

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUKTA
KÜLTÜREL AÇIKLAMA MODELLERİ VE
YARDIM ARAMA DAVRANIŞININ BELİRLENMESİ**

Dr. Nora ÜTÜCÜ

(UZMANLIK TEZİ)



İSTANBUL, 2013

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUKTA
KÜLTÜREL AÇIKLAMA MODELLERİ VE
YARDIM ARAMA DAVRANIŞININ BELİRLENMESİ**

Dr. Nora ÜTÜCÜ

**Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Deniz EKER**

UZMANLIK TEZİ

**ETİK KURUL NO:01.07.2011/39
İSTANBUL, 2013**

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezindeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Nora ÜTÜCÜ



İÇİNDEKİLER :

| | |
|---|----|
| 1. ÖZET | 1 |
| 2. SUMMARY | 3 |
| 3. GİRİŞ VE AMAÇ | 5 |
| 4. GENEL BİLGİLER | |
| 4.1. KÜLTÜRÜN TANIMI | 6 |
| 4.2. KÜLTÜREL FORMÜLASYON | 7 |
| 4.3. KÜLTÜR VE PSİKİYATRİ | |
| 4.3.1. Antropoloji ve Psikiyatri | 9 |
| 4.3.2. Transkültürel Psikiyatri | 14 |
| 4.4. DEPRESYON | |
| 4.4.1. Genel Bilgiler | 17 |
| 4.4.2. Epidemiyoloji | 18 |
| 4.4.3. Semptomatoloji | 19 |
| 4.4.4. Etiyoloji | 25 |
| 4.4.5. Tedavi | 27 |
| 4.5. BAŞA ÇIKMA TARZLARI | 30 |
| 5. MATERYAL VE YÖNTEM | 33 |
| 6. BULGULAR | |
| 6.1. Sosyodemografik Özellikler | 36 |
| 6.2. EMIC ile elde edilen verilerin frekans dağılımları | 38 |
| 6.3. Uygulanan Ölçeklerin Karşılaştırılması | 50 |
| 7. TARTIŞMA | 58 |
| 8. SONUÇ | 70 |
| 9. TEŞEKKÜR | 72 |
| 10. KAYNAKLAR | 73 |
| 11. EKLER | 87 |

SİMGE VE KISALTMALAR:

CIDI: Uluslararası Tanı için Bileşik Görüşme

DIS: Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği

DSM-IV-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EMIC: Açıklama Modelleri Görüşme Kataloğu

HDDÖ: Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği

ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması

SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

SCAN: Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Ölçeği

SCL-90: Belirti Tarama Testi

T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Kurulu tarafından
01.07.2011 tarih 01.07.2011/39 numaralı karar ile onaylanmıştır.

TABLolar VE ŐEKİLLER LİSTESİ

Tablo 1: Emik (kültürel) ve etik (evrensel) yönelimlerinin klinik ve araştırma amacıyla entegrasyonu

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 3. En sık kendiliğinden bildirilen yakınmalar

Tablo 4. Kendiliğinden bildirilen yakınmaların gruplaması

Tablo 5. Toplamda kendiliğinden ve tarama sorularına cevap olarak en sık bildirilen yakınmalar

Tablo 6. En önemli Şikayet listesi

Tablo 7. Kendiliğinden ve toplamda bildirilen nedensel açıklamalar

Tablo 8. En önemli sebep listesi gruplama

Tablo 9. İlk alınan yardım ve en etkili görülen yardım gruplama

Tablo 10. Cinsiyete göre SBÇTÖ alt ölçeklerinin t-testi ile karşılaştırması

Tablo 11. Öğrenim durumuna göre SBÇTÖ alt ölçek puanlarının ANOVA sonuçları

Tablo 12. İyimser yaklaşım için Tukey B çoklu karşılaştırma testi

Tablo 13. HDDÖ ve SBÇTÖ alt ölçeklerinin t-testi ile karşılaştırılması

Tablo 14. Öncelikli yakınmaya göre SBÇTÖ alt ölçekleri t-testi karşılaştırması

Tablo 15. Sinirlilik bildirimini ile SCL öfke alt boyutunun karşılaştırması

Tablo 16. En önemli yakınması duygusal veya somatik olan hastaların ilk yardım aradıkları birimlerin karşılaştırılması

Tablo 17. İlk yardım aranan birimlerin SCL alt boyutları ile karşılaştırması

Tablo 18. Cinsiyetin açıklama modelleriyle karşılaştırma tablosu

Tablo 19. Öğrenim durumunun açıklama modelleriyle karşılaştırma tablosu

Tablo 20. Nedensel açıklama modeline göre SCL alt ölçeklerinin t-testi ile karşılaştırması

Tablo 21. SBÇTÖ alt ölçekleri ve SCL-Öfke alt ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar

Tablo 22. Nedensel açıklama modeline göre SBÇTÖ alt ölçeklerinin t-testi ile karşılaştırması

Tablo 23. Açıklama modelleri ile hastalık süresi arasında t-testi karşılaştırması

Şekil 1. Yakınmaların dağılımı

Şekil 2. Nedensel açıklama Şekli dağılımı

Şekil 3. Yardım arama davranışının dağılımı

1. ÖZET

Amaç: Hem yüksek yaşam boyu yaygınlık oranları, hem de yarattığı yeti yıkımı ve üretkenlik kaybı ile, depresyon topluma maliyeti yüksek ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Bu sebeple hastalık yükünün azaltılması amacıyla depresyonun tanınması, önlenmesi ve tedavisi ile ilgili stratejiler geliştirilmesi önceliklidir. Standart sınıflandırma sistemlerinin tanısasal anlamda kısıtlılıklar taşıdığı, Batılı kavramları yansıttığı ve her kültüre uygulanmasının güç olduğu eleştirisi yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı depresyonun ifade edilmiş biçimlerini, algılanan sebeplerini ve çare arama davranışını ortaya koymak; kültürün bu bulgular üzerindeki etkisini tartışmaktır.

Yöntem: Çalışmaya İstanbul Bilim Üniversitesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre yapılan klinik görüşme sonucunda majör depresif bozukluk tanısı almış 18 yaş ve üzeri 42 kişi randomize olarak alınmış; hastalara Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ), Açıklama Modelleri Görüşme Kataloğu (EMIC), Belirti Tarama Testi (SCL-90) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %88,1'i duygusal, yine %88,1'i işlevsel/davranışsal, %73,8'i bilişsel ve %66,6'sı somatik yakınmaları kendi anlatımlarında vurgulamıştır. Hastaların kendiliğinden belirttiği şikayetler incelendiğinde sırasıyla en fazla yalnız kalma isteği (%50,0), sinirlilik (%38,1), mutsuzluk (%35,7) ve ağlama (%35,7) bildirilmiştir. Belirti tarama sorularıyla incelendiğinde en fazla isteksizlik (%100), mutsuzluk (%97,6), huzursuzluk (%92,1), gerginlik (%90,5) ve halsizlik (%90,5) bildirilmiştir. Suçluluk düşüncesi ve cinsel isteksizlik yakınmaları kendiliğinden hiç belirtilmezken, tarama soruları ile cinsel isteksizlik %73,8, suçluluk düşüncesi de %52,4 oranında bildirilmiştir.

Hastalığın nedensel açıklamasında en sık kendiliğinden bildirilen sebep eş/partnerle sorun (%50,0) olmuştur. Açıklama modellerinde %59,5 başkasını suçlama eğilimi, %35,7 kendini suçlama eğilimi bulunmuştur. Başkasını suçlama içeren açıklama modelinde belirti tarama testinin öfke ve paranoid düşünce alt ölçek puanları yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların %52,3'ü ilk olarak psikolojik/psikiyatrik desteğe; %23,8'i ise psikiyatri dışı sağlık desteğine başvurduklarını belirtmiştir. Çare arama davranışında ilk psikiyatriye başvuranların %92,3'ünün en önemli şikayeti duygusal yakınma iken,

psikiyatri dışı sağlık desteğine başvuran hastaların %66,7'sinin en önemli Şikayeti somatik belirtiler olarak bulunmuştur.

Sonuç: Depresyonda açıklama modellerini değerlendirmek kültürel formülasyon ile i içe gider. Kültürel açıklamalar hastalığın hem semptomatolojisini, hem de yardım arama davranışını etkileyebilmektedir. Kültür bir yandan semptomların Őekillenmesinde rol almakta, öte yandan ise semptomların hekimlere aktarılmasında ciddi bir filtre görevi görebilmektedir. Kültüre duyarlı olmayan yaklaşımların psikiyatrik muayenenin etkinliği üzerinde kayıplara yol açabileceği düşünülmektedir. Klinik uygulamada doğru tanı ve tedaviye ulaşmanın önündeki engelleri ortaya koymak amacıyla depresyonun kültürel değişkenler çerçevesinde yeniden ele alınması yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, kültür, açıklama modelleri

2. SUMMARY

Objective: Both with the high lifetime prevalence rates, as well as the degree of disability and lost productivity, depression is a serious psychiatric disorder with high cost to society. So in order to reduce the burden of disease, it is important to develop strategies for the diagnosis, prevention and treatment of depression. Prevailing classification systems are still criticized as reflecting only Western concepts of disease and not being sufficient to use in every culture. The aim of this study is to put forward the pattern of distress, perceived causes and help-seeking behaviors in depression; and discuss the impact of culture on the findings.

Methods: The study consisted of a random sample of 42 adults aged 18 years or older recruited from a university outpatient clinic, who were diagnosed with major depressive disorder based on DSM-IV criteria. Data were collected by means of Hamilton Depression Scale (HAM-D), Explanatory Models Interview Catalogue (EMIC), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90) and Ways of Coping (WoC) questionnaires.

Results: Most of the patients (88,1%) presented with spontaneous reports of emotional or functional symptoms, 73,8% with cognitive and 66,6% with somatic symptoms. The most spontaneously reported symptoms were social withdrawal (50,0%), nervousness (38,1%), sadness (35,7%) and feeling of crying (35,7%). On further probing mostly reported symptoms were reluctance (100%), sadness (97,6%), mental restlessness (92,1%), feeling tense (90,5%) and fatigue (90,5%). Although not being reported spontaneously, loss of sexual desire and guilt feeling were reported by 73,8% and 52,4% of patients respectively.

Half (50,0%) of the patients reported relationship problems with partners as the cause of their distress. Narratives of perceived causes showed other blaming in 59,5% and self-blaming in 35,7%. And other-blaming were correlated with high hostility and paranoid SCL subscale scores.

When the patterns of prior help-seeking of the patients were analyzed, mental health professionals (52,3%) and non-psychiatric health professionals (23,8%) were mostly reported. 92,3% of patients reporting emotional symptoms as most troubling had sought

help first from psychological/psychiatric care and 66,7% of patients reporting somatic symptoms as most troubling had sought help from non-psychiatric health workers.

Conclusion: The two concepts of explanatory models and cultural formulation are closely intertwined. Cultural explanatory models can determine both the symptomatology and the help-seeking behavior in depression. Besides determining the distribution of the complaints, cultural framework is thought to also affect their reporting rates. Thus neglecting culturally sensitive approaches may lead to a loss of effectiveness in psychiatric assessment. To define depression within the framework of cultural variables could enhance our clinical practice by revealing barriers to reach the appropriate diagnosis and treatment.

Key Words: Depression, culture, explanatory models

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon yinelenme olasılığı yüksek, kronikleşebilen ve intihar dahil ciddi sonuçları olan bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan analizlerde 2020 yılında depresyonun yeti yıkımı, üretkenlik kaybı ve ölüme neden olan etkenler arasında ikinci sırada olacağı ön görülmektedir (1). Dolayısıyla hem nispeten yüksek yaşam boyu yaygınlık oranları, hem de kişisel ve toplumsal maliyetleri nedeniyle depresyon yalnızca ciddi bir psikiyatrik bozukluk değil aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu sebeple hastalık yükünün azaltılması amacıyla depresyonun tanınması, önlenmesi ve tedavisi ile ilgili stratejiler geliştirilmesi önceliklidir (2).

Alandaki tüm çabalara rağmen depresif hastaların yaklaşık yarısının yeterli ve uygun tedavi almadığı, hizmet sunumunda ciddi aksamlar olduğu bilinmektedir (3). Kültüre bağlı değişkenlerin biyomedikal tıp tarafından göz ardı edilmesi bu aksaklıkları açıklayan nedenlerden biridir.

Depresyon, fizyopatolojisi konusunda en fazla görüş birliği sağlanmış olan psikiyatrik bozukluktur. Etiyolojide çoğul etmenler söz konusu olmakla birlikte, kliniğinde bireyler ve toplumlar arasında gösterdiği çeşitlilik nedeniyle kültürel yönleri hakkında da en fazla yayın yapılan ve kültürel geçerliliği en fazla sorgulanan tanılardan biri olmuştur (4).

Kültür depresyona ilişkin bir çok alanı etkiler. Toplumun hangi ruhsal değişimleri normal, hangilerini anormal kabul ettiği, iyileştirici kimselerin neler yapabileceğine dair beklentiler modern tıbbın hastalara ulaşabilirliğini belirleyen, depresyona ait epidemiyolojik verileri etkileyen faktörlerdendir. Evrensel psikiyatri geleneği sıklıkla depresyonun duygudurum belirtileri üzerine odaklanmıştır. Oysa tanısal sınıflamalarda yer almayan somatik belirtiler birçok etnokültürel grupta ilk başvuru sebebi olabilmekte, dolayısıyla tanının atlanmasına ve gereksiz tetkiklere yol açmaktadır (5, 6, 7). Ayrıca hastalığın yine kültürün etkisinde şekillenen nedensel açıklamaları, çare arama davranışını, hastanın klinisyen ile ilişkisini ve tedaviye uyumunu da belirlemektedir (8).

Tüm bu sebeplerden ötürü psikiyatri, işlevini yerine getirirken kültürel faktörleri göz önünde bulundurmaktan kaçamaz. Bu çalışma depresif hastalar tarafından rahatsızlığın kavramsallaştırılmasında kültür, etnisite ve sosyal bağlamın nasıl bir etkisi olduğunu

anlamaya yöneliktir. Her bozukluğun kültürün kendi kavramsallaştırması içinde yeniden değerlendirilmesi uygulamada doğru tanı ve tedaviye ulaşmanın önündeki engelleri saptamada yardımcı olacaktır (4).

Çalışmada depresyonun ifade ediliş biçimlerini, algılanan sebeplerini ve çare arama davranışını ortaya koymak ve kültürün bu bulgular üzerindeki etkisini tartışmak hedeftir.

4. GENEL BİLGİLER

4. 1. KÜLTÜRÜN TANIMI

Güvenç'in tanımıyla (2002) "İnsanoğlunun yaşayarak yarattığı, öğrendiği, öğrettiği, aktardığı, geliştirdiği maddi manevi anlamda her şey kültürdür" (9). Kültür sabit değildir; çevre ile sürekli etkileşim içerisinde olan bir süreçtir. Nesilden nesle aktarılır ve sosyal değişimlerin gerektirdiği şekilde gelişir ve evrimleşir (10, 11).

Bir toplumun yaşama biçimi olarak da kısaca tanımlanabilecek olan kültür, insanın içinde yaşadığı toplumun bir üyesi olarak toplumdan elde ettiği bilgi, inanç, sanat, ahlak, kanun, kural, gelenek, alışkanlıklar ve yeteneklerin meydana getirdiği karmaşık bir bütündür (12).

Günümüze kadar gelişen süreçte kültürün tanımında çeşitli değişimler gözlenmiş; Kroeber ve Kluckhohn (1952) kültürün 164 farklı tanımını yapmışlardır. Statik anlamda kültür semboller ve temsiller aracılığıyla edinilen ve aktarılan sabit davranış örüntüleri olarak tanımlanır. Bu tanım çerçevesinde belirli bir gruptaki herkesin kültürel olarak aynı olduğu, özgün bir gruba dahil olan her bireyin eş olduğu varsayımı doğmaktadır. Dinamik tanım ise bu tek tipleştirmenin önüne geçer. Dinamik anlamda kültür, bireyin ait olduğu tüm farklı grupların norm, değer ve görüşlerinden etkilenecek oluşmuş kişisel bir yapıdır. Bir kişi, kadın ya da erkek, genç ya da yaşlı, eğitilmiş ya da eğitimsiz, liberal, sosyalist ya da dindar olabilir ama her bir grubun özelliğini harmanlayarak taşır (13).

Kimliğimizi, kişiliğimizi, "kendi"liğimizi oluştururken daha önceki kuşağın sosyal kurumlarını ve davranışsal geleneklerini kullanırız (14). Kültür yalnız kişilerin kendi çevrelerini algılama ve anlama yollarını tayin etmez, aynı zamanda o kişilerin, gerek birey olarak, gerekse grup halindeki davranışlarını ve ilişkilerini etkiler (15).

Birisinin söylediklerini gerçekten anlamak için, onun sözel ve sözel olmayan davranışlarının özel anlamları bilmek, onun yaşadığı toplumdan edindiği genel çizgileri bilmek gerekir çünkü her birey kendisini oluştururken daha önceki kuşağın kurumlarını, materyal ve araçlarını, geleneklerini, dilini kısacası kültür ürünlerini kullanır (16). Kültür ve ruh sağlığı üzerine çalışmalar yapan Marsella (1982) bu duruma dikkat çekerek bir olayla ilgili deneyimin, o olayı yaşamakta aracılık eden duyumsal ve linguistik araçlardan tamamen ayrılamayacağını savunur. Bu duyumsal ve linguistik araçlar kültürden kültüre farklılık gösterdiğine göre olayların yaşanma şeklinde de farklılıklar ortaya çıkacaktır. Kim olduğumuzu farklı şekillerde anlatıyorsak, gerçekliği zihnimize farklı yollarla işleme koyuyorsak, neyin kabul edilebilir olduğunu, neyin doğru ve neyin yanlış olduğunu farklı şekillerde anlıyorsak, akıl hastalığı gibi karmaşık bir olgunun her kültürlerde aynı görünümü sergilemesi beklenemez (13,17).

Ruhsal bozukluklar söz konusu olduğunda farklı kültürlerde hastalıkların algılanışı, dışa vurulması ve anlamlandırılmasıyla ilgili simgeleştirmeler farklılık gösterebilir. ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (The National Institute of Mental Health) bünyesindeki Kültür ve Tanı Çalışma Grubu kültürün, psikiyatri pratiği içerisindeki etkisini vurgulayan klinik odaklı bir tanım yapmaktadır: “Kültür, baskın olan toplum ve sosyal gruplar içinde öğrenilen ve aktarılan anlamlar, değerler ve davranışsal normlardan oluşur ve bilişler, duygular ve kendilik kavramının yanı sıra tanı ve tedavi kararlarını da güçlü bir şekilde etkiler” (18).

4. 2. KÜLTÜREL FORMÜLASYON

Bilimsel gözlem ve bilginin sistemli bir şekilde kullanılabilmesi, hastalarla ilgili görüşlerin ortak bir dille paylaşımı ve yeni araştırma alanları yaratılması için ruhsal bozuklukların sınıflandırılması kaçınılmazdır (19).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan ruhsal hastalıkların ayrıntılı tanımlarını yapan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM: Diagnostic and Statistical Manual) ilk kez 1952 yılında yayınlanmıştır. İlk iki versiyonunda psikoanalitik teorinin etkisi altında iken psikiyatride evrenselliğe duyulan ilgi ile DSM-III’te hastalıkların daha objektif ve teorilerden bağımsız, fenomenolojik temelde tanımlamalarını içeren bir kılavuz kitap halini almıştır. Böylelikle DSM-III (1980) ve

sonraki versiyonları DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994) ve DSM-IV-TR (2000) ruhsal hastalıkların nozolojisinde önemli değişiklikler getirmiş ve hızla dünya psikiyatrisi için gerekli, vazgeçilmez hale gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş olan Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması'nın gözden geçirilmiş 10'uncu versiyonunda (ICD-10) da fenomenolojik/tanımlayıcı bir vizyon doğrultusunda benzer prensipler kabul edilmiştir (20,21).

DSM ve ICD özelinde düşündüğümüzde, bu gibi standart tanı sistemleri bulgular üzerine odaklanarak hastalıkları kavramlaştırmaktadır; bağlam sorunları ikinci plana düşmektedir. Kılavuzların gelişimi sürecindeki mevcut verilerin hemen hepsi Batı olarak adlandırılan kültür alanına giren ülkelerde oluşturulmuştur ve Batı dışı kültürlerde yapılan çalışmalarda bu tanı kategorilerine uymayan birçok bozukluk tanımlanmış ve bu kategorilere uyduğu varsayılan bozuklukların da farklı belirtilerle seyredebileceği gösterilmiştir. Evrensellik iddiasıyla geliştirilmiş olan bu sistemlerin transkültürel geçerliliği sıklıkla sorgulanan konular haline gelmiş ve ağırlıklı olarak Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da geliştirilmiş tanı kategorilerinin diğer toplumlara ve azınlık gruplara uygulanabilirliği tartışılmaya başlanmıştır (4).

Bir kültür için geliştirilen nozolojik bir kategorinin başka bir kültüre uygulandığında bütünlüğünü ve geçerliğini yitirebildiği düşüncesi antropolog Arthur Kleinman tarafından öne sürülmüştür. Buna göre özel bir kültürel grup için geliştirilmiş olan teşhis kategorisinin başka bir kültürde uygulanması ile 'kategori yanılması' ortaya çıkmaktadır (5). Hastanın kültürel referans çerçevesine ait nüansları bilmeyen bir klinisyenin, söz konusu kültüre ait davranış, inanç veya yaşantılardaki normalin varyasyonlarını yanlış bir şekilde psikopatoloji olarak yorumlayabileceği vurgulanmıştır (22). Dolayısıyla günümüzde kullanılan DSM-IV-TR'de kültürel bilgileri işin içine katma yönünde sistematik bir çabaya yer verilmiştir (21).

Elkitabının giriş bölümünde çoğul kültürlerde bireyin etnik ve kültürel çevresinin dikkate alınması yönünde bir uyarı yer almaktadır. Ayrıca hemen her bir tanı kategorisi için mevcut çalışmalarda gösterilmiş kültürel farklılıkların aktarıldığı kısa bölümler yer almaktadır. Altıncı eksen olarak kültürel eksenin oluşturulması yönündeki öneriler, kültürel formülasyon başlığı altında bir bölüm oluşturulmasıyla sonlanmıştır. Bu bölümde yine 25 hastalığın tanımlandığı kültüre bağlı sendromlar sözlüğü de bulunmaktadır (21). Belli toplum ya da kültür alanlarıyla sınırlı, bölgeye özgü yaşantı örüntüleri kültüre bağlı

sendromlar sözlüğünde yer alır ki bunlar yerel olarak da genelde birer hastalık olarak kabul edilir (22).

Kültürel formülasyon, çok eksenli tanısal değerlendirmeye ek olarak klinik görüşmenin her aşamasında kullanılabilecek bir değerlendirme aracı sunma çabasıdır. Kültürel bağlamın gözetilmesi semptomların daha iyi anlaşılması ve klinik değerlendirmenin doğruluğunu artırmak için önemlidir (20). Böylelikle DSM-IV tanı kriterlerini kullanan bir klinisyenin, farklı etnik veya kültürel gruba mensup bir hastayı değerlendirirken kültürüne özgü davranış, inanç ya da yaşantılarını patolojik olarak değerlendirme riski azaltılmaktadır (18).

DSM-IV-TR’de kültürel formülasyon çerçevesinin öğeleri beş başlıkta toplanmıştır:

1. Kültürel Kimlik
2. Hastalığın Kültürel Açıklama Modeli
3. Psikososyal Çevre ve İşlevsellik Düzeyi ile İlişkili Kültürel Etkenler
4. Birey ve Hekim Arasındaki İlişkinin Kültürel Bileşenleri
5. Tanı ve Bakım İçin Genel Kültürel Değerlendirme (22)

Bu formülasyon, hastalık deneyiminde kültürel faktörlerin etkisini sistematik olarak değerlendirmek ve ortaya koymak, sonrasında da hastanın kendi alt yapısı ile daha uyumlu bir tedavi planı hazırlamak için yardımcı bir araç olarak sunulmuştur. Ancak klinik görüşme sırasında uygulanabilecek detaylı ve yapılandırılmış bir kılavuz ve açıklayıcı vakaların olmayışı sebebiyle formülasyonun kullanımı sınırlı kalmıştır (6, 23).

4. 3. KÜLTÜR VE PSİKİYATRİ

4. 3.1. Antropoloji ve Psikiyatri

Günlük dilde ve bilim çevrelerinde yaygın bir kullanıma sahip olan ‘sağlık’ ve ‘hastalık’ kavramlarının neyi ifade ettiği konusunda bir uzlaşımın varlığından söz edilemez (24). Çoğu zaman hastalık kavramından bütün insanların aynı şeyi anladıkları sanılır. Oysa hastalığın tanımı toplumdan topluma, çağdan çağa, nesilden nesle değişmektedir (12).

Hastalık evrensel bir kavramdır, ancak farklı toplumlarda sosyo-kültürel yapıya uygun olarak bir anlam yükü taşır. Bir toplumda “Hastalık nedir?”, “Kime hasta denir?” gibi temel sorulara verilecek cevaplar, o toplumun bireylerinin algı süzgecinden geçer. Hastalıklar karşısında kişilerin tutum ve davranışları, hastalık olgusuyla ilgili risk algıları

ve sağlıkla ilgili sorunlarının çözümleri çabaları kültürün yönlendirdiği bir rotayı izler (25). Kişinin hangi belirtileri ne şekilde ifade ettiği ve belirtilere ne anlam atettiği kültürle şekillenir. Kültürü anlamak bireyin sağlık değerleri, inançları ve davranışlarını anlamının temelini oluşturur (26, 27, 28).

Tıbbi antropoloji, bir toplumda yoğunluk gösteren sağlık sorunlarının kültürün diğer kurumlarıyla -aile yapısı, dinsel inanç, ekonomik yapı, yerleşme ve çevre- ilişkilerini, etki ve etkileşimlerini inceler; sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel algıların nedenlerini araştırır. Farklı sosyo-kültürel bağlamlarda sağlık ve hastalık konusunda var olan algılayış biçimlerini ve bu bağlamda tedavi usullerinin nasıl farklılaştığını göstermeyi amaçlar (25). Sağlık ve hastalık arasındaki ilişkileri anlamak için, nesnel olanı ölçmenin ötesinde rahatsızlığın anlamını ortaya koymayı hedefler (29). Farklı kültürlerin simgelerini içinde yaşadığımız kültürün diline tercüme eder, farklı yaşantı ve duyuları anlamlandırmamızı sağlar (5).

Antropoloji alanında en eski teorik tartışmalardan biri hastalık deneyiminin nesnel ve öznel yaşantısı üzerine odaklanmıştır. Hekim soruna öncelikli olarak ‘hastalık/disease’ olarak biyolojik ve psikofizyolojik süreçlerdeki bir bozulma bağlamında yaklaşırken, hasta ‘rahatsızlık/illness’ olarak sosyal ve kültürel süreçlerin ağırlıkta olduğu bir bağlamda yaklaşmaktadır (16).

Biyomedikal tıp, hastalığı bir yaşantı olarak değil bozulmuş biyolojik süreçler olarak görmektedir (5). Oysa hastalık sadece doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel olarak anormal değişikliklerin olduğu bir durum değildir, aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur; dolayısıyla yalnız biyolojik bir süreç olarak kabul edilemez (12). Biyolojik tıbbın tüm kültürleri kapsayan evrensel varsayımı bütün insanların aynı hastalıklara yakalanabileceğini ve bunun hep aynı semptomları vereceğini öngörür. Psikiyatrik bozuklukların ortak bir fenomenolojisi bulunduğunu varsayar; kaygı, depresyon, şizofreni ve somatoform bozukluklar gibi psikopatolojiler doğaya ait kategorilermiş gibi ifade edilir (7).

Modern psikiyatrinin ruhsal hastalıkların kültürel göreliliğini yok sayan bu tanımlamalarına 20. yüzyılın sonlarında sosyolog ve kültürel antropologlar tarafından eleştiriler getirilmiştir (30). Davranış bozukluklarını ele alan bir bilim olarak psikiyatrinin kültür ile iç içe geçmiş olduğu ve hiçbir insanın içinde bulunduğu kültürden bağımsız olarak davranamayacağı vurgusu yapılmıştır. Yorumlama (hermenötik) ve değer

konularının, nörobiyoloji kadar psikiyatrinin ilgi odağında olması gerektiğinin altı çizilmiş, biyolojik indirgemeciliğın insanı anlamaya çalışırken önemli bilgi kayıplarına yol açtığı belirtilmiştir (16).

Engel (1977) tarafından öne sürülen biyopsikososyal paradigmanın ruh sağlığı ve bozukluklarının ele alınmasında da güç kazanmasıyla birlikte kültürün daima göz önünde bulundurulmasına yönelik söylemler artmıştır (18). Sıkıntının doğasını anlamaya yönelik çabalar, psikiyatrik tanı kategorilerinin ötesine geçerek, araştırmacıları hastalık yaşantısının sosyal yükü üzerine düşünmeye yöneltmiştir (31). Bu süreçte kültür ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi sorgulayan çalışmaların sayısı da artmıştır (18).

Kültür psikopatolojiyi çeşitli açılardan etkilemektedir:

1. Patojenik bir ajan olarak, yani bireyin psikolojik yaşamında ve davranışlarında ortaya çıkan bozulmanın bir nedeni olarak.
2. Patoplastik bir faktör olarak, yani ruh hastalığının belirtilerinin cinsini, tarzını ve ifade edilmesini etkileyerek.
3. Dış ve iç stres kaynaklarına karşı koruyucu bir faktör olarak.
4. Klinik belirtilerin yorumlanmasında yol gösterici olarak (32).

