

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA BAŞVURU İÇİN GECİKME
SEBEPLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. FAROOGH ALİZADEGAN

TEZ DANIŞMANI:
PROF. DR. MEHMET KEMAL ARIKAN

İSTANBUL-2016

TEŞEKKÜR

İlgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Sn. Prof. Dr. Alaattin Duran'a; açık ve net önerileri ile bana her zaman destek, cesaret ve güven veren saygıdeğer tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Mehmet Kemal Arıkan a; Desteklerini her an yanımda hissettiğim Sn. Prof. Dr. Sabahattin Saip'e; Sn. Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu, Sn. Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu'na; asistan eğitimine verdikleri önem, destek ve emekleri için Sn. Prof. Dr. Reha Bayar, Sn. Prof. Dr. Turan Ertan a; eğitim alma fırsatı yakaladığım için kendimi çok şanslı hissettiğim Sn. Prof. Dr. Musa Tosun a, Sn. Prof. Dr. Müfit Uğur a;

Bilimsel ve akademik tutumlarını hümanist bir çizgide paylaşan, uzmanlık eğitimim sürecimde yardımlarını esirgemeyen, birlikte çalışabilmiş olmaktan gurur duyduğum başta Sn. Uzm. Dr. Burç Çağrı Poyraz, Sn. Uzm. Dr. Cana Akşoy Poyraz, Sn. Uzm. Dr. Ömer Faruk Demirel ve Uzm. Dr. Şenol Turan olmak üzere değerli uzman hekim meslektaşlarıma;

Meslek hayatımın ilk senelerini paylaştığım, asistanlık yıllarımın keyifli geçmesinde büyük payı olan sevgili asistan arkadaşlarıma ve uzmanlık eğitim sürecime dinamizm katan tüm klinik çalışanlarına;

Tez çalışmamda hastalığım'dan kaynaklanan mağduriyetim yüzünden layığı ile yapamadığım işlerde bana destek sağlayan değerli Psikolog meslektaşlarım Sn. Cansu Filiz ve Sn. Deniz Solak a; teşekkürü bir borç bilirim.

Tez çalışmama katılmayı kabul eden, kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarımıza ve gönüllülere en içten teşekkürlerimi sunarım.

Bu başarıları elde edebilmemde en büyük pay sahibi olan ve beni koşulsuz seven kıymetli aileme; ne kadar teşekkür etsem azdır.

Dr. Faroogh Alizadegan

Ağustos 2016-İstanbul

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGE ve KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. ANKSİYETE VE ANKSİYETE BOZ. YELPAZESİ	7
2.1.1. Panik Bozukluk	8
2.1. 2. Özgül Fobi.....	11
2.1. 3. Sosyal Fobi	12
2.1.4. Obsesif- Kompulsif Bozukluk.....	13
2.1. 5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	15
2.1.6. Akut Stres Bozukluğu.....	17
2.1.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	18
2.2. DEPRESYON	20
3. YÖNTEM VE GEREÇ	23
3.1. YÖNTEM.....	23
3.2. GEREÇLER	23
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA	47
6. KAYNAKLAR	52

SİMGE ve KISALTMALAR

- DSM-IV-TR** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, Fourth Edition
- DSM-V** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
- ICD** : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
- EKT** : Elektrokonvülsif Tedavi (Terapi)
- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences
- SSGI** : Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri
- BBSK** : Birinci basamak sağlık kuruluşlarına
- ABD** : Amerika birleşik devletleri
- OKB** : Obsesif kompulsif bozukluk

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Son şikayet başlangıç tarihi (kişi sayısı)	27
Tablo 2:	31
Tablo 3: Son şikayetlerin başlangıç tarihi.....	31
Tablo 4: Sonsikayetlerin başlangıç tarihinden geçen AY.....	32
Tablo 5: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların yaş açısından dağılımı	32
Tablo 6: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların cinsiyet açısından dağılımı	33
Tablo 7: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların eğitim açısından dağılımı	33
Tablo 8: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların medeni durum açısından dağılımı	33
Tablo 9: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların çalışma durumu açısından dağılımı	34
Tablo 10: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların meslek açısından dağılımı	34
Tablo 11: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların yaşadıkları il açısından dağılımı	34
Tablo 12: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların ailede psikiyatrik tedavi alan birey açısından dağılımı	35
Tablo 13: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların geçmişte psikiyatriste başvuru açısından dağılımı	35
Tablo 14:	35
Tablo 15:	36

Tablo 16:	36
Tablo 17:	36
Tablo 18:	36
Tablo 19:	37
Tablo 20:	37
Tablo 21:	37
Tablo 22:	37
Tablo 23:	38
Tablo 24:	38
Tablo 25:	38
Tablo 26:	38
Tablo 27:	39
Tablo 28:	39
Tablo 29:	39
Tablo 30:	39
Tablo 31:	40
Tablo 32:	40
Tablo 33:	40
Tablo 34:	40
Tablo 35:	41
Tablo 36:	41
Tablo 37:	41

Tablo 38:	41
Tablo 39:	42
Tablo 40:	42
Tablo 41:	42
Tablo 42:	42
Tablo 43:	43
Tablo 44:	43
Tablo 45:	43
Tablo 46:	43
Tablo 47:	44
Tablo 48:	44
Tablo 49:	44

ÖZET

Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Başvuru İçin Gecikme Sebepleri

Amaç: Günümüzde psikiyatrik ve/veya psikolojik rahatsızlıklar büyük toplumlarda %15 - 25 oranında görülmektedir. Bu sebepten dolayı o toplumda yaşayan hasta ve çevresindekiler maddi ve manevi kayıplar ile karşılaşır. Bu kayıpları azaltmak üzere genel topluma bu konuda farkındalık kazandırmak önem taşımaktadır. Bu araştırmada hastaların tedavi için psikiyatri polikliniğine başvurularındaki gecikme sebepleri araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastalardan toplam 192 sayıda hasta alınmıştır. Katılımcılara öncelikle çalışmamız hakkında ön bilgi verilip sonrasında demografik bilgileri alınmıştır ve hasta ve / veya hasta yakını tarafından doldurulmak üzere 36 sorudan oluşan “Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health” anketi verilmiştir.

Bulgular: Hastalar tarafından doldurulan anketlerden elde edilen veriler SPSS programında analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda anketteki başvuru için 36 gecikme sebebinden en çok 3 tanesinde anlamlı sonuca rastlanmıştır. Bu sonuçlar; ‘hastanın bir probleminin olmadığı inancı’, ‘hastanın psikiyatriste güvensizliği’ ve ‘hastanın memnuniyetsizliği’ şeklindedir.

Sonuç: Eldeki bulguların değerlendirilmesi, erkeklerin yardım arayışına engel olan etmenleri derinlemesine irdeleyen araştırmalara gereksinim olduğunu bir kez daha gündeme getir mektedir. hedef kitlenin gereksinimlerini, kişilik özelliklerinin birbirleriyle etkileşimini ve onları yardım almaktan alıkoyan engelleri içeren araştırmaların ışığında gelecekteki çalışmaların, psikolojik yardımların (a) içeriğini, (b) sınırlarını, (c) işlevlerini tanıtan yaygın programların hazırlanması anlamlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: psikiyatri polikliniği, tedavi için gecikme

İletişim Adresi: alizadeganfarooq@yahoo.com

ABSTRACT

Aim : Nowadays %15-25 of people living in a crowded population have psychiatric or psychologic disorders. So patients and/or people living with the patients have to tolerate economic or psychologic problems. Giving people aduquate information about this may be useful considerably. In this research our purpose is to search about the reasons making psychlogic and/or psychiatrically patients, delay in requesting help.

Method : In our research we asked 192 patients to fill a questionnaire composed of 36 questions. The patients or their families replied these questionnaires. We took our questionnair “Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health”.

Findings : Questionnaire replied by patients were analized by SPSS programe and results founded to be more considerable were ‘the patients mistrust about the psychiatrist’, ‘the patients belief about having no psychiatric problem’ and ‘the patients dissatisfaction’ totally.

Key Words : psichiatri poliklinik, delay in requesting help

İletişim Adresi: alizadeganfarooogh@yahoo.com

1. GİRİŞ

Psikolojik rahatsızlıklar eski çağlardan beri insanoğlunun uğraşmaya mecbur kaldığı ve zaman zaman toplumsal yaşamaya yöneldikçe sosyal etmenlerden etkilendiği faktörlerdendir. Genel toplumun %15-25'inin psikiyatrik ve/veya psikolojik bir yakınmadan zarar gördüğü tahmin ediliyor (Silvet ve ark. 2009). Bu oran farklı kültürler ve toplumlar arasında değişiklik gösterir. Örneğin Hindistan'da bu oran %25 iken, Finlandiyada %5 oranında ölçülmüştür (National Institute of Health. 2005). Psikiyatri ve/veya psikolojik desteğin ulaşılabilir olması bu toplumlarda yaşayan bireylerin ruhsal problemlerini iyileştirilebilir olmasında önemli katkı sağlayabilir; ama bu faktör tek başına toplum bireylerinin sunulan yardımdan yararlandığı anlamına gelmez. Profesyonel ruhsal desteğe başvurma farklı değişkenler tarafından etkilenebilir. Bu değişkenler kültürel, ekonomik, sosyal ve davranışsal , bilişsel ve demografik ve ...dan ibaret olabilir. Buna ilaveten, yapılan araştırmalara göre profesyonel yardım almaktan kaçan bireyler rahatsızlıklarının sürecinde uzama, duygusal ve/veya bilişsel kayıp artışı, ekonomik zarar vb. sonuçlarla karşılaşabilirler. Yapılan birçok araştırmaya göre hastaların çoğu profesyonel destek sağlayan merkezlerden önce farklı yöntemlere başvurmuştur. Bu yöntemler için örnekler: dini yöntemlerle uğraşan kişiler, eski ve toplumsal yöntemler kullanan sağlık personeli vs. dir.

Psikolojik rahatsızlıkların zararları yanı sıra bu hastaların bulgularının müdahalesiz kaldığı dönemler bu hastaların belirtilerinin artışına sebebiyet vermektedir. Dini sağlıkçıların yanı sıra profesyonel desteğin ulaşılabilir olmaması, stigmatizasyon(damgalanma), mental durumla ilgili olan toplumdaki batıl inançlar, ekonomik faktörler ve mental durumla ilgili olan yasal süreçler vb. bu hastaların tedavisiz dönemlerinin artmasına yol açmaktadır.

Bu faktörlerin giderilebilir olması için hastaların ve/veya hasta yakınlarının hastalığın belirtilerinin tedavisiz dönemde arttığı ve bunun sonucu ile ilgili bilinçlenmesi elzemdir. Bu araştırmada bu faktörlerin ele alınması ve başvuruda gecikmeye ne oranla sebep olduğunun bilincine varılması ve daha etkin sebeplerin açıklanması hedefleniyor.

Ruhsal bozukluklar toplumda sık karşılaşılan sorunlardandır. Yapılan çalışmalarda birinci basamak sağlık kuruluşlarına (BBSK) başvuranlarda ve genel

toplumda ruhsal bozuklukların yukarıda da söz edildiği gibi %10 ve %20 arasında değiştiği belirtilmektedir. (Küey ve ark. 1987)

Ülkemizde de son yıllarda ruhsal bozukluklarla ilgili epidemiyolojik çalışmaların sayısı hızla artmaktadır. Bu çalışmalarda tanı koydurucu ölçeklerin kullanımıyla ülkemizde tanı konabilecek düzeyde ruhsal bozukluk yaygınlığının %20'yi geçtiği vurgulanmaktadır. (Dönmez ve ark Türkiye 2000)

Ülkemizde gerçekleştirilmiş en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan “ Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması ” nda Türkiye’de nüfusun %18’inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği bildirilmektedir. (Erol ve ark 1998.)

