

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

**DEPRESYONA İLİŞKİN TUTUMLAR VE DAMGALANMAYI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Gülsüm Zuhul KAMIŞ

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA
2016**

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

**DEPRESYONA İLİŞKİN TUTUMLAR VE DAMGALANMAYI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Gülsüm Zuhul KAMIŞ

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Şahinde Özlem ERDEN AKİ**

**ANKARA
2016**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkıda bulunan, bana her konuda hoşgörü ve sabırla yaklaşarak destek olan, yanında çalışmaktan mutluluk ve onur duyduğum tez danışmanım Doç. Dr. Özlem Erden Aki'ye teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimine başladığım ilk zamanlardan itibaren yalnızca psikiyatrik konularda bilgi düzeyimin artışı değil, öğrenme biçimimi, hastaya yaklaşımımı, kişisel gelişimimi açıkça ya da model olarak destekleyen, her konuda titiz, özenli, bilimsel, etik bir tutum sergileyen böyle davranmayı yüreklendiren, bilgi ve deneyimini sabırla ve içtenlikle paylaşan Yard. Doç. Dr. Koray Başar'a teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık hayatım boyunca, mesleki kimliğimin oluşmasında emekleri olan, eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini aktaran, nitelikli bilimsel eğitim almamı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu,, Prof. Dr. Kazım Yazıcı, Prof. Dr. Aylin Uluşahin, Prof. Dr. Berna Uluğ, Prof. Dr. Aygün Ertuğrul, Prof. Dr. Suzan Özer, Prof. Dr. Başaran Demir, Prof. Dr. Cengiz Kılıç, Prof. Dr. Elif Barışkın, Yrd. Doç. Dr. Yavuz Ayhan, Yard. Doç. Dr. Şeref Can Gürel, Uz. Dr. İrem Yıldız, Yard. Doç. Dr. Sertaç Ak'a teşekkürlerimi sunarım. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Nöroloji rotasyonlarım sırasında mesleki eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Asistanlık hayatım boyunca birlikte çalıştığım, birlikte ve birbirimizden öğrendiğimiz, bilgi ve deneyimlerimizi, duygularımızı paylaştığımız, bana destek olan asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm psikolog, hemşire, sekreter ve yardımcı sağlık personeli çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bana destek olan aileme, eğitim yaşamım başından itibaren desteklerini sürdüren teyzem, eniştem ve dayım Hüseyin Dilmen'e, hayatımın son beş yılında yanımda olan bana aile olan kardeşime ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Kamış GZ., Depresyona İlişkin Tutumlar ve Damgalanmayı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2016.

Amaç: Depresyon toplumda sık görülen, sağlık kurumuna başvurulduğunda tedaviyle yüksek oranda düzelebilen bir hastalıktır. Depresyonda hastaların tedaviye başvuruları ve psikiyatrik tedavi almalarının önünde engel oluşturan önemli etkenlerden biri diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi damgalanmadır (stigma). Ruhsal hastalıklara ve depresyona yönelik damgalanma genç ve yaşlı grup arasında değişebilmekte ve diğer sosyodemografik ve klinik özelliklerden etkilenebilmektedir. Bu çalışmada kliniğe başvuran genç ve yaşlı hastalar arasında depresyonla ve tedavileriyle ilgili tutum farklılıklarının ve bunların sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran depresyon tanılı 18-88 yaş arası 133 (37 yaşlı, 96 genç) hasta dahil edilmiştir. Öncelikle tanı doğrulanması amacıyla DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) yapılmış, bu hastalar Ruhsal Hastalıklarda Tutumların Araştırılması Projesinde (RUTUP) kullanılmış olan anket formunun depresyon bölümü, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği (DKDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), ilaç tedavisi kullanmakta olan hastalarda Antidepresan Uyum Ölçeği (AUÖ) ile değerlendirilmiştir. Damgalanma açısından genç ve yaşlı hasta grupları karşılaştırılmış, sosyodemografik ve klinik değişkenlerin damgalanma ile ilişkisi incelenmiştir. Yine bu çalışma kapsamında, Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS for Windows Version 23.0 programında yapılmış, analizlerde Ki- kare, Mann-Whitney U testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Yaşlı ve genç depresyon hastaları karşılaştırıldığında genç hasta grubunun RHİDÖ toplam puanının ($z=2.822$, $p=0.005$), RHİDÖ yabancılaşma alt ölçek puanının ($z=2.696$, $p=0.007$), sosyal geri çekilme alt ölçek puanının ($z=2.455$,

p=0.014) ve damgalanmaya direnç alt ölçek puanının ($z=2.817$, $p=0.005$) yaşlı hastalardan daha yüksek olduğu, DKDÖ ölçeği toplam puanı açısından gruplar arasında fark olmadığı ($z=0.660$, $p=0.509$) DKDÖ sosyal yetersizlik alt ölçek puanının gençlerde daha yüksek ($z=2.166$, $p=0.030$) olduğu saptanmıştır. DKDÖ puanı ile RHİDÖ puanı ($r=.485$, $p=0.000$) ve BDÖ puanı ($r=.303$, $p=0.000$) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Sosyodemografik değişkenlerden RHİDÖ damgalanmaya direnç alt ölçeğinin çalışma durumuna göre farklılaştığı ($z=13.461$, $p=0.009$); çalışanların ev hanımı ve öğrencilerden daha yüksek puan aldığı, DKDÖ sosyal yetersizlik alt ölçeğinin çalışma durumuna göre farklılaştığı ($z=10.621$, $p=0.031$); emeklilerin öğrencilerden daha düşük puan aldığı saptanmış, diğer sosyodemografik değişkenlerle damgalanma ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Klinik değişkenlerden yeni başvuranların takipli hastalara göre RHİDÖ yabancılaşma alt ölçeğinden daha yüksek puan aldığı ($z=2.224$, $p=0.026$), ek bedensel hastalığı olmayanların olanlara göre toplam RHİDÖ ($z=-2.270$ $p=0.023$), RHİDÖ yabancılaşma ($z=-2.398$ $p=0.016$), RHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçeği ($z=-2.321$ $p=0.020$) puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, psikiyatri başvurusundan beri geçen süre ile RHİDÖ algılanan ayrımcılık ($r=-0.197$, $p=0.025$) arasında negatif korelasyon olduğu saptanmış, diğer klinik değişkenler ve damgalanma ölçek ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. RUTUP Depresyon anketine verdikleri yanıtlar açısından iki grup arasında önemli bir fark saptanmamış olup, olumsuz tutumların yaygın olduğu görülmüştür.