Weiss (2001) sağlık sorunlarını belirlemek ve açıklamak için yerel kültürel kavramları ortaya koyma çabasının kültürün içerisinden bir bakış açısını yani ‘emik’ yaklaşımını gerektirdiğini belirtir. Oysa profesyonel kavramlar, yerel kültür ortamı dışında oluşturulmuş bir bakış açısını yani ‘etik’ yaklaşımı temsil eder. Emik ve etik bakış açıları arasındaki bu karşıtlık, kültürel çeşitlilik ve biyolojik evrensellik arasındaki bağları anlamak için bir çerçeve sunar. Antropolojinin ortaya koyduğu bu iki kavram ışığında ortaya çıkan bilgiler, farklı yaklaşımları yansıtsalar da sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve klinik uygulama için önemli pratik katkı sağlarlar (33).

Emik ve etik dikotomisine benzer şekilde hastalık ve rahatsızlık arasındaki ayrımın hasta ile hekim arasındaki iletişimde yarattığı sorunları fark eden Kleinman, ‘The Illness Narratives’ adlı eserinde klinik çalışmaların etnografiyi model almasını önermiştir. Hem kolektif, hem de bireysel hastalık öykülerinin yorumlanması ile ilgili olarak rahatsızlığın bileşenlerini ortaya koyabilmek amacıyla hastalık açıklama modelleri olarak adlandırdığı kavramı öne sürmüştür (34).

Bir emik bakış açısını yansıtan hastalık açıklama modelleri klinik öykü alma sürecine hizmet etmek için geliştirilmiştir. Hastalık yaşantısının anlaşılabilmesi için

hastanın öznel deneyimine vurgu yapan bir çerçeve sunar. Kişilerin belirtilere atıflarının kültür tarafından nasıl şekillendiğiyle ilgilidir. Kapsamı sadece etyolojiye yönelik nedensel atıfları ortaya koyma çabasıyla sınırlı değildir. Temelde beş soruya cevap aranır: (a) etyoloji; (b) belirtilerin başlama zamanı ve şekli; (c) patofizyoloji; (d) hastalığın gidişi ve (e) tedavi (34).

Günümüzde klinik olarak önemli kültürel farkları tanımlamak için dar varsayımların ötesine geçen, etnografiyi göz önünde bulunduran giderek artan sayıda araştırma yayınlanmaktadır (23). Kültürün psikopatoloji üzerindeki etkisini gösteren verilerin önemli bir kısmı, emik yaklaşımı yansıtan bu nitel çalışmalardan elde edilmiştir. Yerel olanı belirleyebilmek, kültüre duyarlı bakış açılarını klinik araştırmalara yansıtmak amacıyla antropolojinin sağladığı bu veriler oldukça değerlidir (29).

Yine de unutmamak gerekir ki emik yaklaşımına dayalı etnografik araştırmalar gözlem kaynaklı yanılgılara açıktır ve genellenebilirlikleri düşüktür. Kültürle bağlantılı veriyi elde etmenin uygun bir yolu olmasına karşın, elde edilen verilerin kültürlerarası karşılaştırmalar için yeterliliği sınırlıdır. Öte yandan etik yaklaşım, çalışmalarda güvenilirliği ön plana alarak geçirelilikten ödün vermektedir ve gruplar arasındaki farkları göz ardı ederekten 'kategori yanılgısına' sebep olabilmektedir (35). Ayrıca transkültürel çalışmaların çeviri problemleri nedeniyle yoğun hatalara açık olduğu, bu nedenle uygulanan görüşme yöntemleri ve kullanılan testlerin farklı bir kültürel arka plandan gelen hastalar için yeterli ve uygun olmayabileceği savunulmaktadır. Standart görüşme ölçeklerinin farklı dillere uyarlanırken uygulanan çeviri-geri çeviri yönteminin diğer dillerdeki duygu ifade eden pek çok sözcüğün gözden kaçırılmasına neden olduğu düşünülmektedir (4).

Bir araştırmanın hem kültürel, hem de biyolojik doğruluğunu sağlamak için emik ve etik yaklaşımın entegrasyonu gereklidir. Çünkü herhangi bir sosyo-kültürel ortamda halkın hangi ruhsal değişimleri anormal kabul ettiği, ruhsal bozuklukların nedenlerine ilişkin inançları, bu bozuklukların tedavilerine ilişkin tutumları ve tüm bunlara koşut olarak ortaya çıkan çare arama davranışları o bozukluğun epidemiyolojik ve klinik özelliklerini etkilemektedir (36, 37).

Bu entegrasyonun bir ürünü olarak, çok kültürlü uluslararası sağlık politikaları oluşturma amacıyla epidemiyoloji ve antropoloji işbirliği başlamıştır. Bir hastalıkla ilgili risk faktörleri, yatkınlık yaratan durumlar, prognoz ve halk sağlığı açısından etkileri o

bölgedeki yerel kavram ve kategorilerden etkilendiğinden sağlık hizmeti ihtiyacını saptama ve sağlık hizmetlerini planlamada kültürel epidemiyoloji çalışmaları önem kazanmıştır. Karşılaştırmalı epidemiyoloji çalışmaları için uygun tanımlayıcı ve analitik teknikler geliştirmek, nicel ve nitel verileri birbirleri ile ilişkilendirebilir bir yapıda kurgulamak ve klinik pratikte yansımalar yaratmak için yerel olanı profesyonele tercüme etmek kültürel epidemiyoloji çalışmalarının temel hedefleri olmuştur (38, 39).

Klinik pratikte hastalık davranışını tanımlamak için oldukça verimli olan açıklama modellerini epidemiyolojik araştırma için uygun bir ölçek haline getirmenin çalışmalarına başlanmıştır. EMIC (Explanatory Model Interview Catalogue) bu çabanın bir ürünüdür (40).

Tablo 1: Emik (kültürel) ve etik (evrensel) yönelimlerinin klinik ve araştırma amacıyla entegrasyonu (40)

| | Klinik Değerlendirme | Araştırma Araçları |
|------|--|---------------------------|
| Etik | DSM-IV, ICD-10 | SCAN, SCID, DIS, CIDI |
| Emik | Kültürel Formülasyon (DSM-IV, Ek bölüm I) | EMIC, etnografik metotlar |

EMIC, açıklama modelleri zemininde, teorinin temel öğeleri olan hastalık deneyimi (experience), anlamı (meaning) ve davranışını (behavior) keşfetmek için oluşturulmuş yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Yerel şartlara ve araştırma konusu olan hastalığa göre uyarlanması gereklidir. Hastalığın üç boyutunu sırasıyla şikayetlerin ifadesi (patterns of distress), algılanan nedenleri (perceived causes) ve çare arama davranışı (help seeking behavior) olarak kategorileştirir (41). Hastalık yaşantılarını kişilerin bakış açısından açıklamaya çalışan EMIC görüşmeleri, standart epidemiyoloji metotlarından farklı olarak, hem niceliksel, hem de niteliksel veri sağlayarak durumun tanımlamasını ve kültürel temsillerin karşılaştırmasını yapmayı kolaylaştırır (33). Oysa geleneksel psikiyatrik epidemiyoloji araştırmaları hastalık anlatılarının karmaşıklığını bir tip belirti ve bulgu kontrol listesine indirgemektedir (23).

4.3.2. Transkültürel Psikiyatri

Psikiyatrik araştırmaların tasarımı ve yorumunda kültürün, bağımsız bir değişken olarak ilgi odağı haline gelmesinin birçok sanayileşmiş ülkede gerçekleşen etnik yapıdaki büyük demografik değişimle eş zamanlı olması tesadüfi değildi (37).

Yirminci yüzyılın son çeyreği tüm dünyada ekonomik, politik ve kültürel düzeyde eşi görülmedik bir değişim ve dönüşüm süreci olarak yaşanmıştır. Küreselleşen dünyada üretim ilişkileri değişim göstermiş, iletişim ve ulaşım gelişmiş ve büyük göçler yaşanmıştır; sonuç olarak ulusal/kültürel bütünlüğün sınırları belirsizleşmeye başlamış ve ulus devletlerin sınırları içinde çok kültürlü bir dünya ortaya çıkmıştır. Bu süreç boyunca ruhsal bozukluklar da tüm dünyada insan sağlığını en çok etkileyen sorunlar arasında yer almaya başlamıştır (42).

Dünyanın birçok şehrinde artan kentleşme ve göç sonucunda oluşan bu çok kültürlü toplumsal yapı, uluslararası psikiyatrinin Kuzey Amerika ve Batı Avrupa kökenli kavram ve ilkelerinin sınırları hakkında yeni sorular doğurmuştur (34). Kendi ülkesi ve kültüründen farklı bir yerde yaşayan bireylerin sergiledikleri ruhsal yakınma ve belirtilerin türü, yoğunluğu ve şiddeti açısından hem bireyin kültürel özelliklerinden, hem de yabancı bir ülkede yaşıyor olmaktan kaynaklanan farklar sergilediği gösterilmiştir (43).

Gün geçtikçe artan sayıda farklı kültürlerden gelen göçmen ve mültecilerle karşı karşıya kalan Batılı ruh sağlığı uzmanlarının, azınlık gruplara mensup hastaların psikiyatrik tedavileri sırasında aksaklıklar yaşadıkları gözlenmiştir (44). Rogler (1993) gerek batı toplumlarındaki etnik azınlıklara, gerekse batı dışı toplumlarda standart tanı sistemleri kullanılarak yapılan uygulamalarda hastalara yanlış tanı konması ve yanlış tedavi verilmesinin oldukça sık görülen bir durum haline geldiğini gözlemiştir (42). Başka kültürler hakkında bilgi eksikliği ve etnik azınlık gruplardan başvuranları anlamak için yeterli zamanın olmaması sonucunda gündelik uygulamalarda sıklıkla hatalar yapıldığı bildirilmiştir (45).

İngiltere'de azınlık grupların yerli nüfusa oranla tedavi sürecinde daha yüksek doz ilaç kullandıkları, ayrıca psiko-sosyal ihtiyaçlarının karşılanması yönünde hizmetin sınırlı kaldığı ve terapi desteğinden nispeten daha az faydalandıkları bulunmuştur (46). Yine göçmenlerin, Hintliler hariç, psikiyatri servislerine İngilizlerden daha yüksek oranda yatırıldığı bulunmuştur (47).

Tedavi uygulamalarında hastaların ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma tutumlarının kültürden etkilendiği, ruhsal bozukluklarının etnik azınlıklarda görülme oranının beyaz Amerikalılar'dakine benzer bulunmasına rağmen uygun ve yeterli bakım alma oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (48). Bu hastaların tedaviyi terk oranları da nispeten daha yüksek olduğundan sunulan mevcut klinik müdahalelerin de genellikle etkisiz kaldığı bildirilmiştir (49). Kültürel olarak yetkin psikoterapistlerin olmaması, kültürel farklılıklara duyarlı yaklaşımların benimsenmemesi ruh sağlığı hizmetlerinden yeteri kadar yararlanılmamasına sebep olan bir etken olarak sunulmuştur. (50) Ayrıca düşük kalitede bir tedavi hizmeti almanın yanı sıra, etnik azınlıkların ruh sağlığı araştırmalarında da daha az temsil edildikleri gösterilmiştir (51).

Böylelikle çağdaş toplumlarda giderek artan etnik çeşitlilik ve beraberinde getirdiği sağlık hizmetine erişimdeki sorunlar kültürel konuların dikkate alınmasını kaçınlmaz kılmıştır. Batılı olmayan azınlık nüfusu olumsuz etkileyen mevcut koşulların iyileştirilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin sunumundaki eşitsizliklerin düzeltilmesi çabaları psikiyatride uluslararası ve çok kültürlü bir yaklaşımı tetiklemiştir. Uygun sağlık bakımı için kültürel etkenlerin tanımlanmasının gerekliliği araştırmacılar ve politika yapıcılar tarafından da kabul edilmiştir (52). Dolayısıyla hastalıkların oluşum, ortaya çıkış, tanınma ve tedavi sürecinde kültürel değişkenlerin etkisinin önemli olduğunu ileri süren kültürel psikiyatri alanında önemli bir gelişim yaşanmıştır (42).

Kültürel psikiyatri davranışlar, inançlar, beklentiler, anılar, düşünceler, roller, stereotipiler, önyargılar ve değerler gibi parametreler açısından kültürleri inceler ve karşılaştırır (53). Toplumsal ve kültürel farkların ruh hastalıkları ve bunların tedavisi üzerinde ne tür etkileri olduğunu anlamaya çalışır. Psikoloji teorilerinin evrensel geçerliliğinin test edilmesini, psikolojik işleyişi şekillendiren çevresel ve kültürel faktörlerin belirlenmesini hedefler (8).

Psikiyatride kültür üzerine erken araştırmalar sıklıkla toplumlar içerisindeki azınlık gruplar üzerine odaklanmıştır. Oysa kültürel psikiyatri yalnız etnik azınlıkları etkileyen ya da belirli bir coğrafyaya özel egzotik bazı hastalıkların tanımlanması ile sınırlanabilecek bir konu değerdir. Batı'da oluşturulmuş psikiyatrik sınıflandırmaların da en az kültüre özgü egzotik sendromlar kadar bir kültür ürünü olduğu unutulmamalıdır (37, 54).

Çok kültürlü olarak nitelenen batılı, sanayileşmiş toplumlarda kültürel açıdan doğruyu keşfetmenin arayışına girilerek farklı etnik gruplar araştırılmaktadır; ancak

sanayileşmemiş toplumlardaki çalışmalar genellikle kültürel etkenleri göz ardı etmektedir. Sanayileşmemiş ülkelerdeki araştırmaların çoğu 'etik' yaklaşımı kabul eder; 'kültür' nadiren bağımsız bir değişken olarak kullanılır. Hindistan ve Çin gibi büyük, oldukça çeşitli topluluklar içeren ülkelerdeki çalışmalar dahi sanki tüm ülke kültürünün ortak temsili şeklinde yorumlanır (37).

Psikiyatri teorisi ve uygulamasının birçok alanında kültürün izleri bulunabilir. Her hastalık kendisini oluşturan yerel kültürün sıkıntı ifadelerini kullanan, o kültürün açıklama modellerini dışarı vuran bir şifredir (5). Açıklama modellerinin incelenmesi hastanın öznel deneyimi ile ilgili daha iyi bir fikir sağlar. Rutin klinik uygulamada tanısal geçerlilik ve terapötik ilişkinin geliştirilmesi açısından kültürel yetkinliği artırır (55). Alandaki çalışmalarda göze çarpan ilginç bir nokta batılı olmayan toplumlarda, hastalık açıklama modelinin sanki 'geleneksel' ya da 'bilimsellikten uzak' olduğu şeklinde üstü örtülü genel bir kabulün varlığıdır (37).

Kültürün etkilerini ve hastanın açıklama modelini tanımlamak için klinisyenin de kendi açıklama modellerinin farkında olması gereklidir (52). Hasta-hekim ilişkisi, psikiyatride her yaklaşımın, her tedavi girişiminin temel dayanağını oluşturur. Bu etkileşim sürecini, ilişkinin taraflarına ait bireysel özelliklerden kaynaklanan davranış ve tavır alışların yanı sıra içinde yaşanılan kültür de etkiler. Hasta-hekim ilişkisinin içeriği geçmişin gelenekleri ve güncel kültür tarafından belirlenir (45). Her hasta ve hekim görüşmesinin, bir dereceye kadar, kültürler arası bir karşılaşma olduğunu unutmamak gerekir. Hekimin bir etnokültürel altyapısı, ve hatta mesleki eğitimi ve içinde bulunduğu sağlık örgütünün dahi kültürel bir yapısı vardır (54). Psikiyatrik desteğin kabul edilmesi büyük ölçüde hastanın ve psikiyatrin benzer hastalık modellerine sahip olmaları ile gerçekleşir (31).

İyileştirici kimselerin neler yapabileceğine ve yapması gerektiğine dair beklentiler kültürle şekillenir. Hastalık kültüre uygun şekilde tanımlanır ve kültüre özgü olarak tedavi edilir (7, 26). Dolayısıyla kültürel psikiyatri farklı kültürlerde hastalıkların nasıl algılandığının yanı sıra Batı'nın rasyonelliğine aykırı görünen yerel tedavi sistemlerinin iç mantığını da anlamaya çabalar (24).

Tüm bu sebeplerle klinik bir disiplin olarak psikiyatri işlevini yerine getirirken kültürel faktörleri göz önünde bulundurmaktan kaçamaz.

4.4. DEPRESYON

4.4.1. Genel Bilgiler

Depresyonun yaşam boyu yaygınlığının genel olarak %10 ila %20 arasında değiştiği ve kadınlarda bu oranın %25'e dek çıkabildiği belirtilmektedir (56). Ancak toplumdaki yaygınlığına rağmen hizmet sunumunda ciddi aksamalar dikkati çekmektedir, gelişmiş ülkelerde dahi depresif hastaların yaklaşık yarısının yeterli tedavi almadığı bilinmektedir (3).

Tedavi edilmediğinde depresyon, yinelenme olasılığı yüksek, kronikleşebilen ve giderek daha fazla yeti yıkımı ve iş gücü kaybına yol açan bir hastalıktır (57, 58). Sosyoekonomik kayıp ve azalmış üretkenliğin yanı sıra kısıtlı ebeveynlik yetileri gibi sonuçlarıyla nesiller boyu etkisi olabilmektedir (59). İntihar gibi ciddi riskler taşımamanın yanında mevcut eş zamanlı tıbbi hastalıkların gidişini kötüleştirmekte ve mortaliteyi arttırmaktadır (60). Genel sağlık harcamaları ve tedavi maliyetlerinde yaklaşık 1,5 kat artışa sebep olmaktadır (61).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan analizlerde 2004 yılında yarattığı hastalık yükü açısından üçüncü sırada olan depresyon, maluliyete göre düzeltilmiş yaşam yılı (DALY: disability-adjusted life-year) kayıplarının %4,3'ünü oluşturmaktadır (62). 2020 yılına gelindiğinde yeti yıkımı ve üretkenlik kaybına neden olan hastalıklar arasında kalp hastalıklarının ardından ikinci sırada olacağı öngörülmektedir (1).

Hem nispeten yüksek yaşam boyu yaygınlık oranları, hem de kişisel ve toplumsal maliyetleri nedeniyle depresyon yalnızca ciddi bir psikiyatrik bozukluk değil aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunudur (62). Dolayısıyla bu hastalık yükünün azaltılması amacıyla depresyonun tanınması, önlenmesi ve tedavisi ile ilgili stratejiler geliştirilmesi önceliklidir (2).

Depresyon fizyopatolojisi konusunda en fazla görüş birliği sağlanmış olan psikiyatrik bozukluktur. Etiyolojide çoğul etmenler söz konusu olmakla birlikte, ortak fizyopatolojinin merkezi sinir sistemi nörotransmitterlerinde işlev bozukluğu olduğu biçimindeki kuram genel kabul görmektedir. Buna karşılık kliniğinde bireyler ve toplumlar arasında gösterdiği çeşitlilik nedeniyle aynı zamanda kültürel yönleri hakkında en fazla yayın yapılan ve kültürel geçerliliği en fazla sorgulanan tanılardan biri olmuştur. Klinik tabloda kültürel

etmenlerden kaynaklanan çeşitlilik nedeniyle Westermeyer (1989) depresyonu "patoplastik ve kültüre bağlı bozukluklar" başlığı altında sınıflandırmıştır (4).

1960'lı yıllara kadar sömürge halklarda alışık oldukları depresyon tablosunun çok ender olduğunu gözlemleyen Batılı araştırmacılar depresyonun varlıklı ve gelişmiş toplumlara özgü bir bozukluk olduğunu düşünmüş, hatta bu toplumlarda da yüksek sosyoekonomik düzeyden bireylerde görüldüğü sonucuna varmışlardır (63, 64).

Dünya Sağlık Örgütü'nün organize ettiği çok merkezli ve çok uluslu depresyon epidemiyolojisi çalışmaları sonucunda ise depresyonun tüm toplumlarda görülen evrensel bir bozukluk olduğu, ancak belirti dağılımının ve bozukluğa sosyal yanıtın toplumlar arasında farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır (6, 64). Uluslararası psikiyatri tanı kategorileriyle uyum gösteren görünümeler tüm dünya üzerinde bulunsa bile, belli belirtiler, gidiş, ve toplumsal tepkinin yerel kültürel etkenlerden çok sık etkilendiği gösterilmiştir (22).

4.4.2. Epidemiyoloji

DSÖ'nün 14 ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı ve hastalıklarını inceleyen geniş ölçekli çalışmasında ICD-10 sınıflamasına göre herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alanların oranı %24 olarak bulunmuştur; depresif bozukluk %10,4 sıklık oranıyla bu grupta en fazla görülen psikiyatrik hastalıktır. Ancak çalışmaya katılan merkezler arasında depresyon yaygınlığı açısından önemli farklar dikkati çekmektedir. Çalışmanın Ankara'da yürütülen bölümünde majör depresyon prevalansı ortalamaya yakın biçimde %11,6 bulunmuştur. Şangay (Çin) ve İbadan (Nijerya) çalışmalarında ise depresyon yaygınlığı sırasıyla %4,0 ve %4,2 olarak ortalamanın oldukça altında bulunmuştur (65, 66).

Majör depresyonun yaşam boyu görülme oranları ile ilgili ülkeler arasında büyük farklılıklar bildiren bir başka çalışma da Weissman (1996) tarafından yürütülmüştür; çalışma sonuçlarına göre Tayvan'da her 100 yetişkinde 1,5 vaka bildirilirken bu rakam Beyrut'ta 100 yetişkinde 19,0 vakaya yükselmektedir. (67) Bland (1997) tarafından yapılan kapsamlı bir gözden geçirmede de değişik ülkelerde yapılan araştırmalarda majör depresyon yaygınlığının %0,9 (Tayvan) ile %12,6 (Yeni Zelanda) arasında değiştiği vurgulanmıştır (66, 68). Tüm bu çalışmalarda Asyalılarda Batılı ülkelere kıyasla depresyona daha az rastlandığı gözlemi, Doğu Asya insanının depresyona karşı genetik bir

koruma altında olduğu ya da Doğu'da depresyonun Batı'daki görünümünden farklı özelliklerle seyrettiğini sorusunu akla getirmiştir (69).

Halk tarafından ruhsal hastalıkların tanınması ve bilinmesi, hekim rolüyle ilgili toplumsal algılar, sağlık sistemine erişim ve hizmetlerin maliyeti gibi etkenlerin merkezler arasındaki bu farklılığı yaratabileceği belirtilmiştir (66). Depresyonun toplum tarafından bir sağlık sorunu olarak algılanması başvuru oranlarını arttırırken, ruhsal hastalıklarla ilgili sosyal stigma ile karşılaşmaktan çekinme başvuruları azaltarak yine bu farka kaynaklık edebilmektedir (43, 66).

Ülkeler arasında gözlenen fark, ırklar arasında yapılan çalışmalarda da gösterilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde depresyonun yaşam boyu prevalansı %17,1 olarak bulunmasına karşın alt gruplar incelendiğinde beyaz ve hispanik ırka kıyasla siyah ırkta oranın daha düşük, yalnız %11 seviyesinde kaldığı bulunmuştur (63). Türkiye'de de Güleç (1981) tarafından kırsal alanda Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği kullanılarak yapılan araştırmada depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %23,6 bulunmuştur. İzmir'de yapılan ve aynı ölçeğin kullanıldığı bir başka araştırmada da benzer biçimde depresyon yaygınlığı %13 bulunurken, yaşam boyu depresyon yaygınlığı %19'dur (68).

Epidemiyolojik araştırmaların biyolojik araştırmalara göre sayıca azlığı ve içerdiği yöntemsel sorunlar depresyonun evrensel dağılımı ile ilgili tartışmaların sonuçlanması yönünde sağlıklı veriler elde etmeyi zorlaştırmaktadır. Kapsamlı ve geniş ölçekli epidemiyolojik alan araştırmalarının yoğunlaştığı 1970'li yıllardan daha özgün değişkenlere odaklanan araştırmaların yaşama geçirildiği günümüze dek elde edilen bilgiler epidemiyolojik araştırmalara ilgiyi artırsa da, var olan karışıklığı çözmeye olanak vermemektedir (68).

4.4.3. Semptomatoloji

Depresyon, çekirdek belirtileri açısından duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik, isteksizlik ve zevk alamama; davranışlarda yavaşlama, giderek ketlenme; bilişsel alanda karamsarlık, değersizlik, suçluluk, pişmanlık düşünceleri ve ayrıca uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde bozulma ve cinsel isteksizlik ile karakterize bir bozukluktur (36).

Belirtiler temel olarak bireyin duygusal, bilişsel, bedensel ve davranışsal yaşantılarında değişimlerle karakterizedir ancak, bu değişimlerin dile getirilişi hastadan

hastaya değişmektedir. Kültüre ilişkin bu özgül farklar depresyonun klinik görünümünü etkileyebilir (70).

Belirti dağılımı araştırıldığında bazı belirtilerin tüm toplumlarda ortak olduğu, bazı belirtilerin ise farklılık gösterdiği bulgusundan hareketle depresyonda bazı belirtilerin birincil (kültürden bağımsız), bazılarının ikincil (kültüre bağımlı) olduğu görüşü ortaya çıkmıştır. Kültürden bağımsız çekirdek belirtiler olan depresif duygudurum ve anhedoni tüm toplumlarda görülmektedir. Buna karşılık gelişmiş-modern-Batılı toplumlarda suçluluk duyguları ve intihar düşünceleri, az gelişmiş-premodern-Batılı olmayan toplumlarda ise somatik yakınmalar daha fazla görülmektedir (4, 71).

Değer sistemleri güçlü bir şekilde kültürden etkilenir ve hastalığın yansıma şeklini belirler. Bireyci toplumlarda olduğu gibi hasta için kişisel tatmin ve mutluluk öncelikli konularsa keder, elem rahatsızlık veren başvuru şikayeti olabilir. İş verimliliği önemli ise çalışmamak  n plandaki belirti haline gelebilir. Ya da yaşanan toplumun intihara karşı kültürel yasaklamaları var ve bunlar benimsemişe, ölüm düşüncelerinin varlığı öncelikli şikayet olabilir (63).

DSM-IV-TR’de kültürel bilgileri işin içine katma yönünde kısa bir bakış sunan bölüm şoyledir:

‘Kişinin kültürü depresyon semptomlarını nasıl yaşadığını ve iletişimini etkileyebilir. Etnik ve kültürel özellikler konusunda uyanık olunursa gereğinden az veya yanlış tanı konma olasılığı azaltılabilir. Bazı kültürlerde depresyon elem-keder ya da suçluluk duygularından çok, büyük  l de somatik terimlerle ifade edilir. Sinirlilik ve baş ağrıları (Latin ve Akdeniz kültürlerinde), bitkinlik, yorgunluk ya da ‘dengesizlik’ (Çin ve Asya kültürlerinde), ‘kalp’ sorunları (Orta Doğu kültürlerinde) ya da ‘kalp kırıklığı’ (Hopiler arasında) yakınmaları depresif yaşantıyı ifade ediyor olabilir. Yaşanan disforinin ne denli ciddi olarak ele alındığı ya da ifade edildiği ile ilgili yaklaşımlarda da kültürlerarası farklılıklar görülebilir. ( r: huzursuzluk, kişileri elem veya keder duygularından ya da toplumdan uzaklaşmaktan çok daha fazla kaygılandırabilir.) Kültürlerin kendilerine  zɡ  yaşantıları ( r: nazar değmiş ya da büyü yapılmış olma korkusu, başında bir sıcaklık olma duyumu, solucanların ya da karıncaların sürünmesi duyumları ya da ölmüş birileri tarafından ziyaret edildiğine ilişkin canlı duyumlar) psikotik özellikli depresyonun bir parçası olabilen hezeyan ve hal sinasyonlardan ayırt edilmelidir.

Öte yandan klinisyenin, yalnızca kültürel bir yaşantı olabileceği için bir semptomu her seferinde göz ardı etmemesi gerekir.' (22, 72)

Çoğu toplumda klinik depresyon geçiren insanlar temelde üzüntüden bahsetmezler. Onun yerine yorgunluk, baş ağrısı, sırt ağrısı, uykusuzluk, iştah kaybı gibi yakınmalar tarif ederler. Mesela geleneksel Doğu toplumlarında, özellikle Doğu Asya ve Afrika'da sıkıntının bedensel ifadelerle anlatımı Batı kültürlerine göre daha sıktır (5).

Kleinman Hunan'da (Çin) bir ayaktan psikiyatri tedavi kliniğine başvuruları değerlendirdiği çalışmasında yalnız %1 oranında depresyon tanısı konduğunu ancak aynı dönemde hastaların %30'unun nevrasteni tanısı aldıklarını bildirmiştir (73). Nevrasteni olgularını DSM-III depresyon ölçütlerine göre değerlendirdiğinde ise %87 oranında tanılarının örtüştüğünü göstermiştir (74). Çin'de yaygın olarak konulan nevrasteni tanısının, sıkıntı için 'psikolojize' anlatım biçimlerinin yok sayıldığı ve ayıplandığı bir toplumda depresyonun özgül bir ifadesi olabileceğini tartışmıştır (73). Hsu ve Folstein'in açıklaması ise Çinliler'in Batılılar'a göre bedenleriyle daha meşgul oldukları ve somatizasyonu anhedoniye göre daha kolay ve rahat ifade ettikleri yolundadır (75).

Yaşantıların duygu imleyen sözcüklerle ifade edilmesi, sıkıntıların dışavurumunda somatizasyonun yerini karşıtı olan psikolojizasyonun almasına neden olur (76). Depresyonun duygusal ve fiziksel bileşenlerini ayırmak ve emosyonel içeriğe öncelik vermek Batı kültürünün bir özelliğidir (5). Oysa modern tıbbın ruhsal hastalıkları açıklama modelleriyle ilgili sınırlı bilgiye sahip toplumların, rahatsızlıklarını fiziksel nedenlere bağlaması ve dolayısıyla somatik şikayetler ifade etmesi olağandır (77).