Dünya’da yapılan en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan ve ABD’de “Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü ” tarafından gerçekleştirilen “ Epidemiyolojik Alan Çalışması”nda en az bir ruhsal bozukluğun toplumdaki bir aylık yaygınlığının %15 olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyetlere göre incelendiğinde ise, kadınlarda anksiyete bozukluklarının, erkeklerde alkol ve madde kullanımının en yaygın tanılar olduğu saptanmıştır. (Regier ve ark, 1984)

Ruhsal bozuklukların sık ve yaygın görülmesinin yanı sıra genellikle fark edilmemesi ve bu nednele yeterince tedavi edilmemesi bu hastalıkların topluma maliyetinin yüksek olmasına neden olmaktadır. Tedavi edilemeyen ruhsal bozuklukların maliyetini toplum, hastalıkların sıkıntısını da aileleri ve sağlık personeli üstlenmektedir. (Lyness ve ark. 1999)

Son zamanlarda gerçekleştirilen çalışmalar ruhsal bozuklukların , hastaların mesleki ve sosyal fonksiyonlarında azalmaya ve özellikle yaşlı kişilerde daha fazla olmak üzere bilişsel yetersizliğe neden olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmalara göre ruhsal bozukluk tanısı alan hastalarda daha fazla sosyal ve bedensel yeti yitimi olmakta ve bu hastalar günlük işlerini daha sık aksatmakta ve daha fazla günlerini yatakta geçirmektedirler. Bu nedenle ruhsal bozuklukların erken tanısı ve tedavisi önemli olmakla birlikte ruhsal hastalık yaygınlığını ele alan çalışmalar da önem kazanmaktadır. (Ayrancı ve ark. 2002)

Psikiyatrik destek arayışında; ruhsal bozuklukların süresi ve şiddeti yanında tedaviye erişim, maliyet, arkadaş ve çevre ilişkileri, daha önceki sağlık hizmet

deneyimleri, cinsiyet, evlilik durumu, yaş gibi sosyodemografik faktörler de etkili olabilmektedir. (Roness ve ark. 2005) Çalışmalara göre; erkekler, kadınlara göre daha az psikiyatrik destek aramaktadırlar. Bu durumun sebepleri olarak ise; erkeklerin daha çok fiziksel rahatsızlıklar için destek araması, psikososyal problemleri ve stresleri daha az dışarı vurmaları bildirilmiştir. Ayrıca erkeğin davranışları, kariyeri, toplumdaki yeri, yaşam tarzı, kadınlara göre kendilerine güvenmeleri ve daha iyimser bakış açısına sahip olmalarının psikiyatrik destek arayışında etkili olduğu bildirilmektedir. (Biddle ve ark, 2004) Ayrıca kadınların, aile planlaması, gebelik ve doğum sonrası dönem, çocuk sağlığı ile ilgili problemler nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmaya daha yatkın olmaları da destek aramada etkili olabilmektedir. (Galdas ve ark. 2005)

Fiziksel semptomların varlığı ruhsal bozukluğu olan hastaların tanısını güçleştirebilir. Yapılan bir çalışmada major depresif epizodda olan hastalardan ağırlı fiziksel semptomları olanların daha düşük oranda psikiyatrik destek aradıkları ve yardım aramayı erteledikleri gösterilmiştir. (Demyttenaere ve ark. 2006)

Ayrıca kişilerin psikiyatrik destek arayışında; stres düzeyi, yalnızlık algısı, psikolojik belirti gösterme düzeyleri yanında sağlık çalışanlarının tutumu ve hekime güvensizlik de etkili olmaktadır. (Azizoğlu ve ark. 1993)

Yapılan çalışmalara göre ruhsal bozukluğu olan bir grup hasta semptomları şiddetli de olsa psikiyatrik destek almamaktadır. Bu hastalar hastalık şiddeti ve yeti yitimi nedeniyle destek aramamakta (Dalrymple ve ark. 2011) veya çözümü kendi kendilerini telkin etmekte, aileden ve çevreden yardım almakta veya psikiyatri uzmanı dışındaki doktorlardan bulabilmektedirler. (Oliver ve ark. 2005) Bazıları psikiyatrik tanısı olmasına rağmen profesyonel yardım aramamakta, bazıları ise bu desteğe ihtiyaç duymamaktadırlar. Sağlık servisi kullanımı ile profesyonel destek arama davranışı arasında orantısızlık bulunmaktadır. Bu insanların ihtiyaçları olmasına rağmen çare aramaması veya çare bulamaması önemli bir toplum sorunudur. (Roness ve ark. 2005). Birçok hasta başlamış olan tedaviye devam etmemekte, takiplerine gitmemektedir. (Wang ve ark. 2007). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ruhsal bozukluğu olan hastalarda çare arayışında psikiyatri dışı hekimlere başvurma oranı %32-56 arasında bulunmuştur. (Ünal ve ark. 2001). Hastaların bir bölümü de geleneksel – dinsel yöntemler gibi tıp dışı tedavilere yönelmektedir (Ünal ve ark. 2001).

Bireylerin büyük veya küçük, yaşamsal olan ve olmayan herhangi bir güçlkle karşılaşmaları, bir başa çıkma sürecinin başlamasına ortam yaratabilmektedir. Bu süreçte, kişi durumla ilgili bir değerlendirmeye erişmekte, daha sonra kişilik özelliklerinin yönlendiriciliği ile dağarcığında var olan becerileri harekete geçirmekte ve eyleme geçmektedir. Kişinin sergilediği davranışlar, bu davranışlarla bağlantılı olarak ortaya çıkan sonuçlar ve bunlarla ilgili yorumların, onun yeni bir durumu değerlendirmesini ve tepkilerini etkilemektedir. Bu süreç, yeni uyarıcılarla karşılaşıldığında yeniden ivme kazanmaktadır.

Kişide stres yaratan bir olayla başlayıp, yukarıda özetlenen sürecin sonunda ortaya çıkan ve başa çıkma (coping) olarak isimlendirilen tepkiler, Folkman ve Lazarus (1988) tarafından, stresli durumlarla ilgili zorlanmaların üstesinden gelebilmeye yönelik, kişinin bilişsel ve davranışsal çabaları olarak tanımlanmıştır. Başa çıkmanın stresli duyguları düzenlemek ve rahatsızlığa neden olan çevre ile rahatsız olan kişinin ilişkisini değiştirmek biçiminde iki temel etkisi olduğu vurgulanmaktadır. (Lazarus, 1993). Folkman ve Lazarus'a (1988) göre kullanılan stresle başa çıkma yolları sıklıkla ve yoğunlukla sergilenen davranışlara göre farklı isimlendirmelerle gruplanmaktadır. Bu modele göre eylemler; 'aktif, problem odaklı', 'duygu odaklı', 'kaçınma odaklı', 'haz almaya odaklı' başa çıkma olarak isimlendirilebilmektedir.

Yardım arama, bireylerin üstesinden gelemedikleri sorunlardan kurtulmak amacıyla profesyonel (formal kaynak) ya da profesyonel olmayan (informal kaynak) bireylerden yardım ve destek istemesidir. Bireylerin ihtiyacı olduğunda profesyonel yardım alabilmeleri onların ruh sağlığının iyileşmesinde önemli rol oynamaktadır. Psikiyatride yardım arama kavramından, ruhsal yakınması olan kişi ve bu kişinin sıkıntısından etkilenen yakınlarının ilgili sıkıntı ile baş etme konusunda takındıkları tutumlar ve izledikleri yollar anlaşılır.

Psikolojik yardım aramaya dönük davranışları etkileyen faktörler çok çeşitlidir. Yardım arama tutumu; yardım arayan kişiye, problemi algılayışına ve yardım alacağı kaynağa bağlıdır. Ayrıca, cinsiyet, kültürel özellikler, yaş, sosyal sınıf, eğitim, medeni durum, damgalanma (stigma) düşüncesi, daha önce ruhsal bir sıkıntı geçirmiş olmak, sağlık durumu ve sosyal destek gibi birçok faktörün bireylerin yardım arama tutum ve davranışını etkilediği bilinmektedir. (Czuchta ve ark. 2001). Bazı kişiler kişisel korkuları, zaafı, başarısızlıkları gibi nedenlerden dolayı profesyonel yardım arama

tutumunda bulunabilirken, bazıları ise temel problemleriyle ilgili yardıma gereksinim duymaktadır.

Toplum sağlığı çalışmalarında sağlığın korunması ve geliştirilmesinde profesyonel yardım arayışı önemli olup, bu konuda yapılmış olduğu az çalışma vardır. Ülkemizde psikolojik yardım arama ile ilgili yapılmış olan çalışmalar yardım arama yolları ve yardım arama nedenleri konusundadır. Ülkemizde yardım arama tutumu ile ilgili olarak yetişkinlerde yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırmada yetişkinlerde profesyonel psikolojik ve/veya psikiyatrik yardım arama tutumu ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Günümüzde psikiyatrik bozukluklar, ciddi bir toplumsal sağlık sorunu haline gelmiştir. Bütün branşlarda, başvuran hastaların büyük bir kısmında ya primer olarak ya da başka bir hastalıkla beraber olarak psikiyatrik bozukluk(lar) bulunmaktadır. Ancak bu bile sorunun büyüklüğünü yansıtmaktan uzaktır. Çünkü insanların hala büyük bir kısmı, psikiyatrik rahatsızlıkların belirtilerini tanımamakta ve bunların bir hastalığın belirtileri olabileceği düşüncesini taşımamaktadır. İlave olarak, ne yazık ki toplum tarafından etiketlenme korkusu da eklenince, mevcut psikiyatrik bozukluklu hastaların çok az bir kısmı hekime başvurmaktadır. Sorunun büyüklüğünü ve bu sorunla başa çıkabilme yollarını ortaya koyabilmek, epidemiyolojik araştırmalarla mümkündür. Epidemiyolojik araştırmalarda sadece kliniklere başvuran hastalar değil, bütün toplum kesimleri yaygın olarak taranır.

Psikolojik damgalama (stigmatizasyon), kişinin içinde yaşadığı toplumun normal saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından, kişiye saygınlığını azaltıcı bir atıfta bulunulmasıdır. Bu konudaki ilk araştırmacılarından biri olan Goffman stigmatı daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi idrak edilmemesi olarak tarif etmiştir. (Soygür ve Özalp, 2005, s.74-80) Damgalama, bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür. (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003, s.190-192)

ocuk ve yetişkinlerle yapılan psikoterapi seansları sırasında zaman zaman psikiyatrik tanıları almış/almamış hastaların damgalanmalarıyla karşılaşılmaktadır. Örneğin; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almamış ancak

ailenin ya da öğretmenin bu tanıyı kendiliğinden koyduğu çocuklar gözlemlenmektedir. Çocuğun biraz hareketli olması ve yaşı itibariyle dikkat süresinin kısa olması ailelere, medyada çok popüler hale gelen DEHB olabileceğini düşündürüyor ve zamanla çocuklarına bu tanıyı almış bir birey olarak bakma eğilimi oluşuyor.

Toplumda yaşayan bireylerin ruhsal sorunları olan insanlara karşı oluşturduğu negatif tutumlar, hastanın toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi bir engel oluşturmakta ve ruhsal sorunlu bireylerin topluma uyumunu sınırlamaktadır.