Sonuç: Diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi depresyonda da damgalanmanın olduğu; yaş, çalışma durumu, tedavi başlangıcından beri geçen süre gibi klinik ve sosyodemografik değişkenlere göre değişebildiği saptanmıştır. Tedaviye erişimi ve uyumu artırmak için, engel olan damgalayıcı tutumların azaltılmasına yönelik toplumsal müdahalelerin yapılması ve klinikte de ele alınması ve uygun müdahalelerde bulunulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Majör depresif bozukluk, damgalanma, tutum

ABSTRACT

Kamış GZ., Analysis of The Factors Affecting Stigmatization and Attitudes Toward Depression. Hacettepe University School of Medicine, Department of Psychiatry, Dissertation Thesis, Ankara 2016.

Objective: Depression is a frequently seen syndrome in community, which could be effectively treated when appropriate care is accessed. One of the important barriers for seeking care and treatment in depression has been stigmatization, as in other psychiatric disorders. Stigma towards depression and other psychiatric disorders may differ between young and old age groups, and is also affected by other sociodemographic and clinical factors. In this study it is aimed to investigate the relationship of sociodemographic factors and attitudes towards depression and its treatment between young and old age groups in a clinical population.

Method: A total of 133 patients (18-88 years old, n=37 old-age group, n=96 young-age group) with a diagnosis of depression who applied to Hacettepe University Psychiatry Outpatient Clinic were recruited in this study. First a semi-structured clinical interview was performed for every patient using SCID-1 (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders), then all the patients were evaluated using the “depression section” of a survey from Attitudes Towards Mental Disorders Study (RUTUP), Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS), Beck Depression Inventory (BDI), and Antidepressant Adherence Scale (AAS) in patients taking antidepressant therapy. Young and old age groups were compared on stigmatization, and the relation of sociodemographic and clinical features with stigmatization was examined. Also in this study validity and reliability analyses for The Self-Stigma of Depression Scale were performed. Statistical analyses were performed using SPSS version 23.0 for windows. Depending on the sample characteristics, chi-square analysis, Mann Whitney U test, and Pearson correlation analysis were conducted. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: As young and old age groups were compared, ISMI total scores ($z=2.822$, $p=0.005$), ISMI alienation sub-scale scores ($z=2.696$, $p=0.007$), social withdrawal subscale scores ($z=2.455$, $p=0.014$), and stigma resistance subscale scores ($z=2.817$, $p=0.005$) were found to be higher in young-age group than old-age group.

SSDS total score was not different between two groups ($z=0.660$, $p=0.509$), but SSDS social inadequacy subscale score was higher in young-age group ($z=2.166$, $p=0.030$). A positive correlation was found between SSDS total score and ISMI total score ($r=.485$, $p=0.000$) and BDI score ($r=.303$, $p=0.000$). Regarding sociodemographic features, working group was found to have higher scores on ISMI stigma resistance subscale compared to housewives and students ($z=13.461$, $p=0.009$), and retired group was found to have higher scores on SSDS social inadequacy subscale ($z=10.621$, $p=0.031$). Other sociodemographic factors were not found to have any effect on the scores of stigmatization scales.

Regarding the clinical features, patients with the first episode were found to have higher scores on ISMI alienation subscale compared to patients with long follow-up ($z=2.224$, $p=0.026$), patients with comorbid physical disorders to have higher scores on ISMI total ($z=-2.270$, $p=0.023$), ISMI alienation subscale ($z=-2.398$, $p=0.016$), ISMI social withdrawal subscale ($z=-2.321$, $p=0.020$) compared with the ones with no other physical disorders. A negative correlation was found between the time since first admission for psychiatric treatment and ISMI perceived stigmatization subscale ($r=-0.197$, $p=0.025$). No significant relation was found between other clinical factors and stigmatization scale or subscale scores. No statistically significant difference was found between young and old age groups regarding the answers to RUTUP depression survey, but negative attitudes were seen to be very common in all the subjects.

Conclusion: As in the other psychiatric disorders, stigmatization is very common also for depression, and it is found to be related to different features including age, working status, time since first admission and some other sociodemographic factors. In order to help for decreasing the negative attitudes and increasing the help seeking behavior, some interventions should be conducted both in psychiatry clinics and society.

Key words: major depressive disorder, stigmatization, attitude

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Kapsamı	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Damgalanma.....	3
2.1.1. Damgalanma (etiketleme, stigmatizasyon) kavramı	3
2.1.2. Damgalanmanın Değerlendirilmesi	4
2.2. Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma	6
2.3. Depresyon ve Damgalanma.....	7
2.3.1. Major Depresif Bozukluk	7
2.3.2. Depresyonda Damgalanma.....	9
2.4. Damgalanma ve Tedavi Başvurusu	13
2.5. Türkiye’de Yapılan Çalışmalar	16
2.6. Araştırmanın Amacı ve Hipotezi.....	18
2.6.1. Araştırmanın Amacı	18
2.6.2. Araştırmanın Hipotezleri	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Örneklemi.....	20
3.1.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri	20
3.1.2. Araştırmanın Dışında Bırakma Ölçütleri.....	20

3.1.3. Araştırmadan ıkarılma ltleri	21
3.2. Araştırmanın Deseni.....	21
3.3. Araştırmada Kullanılacak lekler ve Diğer Değerlendirme Araçları	22
3.3.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID I)	22
3.3.2. Bilgi Formu	22
3.3.3. Standardize Mini Mental Test (SMMT).....	22
3.3.4. Beck Depresyon leği (BDÖ).....	23
3.3.5. PAREM (Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi) RUTUP (Ruhsal Hastalıklarla İlgili Halkın Tutumlarının Araştırılması Projesi) Anketi-Depresyon Bölümü	23
3.3.6. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma leği (RHİDÖ).....	24
3.3.7. Depresyonda Kendini Damgalama leği (DKDÖ).....	25
3.3.8. Antidepresan Uyum leği (AUÖ).....	33
3.4. İstatistiksel Yöntemler.....	34
3.5. Etik Kurul İzni.....	35
3.6. Araştırmanın Bütçesi.....	35
4. BULGULAR	36
4.1. Örneklem Büyüklüğü	36
4.1.1. rneklemın Sosyodemografik Özellikleri.....	36
4.1.2. rneklemın Depresyon ve Tedavi yküsü	38
4.1.3. Psikiyatrik Bozukluk Ek Tanısı.....	39
4.1.4. Bedensel Hastalık ve Tedavi yküsü.....	39
4.1.5. Soygeçmişte Depresyon ve Tedavi yküsü	39
4.1.6. Hastaların Klinik Sosyodemografik Özellikleriyle Damgalanma İlişkisi	40
4.2. Yaşlı ve Genç Depresyon Gruplarının Özellikleri	51

