429	21.7
35-44	376	19.0
45-54	303	15.3
55-64	305	15.4
65-74	87	4.4
75-84	8	0.4
Medeni durum		
Evli	1362	68.4
Dul	166	8.3
Ayrı	11	0.6
Boşanmış	27	1.4
Hiç evlenmemiş	424	21.3
İş durumu		
Çalışıyor	564	31.4
Ev kadını	886	49.4
Çalışmıyor	342	19.1
Eğitim durumu		
İlkokul bitirmemiş	354	18.1
İlkokul mezunu	692	35.3
Ortaokul mezunu	249	12.7
Lise mezunu	409	20.9
Üniversite mezunu	166	8.5
İl		
İstanbul	576	28.8
Kocaeli	114	5.7
Tekirdağ	240	12.0
Bursa	121	6.1
İzmir	290	14.5
Denizli	140	7.0
Ankara	176	8.8
Samsun	160	8.0
Gaziantep	100	5.0
Şanlıurfa	80	4.0

Araştırmanın ikinci aşamasında UBTG'ni uygulama konusunda eğitim almış pratisyen hekimler, bölgelerinde çalışan pratisyen hekimlerin hastalarını UBTG ile yeniden değerlendirmişlerdir. Hastayı ilk gören pratisyen hekim hastasını "Hasta Değerlendirme Formu"nu doldurarak UBTG'ni uygulayan pratisyen hekime göndermiştir.

Araştırmaya alınabilmesi için hastada tıbbi başvuru ile sağlık ocağına gelmesi, 15 yaştan büyük olması ve araştırma ölçeklerini alamayacak ölçüde ağır bedensel ve ruhsal/mental kayıplarının olmaması koşulları aranmıştır.

Araştırma Eylül 1998'de başlamış ve uygulanan ölçekler Şubat 1999'da PAREM merkezinde

toplanarak bilgisayar ortamına nakledilmiştir. Araştırma sürecinde, UBTG'hi uygulama konusunda eğitim almış 40 pratisyen hekimden 14'ü araştırmayı sürdüremediklerini belirttikleri için çalışma dışında kalmıştır. Çalışmayı sürdüren 26 pratisyen hekimin bağlantı kurduğu 98 pratisyen hekime başvuran 1997 hasta hakkında veri toplanmıştır. Veriler İstanbul'da 7, Kocaeli'de 1, Tekirdağ'da 3, Bursa'da 2, İzmir'de 4, Denizli'de 2, Gaziantep'te 1, Şanlıurfa'da 1, Ankara'da 3, Samsun'da 2 olmak üzere kentsel bölgede bulunan toplam 26 sağlık ocağından toplanmıştır.

Araştırmaya alınan hasta grubunun demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçekler

Hasta Değerlendirme Formu (HDF): Bu form araştırmayı yürüten dört psikiyatrist tarafından geliştirilmiştir. HDF'nda pratisyen hekimin yanıtlaması istenen başvuru yakınması, bedensel ve ruhsal hastalık tanıları, ruhsal bozukluğun şiddeti, ruhsal bozukluk için ilaç önerilip önerilmediği, ilaç önerildiyse adı, dozu ve süresi gibi sorular bulunmaktadır.

Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview): UBTG, DSM-IV ve ICD-10 ruhsal bozukluk tanılarını koyabilecek şekilde geliştirilen, tam yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme ölçeğidir. UBTG'nin Temel Sağlık Hizmetleri Uyarlaması (Dünya Sağlık Örgütü 1991), demografik bilgiler, temel sağlık hizmetine ulaşma yolları, bedensel hastalıklar ve kullanılan ilaçlar, somatoform bozukluklar, nevrasteni, bunaltı bozuklukları, depresyon, bilişsel bozukluklar ve alkol kullanımına ilişkin bölümlerden oluşur. UBTG'nin Temel Sağlık Hizmetleri Uyarlaması Türkçeye çevriler, görüşmeciler arası ve test-tekrar test güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Rezaki ve ark. 1995). Bu araştırmada UBTG'nin depresif ve distimik bozukluklar bölümleri uygulanmış ve tanılar DSM-IV ölçütlerine göre konmuştur.