Dünya Sağlık Örgütü'nün "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Bozukluklar" araştırmasının Türkiye bölümünde, depresif bozukluğu olan hastaların %60'ının bedensel yakınmalarla başvururken yalnız %24'ünün ruhsal yakınmalarla başvurduğu ortaya çıkmıştır (78). Genel sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda, depresyon ve somatik belirtilerin ilişkisini inceleyen bir başka çalışmada, depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirti sıklığı Paris grubunda %45, Ankara grubunda ise %95 bulunmuştur (79). Depresyonun tanınmasını güçleştiren bir etmen olarak kabul edilen somatizasyon, psikiyatrik hastalıkların stigmatize edildiği toplumlarda hem sosyal desteği sağlar, hem de hastayı sosyal ilişkilerini zedelemekten hoş görülebilir bir zemine yerleştirir. Akıl hastalıklarının stigmatize etmeye eğilimli toplumlarda fiziksel semptomlar nedeniyle sağlık hizmetlerine başvurmanın daha meşru ve kolay görülebildiği düşünülmektedir (54, 69).

Somatik belirtiler birçok etnokültürel grupta psikolojik zorlanmanın yansıması olabilmekte ancak hekim tarafından yanlış değerlendirildiğinde gereksiz tetkik ve tedaviye sebep olmaktadır (6). DSÖ gereksiz tetkik ve uygunsuz tedavilerden kaynaklanan artmış sağlık giderleri sebepleri arasında öncelikle depresyonu saymaktadır (80). Bu sebeple hekimler somatik ve dissosiyatif belirtilerin psikososyal zorlanmanın dili olabileceğini göz önünde bulundurmalıdır (6).

DSÖ 1983'te depresyon belirtilerinin dağılımını inceleme amaçlı Basel, Montreal, Nagasaki, Tahran ve Tokyo'yu kapsayan çok merkezli etik yaklaşımlı bir çalışma yürütmüştür. Depresyon hastalarının en sık (%75) üzüntü, mutsuzluk, konsantre olamama, enerji azlığı, ilgi kaybı ve yetersizlik düşüncelerini içeren bir belirtiler kümesi tanımladığı çalışmada suçluluk hissi bir kültürel ayrışma noktası olarak bulunmuştur. Batı dünyasını temsil eden Basel ve Montreal'de suçluluk düşünceleri nispeten daha yüksek bildirilmiştir (66). Yine Hindistan, Endonezya, Japonya, Çin ve Afrika'dan yayınlar bu toplumlarda öznel şikayetler arasında suçluluk düşüncelerinin daha az vurgulandığı görüşünde birleşmektedirler (81). Hatta Martin (1977) Afrika'da sosyal yapıyı incelemiş ve Afrika kültürlerinde depresif tepkilerin hemen hiçbir zaman suçluluk ve öz eleştiri içermediğini bildirmiştir (27).

Tseng ve McDermott (1981) toplumları utanç ve suçluluk yönelimli olarak ikiye ayırmış, bireyin kendini denetlemesine önem veren toplumlarda suçluluk duygusunun daha fazla görüldüğünü ileri sürmüşlerdir (4). Bireyci kültürlerde bireyler arası bağlar kopuk, özerklik gereksinimi büyüktür. Kişisel amaçlar grup amaçlarından önce gelir. Bu sebeple bireyselliği ön planda tutan toplumlarda suçluluk, yabancılaşma, yalnızlık gibi belirtilerin daha sık ifade bulması beklenir. Toplulukçu kültürlerde ise kişinin benliği içgrup terimleriyle tanımlanır, grup içi bağlar güçlü ve sıkıdır. Kişinin davranışları grubun istekleri ve normları doğrultusunda belirlenir. Çatışma hoş görülmez, grup içi uyum önem taşır. Bu sebeple toplulukçu kabul edilen Doğu kültürleri, kişilerarası ilişkileri tehlikeye atmamaya odaklıdır, aile adını korumak kişinin kendisini korumasından daha önceliklidir (82). Bu toplumlarda belirtiler sıklıkla utanç ve sosyal reddedilme şeklinde ifade bulur (81).

Batılı olmayan kültürlerde suçluluk duygusunun mevcudiyetinde dahi içeriğinin farklı olduğu bildirilmiştir. Örneğin Almanlar çocuklara ve Tanrı'ya karşı suçluluk

duyarken, Japonlar ve Koreliler ebeveynler, atalar ve iş arkadaşlarına karşı suçluluk duymaktadırlar (4).

Arap kültüründe ise suçluluk hissi, tıpkı cinsel istek azlığı gibi, hakkında soru sorulması uygunsuz karşılanabilen ancak hasta ve hekim arasındaki bağ güçlendikçe ifade edilme oranı artan bir yakındır (66).

Stompe ve arkadaşları (2001), Viyana ve Lahor'daki depresif hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada Pakistanlı hastaların daha az suçluluk duygusu ve intihar düşüncesi bildirdiklerini göstermiştir. Pakistan'da bireyselliğe daha az vurgu yapılmasının yanı sıra kültürdeki kadercilik anlayışının da bu sonuçta etkili olduğu düşünülmüştür. Kişinin yaptıklarının sorumluluğunu üstlenmemesi ve olup bitenleri kader/kısmet gibi dışsal süreçlere bağlaması ile suçluluk hissini azalabileceği bildirilmiştir (83). Latin kökenli Amerikalılarla yapılan araştırmalar da bu yorumu destekler niteliktedir. Kadına ailenin bakımı ile ilgili zorlu roller yükleyen, geleneksel değerlere bağlı Latin toplumlarda suçluluk ve kendini cezalandırma düşünceleri yoğundur (84).

Kültürel farklar aktarılan bir diğer depresyon belirtisi de intihar düşüncesi ve davranışdır. Etnisite intihar araştırmalarında önemli bir değişken olarak tanımlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avustralya gibi heterojen toplumlarda, farklı kültürel alt grupların intihar oranı, yöntemi, motif ve tetikleyici faktörlerinin benzer olmadığı bildirilmiştir. Bu kişilerin intihar biçim ve hızları ev sahibi kültür ile özgün kültür arasında bir yerde yer almaktadır (85, 86).

İntiharın bazı yönleri tüm toplumlarda sorun olarak algılanırken, bu davranışın ne ölçüde kınandığı veya kabul edildiği, kültürel inanç ve değerler tarafından belirlenmektedir. İntiharı patolojize eden Batılı görüşlerin aksine, harakiri (seppuku) gibi törensel intihar biçimlerinin tasvip edildiği Japon toplumunda, intihar yüceltilmekte ve ona bir stigmadan ziyade, şeref isnat edilmektedir. Hindu dul kadınlarda görülen, eşin ölümü sonrasında kendini yakarak öldürme davranışı intiharın bir psikopatoloji veya damgalanan bir davranış değil, yüceltilen bir tutum olarak kavramlaştırıldığını göstermektedir (87).

Farklı merkezlerde ortak yürütülen bir çalışma sonucunda intihar düşünceleri Montreal ve Nagasaki'de %70 oranında bildirilirken Tokyo'da %41 oranında bulunmuştur (88). Amerika'daki farklı etnik gruplarda yapılan çalışmalar özellikle Puertoriko'lu azınlıkta intihar düşünce ve girişimlerinin sık olduğunu bildirmişlerdir; ancak depresyon değişkenine göre eşleştirdiğinde esas risk altındaki topluluğun Avrupa kökenli beyaz ırk

olduğu gösterilmiştir. Nitekim hispaniklerde sonlandırılmış intihar oranı beyazların yarısı kadar bulunmuştur (89).

Türkiye’de depresyon belirti sıklığını ölçmeye yönelik kentsel alanda SCID kullanarak yapılan çalışmada, majör depresyon tanısı konan hastalarda en sık görülen beş belirti çökkün duygudurum, ilgi kaybı, somatik belirtiler, uykuya dalma güçlüğü ve cinsel istek azlığı olarak bulunmuştur. Semptomların yaygınlığını araştıran bu tip çalışmalar depresyonu olan kişinin tüm belirtilerini saptar ve bu belirtiler arasında sıklık sınıflaması yapar. Oysa yapılandırılmış tanısız bir görüşme sonucunda elde edilen verilerle hastanın kendi öz bildiriminden elde edilen veriler farklı olacaktır (77, 90).

Hastaların kendi başvuru yakınmalarının belirlendiği çalışmalardan biri Küey ve Güleç tarafından yapılan "Türkiye’de depresyonun klinik özellikleri çalışması"dır. Bu çalışma yedi ayrı kentte psikiyatri uzmanlarına başvuran 2246 hasta üzerinde yapılmış olup uykusuzluk ve sıkıntı şikayetlerinin depresyonda en sık görülen iki başvuru yakınması olduğu bulunmuştur. Yanık ve arkadaşlarının çalışmasında da Şanlıurfa’da klinik depresyon tanısı konanlarda benzer şekilde sıkıntı, uykusuzluk ve sinirlilik en sık ifade edilen yakınmalar olarak bulunmuştur (90). Bu çalışmaların sınırlılığı ise hastaların öz bildirimlerine ulaşmak için sadece ilk başvuru anındaki şikayete odaklanmalarıdır.

Raguram’ın EMIC kullanarak önce hastaların kendiliklerinin ifade ettikleri ve sonrasında da bir belirti kümesini araştırdıkları çalışmada Hindistan’da depresyon hastalarının kendiliklerinden bildirdikleri en sık (%85) şikayet depresyonun vejetatif belirtileri ile sınırlı olmayan somatik yakınmalar olmuştur. Hastaların yarısından fazlası kendilerini en çok rahatsız eden şikayet olarak DSM depresyon kriterlerinde yer almamasına rağmen ağrıyı belirtmiştir. Derinlemesine görüşmede elde edilen veriler ise depresyonu olan kişilerin zevk alamama veya ilgi kaybını öncelikli olarak ifade etmemelerine rağmen bu tip emosyonel yakınmalarının da mevcut olduğunu göstermiştir. Hastaların yalnız üçte biri kendiliğinden depresif şikayetler bildirmişken, derinlemesine görüşme sonrası bu oran %90’a yükselmiştir (91).

Aynı çalışma deseninde Büyük Britanya’da yapılan çalışmada en sık ifade edilen yakınma üzüntü (%87,2) olarak bulunmuştur. Kendiliğinden bildirilen somatik yakınmalar %10,6 düzeyinde iken derinlemesine görüşme sonrasında oran %76,6’ya çıkmıştır. Anksiyete belirtileri de %40,4 gibi yüksek oranda bildirilmiştir (92).

Semptomların öz bildirim çeşitliliğine bakıldığında DSM’de tarif edilen depresyon tablosunun dışında kalan klinik görünümlere açık olmak depresyonun tanınması önündeki engellerden birini aşma yolunda gereklidir. Depresyonun nasıl ifade edildiğini bilmek hem hastalığı tanımayı, hem de hastaların tedavideki beklentilerini anlamayı sağlayacaktır (21, 39).

4.4.4. Etiyoloji

Depresyonun etyolojisini açıklamaya yönelik teorik modeller çeşitlidir. Biyomedikal model nörokimyasal, genetik etkenlere vurgu yaparken; sosyokültürel modeller çevre koşulları ve yaşam olaylarının etkisinden bahseder. Psikolojik modeller ise dinamik, bilişsel ve davranışsal faktörlere odaklanır. Çağımızda biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenlerin birbirleri ile etkileşerek depresyonun oluşumuna neden olduğu görüşü yaygın kabul görmektedir (93).

Psikiyatrik bozuklukların nedenleri ile ilgili tutum; insanoğlunun içinde yaşadığı evren ve onu anlama biçimi, varlığını sürdürebilme koşulları, kültürü, teknolojisi ve kişilerarası ilişkileri gibi karşılıklı etkileşim halindeki pek çok etmenin rolüne bağlı olarak zaman içinde ve bölgeden bölgeye değişiklikler gösterir (94).

Acıya ve bunun yansıması olan belirtiyeye atfedilen anlam ve önem, bireye bir hastalık öyküsü yazdırır. Bu normal dışı süreç üzerinde kontrol kazanabilmek, yeniden eski duruma dönmek için öncelikle nedensel bir açıklama geliştirir. Hissettiği belirtiyeyi kendi dışındaki nedenlere (mikroplara, kötü ruhlara, yediği bir şeye) bağlayıp dışsallaştırabilir, bedeninde bir şeylerin iyi gitmediğini, organlarının iyi çalışmadığını düşünerek içselleştirebilir ya da ruhsal bir sürece bağlayarak (birisine öfkelenme, canının sıkılması gibi) ruhsallaştırabilir. Hastalık yaşantısına verilen anlam, bireyin çare arama eğilimini ve tarzını, klinisyen ile ilişkisini, tedaviye uyumunu ve hastalık sürecini yakından etkiler (31).

Batılı toplumlar bireyi bağımsız ve otonom gördüğünden depresif belirtiler genellikle içsel bozukluklar ile ilişkilendirilir. Duyguların sosyal etkileşimden kaynak alan göreceli yapısı reddedilir. Kişilikle ilgili faktörlerin rolü abartılırken sosyal bağlamın rolü yok sayılır (95). Oysa bireyi daha sosyal bağlam içerisinde değerlendiren toplumlarda benzer şikayetler kişilerarası ilişki problemleriyle ilişkilendirilir. Sorun içsel psikolojik çatışmalardan çok dışsal yaşam olaylarıyla açıklanır (96).

Amerika'da orta sınıf beyaz ırktan kadınların depresyon etiyolojisi üzerine algılamalarını araştıran bir çalışmada depresyona dair biyolojik ve psikolojik atıfların yaygın olduğu gösterilmiştir. Psikolojik açıklamalar sıklıkla çocukluk çağı sorunları ve yetiştirilmeye bağlı sorunlar, biyolojik açıklamalarsa nörokimyasal, hormonal dengesizlik ve düzensiz beslenme gibi tanımlanmıştır (97). Yine Britanya'da hastaların yaklaşık yarısı depresyon sebebi olarak kalıtsal bir etkenden bahsederken, Afrika ve Latin kökenli Amerikalılarda biyolojik atıflar çok az bildirilmiştir (97, 98).

Kişilik zayıflığı, iradesizlik gibi psikolojik atıfların yaygın olduğu durumlarda, kişinin hasta olmaktan dolayı kendini suçlama eğiliminin ve beraberinde stigmatizasyonun arttığı düşünülmüştür. Depresyonun kişinin kendi kontrolüne ve iradesine bağlı olduğu düşüncesi tıbbi tedavi arayışını azaltmaktadır. Kimyasal dengesizlik açıklamasının ise kişisel sorumluluk duygusunu hafifleterek, stigmatı azalttığı, kişiyi rahatsızlığa karşı daha güçlü ve mücadeleci olmaya ittiği, çare arama davranışı önündeki ketlenmeyi azalttığı düşünülmüştür. Hatta Batı'da depresif hastaların biyolojik açıklama modellerini daha sık ifade ettikleri gözlemi stigmatı azaltma ve hastalığı meşrulaştırma çabası olarak yorumlanmıştır (99, 100).

Bazı toplumlarda depresyona yönelik atıfların biyopsikiyatrik modelin varsayımlarından uzak olması düşük tedavi oranları ile ilişkilendirilmektedir. İstanbul'da seçilen bir örnekte depresyonun her türlü zorlanma ya da üzüntüyü ifade etmek için kullanılan bir kavram olduğu gösterilmiş; dolayısıyla depresyonun bir hastalık değil zaman zaman her insanın yaşayabileceği bir dönem olduğu aktarılmıştır. Depresyon, %90'a varan oranlarda sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkan bir durum olarak nitelenmiş, katılımcılar sıklıkla ailevi sorunlara, bazen de maddi yetersizliklere vurgu yapmışlardır. Depresyonun genetik, biyolojik sebepleri olabileceğini düşünenlerin oranı çok sınırlı kalmıştır (101). Olumsuz yaşam olaylarının depresyonun ortaya çıkış sebebi olduğunu belirten farklı topluluklarda ise, durumsal açıklamalar hispanikler için özellikle aile bireylerinin bakım yükü ve toplumun kendilerine yüklediği rollerle ilişkiliyken, Avrupa kökenli hastalar için işsizlik ve finansal problemler üzerine odaklıdır (102).

Hastalığın beslenmeyle ilgili sorunlara, iklime, havaya, üşütmeye, aşırı yorulmaya, dinsel ya da mistik inançlara (cine, şeytana, nazara vb.) ya da tıbbi nedenlere bağlaması, hastanın tedavi arayışındaki yönelimini belirleyecektir. Batı toplumlarında kader, şans, doğaüstü güçlerin rolünü düşünenlerin oranı çok düşükken Hinduizm'i benimseyen

toplumlarda Karma inancının da etkisiyle hastalıkları geçmişte ve bugün yapılan iyi ve kötü eylemlerin sonucu olarak görme sıktır (92, 103). Ancak son yıllarda ruh sağlığı hizmetlerini doğrudan kullanma eğilimi tüm ülkelerde artışı göstermektedir; kültürel etmenler kadar kültürlerarası etkileşim de ruhsal hastalıkların gelişiminde nelerin etkisi olduğu sorusuna verilen yanıtları şekillendirmektedir (31).

4.4.5. Tedavi

Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisine ilişkin olarak özellikle son yıllarda ulaşılan olağanüstü teorik ve pratik bilgi birikimine rağmen bu birikimin sorunu olan kişilerin hizmetine sunulmasında zorluklar yaşanmaktadır. Toplumun genel ve yöresel inanış ve tutumlarını dikkate almak bu doğrultuda bir adım olacaktır. Yalnızca etkinliği ve güvenilirliği yüksek bir tedavi sunmak değil, sunulan bu tedavinin herkes tarafından faydalanılabilir olmasına çalışılmalıdır (94).

Her devirde ve her toplumda hastalığı tedavi etme mücadelesi içinde olan insanoğlu bu mücadeleyi değer yargılarıyla, inançlarıyla, gelenek ve görenekleriyle, dünya görüşü ve teknolojisiyle yapmaktadır (28). Hastalıkların modern tıbbi yöntemlerle tedavisi önemli olmakla beraber, toplumların hastalığı algılama ve kabullenmesinde belirleyici rolü olan kültürdür. Ruh sağlığı birimlerine ulaşım yollarını inceleyen çalışmalar; çeşitli etnik ve sosyoekonomik grupların farklı çare arama davranışları olduğunu göstermektedir (104, 105).

Sağlık alanında biyomedikal modelin toplumsal geleneklerle çelişmesi tedaviye ulaşım için bir bariyer oluşturmaktadır (93). Blumenthal ve Endicott majör depresif atak kriterlerini karşılayan kişilerin %55'inin tedavi almadıklarını ve bunun sebebinin rahatsızlığı stresli yaşam olaylarına olağan bir yanıt olarak görmeleri ve kendi kendilerine üstesinden gelebilecekleri bir durum olarak tanımlamaları olduğunu bildirmiştir (106). Ülkemizde, halkın genel olarak depresif bozukluklara “normalize edici” bir tutumla yaklaştığını; bu bozuklukları olağan bir yaşam biçimi olarak algıladığını ve sonuçta depresyonu tedavi gerektirir rahatsızlıklar içinde görmediğini söyleyebiliriz (16).

Emosyonel sıkıntıları hastalık olarak görmeme eğilimindeki Çinliler de rahatsızlıklarının giderilmesi için doktorlar yerine yerel geleneksel tedavilere başvurumaktadırlar (29). Güney Afrika'da %70, Endonezya'da %54, Pakistan'da %13 ve Hindistan'da ise %12 oranında ilk başvuruların geleneksel tedavicilere yapıldığı

bildirilmiştir (104). Vietnam'da medikal tedavinin yanı sıra geleneksel tedavilere de başvurunun yoğun olduğu, çoklu yöntem başvurunun bir istisnadan çok normu oluşturduğu savunulmuştur (107).

Pakistan'da geleneksel tedavilere başvuran kişilerde yapılan bir çalışmada, bu kişilerin %61'inde psikiyatrik bir bozukluk olduğu ve ICD-10'a göre %30'unun depresif bozukluk tanısı aldığı belirlenmiştir (108). Yine Tanzanya'da yapılan bir çalışma özellikle psikiyatrik hastalıklar sebebiyle geleneksel tedavilere başvurma oranının yüksek (%48) olduğunu bildirmiştir (109).

Anadolu'da tarihin tüm dönemlerinde pek çok medeniyet barınmıştır. Bu medeniyetlerin etkisiyle bugün bile yansımalarını görebildiğimiz zengin bir inanç sistemi oluşmuştur. Bu inanç sistemi, ruhsal sorunların giderilmesi sürecinde de sıklıkla başvuru geleneksel uygulamalar sunmaktadır. Çare arama davranışı, bazen yatır, türbe gibi yerlere giderek, bazen din görevlisi hoca veya din görevlisi olmayan muskacı, üfürükçülere başvurarak sergilenmektedir (110). Almanya'da yaşayan Türklerde psikiyatrik hastalıkları büyü kavramıyla açıklamanın genel kabul gördüğü ve çare için hocalara danışıldığı bildirilmiştir (111). Erzurum'da psikiyatri hastalarında tıp dışı başvuru oranı %14.7 olarak bulunmuştur (112).

Ruhsal hastalıklarla ilgili tedaviye başvurma önündeki önemli engellerden bir diğeri de damgalanma endişesidir. Halkın ruhsal hastalıklar ile ilgili birçok olumsuz düşünce, tutum ve davranışa sahip olduğu, depresyonun da bu olumsuz tutumdan muaf olmadığı bilinmektedir. Gelişmekte olan toplumlarda ruhsal hastalıkların tedavisi, olanaklara ulaşım kolay ve ucuz olduğunda dahi, sıklıkla aksamaktadır (113, 114). Bu ülkelerde yoğun olarak karşılaşılan ruhsal hastalıklara yönelik sosyal damgalanma, tedavi aramaya istekli insanların sayısını azaltmaktadır (80, 115). Çinli hastaların özellikle gelecekte evlilik ve kariyer planlarını bozabileceği endişesiyle tıbbi tedaviye başvurudan çekindikleri bildirilmiştir (63).

Depresyonun belirti kümesindeki çeşitlilik de başvuruların yönünde etkili olacaktır. Somatizasyonun ön planda olması depresyon hastalarının olasılıkla ruh sağlığı dışında kalan sağlık kuruluşlarına başvurusu ile sonuçlanacaktır. Nitekim Türkiye'de depresyon tanısı konan hastaların %70'inin önce psikiyatri dışı hekimlere başvurduğu bulunmuştur (64).

Ruhsal hastalık belirtileri ile sağlık çalışanlarından önce hastanın ailesi ve sosyal çevresi karşılaşmaktadır dolayısıyla onların da ne yapılması gerektiğine inançları ve nerileri çare arama davranışını yönlendirecektir. Hasta ve ailesinin açıklama modelleri modern tıpla farklılık gösterebilir, hatta bazen birbirleriyle çelişebilir ki bu tanı ve tedavi sürecinde engelleyici olabilir (52). Ruh hastalığının doğauşt glerle ilişkisi olduğuna inanmamasına rağmen, bazı Malezya’lı hastaların aile ve evre etkisiyle “Bomoh” adı verilen geleneksel iyileştiricilere başvurdukları bildirilmektedir (31). Ayrıca bireylerin sosyal ağlarında bulunan arkadaş ve akrabaların sağladığı duygusal destek profesyonel yardım kaynaklarını kullanmayı ertelemeye neden olmaktadır (101).

Psikiyatri alanında çalışmalar göstermektedir ki ayaktan tedavi önerilen hastaların tedaviye uyumları %29 ile %65 oranları arasında değişmektedir ve özellikle transkültürel servislerde tedavi işbirliği oranları çok daha düşüktür (116). Antidepresan ilaç tedavisine uyumu değerlendiren bir çalışmada ABD’de yaşayan güney Asyalı hastaların %61’inin tetkiklerinde kan ilaç düzeyi hiç saptanmamıştır (117). Benzer bir çalışma antidepresan ilacını düzenli kullandığını bildiren güney Asyalı hastalarla yürütülmüş ve hastaların yine yaklaşık yarısında kan ilaç düzeyi hiç saptanmamış, terapötik ilaç düzeyi ise sadece %16 hastada yakalanmıştır. Tedaviden beklentide kültürel farklar, hasta ve hekim arasındaki hastalık modellerindeki ayrışma, yetersiz iletişim, psikiyatrik tedavi almakla ilgili sosyal stigma ve ilaç yan etkilerine artmış duyarlılık tedaviye uyumsuzluğu açıklayan etnik farklar olarak sıralanmıştır (118).

Depresyonun ilaç ile tedavisini tercih eden kişilerin oranı Avrupalı Amerikalılardan oluşan grupta %62 oranında iken Afrikalı Amerikalılarda bu oran %6,7’de kalmıştır. Her iki gruptaki katılımcıların ilaçlara bağlı yan etkiler konusunda çekinceli olma oranları aynı olsa da, ilacın etkinliği hakkında beklentiler farklıdır. Avrupalı Amerikalılar ilaçların beyindeki bir dengesizliği düzelteceğini, kişiyi daha enerjik ve üretken yapacağını beklerken, Afrikalı Amerikalılar ilaç etkisinin yatıştırıcı ve sakinleştirici etki göstereceğini düşünmektedirler. Afrikalı Amerikalılar ilaç kullanmayı sadece hastalığın çok ağır olduğu ve başka çare kalmadığı durumda kabul edeceklerini bildirmişlerdir. Bunun dışında yaşamın gerçek sorunlarının tedavisi için ilaç uygunsuz bir yöntemdir (102).

Ruh sağlığı çalışanlarına başvuruların sınırlılığı ve ilaç tedavisiyle ilgili çekincelerin varlığı göz önüne alındığında, kişilere depresif şikayetlerin düzelmesi için en etkili olabilecek yöntemler sorulduğunda kendi kendine yardım yöntemleri ön plana çıkmıştır.

Aile ve arkadaşlardan destek almak, keyif veren aktivitelere katılmak ve spor yapmak faydalı olabilecek yöntemler olarak sıralanmıştır. Psikotrop ilaçlara yönelik olumsuz tutumların aksine vitaminler ve bitkisel ürünlerle ilgili düşünceler sıklıkla olumlu olmuştur (119). Türkiye’de hastalığın durumsal sebeplere atfedilmesinin de etkisiyle ortam değişikliğinin şikayetleri azaltacağı görüşü sıklıkla bildirilmiş ancak sosyal sorunlar çözülmeyen depresyonun geçmeyeceğini düşünenlerin oranı da azımsanmayacak kadar yüksek bulunmuştur (101).

4.5. BAŞA ÇIKMA TARZLARI

Baş çıkma, birey tarafından stresli olarak algılanan ve bireysel kaynakları zorlayan olay ya da etkenleri kontrol altına almak, yarattığı olumsuz etkileri en aza indirmek için gösterilen bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalar olarak tanımlanabilir (120, 121). Kişinin kullandığı baş çıkma tutumları stresörün niteliği, kişinin öz kaynakları, kültür ve sosyal bağlam gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilir (122).

Lazarus’un stres değerlendirme modeline göre; kişi kaynaklarını zorlayan bir olayla karşılaştığında olası stresörü üç aşamalı bir değerlendirme sürecine tabi tutar. Birincil değerlendirme (primary appraisal) kişinin karşılaştığı olayı bir tehdit/tehlike olarak kabul edip etmediğinin değerlendirmesidir. İkincil değerlendirme (secondary appraisal) kişinin stres kaynağı olarak değerlendirdiği olayla baş etmeye yönelik olası çözümler ve öz kaynakları gözden geçirme sürecidir. Baş çıkma ise bu çözümlerin uygulama aşamasıdır (123).

İlk kuramsal yaklaşımlar, stresle baş çıkma tutumlarını problem odaklı ve duygu odaklı olarak iki boyutta incelemektedir. Problem odaklı baş çıkma doğrudan stres yaratan durumun ortadan kaldırılmasına, etkisinin en aza indirilmesine veya kişinin stres kaynağıyla ilişkisini değiştirmesine yönelik çabalar vardır. Duygu odaklı baş çıkma yöntemiyle problemi veya durumu doğrudan değiştirmeye çalışmaz, stresli durumun yol açtığı duyguların düzenlenmesi, azaltılması veya ortadan kaldırılmasını amaçlar (121).

Bir başka şekilde, baş çıkma tutumları aktif ve pasif olan tutumlar şeklinde tanımlanmaktadır. Aktif olanlar stresörün kendisinin değiştirilmesini ya da ortadan kaldırılmasını hedefleyen davranışsal ya da psikolojik yanıtları (planlama, ek aktiviteleri sınırlandırma, çözüm için uygun zamanı bekleme, yardımcı sosyal destek

arama), pasif olanlar ise stresörlerden uzaklaştıran davranışları (olumlu yorumlama, kabullenme, inkar, dine yönelim, mizah, maneviyat odaklı sosyal destek arama) içerir (123).

Başa çıkma ile ilgili son dönem kuramsal çalışmalar ise problem ve duygu odaklı başa çıkma tarzlarına ek olarak kaçınmacı tutumdan ve farklı bir sınıflama tarzı geliştirilmesi gerektiği savıyla boyutsal yaklaşımdan söz etmektedir (124).

Probleme yönelik baş etme stratejilerinin kişiyi daha çok geliştirici; duygulara yönelik ve kaçınmacı stratejilerin ise uyumu ve üretkenliği bozucu olduğuna ilişkin yaygın bir görüş bulunmaktadır. Esasen pek çok insan, karşılaştığı stresli durumlarda hem problem odaklı, hem de duygu odaklı başa çıkmayı eş zamanlı birlikte kullanır (120).

Uyuma yönelik olmayan (maladaptif) başa çıkma tutumları, stres oluşturan yaşam olayları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin anlaşılmasında merkezi bir rol oynamaktadır (125). Bazı başa çıkma tarzları bireyi stresli yaşam olaylarından uzak tutarken, diğerleri ruhsal bozukluklara karşı bireyin duyarlılığını arttırmaktadır (126). Aktif başa çıkma tutumları yerine emosyonel gerilimi azaltmaya yönelik başa çıkma tutumlarının kullanılmasının psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkması ve sürmesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (125).