4.2.1. Yaşlı ve Genç Depresyon Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	51
4.2.2. Yaşlı ve Genç Depresyon Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	52
4.3. Damgalanma Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	56
4.4. Gruplar Arasında Depresyon ve Tedavileriyle İlgili Tutum Farklılıkları	57
4.5. Yaş, Beck Depresyon Ölçeği, İşlevselliğin Global Değerlendirmesi Ölçeği, Antidepresan Uyum Ölçeği ve Damgalanma Ölçek Puanlarının İlişkisi	60
5. TARTIŞMA.....	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
7. KAYNAKLAR.....	76
8. EKLER.....	84
EK 1. BİLGİ FORMU	84
EK 2. STANDARİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT)	85
EK 3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)	87
EK 4. Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi (PAREM) Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması Projesi (RUTUP) Anket Formu-Depresyon Bölümü	89
EK 5. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)	93
EK 6. Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği (DKDÖ).....	95
EK 7. ANTİDEPRESAN UYUM ÖLÇEĞİ (AUÖ).....	98
EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	99

KISALTMALAR

AAS	:	Antidepressants Adherence Scale
ASB	:	Akut Stres Bozukluğu
AUÖ	:	Antideprasan Uyum Ölçeği
BDI	:	Beck Depression Inventory
BDÖ	:	Beck Depresyon Ölçeği
DEHB	:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DKDÖ	:	Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği
DSM	:	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DTYÖ	:	Depresyon ve Tedavilerine Yönelik Tutum Ölçeği
EKT	:	Elektrokonvülsif Tedavi
ISMI	:	Internalized Stigma of Mental Illness Scale
İGDÖ	:	İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeği
NCS-R	:	National Comorbidity Survey Replication
OKB	:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PAREM RUTUP	:	Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması Projesi
RHİDÖ	:	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
SCID-I	:	DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>)
SMMT	:	Standardize Mini Mental Test
SS	:	Standart Sapma

- SSDS** : Self Stigma of Depression Scale SPSS Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (*Statistical Program for Social Sciences*)
- TSSB** : Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- YAB** : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Ortak Yükler ve Faktör analizi	28
Tablo 2. Madde- Alt ölçek ve Madde- Toplam Puan Korelasyonları.....	30
Tablo 3. DKDÖ ve RHİDÖ Toplam ve Altölçek Puanları Korelasyonları	32
Tablo 4. Beck Depresyon Ölçeği Puanları ile Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği Puanları İlişkisi	33
Tablo 5. Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=133)	37
Tablo 6. Çalışmaya Alınan Hastaların Klinik Özellikleri (N=133).....	38
Tablo 7. Sosyodemografik Değişkenler RHİDÖ ve alt ölçekleri puan ilişkisi*.....	41
Tablo 8. Klinik Değişkenler RHİDÖ ve alt ölçek puanları ilişkisi*-1	42
Tablo 9. Klinik Değişkenler RHİDÖ ve alt ölçek puanları ilişkisi*-2	43
Tablo 10. Sosyodemografik Değişkenler DKDÖ ve alt ölçek puanları ilişkisi*.....	45
Tablo 11. Klinik Değişkenler DKDÖ ve alt ölçek puanları ilişkisi*-1.....	46
Tablo 12. Klinik Değişkenler DKDÖ ve alt ölçek puanları ilişkisi*-2.....	47
Tablo 13. Depresyon Süresi ve İlk Psikiyatri Başvurusundan Beri Geçen Süre ile Damgalanma İlişkisi	48
Tablo 14. Sosyodemografik Değişkenler AUÖ, BDÖ, İGDÖ puan ilişkisi*	49
Tablo 15. Klinik Değişkenler AUÖ, BDÖ, İGDÖ puan ilişkisi*	50
Tablo 16. Yaşlı ve Genç Grubun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=133).....	51
Tablo 17. Yaşlı ve Genç Depresyon Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-1	54
Tablo 18. Yaşlı ve Genç Depresyon Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması -2	55
Tablo 19. Yaşlı ve genç depresyon grubunun damgalanma ölçek puanları	56
Tablo 20. PAREM RUTUP Anketine Verilen Yanıtların Gruplar Arasında Karşılaştırılması-Olgü Örneği Bölümü	58

Tablo 21. PAREM RUTUP Anketine Verilen Yanıtların Gruplar Arasında Karşılaştırılması-Depresyon ile İlgili Tutumlar Bölümü.....	59
Tablo 22. Yaş, BDÖ, İGDÖ, AUÖ ve Damgalanma Ölçek Puanlarının İlişkisi-1	62
Tablo 23. Yaş, BDÖ, İGDÖ, AUÖ ve Damgalanma Ölçek Puanlarının İlişkisi-2.....	63

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Kapsamı

Depresyon, işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan, yinelemelerle gidebilen, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilen önemli bir psikiyatrik hastalıktır. Yeterli tedavi edilmediğinde süregelenleşebilir ve kişinin sosyal işlevselliğini, iş yaşamına katılımını engelleyerek önemli maddi ve manevi kayıplara neden olabilir.

Damgalanma (stigmatizasyon, etiketlenme), pek çok özellik ve davranışın yanısıra bedensel ve ruhsal hastalıkla ilişkili olarak da ortaya çıkabilir. Psikiyatri yazınında sıklıkla bahsedilen damgalanma çeşitleri kişisel damgalama, algılanan damgalanma, kendini damgalama, ve yapısal damgalamadır. Kişisel damgalama; bir kişinin diğer insanlarla ilgili damgalayıcı tutumlara sahip olmasını ifade eder. Algılanan damgalanma; kişinin diğer insanların kendisine negatif ve damgalayıcı bakışı olduğuna inanmasıdır. Kendini damgalama/ içselleştirilmiş damgalanma; kişilerin kendileri ile ilgili damgalayıcı tutumlarını belirtir. (Griffiths ve ark. 2004, Corrigan ve Watson 2002).

Pek çok ruhsal hastalıkla beraber depresyonla ilişkili farklı damgalanma türleri de görülebilir. Damgalanma, farklı sosyodemografik faktörlerden ve klinik faktörlerden etkilenebilir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kültürel faktörlerin damgalanma üzerine etkisiyle ilgili pek çok çalışma yürütülmüştür. Depresyonla ilişkili, depresyonun şiddeti, sayısı, toplam süresi, ailede ve sosyal çevrede varlığı gibi klinik faktörler de damgalanmayı etkileyebilmektedir (Livingston ve Boyd 2010).

Algılanan ve içsel damgalanma, bireylerin kendilerine ve içinde buldukları duruma olumsuz yaklaşarak tedavi için yardım aramalarının önüne geçebilir. Dolayısıyla var olan sorunun daha olumsuz sonuçlanmasına neden olabilir. Sorunu için yardım arayan bireylerde dahi, tedaviye uyumu bozucu etkilere yol açabilir. Bu nedenle damgalanmanın saptanması, damgalanmayla mücadele edilmesi, bireylerin yardım aramaları ve tedaviye ulaşmaları açısından olumlu etkilerde bulunacaktır.