Vaka Değerlendirme Formu (VDF): VDF'nda ailede ruhsal rahatsızlık nedeniyle tedavi gören kişilerin varlığı, ruhsal rahatsızlık nedeniyle daha önce hekim ve hekim dışı yardım arayışları sorulmaktadır.

Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA): KYA, bedensel ve sosyal yetiyitimini ölçebilmek amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, Genel Sağlık Taraması-Kısa Formu'ndaki (Stewart ve ark. 1988) yetiyitimine ilişkin sorular temel alınarak

TABLO 2. Bedenssel Hastalığı Olanlarda Distimi Sıklığı.

		Distimi yok		Distimi var		İstatistiksel değerlendirme
		s	%	s	%	
Yüksek tansiyon	Var	335	95.2	17	4.8	p>0.05
	Yok	1593	96.8	52	3.2	
Şeker hastalığı	Var	108	93.9	7	6.1	p>0.05
	Yok	1820	96.7	62	3.3	
Artrit	Var	421	95.2	21	4.8	p>0.05
	Yok	1506	96.9	48	3.1	
Kalp hastalığı	Var	122	91.7	11	8.3	x ² = 8.41
	Yok	1806	96.9	58	3.1	
Bronşit ya da amfizem	Var	189	94.0	12	6.0	x ² = 4.23
	Yok	1739	96.8	57	3.2	
Gastrit ya da ülser	Var	396	92.7	31	7.3	x ² =23.57
	Yok	1532	97.6	38	2.4	
Parazit hastalığı	Var	56	98.2	1	1.8	p>0.05
	Yok	1872	96.5	68	3.5	
En az bir kronik bedenssel hastalık	Var	974	95.0	51	5.0	x ² =14.59
	Yok	954	98.1	18	1.9	

geliştirilen 11 soruluk bir ankettir. Yetiyitimi düzeyleri hasta tarafından 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır ve bunların toplanması ile yetiyitimi toplam puanları elde edilir. Yetiyitimi toplam puanları “4 ve altı = yetiyitimi yok”, “5-7 = hafif yetiyitimi”, “8-12 = orta yetiyitimi” ve “13 ve üstü = ağır yetiyitimi” şeklinde değerlendirilmektedir. KYA Türkçeye çevrilmiş ve test-tekrar test güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kaplan 1995).

Sağlık Değerlendirmesi Formu (SDF): SDF’nda hastadan genel olarak sağlık durumunu değerlendirmesi ve mükemmel, çok iyi, iyi, orta veya kötü seçeneklerinden birini tercih etmesi istenir.

İstatistiksel değerlendirmeler

Bu çalışmada “SPSS 8.0 for Windows” istatistik paket programı kullanılarak istatistiksel değerlendirme yapılmıştır. Grupların karşılaştırıldığı analizlerde kategorik değişkenler için ki-kare testleri, sürekli değişkenler için ise t testi uygulanmıştır. Cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim, en az bir kronik bedenssel hastalık bulunma ve ailede ruhsal hastalık bulunma değişkenleri kullanılarak distimik bozukluk tanısını yordayabilmek amacıyla basamaklı lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Sıklık

Çalışmaya alınan 1997 hastada UBTG ile yapılan görüşmeden elde edilen verilere göre distimik bozukluğun sıklığı %3.5 (n=69) bulunmuştur.

İllere göre distimik bozukluk sıklığının İstanbul’da araştırmaya alınan sağlık ocaklarında %6.4 (n=37), İzmir’de araştırmaya alınan sağlık ocaklarında %5.9 (n=17), Kocaeli’de araştırmaya alınan sağlık ocaklarında %3.5 (n=4), Kocaeli’de araştırmaya alınan sağlık ocaklarında %3.5 (n=4), Tekirdağ’da araştırmaya alınan sağlık ocaklarında %2.9 (n=7), Urfa’da araştırmaya alınan sağlık ocaklarında %2.5 (n=2), Bursa’da araştırmaya alınan sağlık ocaklarında %0.8 (n=1), Samsun’da araştırmaya alınan sağlık ocaklarında %0.6 (n=1) olduğu, Denizli, Gaziantep ve Ankara’da araştırmaya alınan sağlık ocaklarında distimik bozukluk tanısı konan hasta olmadığı gözlenmiştir.