Pasif tarzların depresyon için “yakıt” işlevi gördüğü belirtilmektedir. Kanada’da ayaktan tedavi gören depresyonlu hastalar ile kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, depresyonu olan hasta grubunun anlamlı düzeyde pasif tarzları kullandıkları görülmüştür (127). Depresyon hastalarının sıklıkla kaçınma, ilgiyi dağıtma, mucize bekleme, düşümlenme gibi duygu yönelimli başa çıkma yöntemlerine başvurdukları ileri sürülmektedir (16). Kore’de yapılan bir çalışmada da depresif belirti düzeyleri yüksek olan üniversite öğrencilerinin pasif başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandıkları, depresyon puanları azaldıkça aktif başa çıkma yöntemlerinin kullanma oranının arttığı bildirilmiştir. Yine Hindistan’da yürütülen bir çalışmada benzer şekilde depresif belirti şiddetinin artması ile kaçınmacı başa çıkma yöntemlerinin ilişkisi gösterilmiştir. Çalışmanın sonuçları, depresif belirti düzeyi yükseldikçe stresle başa çıkma sürecinde çaresizlik içeren pasif başa çıkma tarzlarını kullanma eğiliminin arttırdığı şeklinde yorumlanabileceği gibi, pasif başa çıkma tarzlarını kullanan bireylerin depresyon geliştirmeye daha yatkın oldukları şeklinde de yorumlanabilir (128, 129).

Problem odaklı aktif baş etmenin kişinin sağlıklı oluş halinin temininde etkili olduğu gösterilmiş olması rağmen problemi değiştirmekle ilgili bir şey yapılamayacağına dair kanıtlar varsa ya da problem odaklı stratejiler başarısız olmuşsa, duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinin daha işlevsel hale geldiğini vurgulayan çalışmalar da vardır. Bir başka deyişle başa çıkma tutumları içerisinde yöntemlerin birinin diğerine üstünlüğü mutlak değildir (123). Kanada’da yaşayan Asyalı azınlık ile yapılan bir çalışma, tahammül ve sabrın ayrımcılık stresi ile depresyon gelişimi arasındaki ilişkiyi zayıflattığını göstermiştir. Özellikle geleneksel değerlere bağlı kişilerde bu koruyucu etkinin daha da fazla olduğu gösterilmiştir. Bir pasif başa çıkma stratejisi olan tahammülün bu koruyucu etkisi, ayrımcılık gibi kontrol edilemeyen bir stres faktörü değerlendirildiğinden ya da kültürler arası bir farkın mevcudiyetinden kaynaklanabilir görüşü ortaya çıkmıştır (122, 130).

Baş çıkma tarzları aynı zamanda kültürel norm ve değerleri yansıtır. McCrae (1984) başa çıkma tutumlarını, kişilerarası etkileşim ve sosyalizasyon sonucunda şekillenen öğrenilmiş davranışlar olarak tanımlar, dolayısıyla toplumu oluşturan bireyler arasında stres yaratan olaya yaklaşımın benzerlikler taşıyacağını vurgular (131). Özellikle Asya ve Latin Amerika gibi toplulukçu kültürlerde kişilerarası ilişkilerin korunması öncelikli olduğundan kaçınmacı, pasif başa çıkma tarzlarının daha sık gözlemlendiği bildirilmektedir (122).

Kişi stres veren bir durumla karşılaştığında her zamankinden daha fazla sosyal destek ihtiyacı olabilmektedir. Bir başa çıkma stratejisi olarak sosyal destek arayışı tavsiye, bilgi ve pratik yardımlara erişim hedefi taşıdığına bireyin toplumsal ağ geliştirme gücü ve anlamlı ilişkiler kurma yetisini yakından etkileyerek stresin etkisini azaltmaktadır. Yoksul ve gelişmekte olan ülkelerde olumsuz yaşam koşullarına karşın depresyon prevalansının düşük bulunması yaşamın iç içe olması, aile ve arkadaşların sosyal desteği ve kültürün koruyucu rolü ile açıklanmaktadır (133). Çin kültürünün zorluğa karşı dayanıklılık ve azmi öven, aile ve sosyal çevre ile dayanışmayı destekleyen köklü geleneğinin depresyon gelişmesi açısından koruyucu olabileceği bildirilmiştir (132). Sosyal izolasyon ve yalnızlık gibi aksi durumların da yüksek stres aktivasyonu ve mevcut psikopatolojilerin yetersiz tedavisi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (134).

Allen ve arkadaşları (2000), sosyal desteğin stres yaratan durumu ortadan kaldırmasa bile, bireylerin kaygı düzeylerini azaltarak daha iyimser olmalarına sebep olduğunu ve yeni çözümler üretmelerine yardımcı olarak çaresizlik duygularını azalttığını bildirmişlerdir.

Dolayısıyla zorlayıcı bir olay karşısında kendini yetersiz ve kırılman hissedenden bireyin yeniden güveninin inşasını sağlar (123).

Bu bağlamda kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek, tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır (125).

5. MATERYAL VE YÖNTEM

Çalışmaya İstanbul Bilim Üniversitesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre yapılan klinik görüşme sonucunda majör depresif bozukluk tanısı almış 18 yaş ve üzeri 42 kişi randomize olarak alınmıştır. Psikotik özellikli depresyon, bipolar depresyon, komorbid organik mental bozukluklar, komorbid alkol-madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Katılımcılara ilk görüşmede bilgilendirilmiş onamlarının alınması sonrasında HDDÖ uygulanmış, bir sonraki görüşmede de sırasıyla EMIC, SCL-90 ve SBÇTÖ uygulanmıştır. Bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 17.0 for Windows programı kullanılmış; tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans), parametrik dağılım özelliği göstermeyen ölçümlerin karşılaştırılmasında Chi Square (ki-kare) testi, t-test, varyans analizleri ve korelasyon testleri kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler aşağıdaki gibidir:

Belirti Tarama Listesi (SCL-90)

Belirti Tarama Listesi kendini değerlendirmeye dayalı bir psikiyatrik belirti tarama aracıdır. Doksan maddeden oluşan, genel psikopatoloji düzeyi ve ruhsal belirtiler yönünden zorlanma düzeyini ölçen bir testtir. Derogatis ve arkadaşları (1973) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Dağ (1991) tarafından yapılmıştır (135).

9 farklı belirti kümesini değerlendirmeye yarayan ve 1'i de ek bilgi veren toplam 10 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler: (a) somatizasyon, (b) anksiyete, (c) depresyon, (d) obsesif-kompulsif özellikler, (e) kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, (f) öfke, (g) paranoid düşünceler, (h) psikotik belirtiler, (i) fobi ve (j) ek skala şeklinde oluşturulmuştur (135).

Her madde için 0-4 arasında puan verilen Likert tipi bir ölçektir. Ölçek genel ortalama puanı olan Genel Belirti Düzeyi'ndeki (GSI) artış bireydeki psikiyatrik

belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder ve ölçeğin en iyi endeksidir. Her bir alt test puanının ve genel belirti puanının yorumlanmasında 0,00-1,5 arası puanlar 'normal', 1,51-2,5 arası puanlar "belirti düzeyi yüksek", 2,51-4,00 aralığını ise "belirti düzeyi çok yüksek" olarak kabul edilmektedir (136).

Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)

Depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler arasında en sık kullanılanıdır. Hamilton (1960) tarafından hazırlanan orijinal ölçek 17 maddelidir. Diğer formları depresyonun şiddetini belirlemekten çok, depresyonun tipini ayırt etmeye yöneliktir (137).

HDDÖ'de maddeler 0-4 ve 0-2 arasında işaretlenmektedir. Ölçülebilir şiddette olanlar 0-4 arasında derecelendirilir ve 4, o semptomun şiddetli olduğunu gösterir. Bazı semptomları ölçmenin ise oldukça zor olduğunu düşünülüp sadece 0-2 arasında derecelendirmiştir (138).

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır. Kesme noktaları >23; çok şiddetli, 19-22; şiddetli, 14-18; orta derecede, 8-13; hafif derecede ve $7 \geq$ normal olarak saptanmıştır. HDDÖ iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,75, güvenirlik katsayısı ise 0,76 olarak bulunmuştur (138, 139).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Folkman ve Lazarus'un 1980 yılında geliştirdikleri Stresle Başa Çıkma Yolları Envanteri'nden (Ways of Coping Inventory-WCI) yola çıkılarak hazırlanmış, değişik stresli durumlarda geçerliliği olan, özellikle depresyon, yalnızlık, psikosomatik sorunlar gibi belirtilerle ilişkili başa çıkma mekanizmalarını saptamaya yönelik bir ölçektir (128).

Ülkemizde ölçeğin ilk standardizasyon çalışması 1988 yılında Siva tarafından gerçekleştirilmiş ve ölçek Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) olarak kullanılmaya başlanmıştır. SBÇTÖ ile ilgili diğer bir faktör analizi çalışması 1992 yılında Şahin ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin 30 maddelik formu kullanılmış olup geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şahin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (140).

Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar “probleme yönelik/aktif” ve “duygulara yönelik/ pasif ” tarzlardır. Aktif tarzları “sosyal desteğe başvurma”, “iyimser yaklaşım” ve “kendine güvenli yaklaşım” alt ölçekleri, pasif tarzları “çaresiz yaklaşım” ve “boyun eğici yaklaşım” alt ölçekleri göstermektedir (128).

Sorulara 0-3 arası puan verilen 4'lü Likert tipi bir ölçektir. 1 ve 9. sorularda puanlama tersten yapılmaktadır. Puanların yüksekliği, kişinin o tarzı daha çok kullandığını göstermektedir. Alt ölçeklerde alınan puanların ortalaması arttıkça kişinin stresle başa çıkmada o tarzı daha sık kullandığı anlaşılmaktadır (128).

Açıklama Modelleri Görüşme Kataloğu (EMIC)

Weiss tarafından geliştirilen EMIC, açıklama modelleri zemininde, hastalık yaşantısının temel bileşenleri olan hastalık deneyimi, hastalığı anlamlandırma ve yardım arama davranışını keşfetmek için oluşturulmuş yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Günümüzde kültürel araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Hastalık yaşantısı ile ilgili hem niceliksel, hem de niteliksel veri sağlayarak durumun tanımlamasını ve kültürel temsillerin karşılaştırmasını yapmayı kolaylaştırır (33).

Formun başlangıcında katılımcıların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla oluşturulan bir kısım bulunur. Daha sonra hastalığın üç boyutu şikayetlerin ifadesi (patterns of distress), algılanan nedenleri (perceived causes) ve çare arama davranışı (help seeking behavior) ile ilgili bilgilere ulaşmayı hedefler. Her bir boyut öncelikle kişinin kendi anlatılarını elde edebilmek için açık uçlu sorularla başlar ve sonrasında kategorik olarak kodlanmış verilerle desteklenir (38).

Yerel şartlara ve araştırma konusu olan hastalığa göre uyarlanması gereklidir. Bu çalışmada kullanılan formun hazırlık aşamasında daha önce Yılmaz ve Weiss tarafından Türk hastalara uygulanmak üzere geliştirilmiş olan EMIC formu temel alınmış, ülkemizde depresyon ve kültürel psikiyatri alanında yapılan çalışmaların verileri de göz önünde bulundurularak araştırmacılar tarafından yeniden düzenlenmiştir (38, 44, 141, 142).

6. BULGULAR

6.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan toplam 42 hastadan 35'i (%83,3) kadın, 7'si (%16,7) erkekti. Hastalar 21-73 yaşları arasında olup, yaş ortalaması $39,02 \pm 12,52$ idi.

Katılımcıların %42,9'u evli, %33,4'ü bekar, %19,0'u boşanmış, %4,8'i dul idi. Katılımcılardan çocuk sahibi olanlar 25 kişi (%59,5) ve ortalama çocuk sayısı $1,62 \pm 1,1$ 'di.

Öğrenim durumları incelendiğinde katılımcıların %21,4'ü orta okul ve altı, %38,1'i lise, %40,5'i üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahipti. Okur yazar olmayan 2 kişi (%4,8) de orta okul ve altı eğitim grubuna dahil edildi.

Katılımcıların %45,3'ü aktif çalışan, %9,5'i öğrenci ve %45,3'ü herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Çalışmayan gruptaki kişilerin genele dağılımına bakıldığında %21,4 ev hanımı, %19,0 işsiz ve %4,8 ise emekliydi.

Gelir düzeyi dağılımına baktığımızda; katılımcıların %40,5'ini 1500 TL ve altı aylık gelir bildirenler, %35,7'sini 1500-3000 TL arası gelir bildirenler ve %23,8'ini 3000 TL ve üzeri gelir bildirenler oluşturmaktaydı.

Katılımcıların %50,0'si İstanbul doğumlu ve tümü İstanbul'da yaşamaktaydı. %83,3'ü 10 yıldan uzun süredir, %16,7'si ise 10 yıl veya daha az bir zamandır İstanbul'da ikamet etmekteydi.

41 kişi (%97,6) inancını İslam olarak, 1 kişi (%2,4) de ateist olarak tanımladı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Çalışma grubunun ortalama HDDÖ puanı $19,85 \pm 4,17$ (12-32 arasında) olarak bulundu. Grubun HDDÖ ile depresyon şiddetine baktığımızda 2 kişide hafif, 16 kişide orta 24 kişide şiddetli düzeyde depresyon bulundu.

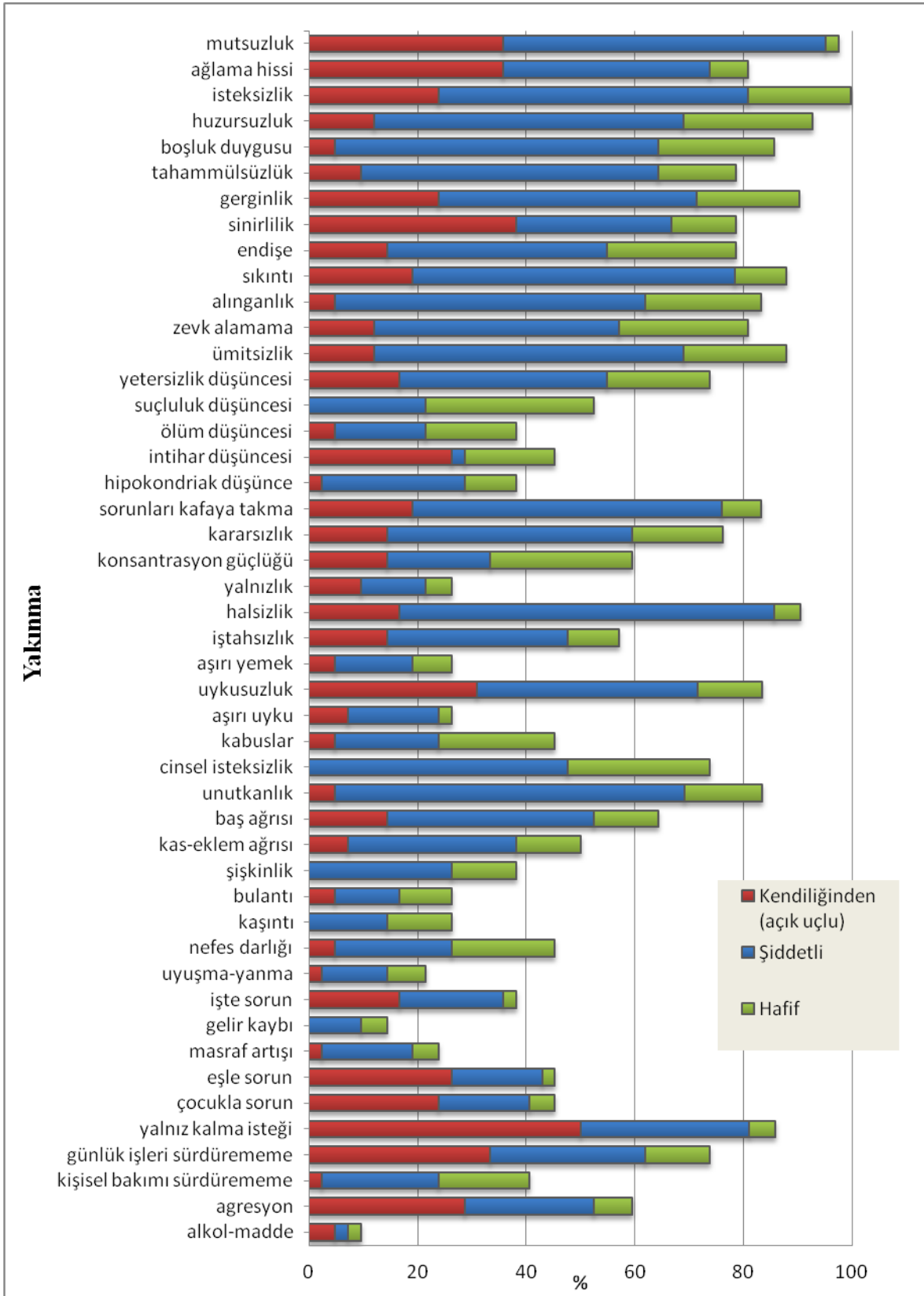
Şikayetlerin başlamasından polikliniğe başvuru zamanına kadar geçen süre (hastalık süresi) 1 ay ile 5 yıl arasında değişmekteydi. (ortalama $10,5 \pm 12,80$ ay)

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

| | | n | % |
|-------------------------|---------------------|----------|----------|
| Cinsiyet | Kadın | 35 | 83,3 |
| | Erkek | 7 | 16,7 |
| Medeni Durum | Bekar | 14 | 33,4 |
| | Evli | 18 | 42,9 |
| | Boşanmış | 8 | 19,0 |
| | Dul | 2 | 4,8 |
| Eğitim | Orta okul ve altı | 9 | 21,4 |
| | Lise | 16 | 38,1 |
| | Üniversite ve üzeri | 17 | 40,5 |
| Çalışma Durumu | Öğrenci | 4 | 9,5 |
| | Ev hanımı | 9 | 21,4 |
| | Aktif çalışan | 19 | 45,3 |
| | Emekli | 2 | 4,8 |
| | İşsiz | 8 | 19,0 |
| Gelir Durumu | 1500 TL ve altı | 17 | 40,5 |
| | 1500-3000 TL arası | 15 | 35,7 |
| | 3000 TL ve üzeri | 10 | 23,8 |
| Kiminle Yaşadığı | Yalnız | 3 | 7,2 |
| | Çekirdek aile | 29 | 69,0 |
| | Geniş aile | 9 | 21,4 |
| | Partner ile | 1 | 2,4 |
| Çocuk | Var | 25 | 59,5 |
| | Yok | 17 | 40,5 |
| Din | İslam | 41 | 97,6 |
| | Diğer | 1 | 2,4 |

6.2. EMIC ölçeği ile elde edilen verilerin frekans dağılımları:

Şekil 1: Yakınlmanın Dağılımı



Hastaların kendiliğinden belirttiği şikayetler incelendiğinde sırasıyla en fazla yalnız kalma isteği- kimseyle görüşmeme (%50,0), sinirlilik (%38,1), mutsuzluk- üzüntü (%35,7), ağlama (%35,7) ve günlük işleri sürdürememe (%33,3) bildirilmiştir. (Tablo 3) Tahammülsüzlük, gerginlik, sinirlilik ve hırçnlık/agresyon maddelerinden en az birini kendiliğinden yakınma olarak bildiren toplamda 20 kişi (%47,61) bulundu.

Tablo 3. En sık kendiliğinden bildirilen yakınmalar

| Yakınma | N | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Yalnız kalma isteği | 21 | 50,0 |
| Sinirlilik | 16 | 38,1 |
| Mutsuzluk- Üzüntü | 15 | 35,7 |
| Ağlama | 15 | 35,7 |
| Günlük işleri sürdürememe | 14 | 33,3 |
| Uykusuzluk | 13 | 31,0 |
| Hırçnlık/Agresyon | 12 | 28,6 |
| Eş/Partnerle sorun | 11 | 26,2 |
| İntihar düşüncesi | 11 | 26,2 |
| Gerginlik | 10 | 23,8 |
| İsteksizlik | 10 | 23,8 |
| Çocukla sorun | 10 | 23,8 |
| Sıkıntı | 8 | 19,0 |
| Sorunları kafaya takma | 8 | 19,0 |
| Yetersizlik düşüncesi | 7 | 16,7 |
| Halsizlik | 7 | 16,7 |
| İşte sorun | 7 | 16,7 |
| İştahsızlık | 6 | 14,3 |
| Baş ağrısı | 6 | 14,3 |
| Kararsızlık | 6 | 14,3 |
| Konsantrasyon güçlüğü | 6 | 14,3 |
| Endişe | 6 | 14,3 |
| Zevk alamama | 5 | 11,9 |
| Ümitsizlik | 5 | 11,9 |

* %10'un altında kalanlar dahil edilmemiştir.

Kendiliğinden ifade edilen yakınmalar duygusal, bilişsel, somatik ve işlevsel/davranışsal yakınmalar olarak 4 kategoride gruplandırıldığında; katılımcıların %88,1'i duygusal, yine %88,1'i işlevsel/davranışsal, %73,8'i bilişsel ve %66,6'sı somatik yakınmaları kendi anlatımlarında vurgulamıştır. (Tablo 4)

Tablo 4. Kendiliğinden bildirilen yakınmaların gruplaması

| | Duygusal | Bilişsel | Somatik | İşlevsel/Davranışsal |
|-------------------------------------|--|---|--|---|
| n (%) | 37 (%88,1) | 31 (%73,8) | 28 (%66,6) | 37 (%88,1) |
| Yakınma sayısı ve ortalaması | 0 – 5 2,35±1,34 | 0 – 4 1,21±1,08 | 0 – 4 1,40±1,29 | 0 – 5 1,92±1,24 |
| En sık ifade edilen yakınma | Sinirlilik (%38,1) Mutsuzluk (%35,7) Ağlama (%35,7) | İntihar düşüncesi (%26,2) Sorunları kafaya takma (%19,0) Yetersizlik düşüncesi (%16,7) | Uykusuzluk (%31,0) Halsizlik (%16,7) İştahsızlık (%14,3) Baş ağrısı (%14,3) | Yalnız kalma isteği (%50,0) Günlük işleri sürdürmememe (%33,3) Hırçınlık, Agresyon (%28,6) |

Yakınmaların gruplandırması aşağıdaki gibidir:

I) Duygusal (EMIC madde 1-12): mutsuzluk, ağlama, isteksizlik, huzursuzluk, boşluk duygusu, tahammülsüzlük, gerginlik, sinirlilik, endişe, sıkıntı, alınganlık, zevk alamama,

II) Bilişsel (EMIC madde 13-22): ümitsizlik, yetersizlik düşüncesi, suçluluk düşüncesi, ölüm (pasif) düşüncesi, intihar düşüncesi, hipokondriak düşünce, sorunları kafaya takma, kararsızlık, konsantrasyon güçlüğü, yalnızlık düşüncesi,

III) Somatik (EMIC madde 23-37): halsizlik, iştahsızlık, aşırı yemek, uykusuzluk, aşırı uyku, kabuslar, cinsel isteksizlik, unutkanlık, baş ağrısı, kas-eklem ağrısı, şişkinlik, bulantı, kaşıntı, nefes darlığı, uyuşma-yanma,

IV) İşlevsel/davranışsal (EMIC madde 38-47): işte sorun, gelir kaybı, masrafta artış, eş/partnerle sorun, çocukla sorun, yalnız kalma isteği, günlük işleri sürdürmememe, kişisel bakımı sürdürmememe, agresyon, alkol-madde-sigara

Hastaların kendiliklerinden ya da tarama sorularına cevap olarak ilettikleri yakınmaların toplamı incelendiğinde sırasıyla en fazla isteksizlik 42 kişi (%100), mutsuzluk- üzüntü 41 kişi (%97,6), huzursuzluk 39 kişi (%92,1), gerginlik 38 kişi (%90,5) ve halsizlik 38 kişi (%90,5) tarafından bildirilmiştir. (Tablo 5)

Tablo 5. Toplamda kendiliğinden ve tarama sorularına cevap olarak en sık bildirilen yakınmalar

| Yakınma | N | % |
|---------------------------|----------|----------|
| İsteksizlik | 42 | 100,0 |
| Mutsuzluk- Üzüntü | 41 | 97,6 |
| Huzursuzluk | 39 | 92,1 |
| Halsizlik | 38 | 90,5 |
| Gerginlik | 38 | 90,5 |
| Sıkıntı | 37 | 88,1 |
| Ümitsizlik | 37 | 88,1 |
| Yalnız kalma isteği | 36 | 85,7 |
| Boşluk duygusu | 36 | 85,7 |
| Sorunları kafaya takma | 35 | 83,4 |
| Uykusuzluk | 35 | 83,4 |
| Unutkanlık | 35 | 83,4 |
| Ağlama | 34 | 80,9 |
| Sinirlilik | 33 | 78,6 |
| Endişe | 33 | 78,6 |
| Tahammülsüzlük | 33 | 78,6 |
| Kararsızlık | 32 | 76,2 |
| Yetersizlik düşüncesi | 31 | 73,8 |
| Cinsel isteksizlik | 31 | 73,8 |
| Günlük işleri sürdürememe | 31 | 73,8 |
| Baş ağrısı | 28 | 64,3 |
| Konsantrasyon güçlüğü | 25 | 59,5 |
| Hırçınlık/ Agresyon | 25 | 59,5 |
| İştahsızlık | 24 | 57,1 |
| Suçluluk düşüncesi | 22 | 52,4 |
| Kas-eklem ağrısı | 21 | 50,0 |

* %50'nin altında kalanlar dahil edilmemiştir.

Kendiliğinden ifade edilen yakınmalarda hiçbir hasta tarafından suçluluk düşüncesi ya da cinsel isteksizlik belirtilmezken, tarama soruları ile derinlemesine görüşmede 31 kişi (%73,8) cinsel isteksizlik ve 22 kişi (%52,4) suçluluk düşüncesi bildirmiştir. Cinsel isteksizlik ve suçluluk düşünceleri maddeleri haricinde şişkinlik (n: 16; %38,1), kaşıntı (n: 11; %26,2) ve gelir kaybı (n: 6; %14,3) yakınmaları da kendiliğinden değil ancak sorulduğunda bildirilen ifadeler oldu.

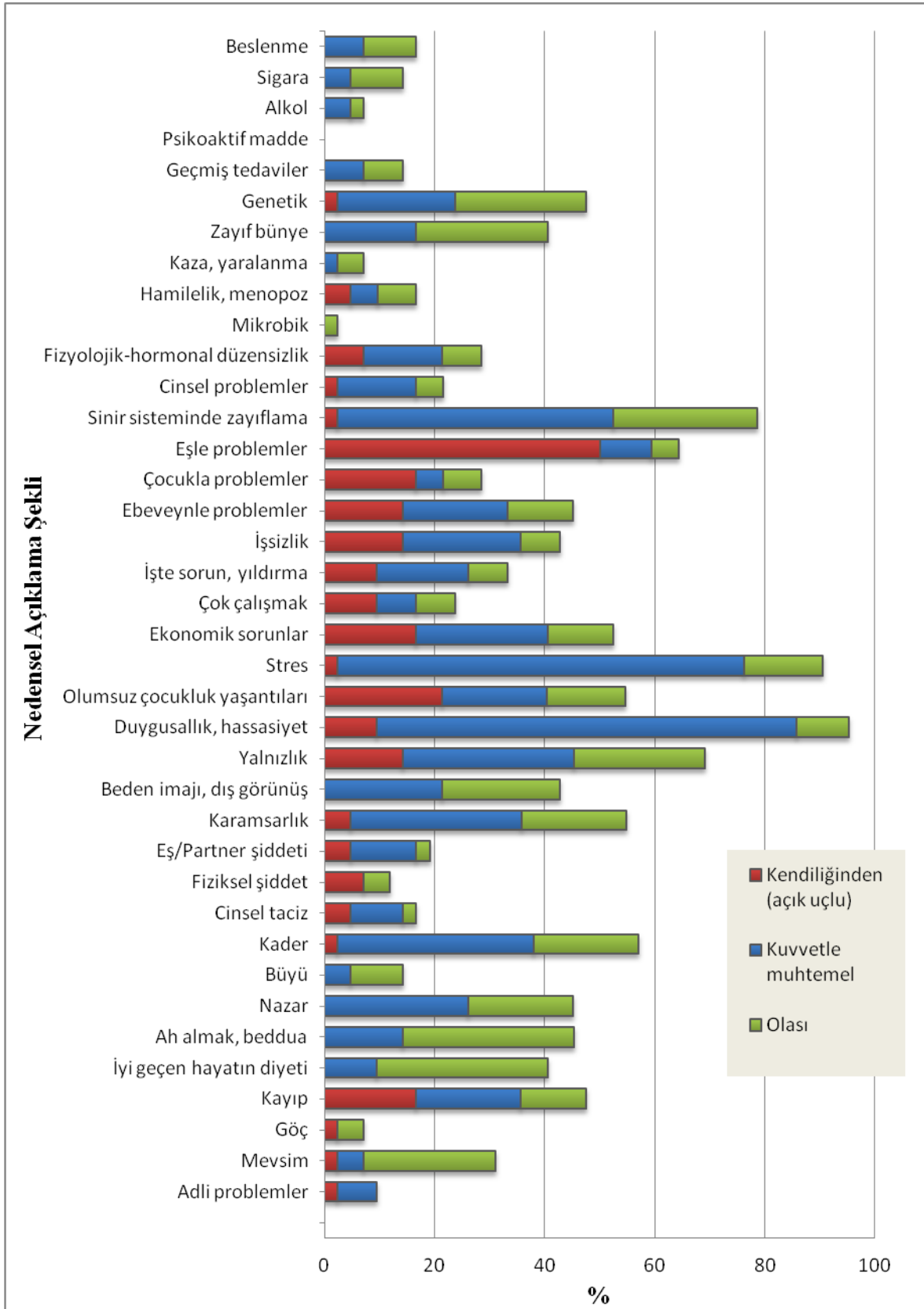
İntihar düşünceleri 19 kişi (%45,3) tarafından bildirildi. Bu yakınmayı kendiliğinden ifade eden 11 kişi (%26,2) haricinde; sorulduğunda intihar düşüncelerinin mevcudiyetini bildiren yalnız 1 kişi (%2,4) yakınmanın şiddetli olduğunu, geriye kalan 7 kişi (%16,7) ise hafif olduğunu bildirdi.