Bu çalışmada Psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerde depresyonla ilişkili damgalanma ve bu ilişkiyi etkileyen faktörlerin saptanması ve bu bireyler içinde yaşlı grubun genç bireylerden hangi açılardan farklılık gösterdiğinin belirlenmesi hedeflenmektedir. Türkiye’de farklı ruhsal hastalıklarda damgalanma ile ilgili

alışmalar yürütülmüş, ancak yaşlı grubun ayrıca değerlendirildiği bir çalışma yapılmamıştır. Yaşlı depresyon hastaları, yaş ayrımcılığının da eşlik etmesiyle ifte damgalanmaya maruz kalabilmektedirler. Bu kırılgan grubun incelenmesi, gereksinim duyulan sağlık hizmetlerinin saptanması, gerekli müdahalenin yapılması açısından önemlidir. Depresyonun yaşlı bireylerde sık görüldüğü, kolay dile getirilemediği, depresif düşünce içeriğinin ifade edilemediği, sıklıkla başka belirtilerle maskelenebildiği göz önüne alındığında, çalışmanın bu alana önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir (Sönmez ve Erden Aki 2013).

Ülkemizde ruhsal hastalıklardaki damgalanmayı ölçen çeşitli ölçekler geliştirilmiştir ancak depresyona özgü bir damgalanma leği bulunmamaktadır. Bu alışma kapsamında Barney ve arkadaşlarının (2010) geliştirdiği, depresyonda kendini damgalamayı değerlendiren “Self Stigmatization of Depression Scale” (SSDS)’in Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirliğinin de yapılması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Damgalanma

2.1.1 Damgalanma (etiketleme, stigmatizasyon) kavramı

Stigma (damga, etiket) terimi, Eski Yunan'da bir şeyin ahlaki açıdan kötü ya da olağandışı olduğunu gösteren bedensel işaretleri ifade eder (Goffmann 1963). Kişinin bedenine kesiyle ya da yakılarak yapılan bu işaretler kişinin 'köle, suçlu ya da hain' olduğunu gösterir. Stigmanın utanç ya da ayıbı, işaretin bedensel kanıtından daha önemli hale gelir. Etiketleme, stereotipler (kalıp-yargılar), ayırma, makam-mevki kaybı, ayrımcılık aynı zamanda görülebilir ve stigmanın bileşenlerinden olduğu düşünülebilir (Link ve Phelan 2001).

Stigma etiketlenen davranışlarla ilgilidir. Goffmann (1963) stigma'yı; 'Sosyal Kimlik Teorisi' ve 'Etiketleme Teorisi'ne dayandırır. Sosyal kimlik teorisine göre toplum, üyelerine insanları genel tanımlayıcı atıflar ve özelliklerine göre sınıflandırmayı öğretir. Etiketleme teorisine göre toplumda norm dışı davranışlar etiketlenir ve kendileriyle ilgili kalıp yargıları (stereotipi) aktive eder, bunlar sosyal olarak kabul edilmez. Link 1987'de stigmatı 'modifiye etiketleme teorisi' ile açıklamıştır. Bu teoriye göre bu davranışlarla ilişkili negatif sosyal inançlardan türeyen etiketleme; ayrımcılık ve aşağılanma duygusuna, bu duygu da negatif sosyal sonuçlara yol açar. Bahsedilen kalıpyargılar çoğunlukla damgalananın 'tehlikeli' ve/veya 'öngörülemez' olduğunu ima eder, 'kabul etmeme, dışlama ve ayrımcılık' gibi tutumları beraberinde getirir.

Sosyal açıdan birçok özellik ya da davranış etiketlenebilir. Bunlar başlıca üç gruba ayrılır: fiziksel bozukluklarla (yaşlanma dahil), niteliksel kusurlarla (HIV/AIDS, alkolizm, ruhsal hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar vs), ve toplumsal kökenle (ırk, din, uyruk vs) ilgili damgalanma (Goffman 1963). Üç damgalanma türü üst üste binebilir ve birbirini pekiştirebilir (Kurzban ve Leary 2001). Bireylerin damgalanmaya üç düzeyde maruz kalabileceğinden bahsedilmektedir. Yapısal/sistemsel düzeyde, sosyal/grup düzeyinde, ve bireysel düzeyde (Doğanavşargil-Baysal 2013). Damgalanan özellik nedeniyle damgalayanlar tarafından bu gruplara karşı sergilenen farklı tutumlar da tıpkı diğer tutumlar gibi üç bileşene sahiptir: Emosyonel (depresyondaki biriyle ilgili kaygı, korku duymak gibi);

bilişsel (depresyondaki birinin tehlikeli olduğuna inanmak gibi); davranışsal (depresyondaki kişiden sosyal olarak kaçınmak gibi) (Haghighat 2001).

Psikiyatri yazınında sıklıkla bahsedilen bir kısmı birbiriyle örtüşen yönleri de olan damgalanma çeşitleri ise kişisel damgalama, algılanan damgalanma, kendini damgalama, ve yapısal damgalama'dır. Kişisel damgalama (personal stigma); bir kişinin diğer insanlarla ilgili damgalayıcı tutumlara sahip olmasını ifade eder (Griffiths ve ark 2004). Algılanan damgalanma (perceived stigma); kişinin diğer insanların kendisine negatif ve damgalayıcı bakışı olduğuna inanmasıdır (Griffiths ve ark. 2004). Kendini damgalama/ içselleştirilmiş damgalanma (self-stigma/ internalized stigma); kişilerin kendileri ile ilgili damgalayıcı tutumlarını belirtir (Corrigan ve Watson 2002). Yapısal damgalama ise kasıtlı ya da kasıtsız olarak, devlet/ özel kuruluşların belli bir gruba daha kısıtlı imkânlar sunmasını ifade eder. İçselleştirilmiş damgalanmayı (internalized stigma) Corrigan (1998), bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları, kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesi şeklinde daha ayrıntılı tarif etmiştir. Kendini damgalama, damgalanan gruptaki bireylerin bu tutumları içselleştirmesi ve kendine yöneltmesiyle ilgilidir (Corrigan ve Watson 2002; Corrigan ve Rao 2012). Dolayısıyla, bireyin kendisine ait bir özelliikle ilgili tutumları, içinde yaşadığı toplumun tutumlarından etkilenmektedir.

Damgala (n)ma olarak tanımlanan bu olumsuz tutum ve inançlardan en fazla payını alan durumlar içerisinde ruhsal hastalıklar bulunmaktadır. Olumsuz tutumlara maruz kalan kişilerde stres ve ikincil olarak ruhsal hastalıkların tetiklenmesi de hiç şaşırtıcı olmayacak bir sonuçtur.

