TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ankara'daki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimlerin Psikiyatrik Olgu Öykülerine Koydukları Tanıların Değerlendirilmesi

Özlem COŞKUN

DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof.Dr. Işık SAYIL

2006 Ankara

Türkiye Cumhuriyeti
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23.03.2006

Jüri Başkanı.....
Prof.Dr.Işık SAYIL
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
(Danışman)

Üye.....
Prof.Dr. Recep AKDUR
Ankara Üniversitesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye.....
Prof.Dr.Saynur CANAT
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye.....
Prof.Dr.Engin TURAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye.....
Doç.Dr.Halise D. ÖZGÜVEN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	i
İçindekiler	ii
Önsöz	iv
Simgeler ve Kısaltmalar	v
Şekiller	vi
Çizelgeler	vii - viii
1. GİRİŞ	1-17
1.1 Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Yaklaşımda Tarihsel Gelişim	1
1.2 Halk Sağlığı Çerçevesinde Ruh Hastalıklarının Önemi	3
1.3 Ruhsal Hastalıkların Önlenmesinde Geleneksel Halk Sağlığı Modeli	5
1.4 Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığını Korumaya Yönelik Çalışmalar	6
1.5 Hastalıklar İçin Genel Bilgi	8
1.5.1 Affektif Bozukluklar	8
1.5.1.1 Depresyon	8
1.5.2 Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları	10
1.5.2.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu	12
1.5.2.2 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	12
1.5.3 Uyku Bozukluğu	14
1.5.3.1 İnsomnia	14
1.5.4 Alkol Bağımlılığı	15
1.6 Olgu Öykülerinin (Vignetteler) Oluşturulması ve Kullanım Alanları	16
2. GEREÇ VE YÖNTEM	18-21
2.1 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
2.2 Araştırmanın Değişkenleri	18
2.3 Araştırmanın Hipotezleri	18
2.4 Araştırmanın Kurgusu	19
2.5 Veri Analizi	20
2.6 Etik Konular	20
2.7 Araştırmanın Bütçesi	20
2.8 Araştırmanın Takvimi	20
3. BULGULAR	22-34
3.1 Araştırmaya Katılan Hekimlerin Özellikleri	22
3.2 Olgu Öykülerine (Vignettelerin) Konan Tanıların Değerlendirilmesi	25
3.2.1 Olgu Öykülerine Konan Tanılar	25

3.2.2 Olgu Öyküleri için Yazılan Tanıların Doğruluklarının Değerlendirilmesi 30
4. TARTIŞMA 36-41
4.1 Araştırmaya Katılan Hekimler 36
4.2 Olgu Öyküleri (Vignetteler) 37
4.2.1 Depresyon Hatice Ergül 37
4.2.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Semih Derin 38
4.2.3 Obsessif Kompulsif Bozukluk 39
4.2.4 Uyku Bozukluğu Murat Uyanık 40
4.2.5 Alkol Bağımlılığı Reha Aynalı 40
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 42
ÖZET 44
SUMMARY 46
KAYNAKLAR 48
EKLER 50-55
Ek 1 Anket 50
Ek 2 Hatice Erengül Olgu Öyküsü 51
Ek 3 Semih Derin Olgu Öyküsü 52
Ek 4 Melek Titiz Olgu Öyküsü 53
Ek 5 Murat Uyanık Olgu Öyküsü 54
Ek 6 Reha Aynalı Olgu Öyküsü 55
ÖZGEÇMİŞ 56

ÖNSÖZ

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof.Dr. Işık Sayıl, tezin her aşamasında titiz çalışması ile araştırmacıyı yönlendirerek, büyük katkıda bulunmuştur.

Sayın Doç.Dr. Banu Çakır çalışma sırasında özellikle örneklem seçimi ile ilgili bilgi ve deneyimlerini paylaşarak, Sayın Yrd.Doç.Dr. Mehtap Kartal çalışmanın rapor yazımı aşamasında teknik ve manevi destek sağlamıştır.

Yazarın ailesi çalışmanın tüm aşamalarında manevi destek sağlamış, gösterdikleri sabır ve hoşgörü ile araştırmacının hep yanında olmuşlardır.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ICD-10	: The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
SO	: Sağlık Ocağı
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
AÇSAPM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ŞEKİLLER

Şekil 1 Hekimlerin Tanılarının Doğruluk Oranları 37

ÇİZELGELER

Çizelge 1	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Özellikleri (Kasım 2003, Ankara)	23
Çizelge 2	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Eğitimleri ile İlgili Bilgiler (Kasım 2003, Ankara)	24
Çizelge 3	Hatice Erengül Olgu Öyküsüne İki Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar	25
Çizelge 4	Hatice Erengül Olgu Öyküsüne Tek Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar	26
Çizelge 5	Semih Derin Olgu Öyküsüne İki Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar	26
Çizelge 6	Semih Derin Olgu Öyküsüne Tek Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar	27
Çizelge 7	Melek Titiz Olgu Öyküsüne Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar	27
Çizelge 8	Murat Uyanık Olgu Öyküsüne İki Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar	28
Çizelge 9	Murat Uyanık Olgu Öyküsüne Tek Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar	28
Çizelge 10	Reha Aynalı Olgu Öyküsüne İki Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar	29
Çizelge 11	Reha Aynalı Olgu Öyküsüne Tek Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar	29
Çizelge 12	Hekimler Tarafından Konulan Tanıların Doğruluk Değerlendirmeleri (Kasım 2003, Ankara)	31
Çizelge 13	Hekimlerin Tanılarının Doğruluğunun Uzmanlık Durumlarına Göre Değerlendirilmesi (Kasım 2003, Ankara)	32
Çizelge 14	Hekimlerin Tanılarının Doğruluğunun Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Almalarına Göre Değerlendirilmesi (Kasım 2003, Ankara)	33
Çizelge 15	Hekim Sayılarının Doğru Tanı Sayılarına göre Dağılımı (Kasım 2003, Ankara)	34
Çizelge 16	Tüm Olgu Öykülerine Doğru Tanı Koyan Hekimlere ait Özelliklerin Değerlendirilmesi (Kasım 2003, Ankara)	35

Çizelge 17 Hekim Sayılarının Doğru Tanı Sayılarına göre Dağılımı (Kasım 2003, Ankara) 35

1. GİRİŞ

1.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Yaklaşımda Tarihsel Gelişim

Hastaların tedavisi ve hastalıkların önlenebilmesi için en başta iyi bir tanımlama, tanı koyma, sınıflandırma dizgesinin elde olması gerekir. İyi tanımlanmamış ve sınıflandırılamamış rahatsızlıklar üzerinde herhangi bir araştırma yapılamaz, bu tür rahatsızlıkların sıklık ve yaygınlıkları saptanamaz, tedavi yöntemleri de belirlenemez .

Bir ruhsal bozukluğa ilişkin ilk kayda M.Ö. 3000 yıllarında Mısır'da Prens Ptah-Hotep zamanında rastlanmaktadır. Psikiyatrik sınıflama sistemlerinde daha sonraki önemli gelişme M.Ö. 5. yüzyılda Yunanistan'da gerçekleştirilmiştir Hipokrat ve öğrencileri altı ayrı çeşit akıl hastalığını tıbbi pratiğe sokmuşlardır; bunlar;

1-Frenitis (Ateşli akut akıl hastalığı),

2-Mania (Ateşsiz akut akıl hastalığı),

3-Melankoli (Her çeşit kronik akıl hastalığı),

4-Epilepsi (Şimdiki anlamı ile hemen hemen aynı),

5-Histeri (Paroksismal dispne, ağrı, konvulsiyonlar),

6-Scythian Hastalığı (Transvestizm ile eş anlamlı).

Hipokrat'dan sonra rönesansa değin sınıflama çalışmaları pek çok büyük hekimin katkıları ile devam etmiştir (Evlice Y.E. 2006).

Tıp bilimini inceleyen bilim adamları, eski çağlarda din adamları, şamanlar ve tıbbi yardımda bulunan kişilerin uyguladığı yöntemlerin birçok hastalığa iyi geldiğini söylemişlerdir. Bu yöntemler bugün uygulanan psikoterapi yöntemlerinin ilk örnekleri olmuştur. Ortaçağda normal dışı davranışların oluşumu şeytan ya da kötü ruhların varlığı ile açıklanırdı. İlk kez Yunan antik döneminde bireyin içinde olduğu psikolojik yapının hastalıkların oluşumunda etkili olduğu vurgulanmıştır. Tarih boyunca hekimler hastalarına güvenlik ve destek vermek, dinlemek, anlamak ve yardımcı olmak gibi destekleyici tedavi yöntemleri uygulamışlardır .

Modern psikiyatri için en üretken çağ belki de 18.yüzyıldır. İlk sistematik modern nozoloji ise Emil Kraepelin tarafından oluşturulmuştur. Bununla birlikte Freud da Kraepelin

gibi iyi bir gözlemci ve iyi bir psikopatoloji tanımlayıcısıydı. Adolf Meyer ise Amerika ve Avrupa psikiyatrisini birleştirmeye çalışmış ve Kraepelin'nin teorilerinin yayılması için çaba göstermiştir. Bunun sonucu "tüm akıl hastalıklarının çevre ile etkileşim sonucunda oluşan psikobiyolojik reaksiyonlar olduğu" teorisine dayanan sınıflamasını geliştirmiştir (Evlice Y.E. 2006).

II. Dünya Savaşı sonrası Freud'un geliştirdiği kişilik kuramı ve ruhsal çalışma modeli ve Meyer'in psikobiyolojik yaklaşımına dayanan toplum yönelimli ruh sağlığı hareketi, psikiyatride egemen yaklaşımlar olmuşlardır. Savaş sonrası yıllarda Amerikan psikiyatrisinde psikososyal yaklaşımın en önde sözcüsü Karl Meninger "uyum sağlamada başarısızlık hafiften (nörotik) ağıra (psikotik) değişebilir, fakat bu tablolar birbirlerinden ağır değillerdir" şeklinde görüşünü belirtmiştir. Bu yaklaşım psikodinamik psikiyatrinin kuramsal ve klinik açıdan özüdür.

İlk olarak 1952'de çıkan DSM-I'de ruhsal bozukluklar birer tepki (reaction) olarak sınıflandırılmıştır. Örneğin bunaltı tepkisi (anxiety reaction), şizofrenik tepkiler (scizophrenic reactions) gibi. Bu dönemde Amerikan psikiyatrisindeki tanımlamalar ve tanı ölçütleri ile Avrupa'daki tanımlamalar ve ölçütler arasında önemli ayrılıklar bulunmaktaydı. Ruhsal bozuklukları tanımlamada ve sınıflandırmada hem ülkeler içinde hem de ülkeler arasında bir dil ve tanı birliği olmadığı için yapılan araştırmaların pek de güvenilirliği olmuyordu. Sonunda 1968'de A.B.D.'de çıkan DSM-II ile sarkaç yeniden Kraepelin'in egemen olduğu Avrupa psikiyatrisine kayarak "reaksiyon" terimi bırakıldı. DSM-II bir adım olmak ile birlikte yeterli tanımlamalar tanı ölçütleri getirmediği için çok eksik kalıyordu. 1980'de DSM-III, 1987'de DSM-III-R, 1992'de Dünya Sağlık Örgütü ICD-10'nu (International Clasification of Diseases) yayınladı. En son olarak da 1994 yılında DSM-IV yayınlandı (Evlice Y.E. 2006).

Ruh sağlığı ve hastalıkları 19. yüzyıl Avrupa'sında bir yandan bilimsel araştırma yapmak için meşru bir yol olup psikiyatri tıp eğitiminde yeni bir daldı. Bu bozuklukları olanlarda normal hasta olarak kabul edilmekteydi. Diğer yandan da, bu bozukluğu olan kişiler, istenmeyen bir sosyal davranış içinde oldukları için, büyük nezarethane gibi olan hastanelere, akıl hastanelerine gönderilerek toplumdan uzaklaştırılıyordu. Bu yaklaşım daha sonraları Afrika, Amerika ve Asya'da da benimsendi (Evlice Y.E. 2006).

20. yüzyılın ikinci yarısında ruh sağlığı hizmetlerinde üç sebepten dolayı bir değişim görüldü. İlk sebep, psikofarmakoloji dalında büyük gelişmelerin sağlanmasıydı, yeni genellikle nöroleptik ve anti depresif ilaçlar bulundu. İkinci olarak insan hakları konusu ABD'nin desteği altında uluslar arası anlamda önemli bir hareket haline geldi ve demokrasi kavramı küresel anlamda gelişti. Üçüncü sebep de, yeni kurulan DSÖ tarafından sağlık kavramının içine ruhsal sağlığın konulmasıydı. Bu olayların tümü bu hastaların

kurumsallaşmış hastanelerden çıkartılarak tekrar topluma kazandırılmak üzere toplumda kurulan bakım evlerine getirilmelerine ve daha açık ve özgür bir tedaviye imkan sağlamıştır.

Ruhsal bozuklukların küresel öneminin kabul edilmesi psikiyatriye uluslararası sağlık gündeminde sağlam bir yer kazandırmıştır. Dünya Sağlık Örgütü nöropsikiyatrik bozuklukların ve intiharların, küresel hastalık yükünün %12,7'sini oluşturduğunu tahmin etmektedir. Majör depresyon, şizofreni, bipolar affektif bozukluk, alkol bağımlılığı ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde sakatlığa yol açan 10 sebepten beşi olarak görülmektedir. Yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde ise bunama en yaygın üçüncü nöropsikiyatrik bozukluktur.

1.2. Halk Sağlığı Çerçevesinde Ruh Hastalıklarının Önemi

Sağlık hizmetine başvuran her 4 kişiden en az birinde teşhis ve tedavi edilmemiş ruhsal bozukluk belirlenmiştir. Bu hastaların yaklaşık 2/3'ü (%69) fiziksel şikâyetlerle başvurmaktadır. Ruhsal bozukluklar ise fark edilememektedir. Halk sağlığının geliştirilmesinde hastalıkların önlenmesi ve kişinin iyilik durumunun korunarak yükseltilmesi önceliklidir. Bu nedenle halk sağlığı uygulamaları kapsamında ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruhsal bozuklukların önlenmesi giderek önem kazanmaktadır. Halk sağlığı alanında ruh sağlığı yaklaşımı; epidemiyolojik sürveyans çalışmaları, ruh sağlığının korunup geliştirilmesi, ruhsal bozuklukların önlenmesi, erken teşhis ve tedavinin yanı sıra toplumun ruh sağlığı hizmetlerine kolaylıkla ulaşmasını sağlayıcı çalışmaların yapılmasını ifade etmektedir (WHO).

Türkiye Ruh Sağlığı Profiline göre kadınlarda ruhsal rahatsızlık görülme oranı erkeklerin iki katı olarak belirlenirken, ruhsal hastalıklar şehirlerde, kasaba ve köylere oranla daha fazla görülüyor. Hastalık görülme oranı, Batı bölgelerinde diğer bölgelere göre oranla daha yüksektir (Erol N. ve ark. 1997).

Ruhsal hastalıkların eskiden beri çok iyi bilinmeyen bir yönü de yol açtıkları iş gücü kaybıdır. Yalnızca ağır ruh hastalıklarının değil, depresyon ve bunaltı bozuklukları gibi sık görülen ruhsal bozuklukların da kişinin iş, eğitim ve sosyal yaşantısında ciddi sorunlar yaşanmasına neden olduğu bildirilmektedir. Ruhsal hastalıkların neden olduğu iş gücü kaybı, bedensel hastalıkların neden olduğundan daha az değildir. Ruhsal hastalığı olanların yılda yüzde 21'inin 1 ila 7 gün işe gidemediği, bedensel rahatsızlığı olanların ise yüzde 16'sının 1 ila 7 gün işe gidemediği tespit edilmiştir (Erol N. ve ark. 1997).

Maddi kayıpların dışında, ruhsal bozukluklar büyük oranda kişisel sıkıntılar yaratmaktadır ki bunların parayla ölçülmesi mümkün değildir. Gerçekte, anksiyete,

depresyon ve bunların sonucunda oluşan suçluluk ve utanç duyguları, tıpkı fiziksel acılar gibi kişileri yetersiz hale getirmektedir.

Günümüzde ruh sağlığı sorunları ülkeleri, toplumları ve her yaştan bireyi etkilemektedir. Bu bozukluklar doğrudan ve dolaylı olarak ekonomiyi de etkilemektedir. 2000 yılında, toplam işsizliğin %12'sini ruhsal ve nörolojik bozukluklara sahip olanlar teşkil etmektedir ve öngörülen yaşam süresinin de bu sebeplerden dolayı azaldığı saptanmıştır. 2020 yılında bu bozuklukların getirdiği yükün %15 daha artmış olacağı hesaplanmaktadır (WHO).

Tüm bu bozuklukların başlangıcı, gelişmesi ve takibindeki faktörlerin başlıcaları fakirlik, cinsiyet, yaş, karmaşa ve afetler, majör fiziksel bozukluklar, aile ve çevre'dir (WHO).

Birçok ülkede mevcut haliyle sağlık sistemleri ruh sağlığı hizmetleri de dâhil olmak üzere toplumların ihtiyaçlarını karşılayamaz durumdadır. Bugün dünyada pek çok ülkede geçerli olan sistem hastaneye bağımlı, hastalık temeline oturmuş ve hasta-hekim ilişkisi ile sınırlı kalmıştır. Bu tür hizmetler, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sosyal eşitlik ilkeleri ile bağdaşmamaktadır (WHO).