Hastalara saydıkları tüm yakınmalardan kendileri için en rahatsızlık verici olanın hangisi olduğu sorulduğunda; sırasıyla en sık duygusal ifadeler (n: 17; %40,5), bilişsel ifadeler (n: 14; %33,3), somatik ifadeler (n: 7; %16,7) ve işlevsel/davranışsal ifadeler (n: 4; %9,5) yer aldı. Öncelikle belirtilen yakınmalar ise Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6. En önemli şikayet listesi

| En önemli şikayet | N | % |
|--------------------------|----------|----------|
| Mutsuzluk- Üzüntü | 5 | 11,9 |
| Sıkıntı | 5 | 11,9 |
| Ümitsizlik | 4 | 9,52 |
| İntihar düşüncesi | 3 | 7,14 |
| Yalnız kalma isteği | 3 | 7,14 |

Şekil 2: Nedensel Açıklama Şekli Dağılımı



Hastaların rahatsızlıkları nedensel açıklama şekline bakıldığında kendiliklerinden belirttikleri sebepler içinde ilk sırayı eş/partnerle sorun (n: 21, %50,0) almaktaydı. Bunu sırasıyla olumsuz çocukluk yaşantıları (n: 9; %21,4), çocuklarla sorun (n: 7; %16,7), ekonomik sorunlar (n: 7; %16,7), kayıplar (n: 7; %16,7), ebeveynle sorun (n: 6; %14,3), işsizlik (n: 6; %14,3) ve yalnızlık (n: 6; %14,3) takip etmekteydi.

Beslenme (yiyecek-içecek, sigara-alkol-psikoaktif madde kullanımı), tıbbi sebepler (geçmiş ilaç tedavileri, zayıf bünye, kaza-yaralanma, mikrobik), mistik/dini (nazar, büyü, ah almak, iyi geçen bir hayatın diyeti) ve beden imajı/dış görünüş maddelerinden hiç biri rahatsızlığın sebebi olarak kendiliğinden belirtilmedi. (Tablo 7)

Tablo 7. Kendiliğinden ve Toplamda Bildirilen Nedensel Açıklamalar

| Nedensel Açıklama | Kendiliğinden | | Toplamda Bildirilen | |
|---------------------------------|---------------|------|---------------------|------|
| | N | % | n | % |
| Duygusallık-Hassasiyet | 4 | 9,5 | 40 | 97,6 |
| Stres | 1 | 2,4 | 38 | 95,2 |
| Sinir sisteminde zayıflık | 1 | 2,4 | 33 | 91,5 |
| Yalnızlık | 6 | 14,3 | 29 | 69,0 |
| Eş/Partnerle sorun | 21 | 50,0 | 27 | 64,3 |
| Kader | 1 | 2,4 | 24 | 57,1 |
| Olumsuz çocukluk yaşantıları | 9 | 21,4 | 23 | 54,8 |
| Karamsarlık | 2 | 4,8 | 23 | 54,8 |
| Kayıp | 7 | 16,7 | 20 | 47,6 |
| Genetik | 1 | 2,4 | 20 | 47,6 |
| Ah almak | 0 | 0 | 19 | 45,2 |
| Nazar | 0 | 0 | 19 | 45,2 |
| Ebeveynle problem | 6 | 14,3 | 19 | 45,2 |
| Beden imajı-dış görünüş | 0 | 0 | 18 | 42,8 |
| İşsizlik | 6 | 14,3 | 18 | 42,8 |
| Zayıf bünye | 0 | 0 | 17 | 40,5 |
| İyi geçen hayatın diyeti | 0 | 0 | 17 | 40,5 |
| İşte sorun, yıldırma | 4 | 9,5 | 14 | 33,3 |
| Mevsimsel, iklim değişikliği | 1 | 2,4 | 13 | 31,0 |
| Çocukla sorun | 7 | 16,7 | 12 | 28,6 |
| Fizyolojik-hormonal düzensizlik | 3 | 7,1 | 12 | 28,6 |

Kendiliğinden bildirilen sebeplerde sık yer almayan duygusallık-hassasiyet (n: 40; %97,6), stres (n: 38; %95,7) ve sinir sisteminde zayıflama (n: 33; %91,5) ise görüşme formundaki maddelerle tarandığında en sık bildirilen 3 sebep oldu; bunları yalnızlık (n: 29; %69,0) ve partnerle sorun (n: 24; %57,1) takip etti.

Beslenme ve sigara-alkol-madde kullanımı ile nedenselleştirme kendiliğinden hiç bildirilmedi; sorulduğunda da yanıt oranları beslenme (n: 7, 16,7), sigara (n:6; %14,3), alkol (n: 3; %7,2) ve psikoaktif madde (%0) şeklinde bulundu.

Mistik veya dini nedenselleştirme kendiliğinden görüşmede yalnız kader maddesi için 1 kişi (%2,4) tarafından ifade edildi; sorulduğunda ise yanıt oranları “kader” (n:24; %57,1), “nazar” (n: 19;%45,2), “ah almak” (n: 19; %45,2), “iyi geçen hayatın diyeti” (n:17; %40,5) ve “büyü” (n:6; % 14,3) şeklinde bulundu. (Tablo 7)

Hastalara saydıkları tüm nedenlerden hangisi en önemli gördükleri sorulduğunda; toplamda %78,6 ailevi (ilişki) sorunlarını ya da psikolojik sebepleri öncelikli olarak ifade etti; iş-ekonomik sorunlar, tıbbi-fizyolojik sebepler ve taşınma ise geriye kalan %21,4’ü oluşturdu. Şiddet, mistik-dini ve beslenme ile ilgili maddeler öncelikli olarak belirtilmedi. (Tablo 8)

Tablo 8. En önemli sebep listesi gruplama

| Nedensel Açıklama | N | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Ailevi (ilişki) problemleri | 17 | 40,5 |
| Psikolojik | 16 | 38,1 |
| İş/ Ekonomik | 5 | 11,9 |
| Tıbbi/ Fizyolojik | 3 | 7,1 |
| Taşınma | 1 | 2,4 |

Hastaların nedensel açıklama şekilleri ile ilgili anlatıları incelenip (betimsel analiz) depresyonun sebebine yönelik açıklamanın içeriğinde benliğe/kişiliğe yönelik olumsuz atıflar olması ya da diğer insanlar, yaşamsal koşullar ve sosyal çevre ile ilgili olumsuz atıflar olması değerlendirilerek tüm katılımcılar 2 gruba ayrıldı. Yalnız 2 kişi anlatılarının hem kendileri, hem de başkalarını sorumlu tutan öğeler içermesi ve bu sebepler arasında önem ayrımı yapmamalarından dolayı gruplama dışında bırakıldılar.

Bu şekilde oluşturulan gruplarda 25 kişi (%59,5) başkasını suçlama eğiliminde, 15 kişi (%35,7) kendini suçlama eğiliminde bulundu.

Aşağıda bazı katılımcıların “Hastalığınızın neden kaynaklandığını düşünüyorsunuz?” sorusuna cevap olan anlatıları aktarılmıştır.

Benliğe/Kendine yönelik suçlama:

V2: “Kendimden. Her şeyden kendimi çektim, çok yalnız kaldım, yalnız kalmamalıyım. Sosyal hayatıma devam etmeliydim. İnsanlarla hala ilişkilerimi sürdürmeliydim. Sürekli evde kapalı kalmamalıyım. Sanırım hastalık benden kaynaklanıyor.”

V6: “Çok hassas olduğum için. Yoksa benim başımdan bir travma geçmedi.”

V7: “Duygusal oluşum, hep olumsuz düşünmemden oldu. Çok fazla kuruntu yapıyorum. Geleceğe karşı endişelerim var.”

V22: “Hassasiyet. Sonuçta hassas olduğum için sevgilimden, işimden ayrılmam beni çok etkiledi.”

V31: “Tembel bir narsist olmama bağlıyorum. Hep kendimden hoşlanmaya yönelik bir mantığım var, öte yandan bir şeyler için çaba gerekiyor, işte tembellik orada devreye giriyor.”

V33: “Duygusallıktan... Biz 25 kişi işsiz kaldık, benim yaşadığım sorunları onlar da yaşıyor ama ben duygusalım diye fazla etkilendim.”

V34: “Kendime güvensizliğim var, içimde yalnız kalma kaygısı var. Aslında yalnız değilim ama yalnız hissediyorum. Mutsuzluk eğer bir alışkanlık gibiye buna yatkın olabilirim.”

Başkalarına yönelik suçlama:

V3: “Annem. (anne Alzheimer hastası) Annem beni evladı kabul etmiyor. Bana kötü muamele ediyor. Hakaretvari bağılıyor. Beni evden kovuyor. Benimle mücadele ediyor.

Kardeşim, o baş tacı, onunla hiçbir sorunu yok. Benimle hep uğraşmıştır. Hep çok sert bir kadındı.”

V9: “Kocam! Evlilikten sonra ben böyle oldum. Herkesin bana söylediği de, sen evlilikten sonra bittin.”

V10: “Eşimin hastalığını (kronik böbrek yetmezliği) öğrenince beni terk etmesinden, çocuklarımdan ayrı olmaktan... Eşim beni bırakmasaydı ben burada olmazdım.”

V21: “Sevgisizlik, ilgisizlik. Eşimin ailesi tarafından çok hırpalandım; dayak yedim. Onlara olan kızgınlığımın hepsini eşime yükledim. Aslında sıkıntıların en başı babam, babam bizi 2 yaşında bıraktı. Sonra annem evlendi, babalığımla problemler yaşadık. Ben hep birilerinin gönlünü hoş etmeye çalıştım.”

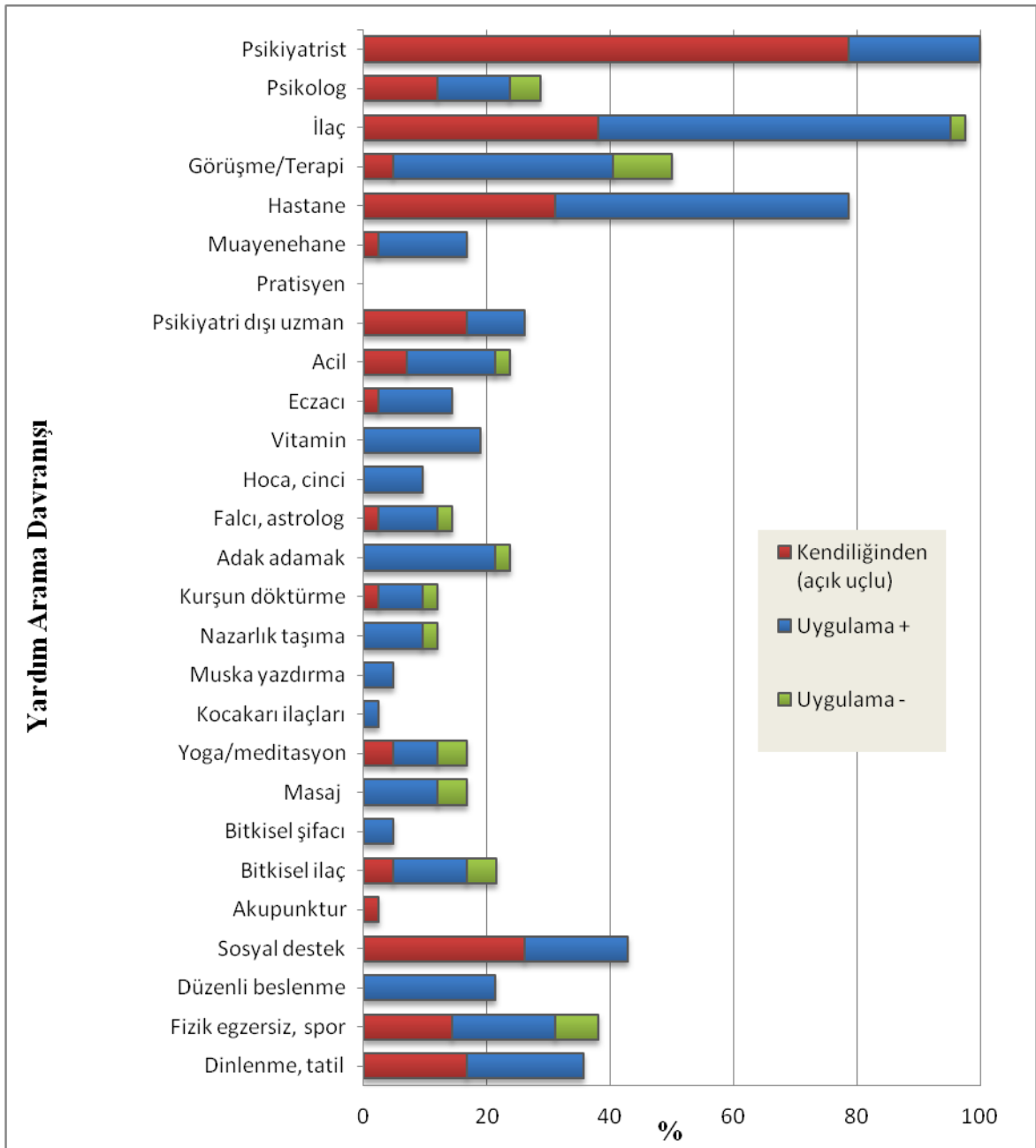
V30: “Benim doğumumdan önce ikiz ablalarım varmış, ikisinin de vefatının hemen akabinde annem hamile kalmış acısını unutulmuş diye. Ben senelerce ablalarımın acısını çektim. Diğer kardeşimle, eşiyile de problemler vardı. Ben hep sabrettim. Sıkıntılarım hep dış etkenlerden kaynaklandı.”

V39: “Hasta olmama sebep eşim.”

Stigma:

Katılımcıların stigmatizasyonla ilgili ortalama puanları 13.04 ± 4.17 olarak bulundu. Cinsiyete göre bakıldığında stigmatizasyon puanı kadınlar için ortalama 13.34 ± 4.25 , erkekler için 13.71 ± 3.73 bulundu ve iki gruplar arası t-test sonuçlarında istatistiksel anlamlılık saptanmadı. ($p= 0,53$) Eğitime göre stigmatizasyon puanlarına bakıldığında ise orta okul ve altı eğitim grubu için ortalama puan $14,55 \pm 3,23$, lise ve üzeri eğitim grubu için ise $13,09 \pm 4,34$ olarak bulundu ve iki grup arası t-testinde istatistiksel anlamlılık saptanmadı. ($p= 0,30$)

Şekil 3: Yardım Arama Davranışının Dağılımı



Yardım arama davranışında kendiliğinden bildirilen ilk 5 madde sırasıyla psikiyatrist (n: 33; %78,6), ilaç tedavisi (n: 16; %38,1), hastane (n: 13; %31,0), sosyal destek (n: 11; %26,2) ve psikiyatri dışı uzman hekim (n: 7; %16,7) olarak saptandı.

Kişisel çözümlere başvuranlar 16 kişi (%38,1) olup; sıralanan çareler dinlenme/tatil (n: 7; 16,7), fizik egzersiz/spor (n: 6; 14,3), kitap okumak (n: 4; %9,5), alışveriş yapmak (n: 3; %7,2) ve/veya bilgisayar oyunları oynamak (n: 3; %7,2) olarak bildirildi.

Tıp dışı şifa veya alternatif tıp yöntemlerine başvurduğunu kendiliğinden bildiren 4 kişi (%9,5) sorulduktan sonra 13 kişiye (%31) yükseldi. Bunlar bitkisel ilaçlar (n: 7; %16,7), yoga/meditasyon (n: 5; %11,9), masaj tedavisi (n: 5; %11,9) ve/veya akupunktur (n: 1; %2,4) idi.

Mistik veya dini çözümlere başvuruyu kendiliğinden bildiren yalnız 3 kişi (%7,1) varken, sorulduktan sonra bu oran 20 kişiye (%47,6) yükseldi. En sık adak adamak (n: 9; %21,4), devamında falcı-astrolog (n: 5; %11,9), hoca-cinci (n: 4; %9,5), nazarlık taşımak (n: 4; %9,5), kurşun döktürmek (n: 4; %9,5), muska yazdırmak (n: 2; 4,8) bildirildi. 3 kişi (%7,1) kendilerine kurşun döktürme, muska yazdırma ve nazarlık taşımamanın çare olarak önerildiğini ancak uygulamadıklarını ifade ettiler.

Hem kendiliğinden, hem de sorulara verilen yanıtlar toplamında hastaların %23,8'inin (n: 10) tedavi amacıyla bir psikoloğa başvurdukları bildirdi. İlaç kullandığını bildirenler toplamda 40 kişi (%95,2), terapi seanslarına katılanlar ise 17 kişi (%40,5) idi.

Hastalık sebebiyle pratisyen hekime başvuru ne kendiliğinden, ne de sorulduğunda bildirildi. Ancak rahatsızlığın herhangi bir döneminde 11 kişi (%26,2) psikiyatri dışı uzman bir hekime ve 9 kişi (%21,4) acil servise başvurduğunu bildirdi. (Yardım arama davranışları Şekil 3'te gösterilmiştir.)

Katılımcıların %52,3'ü ilk olarak psikolojik/psikiyatrik desteğe; yaklaşık dördte biri (%23,8) ise ilk olarak psikiyatri dışı sağlık desteğine başvurduğunu belirtti. En çok fayda psikolojik/psikiyatrik desteklerden alınırken oran %54,7 olarak bulundu. Kişisel çözümler (%16,6) ve sosyal destek (%9,5) de etkili görülürken, hastaların %9,5'i rahatsızlıklarının azaltılmasında hiçbir şeyin faydası olmadığını belirtti. (İlk ve en faydalı bulunan yardım Tablo 9'da özetlenmiştir.)

Tablo 9. İlk Alınan Yardım ve En Etkili Görülen Yardım Gruplama

| Yardım Arama | İlk Alınan Yardım | | En Faydalı olan Yardım | |
|--------------------------------|-------------------|------|------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Psikolojik/Psikiyatrik | 22 | 52,3 | 23 | 54,7 |
| Psikiyatri dışı sağlık desteği | 10 | 23,8 | - | - |
| Kişisel çözümler | 6 | 14,3 | 7 | 16,6 |
| Sosyal destek | 2 | 4,8 | 4 | 9,5 |
| Dini/ Mistik | 2 | 4,8 | 2 | 4,8 |
| Tıp dışı şifa/Alternatif tıp | - | - | - | - |
| Diğer* | - | - | 2 | 4,8 |
| Yok | - | - | 4 | 9,5 |

* diğer: “zaman”, “kendim”

6.3. Uygulanan Ölçeklerin Karşılaştırması:

Çalışma grubunun SBÇTÖ ortalama alt ölçek puanları sosyal destek arama için $1,79 \pm 0,79$, kendine güvenli yaklaşım için $1,53 \pm 0,59$, iyimser yaklaşım için $1,21 \pm 0,57$, boyun eğici yaklaşım için $1,10 \pm 0,64$ ve çaresiz yaklaşım için $1,72 \pm 0,58$ olarak bulunmuştur.

Cinsiyetlere göre stresle başa çıkma ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel fark yalnız çaresiz yaklaşım alt boyutu ($1,80/1,30$) için gösterilmiştir; $t(40)=2,141$; $p<0,05$. (Tablo 10)

Tablo 10. Cinsiyete Göre SBÇTÖ Alt Ölçeklerinin t-testi ile Karşılaştırması

| | Kadın | | Erkek | | t | df | p |
|-----------------|----------|-----|----------|-----|------|----|--------------|
| | Ortalama | ss | Ortalama | ss | | | |
| Sosyal Destek | 1,77 | ,79 | 1,85 | ,91 | -,23 | 40 | ,818 |
| Kendine Güvenli | 1,52 | ,60 | 1,57 | ,63 | -,19 | 40 | ,846 |
| İyimser | 1,21 | ,59 | 1,17 | ,58 | ,18 | 40 | ,853 |
| Boyun Eğici | 1,12 | ,66 | 8,57 | ,52 | 1,10 | 40 | ,277 |
| Çaresiz | 1,80 | ,58 | 1,30 | ,47 | 2,14 | 40 | ,038* |

* $p<0,05$

Kişilerin öğrenim düzeylerine göre oluşturulan 3 grubun stresle başa çıkma ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutu toplam puan ortalamasında istatistiki anlamlı fark vardır; $F(2,39)= 5.055$; $p<0,05$. (Tablo 11)

Tablo 11. SBÇTÖ Alt Ölçek Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

| | | KT | df | KO | F | P |
|--------------------------|---------------|--------|----|-------|-------|--------------|
| Sosyal destek arama | Gruplar arası | 1,169 | 2 | ,585 | ,892 | ,418 |
| | Gruplar içi | 25,570 | 39 | ,656 | | |
| | Toplam | 26,740 | 41 | | | |
| Kendine güvenli yaklaşım | Gruplar arası | ,484 | 2 | ,242 | ,661 | ,522 |
| | Gruplar içi | 14,263 | 39 | ,366 | | |
| | Toplam | 14,746 | 41 | | | |
| İyimser yaklaşım | Gruplar arası | 2,898 | 2 | 1,449 | 5,055 | ,011* |
| | Gruplar içi | 11,178 | 39 | ,287 | | |
| | Toplam | 14,076 | 41 | | | |
| Boyun eğici yaklaşım | Gruplar arası | ,180 | 2 | ,090 | ,207 | ,814 |
| | Gruplar içi | 17,039 | 39 | ,437 | | |
| | Toplam | 17,220 | 41 | | | |
| Çaresiz yaklaşım | Gruplar arası | ,438 | 2 | ,219 | ,612 | ,547 |
| | Gruplar içi | 13,954 | 39 | ,358 | | |
| | Toplam | 14,392 | 41 | | | |

* $p<0,05$

Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek amacıyla Tukey B çoklu karşılaştırma testi (post hoc test) yapılmıştır ve orta okul ve altı eğitime sahip olanların puan ortalamasının diğer 2 grubun puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Tablo 12)

Tablo 12. İyimser Yaklaşım için Tukey B Çoklu Karşılaştırma Testi

| Öğrenim | n | Alfa alt ölçeği = .05 | |
|---------------------|----|-----------------------|-------|
| | | 1 | 2 |
| Lise | 16 | 1,050 | |
| Üniversite ve üzeri | 17 | 1,094 | |
| Orta okul ve altı | 9 | | 1,711 |

Depresyon şiddetinin kişinin başa çıkma tarzları ile ilişkisini göstermek amaçlı yapılan t-testte hafif-orta ve şiddetli depresyon ile SBÇTÖ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 13)

Tablo 13. HDDÖ ve SBÇTÖ Alt Ölçeklerinin t-testi ile Karşılaştırması

| | HDDÖ 18 ve altı | | HDDÖ 19 ve üstü | | t | df | p |
|-----------------|--------------------|-----|--------------------|-----|------|----|------|
| | Ortalama | ss | Ortalama | ss | | | |
| Sosyal Destek | 1,90 | ,73 | 1,70 | ,86 | ,76 | 40 | ,447 |
| Kendine Güvenli | 1,59 | ,57 | 1,49 | ,62 | ,52 | 40 | ,602 |
| İyimser | 1,27 | ,59 | 1,15 | ,58 | ,64 | 40 | ,520 |
| Boyun Eğici | 1,16 | ,69 | 1,05 | ,62 | ,54 | 40 | ,589 |
| Çaresiz | 1,65 | ,48 | 1,77 | ,66 | -,66 | 40 | ,511 |

Öncelikli yakınmaya (duygusal/bilişsel) göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamaları arasında sosyal destek arama ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı fark (2,01/1,43) gösterilmiştir; t (29)=2,13; p<0,05. (Tablo 14)

Tablo 14. Öncelikli Yakınmaya Göre SBÇTÖ Alt Ölçekleri t-testi Karşılaştırması

| | Duygusal Yakınma | | Bilişsel Yakınma | | t | df | p |
|-----------------|---------------------|-----|---------------------|-----|-------|----|--------------|
| | Ortalama | ss | Ortalama | ss | | | |
| Sosyal Destek | 2,01 | ,80 | 1,43 | ,71 | 2,13 | 29 | ,042* |
| Kendine Güvenli | 1,66 | ,50 | 1,33 | ,70 | 1,51 | 29 | ,140 |
| İyimser | 1,06 | ,44 | 1,14 | ,56 | -,450 | 29 | ,656 |
| Boyun Eğici | 9,90 | ,56 | 1,10 | ,59 | -,501 | 29 | ,620 |
| Çaresiz | 1,76 | ,48 | 1,71 | ,59 | ,222 | 29 | ,826 |

* p<0,05

SCL ölçeği öfke alt boyutu ile sinirlilik yakınması dağılımı arasında ($r=0,47$, $p<0,01$) pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Hastaların sinirlilik yakınmasını kendiliğinden bildirenlerin SCL-öfke alt ölçeği ortalama puanı 2,21 ($ss=1,05$), sinirlilik yakınmasını kendiliğinden bildirmeyenlerin SCL-öfke alt ölçeği ortalama puanı 1,23 ($ss=0,78$) idi ve iki grup arasında ileri derecede anlamlı fark vardı ($t(40)=-3,44$; $p<0,001$). (Tablo 15)

Tablo 15. Sinirlilik Bildirimi ile SCL Öfke Alt Boyutunun Karşılaştırması

| | Sinirlilik | | Sinirlilik | | t | df | p |
|----------|-------------------|-----|-------------------|------|-------|----|-------|
| | Kendiliğinden (-) | | Kendiliğinden (-) | | | | |
| | Ortalama | ss | Ortalama | ss | | | |
| SCL-öfke | 1,23 | ,78 | 2,21 | 1,05 | -3,44 | 40 | ,001* |

$p<0,001$

Yardım alınan ilk yere göre oluşturulan gruplar ile hastanın en önemli yakınmasına göre oluşturulan grupların birbirleri üzerindeki dağılım oranlarını karşılaştırmak için ki-kare testi yapılmış ve dağılım oranları arasında istatistiksel düzeyde fark elde edilmiştir; Continuity Correction (1)= 4,636; $p<0,05$. İlk psikiyatrik tedavi arayışına giren hastaların büyük çoğunluğunun (%92,3) en önemli şikayeti duygusal bir belirtiyken, psikiyatri dışı sağlık desteğine başvuran hastaların çoğunluğunun (%66,7) en önemli şikayeti somatiktir. (Tablo 16)

Tablo 16. En Önemli Yakınması Duygusal veya Somatik Olan Hastaların İlk Yardım Aradıkları Birimlerin Karşılaştırması

| | | Duygusal Yakınma | Somatik Yakınma | Toplam | χ^2 | df | p |
|--------|-----------------------------------|------------------|-----------------|----------------|----------|----|-------|
| Eğitim | Psikolojik/ Psikiyatrik | n:12 %63,2 | n: 1 %5,3 | n: 13 %68,4 | 4,636 | 1 | ,031* |
| | Psikiyatri dışı sağlık desteği | n: 2 %10,5 | n: 4 %21,1 | n: 32 %31,6 | | | |
| | Toplam | n: 14 %73,7 | n: 5 %26,3 | n: 40 %100 | | | |

* $p<0,05$

Hastalar yardım için başvurdukları ilk yere göre 2 gruba -ruh sağlığı çalışanı ya da psikiyatri dışı sağlık kurumu – şeklinde gruplandığında kişilerin SCL-depresyon alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında (2,80/2,19) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur; $t(30)=2,109$; $p<0,05$. (Tablo 17)

Tablo 17. İlk Yardım Aranan Birimlerin SCL Alt Boyutları ile Karşılaştırması

| | Psikiyatriye Başvuru | | Psikiyatri dışı Başvuru | | t | df | p |
|-------------------|-------------------------|------|----------------------------|------|-------|----|--------------|
| | Ortalama | ss | Ortalama | ss | | | |
| SCL_Somatizasyon | 1,71 | 8,83 | 1,68 | 6,88 | ,105 | 30 | ,917 |
| SCL_Obs_Komp | 1,97 | 0,61 | 1,64 | 0,71 | 1,33 | 30 | ,193 |
| SCL_Kişilerarası | 1,85 | 1,01 | 1,67 | 1,21 | 1,28 | 30 | ,210 |
| SCL_Depresyon | 2,80 | 0,76 | 2,19 | 0,73 | 2,11 | 30 | ,043* |
| SCL_Kaygı | 1,83 | 0,75 | 1,76 | 0,97 | 1,40 | 30 | ,170 |
| SCL_Öfke | 1,66 | 1,00 | 1,07 | 1,10 | -,146 | 30 | ,885 |
| SCL_Fobik | 1,14 | 0,44 | 1,16 | 0,44 | 1,25 | 30 | ,221 |
| SCL_Paranoid düş. | 1,67 | 1,03 | 1,16 | 1,03 | 0,94 | 30 | ,353 |
| SCL_Psikotizm | 0,99 | 0,47 | 0,81 | 0,47 | 1,84 | 30 | ,076 |
| SCL_Ek maddeler | 2,19 | 8,10 | 1,85 | 8,10 | 1,84 | 30 | ,076 |

* $p<0,05$

Cinsiyetin nedensel açıklama modellerinde bir fark yaratacağı düşünölmüş; grupların birbirleri üzerindeki dağılım oranlarını karşılaştırmak için ki-kare testi yapılmış ve dağılım oranları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark elde edilmiştir. (Continuity Correction (1)= 6,107; $p < 0,05$). (Tablo 18)

Tablo 18. Cinsiyetin Açıklama Modelleriyle Karşılaştırma Tablosu

| | | Başkasını Suçlama | Kendini Suçlama | Toplam | χ^2 | df | p |
|-----------------|---------------|--------------------------|------------------------|----------------|----------|-----------|--------------|
| Cinsiyet | Kadın | n: 24 %60,0 | n: 9 %2,5 | n: 33 %82,5 | 6,107 | 1 | ,013* |
| | Erkek | n: 1 %2,5 | n: 6 %35,0 | n: 7 %17,5 | | | |
| | Toplam | n: 25 %62,5 | n: 15 %37,5 | n: 40 %100 | | | |

* $p < 0,05$

Öğrenim durumunun nedensel açıklama modellerinde bir fark yaratacağı düşünölmüş; bu amaçla öğrenime göre oluşturulmuş gruplar ile açıklama modeli gruplarının birbirleri üzerindeki dağılım oranlarını karşılaştırmak için ki-kare testi yapılmış ancak dağılım oranları arasında istatistiksel düzeyde fark elde edilmemiştir. (Continuity Correction (1)= 1,500; $p > 0,05$). (Tablo 19)