Distimik bozukluk sıklığının sağlık ocağına başvuran erkeklerde %3.9 (n=24), kadınlarda %3.3 (n=45) olduğu görülmüştür. Distimik bozukluğun kadın ve erkeklerde görülme sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

TABLO 3. Distimik Bozukluk Tanısı Konan ve Konmayan Hastaların Demografik Özellikleri Yönünden Karşılaştırılması.

	Distimik s	Boz var %	Distimik s	Boz yok %
Cinsiyet				
Kadın	45	%65.2	1314	%69.0
Erkek	24	%34.8	591	%31.0
Medeni durum				
Evli	48	%69.6	1315	%68.4
Eşi ölmüş	7	%10.1	159	%8.3
Ayrı	2	%2.9	9	%0.5
Boşanmış	1	%1.4	26	%1.4
Hiç evlenmemiş	11	%15.9	413	%21.5
İş durumu				
Çalışıyor	24	%36.4	540	%31.3
Ev kadını	30	%45.5	856	%49.6
Çalışmıyor	12	%18.2	330	%19.1
Yaş ortalaması	38.36 (SS=14.00)		38.31 (SS= 15.66)	
Okula gitme süresi ortalaması (yıl)	6.27 (SS=4.81)		7.20 (SS= 4.68)	

Distimik bozukluk tanısı alan hastaların %73.9'unda (n=51) en az bir kronik bedensel hastalık bulunduğu saptanmıştır. Bedensel hastalığı olanlarda distimi sıklığı araştırıldığında, hastanın ifadesine göre yüksek tansiyonu bulunanlarda %4.8 (n=17), şeker hastalığı olanlarda %6.1 (n=7), artriti olanlarda %4.8 (n=21), kalp hastalığı olanlarda %8.3 (n=11), bronşit ya da amfizemi olanlarda %6.0 (n=12), gastrit ya da ülseri olanlarda %7.3 (n=31), parazit hastalığı olanlarda %1.8 (n=1), en az bir kronik hastalığı olanlarda ise %5.0 (n=51) bulunmuştur. İstatistiksel olarak değerlendirildiğinde kalp hastalığı, bronşit ya da amfizem, gastrit ya da ülser hastalığı olanlarda ve en az bir bedensel hastalığı olanlarda, olmayanlara göre distimi sıklığı anlamlı olarak daha yüksek düzeyde bulunmuştur (Tablo 2).

Distimik bozukluk tanısı konan hastaların demografik özellikleri

Sağlık ocağına başvuran hastalardan distimik bozukluk tanısı konanların yaş ortalaması 38.36 (SS= 14.00) bulunmuştur.

Distimik bozukluklu hastaların %34.8'i erkek (n=24), %65.2'si kadın (n=45); %69.6'sı evli (n=48), %15.9'u bekar (n=11), %10.1'inin eşi ölmüş (n=7), %2.9'u eşinden ayrı (n=2), %1.4'ü

boşanmış (n=1); %36.4'ü halen bir işte çalışmakta (n=24), %45.5'i ev kadını (n=30), %18.2'si halen bir işte çalışmamaktadır (n=12); ortalama okula gitme süresi 6.27 yıldır (SS=4.81).

Distimik bozukluğu olan hastalar, distimik bozukluğu olmayan hasta grubu ile sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında yaş ortalaması, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve okula gitme süresi yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir (Tablo 3).

Distimik bozukluk tanısını yordayabilen değişkenler

Lojistik regresyon analizinden elde edilen sonuçlara göre cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim, en az bir kronik bedensel hastalık bulunma ve ailede ruhsal hastalık bulunma değişkenleri arasında distimik bozukluk tanısını en az bir kronik bedensel hastalık bulunma, ailede ruhsal hastalık bulunma, yaş değişkenlerinin anlamlı düzeyde yordadığı; yaş arttıkça distimi oranının azaldığı, en az bir kronik bedensel hastalık bulunmasıyla, ailede ruhsal hastalık tedavisi gören kişi olmasıyla distimi oranının arttığı görülmüştür (Tablo 4).

TABLO 4. Lojistik Regresyon Analizi İle Distimik Bozukluk Tanısını Yordayan Değişkenler.