2.1.2 Damgalanmanın Değerlendirilmesi

Hastanın, hastalığı ve tedavi süreciyle ilgili bilgilerini ve inançlarını kapsamlı bir biçimde değerlendirmeyi, psikososyal müdahalelere hazırlık yapılmasını olanaklı kılmak, olası uyum problemlerini önceden belirlemeyi amaçlayan bazı ölçekler geliştirilmiştir. Cinsel kimlik, HIV tanısı gibi belirli durumlarla ilgili damgalanmayı değerlendiren ölçekler olduğu gibi Ruhsal hastalıkların genelinde damgalanmayı araştıran ölçekler de mevcuttur. Dünyada yaygın olarak kullanılan ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 'Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma

Ölçeği' (RHİDÖ) 29 maddeden oluşmakta; 'Yabancılaşma', 'Kalıp Yargıların Onaylanması', 'Algılanan Ayrımcılık', 'Sosyal Geri Çekilme' ve 'Damgalanmaya Karşı Direnç' şeklinde adlandırılan beş alt ölçekte hastaların öznel damgalama yaşantılarını değerlendirmektedir (Ersoy ve Varan 2007).

Depresyon ve tedavileriyle ilgili tutum özelliklerini değerlendiren ölçeklerde 'Damgalanma' çoğu kez bir alt ölçek olarak yer alır. Gabriel ve Violato (2010a) tarafından geliştirilmiş, depresyon tanısı konmuş bireylerin depresyon ve tedavisine yönelik tutumlarını belirlemeyi amaçlayan Depresyon ve Tedavilerine Yönelik Tutum Ölçeği 'tedavinin kabulü, algılanan damgalanma ve utanma, antidepresanlar hakkında olumsuz tutum, kendini damgalama ve psikoterapi tercihi' olmak üzere 5 alt bölümden, toplam 27 maddeden oluşmaktadır.

Kendini damgalama tutumunun, damgalanmadan farklı özellikler içermesi nedeniyle araştırmacılar, depresyon hastalarında kendini damgalama düzeyini nesnel bir biçimde değerlendirilmeyi amaçlayan ölçekler geliştirmiştir. Kendini damgalamanın ve algılanan damgalanma deneyimlerini de değerlendiren bir ölçek olan *Depression Self-Stigma Scale* (Depresyon Kendini Damgalama Ölçeği) ise kendini damgalama (genel), mahremiyet, toplum kaynaklı damgalanma, tedaviyle ilişkili damgalanma ve damgalanmayla ilişkili deneyimler altölçekleri yer almaktadır (Kanter ve ark. 2008). Bunlardan diğeri *Self-Stigma of Depression Scale* (Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği-DKDÖ) 16 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Barney ve ark. 2010). 'Utanma', 'Suçlanma', 'Sosyal Yetersizlik', 'Yardım Aramanın Ketlenmesi' şeklinde adlandırılan dört alt ölçekle, hastaların kendini damgalayıcı tutumlarını değerlendirmektedir.

Sonuç olarak, majör depresyon hastalarında depresyon ve tedavilerine yönelik tutum özelliklerinin, depresyon tedavisinde yardım arama, tedavi uyumu gibi önemli süreçleri olumsuz yönde etkileyebildiğine işaret eden çalışmalar mevcuttur. Depresyon ve tedavilerine yönelik olumsuz tutum özelliklerinde, tek başına eğitim yeterli olmasa da (Corrigan 2016) psikoeğitimin de içinde bulunduğu eğitim programları sonrası olumlu yönde değişiklikler gözlemlendiğini (Vergouwen ve ark. 2009) bildiren çalışmalar mevcuttur. Bu nedenle depresyonla ilişkili olumsuz tutumların özelliklerinin değerlendirilmesi, tedavi ekibinin sık rastlanan tutumlar, tutumların olası sonuçları

üzerinde durması tedavi yanıtı açısından önemli olabilmektedir. Bu çalışmada bahsedilen ölçeklerden RHİDÖ ve DKDÖ kullanılmıştır.

2.2 Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma

Psikiyatri alanında psikiyatrik hastalıkların kendisi başta olmak üzere birçok özellikle ilgili olumsuz önyargı ve inançlar mevcuttur. ‘Mental Illness’ (akıl hastalığı) damgası; tüm psikiyatrik hastaların tanı ve özelliklerindeki çeşitliliğin hesaba katılmaksızın aynı şekilde damgalanmasını ifade eder (Link ve ark. 1999). Psikiyatrik ilaçlarla ilişkili olarak etkili olmadıkları, bağımlılık yaptıkları, bırakılmadıkları gibi olumsuz inançlar klinik pratiğimizde sıkça karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatrik hastalıklarla ilgili olumsuz inançlarla ilişkili olsa da tedavi arayışıyla ilişkili damgalanma ayrı bir boyut olarak kabul edilmektedir (Tucker ve ark. 2013).

Yapılan çalışmalar farklı kültürlerde ruhsal bozukluklarla ilgili damgalayıcı tutumların hastalarla ilgili bazı temel varsayımlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (Rüsch ve ark. 2005). En yaygın olan varsayımlar; ruhsal bozukluğu olan hastaların korkulması, uzak durulması gereken kişiler oldukları, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin sorumsuz davranışları olabileceği ve kendi kararlarını verebilecek yetkinlikte olmadıkları ve merhamet ve sürekli bakım gereksiniminde oldukları şeklindedir. Ruhsal bozukluklarla ilgili tutumlar üzerine yapılan araştırmalar öncelikle şizofreni ve ağır ruhsal bozukluklarla ilgili yapılmış, yakın döneme kadar duygudurum bozuklukları ile ilgili çok çalışma yapılmamıştır (Kelly ve Jorm 2007). Ancak son yıllarda diğer psikiyatrik hastalıklar; özellikle duygudurum bozuklukları ve depresyona yönelik olumsuz inanç ve tutumları araştıran çalışmalar artmaktadır.

Türkiye’de ve dünyada en çok damgalanan psikiyatrik hastalıklardan biri şizofrenidir (Özmen ve ark. 2004; Crisp ve ark. 2000). Alkol ve madde kullanımı da ön sıralarda yer almaktadır (Crisp ve ark. 2000). Bipolar bozukluk, depresyon ve anksiyete bozuklukları için de hastalıkla ilişkili damgalanma deneyimleri bildirilmektedir (Brohan ve ark. 2010). Damgalanmanın ortaya konulmasıyla farklı toplumlarda olumsuz inanç ve tutumları azaltıcı kampanyalar ve psikoegitimin de dahil olduğu müdahaleler uygulanmaktadır Bunlara Avustralya’da depresyon ve anksiyete bozuklukları için “Beyondblue Initiative” ve Depresyona Karşı Avrupa İttifakı ve bünyesinde Özkıyım Önleme Programlarının ve Uygulamalarının

Optimizasyonu (Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe within European Alliance Against Depression) çalışmaları örnek olarak verilebilir. Çünkü ruhsal hastalıklarda damgalanmanın tedavi aramanın ketlenmesi, yani tedavi almama, daha kötü tedavi hizmeti alma, hastalık gidişinin daha olumsuz olması, daha ağır hastalık, daha fazla yeti yitimi, benlik saygısını azaltacak deneyimler yaşama, aktif sosyal kaçınma, işlevsellikte azalma ve sosyal işlevsellikte azalma gibi olumsuz sonuçları olduğu birçok araştırmacı tarafından belirlenmiştir.