Hastalara ve hasta yakınlarına bilgi verme ile birlikte, toplum üzerinde oldukça güçlü etkisi olan medya ile de işbirliği içine girilmelidir. Medya, şizofreni başta olmak üzere ruhsal hastalıklarla adli suçları eşleştirmektedir. Halbuki birçok adli suçlunun ruhsal hastalıklarla ilgisi olmadığı bilinmektedir. (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003, s. 190-192) bu yüzden medyaya toplumu ruhsal hastalıklarla ilgili bilinçlendirme görevi düşmektedir. Ruhsal hastalıkları olan kişilerle damgalanma ve izole edici sağaltım çalışmaları yerine toplumla iç içe, uyuma yönelik çalışmalar yapılması oldukça önemlidir. Stigmatizasyon akıl hastaları ile birebir ilgilenen psikiyatri uzmanları, psikologlar, bu alanda çalışan yardımcı sağlık personeli ile sivil toplum örgütlerinin hastalıklar ile ilgili bilgilendirilmeleri, birlikte çalışmaları ile halkın bilinçlendirilmesi yoluyla ve akıl hastalarına yönelik koruyucu yasal düzenlemelerin arttırılması ile önlenabilir. (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003, s.190-192)

çalışmamızdaki verilerden elde edilen datalara göre anketi dolduran 192 hastanın %100'ünde başvuru sebebi ve hastanın poliklinik dosyası incelendikten sonra ,bu hastaların

%92 'sinin ön tanısının depresyon ve/veya anksiyete yelpazesinde olduğu gözlemlendi; Bu bilgiye dayanarak, bu bölümde , anksiyete boz. ve depresyon boz. yelpazesinde yer alan psikiyatrik hastalıklar ve belirtileri anlatılarak gözden geçiirilecektir:

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANKSİYETE VE ANKSİYETE BOZ. YELPAZESİ

Ruh sağlığı bilinci, ruhsal stres ve bozuklukların tanınması, bunların nedenleri ve risk etkenlerine ilişkin bilgi ve inançlar ile ruh sağlığı sorunlarına yönelik yardım arama konusundaki tutumları içerir. Bunlar göz önüne alındığında yapılan çalışmalar, ruh sağlığı bilincinin çoğu toplumda yeteri düzeyde olmadığını göstermektedir .(Ervatan ve ark. 2003)

Bireylerin ruhsal sorunların nedenleri, yardım arama davranışları ve günümüz tedavilerine uyumları, içinde yaşadığı toplumun gelişmişlik düzeyinin yanısıra, kültürel özelliklerinden de belirgin biçimde etkilenmektedir (Ervatan ve ark. 2003, . Çobanoğlu ve ark . 2003)

Toplumun bu yöndeki tutum ve uygulamalarının bilinmesi, ruh sağlığı hizmetlerinin daha iyi yürütülmesinde önemli yarar sağlayabilir.

Saha çalışmalarında 1 yıllık yaygınlığı % 1.6 – 3.0 bulunmasına rağmen, aynı sürede sağlık kuruluşlarında obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı alanların, genel nüfusun sadece %0.08'lik bir kısmını oluşturması, hastaların büyük bir bölümünün tedavi olanaklarından yararlanamadığını göstermektedir (Mitchell ve ark. 2007, Noble ve ark 2008). Bunun nedenlerinden biri bireylerin belirtilerini hastalık olarak kabul etmemeleri veya toplumda damgalanmaktan korktukları için gizleme eğilimi içerisinde bulunmaları nedeniyle psikiyatri uzmanlarına başvurmamaları olabilir . (Lingam ve ark. 2004)

Bölgeden bölgeye değişebilmekle birlikte toplumumuzda ruhsal bozuklukların yeterince bilinmediği, neden ve tedavileri konusunda tıp dışı yollara başvurma eğilimi olduğu gözlenmektedir (Çobanoğlu ve ark. 2003, Altamura ve ark. 2007). Bununla birlikte gerek ülkemiz, gerekse diğer ülkelerdeki çalışmalar çoğunlukla genel ruhsal bozukluklar, özgül bozukluklar içinde ise depresyon ve şizofreni üzerine odaklanmıştır (Ünal ve ark. 2001, Çobanoğlu ve ark. 2003, Aker ve ark 2007). OKB ile ilgili çalışmalar ise yetersizdir. Bu çalışmada, obsesif kompulsif şikayetlerle bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda, tedavi için yardım aramada ilk

başvuru yerleri ve tıp dışı yollara başvurmanın sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi araştırıldı.

Anksiyete tehdide göre orantısız, gelecek yönelimli, hem öznel hem nesnel bedensel yönleri olan, gerçekten nahoş ve olumsuz bir emosyonel haldir. Günlük yaşamda karşılaştığımız birçok durumda (sınavlar, yeni bir insanla tanışma, yabancı ortamlarda bulunma vb.) anksiyetenin olağan ve anlaşılabilir bir emosyon olduğu unutulmamalıdır. Beklenenden fazla ya da şiddetli olan, gereğinden daha uzun süren ve en önemlisi kişinin günlük işlevlerini bozarak ya da yeti yitimi yaratarak yaşamı olumsuz etkileyen anksiyete patolojik kabul edilmektedir. DSM- IV TR` de anksiyete bozuklukları grubunda panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu bulunmaktadır.

2.1.1. Panik Bozukluk

Panik bozukluk tanı ölçütleri anlatılmadan önce panik atak ve agorafobi için DSM- IV TR tanı ölçütleri verilecektir. DSM- IV TR` ye göre Panik atak tanısı koymak için şunlar gerekir: Aşağıdaki semptomlardan dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olmaması:

1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Nefes darlığı ya da boğuluyormuş gibi olma duyuları
5. Soluğun kesilmesi
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma

9. Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)

10. Denetimini yitireceği ya da çıldıracağı korkusu

11. Ölüm korkusu

12. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)

13. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

DSM- IV TR` ye göre agorafobi tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir Panik Atağının ya da panik benzeri semptomların çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan ötürü anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında özel birtakım belirli duygular vardır ki bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir. Not: Kaçınma, bir ya da sadece birkaç özgül durumla sınırlı ise Özgül Fobi tanısını, toplumsal durumlarla sınırlı ise Sosyal Fobi tanısını düşününüz

B. Bu durumlardan kaçınılır (örn. geziler kısıtlanır) ya da Panik Atağı ya da panik benzeri semptomlar olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu duruma katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinilir.

C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, Sosyal Fobi (örn. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), Özgül Fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma) , Obsesif- Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Agorafobi, DSM IV TR` de tek başına kodlanabilen bir bozukluk değil iken, DSM 5`te bir panik bozukluk belirleyicisi olmaktan çıkmış, tek başına kodlanabilir bir bozukluk haline gelmiştir.(Goodwin ve ark.

2000) DSM IV TR` ye göre Panik Bozukluk; Agorafobi olan ve Agorafobi olmayan şekilde iki ayrı grupta incelenir:

Panik Bozukluğu, Agorafobi Olmayan:

A. Aşağıdakilerden hem (1) hem (2) vardır:

1. yineleyen beklenmedik Panik Atakları

2. ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası izler):

a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı

b. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, „ çıldırma“ ilgili olarak üzüntü duyma

c. Ataklarla ilişkili olarak belirgin davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olmaması

C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik Atakları, Sosyal Fobi, Özgül Fobi, Obsesif- Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ya da Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Panik Bozukluğu, Agorafobi Olan:

A. Aşağıdakilerden hem (1), hem (2) vardır:

1. Yineleyen beklenmedik Panik Atakları

2. Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası izler):

a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı

b. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak üzüntü duyma

c. Ataklarla ilişkili olarak belirgin davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olması

C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik Atakları, Sosyal Fobi, Özgül Fobi, Obsesif- Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ya da Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz. (Aker ve ark. 2007)

DSM 5'te Panik Bozukluk başlığı agorafobi olan ve olmayan şeklinde ikiye ayrılmamıştır.

2.1. 2. Özgül Fobi

Özgül Fobi için DSM- IV TR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Özgül bir nesne ya da durumun (örn. uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan, aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku

B. Fobik uyararla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışavurabilir.

C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.

D. Fobik durum(lar)dan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bun(lar)a katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durum(lar)da sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal

etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin sıkıntılar vardır. F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz Tipini belirtiniz: Hayvan tipi, doğal çevre tipi, kan-enjeksiyon- yara tipi, durumsal tip, diğer tip

2.1. 3. Sosyal Fobi

Sosyal Fobi için DSM- IV TR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir)

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu duruma bağlı ya da durumsal olarak bir panik atağı biçimini alabilir.

C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.

D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumdan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ile bunlara katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin sıkıntılar vardır.

F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku ya da kaçınma bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

H. Genel tıbbi bir durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir. Varsa belirtiniz: Yaygın: Korkular çoğu toplumsal durumu kapsıyorsa Not: Çekingen kişilik bozukluğu ek tanısını koymayı da düşününüz.(Jamison ve ark.2013)

2.1.4. Obsesif- Kompulsif Bozukluk

Obsesyon, istenç dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde yineleyen dürtü, düşlem ya da düşüncelerdir. Bunlar kişinin mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına, inançlarına ters düşer ve kabul edilemez. Kompulsiyon ise çoğu kez saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan, istenç dışı yinelenen hareketlerdir. Önce saplantının doğurduğu rahatsızlığı azaltmak için başlar, ancak bu durum denetlenemez düzeye ulaşır ve bu yinelenen eylemin kendisi sıkıntı yaratır. Kompulsiyonlar bazen dışarıdan gözlenebilen bir davranış, bazen de zihinsel bir eylem şeklinde olabilir. Shakespeare` in Macbeth` inde obsesif- kompulsif bozukluğun klasik bir örneğini görürüz. Lady Macbeth`in etkilemesi ile kocası Macbeth, kral Duncan` ı öldürür. Bundan sonra Lady Macbeth`de el yıkama hastalığı başlar. Arabistan` ın bütün kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenemez, der ve sürekli ellerini yıkar.

Obsesif-kompulsif bozukluk için yaşam boyu yaygınlık oranı %2.5-3 olarak bulunmuştur. Başlangıç yaşı genelde 18-25 yaşları arasındadır. Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başlar.(Özürk ve ark 2008)

Obsesif-Kompulsif Bozukluk için DSM-IVTR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır: Obsesyonlar aşağıdakilerden 1, 2, 3, 4 ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler

2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir

3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır

4. Kişi obsesyon düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir)

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden 1 ve 2 ile tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir.

E. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Varsa belirtiniz: İçgörüsü az olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa¹⁵ Obsesif- Kompulsif Bozukluk DSM-5`te anksiyete bozuklukları grubunda yer almamakta olup; Obsesif- Kompulsif Bozukluk ve ilişkili bozukluklar adı altında yeni bir grupta değerlendirilmiştir. Bu yeni grupta Obsesif- Kompulsif Bozukluk, Beden Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu), Deri Yolma Bozukluğu ve maddenin ilacın yol açtığı Obsesif- Kompulsif Bozukluk ve ilişkili bozukluklar yer almaktadır. (Owen ve ark. 2005)

2.1. 5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma Sonrası Stres Bozukluğu için DSM- IV TR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.
Not: Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışavurabilir.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

1. Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır.

2. Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme

3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları, ve disosiyatif „ flashback“ epizodlarını kapsar)

4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma

5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş uyanarlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları

2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları

6. Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama)

7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu yaşama (bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olamama)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılabilirlik semptomlarının sürekli olması:

1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük

2. İrritabilite ya da öfke patlamaları

3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük çekme

4. Hipervijilans

5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur. Varsa belirtiniz: Akut: Semptomlar 3 aydan daha kısa sürerse Kronik: Semptomlar 3 aydan daha uzun sürerse Varsa belirtiniz: Gecikmeli başlangıçlı: Semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa.(Rush ve ark 1999)

Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM5'te anksiyete bozuklukları grubunda yer almamakta olup, Travma ve Stresörle ilişkili bozukluklar grubunda yer almaktadır. Bu yeni grupta Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu, Tepkisel Bağlanma Bozukluğu, Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu, Uyum Bozuklukları, Tanımlanmış Diğer Travma ve Stresörle İlişkili Bir Bozukluk, Tanımlanmamış Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluk yer almaktadır.(Soykan ve ark. 2012)

2.1.6. Akut Stres Bozukluğu

Akut Stres Bozukluğu için DSM-IVTR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır

B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki disosiyatif semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) bulunur:

1. Öznel uyuşukluk, dalgınlık duyumları ya da duygusal tepkisizlik

2. Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örn. afallama)

3. Derealizasyon

4. Depersonalizasyon

5. Disosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama)

C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: Gözönüne tekrar tekrar gelen görüntüler, rekürren düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, “flashback” epizodları, o yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma

D. Travma ile ilgili anıları uyandıran uyaranlardan belirgin kaçınma (örn. düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar)

E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları (örn. uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk)

F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin diğer önemli alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireyelerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.