Değişken	B	Sig	R
Kronik bedensel hastalık	1.0251	0,0012	0,1272
Ailede ruhsal hastalık	0,2172	0,0106	0,0926
Yaş	-0,0243	0,0308	-0,0710

Çare arama

Distimik bozukluğu olan hastaların %50'si (n=34) daha önce ruhsal rahatsızlık nedeniyle bir hekime başvurduklarını belirtmişlerdir. Hastaların %17.6'sı (n=12) ise ruhsal rahatsızlık nedeniyle hekim dışı bir yardım arayışı içine girmiştir. Bu oranlar distimik bozukluğu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 5). Hastaların tamamı hastalıklarının başladığı zamandan beri yakınmalarını bir hekime anlattığını belirtmiştir.

Başvuru yakınmasına göre incelendiğinde distimik bozukluk tanısı konan hastaların %71.4'ünün yalnız bedensel (n=40), %12.5'inin yalnız ruhsal (n=7), %16.1'inin bedensel ve ruhsal yakınmalarla (n=9) başvurdukları gözlenmiştir.

Genel sağlık değerlendirmesi

Distimik bozukluğu olan hastaların %18.8'i (n=13) genel sağlık durumunu "iyi", %58.0'ı (n=40) "orta", %23.2'si (n=16) "kötü" olarak nitelmiştir. Distimik bozukluğu olmayan hastaların genel sağlık değerlendirmeleri ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, distimik bozukluk tanısı konan hastaların genel sağlık durumlarını daha kötü olarak nitelendikleri görülmüştür (Tablo 5).

Ailede ruhsal rahatsızlık nedeniyle tedavi görme

Distimik bozukluğu olan hastaların %17.6'sının (n=12) ailesinde ruhsal rahatsızlık nedeniyle tedavi görme öyküsü bulunmaktadır. Bu oran distimik bozukluğu olmayan hasta grubunda görülen oranla karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 5).

Yetiyitimi

Distimik bozukluğu olan hasta grubunda yeti-

yitimi bulunmayan hasta oranı %21.7 (n=15), hafif düzeyde yetiyitimi bulunan hasta oranı %20.3 (n=14), orta düzeyde yetiyitimi bulunan hasta oranı %39.1 (n=27), ağır düzeyde yetiyitimi bulunan hasta oranı %18.8 (n=13) bulunmuştur. Distimik bozukluğu olan ve olmayanlar yetiyitimi görülme oranı açısından karşılaştırıldığında iki grupta görülen oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

En az bir kronik bedensel hastalığı olanlar çıkarıldıktan sonra yapılan değerlendirmede distimik bozukluk tanısı konan hastalarda yetiyitimi olmayan hasta oranı %33.3 (n=6), hafif düzeyde yetiyitimi olan hasta oranı %27.8 (n=3), orta düzeyde yetiyitimi olan hasta oranı %38.9 (n=7) bulunmuş, ağır yetiyitimi olan hastaya ise rastlanmamıştır. Distimik bozukluk tanısı konmayan hastalarda yetiyitimi olmayan hasta oranı %76.8 (n=698), hafif düzeyde yetiyitimi olan hasta oranı %11.9 (n=108), orta düzeyde yetiyitimi olan hasta oranı %8.9 (n=7), ağır düzeyde yetiyitimi olan hasta oranı %2.4 (n=22) bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($\chi^2=25.193$, $p<0.001$).

Belirtiler

Distimik bozukluk tanısı konan hastalarda en sık görülen belirtiler arasında sırasıyla "halsizlik/yorgunluk", "dikkatini toplamada güçlük", "kararsızlık", "uykusuzluk" ve "umutsuzluk" bulunmaktadır. Cinsiyetler belirti görülme oranı açısından karşılaştırıldığında araştırılan tüm belirtilerin sıklıklarının erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. DSM IV'e göre şimdiki majör depresif epizod tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan distimik bozukluklu hastalar karşılaştırıldığında iki grupta "aşağılık duygusu" ($\chi^2= 4.299$, $p<0.05$) ve "aşırı uyuma" ($\chi^2= 3.887$, $p<0.05$) dışında araştırılan tüm belirtilerin görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 6).

Görüşme ölçeğine göre konan distimik bozukluk tanısı ile pratisyen hekimlerin koyduğu tanıların arasındaki ilişki

Sağlık ocağı hekimleri distimik bozukluğu olanların %13.8'inde (n=8) depresyon belirleye-

TABLO 5. Distimik Bozukluğu Olan ve Olmayan Hastaların Çare Arama, Genel Sağlık Değerlendirmesi, Majör Depresif Epizod Bulunma, Psikotrop İlaç Kullanma, Ailede Ruhsal Rahatsızlık Nedeniyle Tedavi Görme ve Yetiyitimi Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.