Tablo 19. Öğrenim Durumunun Açıklama Modelleriyle Karşılaştırma Tablosu

| | | Başkasını Suçlama | Kendini Suçlama | Toplam | χ^2 | df | p |
|---------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|---------------|----------|-----------|----------|
| Eğitim | Ortaokul ve altı | n: 7 %17,5 | n: 1 %2,5 | n: 8 %20,0 | 1,500 | 1 | ,221 |
| | Lise ve üzeri | n: 18 %45,0 | n: 14 %35,0 | n: 32 %80 | | | |
| | Toplam | n: 25 %62,5 | n: 15 %37,5 | n: 40 %100 | | | |

Nedensel açıklama modelleri kendini/ başkasını suçlama olarak gruplandığında kişilerin SCL-öfke alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında (1,98/1,07) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur; $t(38)=3,044$; $p<0,01$. Yine nedensel açıklama modelleri kendini/ başkasını suçlama olarak gruplandığında kişilerin SCL-paranoid düşünce alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında (1,76/1,16) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur; $t(38)=2,095$; $p<0,05$. (Tablo 20)

Tablo 20. Nedensel Açıklama Modeline göre SCL Alt Ölçeklerinin t-testi ile Karşılaştırması

| | Kendini Suçlama | | Başkasını Suçlama | | t | df | P |
|-------------------|-----------------|------|-------------------|------|-------|----|---------------|
| | Ortalama | ss | Ortalama | Ss | | | |
| SCL_Somatizasyon | 1,36 | 6,18 | 1,73 | 7,90 | 1,52 | 38 | ,137 |
| SCL_Obs_Komp | 1,76 | 0,69 | 1,86 | 0,55 | 0,54 | 38 | ,590 |
| SCL_Kişilerarası | 1,67 | 1,25 | 1,68 | 8,67 | 0,02 | 38 | ,978 |
| SCL_Depresyon | 2,62 | 0,71 | 2,58 | 0,81 | -0,15 | 38 | ,876 |
| SCL_Kaygı | 1,76 | 0,81 | 1,50 | 0,77 | -1,01 | 38 | ,316 |
| SCL_Öfke | 1,07 | 9,42 | 1,98 | 8,97 | 3,04 | 38 | ,004** |
| SCL_Fobik | 1,16 | 0,53 | 0,94 | 0,47 | -1,38 | 38 | ,174 |
| SCL_Paranoid düş. | 1,16 | 0,86 | 1,76 | 0,89 | 2,09 | 38 | ,043* |
| SCL_Psikotizm | 0,81 | 0,47 | 0,90 | 0,44 | 0,61 | 38 | ,544 |
| SCL_Ek maddeler | 1,85 | 8,92 | 2,15 | 7,83 | 1,10 | 38 | ,277 |

** $p<0,01$; * $p<0,05$

SCL ölçeği öfke alt boyutu ile stresle başa çıkma tarzları ölçekleri arasında pozitif ya da negatif yönde bir korelasyon saptanmamıştır. (Tablo 21)

Tablo 21. SBCTÖ alt ölçekleri ve SCL-Öfke alt ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar

| SBCTÖ Alt Ölçekleri | | | | | |
|---------------------|---------------|-----------------|---------|-------------|---------|
| | Sosyal Destek | Kendine Güvenli | İyimser | Boyun Eğici | Çaresiz |
| SCL-Öfke | -,166 | -,199 | -,174 | -,008 | ,153 |

Nedensel açıklama modelleri kendini/ başkasını suçlama olarak gruplandığında kişilerin SBÇTÖ alt boyutları ile anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır. (Tablo 22)

Tablo 22. Nedensel Açıklama Modeline Göre SBÇTÖ Alt Ölçeklerinin t-testi ile Karşılaştırması

| | Kendini Suçlama | | Başkasını Suçlama | | t | df | p |
|-----------------|-----------------|-----|-------------------|-----|-------|----|------|
| | Ortalama | ss | Ortalama | ss | | | |
| Sosyal Destek | 2,10 | ,88 | 1,63 | ,71 | -1,83 | 38 | ,074 |
| Kendine Güvenli | 1,44 | ,54 | 1,55 | ,65 | 0,58 | 38 | ,565 |
| İyimser | 1,08 | ,48 | 1,27 | ,63 | 1,01 | 38 | ,320 |
| Boyun Eğici | 1,10 | ,58 | 1,13 | ,70 | 0,15 | 38 | ,878 |
| Çaresiz | 1,75 | ,66 | 1,75 | ,52 | -0,04 | 38 | ,965 |

Nedensel açıklama modelleri ile hastalık süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (5,33/11,84) gösterilememiştir; $t(32,8)=1,49$; $p=0,144$. (Tablo 23)

Tablo 23. Açıklama Modelleri ile Hastalık Süresi Arasında t-testi Karşılaştırması

| | Kendini Suçlama | | Başkasını Suçlama | | t | df | p |
|-----------------|-----------------|------|-------------------|------|------|------|------|
| | Ortalama | ss | Ortalama | ss | | | |
| Hastalık Süresi | 5,33 | 1,37 | 11,84 | 2,97 | 1,49 | 32,8 | ,144 |

7. TARTIŞMA

Depresyon ile prevalans çalışmaları hastalığın kadınlarda daha sık görüldüğünü, hatta kadınların erkeklerden daha çok yardım arayışı içinde oldukları için kliniğe başvuran hastalar temel alındığında farkın daha da belirginleştiğini göstermektedir (143). Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı ancak kadın/erkek oranı literatürde bildirilenin üzerinde, 5/1 olarak bulundu. Yaş ortalaması $39,02 \pm 12,52$ olarak bulundu ki sıklıkla 25-44 yaş arasında ortaya çıktığı gösterilmiş olan depresyonu yansıtma açısından literatürle uyumludur (144).

Eğitim durumları incelendiğinde katılımcıların %21,4'ü orta okul ve altı, %38,1'i lise, %40,5'i üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahipti. Okur yazar olmayanlar grubun sadece %4,8'ini oluşturmaktaydı. Oysa Türkiye'de yetişkin nüfusun ortalama eğitim süresi 6,9 yıldır (145). TÜİK 2011 verilerine göre, 18 yaş ve üzeri için toplumda bitirilen eğitim düzeyi, popülasyonun %64'ünde orta okul ve altı, %23'sinde lise, %12'sinde üniversite ve üzeri şeklinde bildirilmektedir. Çalışma grubumuz bu açıdan toplumdaki ortalamanın oldukça üzerinde bir eğitim seviyesi sergilemektedir (146).

Gelir düzeyi dağılımına baktığımızda; katılımcıların %40,5'ini 1500 TL ve altı aylık gelir bildirenler, %35,7'sini 1500-3000 TL arası gelir bildirenler ve %23,8'ini 3000 TL ve üzeri gelir bildirenler oluşturmaktaydı ki bu profil Türkiye'nin kentsel bölgelerini yansıtma açısından toplumsal verilerle uyumludur (147).

Çalışmamızda öncelikle EMIC ile şikayetlerin ifadesi, algılanan nedenleri ve çare arama davranışı şeklinde 3 grupta kategorileştirebileceğimiz boyutlar değerlendirilmiştir. İlk boyut rahatsızlığın ifade ediliş biçimi, yani yakınmalar ile ilişkilidir. Hastaların kendiliklerinden bildirdikleri yakınmalara bakıldığında en sık duygusal ve işlevsel kayıplarla ilgili ifadeler (%88,1), sonrasında bilişsel (%73,8) ve en az somatik (%66,6) yakınmalar aktarılmıştır. Oysa DSÖ'nün "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Bozukluklar" araştırmasının Türkiye bölümünde depresif bozukluğu olan hastaların sadece %24'ünün ruhsal yakınmalarla başvurduğu, çoğunluğunun (%60) bedensel yakınmalarla başvurduğu gösterilmiştir (78). Yine genel sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda depresyon ve somatik belirtilerin ilişkisini inceleyen bir çalışmada, depresyon tanısı alan Türk hastalarda somatik belirti sıklığı %95 bulunmuştur (79). Yukarıda sözü edilen

araştırmalardan farklı olarak çalışmamızın örneklemine psikiyatri kliniğine başvuran hastalardan oluşması çelişen bu sonuçlara yol açmış olabilir. Nitekim çalışmamızla benzer Şekilde, rneklem birinci basamak sağlık hizmetleri yerine psikiyatri kliniklerinden seçildiği farklı araştırmalarda yoğunlukla duygusal alanda yakınmaların ifade edildiği bulgusu desteklenmiştir (78, 90).

Erken dönem transkültürel çalışmaların sonuçları geleneksel toplumlarda sıkıntının beden diliyle ifade edilmesine yatkınlık olduğunu, depresyonun duygusal unsurlarının batı kültüründe ön planda tutulduğunu dşndrmştir. Hatta somatizasyonun, Batılı olmayan toplumlarda bir depresyon eş değeri olabileceği, psikolojik zorlanmanın somatik belirtilerle ifade edilmesinin bu kültürlere özgü bir bulgu olduğu belirtilmiştir (148). Çin'de yaygın olarak konulan nevrasteni tanısının, sıkıntı için 'psikolojize' anlatım biçimlerinin yok sayıldığı ve ayıplandığı bir toplumda depresyonun özgül bir ifadesi olabileceğini tartışılmıştır (73). Uluşahin ve ark. (1994) İngiltere rnekleminde ruhsal çekirdek belirti skorlarının; Türkiye rnekleminde ise bedenselleştirme skorlarının yüksek olduğunu göstermiştir (71). Puerto Riko'lu depresif kadınlarda en sık başvuru yakınmasının kontrol edilemeyen uzun süreli ağlama ve baş ağrısı olduğu gösterilmiştir (149). Pakistan'da özellikle kadınlarda depresyonun baş ağrısı, karın ağrısı, yaygın vücut ağrıları ile karakterize olduğu ortaya konmuştur (150). Hindistan'da ise depresyon hastaların yarısından fazlası kendilerini en çok rahatsız eden Şikayet olarak DSM-IV depresyon kriterlerinde yer almamasına rağmen ağrıyı belirtmişlerdir (91).

Depresyonla ilgili son dönem transkültürel çalışmalar ise depresyonun gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan toplumlarda yaygın bir biçimde bedenleştirildiğini ortaya koymuştur. Psikolojik ve somatik belirtilerin kültürler arasında benzer yaygınlıkta olduğu, somatik belirtilerin tüm kültürlerde depresyonun bir bileşeni olabileceği gösterilmiştir. Somatik belirtilerin psikolojik sıkıntı tanıyamama, kabul edememe ya da dile dkememe anlamına gelmediği bildirilmiştir. Ancak ilk başvuru Şikayeti olarak somatik yakınmaların halen kültürel bir ayrışma noktası olarak kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. 14 ülke ve 5 kıtada toplam 25916 hasta ve farklı etnik gruplar üzerinde yapılan bir araştırmada birinci basamak sağlık kurumlarında depresyon tanısı konulan hastaların %69'unun hekime başvurmasındaki temel nedenin bedensel belirtiler olduğu ortaya konmuştur. İlk başvuru Şikayeti olarak incelendiğinde ise merkezler arasında %45 ile %95 arasında değişen oranlar bildirilmiştir. Goldberg ve Bridges (1987) istemli (fakültatif) somatizasyon olarak

aktardıkları bu durumun sağlık sistemine ‘giriş bileti’ işlevi gördüğünü düşünmüşlerdir. Bu durum, akıl hastalıklarını stigmatize etmeye eğilimli toplumlarda fiziksel semptomlar nedeniyle yardım aramanın daha meşru ve daha az etiketleyici bir yol olduğu ile açıklanmıştır (6, 61, 148).

Çalışmamızda somatik belirtilerin beklenenden daha az vurgulanması, örneklem grubunun psikiyatri kliniğine gelmeyi kabul etmiş hastalardan oluşması ile ilişkili olabilir. Ayrıca kentsel alanda yaşamının ve yüksek eğitim seviyesinin hastaların psikolojik sağlık ve modern psikiyatri konularında daha bilgili olmasını beraberinde getirdiği, bunun stigmatize edilmeye ilgili endişeyi azaltabileceği düşünülebilir. Nitekim tek başına eğitim durumunun stigmatizasyon düzeyini kestirmede belirleyici olduğuna yönelik anlamlı fark bulmamıza rağmen, katılımcıların genel olarak stigmatizasyonla ilgili sorulara verdikleri yanıtlar hastalıklarını gizleme eğiliminde olmadıklarını, hastalık sebebiyle kendilerinin ya da yakınlarının olumsuz davranışlarla karşılaşmadıklarını göstermiştir.

Hastaların kendiliğinden belirttikleri şikayetler incelendiğinde en fazla bildirilen yakınma (%50,0) yalnız kalma isteği, kimseyle görüşmeme olmuştur. Kültürümüzün daha çok ilişki odaklı olduğu, aile ve arkadaş ilişkilerine Batı toplumlarından daha çok zaman ayrıldığı ve önem verildiği söylenebilir. Bu değer sistemi içerisinde genellikle tek başına değil, başka kişilerle vakit geçirmek tercih edilir (151). Öyle ki bireyi sosyal bağlam içerisinde tanımlayan bu tip toplulukçu kültürlerde, kişilerarası ilişkileri korumada yetersizlik ya da sosyal geri çekilmeyle ilişkili yakınmalar depresyonun diğer belirtilerden daha fazla göze çarpar (149). Çalışmamıza katılan hastaların yalnız kalma isteği, kimseyle görüşmeme, içe kapanma yakınmalarını ön planda belirtmelerinin de ilişki odaklı bu kültürel yapının bir yansıması olabileceği düşünüldü. Eş/partner ile sorun (%26,2), çocuklarla sorun (%23,8) gibi diğer ilişkiyel yakınmaların kendiliğinden aktarılan ilk 10 yakınma içinde olması da bu yorumu destekler niteliktedir.

Duygusal yakınmalar arasında kendiliğinden en fazla ifade edilen madde ise sinirlilik (%38,1) olmuştur. Sinirlilik maddesiyle beraber gerginlik, tahammülsüzlük, hırçınlık/agresyon maddeleri birleştirildiğinde, hastaların yaklaşık yarısı (%47,6) bu grup belirtilerden en az birini kendiliğinden yakınma olarak iletmektedir. Türkiye’de kültürel psikiyatri alanında yapılmış diğer çalışmalarda da sinirlilik maddesinin öncelikli olarak ifade edildiği göze çarpmaktadır. Hatta bu nedenle sinirlilik şikayetleri bildiren kişilerin

depresyon açısından sorgulanması önerilmektedir (90). Oysa sinirlilik DSM-IV-TR’de majör depresif bozukluk kriterlerinde yer almamaktadır. Sadece kültürel bilgileri için içine katma yönünde kısa bir bakış sunan bölümde Latin ve Akdeniz kültürlerinde dikkat çekilen bir unsur olarak yer almıştır (22).

Mutsuzluk (%35,7), isteksizlik (%23,8) ve zevk alamama (%11,9) gibi majör depresif bozukluğun tanısallık açısından çekirdek ögesi kabul edilen belirtiler ise sinirliliğe nazaran daha az ifade edilmiştir. Hastaların yalnız üçte biri kendiliğinden depresyonun çekirdek belirtilerini bildirmişken, derinlemesine görüşme sonrası bu oran %100’e kadar yükselmiştir. Hastaların kendiliklerinden ya da tarama sorularına cevap olarak ilettikleri yakınmaların toplamı incelendiğinde en fazla iletilen 5 yakınmanın 4’ü duygusal alanla ilişkili bulunmuş ve bunlar isteksizlik (%100), mutsuzluk (%97,6), huzursuzluk (%92,1) ve gerginlik (%90,5) şeklinde sıralanmıştır. Depresyonu olan kişilerin mutsuzluk veya ilgi kaybını öncelikli olarak ifade etmemelerinin bu yakınmalarının olmadığı anlamına gelmediği, derinlemesine görüşmelerde duygusal belirtilerin aktarılma sıklığının arttığı gösterilmiştir. Depresyonun tanınması önünde başvuru yakınmalarının bu çeşitliliği ve dağılımının önemli engellerden biri olabileceği göz ardı edilemez ancak yine de derinlemesine görüşmelerde duygusal belirtilerin aktarılması tanıya yön gösterici olacaktır.

Türkiye’de depresyonun klinik görünümünü saptamaya çalışan benzer desendeki araştırmalarda, çalışmamız sonuçlarından farklı olarak hastaların en çok yakınma olarak “sıkıntı” ifadesini kullandıklarını bildirilmiştir (71, 90). Çalışmamızda ise “sıkıntı” yakınması görece daha az (%19,0) kendiliğinden bildirilmiştir. Buna rağmen hastalara en önemli şikayetleri sorulduğunda “mutsuzluk” ile beraber “sıkıntı” en çok bildirilen yakınma olmuştur.

Bedensel yakınmalar ile ilgili ifadelere baktığımızda, çalışmamızda sırasıyla en sık uykusuzluk (%31,0), halsizlik (%16,7), iştahsızlık (%14,3) ve baş ağrısı (%14,3) aktarılmıştır. Türkiye’de yedi ayrı kentte psikiyatri uzmanlarına başvuran hastaların kendi başvuru yakınmalarının belirlendiği bir çalışmada ve yine Şanlıurfa ve İstanbul’da tek merkezli olarak planlanmış 2 ayrı çalışmada, bizim elde ettiğimiz verilerle uyumlu biçimde uykusuzluk depresyonda en sık ifade edilen yakınmalardan biri olmuştur (71, 90). Uyku, iştah ve enerji ile ilgili depresyonun tanı kriterlerinde sayılan vejetatif belirtiler dışında kalan baş ağrısı, kas-eklem ağrısı gibi somatik ağrı yakınmaları ise hastaların %19,2’si

tarafından kendiliğinden ve ek bir %45,1'i tarafından da derinlemesine görüşme sonrasında şiddetli yakınma olarak bildirilmiştir. Sadece 1 hasta (%2,4) en önemli yakınmasını “ağrılar” olarak iletmiştir. Pakistan ve Hindistan çalışmalarının sonuçları gibi depresyonun ağrılar ile karakterize bir sendrom olduğunu düşündürmese de; hastaların %64,3'ü tarafından öncelikli ya da şiddetli bir yakınma olarak aktarılan ağrı yakınmasının klinik izlem ve tedavide göz ardı edilmemesi gerektiğini düşünmekteyiz (91, 150).

Dikkat çekici bir diğer nokta, kendiliğinden ifade edilen yakınma olarak hiçbir hasta suçluluk düşüncesi ya da cinsel isteksizlik belirtmezken, tarama soruları ile derinlemesine görüşme sonrasında cinsel isteksizlik %73,8 ve suçluluk düşüncesi %52,4 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir. Hastaların öz bildirimlerini inceleyen Türkiye'deki farklı çalışmalarda da benzer şekilde bu yakınmaların başvuru sırasında az ifade edildiği gösterilmiştir (71, 90). Benzer biçimde Arap kültüründe de suçluluk düşünceleri ve cinsel istek azlığının ilk görüşmelerde sıklıkla ifade edilmediği, bu şikayetlerin ancak hasta ve hekim arasındaki bağ güçlendikçe aktarıldığı gösterilmiştir. Hatta depresyon tanısı açısından yordayıcı değerlerinin düşük olduğu çünkü ilgili soruların geleneksel İslam kültüründe uygunsuz kabul edilebileceği ve rahatsızlığa neden olabileceği söylenmektedir (152). Kültür insanlara hangi duygu ve düşüncenin yansıtılması gerektiğini ve bunları nerede ve ne zaman ifade edebileceklerini gösteren bir etken gibi durmaktadır. Dolayısıyla depresyonun kültürler arası klinik görünümündeki çeşitliliğini yaratan sebeplerden biri de kabul edilebilir yakınmaları aktarma eğilimi olabilir.

Kültürel farkların aktarıldığı bir diğer depresyon belirtisi de intihar düşüncesi ve davranışdır. Etnisite intihar araştırmalarında önemli bir değişken olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızda intihar düşünceleri hastaların %45,3'ü tarafından bildirilmiştir. Yakınmayı kendiliğinden bildirenlerin oranı %26,2 olarak bulunurken, geriye kalan %19,1 sorulduğunda intihar düşüncelerini aktarmıştır. İntihar düşüncelerinin yoğun ve şiddetli olduğunu bildiren yalnız 1 kişi (%2,4) yakınmayı kendiliğinden bildirmemiştir. Ayrıca hastalarımızın %7,1'i en önemli yakınma olarak intihar düşüncesini belirtmişlerdir. İntihar düşüncesinin en önemli yordayıcısı kabul edilen umutsuzluk da hastaların %9,5'i tarafından en önemli yakınma olarak tanımlanmıştır. DSÖ'nün farklı merkezlerde ortak yürüttüğü çalışmada intihar düşüncelerinin bildirim oranları %41-%70 oranlarında bulunmuştur ki çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur (88).

EMIC ile değerlendirilen ikinci boyut ise rahatsızlığın algılanan nedenleri ile ilişkilidir. Psikiyatrik bozuklukların nedenleri ile ilgili açıklamalar; kişinin içinde yaşadığı çevre ve kültüre bağlı olarak zaman içinde ve bölgeden bölgeye değişiklikler gösterir (94). Çalışmamızda hastaların rahatsızlıklarını açıklama şekline bakıldığında en sık bildirilen sebep eş/partnerle sorunlar (%50,0) idi. Bunu sırasıyla olumsuz çocukluk yaşantıları (%21,4), çocuklarla sorunlar (%16,7), ekonomik sorunlar (%16,7) ve kayıplar (%16,7) takip etmekteydi. Genel olarak değerlendirdiğimizde etiyolojiyle ilgili olarak katılımcıların büyük bir bölümü depresyonun sosyal ve ailevi sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını bildirmiştir. Tıbbi/fizyolojik sebepler hastaların yalnız %14,3'ü tarafından kendiliğinden bildirilmiştir. Mistik veya dini nedenler ise sadece 1 kişi (%2,4) tarafından “kader, Mevla'm” şeklinde ifade edilmiştir.

Literatürdeki çalışmaların birçoğunda da, depresyonun etyolojisinde sosyal sorunlar ve yaşam olayları sorumlu tutulmuştur (31, 153). Hatta yorgunluk ve yaygın vücut ağrısı gibi somatik şikayetlerle başvuran depresif hastalar dahi, rahatsızlıklarının sebebi sorulduğunda stres, ev ve iş hayatında sorunlar gibi biyolojik modelden uzak açıklamalar yapmışlardır (6). Çalışmamızla uyumlu olarak İstanbul'da seçilen bir örnekleme katılımcılar depresyonu, %90'a varan oranlarda sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkan bir durum olarak nitelemiş, sıklıkla ailevi sorunlara, bazen de maddi yetersizliklere vurgu yapmışlardır. Depresyonun genetik, biyolojik sebepleri olabileceğini düşünenlerin oranı çok sınırlı kalmıştır (31, 101).

Amerika'da orta sınıf beyaz ırktan kadınların depresyon etiyolojisi üzerine algılamalarını araştıran bir çalışmada ise depresyona dair biyolojik ve psikolojik atıfların yaygın olduğu, yine Britanya'da hastaların yaklaşık yarısının depresyon sebebi olarak kalıtsal bir etkenden bahsettiği gösterilmiştir (97, 98). Batı toplumlarında kader, şans, doğaüstü güçlerin rolü olabileceğini düşünenlerin oranı çok düşükken Hinduizm'i benimseyen toplumlarda Karma inancının etkisiyle hastalıkları mistik bir şekilde geçmiş ve bugün yapılan eylemlerin sonucu olarak değerlendirme eğilimi vardır (92, 103).

Bireyi bağımsız ve otonom gören Batılı toplumlarda depresif şikayetler genellikle içsel bozukluklar ile ilişkilendirilir. Kişilikle ilgili faktörlerin rolü abartılırken sosyal bağlamın rolü yok sayılır (95). Oysa Türkiye gibi bireyi sosyal bağlam içerisinde değerlendiren toplumlarda depresif belirtiler kişilerarası ilişki problemleriyle

ilişkilendirilir. Sorun içsel psikolojik çatışmalardan çok dışsal yaşam olaylarıyla açıklanır (96).

Çalışmamızda dikkat çeken bir diğer bulgu kendiliğinden bildirilen sebep olarak ender yer bulan duygusallık-hassasiyet (%9,5), stres (%2,4) ve sinir sisteminde zayıflama (%2,4) maddelerinin görüşme formundaki sorularla tarandığında en sık bildirilen 3 sebep olarak karşımıza çıkmasıdır. (duygusallık-hassasiyet: %97,6; stres %95,7; sinir sisteminde zayıflama: %91,5) Kendiliğinden bildirim sonrası elde edilen bulgularla tarama soruları sonrasında elde edilen bulguların farklılığı yapılandırılmış görüşme araçları ile yürütülen çalışmalarda kişinin herhangi bir etkilenme ve öğrenme olmaksızın kendi ifadelerini tespit etmenin çok mümkün olmadığını düşündürmektedir. Yapılandırılmış görüşme ve ölçekler çalışmalarda güvenilirliği ön plana alarak geçerlilikten ödün vermektedir ve gruplar arasındaki farkları göz ardı ederekten 'kategori yanılgısına' sebep olabilmektedir (35).

Mistik veya dini nedenlerin hastaların sadece %2,4'i tarafından kendiliğinden bildirilmesi ise beklenenden düşük bir oranı yansıtmaktadır. Eskişehir'de psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların rahatsızlıkların sebebi olarak cin, büyü, nazar, şeytan gibi doğaüstü güçleri daha yüksek oranda bildirdiği bulunmuştur (154). Bizim çalışmamızın örneklem grubunun yüksek eğitim düzeyi bu durumun açıklayıcısı olabilir. Ayrıca çalışmamızın depresyon tanılı hastalarla sınırlı tutulması ve psikotik özellikli depresyonun ve bipolar depresyonun birer dışlama kriteri olarak belirlenmesi de yine geleneksel, mistik ve dini sebep bildirenlerin literatüre kıyasla daha az olmasını açıklayabilir.

Kişi olayları değerlendirirken farklı boyutları göz önünde bulundurur; yaşanan olayın kendi hedefleriyle uyumlu olup olmadığı, olaya kimin sebep olduğu ya da aracılık ettiği, olayın sonuçlarını değiştirmekle ilgili güç ve kontrole sahip olup olmadığı gibi. Böylelikle aynı olay kişiler arasında farklı şekillerde değerlendirilir; farklı duygusal tepkiler oluşturur. Olayın sonucuna ilişkin kişinin, kendisini ya da başka birini neden olarak tanımlaması aracılık/sorumluluk boyutu olarak adlandırılır (155).

Hollandalı, Surinamlı ve Türk katılımcılar arasında değerlendirme süreçlerinin incelendiği bir çalışmada olaya ilişkin sorumluluk boyutunu kapsayan alanda kültürel farklılık bulunmuştur; Türk ve Surinamlı katılımcılara kıyasla Hollandalıların olaylarda sorumluluğu başkalarına daha az yükledikleri görülmüştür. Kültürün bilişsel değerlendirmeleri şekillendiren bir etken olduğu düşünülmüştür (156).

Çalışmamızda hastaların nedensel açıklama anlatıları sorumluluk boyutu temel alınarak incelenmiş ve benliğe/kişiliğe yönelik ya da diğer insanlara yönelik olumsuz yüklemeler içermesi temel alınarak tüm katılımcılar 2 gruba ayrılmıştır; 25 kişi (%59,5) başkasını suçlama eğiliminde, 15 kişi (%35,7) kendini suçlama eğiliminde bulunmuştur.

Beck (1963) depresif belirtileri orta ve şiddetli düzeyde olan hastaların %80'inde kendini suçlama olduğunu, çok şiddetli düzeyde olanlarda oranın daha da yükseldiğini belirtmiştir (144). Çalışmamıza katılan hastaların ise %95,2'si orta ve ağır şiddette depresyon tanısı almış ancak kendini suçlama oranı düşük bulunmuştur. Hastaların sıklıkla sorumluluğu dışsal etkenlere yükleme eğilimi gözlenmiştir.

Katılımcıların hastalığı değerlendirme süreçlerinde kendi içsel özelliklerinden kaynaklandığına inanma ya da başkaları ve dış koşullar tarafından belirlendiğine inanma eğilimleri üzerinde eğitimin bir farklılık yaratacağı düşünülmüş ancak dağılım oranları arasında istatistiksel düzeyde fark elde edilmemiştir. Cinsiyete göre bakıldığında ise erkeklerin kendini suçlama eğilimi daha yüksek bulunmuştur. Literatürde kadınların erkeklere nazaran daha ilişkisel oldukları belirtilmektedir. İlişkisel benlik sahibi kişiler için aidiyet duydukları ve ortak bir kader öngördükleri gruplarla uyum ön plandadır (157). Bu sebeple, kadınların açıklamalarında daha çok başkaları ile ilişkilere vurgu yapmış olabilecekleri düşünüldü.

Son zamanlarda yürütülen çalışmalar bilişsel değerlendirme süreçlerinin duyguların ortaya çıkmasında ve yansıtılmasında da çok önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Biliş ve duyguların birbirinden ayrık olmadığı, duygu ve biliş arasında dinamik bir ilişki olduğu söylenmektedir. Sosyal çevreyi ve olayları yorumlamadaki farklılık, duygusal yaşantılardaki farklılığı da beraberinde getirmektedir. Kişi olayın kendi kontrolünden ziyade koşullar sebebiyle oluştuğunu düşünüyorsa mutsuzluk, üzüntü; olaya kendisinin neden olduğunu düşünüyorsa suçluluk; olaya başka bir kişinin neden olduğunu düşünüyorsa da kızgınlık duyguları hissedebilmektedir (158).

Çalışmamızda kendini suçlama ve başkasını suçlama olarak gruplandırılan açıklama şekilleri ile semptom grupları karşılaştırıldığında; beklenildiği gibi başkalarını suçlama eğilimindeki grubun SCL-90 öfke alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine istatistiksel anlamlılık saptanan ikinci belirti grubu paranoid düşünce alt ölçeği olarak saptanmıştır.