G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.

H. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, Kısa Psikotik Bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun sadece bir alevlenmesi değildir.(Amerikan Psikiyatri Birliği 2001) Akut Stres Bozukluğu DSM 5'te anksiyete bozuklukları grubunda yer almamakta olup, Travma ve Stresörle ilişkili bozukluklar grubunda yer almaktadır. Bu yeni grupta Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu, Tepkisel Bağlanma Bozukluğu, Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu, Uyum Bozuklukları, Tanımlanmış Diğer Travma ve Stresörle İlişkili Bir Bozukluk, Tanımlanmamış Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluk yer almaktadır.(Amerikan Psikiyatri Birliği 2001)

2.1.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu için DSM-IVTR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. En az 6 ay boyunca hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapılma

B. Kişi, kendini kuruntulara kapılmaktan alıkoyamaz

C. Kaygı ve kuruntu, aşağıdaki 6 semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur) Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.

1. Huzursuzluk, aşırı heyecan çekme ya da tasalanma

2. Kolay yorulma

3. Düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması

4. İritabilite

5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)

D. Kaygı ve kuruntu odağı bir Eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir, örn. anksiyete ya da kaygı bir Panik Atağı olacağı (Panik Bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (Sosyal Fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (Obsesif- Kompulsif Bozuklukta olduğu gibi), evden ya da yakın akrabalarından uzak kalma (Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda olduğu gibi), kilo alma (Anoreksiya Nervozada olduğu gibi), birçok fizik yakınmanın olması (Somatizasyon Bozukluğunda olduğu gibi) ya da ciddi bir hastalığının olması (Hipokondriazisde olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete ve üzüntü sadece Travma Sonrası Stres Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Kaygı, kuruntu ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir stres ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

F. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir Duygudurum Bozukluğu, Psikotik bir Bozukluk ya da Yaygın bir Gelişimsel Bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.(Amerikan Psikiyatri Birliği 2011)

2.2. DEPRESYON

Depresyon, dünya nüfusunun yaklaşık %21'ini etkileyen sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur ve yaşam kalitesini düşüren, erken ölüme yol açan önde gelen sebeplerden biridir (1) Depresyon tedavisinde uygun tedaviye rağmen hastaların ancak %30-40'ının tam remisyona ulaştığı saptanmıştır (2) Major depresyonun, toplum örneklemelerinde, yaşam boyu ortaya çıkma olasılığı kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 arasındadır. Bir majör depresif dönemin öncü belirtileri anksiyete, uykusuzluk, üzüntülere kapılma, düşüncelere dalıp gitme ve sürekli aynı şeyleri düşünüp durmadır. Bir kez majör depresif dönem geçirmiş bir kişinin yaşamı boyunca yeniden böyle bir dönem geçirme olasılığı %50'dir. İki majör depresif dönem geçirenlerde bu oran %70-80'lere çıkmaktadır. Üç ya da daha çok böyle dönem geçirenlerde bu oran çok daha yüksektir. Major depresyonu olanların çoğunda bu rahatsızlık tekrar edebileceği için bu kişilerin sürdürüm tedavilerinin yapılması ve bu kişilere depresme ve yinelemenin uyarıcı ve belirtilerini tanımaları konusunda eğitim verilmesi gerekmektedir. Kişilik bozuklukları, alkol ya da madde kötüye kullanımı, organizite ya da tıbbi bir hastalığın varlığı; sonlanımın daha kötü olacağını ve hastalık dönemlerinin yinelenebileceğini düşündürür. Tedaviye hastalık döneminde başlamanın daha sonra başlamaktan daha etkili olacağı öne sürülmektedir.

DSM-IVTR" ye göre Major depresyon dönemi tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:(Danion ve ark. 2007)

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir kayıp olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1. Hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

2. Hemen her gün, yaklaşık günboyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk

alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun % 5' inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.

4. Hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

6. Hemen her gün, yorgunluk- bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olamayan, suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi bunu söyler ya da başkaları tarafından gözlemlenmiştir).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölümden korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarımın olması

B. Bu semptomlar bir karma epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin kaybedilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar,

belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

DSM-5'te karma atak tanımı değıştirildiği için B ölçütü yer almamaktadır. Ayrıca E ölçütü de bulunmamaktadır ancak majör depresif bozukluk ve yas ayrımı üzerinde ayrıca durulmaktadır.(Davidson ve ark. 2009)



3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1. YÖNTEM

HASTALAR

Çalışmamıza İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı genel polikliniğine başvuran hastalar; yapılan psikiyatrik muayenesinde ICD-10 tanı kriterlerine göre 1. eksen psikiyatri hastası tanısı olan hastalar dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara veya yakınlarına “ekler” bölümünde belirtilen onam formu onaylatılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan dışlanma ölçütleri aşağıdaki gibidir.

HASTA GRUBU İÇİN ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ:

ICD-10 tanı kriterlerine göre 1. eksen depresyon(F32,0-9) ve/veya anksiyete (F41,0-8 ve F42,1-5) ön tanısı olan hastalar

18-60 yaş arasında olmak

Araştırmanın amacı uygulanacak anket açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

HASTA GRUBU İÇİN ÇALIŞMADAN DIŞLANMA ÖLÇÜTLERİ:

ICD-10 tanı kriterleri kapsamında tanı konulamayan hastalar

Mental retardasyon, kafa travması, alkol ya da madde etkisi altında olması gibi kişinin kooperasyon ve bilişsel fonksiyonlarını bozan durumların bulunması

3.2. GEREÇLER

1) Sosyodemografik ve klinik seyir veri formu

Bu form hastaların ad-soyad, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, yaşadığı il, ailede psikiyatrik hastalık durumu, hastanın şikayetlerinin ortaya çıkış tarihi, polikliniğe başvuru tarihi, daha önce başka psikiyatri başvurusunun olup olmadığı ve zamanı, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavisi, en son

şikayetlerinin ne zaman başladığı özelliklerini belirlemek amacıyla hasta ve/veya yakını tarafından psikiyatri asistanı eşliğinde doldurulan görüşme formudur.

2)Veri toplama aracı

Verilerin toplanmasında “ Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health ” anketi kullanılmıştır. Bu anketin Türkçeye çevrilmesi yapıldıktan sonra bu çevirinin onaylanması için tekrar İngilizceye uyarlanması yapılarak anketin orijinal haliyle kıyaslandıktan sonra gerekli düzenlemeler yapıldı ve revizyona uğramış Türkçe olan anket çalışma için kullanıldı.

“Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health ” anketinden alınan sorular kapsamlı bir biçimde hastaların toplumdaki psikiyatri polikliniğine başvurularını zorlaştıran etmenleri incelemek için kullanıldı. Bu sorular:

- 1)Profesyonel destek alabilecekleri merkez i bilmeme
- 2)Problemin spontane şekilde çözülüp çözülmediği
- 3)Problemi hasta tarafından çözülebileceği
- 4)Problem yüzünden zayıf görülebileceği
- 5)İş yerinden izin alma zorluğu
- 6)Hastaneye psikiyatri servisine yatış korkusu
- 7)Psikiyatrik takibin iş başvurusu için dezavantaj olduğu
- 8)Hastaneye ulaşımındaki problemleri
- 9)Aile ve çevrenin ne söyleyeceği düşüncesi
- 10)Hastanın memnuniyeti
- 11)Utanç ve/veya aşağılanma hissi
- 12)Başka tedavilere yönelme

- 13)Hastanın maddi açıdan yetersizliği
- 14)''Deli'' olarak nitelenme
- 15)Profesyonel yardım gereksizliğini düşünme
- 16)Yasal açıdan ebeveynlik rolünü üstlenemeyeceği fikri/korkusu
- 17)Kendi ırk veya kültüründen bir hekimle karşılaşmayacağı düşüncesi
- 18)Yardım istemek zorluğu
- 19)Hastanın mahremiyet konusunda tedirginliği
- 20)Duygu ve düşüncesini belirtmekten kaçındığı
- 21)Diğer insanların tepkileri
- 22)Hastayı getirebilecek yakınının olmaması
- 23)Hastanın psikiyatrisite güvensizliği
- 24)Tedaviler hakkında tedirginliği(ör;ilaç yan etkisi)
- 25)Hastanın tıbbi özgeçmişinde ruhsal problem olmasının istememesi
- 26)Ailenin utanç duyması
- 27)Psikiyatrik tedavi konusunda olumsuz bir tecrübeye sahip olması
- 28)Çevresinden yardım almayı tercih ettiği
- 29)Çocuklarının sorumluluğunu kaybetmek korkusu
- 30)Bir problemin olmadığı inancı
- 31)Çevresinin bu konudaki tepkisinden tedirginliği
- 32)Görüşmelerin zaman ve rahatlık açısından sıkıntılı yaratacağı düşüncesi
- 33)Kariyerine zararlı olabileceği düşüncesi
- 34)Tedavi sonucunda çocuklarına bakamama korkusu

35)Tedavi sürecinde yardımcı birine sahip olmaması

36)Bilgilerinin gizliliği hakkında tedirginliğini kapsamaktadır.

Çalışma sonuçlarının hastaların poliklinik takip ve tedavi dosyalarıyla uyarlanarak, her hastanın ön tanısı belirlendi; bu ön tanı ICD10 tanı kriterlerine uyarlandı. Elde edilen verilerin istatistiğinin yapılması amacıyla yukarıda geçen her sorunun cevabı için hastalar tarafından doldurulmak üzere iki şık (0-Etkili değildi, 1-Etkiliydi) yapılandırıldı.

Tüm veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, oran, frekans, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi ile değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında farkları normal dağılıma uyan parametrelerin iki grup arasındaki farkın anlamlılığını test ederken Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Değişkenlerin her ikisi de normal dağılım gösterdiğinde Pearson Korelasyon Analizi, değişkenlerin en az birisi normal dağılım göstermediğinde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Böylelikle bağımsız değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve gücü değerlendirilmiştir.

İstatistiksel olarak anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Statistics-→ Mann Whihney U testi kullanılarak yapıldı

Tablo 1: Son şikayet başlangıç tarihi (kişi sayısı)

Başvuruda Gecikmeye Sebep Olan Etmenler		Son şikayet başlangıç tarihi (kişi sayısı)				p değeri
		<2 Ay	2-4 Ay	4-7 Ay	>7 Ay	
Profesyonel destek alabilecekleri merkezi bilmeme	etkili değil	19	26	19	28	,981
	etkili	19	28	20	33	
Problemin spontane şekilde çözülüp çözülmediği	etkili değil	15	21	19	24	,762
	etkili	23	33	20	37	
Problemi hasta tarafından çözülebileceği	etkili değil	22	27	21	33	,903
	etkili	16	27	18	28	
Problem yüzünden zayıf görülebileceği	etkili değil	30	44	29	48	,876
	Etkili	8	10	10	13	
İş yerinden izin alma zorluğu	etkili değil	31	46	31	49	,886
	etkili	7	8	8	12	
Hastaneye psikiyatri servisine yatış korkusu	etkili değil	31	48	32	47	,427
	etkili	7	6	7	14	
Psikiyatrik takibin iş başvurusu için dezavantaj olduğu	etkili değil	28	47	34	52	,294
	etkili	10	7	5	9	
Hastaneye ulaşımdaki problemleri	etkili değil	11	17	18	22	,386
	etkili	27	37	21	39	