Toplum içi bakım ruhsal ve davranışsal bozukluğu olan kişilere daha iyi hizmet ve kanuni haklarını geri vermektedir. Pratikte, toplum bakım evleri yerel düzeyde geniş anlamda hizmet vermektedir. Bu yöntemle, ki bu birçok ülkede başlatılmıştır, akıl hastanelerinin koruyuculuk fonksiyonu vermesi sağlanmaya başlanmıştır. Bu kurumların pozitif yönlerini ortaya çıkarmıştır (Sayıl I. ve ark. 2004).

Psikiyatrik hastalıkların toplumsal boyutuyla sadece hastanelerle sınırlı kalmayıp, birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık görülen hastalık gruplarından biridir. Örneğin sağlık ocaklarına (SO) başvuran hastalarda hipertansiyon sıklığı %6 iken depresyon sıklığı %10 civarındadır. DSÖ tüm dünyada psikiyatrik hastalıkların yarattığı işgücü kaybının, demir eksikliği anemisi, artirit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi sık rastlanan hastalıklardan 2-5 kat daha fazla olduğuna dikkat çekmektedir.

Avrupa'da, tüm dünyada olduğu gibi ruhsal bozukluğu olan çoğu insan bozuklukları fark edildiğinde, bir uzmana danışma gereği ortaya çıktığında ilk yapacağı iş birinci basamak temel sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşlarına ulaşmaktır. Çünkü ruh sağlığı uzmanları toplumun ihtiyacını karşılamak için çok azdır. Bazı Avrupa ülkelerinde Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) aslında bir ruh sağlığı sistemidir. Çalışmalar göstermektedir ki ruh sağlığı problemleri genel pratisyenlerle yapılan danışmaların % 30'unu oluşturmaktadır. Tüm bu verilere ek olarak yapılan çalışmalar, günümüzde ruhsal bozuklukların erken ölüm ve

özürlülük (yeti yitimi) nedenleri arasında ikinci sırayı aldığı ve hastalık yükünün %15,4'ünü oluşturduğunu göstermektedir. Tüm bu gerçekler ruh sağlığı hizmetlerinin, neden temel sağlık hizmetleri kapsamında halk sağlığı ilkeleri çerçevesinde ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarda değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik özelliklerini taşımaktadır. Her kişide tutarsız, uygunsuz ve yetersiz davranışlar görülebilir. Kişinin hasta sayılabilmesi için belirtilerin sürekli, tekrarlayıcı, ilerleyici olması, kişinin verimli çalışamaması ve kişiler arası ilişkilerinin bozulması gerekir. Ruhsal bozukluklar açısından en önemli risk grupları arasında yoksullar, çocuklar, gençler, travmatize olmuş kişiler ve göçmenler yer almaktadır (Sayıl I. ve ark. 2004).

1.3 Ruhsal Hastalıkların Önlenmesinde Geleneksel Halk Sağlığı Modeli

Birincil koruma; insidansı (toplumda yeni vakaların görülme oranı) düşürmeye yöneliktir. Birincil koruma çabaları halen hastalığı olmayan ancak belli bir hastalık geliştirme riski taşıdığına inanılan kişilere yöneliktir (Akdur R. ve ark. 2001).

İkincil koruma; bir hastalığın süresini azaltarak prevalansını düşürme çabalarını içerir. Bu nedenle ikincil koruma programları bir hastalığın erken belirtilerini gösteren kişilere yöneliktir ve amaç erken ve hızlı tedavi ile hastalığın süresini kısaltmaktır (Akdur R. ve ark.).

Üçüncül koruma; belli bir hastalıkla bağlantılı engelliliklerin (disability) ve hastalığın şiddetinin düşürülmesi için tasarlanır (Akdur R. ve ark. 2001).

İkincil ve üçüncül koruma ile ilgili tartışmalar, bunların tanımları ve sınırlarından çok “korunma” olarak nitelendirilip nitelendirilemeyecekleri üzerine odaklanmıştır. Aslında bu bakış açısı ikincil ve üçüncül korumanın etkinliği ile ilgili bir şüphenin varlığını gösterir. Uygulamada önleme olarak nitelendirilebilir çünkü bir şeyi önlemektedirler. İkincil koruma hastalığın süresini kısaltır, böylece kronik morbiditeyi ve hatta mortaliteyi de azaltmaktadır. Üçüncül koruma engelilikleri ve handikapları azaltırken kronik hastalıkların birçok bağlantılı sekelini de önlemektedir (Akdur R. ve ark.2001).

Ruh sağlığının iyileştirilmesi ve ruhsal bozuklukların önlenmesi teoride, ruh sağlığının iyileştirilmesi ve ruhsal bozuklukların önlenmesi ruh sağlığının korunmasından farklı olmasına karşın, pratikte bu kavramlar birbirleri ile örtüşmektedirler. Bu, relapsların ve disabilitelerin gelişiminin önlenmesini (üçüncül koruma) içeren rehabilitasyon için olduğu

kadar, ruhsal bozuklukların erken teşhis ve tedavisi (ikincil koruma olarak da adlandırılır) için de doğrudur (Bertan M. ve ark. 1997).

Ruh sağlığının, iyileşmenin ve iyileştirmenin ne olduğu açıklığa kavuşturulduğu taktirde, görev listesi anlamlı bir hale gelecektir. Psikiyatrik hastaların çoğu toplumda yaşadığında, hizmet alan ve sorumluların katılımı yükselişe geçtiğinde, bu kavramlar sadece semptomlar düzeyinde tanımlanmayacak, aynı zamanda, psikolojik refah, günlük yaşamda işlevsellik, sosyal fırsatların ulaşılabilirliği ve çevre desteği gibi konuları da içerecektir (Sayıl I. ve ark. 2001).

1.4 Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığını Korumaya Yönelik Çalışmalar

Etkin bir ruh sağlığı koruma sisteminin organize edilebilmesi için bağdaştırılması güç olan iki prensibin gözlemlenmesi zorunludur.

Sistem, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlere mümkün olduğunca yakın yerlerde hizmet verilmelidir.

Hizmetin etkin olabilmesi için, hizmeti sunanların olabildiğince kaliteli ve uzmanlaşmış olmaları gerekmektedir.

Pratisyen hekimler, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlere hizmet verenlerin en yakın olanlarıdır. Bu yakınlık sebebiyle, bir pratisyen hekime gitmenin (psikiyatrik hizmetlerin tersine) bir stigma oluşturmaması sayesinde de, çoğu Avrupa ülkesinde birincil hizmet veren doktorlar, ruh sağlığını koruyucu hizmetlerin muhtemel giriş noktalarını oluşturmuşlardır.

Pratisyen hekimlerin psikiyatri alanındaki uzmanlıkları oldukça sınırlı olasına karşın “yakınlık” kriterini en iyi karşılayan hekim grubunu oluştururlar. Bu durumda, pratisyen hekimler, hastaların gereksinimleri çok ağır ve kompleks olmadan onlarla işbirliği yapmasıyla ruh sağlığı problemlerinin bir kısmını teşhis ve tedavi edebilirler. Ancak iyi bir hizmetin verilebilmesi için, pratisyen hekimlere uzman psikiyatrik destek sağlanmalı ve bu desteğe ulaşım yolları açık olmalıdır. Özellikle kırsal kesimde, bu gibi özel hizmetler hastanın evine pratisyen hekim kadar yakın olmayabilir.

Son yıllarda ruh sağlığı alanındaki çağdaş gelişmeler koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin önem kazanmasına yol açmış ve temel sağlık hizmetlerinin daha verimli ve nitelikli olmasını sağlamıştır. Koruyucu ruh sağlığı alanında bireyin kendisinin yapabilecekleri, sağlık personelinin desteği ile yapılabilecek olası uygulamalar yaşamımızın

her döneminde mevcuttur. Bireyin fiziksel, ruhsal ya da sosyal olarak başa çıkamadığı ve herhangi bir hastalığın ortaya çıktığı durumlarda psikososyal desteğe ihtiyacı olacaktır (Sayıl I ve ark. 2001).

Ruh sağlığı hizmetleri koruyucu ruh sağlığı ilkeleri çerçevesinde ele alınıp, öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara entegre edilmelidir. Böylelikle amaç birinci basamakta gebelikten başlayarak insan yaşamının tüm evrelerinde erken teşhis ve tedavi hizmetlerini yürütmek, ayrıca kronik ruhsal bozukluğu olan kişileri birinci basamakta takip etmek olmalıdır.

Psikiyatride kullanılan ve Türkiye'de de kabul gören DSM–IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) ve ICD–10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision) gibi tanı sistemlerindeki gelişmeler de birinci basamak sağlık hizmetleri veren hekimler için psikiyatrik tanıları kolaylaştırıcı niteliktedir. Bu tanı sistemlerinde, tanıyı koymak için betimlemesi kolay semptom ve bulgulara ağırlık verilmektedir.

1.5. Hastalıklar İçin Genel Bilgi

1.5.1. Affektif Bozukluklar

Affektif bozukluklar depresyondan maniye kadar çeşitli ruhsal bozuklukların kümelendiği ana kategorilerden biridir.

Temel olarak duygudurumu ya da duygulanımda, çökkünlükten (depresyon) coşkuya ve maniye kadar olan değişimler ortaya çıkmaktadır. Duygudurumundaki değişmeye kişinin genel işlevsellik düzeyindeki değişmeler ve çok sayıda bedensel ve ruhsal belirtiler eşlik eder. Yineleyicilik özelliği gösterirler, genellikle başlangıçları stresli olaylarla ilişkili olabilir (Öztürk O. ve ark. 2001).

1.5.1.1. Depresyon

Depresyon tanısı koyabilmek için temel belirtilerden en az iki adet ve eşlik eden belirtilerden en az iki adet bulunması ve bu belirtilerin en az iki haftadır sürüyor olması gereklidir (Sayıl I. ve ark. 2000).

Temel Belirtiler:

Çökkün veya üzgün duygudurum: Kederli, hüzünlü, elemli ruh halidir. Bu durum süreklidir ve doğal üzüntü ve yastan farklıdır. Kişi arasıra kendini iyi hissetse bile, bu durum kısa süreli olur (Arısoy S ve ark.2003).

İlgi, istek azalması ve/veya hiçbir şeyden zevk alamama: Kişi daha önce yapmaktan hoşlandığı olaylardan zevk alamamaya başlar. Genel bir isteksizlik vardır. Herşey ona ağır gelmeye başlamıştır.

Yorgunluk, enerji azalması, bitkinlik: Kişi kendini halsiz, güçsüz, bezgin hissetmekte, çabuk yorulmaktadır. Hiçbir iş yapmak için kendinde güç bulamaz. Bütün gün yatmak ister.

Eşlik Eden Belirtiler:

Uyku bozukluğu: Uyku bozukluğu çeşitli biçimlerde gözlenebilir. Kimi hasta uykuya dalmakta güçlük çeker. Bazı hastalar uykuya daldıktan sonra sık sık uyanmaktan yakınabilirler. Sıklıkla sabah erken uyanma ve tekrar uykuya dalamama gözlenebilir. Kişi uyandığında kendini dinlenmemiş hisseder. Kimi depresyonu hastada ise çok fazla uyuma ya da uyumaya eğilim görülebilir.

Dikkatini toplamada güçlük: Kişi bir noktada dikkatini toplayamaz, bir konu üstünde yoğunlaşamaz. Konsantrasyonu azalmıştır.

Kendine güven azalması, suçluluk ve değersizlik düşünceleri: Kişi kendini yetersiz, eksik, başarısız ve değersiz görmektedir. Cesaretini kaybettiğini belirtir. Kendini aşırı eleştirir ve ayıplar.

İştah bozukluğu: Genelde yoğun bir iştahsızlık, yemeklerin tadını alamama, isteksizlik ve kilo kaybı gözlenir. Kimi olgularda iştah artışı veya çok yeme ortaya çıkar.

Ölüm ve intihar düşünce ve/veya girişimleri: Kişide eğer intihar düşüncesi saptanır ise, ciddiye alınmalı ve sorgulanmalıdır. Geçmişte intihar girişimi öyküsü var ise depresyonlu olguda çok dikkatli davranmak gerekir. Ölüm ile ilgili düşünceler muhakkak sorgulanmalı, ölüm ile ilgili sorular sormaktan kaçınılmamalıdır.

Hareket ve konuşmalarda yavaşlama: Hareketlerde, düşüncede, konuşmada, karar vermede yavaşlık ortaya çıkabilir. Kişi durgunluktan yakınır.

Anksiyete: Endişe, daralma, gerginlik, sıkıntı ve huzursuzluk halidir. Sabahları anksiyetenın ağır olması, kötü bir şeyler olacakmış duygusu sık olarak depresyonlu hastalarda gözlenir. Anksiyete nedeni ile yerinde duramama, aynı yerde uzun süre kalamama gözlenebilir.

Sinirlilik: Kontrol edilemeyen kolay ve çabuk öfkelenme halidir. Kişi tahammül gücünün azaldığını ve kolayca öfkelendiğini belirtir.

Karamsarlık/umutsuzluk: Kişinin gelecekle ilgili planları kalmamıştır, herşeye karamsar bakar ve yorumlar. Sabahları uyandığında yataktan çıkmak dahi istemez. Çünkü, o gün günün nasıl geçeceğine ilişkin kuşkuları vardır.

Gürültüden rahatsız olma: Kişi kalabalık yerlerde kalmaktan, gürültüden rahatsız olmaktadır. Gürültüye dayanamadığını ve tahammül edemediğinden yakınabilir. bu nedenle evden dışarı çıkmaktan ve insanlar ile görüşmekten çekinebilirler.

Hezeyan ve halüsinasyonlar: Depresyonlu kişilerde sanrı (hezeyan) ve varsanılar (halüsinasyon) saptanabilir. Sanrı ya da varsanıların gözlendiği depresyonlar, psikotik depresyon olarak adlandırılır. Örnekler: Mahvolacağız, sonumuz geldi, öleceğiz, bizi öldürecekler vb.

1.5.2. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete; bilinmeyen, içten gelen ve çatışmalara bağlı olan tehdide verilen yanıttır. Her insan tarafından zaman zaman yaşanan bir duygudur. Temel amacı yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişimini sağlamaktır. Fakat belirli bir düzeyden sonra kişinin yaşamını, aktivitesini, kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlar. Bu düzeyde kişide ruhsal sorunlar oluşturan bir duygu olarak değerlendirilmelidir (Berksun O. 2002).

Bilişsel Belirtiler:

Normal bilişsel işlevler ya daha abartılı hale gelir ya da bu işlevlerde disinhibisyon izlenir.

Duyusal – Algısal Belirtiler

- Aklın sisli, bulanık olması
- Çevredeki nesneleri bulanık görme

- Aşırı uyanıklık hali (hipervijilans)
- Çevrenin olduğundan farklı algılanması
- Gerçek dışılık duyguları
- Dikkati toplayamama
- Konfüzyon
- Önemli olayları hatırlayamama
- Düşünce Bozuklukları
- Düşünce duraklamaları, bloklar
- Objektif düşünme güçlüğü
- Nedenselleştirme güçlüğü
- Kavramsal Sorunlar
- Kontrolünü yitirme güçlüğü
- Başa çıkamama korkusu
- Fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu
- Aklını yitirme korkusu
- Başkaları tarafından yanlış değerlendirilme korkusu

Duygusal (Affektif) Belirtiler:

Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik ve çaresizlik

Davranış Belirtileri:

Başlangıçta anksiyeteyi azaltmaya yönelik olan bu davranışlar sonuçta anksiyetenin artmasına neden olurlar.

- Kaçma ve kaçınma

- Huzursuzluk
- Olduğu yerde hareketsiz donakalma (tonik immobilizasyon)
- Davranışlarda inhibisyon
- Koordinasyon bozukluğu

Fizyolojik Belirtiler:

Organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içinde olduğunu gösteren belirtilerdir. Çarpıntı, taşikardi, kan basıncında artma ya da azalma, bayılma hissi ya da bayılma, yüz kızarması, aritmi, solunum sayısında ya da derinliğinde artma, nefes darlığı, boğazda düğümlenme, kaslarda spazm ve gerginlik, reflekslerde artma, yorgunluk hissi, çabuk yorulma, tremor, ağrılar, uyku bozuklukları, iştahsızlık, bulantı, kusma, barsak alışkanlıklarında değişme, sık idrara çıkma, cinsel güçsüzlük, erken boşalma, yaygın ya da lokal terleme, sıcak ya da soğuk basmaları, kaşınma.

Tetikleyici olaylar, anksiyetenin şiddeti ve süresi, hastada anksiyete öyküsü, uykusuzluk ve depresyon gibi eşlik eden belirtiler ve anksiyetede gün içindeki değişiklikler belirlenmelidir. Hastanın işlevselliğinde anksiyetenin neden olduğu bir bozulma varlığı da sorgulanmalıdır. Herhangi bir yaşam stresi anksiyete yaratabilir ve durumsal bozukluklara yol açabilir.

Anksiyete depresyonun sık görülen bir belirtisidir. Diğer depresif belirtiler: depresif duygudurum, iştah ve uyku değişiklikleri, gün içinde değişkenlik, anhedoni, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları, suçluluk duyguları, ölüm düşünceleri, psikomotor ajitasyon veya yavaşlama ve yoğunlaşma bozukluğu varsa, uygun tanı, anksiyete ile giden depresyon olacaktır.

1.5.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

Aşırı, yaygın ve kontrolü güç olan, belirgin sıkıntıya yol açan bir anksiyete bozukluğudur. Tanı için en az 6 ay boyunca anksiyete yaşanması gerekmektedir (Berksun O.2002).