Benzer şekilde bireyin kendini denetlemesine önem verilmeyen Irak toplumunda depresyonda açık agresyon ve paranoid düşüncelerin sık görüldüğü bulunmuş ve bu içe atma (introjection) yerine yadsıma (denial) ve yansıtma (projection) düzeneklerinin fazla kullanılmasıyla açıklanmıştır. Bunun aksine Batı kültüründe ise güçlü iç denetime önem verildiğinden öfke ve agresyonun internalize edilip suçluluk duygularına yol açtığı ileri sürülmüştür (4). Değerlendirme süreçleri incelendiğinde kişinin olayların sorumluluğunu üstlenmemesi ve olup bitenleri kader/kısmet gibi dışsal süreçlere bağlaması ile suçluluk hissinin azalabileceği bildirilmiştir (83).

Çalışmamızda hastalar tarafından sinirlilik maddesinin öncelikli olarak ifade edildiği, suçluluk düşüncelerinin ise literatürde bildirilen oranların altında kaldığı daha önce vurgulanmıştı. Sinirlilik yakınmasının Türkiye’de kültürel psikiyatri alanında yapılmış diğer çalışmalarda da ön planda bulunduğu; bu sebeple sinirlilik bildiren kişilerin depresyon açısından sorgulanmasının önerildiği belirtilmişti. Klinik görünümdeki farkın yanı sıra, hastalığın nedensel açıklama modelinde de başkasını suçlama eğiliminin yüksek bulunduğu ve başkasını suçlama eğiliminin öfke belirtilerinin yoğunluğu ile ilişki olduğu yine vurgulandı. Tüm bu veriler birleştirildiğinde Türkiye’de depresyonun klinik görünümünde sinirliliğin ön planda olmasının açıklama modellerindeki farklılıkla ilişkili olabileceği düşünüldü. Tabii burada sinirlilik yakınmasının öfke ile ne kadar örtüştüğü sorgulanmalıdır. Yaptığımız istatistiksel analizlerde çalışmamız içinde bu iki terimin örtüştüğü; sinirlilik belirtisi puanlarının SCL-öfke alt ölçeği ile korelasyon gösterdiği ve kendiliğinden sinirlilik bildirenlerin öfke alt ölçek puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu.

EMIC ile değerlendirilen son boyut ise çare arama davranışı üzerinedir. Hastalık yaşantısına verilen anlam bireyin çare arama eğilimini ve tarzını, klinisyen ile ilişkisini ve tedaviye uyumunu yakından etkiler (31). Çare arama davranışı tıbbi sağlık hizmetlerinin verildiği merkezleri kapsamanın dışında, hocalar, büyücüler ve bitkisel şifacılar gibi tıp dışı kişilere başvuruyu da kapsayabilir. Özkorumak ve arkadaşlarının (2006) depresyon hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların %24’ünün tıp dışı yardım arama davranışında buldukları belirtilmiştir (159). Erzurum’da yapılan bir çalışmada ise psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların %14,7’sinin geleneksel tedavilere başvurdukları bildirilmektedir ve modern sağlık hizmetlerinin varlığına rağmen kişiler kendi geleneksel uygulamalarını sürdürme eğilimindedirler (112, 154).

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık yarısı (%52,3) ilk olarak psikolojik/psikiyatrik desteğe; dörtte biri (%23,8) ise psikiyatri dışı sağlık desteğine başvurduğunu belirtmiştir. Ünal ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada da tıbbi hizmete başvurunun geleneksel yöntemlere göre daha fazla olduğu gösterilmiş; çare arayışının hem psikiyatri, hem de psikiyatri dışı hekimler için eşit oranda (%32.5) bulunduğu bildirilmiştir (31). Her ne kadar psikiyatri ve psikiyatri dışı sağlık desteğine başvurunun eşit olması bizim çalışmamızın verileriyle örtüşmüyor gibi gözükse de; Ünal ve arkadaşlarının çalışması sadece majör depresif bozukluk tanısı alan hastalarla sınırlı olmadığından ve katılımcıların önemli bir kısmının bedensel yakınmaların sık görüldüğü somatoform bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanısı almasından dolayı, bizim çalışmamızda psikiyatri dışı hekime başvurunun görece az olması beklenen bir durumdur.

Somatizasyonun ön planda olması depresyon hastalarının olasılıkla ruh sağlığı dışında kalan sağlık kuruluşlarına başvurması ile sonuçlanacaktır. Nitekim beklendiği gibi çalışmamızda da yardım alınan ilk yere göre semptom dağılımları incelendiğinde, en önemli şikayet olarak duygusal yakınma ifade edenlerin %92,3'ünün ilk olarak psikolojik/psikiyatrik desteğe başvurdukları, somatik yakınmaların öncelikli olduğunu düşünenlerin ise %66,7'sinin ilk önce psikiyatri dışı hekimlere başvurdukları bulunmuştur. Aynı fark SCL-90 ölçeğinin depresyon alt boyutu ile de gösterilmiş, toplam puan ortalaması yüksek olan kişilerin önce psikolojik/psikiyatrik destek arama davranışında buldukları gösterilmiştir. Depresif bozukluğun somatik yakınmalarla ortaya çıkması hastaların psikiyatri dışı hekimlere başvurmasıyla, gereksiz tetkik ve tedavilerle sonuçlanabileceğinden önemlidir. Özellikle aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmeye çalışıldığı günümüzde hizmeti sunmakla yükümlü kişilerin ruh sağlığı konusuna yaklaşımlarının geliştirilmesi değerli olacaktır.

Avustralya'da depresyonla ilişkili yapılan bir çalışmada tedavi için pratisyen hekimlere başvurmanın faydalı olacağını bildirenlerin oranı %83 bulunmuştur. İngiltere'de de bu rakam %60'ı bulmuştur (160, 161). Ancak bizim çalışmamızda, ne kendiliğinden, ne de sorulduğunda hiçbir hasta tarafından pratisyen hekime başvuru bildirilmemiştir. Bu farkın gelişmiş ülkelerdeki sağlık sisteminin organizasyonu ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Zira ruh sağlığı birimlerine ulaşım yollarını inceleyen çalışmalar; ruhsal sorunu olan kişilerin gelişmiş ülkelerde genellikle ilk olarak pratisyen hekimlere

başvururken, gelişmemiş ülkelerde ilk başvuruların daha çok uzmanlara ya da geleneksel tedavilere yapıldığını göstermiştir (104).

Hastaların çoğunluğu öncelikle hekime başvurduklarını belirtmelerine rağmen diğer yöntemlerin sorulmasının akabinde çoğul yöntemlere başvurduklarını ifade etmişlerdir. Tıp dışı şifa veya alternatif tıp yöntemlerine başvurduğunu bildirenlerin oranı %31 olarak bulunmuştur. Bu kişiler en sık bitkisel ilaçlardan (%16,7) destek aldıklarını bildirmişlerdir.

Kentsel alanda yürütülen bir çalışmada, halkın depresyona yönelik tıbbi inançlarını abartma ve dinsel inançlarını da gizleme eğiliminde olduğu görülmüştür (162). Sanki bu görüşün bir yansıması gibi, çalışmamızda mistik veya dini çözümlere başvuruyu kendiliğinden bildiren hastalar grubun yalnız %7,1'i iken, sorulduktan sonra bu oran %47,6'ya yükselmiştir. Bu artışın en önemli sebebi adak adamak (%21,4) maddesinden kaynaklanmıştır. Dini ritüellerin, dua ve ibadetin bir başa çıkma yolu olarak kullanıldığı literatürde de sıklıkla belirtilmiştir (163). Ancak bir başa çıkma yöntemi olmanın ötesinde, bir yardım arama davranışı olarak falcıya ya da hocaya gitmek, adak adamak, nazarlık taşımak, kurşun döktürmek, muska yazdırmak, Umre'ye gitmek bildirilen geleneksel yöntemler olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda geleneksel çarelere başvurunun sık olmaması hastaların yüksek eğitim düzeyi ve kentsel alanda yaşamakla ilgili olabilir. Ayrıca depresyonda tıp dışı çarelere başvurma oranının psikotik bozukluklara kıyasla daha düşük olduğu bilinmektedir (159). Bu sebeple genel psikiyatri polikliniklerine başvuran tüm hastaların dahil edildiği çalışmalara nazaran daha düşük oranlarda geleneksel çare arama davranışının bildirilmesi beklenen bir sonuçtur.

Katılımcıların yaklaşık üçte biri de spor yapma, tatile gitme, kitap okuma, alışveriş yapma ve bilgisayar oyunları oynama gibi kişisel çözümlere başvurmuşlardır. Türkiye'de hastalığın durumsal sebeplere atfedilmesinin de etkisiyle ortam değişikliğinin şikayetleri azaltacağı görüşünün yüksek olduğu başka bir çalışmada da gösterilmiştir (101).

Hastalar en çok faydayı psikolojik/psikiyatrik destekten aldıklarını bildirmişler, ancak bu oran sadece %54,7 olarak bulunmuştur. Kişisel çözümler %16,6, sosyal destek %9,5 oranında etkili görülürken, hastaların %9,5'i rahatsızlıklarının azaltılmasında hiçbir şeyin faydası olmadığını belirtmiştir.

Stresle başa çıkma tarzlarıyla ilişkili literatür, kadınların erkeklere göre pasif başa çıkma yöntemlerine daha çok başvurduklarını sıklıkla bildirmektedir (164, 165, 166). Çalışmamızda da kadınların pasif bir başa çıkma tarzı olan çaresiz yaklaşımı daha yoğun kullandıkları gösterilmiştir. Öğrenim düzeylerine göre bakıldığında ise SBÇTÖ iyimser yaklaşım alt boyutu için istatistiksel anlamlı fark elde edilmiş, orta okul ve altı eğitime sahip olanların puan ortalamasının hem lise, hem de üniversite ve üzeri grubun puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Depresif belirtilerin yüksek düzeyde olması, başa çıkma sürecini olumsuz yönde etkileyen en önemli etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Depresif belirti düzeyi yükseldikçe stresle başa çıkma sürecinde çaresizlik içeren pasif başa çıkma tarzlarını kullanma eğiliminin arttığı ya da pasif başa çıkma tarzlarını kullanan bireylerde depresyon geliştirmeye yatkınlık olduğu bildirilmektedir (128). Ancak çalışmamızda depresyonun şiddeti ile aktif ya da pasif başa çıkma tarzlarına yönelme oranları arasında fark saptanmamıştır.

Stresle başa çıkma stratejisi olarak en sık başvurulan yöntem sosyal destek arama olmuştur. Bu durum, kültürümüzün daha çok ilişki odaklı olması ve içgrup ilişkilerine önem verilmesi ile uyumludur. Ayrıca öncelikli yakınmaya göre değerlendirildiğinde; duygusal yakınma bildiren grupta sosyal destek arama puanları yüksek, bilişsel yakınma bildirenlerde ise sosyal destek arama puanları düşük bulunmuştur.

‘Neden’ sorusuna verilen cevaplar kişinin daha sonraki başa çıkma tarzlarının belirlenmesinde de belirleyici olacaktır. Ancak çalışmamızda hastalığı açıklama modelleri (kendini/ başkasını suçlama) ile baş etme tarzları ölçeği alt boyutları arasında ilişki gösterilememiştir. Tabii burada açıklama şekillerini gruplandırırken sadece sorumluluk boyutunun değerlendirilmesi ya da örneklem grubunun küçük olması gibi faktörler etkili olmuş olabilir.

8. SONUÇ

Ruhsal bozukluğu olan kişilerin tıbbi tedaviye başvurma oranlarındaki düşüklük göz önüne alındığında, mesleki uygulamalarımızın etkinliğini arttırmak için sadece sağlık alanındaki gelişmeleri takip etmek ve sunmak yeterli değildir. Tedaviye katılımı ve iş birliğini sağlamak için, sağlık sistemi insanların neyi istedikleri ve neleri bildiklerine göre organize edilmelidir.

Hastalar ve sağlık sistemi arasındaki görüş çeşitliliğini tanımak ve tedaviyi engelleyebilecek etkenleri saptamak burada birinci adımdır. Kültür, hastayla hekim arasındaki ilişkinin yanı sıra birçok hastalığın görünümünü, algılanan nedenini ve çare arama davranışını etkiler. Bu sebeple hastaların öznel rahatsızlık deneyimlerini anlayabilmek için açıklama modellerinin incelenmesi uygundur.

Bu çalışmanın bulgularında bazı kültürel farklılıklara işaret edilmiştir, ancak çalışmanın kentsel alanda, yüksek eğitilmiş ve psikiyatri polikliniğine başvurmuş küçük bir örneklem grubunda yürütülmesi sebebiyle sonuçlarının topluma genellenmesi mümkün değildir.

Bulgularımız depresyon tanısı için tıbbi perspektiften baktığımızda öncelikle çökkün duygudurum ve ilgi kaybı şikayetlerini arayan biz hekimlerin, başvuru sırasında ifade edilen yakınmaları değerlendirirken dikkatli olmamız gerektiğini göstermektedir. Çünkü hastaların perspektifinden bakıldığında öncelikli görülen yakınma çok daha farklı olabilmektedir. Çalışmada kendiliğinden bildirilen yakınmaların çeşitliliği ve dağılımı dikkat çekicidir; bazı yakınmaların kültürel öncelikler çerçevesinde geliştiğini, bazılarının ise kültürün süzgecinden geçerek daha az aktarıldığını düşündürmektedir.

Sınıflandırma sistemlerinde tanı kriteri olarak kabul edilmemesine karşın 'sinirlilik' ifadesinin kendiliğinden aktarılma sıklığı göz önünde bulundurulduğunda depresyonu akla getirmesi gerektiği düşünülmektedir.

Hastalığı dışsal ve çoğunlukla da ailevi ilişki sorunları ile açıklama sık bulunmuştur. Hem tıbbi, hem de mistik/dini sebeplerin hastalığı açıklama nedeni olarak geri planda kaldığı gösterilmiştir. Rahatsızlığın sebebi olarak aktarılan anlatılarda sorumluluğu kişinin

kendinden çok, başka insanlara yükleme eğiliminde olduğu; ve başkasını suçlama eğiliminin öfke ve paranoid düşünce ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Çare arama davranışı olarak tıba başvuru oranının yüksek olduğu; ancak tıp dışı yöntemlerin de sıklıkla birlikte kullanıldığı gözlenmiştir. Somatik yakınmaların öncelikli olmasının hastanın ilk başvuruyu psikiyatri dışı hekimlere yapması ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Her bozukluğun kültürün kendi kavramsallaştırması içinde yeniden değerlendirilmesinin, pratikte hastaların doğru tanınması ve doğru tedaviye ulaşması önündeki engelleri ortaya koyabileceği düşünülmektedir. Ancak daha genellenebilir sonuçlara varmak için katılımcı sayısının artırıldığı, sadece tedaviye başvurmuş kişilerle değil toplum temelli çalışmalara gereksinim vardır.

9. TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleşmesinde bütün yardım ve yönlendirmeleri için, uzmanlık eğitiminin boyunca engin deneyim ve bilgisinden yararlandığım değerli hocam Prof. Dr. A. Tarık Yılmaz'a,

Çalışma boyunca desteğini ve değerli katkılarını sunan tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Deniz Eker'e,

Çok kısa bir süre için olsa da yanında çalışma fırsatı bulmaktan onur duyduğum ve tezimde sonsuz yardımcı olan Yard. Doç. Dr. Banu Aslantaş Ertekin'e,

Rotasyonlarım esnasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Engin Eker, Prof. Dr. Levent Kayaalp, Prof. Dr. Türkay Demir, Doç. Dr. Burak Doğangün, Uz. Dr. Hülya Bingöl ve Uz. Dr. Aslı Kıyat Atamer'e,

Tezimdaki verilerin istatistiksel analizi için katkısını sunan Yard. Doç. Arkun Tatar'a,

Asistanlık dönemi boyunca beraber çalıştığım arkadaşlarıma,

Ve tüm özveri ve destekleri için aileme teşekkürlerimi sunarım.

Sonsuz sevgi, saygı ve şükranlarımla...

Dr. Nora ÜTÜCÜ, 2013

10. KAYNAKLAR

1. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498-1504.
2. Iwata N, Buka S. Race/ethnicity and depressive symptoms: a cross-cultural/ethnic comparison among university students in East Asia, North and South America. *Social Science and Medicine* 2002; 55(12): 2243-2252.
3. Ohayon MM. Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *Journal of Psychiatric Research* 2007; 41(3): 207-213.
4. Cimilli C. Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygudurum Dizisi* 2001; 4: 157-168.
5. Sayar K. Psikiyatri ve kültür: hastalık bize neyi anlatır? *Yeni Sempozyum* 1999; 37(3): 46-51.
6. Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62: 22-28.
7. Fabrega H. 'Uluslararası psikiyatrinin kavramsal sorunları'. Sayar K. (Ed). *Kültür ve ruh sağlığı*. İstanbul: Metis Yayınları 2003; 122-140.
8. Oettingen G. 'Explanatory style in the context of culture'. Buchanan GM, Seligman MEP. (Eds) *Explanatory style*. NJ: Erlbaum: Hillsdale 1995; 209-224.
9. Kırel, Ç., Kayaoğlu, A., Gökdağ, R. Sosyal Psikoloji. *Anadolu Üniversitesi Yayını*, 2004, Eskişehir.
10. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *Plos Medecine* 2006; 3(10): e294.
11. Lopez SR, Guarnaccia PJ. Cultural Psychopathology: Uncovering the Social World of Mental Illness. *Annual Review of Psychology* 2000; 51: 571-598.
12. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık, Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9(3): 78-87.
13. Kortmann F. Transcultural psychiatry: from practice to theory. *Transcultural Psychiatry* 2010; 47: 203-223.

14. Ünal S. Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3(1): 52-55.
15. Babaoğlu AN. Transkültürel psikiyatri. *Düşünen Adam* 1988; 33-36.
16. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(1): 41-48.
17. Beyazyüz M, Göka E. Kültüre duyarlı yaklaşımın obsesif kompulsif bozukluktaki önemi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11: 360-366.
18. Gaw AC. 'Cultural Issues'. Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO (Eds). *The american psychiatry publishing textbook of psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2008; 1529-1547.
19. Thakker J, Ward T. Culture and classification: the cross-cultural application of the DSM-IV. *Clinical Psychology Review* 1998; 18(5): 501-529.
20. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009; 8: 131-139.
21. Baubet T, Taieb O, Heidenreich F, Moro MR. Culture et diagnostic psychiatrique: l'utilisation du guide de formulation culturelle du DSM-IV en clinique. *Annales Medico Psychologiques* 2005; 163: 38-44.
22. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (Çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007
23. Kirmayer LJ, Thombs BD, Jurcik T, Jarvis GE, Guzder J. Use of an expanded version of the DSM-IV outline for cultural formulation on a cultural consultation service. *Psychiatric Services* 2008; 59: 683-686.
24. Duyar İ. Eleştirel medikal antropoloji. *Toplum ve Hekim* 2006; 21(1): 17-20.
25. Konak A, Aktar O. Medikal antropoloji çerçevesinde Tunceli/ Ovacık'ta geleneksel sağaltma yöntemleri. *C. Ü. Sosyal Bilimler Dergisi* 2009; 35(2): 156-187.
26. Bozkuş Eğri G, Konak A. Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye'den örnekler. *Journal of World of Turks* 2011; 3(1): 143-155.

27. Tanaka-Matsumi J, Chang R. What questions arise when studying cultural universals in depression? Lessons from abnormal psychology textbooks. W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, & D. N. Sattler (Eds.), *Online Readings in Psychology and Culture* Washington. 2002; 10: 1-13
28. İlbars Z. Kültür ve Stres. *Kriz Dergisi* 1994; 2(1): 177-179.
29. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus* 2006; 4(1): 140-149.
30. Kleinman, A. Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *Brit J of Psychiat* 1987; 151:447-454.
31. Ünal S, Özcan Y, Emul HM, Çekem AB, Elbozan HB, Sezer Ö. Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(4): 222-229.
32. Güleç C. *Psikiyatrinin ABC'si*. İstanbul: Say Yayınları, 2009. s: 131-234
33. Weiss MG. Cultural epidemiology: an introduction and overview. *Antropology and Medecine* 2001; 8: 5-29.
34. Weiss MG. 'Psychiatric diagnosis and illness experience'. Yılmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler (Eds). *Cultural psychiatry: euro-international perspectives*. Basel: Karger, 2001; 21-34.
35. Alegria M, Vila D, Woo M, Canino G, Takeuchi D, Vera M, Febo V, Guarnaccia P, Aguilar-Gaxiola S, Shrout P. Cultural relevance and equivalence in the NLAAS instrument: integrating etic and emic in the development of cross-cultural measures for a psychiatric epidemiology and services study of Latinos. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004; 13(4): 270-288.
36. Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası* 1998; 1: 5-12.
37. Patel V. Cultural factors and international epidemiology, *British Medical Bulletin*, 2001, 57(1): 33-45
38. Weiss MG, Somma D, Obrist B. Training Manual for Cultural Epidemiology: Examples from a Study of Tuberculosis and Gender, Swiss Tropical Institute Department of Public Health and Epidemiology, WHO/TDR. 2008

39. Weiss MG, Yılmaz AT. 'Euro-international perspectives'. Yılmaz T, Weiss MG, Riechter-Rössler A. (Eds) *Cultural psychiatry: euro-international perspectives*. Basel: Karger, 2001. s: 1-10.
40. Weiss MG. Explanatory model interview catalogue (EMIC): framework for comparative study of illness. *Transcultural Psychiatry* 1997; 34: 235-263.
41. Taieb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens a la maladie: de l'anthropologie medicale a l'epidemiologie culturelle. *Medecine et Meladies Infectieuses* 2005; 35: 173-185.
42. Candansayar S, Coşar B. Küreselleşme, postmodernizm ve kültürel görelilik. Psikiyatride biyomedikal paradigma nasıl korunur? *Kriz Dergisi* 2001; 9(2): 41-47.
43. Kaya B. Depresyon: sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007; 10(6): 11-20.
44. Yılmaz AT, Weiss MG. 'Cultural formulation: clinical case study'. Yılmaz T, Weiss MG, Riechter-Rössler A (Eds). *Cultural psychiatry: euro-international perspectives*. Basel: Karger, 2001. 129-140.
45. Koch E, Turgut T. Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(1): 64-69.
46. Kareem J, Littlewood R. Intercultural therapy: themes, interpretations and practice. *Blackwell Scientiflc Publications* 1992; Oxford.
47. Doğan O, Kocacık F. Ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:109-120
48. Abe-Kim J, Takeuchi DT, Hong S, Zane N, Sue S, Spencer MS, Appel H, Nicdao E, Alegria M,. Use of mental health-related services among immigrant and US-born asian americans: results from teh national latino and asian american study. *Am J Public Health*. 2007; 97: 91-98.
49. Arnow BA, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Markowitz JC, Klein DN, Thase ME, Kocsis JH, Rush AJ. Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *J Affect Disord*. 2007, 97(1-3):197-202

50. Sue S, Fujino DC, Hu L. Community mental health services for ethnic minority groups: a test of the cultural responsiveness hypothesis. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 533-540.
51. Ton H, Lim RF. 'The assessment of culturally diverse individuals'. Lim RF. (Ed) *The clinical manual of cultural psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2006. s: 3-34.
52. Mezzich J, Caracci G, Fabrega H, Kirmayer LJ. Cultural formulation guidelines. *Transcultural Psychiatry* 2009; 46(3): 383-405.
53. Ersoy MA. Psikiyatri ve sosyal bilimlerin ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 1999; 2: 230-238.
54. Kirmayer LJ, Groleau D. Affective disorders in cultural context. *Psychiatric Clinics of North America* 2001; 24: 465-478.
55. Bhui K, Rüdell K, Priebe S. Assessing explanatory models for common mental disorders. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67: 964-971.
56. Bostwick JM, Pankratz S. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 12.
57. Solomon DA, Keller MB, Leon AC ve ark. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 229-233.
58. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease?. *British Medical Journal*. 2001; 322: 419-421.
59. Okello E. Cultural explanatory models of depression in Uganda. Karolinska Institutet Press, 2006; Stockholm and Kampala
60. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*. 2002;72(3): 227-236
61. Simon GE, VonKorff M, Barlow W. Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995; 52: 850-856.
62. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Üstün B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370(9590): 851-858.
63. Young DM. 'Depression'. Tseng WS, Streltzer J. (Eds) *Culture and psychopathology: a guide to clinical assessment*. Philadelphia: Brunner Mazel Inc., 1997. s: 28-45.

64. Cimilli C. Depresyonla ilişkileri bağlamında Türkiye'nin sosyal ve kültürel özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8: 292-300.
65. Sartorius N, Ustun B, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO Study on psychological disorders in primary health care. *British Journal of Psychiatry*. 1996; 168(30):38-43.
66. Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 10-20.
67. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ ve ark. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293-299.
68. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007; 10(6): 3-10.
69. Şahin EM, Türkcan A, Belene A, Yeşilbursa D, Yurt E. Somatizasyonda kültürel ve sosyolojik faktörler. *Yeni Symposium Journal* 2009; 47(4): 187-193.
70. Küey L, Gülseren Ş. Sağaltım öncesi değerlendirme, tanısal değerlendirme ve olgu formülasyonu. Yazıcı O, Oral ET, Vahip S. *Depresyon sağaltım kılavuzu, kaynak kitabı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2008. 13-34.
71. Uluşahin A, Başoğlu M, Paykel ES. A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 31-39.
72. Manson S, Kleinman A. DSM-IV, culture and mood disorders: a critical reflection on recent progress. *Transcultural Psychiatry* 1998; 3: 377-386.
73. Parker G, Gladstone G, Tsee Chee K. Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 857-864.
74. Kesebir S. Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri* 2004; (1): 14-19.
75. Baskak B, Çevik A,. Somatizasyonun kültürel boyutları. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007; 9: 50-57.
76. Leff J. The new cross-cultural psychiatry. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 305-307.
77. Cheng AT. Case definition and culture: are people all the same? *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 1-3.

78. Yeşilbaş D. Majör depresyon tanısı konulan kişilerin depresyonlarını ifade biçimleri. 2008, İstanbul.
79. Simon G, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression, Massachusetts Medical Society, 1999, 341(18): 1329-1335.
80. WHO. *The world health report. Mental health: new understanding new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.
81. Draguns JG, Tanaka-Matsumi J. Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy* 2003; 41: 755-776.
82. Kağıtçıbaşı Ç. *Yeni insan ve insanlar*. İstanbul: Evrim Yayınları, 2006; s: 360.
83. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Chaudry HR, Friedmann A, Wenzel T, Schanda H. Guilt and depression: a cross-cultural comparative study. *Psychopathology* 2001; 34(6): 289-298.
84. Beltran IS. The relation of culture to differences in depressive symptoms and coping strategies: mexican american and european american college students. 2005; Austin.
85. Lester D. Suicide and culture. *WCPRR* 2008; 51-68.
86. Lönnqvist JK. 'Epidemiology and causes of suicide'. Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC. (Eds) *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2000. s: 1033-1039.
87. Sayar K. İntihar ve inanç sistemleri. *Yeni Symposium* 2002; 40: 100-104.
88. Sartorius N, Davidian H, Ernberg G et al.,. *Depressive disorders in different cultures*. . Geneva: WHO, 1983.
89. Oquendo MA, Ellis SP, Greenwald S ve ark. Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 1652-1658.
90. Yanık M, Şimşek Z, Altındağ A, Katı M, Kocabaş Ö, Nebioğlu M, Asoğlu m. Şanlıurfa'da majör depresyon tanısı konulan kişilerin depresyonlarını ifade biçimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 69-75.

91. Raguram R, Weiss MG, Keval H, Channabasavanna SM. Cultural dimensions of clinical depression in Bangalore, India. *Anthropology and Medecine* 2001; 8(1): 31-46.
92. Jadhav S, Weiss WG, Littlewood R. Cultural experience of depression among white Britons in London. *Anthropology and Medecine* 2001; 8(1): 47-70.
93. Ekanayake S, Ahmad F, McKenzie K. Qualitative cross-sectional study of the perceived causes of depression in South Asian origin women in Toronto. *BMJ Open* 2012; 2(1): e000641.
94. Kırkpınar İ. Psikiyatrik hastalarda paramedikal iyileştiriciler ve psikoterapiye etkileri. IX. *Anadolu Psikiyatri Günleri*. Adana: Kongre Özet Kitabı, 2002. 27-28.
95. Bauman CW, Skitka LJ. Ethnic group differences in lay philosophies of behavior in the United States. *Journal of cross-cultural psychology* 2006; 37.
96. Lewis-Fernandez R, Kleinman A. Culture, personality, and psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1994; 103(1): 67-71.
97. Karasz A. Cultural differences in conceptual models of depression. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1625-1635.
98. Brown C, Dunbar-Jacob J, Palenchar DR, Kelleher K, Bruehlman RD, Sereika S, Thase ME. Primary care patients' personal illness models for depression: a preliminary investigation. *Family Practice* 2001; 18(3): 314-320.
99. Goldstein B, Rosselli F. Etiological paradigms of depression: the relationship between perceived causes, empowerment, treatment preferences, and stigma. *Journal of Mental Health* 2003; 12(6): 551-563.
100. Halter MJ. The stigma of seeking care and depression. *Arch Psychiatr Nurs* 2004; 178-184.
101. Özmen E, Ögel K, Boratav C, Sağduyu A, Aker T, Tamar D. Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul örneği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14: 89-100.
102. Karasz A, Garcia N, Ferri L. Conceptual models of depression in primary care patients: a comparative study. *J Cross Cult Psychol* 2009; 40(6): 1041-1059.
103. Lai DWL, Surood S. Socio-cultural variations in depressive symptoms of ageing South Asian Canadians. *Asian J Gerontol Geriatr* 2008; 3: 84-91.