2.3 Depresyon ve Damgalanma

2.3.1 Major Depresif Bozukluk

Majör depresyon, toplumun tüm kesimlerinde sık görülen, kronik seyir gösteren, yinelemelerle gidebilen, yetiyitimine yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Depresyonda belli bir süre boyunca (DSM'ye göre en az iki hafta) ilgi ve zevk alma kapasitesinde azalmayla beraber, psikomotor aktivitenin değişebildiği, dikkat, uyku ve iştah bozukluklarının eşlik ettiği, bunların yanında kişinin kendisini, dünyayı, yaşantıları ve geleceği olumsuz algıladığı, değersizlik ve suçluluk düşüncelerinin olduğu, özkıyım düşünceleri ve davranışlarının olabildiği bilinmektedir (DSM 5 2013; Beck 1979).

Amerikan Tıp Derneği tarafından yapılan epidemiyolojik çalışma olan Ulusal Eş Tanı Çalışması (NCS-R, *National Comorbidity Survey Replication*) sonuçları majör depresif bozuklukla ilgili yaşam boyu hastalanma riskinin %16.2 ve yıllık yaygınlığının %6.6 olduğunu göstermektedir (Kessler ve ark. 2003). Aynı çalışmada ortalama epizod süresi 16 hafta ve işlevsellikte bozulma %59.3 olarak bildirilmiştir. 2012 yılında yapılan Kanada Toplum Sağlığı Çalışması –Ruh Sağlığı'nda unipolar majör depresif epizodun yıllık yaygınlığı %3.9 ve yaşam boyu yaygınlığı %9.9 olarak saptanmıştır (Patten ve ark. 2015).

2011 yılında 10 gelişmiş, 8 az ve orta gelişmiş ülkenin dâhil olduğu çalışmaya göre; yaşam boyu majör depresif epizod yaygınlığı yüksek gelirli ülkelerde %14.6, düşük ve orta gelirli ülkelerde %11.1 olarak saptanmıştır. Yaşam boyu yaygınlığı en az görülen ülkeler (<%10) orta ve düşük gelirli ülkeler (Meksika, Çin, Hindistan, Güney Afrika), en yüksek (>%18) görülen ülkeler yüksek gelirli ülkelerdir (Fransa, Hollanda, Yeni Zelanda ve ABD) (Bromet ve ark. 2011).

Ülkemizde depresyon epidemiyolojisine yönelik yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde standart ölçeklerin kullanıldığı ilk çalışma olarak Güleç (1981)'in yaptığı çalışma dikkati çekmektedir. Bu araştırmada depresyon yaygınlığı %9.2, yaşam boyu yaygınlığı ise %23.6 bulunmuştur. Kılıç (1998)'ın yaptığı 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' araştırmasında depresyon ve anksiyete bozukluklarının en yaygın görülen ruhsal bozukluk olduğu ve depresif nöbet sıklığının %4 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada majör depresyon yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3 olarak bulunmuştur (Kılıç 1998). Daha yakın zamanda İzmir'de yapılan bir çalışmada major depresif bozukluk yaygınlığı %8.9 olarak saptanmıştır (Topuzoğlu ve ark. 2015). Ülkemizde kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığına ilişkin yapılan bir çalışmada depresyon sıklığı %9 olarak saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2013). Farklı çalışmalarda farklı yaygınlık oranları elde edilse de depresyonun en yaygın görülen ruhsal bozukluk olduğu görüşü, çoğu çalışmanın ortak sonucudur (Kaya ve Kaya 2007).

Depresyon, sık görülen bir ruhsal bozukluk olmasının yanı sıra yol açtığı yeti yitimi nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Depresyon hastalarında yaşam kalitesi birçok alanda bozulmaktadır ve depresyon şiddetlendikçe yaşam kalitesi daha da düşmektedir (Aydemir ve ark. 2009).

Aynı zamanda depresyon bedensel hastalıkların başlangıcı ve şiddet düzeyi için bir risk etkeni olarak görülmekte, bedensel hastalıkla ilişkili mortalite yüzdesini artırmakta, prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir (Katon ve ark. 2007; Pan ve ark. 2011; Kessler 2012). Depresif belirtilerin şiddetli olduğunda kardiyovasküler hastalıklar ve inmeyi de içeren tüm mortalite nedenleri için daha yüksek riskle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması'nda Ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra yüzde 19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir. Hastalık yükünün hesaplanmasında "Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılları'na (YLD) bakıldığında, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı psikiyatrik hastalıkların, bunlardan da unipolar depresyonun aldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2004).

Depresyonla ilişkili mortaliteye ek olarak işlevsel bozulma ve yetiyitimi bildirilmektedir. Depresyon iş yerinde üretkenliği azaltmakta ve düşük gelir ve işsizliğe yol açmaktadır. Tedavi maliyetleri, özkıyım ve işgücü kaybına bağlı

maliyetler depresyonun yol açtığı ekonomik yükte katkıda bulunmaktadır. Çalışmama ya da orada olduğu halde düşük işlevsellikle çalışmanın ABD’de yılda 36.6 milyar dolar kayba neden olduğu bildirilmiş, DSÖ 2030 yılında unipolar depresyonun önde gelen hastalık yükü olacağını belirlemiştir (Lepine ve Briley 2011). Uygun tedavi ile kısa sürede hastalık öncesi işlevsellik düzeyine ulaşılmasının tedavi maliyetlerini azaltarak mevcut ekonomik kaybın azalmasını sağlayabileceği düşünülmektedir (Tamam ve ark. 2012).

Dünya Sağlık Örgütü dünya çapında yaklaşık 350 milyon kişinin depresyondan etkilendiğini, etkilenen insanların okul, iş ve aile içi işlevselliğinin bozulduğunu ve özkıymıla sonuçlanabildiğini ve dünyada 15-29 yaş arası ölümlerin ikinci nedeninin özkıymı olduğunu, her yıl 800 bin kişinin özkıymı sonucu öldüğünü bildirmektedir (DSÖ 2016). Etkili tedavileri olduğu bilinmesine karşın depresyondan etkilenen insanların yarısından azı (bazı ülkelerde %10’dan azı) tedavi almaktadır. Etkili tedavi almanın önünde kaynak yetersizliği, yetişmiş sağlık hizmeti personelinin yetersizliği, uygun olmayan değerlendirmenin yanında ruhsal hastalıklarla ilgili sosyal damgalanma önemli bir engel olarak yer almaktadır (DSÖ 2016).