Bir aylık görülme sıklığı % 0,25'tir. Bir yıllık görülme sıklığı ise % 0,64'dür. Kadınlarda daha sık izlenmektedir. Kadın/erkek oranı 2/1'e eşittir.

Tanı

Bir takım olay ya da aktivitelerle ilgili yoğun anksiyete ve endişe mevcut olup bu endişe aşırı düzeyde ve kontrol edilebilmesi güçtür.

- Huzursuzluk ya da kendini tetikte hissetme, titreme, huzursuzluk, baş ağrıları gibi motor gerginlik belirtileri,
- Aşırı terleme, taşikardi, gastrointestinal belirtiler gibi otonomik hiperaktivite belirtileri,
- İrritabilite gibi bilişsel uyanıklık hali ve uyku bozukluğu görülebilir.

1.5.2.2 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Kişinin mantıksız olduğunu bilmesine karşın inatçı ve yineleyici biçimde aklına gelen ve sıkıntı yarattığı halde engelleyemediği, düşünmekten kendini alıkoyamadığı düşünceler (obsesyonlar) ya da genellikle bu düşüncelerin yarattığı sıkıntılara yönelik ve kişinin tüm gayretlerine karşın engellenemeyen hareket ve davranışlarla (kompulsiyonlar) seyreden bir hastalıktır (Berksun O. 2002).

Obsesyonlar anksiyeteye neden olurken, kompulsiyonlar anksiyeteyi azaltmaktadır. Kompulsiyonlara direnmek anksiyeteyi artırabilir hatta panik ataklara neden olabilir.

Erişkin kadın ve erkeklerde eşit oranda görülebilirken, ergenlik döneminde erkeklerde daha sık izlenen bir bozukluktur. Ortalama 20'li yaşlarda başlar. Bu hastalar genellikle ailenin ilk ya da tek çocuğudurlar ve bekarlarda daha sık görülen bir bozukluktur. OKB'si olanlarda başka psikiyatrik bozukluklar da farklı oranlarda Çizelgeya eşlik edebilir; en fazla majör depresif bozukluk (%67) ve ardından sosyal fobi (%25) sayılabilir (Berksun O. 2002).

Tanı

Obsesyon ve kompulsiyonlarla seyreder. Hem obsesyon hem kompulsiyonları olan olgular tüm olguların %75'ini oluşturur. Ancak iyi bir inceleme ile olguların tamamında hem obsesyon hem kompulsiyonlara rastlanabileceği bildirilmektedir.

Sadece obsesyonları olan olguların daha çok cinsel ya da agresif eylemlerle ilgili tekrarlayıcı düşünceleri olduğu bildirilmektedir. Bu düşüncelere korku ve anksiyete eşlik eder. Obsesyon ve kompulsiyonlar egoya yabancıdır. Bunlara karşı gelebilmek için yoğun istekleri vardır

Dört majör bulgu vardır;

- Kontaminasyon obsesyonu
- Kuşku, şüphe obsesyonu
- Kompulsiyonların eşlik etmediği cinsel ya da agresif obsesyonlar
- Simetri ya da kesinlik obsesyonları

Kontaminasyon obsesyonlarını temizlik ve kaçınma kompulsiyonları izler. Kuşku, şüphe obsesyonları kontrol etme kompulsiyonlarına yol açar. Simetri ve kesinlik obsesyonları kişinin yavaşlamasına neden olmaktadır. En sık kontaminasyon obsesyonları izlenirken, kontrol etme kompulsiyonları ise en sık izlenen kompulsiyondur.

Obsesyonel içerikle prognoz arasında bir ilişki yoktur. OKB için iyi ve kötü prognoz kriterleri aşağıda özetlenmiştir.

İyi prognoz kriterleri	
	Sosyal ve iş yaşamının iyi olması Presipite edici faktörlerin varlığı Belirtilerin epizodik olması
Kötü prognoz kriterleri	
	Kompulsiyonlara boyun eğme Hastalığın çocukluk döneminde başlaması Bizar kompulsiyonların varlığı Hospitalizasyona gereksinim duyulan olgular Eşlik eden majör depresyonun varlığı Delüzyonel boyutta inanışlar Özellikle şizotipal kişilik bozukluğu olmak üzere eşlik eden kişilik bozukluklarının varlığı Ailede başka bir psikiyatrik bozukluğun varlığı

1.5.3. Uyku Bozukluğu

1.5.3.1. İnsomnia

İnsomnia, uykuya dalma ve sürdürme güçlüğü yakınmalarına ek olarak ertesi sabah dinlenmiş, yenilenmiş olarak uyanamama şeklinde tanımlanabilir. Tarama çalışmaları uykusuzluk yakınmalarının genel popülasyon içerisinde oldukça yaygın olarak karşılaşılan bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir ve ilerleyen yaşla birlikte uykusuzluk yakınmalarının yaygınlığında da bir artış olmaktadır.

Uykusuzluk yakınmalarıyla başvuran hastalarda yakınmaların ardındaki bozukluk tedaviye ilişkin tutumu belirler.

Birincil uykusuzluk; sıklıkla, stresli bir yaşam olayının hemen ardından başlayan ve daha sonra giderek şiddetlenerek kişinin yaşamında merkezi bir önem kazanan uykusuzluk yakınmaları ile karakterizedir. Hasta genellikle uzun yıllardır devam eden uykusuzluk yakınmaları ile başvurur. Daha önce çeşitli hekimler tarafından önerilmiş ve genellikle pek bir işe yaramamış kalabalık bir ilaç listesine sahiptirler. Uykusuzluğa ilişkin evhamları fazla, bu nedenle, uyuyamadıklarında yaşadıkları sıkıntı da büyüktür. Sıklıkla günlük yaşamdaki stresli durumları yatağa/uykuya taşıma eğiliminde kişilerdir. Bu hastalarda uykusuzluğa ilişkin olumsuz bir koşullanma söz konusudur. Uykusuzluklarının en önemli nedeni uykuya ilişkin performans anksiyeteleridir ("ya bugün de uyuyamazsam!" endişesi). Nitekim bu anksiyetenin en az yaşandığı durumlarda; yolculuklar, otel odaları, uyku laboratuvarları gibi, bu hastaların çok daha rahat uyuyabildikleri gözlenir. Uykunun peşinde koşmadıkları zaman aslında çok daha rahat uyuyabilmektedirler.

1.5.4. Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kullanımı ile ilgili sorunlar ve alkol bağımlılığı toplumda oldukça sık görülür. Hastanın içki içip içmediği; içiyorsa, ne içtiğini ve ne kadar içtiğini son derece önemlidir.(Sullivan ve ark. 1997)

"Standart içki", içilen içki miktarının belirlenmesinde kullanılan standart bir birimdir. İçinde 10-13 gr etil alkol içeren içki birimleridir: Örneğin bir küçük kutu bira, bir kadeh şarap, bir "tek" rakı, cin, votka gibi.

Anamnez alınırken özellikle şu iki nokta sorulacak uygun sorularla netleştirilmelidir:

- **Haftada kaç standart içki tüketiyor/içiyor?**
- **Bir oturuşta en fazla kaç standart içki içiyor?**

Alkol Bağımlılığı

Alkol kullanımı olan kişide bağımlılık tanısı koyabilmek için aşağıdaki tanı ölçütlerinden **en az üçünün** aynı dönemde bulunması gereklidir:

- *Tolerans gelişmiş olması:* Alkolün etkisinin azalması ve istenen etkiyi elde etmek için alınan alkol miktarının arttırılması
- *Kesilme sendromu:* Alkol alımı azaldığında ya da kesildiğinde alkole özgü kesilme (yoksunluk) belirtilerinin ortaya çıkması
- *Alkol kullanımı üzerinde kontrol kaybı:* Alkolun niyetlenilenden daha çok miktarlarda ve daha uzun sürelerle alınması; başlayınca durduramama

- *Alkolu azaltma ya da bırakma çabalarına karşın bırakamama, bırakıp yeniden başlama, alkole karşı güçlü bir istek hissetme*
- *Alkol kullanımı ile ilgili etkinliklere çok zaman ayırma*
- *Başka yükümlülükleri, sorumlulukları ihmal etme, aksatma*
- *Sosyal ve yasal sorunların, bedensel ve ruhsal sağlık sorunlarının varlığına rağmen alkol kullanımını sürdürme*

Alkol kötüye kullanımı ise, fiziksel tehlike yaratabilecek şekilde alkol kullanımı ya da bedensel, sosyal sorunların varlığına karşın alkol kullanımının sürdürülmesidir.

1.6. Olgu Öykülerinin (Vignetteler) Oluşturulması ve Kullanım Alanları

"Olgu Öyküleri" (vignetteler) kurgulanmış klinik senaryolardır. En iyi hasta örnekleri polikliniklerde veya yataklı tedavi birimlerinde, klinik hizmetin gerçek dünyasında bulunur. Hekimlerin meslek yaşamları boyunca tanı koymayı ve tedavi yapmayı öğrenmeleri için eğitimlerinde kurgulanmış hasta problemleri, "Olgu Öyküleri"nin kullanımını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle hazırlanan senaryoların tartışmayı belli konulara yönlendirmek üzere özel olarak tasarlanmalıdır (Peabody ve ark. 2000).

Klinik senaryoları oluşturmada temel adımlar şu şekilde özetlenebilir (Hogerzeil H. V. ve ark.2001):

1. Çalışılmak istenen basamak üzerinde odaklanılmalı (Tanı koyma ya da Tedavi)
2. Hasta olgusu tanı koyma ya da ilaç seçiminde özel öğretilecek konuları gündeme getirmeli
3. Hastanın anlayışı veya uyuncundaki problemleri vurgulamalı
4. Senaryo prova edilmeli

"Olgu Öyküsü", klinik senaryo yazılırken ya tanının belirtildiğinden ya da onun kesinlikle açık olabilmesi için yeterli ipucunun sağlandığından emin olunmalı, gerektiğinde tanının belirtilmesinden çekinilmemelidir. Senaryonun zorluğu klinik öyküde basit değişiklikler yapılarak -ki bu tanı koyma ve ilaç seçimine ait hususlar ve/ya eşlik eden ikinci bir sağlık sorunu olabilir- artırılabilir veya azaltılabilir. Bunlara ek olarak hasta yaşının erişkinden çocuğa çevrilmesi yaş ve/ya ağırlık üzerinden doz hesaplamalarını gündeme getirecektir. Senaryonun içine sokulabilecek diğer bir önemli değişken de gebeliktir (Haneda M. ve ark. 2000).

Klinik senaryoda reçete yazmanın tıbbi veya farmakolojik güvenliği ve etkililiğinin ötesinde hekim ile hasta arasındaki etkileşimde yer almalıdır. Bu noktada, hastanın hastalığını anlaması ve/ya tedaviye uygun hareket etmesini garantilemeye yönelik değişiklikler de yapılmalı ve bu durum tedavi tercihinde de kendini göstermelidir (Haneda M. ve ark. 2000).

Her senaryo, eleştirel bir hekim tarafından problemin anlaşılabilirliği, inandırıcılığı, klinik gerçekliği ve öğretilecek hedeflere ulaşıp ulaşmadığı değerlendirilmeli ve daima prova edilmelidir (Haneda M. ve ark. 2000).

"Olgu Öyküleri" veya yazılı vaka simulasyonları uygulama düzenlemesinin geniş bir aralığında süreci ölçmek için eğitimciler, demografi bilimcileri ve sağlık hizmeti araştırmacıları tarafından yaygın olarak kullanılır. Olgu öykülerini idare etmek kolaydır, daha az maliyetlidirler ve tüm klinik uygulama türlerinde kullanılabilir (Peabody ve ark. 2000).

Olgu öyküleri hekimlerin probleme dayalı öğretim çerçevesindeki eğitimlerinde, özellikle akılcı ilaç kullanımı kapsamında geliştirilen "Reçete Yazma" eğitimlerinde önemli yer almaktadır (Hogerzeil H. V. ve ark.2001).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı 1947 yılında "tam bir fiziki, ruhsal ve toplumsal iyi oluş hali" olarak tanımlamıştı. 1978 Eylül'ünde Alma-Ata Bildirgesi ile tanımlamaya "Bu iyi oluş halinin bireyler için temel bir hak olmasının yanı sıra sosyal bir amaç olduğu" ilave edilmiştir. DSÖ verilerine göre, dünyada en çok işgücü kaybına yol açan 10 hastalık arasında 6 ruhsal hastalık bulunmaktadır. Buna ek olarak dünya genelinde 70 milyon kişi alkol bağımlılığı, 50 milyon kişi epilepsi, 24 milyon kişi de şizofreni nedeniyle sorun yaşamaktadır. Küresel hastalık yüküne sebep olan ilk 10 hastalık içinde depresyon 4. sırada yer almaktadır. Yapılan gözlemler yanlış değilse gelecek 20 sene içinde depresyon küresel hastalık yüküne sebep olan hastalıklar listesinde 2. sırayı alacaktır.

2001 yılında DSÖ tarafından yapılan bir çalışmanın verilerine göre 450 milyon kişi ruhsal, nörolojik bozukluklar, alkol ve illegal ilaç kullanımına dayalı psikososyal problemler yaşamaktadırlar. DSÖ 2001 bilgilerine göre tüm insanların % 20-25'i hayatlarının herhangi bir döneminde ruh sağlığı bozukluğuna bağlı problem yaşamışlardır ve hiç kimse bu duruma bağışık değildir. Çocukların %10'undan fazlasında bile bir veya daha çok ruhsal ve davranışsal bozuklukları vardır.

Avrupa Birliğinde (AB) yetişkin popülasyonunun % 20'sinde ruh sağlığı problemleri olduğu tahmin edilmektedir. Ergenlerde de ortaya çıkma oranının benzer olduğu yordanmaktadır.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre ise Türkiye'de 2-3 yaş grubu çocuklarda ruhsal bozukluk görülme sıklığı yüzde 10,9 iken, bu oran, 5-18 yaş grubunda yüzde 11,9; erişkinlerde ise yüzde 17,2 olarak belirlenmiştir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili de toplumda, ruhsal hastalığı olan bireylerin veya sorunlu çocuğu olan ailelerin çok azının sağlık kuruluşlarına ya da hekimlere başvuruda bulunduğunu, başvuranların büyük çoğunluğuna tanı konulamadığını, tanı konulanların ise yaklaşık olarak yarısının tedavi hizmeti almadığı görülmüştür. Ruhsal hastalığı olanların yüzde 40'ı psikiyatri uzmanına, yüzde 20'si sağlık ocaklarına (SO) başvururken ruhsal hastalığı olanların yüzde 51'i ilaçlarını diğer uzmanlardan almaktadır. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerine başvuru oranının yetişkinlerde yüzde 4,7 olduğuna işaret edilirken, diğer yaş gruplarında bu oran daha da azdır.

Türkiye ve dünyadan verilerle toplum ve birey sağlığında ruhsal hastalıkların önemi açıktır. Çok sayıda kişinin ruhsal hastalıklarının tanı, tedavi ve takibini daha kolay ve hızlı bir şekilde sağlayacak ilk adım hiç şüphesiz birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Birçok kişinin Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) çerçevesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarından bu konuda yardım almaya çalıştığı göz önüne alındığında özellikle ruhsal bozuklukların önlenmesinde ve ruhsal bozukluğu olan kişilerin tanılarında birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların çalışanlarına çok önemli görevler düşmektedir. Çünkü birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim, psikiyatrik sorunu olan hastaların çoğu kez ilk ve belki de tek karşılaştığı hekim olarak, psikiyatrik hastalıkların tanınması, sevki, ve takibi konusunda önemli görevler üstlenebilir.

Bunun için temel sağlık hizmetlerindeki bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve entegresyonun buna göre düzenlenmesi son derece önemlidir. Pratisyen hekimler, ruhsal hastalıklarından yakınanlara doğru tanı koyma konusunda kendilerini geliştirmeli ve en iyi hizmeti verebilmelidirler. Fakat bunun mevcut sistemde gerçekleştirildiğini söylemek oldukça zordur, hekimler arasında yetersiz bilgiler nedeniyle tanı farklılıkları olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet veren hekimlerin sık karşılaştığı psikiyatrik hastalıklardan Depresyon, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsessif Kompulsif Bozukluk, Uyku Bozukluğu ve Alkol Bağımlılığı tanıları için, çalışmaya katılan hekimler arasında, varsa tanı farklılıklarını ve bu farklılıkları belirleyen değişkenleri ortaya koymaktır.

Bu çerçevede çalışmanın hipotezi şu şekilde tanımlanabilir:

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin; belirlenen psikiyatrik olgu öykülerine koydukları tanılar arasında fark yoktur.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evrenİ ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Ankara ilinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında görev alan hekimlerdir. Araştırmanın yapıldığı 2003 yılında Birinci basamakta aktif çalışan hekim sayısı 1042 olarak tespit edilmiştir. Örneklem büyüklüğü DSÖ'nün "Sağlık Birimlerinde İlaç Kullanımı Nasıl Araştırılır?" kitabındaki kriterlerine göre 100 kişidir. Araştırmada red edilme durumu da göz önüne alınarak önerilen 100 kişiye %15'lik bir ekleme yapılarak 115 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın örneklem tipi uygunluk örneği (Convenience Sample) olup sağlık birimlerinde görev yapan hekimler arasından rastgele seçilen 115 hekim çalışmaya dahil edilmiş ve 109 hekim (%94.8) anketleri tamamlayarak çalışmaya katılmışlardır.