	Distimik var		Distimik yok		Anlamlılık
	s	%	s	%	
Ruhsal rahatsızlık nedeniyle hekime başvuru	34	50.0	247	13.0	$\chi^2=73.48$ $p<0.001$
Ruhsal rahatsızlık nedeniyle hekim dışı yardım arayışı	12	17.6	87	4.6	$\chi^2=23.28$ $p<0.001$
Genel sağlık değerlendirmesi					
Mükemmel	0	0	57	3	
Çok iyi	0	0	164	8.6	
İyi	13	18.8	793	41.6	
Orta	40	58.0	764	40.1	$\chi^2=46.47$
Kötü	16	23.2	128	6.7	$p<0.001$
Majör depresif epizod bulunma	54	78.3	417	21.6	$\chi^2=118.54$ $p<0.001$
Psikotrop ilaç kullanımı					
Antidepresan	15	34.9	28	16.5	$\chi^2=12.40$ $p<0.01$
Sedatif	7	16.7	27	3.7	$p<0.01$
Hipnotik	1	2.6	17	2.3	$\chi^2=16.55$ $p<0.01$
Antipsikotik	4	10.5	13	1.8	$\chi^2=0.07$ $p>0.05$
Ailede ruhsal rahatsızlık nedeniyle tedavi görme	12	17.6	162	8.5	$\chi^2=12.88$ $p<0.01$
Yetiyitimi					
Yok	15	21.7	1179	63.4	$\chi^2=6.78$ $p<0.01$
Hafif düzeyde	14	20.3	289	15.5	$p<0.01$
Orta düzeyde	27	39.1	278	15.0	$\chi^2=60.77$ $p<0.001$
Ağır düzeyde	13	18.8	113	6.1	

bilmişlerdir. Görüşme ölçeğine göre distimik bozukluk tanısı konan hastalara sağlık ocağı hekimlerinin koydukları tanılarına bakıldığında %41.4'üne (n=24) bir bedensel hastalık, %19.0'ına (n=11) bunaltı bozukluğu, %12.1'ine (n=7) depresif bozukluk, %3.4'üne (n=2) psikotik bozukluk, %1.7'sine (n=1) somatoform bozukluk, %1.7'sine (n=1) "bir bedensel hastalık+depresif bozukluk", %20.7'sine (n=12) "bedensel hastalık ve depresyon dışında başka bir ruhsal bozukluk" tanısı konduğu gözlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada ele alınan örnekleme birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda distimi sıklığının %3.5 olduğu; illere göre sıklığın %0-%6.4 arasında değiştiği; sıklığın kadınlar ve erkeklerde farklılık göstermediği; distimi tanısı konan hastaların %73.9'unda en az bir kronik hastalık bulunduğu; %78.3'ünün aynı zamanda majör depresyon tanı ölçütlerini karşıladığı gözlenmiştir. Distimli hastaların %71.4'ü yalnız bedensel yakınmalarla hekime başvurmuştur. Has-

taların yarısı daha önce ruhsal rahatsızlık nedeniyle bir hekime başvurduklarını tamamı ise hastalıkları başladığı zamandan beri yakınmalarını bir hekime anlattığını belirtmişlerdir. Distimli hastaların %81.2'si genel sağlık durumlarını orta ya da kötü olarak nitelemiştir. Sağlık ocağı hekimleri distimli hastaların %13.8'inde depresyonu belirlemiştir; %58.6'sına ise bir ruhsal hastalık tanısı koymuştur. Hastaların ifadesine göre hekimler tarafından son bir ay içinde hastaların %34.9'una bir antidepresan, %55.6'sına ise bir "antidepresan, hipnotik, antipsikotik ya da sedatif" ilaç önerildiği gözlenmiştir.

Distiminin birinci basamakta sıklığını araştıran çalışmalarda oranların %0.9-%5.9 arasında değiştiği görülmektedir (Rezaki ve ark. 1995, Browne ve ark. 1999, Vaeroy ve Merskey 1997, Szadoczky ve ark. 1997, Dönmez ve ark. 2000). Bütün bu sonuçlar bu çalışmada elde edilen distimi sıklığının literatürde birinci basamakta distimi yaygınlığını araştıran çalışmalarda bildirilen yaygınlıktan çok farklı olmadığını düşündürmektedir.