Aile ve çevrenin ne söyleyeceği düşüncesi	etkili değil	22	34	29	36	,392
	etkili	16	20	10	25	
Hastanın memnuniyeti	etkili değil	22	42	22	34	,057
	etkili	16	12	17	27	
Utanç ve/veya aşağılanma hissi	etkili değil	26	39	28	39	,769
	etkili	12	15	11	22	
Başka tedavilere yönelme	etkili değil	21	31	29	39	,279
	etkili	17	23	10	22	
Hastanın maddi açıdan yetersizliği	etkili değil	27	42	27	36	,184
	etkili	11	12	12	25	
''Deli'' olarak nitelenme	etkili değil	23	42	29	39	,213
	etkili	15	12	10	22	
Profesyonel yardım gereksizliğini düşünme	etkili değil	20	40	26	38	,194
	etkili	18	14	13	23	
Yasal açıdan ebeveynlik rolünü üstlenemeyeceği fikri/korkusu	etkili değil	30	46	34	46	,400
	etkili	8	8	5	15	
Kendi ırk veya kültüründen bir hekimle karşılaşmayacağı düşüncesi	etkili değil	32	50	35	57	,442 ^a
	etkili	6	4	4	4	
Yardım istemek zorluğu	etkili değil	25	33	25	36	,907
	etkili	13	21	14	25	

Hastanın mahremiyet konusunda tedirginliği	etkili değil	24	40	29	45	,618
	etkili	14	14	10	16	
Duygu ve dűşüncesini belirtmekten kaçındıđı	etkili değil	19	30	25	35	,658
	etkili	19	24	14	26	
Diğer insanların tepkileri	etkili değil	26	43	29	44	,656
	etkili	12	11	10	17	
Hastayı getirebilecek yakınının olmaması	etkili değil	26	47	32	50	,159
	etkili	12	7	7	11	
Hastanın psikiyatrisite güvensizliği	etkili değil	23	46	31	42	,036*
	etkili	15	8	8	19	
Tedaviler hakkında tedirginliği(ör;ilaç yan etkisi)	etkili değil	21	40	24	35	,201
	etkili	17	14	15	26	
Hastanın tıbbi özgeçmişinde ruhsal problem olmasının istememesi	etkili değil	24	41	28	44	,610
	etkili	14	13	11	17	
Ailenin utanç duyması	etkili değil	31	44	32	53	,845
	etkili	7	10	7	8	
Psikiyatrik tedavi konusunda olumsuz bir tecrübeye sahip olması	etkili değil	26	43	32	51	,309
	etkili	12	11	7	10	
Çevresinden yardım almayı tercih ettiği	etkili değil	24	35	24	36	,932
	etkili	14	19	15	25	

Çocuklarının sorumluluğunu kaybetmek korkusu	etkili değil	32	49	34	54	,815 ^a
	etkili	6	5	5	7	
Bir problemin olmadığı inancı	etkili değil	22	21	27	34	,030*
	etkili	16	33	12	27	
Çevresinin bu konudaki tepkisinden tedirginliği	etkili değil	28	45	28	46	,553
	etkili	10	9	11	15	
Görüşmelerin zaman ve rahatlık açısından sıkıntılı yaratacağı düşüncesi	etkili değil	27	38	29	41	,897
	etkili	11	16	10	20	
Kariyerine zararlı olabileceği düşüncesi	etkili değil	26	47	31	50	,169
	etkili	12	7	8	11	
Tedavi sonucunda çocuklarına bakamama korkusu	etkili değil	31	51	34	49	,140
	etkili	7	3	5	12	
Tedavi sürecinde yardımcı birine sahip olmaması	etkili değil	30	50	35	51	,226
	etkili	8	4	4	10	
Bilgilerinin gizliliği hakkında tedirginliği	etkili değil	28	45	31	43	,339
	etkili	10	9	7	18	

Elde edilen sonuçların statistic değerlendirmesi, yukarıda görüldüğü gibi SPSS 2.00 programı kullanılarak, yapıldı (Bknz table); Bunun sonucunda hastalar tarafından cevaplanan anket sorularının cevapları içinde 23. Ve 30. soruların ıstatistiksel değerinin <0.05 olduğu sonucuna varıldı;

Bu sonuç, hastaların başvurularındaki gecikme etmenleri içinde, en çok **psikiyatriste güven yetersizliği** ve **hastanın bir probleminin olmadığı düşüncesi**, en çok hastanın gecikmesine sebep olan etmenlerdir.

Anketteki etmenler ve her etmenin gecikmeye olan sebebiyetinin kaç hasta tarafından onaylandığının yüzdesi aşağıdaki oranlarda verilmiştir.

Tablo 2:

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
sonsikayet	199	1.00	48.00	7.9296	9.69979
cinsiyet	199	1.00	2.00	1.4824	.50095
Yas	199	1.00	3.00	2.1256	.57673
egitim	199	.00	5.00	2.8543	1.18231
medeni	199	1.00	3.00	1.4774	.51073
calisma	199	.00	1.00	.4824	.50095
meslek	199	.00	4.00	2.3317	1.46699
Il	199	.00	2.00	1.0452	.23130
ailedepsk	199	.00	1.00	.2111	.40909
gecmistepsk	199	.00	1.00	.4271	.49591
Valid N (listwise)	199				

Tablo 3: Son şikayetlerin başlangıç tarihi

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
sonsikayet	199	1.00	48.00	7.9296	9.69979
Valid N (listwise)	199				

Tablo 4: Sonsikayetlerin başlangıç tarihinden geçen AY

Sonsikayetlerin başlangıç tarihinden geçen AY					
		Frequeny	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	38	19.1	19.1	19.1
	2.00	28	14.1	14.1	33.2
	3.00	24	12.1	12.1	45.2
	4.00	7	3.5	3.5	48.7
	5.00	7	3.5	3.5	52.3
	6.00	33	16.6	16.6	68.8
	7.00	1	.5	.5	69.3
	8.00	4	2.0	2.0	71.4
	10.00	1	.5	.5	71.9
	12.00	32	16.1	16.1	87.9
	18.00	1	.5	.5	88.4
	22.00	2	1.0	1.0	89.4
	23.00	4	2.0	2.0	91.5
	24.00	10	5.0	5.0	96.5
	36.00	1	.5	.5	97.0
	48.00	6	3.0	3.0	100.0
Total	199	100.0	100.0		

Tablo 5: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların yaş açısından dağılımı

Yaş					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	22	11.1	11.1	11.1
	2.00	130	65.3	65.3	76.4
	3.00	47	23.6	23.6	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

1: <20

2: 20-40

3: 40-60

Tablo 6: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların **cinsiyet** açısından dağılımı

Cinsiyet					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	103	51.8	51.8	51.8
	2.00	96	48.2	48.2	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

1: Kadın

2: Erkek

Tablo 7: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların **eğitim** açısından dağılımı

Eğitim					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	1	.5	.5	.5
	1.00	37	18.6	18.6	19.1
	2.00	30	15.1	15.1	34.2
	3.00	61	30.7	30.7	64.8
	4.00	62	31.2	31.2	96.0
	5.00	8	4.0	4.0	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

0: Okuma yazması yok

3: lise

1: ilkokul

4: lisans

2: ortaokul

5: lisans üstü

Tablo 8: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların **medeni durum** açısından dağılımı

Medeni durum					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	104	52.3	52.3	52.3
	2.00	95	47.7	47.7	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

1: bekar

2: Evli

Tablo 9: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların **çalışma durumu** açısından dağılımı

Çalışma durumu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	103	51.8	51.8	51.8
	1.00	96	48.2	48.2	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

- 1: Çalışıyor
2: Çalışmıyor

Tablo 10: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların **meslek** açısından dağılımı

Meslek					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	30	15.1	15.1	15.1
	1.00	37	18.6	18.6	33.7
	2.00	33	16.6	16.6	50.3
	3.00	35	17.6	17.6	67.8
	4.00	64	32.2	32.2	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

- 0: İşsiz
1: Öğrenci
2: Ev hanımı
3: Memur
4: serbest meslek

Tablo 11: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların **yaşadıkları il** açısından dağılımı

İl					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	189	95.0	95.0	95.0
	2.00	10	5.0	5.0	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

- 1: İstanbul
2: İstanbul dışı

Tablo 12: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların **ailede psikiyatrik tedavi alan birey** açısından dağılımı

Ailede psikiyatrিতে başvuru					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	157	78.9	78.9	78.9
	1.00	42	21.1	21.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

0: yok

1: var

Tablo 13: CTF Psikiyatri genel polikliniğine ilk kez baş vuran hastaların **geçmişte psikiyatrিতে başvuru** açısından dağılımı

Geçmişte psikiyatrিতে başvuru					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	114	57.3	57.3	57.3
	1.00	85	42.7	42.7	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

0: yok

1: var

Soru 1-36 etmenlerin ayrı ayrı değerlendirilmesi:

.00: etkili değil

1.00: Etkili

Tablo 14:

soru1 Profesyonel destek alabilecekleri merkez					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	96	48.2	48.2	48.2
	1.00	103	51.8	51.8	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 15:

soru2 Problemin spontane şekilde çözümlenmediği					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	82	41.2	41.2	41.2
	1.00	117	58.8	58.8	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 16:

soru3 Problemi hasta tarafından çözülebileceği					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	107	53.8	53.8	53.8
	1.00	92	46.2	46.2	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 17:

soru4 Problem yüzünden zayıf görülebileceği					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	157	78.9	78.9	78.9
	1.00	42	21.1	21.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 18:

soru5 İş yerinden izin alma zorluğu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	161	80.9	80.9	80.9
	1.00	38	19.1	19.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 19:

soru6 Hastaneye psikiyatri servisine yatış korkusu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	164	82.4	82.4	82.4
	1.00	35	17.6	17.6	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 20:

soru7 Psikiyatrik takibin iş başvurusu için dezavantaj olduğu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	166	83.4	83.4	83.4
	1.00	33	16.6	16.6	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 21:

soru8 Hastaneye ulaşımındaki problemleri					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	68	34.2	34.2	34.2
	1.00	131	65.8	65.8	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 22:

soru9 Aile ve çevrenin ne söyleyeceği düşüncesi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	126	63.3	63.3	63.3
	1.00	73	36.7	36.7	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 23:

soru10 Hastanın memnuniyeti					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	123	61.8	61.8	61.8
	1.00	76	38.2	38.2	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 24:

soru11 Utanç ve/veya aşağılanma hissi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	139	69.8	69.8	69.8
	1.00	60	30.2	30.2	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 25:

soru12 Başka tedavilere yönelme					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	124	62.3	62.3	62.3
	1.00	75	37.7	37.7	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 26:

soru13 Hastanın maddi açıdan yetersizliği					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	137	68.8	68.8	68.8
	1.00	62	31.2	31.2	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 27:

soru14 "Deli" olarak nitelenme					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	138	69.3	69.3	69.3
	1.00	61	30.7	30.7	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 28:

soru15 Profesyonel yardım gereksizliğini düşünme					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	127	63.8	63.8	63.8
	1.00	72	36.2	36.2	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 29:

soru16 Ebeveynlik rolünü üstlenemeyeceği fikri/korkusu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	161	80.9	80.9	80.9
	1.00	38	19.1	19.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 30:

soru17 Kendi ırk veya kültüründen bir hekimle karşılaşmayacağı düşüncesi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	179	89.9	89.9	89.9
	1.00	20	10.1	10.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 31:

soru18 Yardım istemek zorluğu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	124	62.3	62.3	62.3
	1.00	75	37.7	37.7	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 32:

soru19 Hastanın mahremiyet konusunda tedirginliği					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	142	71.4	71.4	71.4
	1.00	57	28.6	28.6	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 33:

soru20 Duygu ve düşüncesini belirtmekten kaçındığı					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	112	56.3	56.3	56.3
	1.00	87	43.7	43.7	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 34:

soru21 Diğer insanların tepkileri					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	147	73.9	73.9	73.9
	1.00	52	26.1	26.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 35:

soru22 Hastayı getirebilecek yakınının olmaması					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	161	80.9	80.9	80.9
	1.00	38	19.1	19.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 36:

soru23 Hastanın psikiyatrsite güvensizliği					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	146	73.4	73.4	73.4
	1.00	53	26.6	26.6	100.0
	total	199	100.0	100.0	