2.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler	Hekimlerin Olgu Öykülerine Koydukları Tanılar
Bağımsız Değişkenler	Cinsiyet
	Yaş
	Uzmanlık Durumu (Pratisyen-Uzman)
	Çalışma Süresi
	Çalışılan Kurum
	Mezun olunan fakülteler
	Mezuniyet yılları
	Psikiyatri Dersinin Kalitesi (Kişisel Değerlendirme)
	Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Alma Durumu
	Psikiyatri Konusuna İlgi (Evet-Hayır)

2.3. Araştırmanın Hipotezi

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin; belirlenen psikiyatrik olgu öykülerine koydukları tanılar arasında fark yoktur.

2.4. Araştırma Yöntemi

Araştırmada veriler hekimlere yüz yüze uygulanan ve iki temel bölümden oluşan standart anket aracılığı ile toplanmıştır.

Anketin birinci bölümünde (Bakınız Ek1) araştırmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve aldıkları eğitimlere yönelik sorular yer almaktadır.

Anketin ikinci bölümünde ise DSÖ'nün dünyada birinci basamak sağlık kuruluşlarına en sık başvurduğu ve dolayısıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin sık gördüğü düşünülen **Depresyon**, **Yaygın Anksiyete Bozukluğu**, **Obsesif Kompulsif Bozukluk**, **Uyku Bozukluğu** ve **Alkol Bağımlılığı**ndan oluşan 5 hastalık için hazırlanan ***"olgu öyküleri"*** yer almaktadır. (Bakınız Ek 2, 3, 4, 5, 6)

"Olgu Öyküleri" (vignetteler) iyi kurgulanmış klinik senaryolardır. Hazırlanan senaryoların tartışmayı belli konulara yönlendirmek üzere özel olarak tasarlanması gerekmektedir. "Olgu Öyküleri" uygulama düzenlemesinin geniş bir aralığında süreci ölçmek için eğitimciler ve sağlık hizmeti araştırmacıları tarafından yaygın olarak kullanılır. Olgu öykülerinin idaresi kolaydır, daha az maliyetlidir ve tüm klinik uygulama türlerinde kullanılabilir (Peabody ve ark. 2000).

Sağlık bakımındaki kalitenin ölçülmesinde de araç olarak kullanılma çabaları vardır. Bu konuda yapılan bir çalışma sonuçları, ayakta hasta değerlendirmelerinde sağlık bakımının kalitesinin olgu öyküleri kullanarak ölçülebileceğini işaret etmektedir. Olgu öyküleri doğrudan gerçek klinik uygulamadaki bakım sürecine odaklanan geçerli ve kalitesini ölçmek için pahalı olmayan vakalarla kombine bir yöntem olarak sunulmaktadır (Peabody ve ark. 2000).

Bu nedenlerle bu araştırmada belirlenen tanılar için olgu öyküleri hazırlanarak ankete eklenmiştir. Olgu öykülerindeki hasta isimleri gerçek hasta isimleri olmayıp çalışmada kolaylık sağlamak amacıyla belirlenmiş ve aşağıda yer almaktadır:

Depresyon Hatice Erengül, (Ek 2)

Yaygın Anksiyete Bozukluğu Semih Derin, (Ek 3)

Obsesif Kompulsif Bozukluk Melek Titiz, (Ek 4)

Uyku Bozukluğu Murat Uyanık ve (Ek 5)

Alkol Bağımlığı Reha Aynalı. (Ek 6)

Her senaryo, eleştirel bir hekim tarafından problemin anlaşılabilirliği, inandırıcılığı, klinik gerçekliği ve öğretilecek hedeflere ulaşıp ulaşmadığı değerlendirilmeli ve daima prova edilmelidir (Haneda M. ve ark. 2000). Bu nedenle belirlenen tanılara özel hazırlanan olgu öykülerinin, anlaşılabilirliği ve uygunluğu önce 5 psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmiş, katkı ve önerileri alınmıştır. Yapılan düzeltme ve eklemelerle olgu öykülerinin belirlenen tanılar için uygun ve yeterli oldukları psikiyatri uzmanları tarafından onaylanmıştır. Böylece 5 farklı tanı için hazırlanan olgu öyküleri araştırmaya katılacak hekimlere uygulanabilirliği netlik kazanmıştır.

Anketin bu bölümünde hekimlerden okudukları vakalar için düşündükleri tanıları yazmaları istenmiştir. Anket uygulaması sırasında hekimler arası etkileşimi önlemek için anketleri her hekimin yalnız olarak doldurması sağlanmıştır. Hekimlere anketleri doldurmaları sırasında yazılı, basılı materyallerden yararlanmaları konusunda herhangi bir kısıtlama getirilmemiştir. Ancak anket doldurulurken herhangi bir materyal kullanımını talep eden hekim olmamıştır.

2.5. Veri Analizi

Araştırmaya ait verilerin temizlenmesi, tutarlılık kontrolü ve bilgisayara aktarılması araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırmanın verileri doğrudan SPSS 11.0 istatistik paket programına girilmiş ve analizler de bu programda yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi frekans ve yüzde dağılımları içermektedir. Gruplar arası farklılıkların analizi için Ki Kare (x^2) yöntemi kullanılmıştır.

2.6. Etik Konular

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcılara çalışmanın amacı anlatılmış, kabul eden 109 hekimle anket çalışması yapılmıştır.

2.7. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın anketlerin çoğaltılması ve rapor haline getirilip basılması için yapılan harcamalar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

2.8. Araştırmanın Takvimi

Araştırma Ekim 2002 ile Temmuz 2004 tarihleri arasında yapılmıştır. Ekim 2002'den itibaren başta "olgu öyküleri" oluşturulması ve klinik uygulamaları olmak üzere, psikiyatrik hastalıkların birinci basamaktaki tanıları ile ilgili literatür araştırması yapılmaya başlanmış ve araştırmanın sonuna kadar sürdürülmüştür.

Hazırlanan olgu öykülerinin de yer aldığı standart anket formları hekimlerce gözlem altında bizzat doldurulmuştur. Verilerin toplanmasından sonra bilgisayara aktarılması Mart-Mayıs 2004 aylarında tamamlanmıştır. Araştırmanın analizleri ve raporunun yazılması ise Eylül 2005'te tamamlanmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmanın bulguları anketi de oluşturan iki bölümde incelenecektir. Bu bölümler:

- Araştırmaya Katılan Hekimlerin Özellikleri
- Olgu Öykülerine (Vignettelerin) Konan Tanıların Değerlendirilmesi

3.1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Özellikleri

Uygulanan anketin ilk bölümünde hekimlere ait sosyodemografik özellikleri ve aldıkları psikiyatri eğitimlerine ait bilgiler sorulmuştur.

Bu araştırma için hazırlanan anketler Ankara ilinde 2003 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan 1042 hekimden 115'ine uygulanması planlanmış ve 109'u tarafından tamamlanmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin 59'u erkek (%54,1), 50'si (%45,9) kadındır. Hekimlerin yaş dağılımlarına bakıldığında hekimlerin 30'unun (%27,5) 30 yaş altında, 40'ının 30-35 yaş arasında ve 39'unun 35 yaş üstünde olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin 92'si (%84,4) pratisyendir. Hekimlerin 14'ü (12,8) aile hekimi, 3'ü (%2,8) ise halk sağlığı uzmanıdır. Hekimlerin mesleki tecrübeleri değerlendirildiğinde 31'nin (%28,4) 5 yıldan az, 27'sinin (%24,8) 5-9 yıl, 30'unun (%27,5) 10-14 yıl, 21'inin (%19,3) ise 15 yıldan fazla çalıştığı görülmektedir. Hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımlarına bakıldığında 49'unun (%45) Sağlık Ocağında (SO), 25'inin (%22,9) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde (AÇSAPM), 17'sinin (%15,6) kurumlarda, 16'sının (%14,7) hastane acil servislerinde ve 2'sinin (%1,8) 112 acilde çalıştıkları görülmektedir.

Hekimlerin ortalama yaşı 33,62 ± 5,691 olup minimum yaş 24, maksimum yaş 52, ortanca yaş ise 33 olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin çalışma süreleri ortalama 9,82 ± 5,758 bulunmuştur. Çalışma süresi minimum 1, maksimum 27 yıl olarak tespit edilirken, ortanca değer 9 yıldır.

Hekimlerin özelliklerine ait bilgiler Çizelge 1'de görülmektedir.

Çizelge 1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Özellikleri (Kasım 2003, Ankara).

Özellikler		Toplam	
		Sayı	%*
Cinsiyet	Erkek	59	54,1
	Kadın	50	45,9
Yaş	<30	30	27,5
	30-35	40	36,7
	>35	39	35,8
Uzmanlık Durumu	Pratisyen	92	84,4
	Aile Hekimliği Uzmanı	14	12,8
	Halk Sağlığı Uzmanı	3	2,8
Çalışma Süresi	5 yıldan az	31	28,4
	5-9 yıl	27	24,8
	10-14 yıl	30	27,5
	15 yıl ve sonrası	21	19,3
Çalışılan Kurum	Sağlık Ocağı	49	45,0
	AÇSAPM	25	22,9
	Kurum hekimliği	17	15,6
	Hastane Acil	16	14,7
	112 Acil	2	1,8

* Sütun yüzdesi alınmıştır.

Hekimlerin eğitimleri ile ilgili bilgiler Çizelge 2'de görülmektedir. Hekimlerin 54'ü (%49,5) Ankara, İstanbul, İzmir dışında kalan illerdeki tıp fakültelerinden mezun olmuşlardır. Hekimlerin mezuniyet yılları değerlendirildiğinde, 35 hekim (%32,1) ile en fazla 1995-1999 yılları arasında tıp fakültesinden mezun olmuşlardır. Fakültede aldıkları psikiyatri eğitimlerinin kalitesini değerlendirmeleri istendiğinde 52 hekimin (%47,7) orta, 44 hekimin (%40,4) ise iyi olarak değerlendirdiği görülmüştür. Hekimlerin sadece 35'i (%32,1) mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi almıştır. Bu mezuniyet sonrası eğitimlerin %62,9'u 10 günden kısa iken %37,1'i 10 gün ve üzeri olduğu ifade edilmiştir. Hekimlerin 44'ü (%40,4) psikiyatrinin ilgi alanları olduğunu ifade etmişlerdir.

Çizelge 2. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Eğitimleri ile İlgili Bilgiler (Kasım 2003, Ankara).

Özellikler		Toplam	
		Sayı	%*
Mezun Olunan Fakülteler	Ankara	31	28,4
	İstanbul	15	13,8
	İzmir	9	8,3
	Diğer	54	49,5
Mezuniyet Yılları	1984 ve öncesi	7	6,4
	1985-1989	26	23,9
	1990-1994	26	23,9
	1995-1999	35	32,1
	2000 ve sonrası	15	13,8
Psikiyatri Dersinin Kalitesi	Çok Kötü	1	0,9
	Kötü	8	7,3
	Orta	52	47,7
	İyi	44	40,4
	Çok İyi	4	3,7
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi	Evet	35	32,1
	Hayır	74	67,9
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimlerinin Süresi**	10 günden kısa	22	62,9
	10 gün ve üzeri	13	37,1
Psikiyatri İlgi Alanı	Evet	44	40,4
	Hayır	65	59,6

* Sütun yüzdesi alınmıştır.
** Eğitim alan 35 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.

3.2. Olgu Öykülerine (Vignettelerin) Konan Tanıların Değerlendirilmesi

Anketin ikinci bölümünde DSÖ'nün dünyada birinci basamak sağlık kuruluşlarına en sık başvurduğu ve dolayısıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin sık gördüğü düşünülen **Depresyon**, **Yaygın Anksiyete Bozukluğu**, **Obsesif Kompulsif Bozukluk**, **Uyku Bozukluğu** ve **Alkol Bağımlılığı**'ndan oluşan 5 hastalık için hazırlanan "olgu öyküleri" (vignette) yer almaktadır.

Anketin bu bölümüne ait bulgular iki ana grupta incelecektir. Önce her olgu öyküsü tek tek 109 hekim tarafından yazılan tanılar açısından incelenecek ardından da tüm tanılar bir arada doğrulukları ve hekimlere ait değişkenlerle birlikte değerlendirilecektir.

3.2.1. Olgu Öykülerine Konan Tanılar

Depresyon

Hatice Erengül

Depresyon hastası Hatice Ergül'e 109 hekim tarafından konulan tanılar Çizelge 3 ve 4'te yer almaktadır.

Farklı isimler kullanmakla birlikte 109 hekimden 108'i (%99,1) tüm hekimlerin tanıları doğrudur. Sadece 1 hekim bu vakayı doğru veya yanlış bir tanı yazmadan geçmiştir.

Çizelge 3 Hatice Erengül Olgu Öyküsüne İki Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar

			n
1	Depresyon	Anksiyete	4
2	Depresyon	Distimik Bozukluk	1
3	Depresyon	Kronik Yorgunluk Sendromu	1
			6

Çizelge 4 Hatice Erengül Olgu Öyküsüne Tek Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar

1	Depresif Bozukluk	3
2	Depresif Hastalık	1
3	Depresif Reaksiyon	1
4	Depresyon	72
5	Major Depresyon	24
6	Maskeli depresyon	1
		102

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Semih Derin

109 hekimden 45'i (%41,3) yaygın anksiyete bozukluğu olan Semih Derin'e doğru tanı koyarken sadece 1 hekim bu vakayı doğru veya yanlış bir tanı yazmadan geçmiştir. Tanı yazan 108 hekimin tanıları Çizelge 5, 6'da görülmektedir. Sadece 1 hekim Semih Derin için tanı yazmazken 1 hekimde 3 tanıyı bir arada yazmayı tercih etmiştir. Bu tanılar "Anksiyete, Anoreksiya Nevroza, Panik Atak"tır.

Çizelge 5 Semih Derin Olgu Öyküsüne İki Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar

	1. Tanı	**2. Tanı**	**n**
1	Panik Bozukluk	Depresyon	1
2	Anoreksia Nevroza	Anksiyete	1
3	Panik Atak	Anksiyete	2
4	Post Travmatik Stress Bozukluğu	Anksiyete	2
5	Somatizasyon Bozukluğu	Anksiyete	3
6	Panik Atak	Anksiyete Bozukluğu	1
7	Anksiyete Bozukluğu	Anoreksiya	1
8	Anksiyete	Depresyon	1
9	Anksiyete	Obsesyon	1
10	Anksiyete	Özgül Fobi	1
11	Major Depresif Bozukluk	Panik Atak	1
12	Paranoid Kişilik Bozukluğu	Panik Atak	1
13	Psikosomatik Hastalık	Post Travmatik Depresyon	1
14	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Post Travmatik Stress Bozukluğu	1
15	Anoreksia Nevroza	Post Travmatik Sendrom	1
16	Anksiyete Bozukluğu	Psikotravmatik Stres Bozukluğu	2
17	Panik Atak	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1
18	Post Travmatik Stress Bozukluğu	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1
			23

Çizelge 6 Semih Derin Olgu Öyküsüne Tek Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar

	1. Tanı	n
1	Anksiyete Bozukluğu	30
2	Anoreksia Nevroza	3
3	Depresyon	1
4	Hipokondriazis	3
5	Panik Atak	12
6	Paranoid Reaksiyon	1
7	Post Travmatik Stress Bozukluğu	24
8	Psikosomatik Hastalık	1
9	Şizofreni	1
10	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	8
		84

Bu olguda 35 hekim anksiyete bozukluğu olduğunu bildirken, "yaygın anksiyete bozukluğu" tanısı ilk ve tek seçenek olarak yazan 8 hekim vardır. Bu hekimlerin dışında birden fazla tanı yazan hekimlerde anksiyete yazanların da tanıları doğru olarak kabul edilmiştir.

Bu vakaya tanı yazan 91 pratisyen hekimin 36'sı (%39,6) doğru tanı koyarken, 17 uzman hekimin 9'u (%52,9) doğru tanı koymuştur. Mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi alan 34 hekimin 15'i (%44,1) doğru tanı koyarken, bu eğitimi almayan 74 hekimin 30'u (%40,5) doğru tanı koymuştur.

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Melek Titiz

Obsesif kompulsif bozukluğu olan Melek Titiz'e 109 hekimden 107'si (%98,2) doğru tanı koyarken 1 hekim (%0,9) yanlış tanı koymuş ve sadece 1 hekim bu vakayı doğru veya yanlış bir tanı yazmadan geçmiştir (Çizelge 7).

Çizelge 7 Melek Titiz Olgu Öyküsüne Tek Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar

	Tanı	n
1	OKB	107
2	Saplantı-Zorlantılı Kişilik Bozukluğu	1
3	Tanı Yok	1
		109

Bu vakaya tanı yazan 91 pratisyen hekimin 90'ı (%98,9) doğru tanı koyarken, 17 uzman hekimin tümü (%100) doğru tanı koymuştur. Mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi alan 35 hekimin 34'ü (%97,1) doğru tanı koyarken, bu eğitimi almayan 73 hekimin tamamı (%100) doğru tanı koymuştur.

Uyku Bozukluğu

Murat Uyanık

Uyku bozukluğu olan Murat Uyanık için 103 hekim tarafından konulan tanılar Çizelge 8 ve 9'da yer almaktadır. Sadece 6 hekim bu vakayı doğru veya yanlış bir tanı yazmadan geçmiştir. Hekimlerde 63'ü tek tanı olarak doğrudan uyku bozukluğu ya da insomnia yazmıştır. Bu hekimler dışında birden fazla tanı yazan hekimlerden de tanılarından birinin insomnia ya da uyku bozukluğu yazması doğru tanı olarak kabul edilmiştir.