TABLO 6. Distimik Bozukluk Tanısı Konan Hastalarda Cinsiyete ve ŞMDE Bulunma Durumuna Göre Belirti Görülme Sıklığı.

Belirtiler	Erkek		Kadın		ŞMDE yok		ŞMDE var		Genel	
	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%
Halsizlik/yorgunluk	23	95.8	42	93.3	15	100	50	92.6	65	94.2
Dikkatini toplamada güçlük	20	83.3	42	95.5	13	86.7	49	92.5	62	91.2
Kararsızlık	23	95.8	39	86.7	14	93.3	48	88.9	62	89.9
Uykusuzluk	20	83.3	41	91.1	15	100	46	85.2	61	88.4
Umutsuzluk	18	75.0	42	93.3	13	86.7	47	87.0	60	87.0
Karamsarlık	21	87.5	34	75.6	14	93.3	41	75.9	55	79.7
Sorumluluklarla başedememe	18	75.0	32	71.1	8	53.3	42	77.8	50	72.5
İlgi kaybı	15	62.5	33	73.3	8	53.3	40	74.1	48	69.6
Cinsel isteksizlik	16	66.7	30	69.8	10	71.4	36	67.9	46	68.2
Az konuşma	16	66.7	29	64.4	9	60.0	36	66.7	45	65.2
Sık ağlama	12	50.0	33	73.3	10	66.7	35	64.8	45	65.2
Toplumdan uzaklaşma	15	62.5	28	62.2	12	80.0	31	57.4	43	62.3
Güvensizlik	15	62.5	27	60.0	11	73.3	31	57.4	42	60.9
Aşırı duygu	15	62.5	24	53.3	12	80.0	27	50.0	39	56.5
İştahsızlık	9	37.5	24	53.3	10	66.7	23	42.6	33	47.8
Aşırı uyuma	7	29.2	17	37.8	2	13.3	22	40.7	24	34.8
İştah artışı	6	25.0	14	31.1	3	20.0	17	31.5	20	29.0

ŞMDE: Şimdiki majör depresif epizod

Rezaki ve arkadaşlarının (1995) ülkemizde tek sağlık ocağında yaptıkları çalışmada distimi görülme oranı %0.9 bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen orandan oldukça farklı olması tek sağlık ocağında yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada da araştırmaya giren sağlık ocakları arasında da büyük farklılıklar görülmüş olması bu düşüncüyü desteklemektedir. Ülkemizde Prime-MD (primary care evaluation of mental disorders) kullanılarak Antalya'daki 12 sağlık ocağında yapılan bir çalışmada ise sağlık ocağına başvuran hastalarda distimi oranı %5.9 bulunmuştur. Bu çalışma ile Antalya'da yapılan çalışmada kullanılan tanı koyma araçlarının farklı olması sonucu etkilemiş olabilir.

Bu çalışmada ele alınan örneklem grubu illere göre incelendiğinde iller arasında büyük farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Bunun sağlık ocaklarına başvuran hastaların özelliklerinin farklı olmasından mı, her ne kadar standart bir tanı ölçeği kullanılmış olsa da hekimler arasında tanı koyma farklılığından mı, yoksa distimik bozukluk tanı kategorisinin kendisinden mi kaynaklandığını açıklamak bu çalışma ile mümkün değildir.

Birçok çalışmada elde edilen sonuçlar, birinci basamakta distimi yaygınlığının toplumdaki yay-