Tablo 37:

soru24 Tedaviler hakkında tedirginliği(ör;ilaç yan etkisi)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	124	62.3	62.3	62.3
	1.00	75	37.7	37.7	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 38:

soru25 Hastanın özgeçmişinde ruhsal problem olmasının istememesi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	142	71.4	71.4	71.4
	1.00	57	28.6	28.6	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 39:

soru26 Ailenin utanç duyması					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	166	83.4	83.4	83.4
	1.00	33	16.6	16.6	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 40:

soru27 Psikiyatrik tedavi konusunda olumsuz bir tecrübeye sahip olması					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	158	79.4	79.4	79.4
	1.00	41	20.6	20.6	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 41:

soru28 Çevresinden yardım almayı tercih ettiği					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	122	61.3	61.3	61.3
	1.00	77	38.7	38.7	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 42:

soru29 Çocuklarının sorumluluğunu kaybetmek korkusu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	174	87.4	87.4	87.4
	1.00	25	12.6	12.6	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 43:

soru30 Bir problemin olmadığı inancı					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	108	54.3	54.3	54.3
	1.00	91	45.7	45.7	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 44:

soru31 Çevresinin bu konudaki tepkisinden tedirginliği					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	153	76.9	76.9	76.9
	1.00	46	23.1	23.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 45:

soru32 Görüşmelerin zaman ve rahatlık açısından sıkıntılı yaratacağı düşüncesi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	139	69.8	69.8	69.8
	1.00	60	30.2	30.2	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 46:

soru33 Kariyerine zararlı olabileceği düşüncesi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	159	79.9	79.9	79.9
	1.00	40	20.1	20.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 47:

soru34 Tedavi sonucunda çocuklarına bakamama korkusu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	171	85.9	85.9	85.9
	1.00	28	14.1	14.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 48:

soru35 Tedavi sürecinde yardımcı birine sahip olmaması					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	171	85.9	85.9	85.9
	1.00	28	14.1	14.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Tablo 49:

soru36 Bilgilerinin gizliliği hakkında tedirginliğini kapsamaktadır.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	154	77.4	77.4	77.4
	1.00	45	22.6	22.6	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

Eldeki bulguların değerlendirilmesi, erkeklerin yardım arayışına engel olan etmenleri derinlemesine irdeleyen araştırmalara gereksinim olduğunu bir kez daha gündeme getir mektedir. hedef kitlenin gereksinimlerini, kişilik özelliklerinin birbirleriyle etkileşimini ve onları yardım almaktan alıkoyan engelleri içeren araştırmaların ışığında gelecekteki çalışmaların, psikolojik yardımların (a) içeriğini, (b) sınırlarını, (c) işlevlerini tanıtan yaygın programların hazırlanması anlamlı olacaktır. özellikle psikolojik eğitim türünde hizmetlerin yaygınlaştırmasının, koruyucu ruh-sağlığı hizmetlerinin etkisini arttıracakı düşünölmektedir.

Bu çalışmada kişilerin cinsiyetleri, yaşları, iyimserlik ve bilişsel çarpıtma düzeyleri ve psikolojik yardıma ilişkin tutumlarını n, başa çıkma tepkilerini ne derece yordadığı sorusuna da yarut aranmıştır. cinsiyetin, iyimserliğin, kişilerarası ilişkilere ve onaylanmaya ilişkin bilişsel çarpıtmaların ve psikolojik yardıma ilişkin olumlu tutumun; başa çıkmayı yordadığı gözlenmiştir. bu araştırmanın bulguları, dea! ve williams'ın bilişsel çarpıtmaların, yaşam olaylarının stresli oluşuna ilişkin algıları etkilediği ve bilişsel çarpıtmaların duygusal güçlüğü yordamada güçlü bir yordayıcı olduğu bulguları ile tutarlı görünmektedir. kişilerin psikolojik yardıma ilişkin olumsuz tutumlarının, ruh sağlığı hizmetlerinden korkmalarına, psikolojik hizmetlerden kaçınmalarına ve yardım istemeye ilişkin isteksizliklerine bağlı olduğu belirtilmektedir (tata ve leong, 1994).

Araştırmada yanıt aranan son soru da; psikolojik yardıma ilişkin tutumu hangi değişkenlerin yordadığına ilişkindir. kişilerin cinsiyetleri, stresle başa çıkma biçimlerinden sosyal destek arama ve sorun üzerinde odaklaşmayı ağırlıklı olarak kullanmaları ve kendilerine ilişkin bilişsel çarpıtmaları; psikolojik yardıma ilişkin tutumlarını yordamaktadır. bu araştırmanın bulguları, üniversitelerin psikolojik danışma merkezlerinde destek programları hazırlarken, bilişsel çarpıtmalar, stresle başa çıkma biçimleri gibi bazı kişisel özellikler hakkında bilgi toplanarak, öğrencilerin gereksinimleri hakkında ipuçları elde edilebileceğini göstermektedir.

Husaini ve ark. yardım aramada cinsiyet farklılığının analizinde her iki cinsiyette de akraba arkadaşlarla konuşma, eş/aile ile konuşmanın, kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Rogler ve Cortes kadınların erkeklerden daha fazla psikososyal distres deneyimlemeleri nedeniyle, benzer belirtilerde erkeklerden daha fazla yardım aramalarının olası olduğunu bulgulamışlardır. Araştırmamızda kadınlar ile erkekler arasında profesyonel psikolojik yardım arama açısından farklılık bulunmamasında kültürel özelliklerin, araştırmaya katılan kadınların sosyal konumunun, hem evde hem işte çalışmalarının, çalışıyor olmanın verdiği güven ve ekonomik özgürlüğün, toplumda kendini algılayış biçiminin etkili olabileceği düşünülmüştür. Yine araştırmaya katılan bireylerin ruh sağlıklarını iyi olarak algılamaları da burada etkili olabilir.

Çünkü beklenen sonuç ve gözlemlerimiz kadınlar arasında profesyonel psikolojik yardım arama (kliniğe başvuru) davranışının daha yaygın oldu ğudur. Ancak

çalışmanın sadece çalışan kadınlar ve erkeklerde yapılmış olmasının da burada önemli rolü olabilir. Bu nedenle bu konunun çalışmayan kadınlar üzerinde de araştırılması gerekmektedir. Bulgularımız, ilköğretim ve ortaöğretim mezunu katılımcılara göre, üniversite mezunu katılımcıların profesyonel psikolojik yardım ararken daha az zorlandıklarını, profesyonel birine danışmanın yararına daha çok inandıklarını düşündürmektedir. Eğitimin bilgi ve bilinçlenmeyi arttırdığı söylenebilir. Yapılan çalışmaların bazılarında eğitimin bizim bulgularımızla paralel şekilde yardım arama tutumunu pozitif yönde etkilediği, bazılarında ise etkilemediği bulunmuştur. Barroso ve ark. kanser tanısı alan kadınlarda yaptıkları araştırmada sağlık inançları ve Afrikalı-Amerikalı kadınların eğitim yılları arasında bir ilişki bulamamışlardır. Aynı araştırmada beyaz kadınlarda eğitim durumunun kanser tanısının kaçınılmaz olduğunu kabullenmede etkili olduğu belirlenmiştir. Eğitimin yardım arama tutumu üzerindeki etkisinin yapılan çalışmaların bir bölümünde anlamlı, bir bölümünde ise anlamsız bulunmasının nedeni olarak kültürel faktörler gösterilebilir.

Bireylerin toplumun değer yargılarından etkilenmelerinde damgalanma da rol oynuyor olabilir. Bulgularımız insanların ekonomik durumları yükseldikçe profesyonel yardım arama konusunda daha az zorlandıklarını ve profesyonel yardıma olan inançlarının arttığını düşündürmüştür. Depremzedeler üzerinde yapılan bir çalışmada, ekonomik durumu yüksek olan grubun daha çok psikiyatriste başvurduğu belirlenmiştir. Beşiroğlu ve Ağargün düşük sosyoekonomik durumun OKB' de sağlık yardımı arama davranışını engellediğini bildirmiştir. Araştırmamızda, algılanan arkadaş desteği ile profesyonel yardım arama tutumunun alt ölçekleri olan Zorlanma ve Danışmaya Olan İnanç arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgular yetişkinlerin algıladıkları arkadaş sosyal desteğinin orta sınırlarda olduğunu, insanların algıladıkları arkadaş sosyal desteği arttığı zaman profesyonel yardım alma konusunda zorlanmadıklarını ve profesyonel danışmaya olan inançlarının arttığını düşündürmüştür. Sosyal destek ile ilgili çalışmaları gözden geçiren Sorias algılanan arkadaş desteğinin ruhsal sağlığı olumlu bir biçimde etkilediği yönündeki araştırma bulgularına değinmiştir.

5. TARTIŞMA

Erken başvuru hastalık seyrini, hastalığa bağlı morbiditeyi, hastanın sosyal, mesleki ve ailesel işlevselliğini etkilemektedir. Psikiyatri hastalarında tedaviden kaçınma sık hastane yatışı, hastalıkta yinleme, tedaviye direnç ile ilişkilendirilmekte, yaşam kalitesini düşürdüğü, hastalığa bağlı iş gücü kaybına yol açtığı ve tedavi maliyetini arttırdığı bilinmektedir. Artan tedavi seçeneklerine rağmen tedaviye geç başlama oranlarında bir azalma sağlanamamıştır. Bu konu üzerinde yapılan çalışma sayısı konunun önemi anlaşıldıkça giderek artmaktadır, Ancak tedaviyi geciktirmede yapılabilecekler ile ilgili çalışmalar hala oldukça kısıtlıdır. Çalışmamızın en önemli özelliği ayaktan takip edilen psikiyatri hastalarında tedaviye başlamayı etkileyen çok sayıda etkenin karşılaştırılmasının sağlanması ve bu etkenleri önlemede yol gösterici olmasıdır. Tedaviye başlangıç zamanını değerlendirmede kullanılan çok sayıda öznel (hastanın bildirimine dayalı ölçekler) yöntem vardır. Çalışmamızda tedavi için başvuru hastaların belirtilerinin başlamasından sonra ne zaman birimi içinde psikiyatri polikliniğe gelmeleri ile değerlendirilmiştir. İngiltere’de 2002-2003 yılları arasında psikiyatri polikliniklerinde alınan randevuların %19.1’ine gelinmediği saptanmıştır. Jamison ve Selmes, ilk randevulara gelinmeme oranını, takiplere gelinmeme oranına göre yüksek bulmuş, kısmi "tedaviden çekinme"nin tam çekinmeden daha sık olduğunu bildirmiştir.(Jamison ve Ark. 1989).

Young ve ark. geniş ölçekli bir yıllık izlem çalışmasında psikiyatri hastalarının tedaviden uzak durma isteği oranlarını %31 olarak bulmuş, Percuadini ve ark. ise iki yıllık izlemde bu oranın yaklaşık %50 olduğunu saptamıştır. Yapılan bir çalışmada 1998 yılında psikiyatri kliniğine başvuran 3113 hastanın 542’sinin yeniden başvuru olduğu, yatış sonrası takiplerine gelen hastalarda yeniden yatış riskinin yaklaşık %10 iken gelmeyenlerde %15-29 arasında değiştiği saptanmış ve poliklinik takiplerine gelinmemesinin tekrar yatış riskini ortalama iki kat arttırdığı ileri sürülmüştür.

Killapsy ve ark. 6 ve 12 aylık izlem çalışmalarında tedaviye geç başvuran hastaların sosyal işlevselliklerinin daha kötü, hastalıklarının daha şiddetli ve hastane yatışlarının daha sık olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda başvurudan çekinen sıfır hastaların (polikliniğe ilk kez başvuran hastalar) takiplerine geliş oranının,baş vuruya daha uyumlu olan hastaların takiplerrinden daha düzensiz olabileceği ön görülmüştür.