Çizelge 8 Murat Uyanık Olgu Öyküsüne İki Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar

	1. Tanı	2. Tanı	n
1	İnsomnia	Depresyon	3
2	Anksiyete	Hafif Depresyon	1
3	Uyku Bozukluğu	İnsomnia	2
4	Depresyon	Uyku Bozukluğu	1
			7

Çizelge 9 Murat Uyanık Olgu Öyküsüne Tek Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar

	1. Tanı	n
1	Anksiyete	16
2	Asteni	3
3	Depresyon	9
4	Distimik bozukluk	2
5	İnsomnia	18
6	Kronik Yorgunluk	1
7	Stress Bozukluğu	1
8	Şizofreni	1
9	Uyku Bozukluğu	45
		109

109 hekimden 69'u (%63,3) doğru tanı koyarken 34 hekim (%31,2) yanlış tanı koymuş ve 6 (%5,5) hekim bu vakayı doğru veya yanlış bir tanı yazmadan geçmiştir.

Bu vakaya tanı yazan 86 pratisyen hekimin 56'sı (%65,1) doğru tanı koyarken, 17 uzman hekimin 13'ü (%76,5) doğru tanı koymuştur. Mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi alan 34 hekimin 25'i (%73,5) doğru tanı koyarken, bu eğitimi almayan 69 hekimin 44'ü (%63,8) doğru tanı koymuştur.

Alkol Bağımlılığı

Reha Aynalı

Alkol bağımlılığı olan Reha Aynalı için 106 hekim tarafından yazılan tanılar Çizelge 10 ve 11'de yer almaktadır. Hekimlerden 69'u bu olgu öyküsünde alkol bağımlılığı tanısı koyarken 3 hekim bu olgu öyküsüne herhangi bir tanı yazmamıştır.

Çizelge 10 Reha Aynalı Olgu Öyküsüne İki Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar

	1. Tanı	2. Tanı	n
1	Depresyon	Psikosomatik Yakınmalar	3
2	Depresyon	Uzamış Yas	1
			4

Çizelge 11 Reha Aynalı Olgu Öyküsüne Tek Tanı Koyan Hekimlerin Koydukları Tanılar

	1. Tanı	n
1	Alkol Bağımlılığı	64
2	Alkol-Sigara-İlaç Bağımlılığı	3
3	Anksiyete Bozukluğu	1
4	Depresyon	17
5	Eş ölümüne bağlı depresyon	9
6	Madde Bağımlılığı	2
7	Organik Beyin Sendromu	1
8	Post Travmatik Anksiyete	2
9	Post Travmatik Stres	2
10	Yanlızlık Psikozu	1
		109

Bu olgu öyküsü için 109 hekimden 69'u (%63,3) doğru tanı koyarken 37 hekim (%36,7) yanlış tanı koymuş ve 3 (%2,8) hekim bu vakayı doğru veya yanlış bir tanı yazmadan geçmiştir.

Bu olgu öyküsü tanı yazan 89 pratisyen hekimin 56'sı (%62,9) doğru tanı koyarken, 17 uzman hekimin 13''ü (%76,5) doğru tanı koymuştur. Mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi alan 34 hekimin 20'si (%58,8) doğru tanı koyarken, bu eğitimi almayan 72 hekimin 49'u (%68,1) doğru tanı koymuştur.

3.2.2. Olgu Öyküleri İçin Yazılan Tanıların Doğruluklarının Değerlendirilmesi

Olgu öykülerinin ilki tanısı Hatice Ergül adındaki hekimler tarafından "Depresyon" konulması beklenen hastadır. Hekimlerin tanı yazmayan biri dışında tamamı tarafından depresyon tanısını yazılarak doğru teşhiste bulunmuştur.

Olgu öykülerinin ikincisi tanısı “Yaygın Anksiyete Bozukluğu” olan Selim Derin adındaki hastadır. Hekimlerin 45’i (%34,9) yaygın anksiyete bozukluğu tanısını doğru olarak tespit etmiştir.

Üçüncü olgu öyküsü tanısı “Obsesif Kompulsif Bozukluk” olan Melek Titiz adındaki hastadır ve hekimlerin 107’si (%98,2) obsesif kompulsif bozukluk tanısını doğru olarak belirlemiştir.

Dördüncü olgu öyküsü tanısı “Uyku Bozukluğu” olan Murat Uyanık adındaki hastadır. Hekimlerin 69’u (%63,3) uyku bozukluğu tanısını doğru koymuştur.

Beşinci olgu öyküsü tanısı “Alkol Bağımlılığı” olan Reha Aynalı adındaki hastadır. Hekimlerin 69’u (%63,3) alkol bağımlılığı tanısını doğru olarak tespit etmiştir.

Çizelge 12 Hekimler Tarafından Konulan Tanıların Doğruluk Değerlendirmeleri (Kasım 2003, Ankara).

Tanı		Toplam	
		Sayı	**%***
Hatice Erengül *Depresyon*	Doğru	108	99,1
	Yanlış	0	0
	Tanı Yok	1	0,9
Semih Derin *Yaygın Anksiyete Bozukluğu*	Doğru	45	41,3
	Yanlış	63	57,8
	Tanı Yok	1	0,9
Melek Titiz *Obsesif Kompulsif Bozukluk*	Doğru	107	98,2
	Yanlış	1	0,9
	Tanı Yok	1	0,9
Murat Uyanık *Uyku Bozukluğu*	Doğru	69	63,3
	Yanlış	34	31,2
	Tanı Yok	6	5,5
Reha Aynalı *Alkol Bağımlılığı*	Doğru	69	63,3
	Yanlış	37	33,9
	Tanı Yok	3	2,8

* Sütun yüzdesi alınmıştır.

Çizelge 12'de de özetlendiği gibi en fazla doğru tanı konulan olgu öyküleri **Hatice Erengül** *(Depresyon)* ve **Melek Titiz** *(Obsesif Kompulsif Bozukluk)*'tur. En fazla yanlış tanı konulan olgu öyküsü de anksiyete bozukluğu tanısı olan Semih Derin'dir. Sadece 36 pratisyen (%39,6) ve 9 uzman hekim (%52,9) doğru tanı koymuşlardır.

Çizelge 13'te hekimlerin tanılarının doğruluğu ihtisas durumlarına göre değerlendirilmiştir. Tüm olgu öyküleri için pratisyen ve uzman hekimler arasında tanı doğruluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu analizlerde tanı yazılmayan anketler değerlendirme dışında bırakılmıştır.

Çizelge 13 Hekimlerin Tanılarının Doğruluğunun Uzmanlık Durumlarına Göre Değerlendirilmesi (Kasım 2003, Ankara).

		Doğru Tanı	Yanlış Tanı	Toplam*
Hatice Erengül *Depresyon*				
Pratisyen	*Sayı*	91	0	91
	%	100	0	100,0
Uzman	*Sayı*	17	0	17
	%	100	0	100,0
Toplam	*Sayı*	108	12	108
	%	100	11,1	100,0
Semih Derin *Yaygın Anksiyete Bozukluğu*				
Pratisyen	*Sayı*	36	55	91
	%	39,6	60,4	100,0
Uzman	*Sayı*	9	8	17
	%	52,9	47,1	100,0
Toplam	*Sayı*	45	63	108
	%	41,7	58,3	100,0
Melek Titiz *Obsesif Kompulsif Bozukluk*				
Pratisyen	*Sayı*	90	1	91
	%	98,9	1,1	100,0
Uzman	*Sayı*	17	0	17
	%	100,0	0,0	100,0
Toplam	*Sayı*	107	1	108
	%	99,1	0,9	100,0
Murat Uyanık *Uyku Bozukluğu*				
Pratisyen	*Sayı*	56	30	86
	%	65,1	34,9	100,0
Uzman	*Sayı*	13	4	17
	%	76,5	27,5	100,0
Toplam	*Sayı*	69	34	103
	%	67	33	100,0
Reha Aynalı *Alkol Bağımlılığı*				
Pratisyen	*Sayı*	56	33	89
	%	62,9	37,1	100,0
Uzman	*Sayı*	13	4	17
	%	76,5	23,5	100,0
Toplam	*Sayı*	69	37	106
	%	65,1	34,9	100,0

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Çizelge 14'te hekimlerin koydukları tanılarının doğruluğu mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi alıp almamalarına göre değerlendirilmiştir.

Çizelge 14 Hekimlerin Tanılarının Doğruluğunun Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Almalarına Göre Değerlendirilmesi (Kasım 2003, Ankara).

		Doğru Tanı	Yanlış Tanı	Toplam
Hatice Erengül *Depresyon*				
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Alanlar	*Sayı*	34	0	34
	%	100,0	0	100,0
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Almayanlar	*Sayı*	74	0	74
	%	100,0	0	100,0
Toplam	*Sayı*	108	0	108
	%	100,0	0	100,0
Semih Derin *Yaygın Anksiyete Bozukluğu*				
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Alanlar	*Sayı*	15	19	34
	%	44,1	55,9	100,0
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Almayanlar	*Sayı*	30	44	74
	%	40,5	59,5	100,0
Toplam	*Sayı*	45	63	108
	%	41,7	58,3	100,0
Melek Titiz *Obsesif Kompulsif Bozukluk*				
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Alanlar	*Sayı*	34	1	35
	%	97,1	2,9	100,0
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Almayanlar	*Sayı*	73	0	73
	%	100,0	0	100,0
Toplam	*Sayı*	107	1	108
	%	99,1	0,9	100,0
Murat Uyanık *Uyku Bozukluğu*				
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Alanlar	*Sayı*	25	9	34
	%	73,5	26,5	100,0
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Almayanlar	*Sayı*	44	25	69
	%	63,8	36,2	100,0
Toplam	*Sayı*	69	34	103
	%	67	33	100,0
Reha Aynalı *Alkol Bağımlılığı*				
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Alanlar	*Sayı*	20	14	34
	%	58,8	41,2	100,0
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi Almayanlar	*Sayı*	49	23	72
	%	68,1	31,9	100,0
Toplam	*Sayı*	69	37	106
	%	65,1	34,9	100,0

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Tüm olgu öyküleri için hekimlerin mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi alıp almamaları arasında tanı doğruluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu analizlerde de tanı yazılmayan anketler değerlendirme dışında bırakılmıştır.

Mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi alan ve almayan hekimlerin en fazla doğru tanı koydukları olgu öyküsü hekimlerin tamamı tarafından doğru tanı konan depresyon tanılı Hatice Ergül'dür. Mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi alsın veya almasın en az doğru tanı konulan olgu öyküsü anksiyete bozukluğu tanısı ile Semih Derin'dir. Bu olguya eğitim alan 15 hekim (%44,1) ve almayan 30 hekim (%40,5) doğru tanı koymuşlardır.

Tüm vakalara doğru tanı koyan hekimlere ait özellikler Çizelge 15'te görülmektedir. Tüm vakalara doğru tanı koyan 19 hekimin 6'sı (%31,6) erkek, 13'ü (%68,4) kadındır. Hekimlerin yaş gruplarına bakıldığında 4'ünün (%21) 30 yaş altında, 7'sinin (%36,9) 30-35 yaş, 8'inin (%42,1) 35 yaş üstü grupta yer aldığı görülmektedir. Tüm vakalara doğru tanı koyan hekimlerden 7'si (%36,9) pratisyen, 12'si (63,2) uzman hekimdir. Bu hekimlerin çalışma sürelerine bakıldığında 10-14 yıl arası 7 (%36,8) hekim ile ilk sırada yer almaktadır. Bu grubu 6 hekim (%31,6) ile 15 yıl ve üzeri çalışma süresine sahiptir.

Tablo 15 Tüm Olgu Öykülerine Doğru Tanı Koyan Hekimlere ait Özellikler (Kasım 2003, Ankara).

Tüm Olgu Öykülerine Doğru Tanı Koyanlara ait Özellikler		**Toplam**	
		Sayı	**%***
Cinsiyet	Erkek	6	31,6
	Kadın	13	68,4
Yaş Grupları	<30	4	21
	30-35	7	36,9
	>35	8	42,1
Uzmanlık Durumu	Pratisyen	7	36,8
	Uzman	12	63,2
Çalışma Süresi	5 yıldan az	3	15,8
	5-9 yıl	3	15,8
	10-14 yıl	7	36,8
	15 yıl ve sonrası	6	31,6

*Sütun yüzdesi alınmıştır

Tüm olgu öykülerine doğru tanı koyan hekimlerin eğitimleri ile ilgili bilgiler Çizelge 16'da özetlenmiştir.

Hekimlerin 7'si (%36,8) Ankara ve Diğer (Ankara, İstanbul, İzmir dışında kalan iller) grubunda yer alan tıp fakültelerinden mezun olmuşlardır. Hekimlerin mezuniyet yılları değerlendirildiğinde, 7 hekim (%36,8) 1990-1994 yılları arasında tıp fakültesinden mezun olmuşlardır. Fakültede aldıkları psikiyatri eğitimlerinin kalitesini değerlendirmeleri istendiğinde 9 hekimin (%47,4) orta, 6 hekimin (%31,6) ise iyi olarak değerlendirdiği görülmüştür. Hekimlerin sadece 6'sı (%31,6) mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi almıştır. Hekimlerin 4'ü (%21) psikiyatrinin ilgi alanları olduğunu ifade etmişlerdir.

Çizelge 16 Tüm Olgu Öykülerine Doğru Tanı Koyan Hekimlerin Eğitimleri ile İlgili Bilgiler (Kasım 2003, Ankara).

Özellikler		Toplam	
		Sayı	%*
Mezun Olunan Fakülteler	Ankara	7	36,8
	İstanbul	4	21,1
	İzmir	1	5,3
	Diğer	7	36,8
Mezuniyet Yılları	1984 ve öncesi	1	5,3
	1985-1989	6	31,6
	1990-1994	7	36,8
	1995-1999	4	21
	2000 ve sonrası	1	5,3
Psikiyatri Dersinin Kalitesi	Çok Kötü	0	0
	Kötü	1	5,3
	Orta	9	47,4
	İyi	6	31,6
	Çok İyi	3	15,8
Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Eğitimi	Evet	6	31,6
	Hayır	13	68,4
Psikiyatri İlgi Alanı	Evet	4	21
	Hayır	15	79

* Sütun yüzdesi alınmıştır.

Hazırlanan olguların kaç tanesine kaç hekimin doğru tanı koyduğuna ilişkin bilgiler Çizelge 17'de yer almaktadır.

Çizelge 17 Hekim Sayılarının Doğru Tanı Sayılarına göre Dağılımı (Kasım 2003, Ankara).

Doğru Tanı Sayısı	Sayı	%
5 Doğru Tanı	19	17,4
4 Doğru Tanı	37	33,9
3 Doğru Tanı	35	32,1
2 Doğru Tanı	16	14,7
1 Doğru Tanı	1	0,9
0 Doğru Tanı	1	0,9
TOPLAM	109	100,0

Her 5 olgu öyküsüne doğru tanı koyan hekim sayısı sadece 19 (%17,4) olarak bulunmuştur. 109 hekimden 37'si (%33,9) 4 olgu öyküsüne ve 35'i (%32,1) 3 olgu öyküsüne doğru tanı koymuşlardır.

4. TARTIŞMA

Araştırmanın tartışma bölümü de bulgular bölümü gibi anketi de oluşturan iki bölümde incelenecektir. Bu bölümler:

- Araştırmaya Katılan Hekimler
- Olgu Öyküleri (Vignetteler)

4.1. Araştırmaya Katılan Hekimler

Araştırma 2003 yılında Ankara ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan 1042 hekimden 109 ile gerçekleştirilmiştir.

Hekimlerin %54,1'i erkek, %36,7'si 30-35 yaş grubunda ve %84,4'ü pratisyendir. Hekimlerin %53,2'sinin meslekteki süresi 10 yıldan az olmakla birlikte ortalama çalışma süreleri 9,82±5,758'dir. Hekimlerin %49,5'i Ankara, İstanbul ve İzmir dışında kalan illerdeki tıp fakültelerinden mezundur. Hekimlerin %47,7'si tıp fakültesinde aldıkları psikiyatri eğitimini orta olarak değerlendirmektedir. Hekimlerin %32,1'i mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi aldıklarini beyan ederlerken, yapılan bu eğitimlerin %62,9'u 10 günden kısa sürelidir. Hekimlerin %40,4'ü psikiyatrinin ilgi alanları olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerden elde edilen bu bilgiler ışığında Ankara'da çalışmakla birlikte oldukça farklı alt yapıları (meslekteki süre, mezun olunan fakülte, mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimi alma ve psikiyatrinin ilgi alanı olma durumu) olduğunu söylemek mümkündür. Hekimlerin psikiyatrik olgu öykülerine yaklaşımlarının değerlendirilmesi hekimlerin hem fakültedeki hem de mezuniyet sonrasındaki psikiyatri eğitiminin dolaylı bir değerlendirilmesi olarak önemli kabul edilebilir.

Hekimlerin farklı olgu öykülerine yaklaşımlarına geçmeden önce hekimlerin %55,9'unun fakültede aldıkları psikiyatri eğitimlerini orta ve altında şeklinde değerlendirdiklerini, psikiyatri alanında mezuniyet sonrası eğitim alabilenlerin oranının %32,1 ile sınırlı kaldığı gerçeğini göz önünde bulundurmanın faydalı ve gerekli olduğu kanısındayız.