gınlığından büyük farklılık göstermediğini düşündürmektedir. Bu durum toplum içinde yaşayan hastaların distimiyle ilgili yakınmaları için çare aramıyor olabileceklerini düşündürmektedir. Birinci basamakta distimi tanısı konan hastalarda eşlik eden bir bedensel hastalık bulunması da bu hastaların esas olarak bedensel hastalık ile ilgili olduğunu düşündükleri yakınmaları için sağlık kurumuna başvurmuş olabileceklerini akla getirmektedir. Diğer yandan bu çalışmada ele alınan hastaların yarısının daha önce ruhsal rahatsızlık nedeniyle bir hekime başvurmuş ve tamamının ise hastalıkları başladığı zamandan beri yakınmalarını bir hekime anlatmış olması çare arayanların da hekimler tarafından tanınmadığını düşündürmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ECA çalışmasında araştırmanın yapıldığı beş bölgede distiminin yaşam boyu görülme yaygınlığının farklı olduğu (%3.2, %2.1, %3.8, %2.2, %4.2) belirlenmiştir (Weissman 1988). Bu çalışmada sağlık ocakları arasında görülen farklılığın toplum içinde distiminin görülme oranı farklılığından mı, yoksa çare arama davranışı arasındaki farklılıktan mı kaynaklandığını açıklamak mümkün değildir. Ancak bu çalışmada geçerli, güvenilir ve yapılandırılmış görüşme ölçekleri kulla-

nılmış olsa da bu farklılığın görüşmecilerden kaynaklanmış olabileceği incelenmesi gereken bir durumdur.

Browne ve arkadaşlarının yaptıkları (1999) çalışmada birinci basamakta hastaların %5.1'ine distimik bozukluk tanısı konduğu, bu hastaların %90'ında distimi yanında başka bir eksen I (majör depresif bozukluk, panik bozukluğu, basit fobi, yaygın anksiyete bozukluğu) bozukluğunun da bulunduğu bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ECA çalışmasında distimli hastaların %77.1'inde komorbid başka bir psikiyatrik hastalığın görüldüğü; distimli hastalarda majör depresyon görülme oranı %38.9 iken distimisi olmayan hastalarda bu oranın %3.4 olduğu bildirilmektedir (Weissman 1988). Bu durum distiminin hem toplum içinde, hem birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranlarda sıklıkla bir komorbid hastalık olarak bulunduğunu düşündürmektedir. Diğer yandan bu çalışmada distimli hastaların %78.3'ünde görülen majör depresyonun yalnız depresyon ağırlaştıkça çare aramanın artmış olabileceğinden değil, toplum içinde de iki hastalığın sıklıkla bir arada bulunmasından da etkilenmiş olabileceğini akla getirmektedir.

Bu çalışmada sağlık ocağı hekimlerinin distimli hastaların %13.8'inde depresyonu belirlemiş oldukları görülmüştür. Diğer yandan distimi tanısı konan hastaların %50'si daha önce ruhsal rahatsızlık nedeniyle hekime başvurduğunu, tamamı da hastalıklarının başladığı zamandan beri yakınmalarını bir hekime anlattığını belirtmektedirler. Bu durum tanı konabilecek hastalara sağlık ocağı hekimleri tarafından doğru tanı konmadığını düşündürmektedir. Bu çalışmada distimi tanısı konan hastaların önemli bir bölümünün (%71) yalnız bedensel yakınmaları için çare aramış olmaları; ister organik, ister psikolojik kökenli olsun hekimlerin bedensel yakınmaları olan hastalarda depresyonu ayırtetmede zorlandıklarını düşündürmektedir.

Bu çalışmaya alınan hastaların son bir ay içinde hekim önerisiyle kullandığı psiko trop ilaçlara (antidepresan %34.9, sedatif %16.7, antipsikotik %10.5, hipnotik %2.6) ve sağlık ocağı hekimlerinin distimli hastalara koydukları tanılara bakıldığında; pratisyen hekimlerin hastaların önemli bir kısmında bir ruhsal bozukluk düşündürecek bul-

guların bulunduğunu sezdiği, fakat ruhsal hastalıkların ayırıcı tanısını iyi yapamadıklarını düşündürmektedir.

Distimik bozukluğu olan hastaların yalnız %18.8'i genel sağlık durumlarını "iyi" olarak nitelmiştir. Bu durum hastaların önemli bir kısmının genel sağlık durumlarını "orta" ya da "kötü" olarak gördüklerini göstermektedir. Fakat eşlik eden majör depresyon ve bedensel hastalıkların hastaların genel sağlık durumlarını etkilemiş olabileceği gözardı edilmemelidir.