Düzenli poliklinik takibi ilaç tedavisine uyumu arttırır. Çalışmamızda başvuruda gecikme sebeplerinin değerlendirme anketi hazırlanırken, Depresif bozukluk kadınlar için %30-45, erkekler için %25-32 arasında bildirilen prevalans oranlarıyla en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olarak saptamıştır. Yapılan çalışmalar depresif bozukluk tanılı hastaların büyük bir çoğunluğunun tedavi almadığı, tedavi için başvuranlarınsa büyük çoğunluğunun belirtilerinin ancak işlevselliği bozma seviyesine geldiğinde yardım aradıklarını, göstermektedir. Hastaların hiç tedavi almaması ya da yeterli doz ve sürede ilaç kullanmaması hastalık seyrini olumsuz etkilemekte ve yinelemelere yol açmaktadır. Ülkemizde depresif bozukluk tanılı 94 hastanın tedavi sürecini araştıran 6 aylık bir gözlem çalışmasında tedavi arama %73.2 olarak saptanmıştır. Akerblad ve ark. belirtilerin başlangıcından iki ay içinde tedavi edilen 1031 depresif hastanın izlendiği 24 haftalık izlem çalışmasında kullanılan BECK depresyon ölçeğine göre tedavi uyumunun ve tedaviye yanıtın %37-70 arasında değişebildiğini bildirmiş, hastaların sadece %54.6'sının planlanmış olan randevularına geldiğini saptamıştır. Yine birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi için başvuran hastaların %55-60'ında tedavi hakkında tedirginlik olduğu gözlenmiştir; Bu oran bizim çalışmamızda %37.7 olarak saptandı. Birinci basamakta psikiyatrik tedaviden kaçınmanın ilaç yan etkileri, ilaçlarla ilgili yanlış inanışlar, ilaçlara yetersiz yanıt, belirtilerde düzelme ve yetersiz hasta-doktor iletişimi ile ilişkilendirilmiştir. Birinci basamakta tedavi için ilk kez başvuran çoğunluğu erkek (%92.6) olan 95 kişilik bir hasta grubunun % 68'inin gecikme sebebinin

" çevresinin bu konudaki düşünceleri hakkında tedirginliği", %57'sinin ise "diğerlerinden vericeği tepkiler hakkındaki tedirginliği" olduğu gözlenmiştir (Issakidis ve ark. 2004). Bu oran bizim çalışmamızda %23 olarak saptanmıştır; Bu konudaki ilerleme, zamanın beraberinde bu konudaki farkındalığın artışı ve psikiyatrik eğitimin daha kapsamlı ve daha yaygın şekilde olması, var sayılabilir.

Yapılan bir çalışmada depresif bozukluk tanılı hastalarda tedaviye geç başvurmanın %16.9 özkıyım düşüncesini arttırdığı bulunmuştur. Özkıyım düşüncesi tedavi uyumsuzluğuna yol açabilir. Özkıyım kurbanlarının %46'sının tedaviye başvurmadıkları ve %14'ünün de tedaviye geç başvurdukları gözlenmiştir. (Nelson ve ark. 2000)

Clinical Anxiolytic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) çalışmasında hastaların %44'ünün anksiyolitik ilaç tedavisini 8aydan daha uzun bir süre kullandıkları ve bu yüzden başvuruya gerek duymadıkları saptanmıştır. (Beşiroğlu ve ark. 2006) Çalışmamızda psikotik bozukluk tanısı alan hastalarda tedavi uyumsuzluğu %34 oranındadır. Negatif belirtiler, içgörü azlığı ve bilişsel bozukluklar tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre, ailede ruhsal hastalık öyküsü olan 1. eksen tanılı bireyler başvuru için daha uyumsuz bulunmuştur. (Tablo 12)

Anksiyete bozukluğu ön tanısı alan hastalarda, tedavide gecikme ilaç yan etkileri, yaş, cinsiyet, atak sayısı ve tipi, ek tanılar, tutum ve inanışlar gibi psikososyal etkenler gibi farklı nedenlere bağlı olarak %10-60 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Çalışmada affektif bozukluğu olan hastalarda başvuru için uyum %41.7 oranında saptanmıştır. Çalışmamızda anksiyete bozukluklarında tedavi uyumu %45.5 oranında bulunmuştur. Issakidis ve ark. yaptıkları bir çalışmada tedavi için uygun görülme oranını %68.7, tedaviyi tamamlama oranını ise %61.6 olarak bildirmiştir. Aynı çalışmada tedavi devamlılığının tüm anksiyete bozuklukları için birbirine yakın ancak en yüksek agorafobide, en düşük panik bozukluğunda olduğu saptanmıştır ve bu durum tedavi öncesi daha hafif belirtiler ve depresyon etkeni ile ilişkilendirilmiştir.

Madde ve alkol kullanım bozukluklarının varlığı tedavi için başvuru girişimlerini ve tedavi uyumunu azaltmaktadır. Bizim çalışmamızda madde ve alkol kullanım bozukluğu olan hastalar (2. Eksen hastalar) çalışmaya tabi tutulmamıştır. Genç yaş, erkek cinsiyet, eroin bağımlıları ve çoklu madde kullananlarda başvuruyu reddetme riski daha yüksektir. bildirilmiştir.

Çalışmamızda tedavi için başvuruyu reddetme erkeklerde kadınlardan daha fazla bulunmuştur. Birinci basamakta yapılan bir çalışmada literatürde çoğunlukla bildirilenin aksine tedavi uyumu bekarlarda daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada örneklem grubunun çoğunlukla erkek olması nedeniyle medeni durumun kadınları ve erkekleri tedavi uyumu açısından farklı etkileyebileceği ileri sürülmüştür.

Çalışmamızda profesyonel destek alabilecekleri merkezi bilememe sebebiyle geç başvurma oranı %51.8 ya da gidilebilecek psikiyatri polikliniklerinden memnun olmama oranı ise %38.2 olarak bulunmuştur. (Tablo 14 ve Tablo 23) Problemini

kendisi çözebileceği düşüncesi, yardım alma konusunda zorlanma ve bir probleminin olmadığı düşüncesi gibi sebeplerle tedaviye geç başvurmanın oranları sırasıyla %58.8, %37.7 ve %45.7 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda incelemeye çalıştığımız asıl konu toplumsal önyargılar ve problemlerin, bireylerin psikiyatrik ve psikolojik ruh sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmektir. Bu çalışmanın güvenli ve farklı noktaları etmenlerin birbiriyle kıyaslanabilir olmasıdır. Bu format farklı branşlardaki polikliniklerin sıfır hastaları için de uygulanabilir. Bu çalışmanın avantajlarından biri farklı etmenlerin farklı toplum kümeleri üzerindeki etkilerini değerlendirebilme olanağı vermesidir. Bu çalışmadaki etmenleri değerlendirme ve tartışma evresinde iki ana kümeye ayırabilmek mümkündür. Etmenlerin bir bölümü damgalanma ve diğer bölümü de toplumsal olarak ele alınabilir niteliktedir. Daha önce yapılan çalışmalardan ve bu çalışmadaki verilerden elde edilen sonuca göre topluma farkındalık kazandırmak damgalanmaya yol açan etmenler üzerinde iyileştirici etkiye sahiptir; bu açıdan toplumda yaşayan bireylere psikiyatri ve psikoloji bilimi ve toplumsal problemlerin bu bilimlerle ilgisi hakkında farkındalık kazandırma, damgalanmaya sebep olan etmenler konusunda yararlı olabilmektedir.

Fiziksel hastalık öyküsü ve/veya ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, tedaviye başvuruda gecikme açısından bilinen bir etkiye sahiptir. Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin, istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile tedaviye daha geç başvurdukları gözlenmiştir. Sosyal desteği olmayan hastaların, olanlara göre tedavi için daha çok geciktikleri saptanmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Psikoğitimin tedaviye başvuruyu arttırdığı bilinmektedir. Beş günlük antibiyoterapinin bile sadece hastaların üçte ikisinde etkili olduğu bilinci, psikiyatrik hastalıklarda uzun süreli tedavi rejimlerinden ve psikiyatrik farmakoterapiden kaçınma davranışının sebebini ortaya koymaktadır. Tüm bu veriler tedaviye zamanında başvuruyu arttırmaya yönelik girişimler üzerinde çalışılması gerektiğini düşündürmektedir. Bu konuda randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğu açıktır. Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında örneklem grubunun küçüklüğü, tedavi için gecikme konusunda her ne kadar daha önce literatürde kullanılmış olan ölçütler temel alınmış olsa da bu ölçütlerin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmamış olması, damgalanmayla ilgili olmayan etmenler üzerinde müdahale yapılamaması yer almaktadır.

Ruh sağlığı ile ilgili kazanılan bilgi ve inançların önemli kaynakları kişisel deneyimler, aile, iş-arkadaş çevresi, eğitim kurumları ve medyadır (Yaşan ve ark. 2004). Araştırmamızda hasta yakınlarının tıp dışı yollara başvurmada %76.9, psikiyatri uzmanına başvurmada ise %33.7 oranlarında etkili olduğunun bulunması, toplumumuzda geleneksel olarak psikiyatrik belirtilerin tıp dışı nedenlerle açıklanma eğilimi olduğunu göstermektedir. Ayrıca örnekleminizde (Genel Tıp Derg 2007) Ruh Sağlığı bozukluklarında yardım aramada (Uğuz ve ark. 2002) tıp dışı yollara başvuranların yaklaşık üçte ikisinin ilköğretim mezunlarından oluşması eğitimin önemini ortaya koymaktadır.

Elde ettiğimiz tüm veriler ışığında söylenebilir ki ele alınan konular (damgalanma endişesiyle ilgili olan ya da olmayan) hakkında topluma farkındalık kazandırmak büyük önem taşımaktadır.

6. KAYNAKLAR

1. Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2003; 6(1):5-11
2. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. Düşünen Adam, 2003, 16(4):211-218
3. Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. Advances in Psychiatric Treatment 2007; vol. 13:336–346
4. Ateğ MA, Algül A. Bipolar Bozukluklarda Tedavi Uyumsuzluğu. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri, 2006; 2(29):60-64
5. Noble ML. Doctor-Patient Communication and Adherence to Treatment. Adherence To Treatment In Medical Conditions. London: Wiley, 1998
6. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. Acta Psychiatr Scand, 2002; 105: 164-172
7. Altamura AC, Mauri M. Plasma concentrations, information and therapy adherence during long- term treatment with antidepressants. Br J Clin Pharmacol, 1985; 20(6):714–716.
8. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. Antalya: 2000.
9. Smith J, Birchwood M. Relatives and patients as partners in management of schizophrenia. The development of a service model. The British Journal of Psychiatry, 1990;156:654-660
10. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry, 2002; 63(12):1121-1128
11. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry, 2002; 63(10):892-909.
12. Aker T, Çıtak S, Ceyhanlı A, Sarılğan C, Tağtan U, Ögel K, Özmen E. Hasta yakınlarının ilaç tedavisine karşı tutumu, 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Poster Bildirisi, 1994.

13. Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*, 2002; 26(1):23-32.
14. Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası, 2007
15. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV- TR)*. Washington D.C, 2000'den çeviri editörü: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2001.
16. Rakel ER. Depression. *Primary care: Clinics in Office Practice*, 2009; 26:238-253.
17. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Doctor patient relationship and interviewing techniques. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 7. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock, JAGrebb ve ark. (Ed), Williams and Wilkins, Baltimore.1994.
18. Rush AJ. Strategies and tactics in the management of maintenance treatment for depressed patients. *J Clin Psychiatry*, 1999;60(Suppl 14):21-26.
19. Davidson JRT, Meltzer-Brody SE. The Underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry*, 1999; 60(Suppl 7):4-9.
20. Tunca Z, Hancıoğlu M. Hastaların psikiyatrıste devamını etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1993; 4:219-223.
21. Rush AJ. Mood disorders: Treatment of depression. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7. Baskı, V Sadock (Ed), Lippincot and Wilkins, New York.2000
22. Thase ME, Rush AJ. When at first you don't succeed:sequential strategies for antidepressant nonresponders. *J Clin Psychiatry*, 1997; 58(Suppl 13):23-29.
23. Owen RR, Fischer EP, Booth BM. Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 1996; 47:853-858.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders. (DSM- 5)*. Washington DC. 2013.
25. Soykan A. İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu artırma stratejileri. *Journal of Mood Disorders*, 2013; 3(Suppl. 1):9-10

26. Sajatovic M, Levin J, Fuentes-Casiano E, Cassidy KA, Tatsuoka C, Jenkinsc JH. Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Compr Psychiatry*, 2011; 52(3): 280–287.
27. Keck P, McElroy B, Strakoiwski S. Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry*, 1998;57: 292-297.
28. Scott J. Predicting Medication Non-Adherence In Severe Affective Disorders. *Acta Neurolpsychiatr*, 2000; 12:128-130.
29. Johnson R, McFarland B. Lithium Use and Discontinuation In A Health Maintenance Organization. *Am J Psychiatry*, 1998; 57:292-297.
30. Jamison K, Akiskal H. Medication Compliance in Patients With Bipolar Disorders. *Psychiatric Clinics North Am*, 1983; 6:175-192.
31. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic Depressive Illness*. Oxford: Oxford University Press, 1990: 725- 745.
32. Connelly CE, Davenport YB, Nurnberger JI. Adherence to Treatment Regimen In A Lithium Carbonate Clinic. *Arch Gen Psychiatr*, 1982; 39:585-588.
33. Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, Bourne ML, West SA. Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull*, 1997;33(1):87-91.
34. Jamison KR, Gerner RH, Goodwin FK. Patient and physician attitudes toward lithium: relationship to compliance. *Arch Gen Psychiatry*, 1979; 20;36(8 Spec No):866-869.
35. Frank E, Prien RF, Kupfer DJ, Alberts L. Implications of noncompliance on research in affective disorders. *Psychopharmacol Bull*, 1985; 21(1):37-42.
36. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*, 1998 ;155(2):226-231.
37. Adams J, Scott J. Predicting medication non-adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatry Scand*, 2000; 100:119-124.
38. Schumann C, Lenz G, Berghöfer A, Müller-Oerlinghausen B. Non-adherence with long-term prophylaxis: a 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. *Psychiatry Res*, 1999; 89(3):247-57.

39. Danion JM, Neunreuther C, Krieger-Finance F, Imbs JL, Singer L. Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders. *Pharmacopsychiatry*, 1987; 20(5):230-1.
40. Trauer T, Sacks T. The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatr Scand*, 2000;102(3):211-216.
41. Sönmez EU. Şizofreni hastalarında dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İstanbul, 2008
42. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders In America*. New York: Free Press, 1990.
43. Kültür S, Mete L. Şizofreni. Köroğlu E, Güleç C (Eds). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği,1997
44. Heyscue BE, Levin GM, Merrick JP. Compliance with depot antipsychotic medication by patients attending outpatient clinics. *Psychiatr Serv*, 1998; 49(9):1232-1234.
45. Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry*, 1974;31(1):67-72.
46. Axelrod S, Wetzler S. Factors associated with better compliance with psychiatric aftercare. *Hosp Community Psychiatry*, 1989;40(4):397-401.
47. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 2000;51(2):216-22.
48. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Evaluation of compliance to treatment and factors affecting compliance for schizophrenia outpatients. *BCP*, 2006; 16(4): 223- 232.
49. Kastrup M. The use of a psychiatric register in predicting the outcome "revolving door patient". A nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand*, 1987;76(5):552- 560.
50. Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldfinger SM, Hopkin JT. Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. *Hosp Community Psychiatry*, 1987;38(10):1112-1114.

51. Mahendran R, Mythily, Chong SA, Chan YH. Brief communication: factors affecting rehospitalisation in psychiatric patients in Singapore. *Int J Soc Psychiatry*, 2005; 51(2):101-105.
52. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 1995;152(6):856-861.
53. Weiden P, Glazer W. Assessment and treatment selection for "revolving door" inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Q*, 1997;68(4):377-392.
54. Bergen J, Hunt G, Armitage P, Bashir M. Six-month outcome following a relapse of schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, 1998;32(6):815-22.
55. Hunt GE, Bergen J, Bashir M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophr Res*, 2002;54(3):253-64.
56. Soygür AH. Şizofreni Tedavisinde Aileye Yaklaşım. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1993;1(2):117-127
57. Gutiérrez-Casares JR1, Cañas F, Rodríguez-Morales A, Hidalgo-Borrajo R, Alonso-Escolano D. Adherence to treatment and therapeutic strategies in schizophrenic patients: the ADHERE study. *CNS Spectr*, 2010;15(5):327-37.
58. Özütrk MO, Uluğahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara. 2008
59. Issakidis C, Andrews G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 2004;109(6):426-33.
60. Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2007; 13, 423–434.
61. Young AS, Grusky O, Jordan D, Belin TR. Routine Outcome Monitoring in a Public Mental Health System: The Impact of Patients Who Leave Care. *Psychiatric Services*, 2000;51: 85-91.
62. Percudani M, Belloni G, Contini A, Barbui C. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. *Br J Psychiatry*. 2002; 180:254-9.
63. Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv*. 2000;51(7):885-9.

64. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry*. 2000;176:160-5.
65. Patel NC, Crismon ML, Miller AL, Johnsrud MT. Drug adherence: effects of decreased visit frequency on adherence to clozapine therapy. *Pharmacotherapy*. 2005;25(9):1242-7.
66. Gonzalez J, Williams JW Jr, Noël PH, Lee S. Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(2):87-96.
67. Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(7):1149-60.
68. Manschreck TC, Boshes RA. The CATIE schizophrenia trial: results, impact, controversy. *Harv Rev Psychiatry*. 2007;15(5):245-58.
69. Bull SA, Hunkeler EM, Lee JY, Rowland CR, Williamson TE, Schwab JR, Hurt SW. Discontinuing or switching selective serotonin-reuptake inhibitors. *Ann Pharmacother*. 2002; 36(4):578-84.
70. Husaini BA, Moore ST, Cain VA. Psychiatric symptoms and help seeking behaviour among the elderly: An analysis of racial and gender differences. *Journal of Gerontological Social Work* 1994; 21:177- 95.
71. Broman CL. Race differences in professional help seeking. *AmJCommunityPsychol* 1987;15:473-89.
72. Stiffman AR, Earls F, Robins LN, Jung KG. Problems and help seeking in high risk adolescent patients of healthclinics. *JAdolescHealthCare* 1988;9:305-9.
73. Rogler LH, Cortes DH. Help seeking pathways: A unifying concept in mental healthcare. *AmJPsychiatry* 1993;150:554-61.
74. Jansson A, Isacson A, Nyberg P. Help seeking patterns among parents with a newborn child. *Public Health Nurs* 1998;15:319-28.
75. Kaniasty K, Norris F. Help seeking comfort and receiving social support: The role of ethnicity and context of need. *Am J Community Psychol* 2000; 28: 545-81.
76. Leserman J, Petitto JM, Golden RN, Gaynes BN, GuH, Perkins DO et al. Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *AmJPsychiatry* 2000;157:1221- 8.

77. Czuchta DM, McCay E. Help seeking for parents of individuals experiencing a first episode of schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15:159-70.
78. Özbay Y. Üniversite öğrencilerinin problemlerini ve yardım arama tutumları arasındaki ilişki. 9. Ulusal Psikoloji Kongresi, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1996:175-89.
79. Kılıç EÖ, Özbay H, Göka E, Aktaş AM, Güngör S. Ergenlerin sosyal destek çevreleri: İşçi ve öğrenciler arasında karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994;5:119-25.
80. Bekaroğlu M. Çare arama davranışı ve kültür. IV Anadolu Psikiyatri Günleri, Bilimsel çalışmalar, Konya, 1995.
81. Özbay Y, Özbay G. Üniversite öğrencilerinin problemlerini taramaya yönelik bir araç geliştirme ön çalışması. 3. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Adana, 1996.
82. Procidano ME, Heler K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol* 1983;11:1-24.
83. Eskin M. Reliability of Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behaviour and suicide probability scale. *J Clin Psychol* 1993;49:515-22.
84. Goldberg DP, Williams P. A users guide to the general health questionnaire. Windsor, NFER/Nelson, 1988.
85. Kılıç C. Genel sağlık anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7:3-9.
86. Ledoux G, Choquet CM. Consultation of mental health professionals by French adolescents with probable psychiatric problems. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:126-34.
87. Horwitz A. Social networks and pathways to psychiatric treatment. *Social Forces* 1977;56:86-105.22
88. Yetişkinlerde Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu ve Bunu Etkileyen Faktörler
89. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in postnatal depression: women's attitudes to postnatal depression and its treatment. *Br J Gen Pract* 1996;46:427-8.

90. Beşiroğlu L, Ağargün MY. Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: Hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *TürkPsikiyatriDergisi*2006;17:213-22.
91. Yaşan A, Gürgen F. Psikiyatri ve fizik tedavi polikliniklerine başvuran hastaların geleneksel yardım arama davranışının karşılaştırılması. *DicleTıp Dergisi* 2004;31:20-8.
92. Uğuz F, Karababa F, Aşkın R. Obsesif kompulsif bozukluk için yardım aramada ilk başvuru yerlerinin değerlendirilmesi. *GenelTıpDergisi*2007;17:29-33.
93. Kılıç C. Depremzedelerde ruh sağlığı hizmeti kullanımı: 1999 depremlerinin sonuçları. *Türk PsikiyatriDergisi*2008;19:113-23.
94. Barroso J, McMillan S, Casey L, Gibson W, Kaminski G, Meyer J. Comparison between African American and white women in their beliefs about breast cancer and their health locus of control. *Cancer Nurs* 2000;23:268-76.
95. Sorias O. Yaşam stresine karşı koruyucu olarak sosyal destekler. V. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi Özel Sayısı, Ege Üniversitesi Basımevi, Sayı:8, İzmir, 1990.
96. McKinlay JB. Social networks, lay consultation and helpseekingbehaviour. *SocialForces*1973;51:275-92.
97. Gennaro S. Maternal anxiety, problem solving ability and adaptation to the premature infant. *Pediatr Nurs* 1985;11:343-8.
98. Parmelee PA. Spouse versus other family caregivers: Psychological impact on impaired aged. *Am J CommunityPsychol*1983;11:337-49.
99. Choquet M, Menke H. Suicidal thought during early adolescence: prevalence, associated troubles and help seekingbehaviour. *ActaPsychiatrScand*1989;81:170-7.
100. Michel K, Runeson B, Valach L, Wasserman D. Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. *ActaPsychiatrScand*1997;95:94-9.
101. Nahas VL, Hillege S, Amasheh N. Postpartum depression: The lived experiences of middle eastern migrant women in Australia. *J Nurse-Midwifery*
102. Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim* 1987;44:16-30.

103. Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical outpatient clinic. *Psychol Med* 1993; 23:167-173.
104. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Derg.* 2000; 11:198-203.
105. Toft T, Fink P, Ornbol E, Christensen K, Frostholm I, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders: Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005; 8:1175-1184.
106. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2:87-98.
107. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara 1998. Eksen Tanıtım Ltd.Şti.
108. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:934-941.
109. Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care* 1989; 27:869-886.
110. Lyness JM, Caine ED, King DA, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* 1999; 14:249-254.
111. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:115-124.
112. Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H, Rouhe E. SCL-25 and recognition of mental disorders reported by primary health care physicians 1994; *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:320-323.
113. Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental disorders in primary care services: an update. *Public Health Rep*, 1994; 109:251-258.
114. Banerjee S, Macdonald A. Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social service use. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 750-756.

115. Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:51-58.
116. Biddle L, Gunnell D, Sharp D, Donovan JL. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2004; Apr; 54:248-253.
117. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs* 2005; 49:616-623.
118. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2005; 186:297-301.
119. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:113-120.
120. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord.* 2006; 92:185-193.
121. National Institute of Health and Family Welfare, National Mental Health program. New Delhi: NIMHFW; 2005
122. Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması. *Toplum ve Hekim* 1987;44:16-30.
123. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar. *Türkiye Psikiyatri Dergisi.* 2000;11:198-203.
124. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye Eruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, 1998. Eksen Tanıtım LTD. Şti.