4.2. Olgu Öyküleri (Vignetteler)

4.2.1. Depresyon

Hatice Ergül

1980'lerde yapılan çok sayıdaki birinci basamakta depresyonla ilgili çalışmalarla depresif bozuklukların rutin birinci basamak uygulamalarında temel morbidite nedeni olduğu açıkça ortaya konulmuştur. Bu alandaki daha sonraki yayın dalgası brinci basamakta çalışan hekimlerin rutin pratiklerinde depresif bozuklukları fark etme sensitivitelerine yoğunlaşmıştır (Klinkman M S ve ark, 1998). Araştırmada yer alan olgu öykülerinin başında depresyonun yer almasının temel gereçlerinden biri de bu gerçektir.

ICD-10 Sınıflamasında F32 altında yer alan depressif nöbet şu şekilde tanımlanmaktadır:

Hafif, orta veya ağır nöbetler tipiktir. Hasta duygu durum çökmesi, enerji azlığı ve aktivitedeki azalmadan şikayetçidir. Haz alma kapasitesi, ilgi ve konsantrasyon düşmüştür. En az hareket sonunda dahi kayda değer bir yorgunluk yaygındır. Uyku sıklıkla bozulmuştur. İştah azalmıştır. Kendine güven hafif nöbetlerde dahi hemen daima düşmüştür. Bazı suçluluk fikirleri veya değersizlik düşünceleri sık bulunur. Duygu durum çöküntüsü günden güne küçük değişiklikler gösterir. Olaylara cevapsızdır. "Somatik" olarak adlandırılan belirtiler tarafından eşlik edilebilir. Bunlar; ilgi ve haz veren duyguların kaybı, olağan zamandan sabahları saatler önce uyanma. Sabahta depresyonun ağırlaşması kayda değer psikomotor gerilik, ajitasyon, iştahın kaybı, ağırlık kaybı, libido kaybı. Belirtilerin ciddiliği ve sayısına bağlı olarak, bir depresif nöbet hafif, orta veya ileri olarak tanımlanabilir.

Hatice Ergül olarak hazırlanan olgu öyküsü ICD-10'da yapılan tanımlamayı net olarak karşılamaktadır.

Hatice Ergül için 1 hekim dışında tüm hekimler tanı yazmışlar ve hepsi depresyon tanısını tek veya iki tanı ile birlikte yazmışlardır. Hekimlerimiz literatürde birinci basamaktaki klinisyenlerin deprese hastalarının yarısından azının depresyonunu fark ettiklerini ortaya koyan sonuçlarından çok daha başarılı olmuşlardır (Klinkman M S ve ark, 1998).

Tanı yazan hekimlerden altısı ilk tanıları depresyon olmasına rağmen tek depresyon tanısını yeterli görmemiş ve anksiyete, distimik bozukluk ve kronik yorgunluk sendromu tanılarını da depresyonla beraber kullanmayı tercih etmişlerdir (Çizelge 3).

Depresyon ve anksiyete, anksiyete bozukluklarının özellikle 1990'ların başında ayrı bir hastalık olarak tanımlanmasına kadar sıklıkla kavram karmaşasına yol açan durumlardı.

Anksiyetede ön plandaki duygunun korku, depresyonda ise üzüntü olduğu kabul ediliyordu. Hastalıkların ağır seyrettiği durumlarda bulgular çok belirgindir ve tanı kolaylıkla konabilir. Ancak pratikte bulgular genellikle birbirine karışabilir ve tanı koymak zor olabilir. Ayrıca depresif bozuklukları olan kişilerde %85 oranında anksiyete ve anksiyete bozuklukları olan kişilerin %90'ında depresyon belirtileri görülebilmektedir (Kocabaşoğlu N. ve ark, 2004). Mevcut bu bilgilerimiz depresyon ve anksiyeteyi bir arada yazan hekimlerimizi desteklemektedir.

Bununla birlikte hekimlerin depresyon için farklı ifade şekillerini kullanmaları da oldukça dikkat çekicidir; depresyon, depresif bozukluk, depresif hastalık, depresif reaksiyon, major depresyon ve maskeli depresyon. Bunun altında yatan nedenler arasında farklı tercümelerden ve farklı sınıflandırmaların farklı adlandırmalarından kaynaklanabileceğini söylememiz yanlış olmayacaktır. Ayrıca bu duruma psikiyatrlar ve çalışılan kurumlar arasındaki farklı teorik yönelimlerin katkısını da ekleyebiliriz ki bu durum sınıflamalarda ortaya konulan farklı terminolojilerinde nedeni sayılabilir (Soykan Ç ve ark, 1998). Örneğin bu olgu öyküsü ICD-10'da depresif nöbetten bahsedilirken DSM IV'de major depresif bozukluk olarak adlandırılmaktadır. Dolayısı ile farklı zamanlarda bitirilen farklı tıp fakülteleri hekimler arasındaki bu farkı açıklayabilir. Tıp eğitimi sırasında bu sınıflamaların ve aralarındaki farkların göz önünde tutulması son derece önemli olacaktır.

Araştırmamızda mezuniyet sonrası eğitimlerin tanı ile ilişkinin anlamlı olmamasına rağmen bu olgu öyküleri içinde en fazla gündemde olan ve üzerinde durulan tanı depresyondur. Bu nedenle bu olguya tüm hekimlerin doğru tanı koyması beklenen bir durumdur.

4.2.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Semih Derin

ICD-10 Sınıflamasında F41 altında yer alan yaygın anksiyete bozukluğu şu şekilde tanımlanmaktadır:

Anksiyete yaygın ve inatçıdır. Çevre durumlarıyla sınırlı değildir (serbest süren anksiyete gibi) baskın belirtiler değişkendir. Fakat sıklıkla sürekli bir sinirlilik hali, titreme, kas gerginliği, terleme, başta hafiflik hissi, sersemlik hissi ve epigastrik rahatsızzlık hissidir. Hastalar sıklıkla kendileri veya yakınlarının başına bir kaza ya da hastalık geleceği korkusunu ifade ederler.

Hekimlerin tanı koyarken en fazla zorlandıkları olgu öyküsü "Semih Derin"e ait olan "yaygın anksiyete bozukluğu"dur. Hekimlerin koydukları tanılar incelendiğinde 30 farklı tanının yer aldığı görülmektedir. Bir hekim 3 tanı koymuştur. Hekimler tarafından 18 grup

altında değerlendirilen 2 tanıya ek olarak 10 farklı tek tanı konulmuştur. Bir hekim bu hastalığa tanı koymazken bazı hekimlerinde anoreksia nevroza, şizofreni, paranoid reaksiyon gibi tanılar koyması dikkat çekicidir.

Yaygın anksiyete bozukluğu, başka psikiyatrik bozuklukların en sık eşlik ettiği psikiyatrik bozukluktur. Genellikle eşlik ettiği saptanan psikiyatrik bozukluklar diğer anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıdır ve yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların yaklaşık %50'sinde başka bir psikiyatrik bozukluk vardır. Ayrıca bu hastalığı olan hastaların çoğu kendilerini bildiklerinden beri endişeli ve kaygılı olduklarını söylerler ve sadece üçte biri psikiyatrik yardım arayışında olur. Hastaların bir çoğu, tedavi olmak için ya da bu bozukluğun somatik bir yanının tedavisi için farklı uzmanlara başvururlar (Köroğlu E, 2004). Tüm bu nedenler hekimlerin bu hastalık için tanı koymada yaşadıkları zorlukları açıklayabilmekle beraber anoreksia nevroza, şizofreni, paranoid reaksiyon tanıları oldukça uzak tanılardır ve hekimlerin bu konudaki bilgi ihtiyaçlarını ortaya koymaktadır.

4.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Melek Titiz

ICD-10 Sınıflamasında F42 altında yer alan obsesif kompulsif bozukluk şu şekilde tanımlanmaktadır:

Temel özellik yineleyen obsesyonal düşünceler veya kompulsif hareketlerdir. Obsesyonal düşünceler fikirler, imajlar veya dürtülerdir. Bunlar hastanın zihnine tekrar ve tekrar giren basmakalıp şekildedir. Onlar hemen daima kaçınılmaz şekilde sıkıntı verir. Hasta onlara sıklıkla başarısız bir şekilde direnmeye çalışır. Onlar yinede o veya onun sahip olduğu düşünceler olarak tanınır. Hatta onlar irade dışı ve sıklıkla iğrençtir. Kompulsif eylemler veya törenler basmakalıp davranışlardır. Davranışlar tekrar tekrar yinelenir. Onlar yapı olarak hoş değildir. Doğasında var olan faydalı görevleri sonuçta tamamlamazlar. Onların işlevi bazı objektif muhtemel olmayan sonuçları önlemektir. Hasta tarafından sıklıkla zarar verilir veya neden olunur. Hasta başka şey olacağından korkar. Genellikle, bu davranış kişi tarafından yararsız ve etkisiz bulunur. Bunlara karşı direnme teşebbüsü görülür. Anksiyete hemen daima kaçınılmazdır. Eğer kompulsif eylemlere direnilirse anksiyete daha kötüye gider.

Melek Titiz adıyla hazırlanan olgu öyküsü ICD-10'da yapılan tanımlamayı net olarak karşılamaktadır.

Obsesif kompulsif bozukluk en fazla doğru tanı konan öyküdür. Bunda öykü içinde tanının "temizlik hastası" şeklinde belirtilmesinin etkisi olabilir. Bu durum hekimler tarafından olgu öykülerinin ilgi ile okunduğunu düşündürmektedir.

Bununla birlikte obsesif kompulsif bozukluğu olgu öyküsüne tek tanı, tek ifade ile hekimlerin %98,2'sinin doğru tanı koyabilmesi dikkat çekicidir. Bu durumu Obsesif Kompulsif Bozukluk tanımlamasının 1875 yılında Legrand du Saulle tarafından yapılan çalışmayla neredeyse bugünkü netliğine kavuşması ve zaman içinde farklı sınıflamalarda farklı başlıklar altında yer almakla birlikte aynı terminolojinin kullanılmasının da hem tanının doğruluğunu hem de diğer psikiyatrik hastalıklarda gördüğümüz farklı ifadelerin kullanılmamasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

4.2.4. Uyku Bozukluğu

Murat Uyanık

ICD-10 Sınıflamasında F51 altında yer alan organik olmayan uyku bozukluğu şu şekilde tanımlanmaktadır:

Uykunun nicelik ve/veya nitelik açısından tatminkar olmadığı bir koşuldur. Bu koşul, oldukça uzun süre devam eden ve uykuya dalmada güçlük, normal uykuda kalmada güçlük veya erkenden uyanmayı içine alır. Uykusuzluk birçok mental ve fiziksel bozukluğun olağan bir semptomudur ve eğer bir klinik tabloya hakim durumda ise temeldeki hastalığa olarak sınıflandırılmalıdır.

Uyku bozukluğu olan Murat Uyanık için hekimler 14 farklı tanı yazmışlar ve 6 hekim herhangi bir tanı koymamıştır (Çizelge 6). İnsomnia son derece sık görülen bir durum olmasına rağmen %63,3 doğru tanı oranıyla oldukça az tanındığı tespit edilmiştir.

Bu arada 2 hekim tarafından uyku bozukluğu ve insomnia tanısının iki farklı tanı gibi aynı hastanın tanısı olarak yazılması dikkat çekicidir. Bu olgu öyküsünde de Semih Derin olgu öyküsündeki gibi bir hekim hastaya şizofreni tanısı koymuştur. Şizofreni tanılarını koyan 2 hekim "farklı" kişilerdir.

Bu bulgular ışığında birinci basamakta çalışan hekimlerin uyku bozuklukları ile ilgili eğitim gereksinimleri olduğunu söyleyebiliriz.

4.2.5. Alkol Bağımlılığı

Reha Aynalı

ICD-10 Sınıflamasında F10-19 bloğu, psikoaktif madde kullanımına bağlı mental bozukluklar ve davranış bozuklukları altında F10 olarak yer alan alkol bağımlılığı şu şekilde tanımlanmaktadır:

Tekrar eden alkol kullanımından sonrası gelişen ve tipik olarak alkolü almaya aşırı istek, kullanımını kontrol da zorluk, zararlı sonuçlarına rağmen kullanmada ısrar, diğer aktivite ve zorunluluklara rağmen ilacı kullanmaya öncelik verme, artmış tolerans ve bazen fiziksel yoksunluk durumu ile kendini gösteren davranış, biliş ve fizyolojik fenomenleri kümesidir.

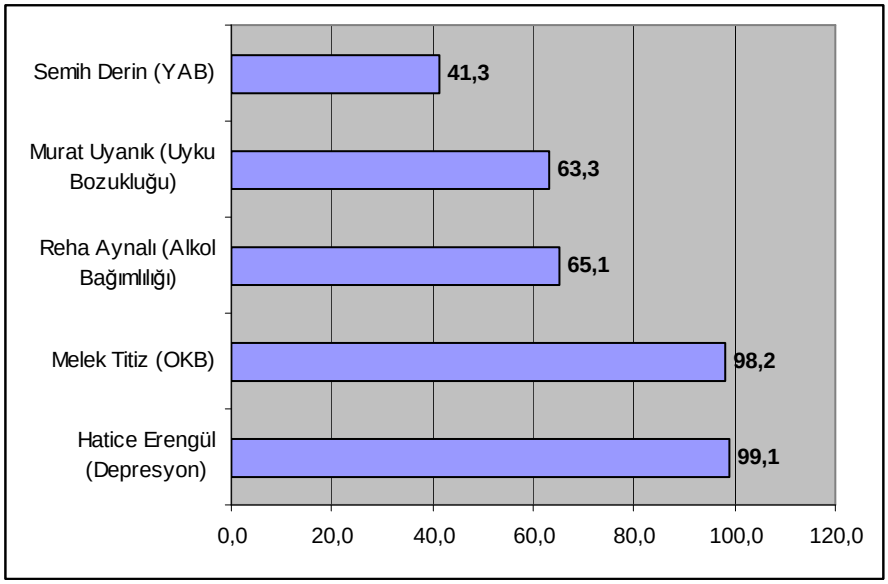
Psikoaktif madde kullanımına bağlı mental bozukluklar ve davranış bozuklukları başlığı altında tanımlanan alkol bağımlılığı tanısı için hekimler alkol bağımlılığı dışında tanı olarak madde bağımlılığı, alkol-sigara-ilaç bağımlılığı şeklinde ifadeleri kullanmışlardır.

Alkol bağımlılığı tanısını hekimlerin %65,1'i tarafından doğru teşhis edilmiştir. Alkol bağımlılığı olan Reha Aynalı için yazılan tanılar arasında uzamış yas reaksiyonu, eş ölümüne bağlı depresyon, organik beyin sendromu gibi tanıların olması dikkat çekicidir. Alkol bağımlılığının bu kadar az tanınmasında alkol kullanımının hastanın tanımlanan durumunda hekimler tarafından normal karşılanmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hastanın "alkolü bırakmak istemediği isterse bırakabileceği" ifadesinin de yanıltıcı olabileceği için gerçekleştiği düşünülmektedir.

Bu olgu öyküsü sonuçları hekimlerin bu konuda eğitim eksiklikleri olduğu şeklinde değerlendirmenin yanlış olmayacağı kanısını uyandırmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

DSÖ'nün dünyada birinci basamak sağlık kuruluşlarına en sık başvurduğu ve dolayısıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin sık gördüğü düşünülen **Depresyon**, **Yaygın Anksiyete Bozukluğu**, **Obsesif Kompulsif Bozukluk**, **Uyku Bozukluğu** ve **Alkol Bağımlılığı**'ndan oluşan 5 hastalık için hazırlanan "olgu öyküleri"nin tamamına sadece 19 hekim (%17,4) doğru tanı koymuştur. Bu durumu bir başka deyişle, birinci basamakta en sık görülen 5 psikiyatri vakasının tamamına, yaklaşık her 5 hekimden birinin doğru tanı koyduğu şeklinde ifade edebiliriz.



Şekil 1 Beş Tanı İçin Doğru Oranları (%)

Birinci basamakta sık görülen beş tanı olgu öyküsüne verilen yanıtlar çerçevesinde ile ilgili değerlendirme yapıldığında (Şekil 1);

Tüm olgu öykülerine doğru tanı koyan hekimlerin 12'si (%63,2) uzman hekim iken 7'si (%36,8) pratisyen hekimdir. Hekimlerin çalışma süreleri değerlendirildiğinde 6 hekimin (%31,6) 10 yıl altında, 13 hekimin (%68,4) ise 10 yıl ve üzerinde meslek yaşamları olduğu tespit edilmiştir.

Her tanı için sadece birer olgu öyküsü ile bir genellemeye gitmek doğru olmasa da anket uygulanan hekimlerden sadece %17,4'ünün 5 tanı için doğru tanı koymuş olması ilgi çekicidir. Bu konudaki bilgi birikimini ölçmek için farklı çalışmaların yapılması gerekliliğini düşündürmektedir.

Bu tespitlerle birlikte ülkemizde üniversitelerdeki tıp eğitimi, özellikle de psikiyatri eğitiminin gözden geçirilmesi, mevcut epidemiolojik ve demografik veriler ışığında eğitim önceliklerinin belirlenmesinin önemi tekrar ortaya konulmaktadır. Bunun yanısıra mezuniyet sonrası eğitim programlarında psikiyatri ağırlıklı eğitimlere öncelikle yer verilmesi sorunun çözümünde yararlı bir yol olarak düşünülebilir.