Bir hastalığın bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirlemede önemli ölçütlerden birisi de hastalığın yarattığı yetiyitimidir. Bu çalışmada distimi tanısı konan ve konmayan hastalar karşılaştırıldığında; yetiyitimi bulunan hasta oranı distimi tanısı konmayan hastalarda %36.6 iken, distimi tanısı konan hastalarda %78.2 bulunmuştur. En az bir kronik bedensel hastalığı olanlar çıkarıldıktan sonra yapılan değerlendirmede de distimik bozukluk tanısı konan ve konmayan hastalar arasında yetiyitimi oranı açısından farklılığın sürdüğü gözlenmiştir. Bu sonuç en azından sağlık ocağına başvuranlarda distiminin önemli derecede yetiyitimi yaratan bir hastalık olduğunu düşündürmektedir.

Günümüzde distimik bozukluğu olan hastaların belirti örüntüsü ile ilgili genel kabul gören belli bir görüş bulunmamaktadır. Tanım gereği distimi tanısı konulabilmesi için depresif duygudurumun bulunması gerekmektedir. Bu nedenle bu çalışmada depresif duygudurum gözönüne alınmadan belirti dağılımı incelenmiştir. En sık görülen belirtilere bakıldığında halsizlik/yorgunluk, dikkatini toplamada güçlük, uykusuzluk gibi araştırıldığında kolay belirlenebilecek belirtilerin hastaların neredeyse tamamında görülüyor olması ilgi çekicidir.

Örneklem grubunun tüm ülkeyi temsil etmesi bu çalışmanın en önemli sınırlılığını oluşturmaktadır. Ele alınan sağlık ocağının hangi bölgede bulunduğu, bu ocağın ne tür hastaların yararlandığı sonuçları etkileyebileceğinden bu çalışmanın sonuçları kendi sınırlılığı içinde düşünülmelidir.

Genel olarak bakıldığında bu çalışmada elde edilen bulgular sağlık ocağına başvuran hastalarda distiminin önemsenmesi gereken sıklıkta gö-

rüldüğünü ve distiminin önemli yetiyitimine neden olduğunu, pratisyen hekimlerin hastalardaki depresyonu belirleyemediğini düşündürmektedir. Bu sonuçlar hekimlerin ruh sağlığı ile ilgili me-

zuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinin gözden geçirilmesi ve pratisyen hekimlerin daha kolay tanı koyabilecekleri araçların geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, dördüncü baskı (DSM-IV), (Çev. Ed: E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Browne G, Steiner M, Roberts J ve ark. (1999) Prevalence of dysthymic disorder in primary care. *J Affect Disord*, 54:303-308.

Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E ve ark. (2000) Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11:198-203.

Dünya Sağlık Örgütü (1991) *Composite International Diagnostic Interview. Primary Health Care Version*. (Çev.: M. Rezaki, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bl., Ankara, 1991.

Goldberg DP, Lecrubier Y (1995) Form and frequency of mental disorders across centres. *Mental Illness in General Health Care. An International Study*, TB Üstün, N Sartorius (eds), John Wiley Sons Chichers, s. 326.

Howland RH (1993) General health, health care utilization, and medical comorbidity in dysthymia. *Int J Psychiatry in Medicine*, 23:211-238.

Kaplan İ (1995) Yarı kırsal kesimde bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6:169-179.

Kılıç C (1998) Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. Hazırlayanlar: N Erol, C Kılıç, M Ulusoy ve ark., Ankara. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, s. 77-94.

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

Lyness JM, King DA, Cox C ve ark. (1999b) The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *J Am Geriatr Soc*, 47:647-652.

Myers JK, Weissman MM, Holzer CE ve ark. (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 959-967.

Rezaki M (1995) Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar üzerine bir alan araştırması *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6:3-11.

Rezaki MS, 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.

Stewart AL, Hays RD, Ware JEJ ve ark. (1988) The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Med Care*, 26: 724-735.

Szadoczky E, Rihmer Z, Papp Zs, Füredi J ve ark. (1997) The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 43:239-244.

Vaeroy H, Merskey H (1997) The prevalence of current major depression and dysthymia in a Norwegian general practice. *Acta Psychiatr Scand*, 95: 324-328.

Von Korff M, Shapiro S, Burke JD ve ark. (1987) Anxiety and depression in a primary care clinic-comparison of diagnostic interview schedule, general health questionnaire, and practitioner assessments. *Arch Gen Psychiatry*, 44:152-156.

Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L (1988) The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *Am J Psychiatry*, 145:815-819.