Yüksek yaygınlığı, birey ve toplum üzerine olumsuz etkilerinin boyutu düşünüldüğünde depresyonun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmekte ve tedavi ile bu etkilerin geri döndürülebilir olduğu hesaba katıldığında tedaviye ulaşımın önündeki engellerin aşılmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

2.3.2 Depresyonda Damgalanma

2.3.2.1 Depresyonda Damgalanma Türleri ve Sıklığı

Toplumda tıpkı psikiyatrinin kendisine ve diğer psikiyatrik hastalıklara karşı olduğu gibi depresyona karşı da önyargılar ve olumsuz tutumlar mevcuttur. Bunlar arasında depresyonun bir zayıflık olduğu, hastalık olmadığı, depresyondaki kişilerin saldırgan olabileceği, psikososyal sorunlardan kaynaklandığı ve insanların sorunları tek başına başa çıkmaları gerektiği inançları örnek olarak sayılabilir.

Dört Avrupa ülkesinde depresyon ve tedavilerine yönelik tutumların araştırıldığı bir toplum çalışmasında depresyona karşı orta düzeyde damgalama (toplumun yaklaşık üçte biri) olduğu saptanmıştır. Algılanan damgalanma ve kişisel damgalanmanın birbiriyle ilişkili olmasının yanı sıra, algılanan damgalanmanın (toplumun yaklaşık yarısı) kişisel damgalamadan hafifçe yüksek olduğu görülmüş.

Oranların ülkeler arasında anlamlı biçimde farklı olduğu dikkati çekmiştir (Coppens ve ark. 2013).

Brohan ve arkadaşlarının (2011) on üç Avrupa ülkesinden 1182 bipolar afektif bozukluk ve major depresif bozukluk hastasıyla yaptıkları (e-mail anketi) çalışmada hastaların %21’inde orta ya da yüksek düzeyde kendini damgalama (self-stigma), %71.6’inde orta-yüksek düzeyde algılanan ayrımcılık olduğu saptanmış; depresyon hastalarında kendini damgalamanın bipolar bozukluktan daha fazla olduğu görülmüştür.

Depresyonu olan bireylerin beklenenin aksine toplumun diğer bireyleri gibi “sorunlarından kendilerinin sorumlu olduğu” gibi kalıpyargıları taşıdıkları ve kendilerini damgaladıkları görülmüştür (Aromaa ve ark. 2011).

Depresyon nedeniyle tedavi alan hastaların hiç depresyon geçirmemiş kişilere kıyasla depresyonun bir beyin hastalığı olduğu fikrine daha fazla katıldıkları, buna karşın daha fazla algılanan damgalanma hissettikleri ve damgalanmanın depresyon şiddeti ve halen tedavide olmayla ilişkili olduğu bulunmuştur. Burada algılanan damgalanmanın gerçek bir gösterge olmadığı, depresyonda görülen değersizlik, suçluluk düşünceleri gibi bilişsel çarpıtmalarla ilişkili olabileceği sorusu akla gelebilir. Sözü edilen çalışmada algılanan damgalanmanın en fazla psikomotor aktivite değişiklikleriyle ilişkili olduğu, değersizlik düşünceleriyle de anlamlı ilişkinin halen olduğu ancak anlamlılık düzeyinin düştüğü görülmüştür. Yazarlar tarafından bu bulgu algılanan damgalanmanın depresyondaki bilişsel çarpıtmalarla değil, depresyonun şiddeti arttıkça daha fazla damgalayıcı olaylar yaşanmasıyla ilişkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Pyne ve ark. 2004).

Depresyon nedeniyle tedavi alan hastaların hiç depresyon geçirmemiş kişilere kıyasla depresyonun bir beyin hastalığı olduğu fikrine daha fazla katılmalarına rağmen bunun algılanan damgalanmayı azaltmaması, depresyonla ilgili bilgili olmanın damgalanmayı tek başına azaltmadığını göstermesi açısından da önemlidir (Pyne ve ark. 2004).

2.3.2.2 Depresyonda Damgalanma ile İlişkili Faktörler

Depresyonda damgalanma ile çeşitli sosyodemografik etkenlerin ilişkisine dair pek çok çalışma yapılmıştır. Farklı ülkeler ve kültürlerde yapılan çalışmalarda

depresyonda damgalanmayla ilişkili olabileceği düşünülen yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kişide ve ailede depresyon öyküsü, etnik köken, kültürel yapı gibi farklı faktörler incelenmiştir. Bu çalışmalara kısaca göz atılacaktır.

Brohan ve arkadaşlarının bipolar ve unipolar depresyon hastalarında yaptıkları çalışmada kendini damgalama ile algılanan ayrımcılık, sosyal ilişki, üniversite eğitimi, çalışma durumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Kendini damgalama, damgalanmaya direnç, algılanan ayrımcılık boyutlarının ülkeler arasında farklı olduğu görülmüştür. (Brohan ve ark. 2011).

Erkeklerde kişisel damgalamanın daha fazla, profesyonel yardım aramayla ilgili olumlu tutumların daha az olduğu, yaşlılarda damgalamanın daha fazla, profesyonel yardıma verilen değer daha az olduğu saptanmış; eğitim düzeyi arttıkça damgalamanın azaldığı, profesyonel yardım aramayla ilgili olumlu tutumların arttığı görülmüştür. (Coppens ve ark. 2013).

Griffiths ve arkadaşları (2008) depresyon ile ilişkili damgalamanın yordayıcılarını araştırdıkları geniş kapsamlı; genel toplum, yerel toplum ve henüz tedavi almayan depresif belirti bildiren kişilerde yaptıkları çalışmada; algılanan damgalanmanın devam eden psikolojik zorlanma ile ilişkili olduğunu, kişisel damgalanmanın erkek cinsiyetten olma, düşük eğitim düzeyi, göçmenlik, devam eden psikolojik zorlanma, depresyonda damgalama azaltıcı kampanyalardan haberdar olmamama ile ilişkili olduğunu, daha önce depresyonla karşı karşıya gelmeyenlerde, depresyonla ilgili bilgi düzeyi düşük olanlarda algılanan damgalanmanın daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada kişisel damgalamanın aksine algılanan damgalamanın yaşlı bireylerde daha düşük ve yakınlarında depresyon olan kişilerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hem algılanan hem de kişisel damgalamanın kişinin kendisinde depresyon öyküsü olduğunda daha az olduğu saptanmıştır. Griffiths ve arkadaşları 2011'de diğer çalışmalarında da benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Latalova ve arkadaşları (2014) yatmakta olan nevrotik hastalarda yaptıkları çalışmada ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin damgalanmaya direnç dışındaki tüm alt ölçeklerinin puanlarının Beck Depresyon Ölçeği puanları ile korele olduğunu, özkıyım eğiliminin damgalanma ile korele olduğunu saptamışlar.

Başka bir özellik nedeniyle damgalanmaya maruz kalmanın (ırk, etnisite gibi) damgalanmayı artırdığı (Jimenez ve ark. 2013) gözlenmiştir. Benzer bir çifte damgalanmaya yaşlı bireylerin de maruz kaldığı öne sürülmüştür.