ÖZET

Ankara'daki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimlerin Psikiyatrik Olgu Öykülerine Koydukları Tanıların Değerlendirilmesi

DSÖ verilerine göre, dünyada en çok işgücü kaybına yol açan 10 hastalık arasında 6 ruhsal hastalık bulunmaktadır. Küresel hastalık yüküne sebep olan ilk 10 hastalık içinde depresyon 4. sırada yer almaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre ise Türkiye'de 2-3 yaş grubu çocuklarda ruhsal bozukluk görülme sıklığı yüzde 10,9 iken, bu oran, 5-18 yaş grubunda yüzde 11,9; erişkinlerde ise yüzde 17,2 olarak belirlenmiştir.

Mevcut dünya ve Türkiye verileriyle toplum ve birey sağlığında ruh hastalıkların önemi ortadadır. Birçok kişinin hastalandıklarında *Temel Sağlık Hizmetleri* (TSH) çerçevesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarından tanı ve tedavi konularında yardım almaya çalıştığı göz önüne alındığında, psikiyatrik sorunu olan hastaların da çoğu kez ilk ve belki de tek karşılaştığı hekimin birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim olduğu aşikardır ve bu hekimler psikiyatrik hastalıkların tanınması, sevki, tedavisi ve takibi konusunda önemli görevler üstlenebilir. Bu nedenlerle TSH'nde görev alan hekimlerin bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve ikinci ve üçüncü basamaklarla entegresyonun buna göre düzenlenmesi son derece önemlidir.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler, ruh sağlığı hastalıklarından yakınanlara doğru tanı koyma konusunda kendilerini geliştirmeli ve hizmet verebilmelidirler. Fakat bunun mevcut sistemde gerçekleştirildiğini söylemek oldukça zordur, hekimler arasında yetersiz bilgiler nedeniyle tanı farklılıkları olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle yapılan bu araştırma Ankara ilinde 2003 yılında Birinci Basamak Tedavi edici sağlık hizmetlerinde görev yapan 1 042 hekimden 109'u ile yapılmıştır. Araştırmada DSÖ'nün dünyada birinci basamak sağlık kuruluşlarına en sık başvurduğu ve dolayısıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin sık gördüğü düşünülen *Depresyon, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Uyku Bozukluğu ve Alkol Bağımlılığı*'ndan oluşan 5 hastalık için hazırlanan "olgu öyküleri" kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin 59'u erkek (%54,1), 50'si (%45,9) kadındır. Hekimlerin ortalama yaşı 33,62 ± 5,691 olup minimum yaş 24, maksimum yaş 52, ortanca yaş ise 33 olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin çalışma süreleri ortalama 9,82 ± 5,758 bulunmuştur. Çalışma süresi minimum 1, maksimum 27 yıl olarak tespit edilirken, ortanca değer 9 yıldır.

Hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımlarına bakıldığında 49'unun (%45) SO'da, 25'inin (%22,9) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde (AÇSAPM), 17'sinin (%15,6) kurumlarda, 16'sının (%14,7) hastane acil servislerinde ve 2'sinin (%1,8) 112 acilde çalıştıkları görülmektedir.

Depresyon hastası Hatice Ergül'e 109 hekimden 108'ı (%99,1) doğru tanı koymuştur. Anksiyete bozukluğu olan Semih Derin'e 109 hekimden 45'i (%41,3) doğru tanı koyarken 63 hekim (%57,8) yanlış tanı koymuştur. Obsesif kompulsif bozukluğu olan Melek Titiz'e 109 hekimden 107'si (%98,2) doğru tanı koyarken 1 hekim (%0,9) yanlış tanı koymuştur. Uyku bozukluğu olan Murat Uyanık'a 109 hekimden 69'u (%63,3) doğru tanı koyarken 34 hekim (%31,2) yanlış tanı koymuştur. Alkol bağımlılığı olan Reha Aynalı'ya 109 hekimden 69'u (%63,3) doğru tanı koyarken 37 hekim (%36,7) yanlış tanı koymuştur.

Tüm olgu öykülerine doğru tanı koyan 19 hekimin 12'si (%61,5) uzman hekim iken 7'si (%36,8) pratisyen hekimdir. Hekimlerin çalışma süreleri değerlendirildiğinde 6 hekimin (%31,6) 10 yıl altında, 13 hekimin (%68,4) ise 10 yıl ve üzerinde meslek yaşamları olduğu tespit edilmiştir.

Her tanı için sadece birer olgu öyküsü ile bir genellemeye gitmek doğru olmamakla birlikte anket uygulanan hekimlerin sadece %17,4'ünün 5 tanıyı doğru koyması dikkat çekicidir ve hekimlerin psikiyatrik hastalıklar konusundaki bilgi birikimini ölçmek için farklı çalışmaların yapılması gerekliliğini düşündürmektedir.

Çalışmanın sonuçları ile üniversitelerimizdeki tıp eğitimi, özellikle de psikiyatri eğitiminin öncelikle gözden geçirilmesi, mevcut epidemiolojik ve demografik veriler ışığında eğitim önceliklerinin belirlenmesinin önemi tekrar ortaya konulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Alkol bağımlılığı, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, olgu öyküsü, pratisyen hekim, uyku bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu

SUMMARY

Evaluation of Diagnosis of Primary Care Physicians in Ankara for Psychiatric Vignettes

There are six psychiatric disorders in the first ten disorders that causes the most work power loss in the world according to the World Health Organization's data. Depression takes the fourth place within the first ten diseases that causes the global burden of disease. According to the Turkish Psychiatric Health Profile Report, the prevalence of psychiatric diseases in 2-3 age of children is determined as 10.9% while it is found in 5-18 age of children and in adults as 11.9% and 17.2% respectively.

With the current data of psychiatric disorders of Turkey and the world, it is obvious that psychiatric disorders are important for personal and public health. Most of the people use primary health care centers (PHCCs) under the Basic Health Care Services when they become ill. As taking into account this fact it is an obvious reality that the patients with psychiatric problems most of the time meet general practitioners, working in primary health care centers, as the first and may be the only doctor. These physicians may take important roles in diagnosis, reference, follow up and treatment of psychiatric disorders. Because of these facts determination of degree of knowledge of PHCCs' physicians, and their integration with secondary and tertiary levels according to the results has great importance.

Physicians working in PHCCs have to improve their skills on psychiatric disorders so that they can give better services. But it is hard to say that it is achieved by the current system. It is thought that due to insufficient information there are different diagnoses among practitioners. Due to this hypothesis in Ankara in 2003, the study is done by 109 physicians among 1,042. In the study, Depression, Generalize Anxiety Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Sleep Disorder, Alcohol Abuse vignettes that are mostly seen by physicians working in PHCCs according to World Health Organization is used.

Physicians in the study are male and female as 59 (54.1%) and 50 (45.9%) respectively. Average age of the physicians is 33.62±5.691 while minimum 24, maximum 52 and mean is 33 years of age. Physician's average working time is 9.82±5.758 years while minimum 1, maximum 27 and mean is 9 years.

When we determine the distribution of physicians according to their work places, it is found that they work in health centers, mother and child health centers, official offices, emergency rooms, and 112 emergency services as 49 (45.9%), 25 (22.9%), 17 (15.6%), 16 (14.7%) and 2 (1.8%) respectively.

108 physicians diagnosed Hatice Ergül, Depression case (99.1%) right. For Anxiety Disorder, Semih Derin 45 physicians (41.3%) gave the right diagnosis while 63 physicians (57.8%) did wrong. 107 physicians (98.2%) diagnosed Obsessive Compulsive Disorder of Melek Titiz right while only 1 physician (0.9%) diagnosed wrong. Murat Uyanık with Sleep Disorder is diagnosed right by 69 physicians (63.3%) but wrong diagnosed by 34 (31.2%) physicians. Alcohol Abuse case, Reha Aynalı, is diagnosed right by 69 physicians (63.3%) while wrong diagnosed by 37 (36.7%) physicians.

There are 19 physicians that diagnosed all the 5 cases right and 12 (63.2%) were specialists while 7 (36.8%) were general practitionars. When we examined these physicians' working time 6 (31.6%) were under 10 years while 13 were (68.4%) over 10 years of practice.

Although it is not absolutely right to generalize the results by using one case for each diagnosis, it is a remarking result that 17.4% of the physicians diagnosed 5 vignettes right. This result leads to an idea that there is a need of various studies to show the level of knowledge of physicians for psychiatric diseases.

By the results of this study, it can be said that medical education, especially the psychiatric training, have to be looked over so that prioritization of the education can be determined under the light of current epidemiologic and demographic data.

Key Words: Alcohol abuse, depression, general practitioners, generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, sleep disorder, vignettes

KAYNAKLAR

AKDUR R., ÇÖL M., IŞIK A.. İDİL A., DURMUŞOĞLU M., TUNÇBİLEK A. (2001), Halk Sağlığı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara.

America Psychiatric Association .Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2000) IVth TR. American Psychiatric Press. Washington.

ARISOY E.S.(Editör), YARIŞ E, COŞKUN Ö. (Yardımcı Editörler). (2003) TC Sağlık Bakanlığı Birinci Basmağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri - 2003 Ankara.

BERKSUN E.O. (2002) Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları, Ankara.

BERTAN M., GÜLER Ç. (1997). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi, Ankara.

CANDANSAYAR S., SAĞDUYU A., ÖGEL K., COŞKUN B. (1997). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Tanı Tedavi Rehabilitasyon TC Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care ICD-10 Chapter V Primary Care Version, WHO. Hogrefe & Huber Publishers

Dünya Sağlık Örgütü (WHO): ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması, Klinik tanımlamalar ve tanı klavuzları, (Çev: Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk O, Rezaki M, Uluğ B), Türküye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.

EROL N., KILIÇ C., ULUSOY M., KEÇECİ M, TÜRÜTGEN ŞİMŞEK Z. (1997). Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ankara.

Y.E.EVLİCE Psikiyatrik Sınıflama Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları Erişim: http://lokman.cu.edu.tr/psychiatry/DERSNOT/derskitap/pdf/bolum2.pdf Erişim Tarihi 20Ocak 2006

HANEDA, M., WELLS G.. Research In The Teaching Of English, Ontario Institute For Studies in Education,)Volume 34(February 2000.

HOGERZEİL H. V. (EDİTOR), BARNES, K.I., HENNİNG, R. H., KOCABAŞOĞLU Y. E., MÖLLER H., SMİTH A. J., SUMMERS, R. S., DE T. P.G.M.VRİER. (2001). Teacher's Guide to Good Prescribings WHO.

KLİNKMAN M.S., CAYNE J.C., SCWENK T.L., False Positives, False Negatives, and the Validity of the Diagnosis of Major Depression in Primary Care -- 7 (5): 451 -- Archives of Family Medicine

KOCABAŞOĞLU N., DOKSAT M.K., DOĞANGÜN B., Anksiyete ve Depresyonun Çok Yönlü İlişkisi 168 Yeni Symposium 42 (4): 168-176, 2004

KÖROĞLU E. (2004). Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Ankara.

National Institute of Mental Health. Depression Awareness Recognition and Treatment 2001. **www.nimh.nih.gov/newdart**

ÖZTÜRK M. O. (2001). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara.

PEABODY J.W., LUCK, J., DRESSELHAUS T. R., LEE M. (April 5, 2000). Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction, A Prospective Validation Study of 3 Methods for Measuring Quality, American Medical Association. JAMA, Vol 283, No. 13 1715.

Sağlık Birimlerinde İlaç Kullanımı Nasıl Araştırılır?" DSÖ, 1995 Tercüme Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi 2004, Ankara.

SAYIL I. (Editör) (2004). Bireyden Topluma Ruh Sağlığı İstanbul.

SAYIL I. (Editör), Özgüven H.D. (Yardımcı Editör) (2000). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara.

SOYKAN Ç, SOYKAN A. (1999) Prototipi Kavramı ve Tanı, Tedavi ve Belirti Şiddeti Algılarında Kurumlararası Farklılıklar; 10(3): 215-227

SULLİVAN E, FLEMİNG M (Eds) (1997) A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care, Treatment Improvement Protocol Series, DHHS Pub. No. (SMA) 97-3139, Rockville.

The World Health Report 2001 (2001). "Mental Health: New Understanding, New Hope" Geneva.

ÜSTÜN, T.B., SARTORİUS N. (2002). Mental Illness in General Health "An International Study", Geneva.

World Health Organisation. (1992). ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva.

EK-1

ANKET

Hekimler Arasında Tanı Farklılıklarının Değerlendirilmesi

Bu çalışma, özellikle psikiyatrik hastalıklarda, hekimler arasındaki tanı farklılıklarını değerlendirmek üzere planlanmıştır. Bu çalışmada 5 adet olgu öyküsü mevcuttur. Burada sizden istenen bu olgu öykülerinin tanılarını koymnızdır. Olgu öykülerine geçmeden önce ilk sayfada yer alan anketi doldurunuz. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

..../..../20…

Anketin Yapıldığı İl:

Anketin Yapıldığı Sağlık Kurumu:

Anket No:

Tarih:

Ankete başlama Saati: ... : ....

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
2. Yaşınız:.....
3. Hangi yıl Tıp Fakültesinden mezun oldunuz? .....
4. Hangi Tıp Fakültesinden mezun oldunuz? .....
5. Tıp fakültesi aldığınız eğitim konusundaki düşünceleriniz nelerdir?

   Çok Kötü Kötü Orta İyi Çok İyi
6. Mezuniyet sonrası her hangi bir eğitim aldığınız mı?

   Uzmanlık Önlisans Lisans Master Doktora

   Konusu:.....
7. Yeri:.....
8. 8. Psikiyatrik hastalıklarla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

   Evet (ise Aşağıdaki formu doldurunuz) Hayır
9. 9. Herhangi bir konuda uzman olmayı düşünüyor musunuz?

   Evet Hayır
10. 10. Psikiyatri özel ilgi alanınıza giriyor mu?

    Evet Hayır

EK-2

HATİCE ERENGÜL

Hatice Erengül, 36 yaşında özel bir şirkette çalışıyor. Evli ve biri 5, diğeri 7 yaşında iki çocuğu var. Sürekli kullandığı bir ilaç yok sadece başı ağrıdığında 1 aspirin alıyor. Sigaraya yeni başlamış ve günde 8–10 tane içiyor. Uykuları bozuk. Özellikle uykuya dalmakta güçlük çekiyor ve geceleri de sık sık uyanıyor. Son dönemlerde iştahında azalma olmuş. Neşesinin hiç olmadığını hayattan zevk almadığını, hiçbir şey yapmak istemediğini, kendisini sürekli bitkin ve halsiz hissettiğini söylüyor. Bir ay önce terfi etmiş ama işlerinde artış olacağını düşünerek üzülmüş. Dikkatini toplayamamaktan yakınıyor.

Eşiyle ilişkilerinde şimdiye dek herhangi bir problem olmamış. Eskiden birlikte bir şeyler yapmaktan hoşlanırken, son zamanlarda onunla bir şeyleri paylaşmayı görev olarak algılamaya başladığını ve bu durumunda kendisine sıkıntı verdiğini ifade ediyor. Çocuklarına, en ufak bir şey için bile kızıyor, hatta kimi zaman çocuklarını dövüyor. Sonrada bu davranışı için suçluluk duyuyor. İntiharı sık sık düşündüğünü ama dini inançları nedeniyle canına kıyamayacağını söylüyor.

Bu şikâyetleri zaman zaman oluyormuş varmış, ama son bir yıldır artış göstermiş. Son iki aydır kendini iyi hissettiği dönem olmamış. Gerçi, hayatı boyunca aşırı neşeli, hareketli olduğu bir dönemi hiç yokmuş.

Bu şikâyetleri başladığında genel bir kontrolden geçmiş ve her hangi bir hastalık saptanmamış.

Hastanın görüşme boyunca üzgün ve sıkıntılı olduğu, yapılan esprilere gülmediği, hareketlerinin ve konuşmasının yavaşlamış olduğu görülüyordu.
Bu hastanın tanısını koyunuz.

Tanınız nedir?

.....
.....
.....
.....
.....

EK-3

SEMİH DERİN

Semih Derin, 31 yaşında hakim olarak çalışıyor. Evli ve bir çocuğu var.

Bir yıl önce tatilde iken gıda zehirlenmesi nedeniyle hastaneye kaldırılmış, daha sonraki dönemde akşam yediği yemekler başta olmak üzere gittikçe artan şiddette veya ciddiyette yiyeceklerden kaçınmaya başlamış. O zamandan bu yana toplam 12 kilo kaybetmiş. Bu süre içinde sık sık çarpıntı, ağızda metalik tat, halsizlik, bitkinlik nefes darlığı, ateş titreme ve arada bir de kusma yakınmaları oluyormuş.

Elinde bir çok hastanede yapılmış tetkikleri mevcut. Ama bu tetkikler organik herhangi bir hastalığı tanımlayacak tarzda değil. Midesi ile ilgili tetkiklerin normal çıkmasına rağmen kendisine ağızda emilen ilaçlardan verildiğini ve bu ilaçların herhangi bir faydasını görmediğini söylüyor. Ama çarpıntısı için gittiği bir doktorun propranolol (sabahları 1/2 tablet) verdiğini ve bu ilacın şikâyetlerini azalttığını söylüyor.

Neden size geldiği sorulduğunda ise eşinin kendisine çok sinirli ve gergin olduğunu söylediğini ama bu durumunun sağlık probleminin nedeninin anlaşılamamasına bağlı olduğunu belirtti.