104. Gater R, de Almeida e Sousa, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M ve ark. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med* 1991; 21: 761-774.
105. Puckree T, Mkhize M, Mgobhozi Z ve ark. African traditional healers: what health care professionals need to know. *Int J Rehabil Res* 2002; 25(4): 247-251.
106. Blumenthal R, Endicott J. Barriers to seeking treatment for major depression. *Depress Anxiety* 1996; 4(6): 273-278.
107. Van der Ham L, Wright P, Vo Van T, Doan V, Broerse J. Perceptions of mental health and help-seeking behavior in an urban community in Vietnam: an explorative study. 2011, 47(5): 574-582.
108. Saeed K, Gater R, Hussain A ve ark. The prevalence, classification and treatment of mental disorders among attenders of native faith healers in rural Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35(10): 480-485.
109. Ngoma MC, Prince M, Mann A. Common mental disorders among those attending primary health clinics and traditional healers in urban Tanzania. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 349-355.
110. Güleç H, Yavuz A, Topbaş M, Ak İ, Kaygusuz E. Psikiyatri hastalarında tıp dışı çare arama davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri* 2006; 9: 36-44.
111. Assion HJ, Dana I, Heinemann F. Folk medical practices in psychiatric patients of Turkish origin in Germany. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999; 67: 12-20.
112. Kırkpınar İ, Çayköylü A, Kuloğlu M. Erzurum'da ruh sağlığı birimlerine ulaşım yolları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5(3): 175-181.
113. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatry*. 2000; 6: 65-72.
114. Patel V, Saraceno B, Kleinman A. Beyond Evidence: The moral case for international mental health. *American Journal of Psychiatry* 2006;163(8):1312–1315.
115. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist* 2004; 59(7): 612-625.

116. Foulks EF, Persons JB, Merkel RL. The effect of patients' beliefs about their illnesses on compliance in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1986; 143(3): 340-344.
117. Kinzie JD, Leung P, Boehnlein JK, Fleck J. Antidepressant blood levels in Southeast Asians. Clinical and cultural implications. *J Nerv Ment Dis.* 1987; 175(8): 480-485.
118. Kroll J, Linde P, Habenicht M, Chan S, Yang M, Vang T, Souvannasoth L, Nguyen T, Ly M ve ark. Medication compliance, antidepressant blood levels, and side effects in Southeast Asian patients. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10(4): 279-283.
119. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 396-401.
120. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 839-852.
121. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50: 571-579.
122. Noh S, Kaspar V. Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health* 2003; 93: 232-238.
123. Carver CS, Weintraub JK, Scheier MF. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56(2): 267-283.
124. Parker JDA, Endler NS. Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality* 1992; 6(5): 321-344.
125. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (başarı çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2005; 6: 221-226.
126. Muris P, Schmidt H, Lambrichts R ve ark. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behav Res Ther* 2001; 39: 555-565.
127. Ravindran AV, MATHeson K, Griffiths J, Merali Z, Anisma H. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord.* 2002; 71(1-3): 121-130.

128. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(2): 137-146.
129. Satija YK, Advani GB, Nathawat SS. Influence of stressful life events and coping strategies in depression. *Indian Journal of Psychiatry* 1998; 40(2): 165-171.
130. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav* 1978; 19(1): 2-21.
131. Beltran I. The relation of culture to differences in depressive symptoms and coping strategies: Mexican Americans and European American college students. The university of Texas, 2005, Austin
132. Xu JM. Some issues in the diagnosis of depression in China. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 368-370.
133. Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1994; 377: 50-58.
134. Cacioppo J, Hawkley LC. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine* 2003; 46(3): 39-52.
135. Dağ I. Belirti tarama listesinin (SCL-90) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2: 5-12.
136. Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler. *İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları* 1993; 461-465.
137. Aydemir Ö, Devenci A, İçelli İ. HDDÖ yapılandırılmış görüşme kılavuzu mevsimsel duygu durumu bozukluğu versiyonunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8(1): 18-21
138. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 2011; 86: 39-47
139. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4: 251-259.
140. Şahin N. H. ve Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; 10(34), 56-73.

141. Yılmaz AT, Riecher A, Weiss MG, Wicker HR, Cross-cultural study of depression among immigrants from Turkey in Basel, (yayınlanmamış makale)
142. Gilgen D, Maeusezahl D, Salis Gross C, Battegay E, Flubacherd P, Tanner M, Weiss MG, Hatz C, Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. *Health & Place* 2005, 11(3): 261–273
143. Arslantaş H, Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy F,. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalanmayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *AMÜTF Dergisi* 2010; 11(1): 11-17
144. Dilbaz N, Seber G,. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi* 1993; 1(3): 134-138.
145. Cohen D, Soto M,. Growth and human capital: good data, good results. Technical paper no: 179. Paris: OECD Development Center, 2001.
146. Türkiye İstatistik Kurumu. Eğitim istatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr>, (Erişim tarihi: 03.01.2013)
147. Türkiye İstatistik Kurumu. Gelir ve yaşam koşulları araştırması 2006-2011. <http://www.tuik.gov.tr>, (Erişim tarihi: 03.01.2013)
148. Chakrabarti S, Berlanga C, Njenga F,. Cultural issues in the classification and diagnosis of mood and anxiety disorders. *World Psychiatry* 2012; 11(1): 26-30.
149. Tsai JL, Chentsova-Dutton Y. ‘Understanding depression across cultures’. Gotlib IH, Hammen CL.(Eds) *Handbook of depression*. NY: Guilford Press, 2002. 467-491.
150. Suhail K, Asir Ajmal M, Leung SM,. Counseling in Pakistan: an eastern Muslim perspective. Gerstein LH, Heppner PP, Aegisdottir S, Leung SM, Norworthy KL,(Eds) *International handbook of cross-cultural counseling: Cultural assumptions and practices worldwide*. California: Sage Publications, 2009. 237-250.
151. Alkan M, Gökalp PG,. ‘Majör depresyon ve yineleyici depresyonda kişilerarası ilişkiler terapisi’. Yazıcı O, Oral ET, Vahip S. (Eds) *Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı*, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2008. 191-216.

152. Hamdi E, Yousreva A, Abou-Saleh MT,. Problems in validating endogenous depression in the Arab culture by contemporary diagnostic criteria. *J Aff Dis.* 1997; 44: 131-143.
153. Taşkın EO, Şen FS, Özmen E, Aydemir Ö. Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006; 8:11-17
154. Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F,. Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2011; 14(3): 131-142.
155. Frijda NH, Kuipers P, ter Schure E,. Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 57(2): 212-228.
156. Mesquita B. Emotions in collectivist and individualist contexts. Interpersonal relations and group processes *J Pers Soc Psychol.* 2001; 80(1): 68-74.
157. Wasti A, Erdil SE,. Bireycilik ve toplulukçuluk değerlerinin ölçülmesi: benlik kurgusu ve INDCOL ölçeklerinin türkçe geçerlemesi. *Yönetim Araştırmaları Derg.* 2007; 7: 39-66.
158. Alkan N. Cognitive appraisals, emotion, and coping: A structural equation analysis of the interactional model of stress and coping. Doktora Tezi. Ankara, 2004.
159. Bahar A, Savaş HA, Bahar G,. Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışının değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum* 2010; 48(3): 216-222.
160. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollit P. Mental health literacy: A survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia* 1997; 166: 182–186.
161. Priest RG, Vize C, Roberts A. Lay people’s attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *British Medical Journal* 1996; 313: 858–859.
162. Çam O, Bilge A,. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:215-223.
163. Murphy PE, Ciarrocchi JW, Piedmont RL, Cheston S, Peyrot M, Fitchett G,. The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68(6): 1102-1106.

164. Matud P. Gender differences in stress and coping styles. *Pers Individ dif* 2004; 1401-1415.
165. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in depression. *Curr Direct Psych Sci* 2001; 10: 173-176
166. Flett GL, Blankstein KR, Obertynski M,. Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies, and depressive symptoms. *Pers Individ Dif* 1996; 20(2): 221-228.

11. EKLER

BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R)

Ad- Soyad: Tarih:

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak boşluk bırakılan yere yazınız.

Hiç: 0, Çok az: 1, Orta derecede: 2, Oldukça fazla: 3, İleri derecede: 4

1. ___ Baş ağrısı
2. ___ Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ___ Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. ___ Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ___ Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ___ Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ___ Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ___ Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ___ Olayları anımsamada güçlük
10. ___ Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ___ Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ___ Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ___ Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ___ Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ___ Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ___ Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ___ Titreme
18. ___ Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ___ İştah azalması
20. ___ Kolayca ağlama
21. ___ Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ___ Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ___ Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma

24. ___ Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ___ Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ___ Olanlar için kendisini suçlama
27. ___ Belin alt kısmında ağrılar
28. ___ İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ___ Yalnızlık hissi
30. ___ Karamsarlık hissi
31. ___ Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ___ Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ___ Korku hissi
34. ___ Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ___ Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ___ Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ___ Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ___ İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. ___ Kalbin çok hızlı çarpması
40. ___ Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ___ Kendini başkalarından aşağı görme
42. ___ Adale (kas) ağrıları
43. ___ Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ___ Uykuya dalmada güçlük
45. ___ Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ___ Karar vermede güçlük
47. ___ Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ___ Nefes almada güçlük
49. ___ Soğuk veya sıcak basması
50. ___ Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. ___ Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ___ Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ___ Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ___ Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ___ Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ___ Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ___ Gerginlik veya coşku hissi
58. ___ Kol ve bacaklarda ağırlık hissi. Aşırı yemek yeme
59. ___ Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ___ Aşırı yemek yeme

61. ___ İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ___ Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ___ Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ___ Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ___ Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ___ Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ___ Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ___ Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ___ Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. ___ Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ___ Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ___ Dehşet ve panik nöbetleri
73. ___ Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ___ Sık sık tartışmaya girme
75. ___ Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ___ Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ___ Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ___ Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ___ Değersizlik duygusu
80. ___ Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ___ Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ___ Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ___ Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ___ Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ___ Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ___ Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ___ Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ___ Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ___ Suçluluk duygusu
90. ___ Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hasta Adı-Soyadı: Tarih:

[] **1. Depresif Duygudurum** (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0: YOK; 1: ŞÜPHELİ; 2: HAFİF; 3: ORTA; 4: AĞIR

[] **2. Suçluluk Duyguları**

0: YOK

1: Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2: Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3: Şimdiki hastalığı ceza olarak kabul ediyor, suçluluk sanrıları var.

4: Suçlayıcı veya itham edici sesler duyuyor ve/veya tehdit edici görsel varsanılar görüyor.

[] **3. İntihar**

0: YOK

1: Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2: Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor, kendi için olası her türlü ölümü düşünüyor.

3: İntihar düşünceleri veya davranışı var. (ciddi girişim 4 olarak değerlendirilir)

[] **4. Uykuya Dalamamak**

0: Zorluk yok.

1: Bazen uykuya dalmada güçlük var; ½ saatten uzun süren

2: Gece boyunca uyuyamamaktan şikayet var.

[] **5. Gece Yarısı Uyanmak**

0: YOK

1: Gece boyunca huzursuzluk ve rahatsızlık mevcut

2: Hemen her gece uyanma. Yataktan kalkmak 2 puan olarak değerlendirilir.

[] **6. Sabah Erken Uyanma**

0: YOK

1: Sabah erken uyanıyor ancak tekrar uykuya dalabiliyor.

2: Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor.

[] **7. İş ve Aktiviteler**

0: Sorun yok.

1: Aktiviteleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2: Aktivitelerine karşı olan ilgisini kaybetmiş, hasta bunu doğrudan ifade ediyor ya da başkaları tarafından kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğu söyleniyor.

3: Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma.

4: Hastalık dolayısıyla çalışmayı bırakmış.

[] **8. Retardasyon**

0: YOK

1: HAFİF

2: Görüşme sırasında açıkça retardasyon gözleniyor.

3: Görüşme yapmakta güçlük çekiyor.

4: Tam stupor.

[] **9. Ajitasyon**

0: YOK

1: ŞÜPHELİ, HAFİF: kıpır kıpır olma

2: Eller, saçlar ile oynama

3: Ayakta dolaşma, sakin oturamama

4 :Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saçını yolma, dudaklarını ısırma

[] **10. Psişik Anksiyete**

0: YOK

- 1: Sübjektif gerilim ve irritabilite
- 2: Küçük şeylere kaygılanma
- 3: Yüzde, konuşmada belirgin endişe ifadesi
- 4: Yaşamımı belirgin etkileyen sıkıntı ve korkular

[] **11. Somatik Anksiyete**

0: YOK; 1: HAFİF; 2: ORTA; 3: ŞİDDETLİ; 4: ÇOK ŞİDDETLİ

[] **12. Somatik Semptomlar – Gastrointestinal**

0: YOK

- 1: İştahsız, daha az yemek yiyor.
- 2: Personel zorlamazsa yemek yemiyor. Gıda alımı azalmış. Şikayetler için ilaca ihtiyaç duyuyor.

[] **13. Somatik Semptomlar – Genel**

0: YOK

- 1: Ekstremitelerde, sırtında veya başında ağırlık hissi. Sırt ağrısı, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, yorulma.
- 2: Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

[] **14. Hipokondriazis**

0: YOK

- 1: Vücut semptom ve işlevleriyle ilgili artmış meşguliyet.
- 2: Fiziksel sağlığından belirgin olarak kaygılanmaktadır.
- 3: Bütün semptomları açıklayacak fiziksel bir hastalığı olduğundan emindir; ancak ikna edilebilir.
- 4: Hipokondriak düşünceler sanrısız düzeydedir.

[] **15. Genital Semptomlar** (libido kaybı, adet bozuklukları...)

0: YOK; 1: HAFİF; 2: ŞİDDETLİ

[] **16. Kilo Kaybı** (A ya da B'yi doldurunuz)

A. Anamneze göre; 0: Kilo kaybı yok

1: Mevcut hastalığa bağlı olası kilo kaybı

2: Kesin (hastaya göre) kilo kaybı

B. Gerçek vücut ağırlığı kaybına göre; 0: Haftada 0,5 kilodan az kayıp

1: Haftada 0,5 kilodan fazla kayıp

2: Haftada 1 kilodan fazla kayıp

[] **17. İlgörü**

0: Depresif ve hasta olduğunun farkında

1: Hastalığın farkında fakat bunu kötü gıdalar, iklim, aşırı çalışma, virüs, dinlenme ihtiyacına gibi nedenlere bağlıyor.

2: Hasta olduğunu tümüyle reddediyor.

TOPLAM PUAN:

EMIC - Majör Depresyon

Hasta No:

Tarih:

Hasta ad-soyad:

Doğum Tarihi:

Cinsiyet: K / E

Giriş

“ Sizi buraya getiren problem ve bu süreçte yaptıklarınızla ilgili birkaç soru sormak istiyorum ancak öncesinde sizi tanımak ve yaşam koşullarınızı öğrenmek için birkaç sorum olacak.”

Demografik Bilgiler

1. Doğum Yeri:

Köken alınan bölge:

| | | | | | | |
|--------------|----------|--------------|----------------|----------------|-----------|-----------------|
| Marmara 1 | Ege 2 | Akdeniz 3 | Karadeniz 4 | Güneydoğu 5 | Doğu 6 | İç Anadolu 7 |
|--------------|----------|--------------|----------------|----------------|-----------|-----------------|

2. İstanbul'a geliş tarihi:

.....

3. Medeni Durum:

| | | | | | |
|------------------------|-----------|----------------------|--------------------|------------------------------|----------|
| Hiç Evlenmemiş 1 | Evli 2 | Beraber yaşıyor 3 | Boşanmış/Ayrı 4 | Tekrar evlenmiş 5 # | Dul 6 |
|------------------------|-----------|----------------------|--------------------|------------------------------|----------|

4. Çocuk: (yaş, cinsiyet)

1.
2.
3.
4.

5. Kimlerle yaşıyorsunuz?

.....
.....

6. Eğitim Durumu:

| | | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------|---------------|-----------|-----------------|-----------------------|
| Okur-yazar değil 1 | Okur-yazar 2 | İlkokul 3 | Ortaokul 4 | Lise 5 | Üniversite 6 | Yüksek Lisans 7 |
|--------------------------|-----------------|--------------|---------------|-----------|-----------------|-----------------------|

7. İş:

- | | |
|--------------|-----------------------------|
| 1. Yok | 6. Memur |
| 2. Öğrenci | 7. Çiftçi |
| 3. Ev hanımı | 8. Emekli |
| 4. Öğretmen | 9. Maluliyet |
| 5. Esnaf | 10. Diğer: (Belirtin) |

Kendi:

Eşi:

8. Gelir Durumu:

| | | | | |
|----------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------------|
| 500 TL'den az (1) | 500-1500 (2) | 1500-3000 (3) | 3000-5000 (4) | 5000'den fazla (5) |
|----------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------------|

9. İnanç/Din:

| | |
|--------------|--------------------|
| İslam (1) | Diğer:..... (2) |
|--------------|--------------------|

Hastalığı Açıklama Modelleri

Yakınma

10. “Sizi buraya getiren problem ve sizi nasıl etkilediği hakkında sorular soracağım. Her insanın hastalıkları açıklama yolları vardır; hatta bazen bu açıklama yolları doktorların açıklamalarından daha farklı olabilir. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yok; tümüyle kendi düşüncelerinizi aktarmakta lütfen rahat olun.”

10.1. Başlangıç

“Rahatsızlığınız nedir? Sizi buraya getiren şikayetler nelerdir?”

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10.2. Yaşam üzerine etkisi

“Bu problem(ler) hayatınızı nasıl etkiledi?”

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hastanın problem tanımındaki klinik olarak önemli semptomlarını işaretleyiniz. Semptom listesindeki her bir maddeyi “önemle üzerinde duruldu-şiddetli” ve “ihtimal olarak belirtildi-hafif” şeklinde kodlayınız.

| Yakınma | Spontan | Ş | - | H | Yakınma | Spontan | Ş | - | H |
|-------------------------------------|---------|---|---|---|------------------------------------|---------|---|---|---|
| 1. Mutsuzluk, üzüntü | | | | | 25. Aşırı yeme isteği, kilo artışı | | | | |
| 2. Ağlamalar | | | | | 26. Uykunun azalması | | | | |
| 3. İsteksizlik | | | | | 27. Aşırı uyku | | | | |
| 4. Huzursuzluk | | | | | 28. Kabuslar | | | | |
| 5. Boşluk duygusu | | | | | 29. Cinsel isteksizlik | | | | |
| 6. Tahammülsüzlük | | | | | 30. Unutkanlık | | | | |
| 7. Gerginlik | | | | | 31. Baş ağrısı | | | | |
| 8. Sinirlilik | | | | | 32. Kas-eklem ağrısı | | | | |
| 9. Endişe | | | | | 33. Gaz-şişkinlik | | | | |
| 10. Sıkıntı | | | | | 34. Bulantı- kusma | | | | |
| 11. Alınganlık | | | | | 35. Kaşıntı | | | | |
| 12. Zevk alamama | | | | | 36. Nefes darlığı | | | | |
| 13. Ümitsizlik, çaresizlik | | | | | 37. Elde-yüzde yanma/uyuşma | | | | |
| 14. Yetersizlik hissi | | | | | 38. İş kaybı | | | | |
| 15. Suçluluk duygusu | | | | | 39. Gelir kaybı | | | | |
| 16. Ölüm düşüncesi | | | | | 40. Masrafta artış | | | | |
| 17. İntihar düşüncesi | | | | | 41. Eş ile sorun | | | | |
| 18. Hastalıklarla ilgili kuruntular | | | | | 42. Çocuklarla sorun | | | | |
| 19. Sorunları aşırı kafaya takma | | | | | 43. Yalnız kalma isteği | | | | |
| 20. Kararsızlık | | | | | 44. Günlük işleri sürdürememe | | | | |
| 21. Konsantrasyon kaybı | | | | | 45. Kişisel bakımı sürdürememe | | | | |
| 22. Yalnız hissetme | | | | | 46. Hırçınlık, bağırma, agresyon | | | | |
| 23. Halsizlik, yorgunluk | | | | | 47. Alkol-madde kullanımında artış | | | | |
| 24. İştahsızlık, kilo kaybı | | | | | 48. Diğer: | | | | |

10.3. En sıkıntılı belirti

“Tüm bu belirti ve şikayetlerden sizi en çok rahatsız eden hangisi?”

Kodlayın

10.4. Başlangıç

“Problemi ilk ne zaman fark ettiniz?”

10.5. Problemin Adı

“Sağlıkla ilgili şikayetlerinizi fark ettiğinizde bunun ne olduğunu düşündünüz? Buna ne ad verirsiniz?”

STİGMA

11.1. “Eğer mümkün olsa, hastalığınızı insanlardan saklamayı tercih eder misiniz?”

| | | | |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|
| EVET 0 | MUHTEMELEN 1 | EMİN DEĞİLİM 2 | HAYIR 3 |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|

11.2. “Bu rahatsızlığımız sebebiyle kendinizde eksiklik olduğunu veya değersiz olduğunuzu düşünüyor musunuz?”

| | | | |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|
| EVET 0 | MUHTEMELEN 1 | EMİN DEĞİLİM 2 | HAYIR 3 |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|

11.3. “Hastalığımız öğrenilmesi sebebiyle rahatsızlık yaşadığınız oldu mu?”

| | | | |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|
| EVET 0 | MUHTEMELEN 1 | EMİN DEĞİLİM 2 | HAYIR 3 |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|

11.4. “Çevrenizdeki insanlar hastalığınızı bilseler sizinle ilgili düşünceleri olumsuz etkilenir mi?”

| | | | |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|
| EYET 0 | MUHTEMELEN 1 | EMİN DEĞİLİM 2 | HAYIR 3 |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|

.....
.....

11.5. “Hastalığınızın bilinmesi durumunda ailenizin problem yaşayabileceğini düşünüyor musunuz?”

| | | | |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|
| EYET 0 | MUHTEMELEN 1 | EMİN DEĞİLİM 2 | HAYIR 3 |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|

.....
.....

11.6. “Bekarsanız; eğer insanlar hastalığınızı bilse, tedavi olduktan sonra dahi bu sizin evlenmenizi güçleştirir mi?”

“Evliyseniz; eğer bekar olsaydınız, hastalığınızın bilinmesi durumunda tedavi olduktan sonra dahi evlenmenizin güçleşeceğini düşünüyor musunuz?”

| | | | |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|
| EYET 0 | MUHTEMELEN 1 | EMİN DEĞİLİM 2 | HAYIR 3 |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|

.....
.....

Algılanan Nedenler

12.1 “Hastalığınızın neden kaynaklandığını düşünüyorsunuz?”

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

Hastanın problemin sebebi olarak tanımladığı nedenleri işaretleyiniz. Neden listesindeki her bir maddeyi “önemle üzerinde duruldu” ve “ihtimal olarak belirtildi” şeklinde kodlayınız.

| Algılanan Neden | S | Ö | İ | Algılanan Neden | S | Ö | İ |
|--|---|---|---|-----------------------------------|---|---|---|
| Beslenme-Madde | | | | Psikolojik Sebepler | | | |
| 1. Yiyecek/içecek | | | | 21. Stres | | | |
| 2. Sigara | | | | 22. Çocuklukta olumsuz deneyimler | | | |
| 3. Alkol | | | | 23. Duygusallık, hassas olmak | | | |
| 4. Madde kötüye kullanımı | | | | 24. Yalnızlık | | | |
| Tıbbi Sebepler | | | | 25. Beden imajı, görüntü | | | |
| 5. İlaçlar | | | | 26. Karamsarlık | | | |
| 6. Genetik-kalıtımsal | | | | Şiddet | | | |
| 7. Zayıf Bünye | | | | 27. Eş tarafından şiddet | | | |
| 8. Kaza, yaralanma | | | | 28. Fiziksel şiddete maruz kalmak | | | |
| 9. Hamilelik, menopoz | | | | 29. Cinsel taciz, tecavüz | | | |
| 10. Mikroplar, enfeksiyon | | | | Mistik-Dini | | | |
| 11. Tıbbi, fizyolojik bozukluklar | | | | 30. Kader | | | |
| 12. Cinsel problemler | | | | 31. Büyü | | | |
| 13. Sinir sistemi zayıflığı | | | | 32. Nazar | | | |
| Ailevi-Sosyal Sebepler | | | | 33. “Ah” almak, beddua | | | |
| 14. Eş ile sorun | | | | Diğer | | | |
| 15. Çocuklarla problemler | | | | 34. Kayıp, vefat | | | |
| 16. Ebeveynler, kendi ailenizle problemler | | | | 35. Göç | | | |
| İş-Ekonomik | | | | 36. Mevsim değişikliği, iklim | | | |
| 17. İşsizlik | | | | 37. Adli problemler | | | |
| 18. İşte problemler, yıldırma | | | | 38. Söyleyemem | | | |
| 19. Çok çalışmak | | | | 39. Diğer: | | | |
| 20. Maddi sorun, borç | | | | | | | |

12.2. “Belirttiğiniz bu sebeplerden sizce en önemlisi hangisidir?”

| | |
|-----------------|-------|
| Kodlayın | |
| | |

13. Aile Desteği

13.1. “Bu hastalıkla mücadelede aileniz destek oluyor mu?”

| | | | |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|
| Evet 3 | Muhtemelen 2 | Emin değilim 1 | Hayır 0 |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|

.....

.....

13.2. “Aileniz size destek olmak için neler yapıyor?”

| Aile Desteği | Spontan | Probe |
|--|---------|-------|
| 1. Hastane randevularını/ilaçları anımsatmak | | |
| 2. Hastaneye gidişlere eşlik etmek, işlemleri-protokolleri takip etmek | | |
| 3. Ev/mesleki işlerde yardımcı olmak | | |
| 4. Maddi destek olmak | | |
| 5. Manevi destek olmak | | |
| 6. Diğerleri | | |

13.3. “Size yardımcı olmak için yaptıklarından memnun musunuz?”

| | | | |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|
| Evet 3 | Muhtemelen 2 | Emin değilim 1 | Hayır 0 |
|-----------|-----------------|-------------------|------------|

.....

.....

13.4. “Sizin için en önemli destek hangisi oldu?”

| | |
|-----------------|-------|
| Kodlayın | |
| | |

Yardım Arayışı

14.1. “İnsanlar rahatsızlıklarının tedavisi için birçok kişiye başvuruyorlar, yalnız doktorlara, psikiyatlara değil. Lütfen bu sıkıntı başladığından itibaren aileniz dışında yardım aldığınız yerlerle ilgili konuşmakta rahat hissedin. Yardım için nereler başvurduunuz ve başvurduğunuz yerlerde nasıl önerilerde bulunuldu? Size yardımı olabilecek şeyler verildi mi?”

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hastanın yardım arama davranışı olarak belirttiği maddeleri işaretleyiniz. Her bir maddeyi “önerildi ve uyguladı” ve “önerildi ancak uygulamadı” şeklinde kodlayınız.

| Yardım Arayışı | Spont | Probe | | Yardım Arayışı | Spont | Probe |
|-------------------------|-------|-------|--|---------------------------|-------|-------|
| | | + / - | | | | + / - |
| 1. Pratisyen hekim | | | | 16. Kocakarı ilaçları | | |
| 2. Psik. dışı uzman dr | | | | 17. Bitkisel ilaçlar | | |
| 3. Psikiyatrist | | | | 18. Fizik egzersiz/ Spor | | |
| 4. Hastane | | | | 19. Dinlenme/ Tatil | | |
| 5. Muayenehane | | | | 20. Sosyal destek/ Telkin | | |
| 6. Eczacılar | | | | 21. Yoga/Meditasyon | | |
| 7. Acil | | | | 22. Masaj tedavisi | | |
| 8. Psikolog | | | | 23. Nazarlık taşımak | | |
| 9. Hoca, cinci | | | | 24. Muska taşımak | | |
| 10. Bitkisel Şifacı | | | | 25. Kurşun döktürmek | | |
| 11. Falcı/Astrolog | | | | 26. Akupunktur | | |
| 12. Psikiyatrik ilaçlar | | | | 27. Adak adamak | | |
| 13. Terapi/ Görüşme | | | | 28. Diğer | | |
| 14. Vitaminler | | | | 29. Yok | | |
| 15. Düzenli beslenme | | | | | | |

14.2. “Aldığınız ilk yardım ne oldu?”

| | |
|-----------------|-------|
| Kodlayın | |
| | |

14.3. “Size en fazla yardımı olan neydi?”

| | |
|-----------------|-------|
| Kodlayın | |
| | |

Görüşmeci:

Görüşme Tarihi:

Ek Yorumlar:

.....

.....

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

İnsanlar yaşamları süresince çeşitli sorunlar yaşayabilirler. Bu sorunların ciddi bir sonuca ulaşıp ulaşmaması kişinin sorunu kavramasına, kendine destek olan sistemlere ve sorunla baş etme stratejilerine bağlıdır. Aşağıdaki anket sizin daha önce ve/veya şu anda yaşadığınız sorunları nasıl çözümlediğinizi ölçmek amacıyla planlanmıştır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Cümleler “Kullanmadım”, “Biraz kullandım”, “Oldukça Kullandım” ve “Çok kullandım” olmak üzere 4 seçeneğe ayrılmıştır. Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini dikkatlice okuyup, size uyan seçeneğe (X) işareti koyunuz.

Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

| BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA; | Kullan- madım | Biraz Kullandım | Oldukça Kullandım | Çok Kullandım |
|--|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Kimsenin bilmesini istemem. | | | | |
| 2. İyimser olmaya çalışırım. | | | | |
| 3. Bir mucize olmasını beklerim. | | | | |
| 4.Olayları büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım. | | | | |
| 5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm. | | | | |
| 6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım. | | | | |
| 7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum. | | | | |
| 8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım. | | | | |
| 9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem. | | | | |
| 10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum. | | | | |
| 11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam. | | | | |
| 12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım. | | | | |
| 13. İş olacağına varır diye düşünüyorum. | | | | |
| 14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım. | | | | |
| 15. Problemin çözümü için adak adarım. | | | | |
| 16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum. | | | | |

| BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA; | Kullan- madım | Biraz Kullandım | Oldukça Kullandım | Çok Kullandım |
|---|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım. | | | | |
| 18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım. | | | | |
| 19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım. | | | | |
| 20. Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım. | | | | |
| 21. Mücadeleden vazgeçerim. | | | | |
| 22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm. | | | | |
| 23. Hakkımı savunabileceğime inanırım. | | | | |
| 24. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim. | | | | |
| 25. “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm. | | | | |
| 26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim. | | | | |
| 27. “Benim suçum ne” diye düşünürüm. | | | | |
| 28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm. | | | | |
| 29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım. | | | | |
| 30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır. | | | | |