Genel soruları cevaplarken "sürekli kötü bir şey olacakmış gibi hissettiğini, uykuya dalmakta güçlük çektiğini, dikkatini toplamakta zorlandığını ve unutkanlığı olduğunu, içinin kıpır kıpır olduğu ve kendini gergin hissettiğini, "boğazında bir şey varmış" gibi hissettiğini, en ufak ses duysa irkildiğini, kızı ya da eşi geç kaldığında ya da anne-babasını sık aradığında evde bulamadığında huzursuz olduğunu söylüyor. Yakınlarının başına kötü bir şey gelmesinden korktuğunu anlattı. Şikâyetlerinin özellikle **Marmara Depreminden sonra artış göstermiş.** Aslında sakin bir insan olduğunu ve niye bu kadar sinirli olduğuna kendisi de şaşırıyormuş. Annesinin ve dayısının oğlunun da buna benzer şikâyetleri olduğunu ve ilaç tedavisi ile rahatladıklarını söylüyor. Ama onların şikâyetlerinin daha hafif olduğunu özellikle belirtiyor.

Hastada karamsarlık ve hayattan tat almada azalma olmakla birlikte intihar düşüncesi yoktu. Tekrar yapılan tetkiklerde (Rutin Biyokimya, kan, idrar, EKG, Akciğer Grafisi) normaldi.

Bu hastanın tanısını koyunuz.

Tanınız nedir?

.....
.....
.....
.....
.....

EK-4

MELEK TİTİZ

Melek Titiz, 45 yaşında emekli öğretmen. Evli ve biri 18, diğeri 16 yaşında iki çocuğu var.

Sağlık ocağına tansiyonunu ölçtürmek amacı ile gelmiş. Burada ellerinde kontakt dermatit saptanmış. Ellerindeki lezyonlar için 10 ay kadar önce de doktora gittiğini ve ilaç başlandığını, ilacını alırken oldukça rahat olduğunu söylüyor. Fakat bu dönemde 2 ayda 6 kilo alınca ilacı bırakmış.

Şikâyetlerini anlatması istendiğinde kendisinde temizlik hastalığı olduğunu söylüyor. Dokunacağı her şeyi önce siliyor sonrasında da ellerini yıkıyor, Eşi ve çocukları dışarıdan eve geldiklerinde, hemen giysilerini değiştirmelerini sağlıyormuş. Ev temizliğinde çamaşır suyu kullanmadan rahat edemediğini, ev temizliğinin ve kişisel temizliğinin çok uzun zaman aldığını ve temizliği istediği gibi yapamazsa rahat edemediğini ve içinin sıkıldığını, mikrop kapma korkusu bu işlemleri yapana kadar aklından çıkmıyormuş. Bu durum kendini bildiğinden beri varmış ama son 1,5 yıldır fazlalaşmış ama ilaç kullandığı dönemde kendini iyi hissediyormuş.

Hastalığı nedeniyle aile bireyleri ile zaman zaman gerginlikler yaşadığından bahsediyor. Eşi "bizim evin su ve temizlik malzemesi harcamaları ancak hamam işletmeleri ile karşılaştırılabilir." diyormuş.

Yapılan fizik ve laboratuar muayenesinde kontak dermatit dışında bir bulgu saptanmıyor.

Bu hastanın tanısını koyunuz.

Tanınız nedir?

.....
.....
.....
.....
.....

EK-5

MURAT UYANIK

Murat Uyanık, 29 yaşında erkek hasta özel bir şirkette şoför olarak çalışıyor. Ayda 1-2 kez işi dolayısıyla çevre ilere günü birlik gidip geliyormuş. Askerden gelince evlenmiş ve 6 yaşında bir oğlu var.

Size başvurma nedeni uykularındaki bozukluk. Özellikle uykuya dalmakta güçlük çekiyor ve geceleri de sık sık uyanıyor. Kendisini yorgun hissettiğini söylüyor. Bu şikâyetlerinin, özellikle son 6 ay içinde ortaya çıktığını ve bu duruma neden olabilecek herhangi bir sorununun da olmadığından bahsediyor.

Herhangi bir ilaç kullanmıyor, günde 1 paket sigara içiyor. Alkol kullanımı ise sadece arkadaşları ile bir yere gittiğinde, ortama uymak için en fazla 1 şişe bira ısmarlıyormuş. Özellikle alkollü içkilerin çok pahalı olduğunu ona para harcamanın gereksiz, üstelikte günah olduğunu ifade ediyor.

Eşi ile askerden önce evlenmek istemişler, aileleri önce askerlik bitsin
sonra evlenirsiniz diyerek biraz baskı yapmışlar, ama artık işlerine karışmıyorlarmış. Eşi ile arasında herhangi bir problemi yokmuş.

Hastanın yapılan fizik ve labarotuvar muayenesinde herhangi bir problem yok.
Bu hastanın tanısını koyunuz.

Tanınız nedir?

.....
.....
.....
.....
.....

EK-6

REHA AYNALI

Reha Aynalı, 47 yaşında polis.

Sabahları şiddetli baş ağrıları ile uyandığı için size gelmiş. Amacı suda eriyen aspirinlerden bir kaç kutu ve bir de antidepresan ilaç reçetelenmesini istiyor.
Bu ilaçları uzun süreden beri kullandığından bahsediyor. Ayrıca bu antidepresan ilacı bir arkadaşının da kullandığını, ona çok iyi geldiğini bu nedenle sıkıntılarını hafifleteceğini düşündüğünü söylüyor.

İlk bakışta ellerinin titrediğini, sabah olmasına rağmen hafif de olsa gözlerinin kızarık olduğu ve alkol koktuğunu fark ediyorsunuz.

Eşini 2 yıl önce kanserden kaybetmiş. Çok iyi bir kadın olduğunu, onu her zaman özlediğini söylüyor. 2 kızı ve 1 oğlu var. Çocukları evlenmişler. Artık bana ihtiyaçları yok diyor. Alkol ve sigara kullanımını sorduğunuzda ise biraz fazla sigara içtiğini (günde 3 paket) söylüyor.

Akşamları vaktin geçmek bilmediğini bu nedenle rakı içtiğini, ne kadar içtiği sorulduğunda ise sadece 1 büyük içtiğini, ama alkolik olmadığını vurguluyor. İsterse hemen bırakacağını bırakabileceğini ama bırakmak istemediğini, buraya da sadece ilaç yazdırmak için geldiği söylüyor.

Bu hastanın tanısını koyunuz.

Tanınız nedir?

.....
.....
.....
.....
.....

Anket Bitiş Saati: ... : ....

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyadı **:** Özlem Coşkun
Mesleği **:** Tıp Doktoru
Doğum Yeri **:** Bayramiç/ Çanakkale
Adres **:** Refik Saydam Hıfzıssıha Merkezi Başaknlığı
Telefon **:**
e-posta **:** drozlemcoskun@gmail.com
Eğitim **:**

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
- Ankara Atatürk Lisesi
- Çanakkale Mustafa Kemal Orta Okulu
- Çanakkale Cevat Paşa İlkokulu

Görev Yaptığı Yerler:

07.07.2005- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlık

18-04-2005-07.07.2005 Refik Saydam Hıfzıssıhha Merlezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Genel Sekreterlik

2003-2005 Refik Saydam Hıfzıssıhha Merlezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Geliştirme Bölüm Sorumlusu

1999-2003 S.B. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü(Geçici Görev) Sağlık Programları Bölüm Sorumlusu

1995-1999,S.B. Ankara İli Dr. Sabiha Uzun AÇSAP Merkezi

1990-1995,S.B. Ankara İli Hilal Sağlık Ocağı

1989-1990 S.B. Giresun Doğumevi

Proje Çalışmaları

- Akılcı İlaç Kullanımı Çalışmaları (1999–2005) Proje Yöneticiliği
- Tanı ve Tedavi Rehberleri Geliştirme Çalışmaları (1999–2005) Sağlık Bakanlığı, Proje Yöneticiliği Proje Yöneticiliği
- Ulusal Sağlık Hesapları 1999–2000 Harvard Üniversitesi-Hacettepe Üniversitesi. II. Sağlık Projesi (2001–2004).
- Sağlık Bakanlığı Mevzuat Çalışmaları (2003–2004)
- Süreli Yayıncılığı Çalışmaları (2003–2004)

KURS, SEMİNER ve ÇALIŞMALAR:

- Birinci Basmağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri Geliştirme Toplantısı Aralık 2004
- İzmir İktisat Kongresi 2004

- Sağlık Ekonomisi Eğitimi Kasım 2003
- “Sağlık Kurumları İşletmeçiliğine Giriş” Başkent Üniversitesi Ankara Aralık 2002-Şubat 2003
- “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri Geliştirilmesi Uzman Toplantısı” Bolu 3 - 7 Şubat 2003
- “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri Geliştirilmesi Toplantısı” Ankara 21 - 25 Ekim 2002
- “Evidence, Money & Drug Selection” Farmakoekonomi Eğitimi (Dünya Sağlık Örgütü desteğiyle uluslararası bir eğitim) Antalya 2 - 13 Eylül 2002
- “Training Course on Rational Pharmacotherapy Teaching” Farmako Ekonomi Eğitici Eğitimi Konya 24 Haziran – 4 Temmuz 2002
- “Temel İşletmecilik” Başkent Üniversitesi Katılımcı Ankara Nisan – Temmuz 2002
- “Burden of Disease and Cost Effectiveness” - “Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkinlik” Başkent Üniversitesi / Kızılcahamam 3 - 8 Haziran 2002
- “Burden of Disease and Cost Effectiveness” - “Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkinlik” Başkent Üniversitesi / Kızılcahamam (Katılımcı) 27 Mayıs – 1 Haziran 2002
- “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri Geliştirilme Toplantısı” Ankara 20 - 24 Mayıs 2002
- Creating and Using National Health Accounts for Health Finance Reform “Ulusal Sağlık Hesaplarını Geliştirma ve Uygulama Eğitimi” Harvard School of Public Health-SİAR Ankara29 Nisan-10 Mayıs 2002
- “Ulusal İlaç Politikası Geliştirme Toplantısı” DSÖ ile Birlikte 17-19 Nisan 2002
- “Evidence, Money & Drug Selection” Farmakoekonomi Eğitimi DSÖ Hindistan, Yani Delhi- Jaypur 4 - 15 Şubat 2002
- “Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik” Başkent Üniversitesi / Ankara 26 - 29 Mart 2002
- “Healthcare Management Training” – “Sağlık Hizmetleri Yönetim Eğitimi” Hadassah (İsrail) ve Bilkent Üniversiteleri Ankara4 – 15 Şubat 2002
- “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri Geliştirilme Toplantısı” Ankara 9 – 11 Ocak 2002
- “First Training Course on Rational Pharmacotherapy Teaching” – “Farmakoterapi Eğitici Eğitimi” Ankara 17 -29 Ekim 2001
- “Drug and Therapeutics Committees” - “İlaç ve Terapötikler Komitesi Eğitimi” Management Science for Health /INRUD kapsamında Ankara 16 - 25 Temmuz 2001
- “First Training Course on Rational Pharmacotherapy Teaching” – “Farmakoterapi Eğitici Eğitimi” Ankara 4 - 14 Temmuz 2001
- “Birinci Basamakta Standart Tanı ve Tedavi Protokollerinin Geliştirilmesi ve Akılcı İlaç Kullanımında Liderlik” kapsamında “Standart Tanı ve Tedavi Protokollerinin

Geliştirilmesi , İlaç Bülteni, Reçete İzlem ve Geribildirim Tedavi Tartışam Grupları, Akademik Detaylandırma, Sağlık Ekonomisine Giriş ve Kronik hastalıklarda Vaka Yönetimi eğitimi. 12 - 27 Haziran 2001

- "Flagship Course en Health Sector Reform and Sustainable Financing" Sağlık Sektörü Performans Analizleri Modülü Dünya Bankası Enstitüsü- Sağlık Bakanlığı, Antalya 14 - 25 Mayıs 2001
- "First Training Course on Rational Pharmacotherapy Teaching" – "Farmakoterapi Eğitici Eğitimi" Ankara 15 – 26 Ocak 2001
- "Promoting Ratioanal Drug Use" " Akılcı İlaç Kullanımının Yaygınlaştırılması Eğitici Eğitimi" INRUD- MSH Ankara13 - 24 Kasım 2000
- "Conducting Successful Training programs"Başarılı eğitim Programları Düzenleme Eğitimi Management Science for Health, Ankara 24 Temmuz - 11 Ağustos 2000
- "Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımı İlkelerinin Yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri" çalışma toplantısı, Ankara-Kızılcahamam 27-29 Eylül 1999
- RİA Uygulama Yineleme Eğitimi, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eylül 1998
- Üreme Sağlığı Eğitici Eğitimi Sağlık Bakanlığı Ankara Nisan 1998
- AİDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Danışmanlık Temel Eğitimi Hacettepe Üniversitesi AİDS ile Mücadele Derneği, Ankara(Katılımcı) 15 Ekim - 22 Aralık 1998
- Üreme Sağlığı Eğitici Eğitimi Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü Ankara 2-7 Eylül 1998
- Anne Sütü ile Beslenmede Danışmanlık ve Bebek Dostu Hastaneler Eğitici Eğitimi Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü Ankara 2-6 Mart 1998
- RİA Uygulama Eğitimi Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara 1994
- Acil Yardım Mezuniyet Sonrası Eğitimi, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara 1994
- İşyeri Hekimliği Sertifika Programı, Türk Tabibleri Birliği Ankara 1991

Kongre Katılım:

- XII. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi 2-5 Haziran 2005
- I.Kadın Ruh Sağlığı Kongresi 2005 İstanbul
- Farmakoloji Kongresi Muğla, Kuşadası 2001
- Toraks Kongresi Antalya, Belek 2000

Kongre Sunumları:

- "Türkiye'de Psikotrop İlaçlar" XII. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi 2-5 Haziran 2005
- "Akılcı İlaç Kullanımı Pratisyen Hekim Kongresi 15 Ekim 2003 Antalya
- "Akılcı İlaç Kullanımı/Akılcı Antibiyotik Kullanımı" Klimik22 Nisan 2003
- "Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri" Farmakoloji Kongresi Muğla, Kuşadası 2001
- "Tanı ve Tedavi Rehberleri" Toraks Kongresi Antalya, Belek 2000

Çalışma Grupları

- Astım kontrol programı Çalışma grubu 2000 Toraks Kongresi
- Sağlık Reformu Çalışma Grubu-2004 Türkiye İktisat Kongresi, 5-9 Mayıs 2004; İzmir-Türkiye

Yayınlar;

- Birinci Basmağa Yönelik tanı ve Tedavi Rehberleri 2003 Editör: E.S. Arısoy, Editör Yardımcısı Ö. Coşkun
- Tekirdağ'da Düzenlenen "Akılcı Farmakotrapi Eğitimi"ne katılan pratisyen hekimlerin yazdıkları reçetelerin değerlendirilmesi 18.Türk Farmakoloji Derneği 18. Ulusal Farmakoloji Kongresi 28 Eylül- 1 Ekim 2005 Ö. Coşkun, Oktay İ., Yarış E. Kalyoncu N., Erden F., Güç O."Bildiri"
- Alternatif Antibiyotikler Arasında Tercih Nasıl yapılmalı?" Akılcı Farmakoterapi" (Anti mikrobial Direnç ve Akılcı Antibiyotik Kullanımı özel sayısı Türkiye Klinikleri 2005 Ö. Coşkun, Ö. Uzun" Makale"
- Bayburt ve Bolu İlleri Reçete Örneklemleri Maliyetlerinin Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi S.Mollahaliloğlu, Ö. Coşkun, A.R. İmamecioğlu, Ü. Başara, Türkiye İktisat Kongresi 17-20 ŞUBAT 2004 "Tebliğ"
- Osteoartirit tanısı alan hastaların ve hastalara yazılan reçetelerin değerlendirilmesi: Bolu ili sağlık ocakları M. Kartal, Ö. Coşkun, I. Maral Halk Sağlığı Kongresi, poster, Ankara 2004 "Poster"
- Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Yazılan Reçetelerin Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi S.Mollahaliloğlu, Ö. Coşkun Halk Sağlığı Kongresi, poster, Diyarbakır 2002 "Poster"
- Emergency Health Sevices Utilization and Satisfaction Research M. A. Aytuğ, S. Mollahaliloğlu, G. Ünsal, M. Uğurlu, Ö. Coşkun Acil Durumlarda Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Memmuniyet Araştırması, Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, poster, İstanbul 2000"Poster"
- Users' Knowledge Relating to Health Issues . A. Aytuğ, S. Mollahaliloğlu, G. Ünsal, M. Uğurlu, Ö. Coşkun Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, poster, İstanbul 2000 Kullanıcıların Sağlık Konusundaki Bilgileri, Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, bildiri, 2000. "Poster"
- Hospital' Utulizazation and Satisfaction Research A. Aytuğ, S. Mollahaliloğlu, G. Ünsal, M. Uğurlu, Ö. Coşkun Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, poster, İstanbul 2000 "Poster"
- Health Centers' Utılizastion and Satisfaction Research A. Aytuğ, S.Mollahaliloğlu, G. Ünsal, M. Uğurlu, Ö. Coşkun Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, poster, İstanbul 2000"Poster"

— Health services utulizazation and satisfaction Research A. Aytuğ, S. Mollahaliloğlu, G. Ünsal, M. Uğurlu, Ö. Coşkun Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, poster, İstanbul 2000 “Poster”

Bilgisayar Bilgisi **:**MS Office® programları
SPSS 11.0
StatsDirect

Yabancı Dil **:** İngilizce(Orta)