2.3.2.3 Yaşlı Bireylerde Depresyon ve Damgalanma

Yaşlı bireylerde depresyon; yaygınlığı, risk faktörleri, etiyolojisi, semptomatolojisi, özkıyım oranları, prognoz ve tedavi sonuçları açısından genç bireylerden farklıdır. 65 yaş üstü bireylerde depresyon yaygınlığının %9.8 olduğu, kurumlarda yaşayan yaşlı bireylerde % 42'e varan oranlara ulaşabildiği bildirilmiştir. Çoğu araştırmaya göre semptomatolojide; bilişsel-afektif belirtilerin daha az ifade edilmesi, psikosomatik yakınmaların fazla olması, kliniğin 'depresyon-yürütücü fonksiyon bozukluğu sendromu' şeklinde görülmesi gibi farklar vardır. Yaşlı ve genç bireyler depresyona yol açabilecek risk faktörleri açısından da farklıdır; eşlik eden hastalıklar, sosyal durum, kayıplar, yetiyitimi olan eş ya da ebeveyne bakım verme, sosyal destek azlığı, sosyoekonomik durum gibi etkenler ileri yaş depresyonlarıyla ilişkili risk faktörleridir. Yaşlı bireylerde özkıyım riskinin daha fazla olduğunu bildiren ve tedavi uyumu açısından fark olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Stein-Scvachmann ve ark. 2013).

Turvey ve arkadaşları (2012) ABD, Rusya ve Kore'de, 60-90 yaş arası bireylerde; damgalanmayı değerlendirmek için; depresyonun hastalık olduğu, kişilik zayıflığı olduğu, yaşlanmaya normal yanıt olduğu konularında sorular sorarak yaptıkları araştırmada; tüm konularda üç ülke arasında anlamlı farklar saptamışlar ve depresyonla ilgili inançları etkileyen yaş, eğitim gibi sosyodemografik faktörler açısından da farklı sonuçlar elde etmişlerdir. De Mendonça Lima ve arkadaşları (2003) psikiyatrik hastalığı olan yaşlı bireylerin "çifte damgalanma"ya maruz kaldıklarını öne sürmüştür. Sirey ve arkadaşlarının çalışması (2010) yalnız 65 yaş üstü hastalarda algılanan damgalanmanın tedaviye devam etmemeye ilgili olduğunu göstermektedir (Sirey ve ark. 2010). Öteki taraftan Werner ve arkadaşları (2009) 55 yaş üstü (ortalama 74 yaş) depresyonu olan hastalarda yaptıkları çalışmada, kendini damgalamanın %10-20 arasında olduğunu, bunun daha önce genç depresyon hastalarıyla yapılan çalışmaların sonuçlarından daha düşük oranda olduğunu saptamışlardır, bu sonuç çifte damgalanma hipoteziyle uyumsuz bulunmuştur. Bu çalışmada damgalanma

bildirenlerin daha genç yaşta olduğu, daha düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip olduğu, depresyon ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ve daha düşük benlik saygısına sahip oldukları görülmüştür (Werner ve ark. 2009).

Stein-Scvachmann ve arkadaşlarının (2013) gözden geçirme çalışmasında yaşlı bireylerde depresyon tedavisine uyum açısından çelişkili sonuçlar olduğu görülmüştür. Tedavi uyumsuzluğunun; hastanın inançlar ve tutumlarından da etkilenebildiği ortaya konulmuştur. Bu inanç ve tutumlar hastalıkla ilgili (hastalığın şiddeti, kontrol edilebileceği inancı, hastalık ile ilgili bilgi ve farkındalık (“depresyon yaşlanmanın doğal bir sonucudur”)) ya da tedaviyle ilgili (ilaç tedavisinin gerekliliği, zararlı olduğu inancı) olabilir (Stein-Scvachmann ve ark. 2013).

2.4 Damgalanma ve Tedavi Başvurusu

Depresyon, depresyonla ilişkili damgalanma, depresyona ve tedavilerine yönelik inanç ve tutumlar ve bunların birbiriyle ilişkileri birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Bireyler ruh sağlığı hizmeti almak için başvurduklarında, ‘psikiyatri hastası’ olarak damgalanacaklarını düşünmekte, bu nedenle damgalanmanın negatif sonuçlarından kaçınmak için psikiyatri kliniğine başvurmakta çekingen davranabilmektedirler. Psikotik olmayan, ancak yardım ihtiyacı hisseden hastalar tedaviye başvurmamalarının nedenlerini problemlerini kendi başlarına çözüme isteği ve kendiliğinden geçmesini ummaları olarak ifade etmektedirler (Aromaa ve ark. 2011).

Depresyonda damgalayıcı tutumların tedavi aramayı azalttığıyla ilgili literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur; tedavi arayışı ile damgalanma arasında ilişki bulan ve bulmayan sonuçlar bildirilmektedir. Bunun olası açıklamalarından biri damgalanma kavramının karmaşık olması, bazı boyutlarının olası tedavi aramayla ilişkili olup bazılarının olmaması şeklinde açıklanmaktadır. Diğer bir açıklama farklı örneklerle çalışılmış olmasıdır (klinik örneklem veya toplum gibi). Yukarıda bahsedildiği gibi ruh sağlığıyla ilişkili damgalanma algılanan (public) sosyal damgalanma (kişinin toplumun ruhsal hastalıkları damgaladığına inanması), kişisel damgalanma (kişinin kendisinin ruhsal hastalıkları damgalaması), ve içselleştirilmiş damgalanma (kendini damgalama; kişinin kendi ruhsal hastalığına bakışı) olarak ayrılabilir. Özellikle algılanan damgalanma ve kendini damgalamanın yardım aramayla ilişkili olabileceği, tedaviye başvuruyu ve tedaviye uyumu etkileyebileceği bildirilmektedir (Corrigan 2004, Vogel ve ark. 2007).

Tucker ve arkadaşları (2013) psikiyatrik hastalıklarla ilişkili kendini damgalama ve tedavi aramaya ilişkili kendini damgalama süreçlerinin (toplumdaki damgalayıcı tutumların farkında olunması, onaylanması ve kendine uygulanması) birbirinden bağımsız işleyen süreçler olduğunu ortaya koymuştur.

Aromaa ve arkadaşlarının çalışmasında depresyonu olan bireylerin, beklenenin aksine, toplumun diğer bireyleri gibi “sorunlarından kendilerinin sorumlu olduğu” gibi kalıpyargıları taşıdıkları görülürken, kendilerini damgalamalarının tedavi arama üzerine etkisi görülmemiş. Depresyonu olan kişilere karşı sosyal mesafe isteği az olanların tedavi arama oranları daha yüksek saptanmıştır (Aromaa ve ark. 2011).

Aromaa ve arkadaşları (2011) psikiyatri hizmeti kullanan depresif bireylerin topluma kıyasla, psikiyatrik hastalığı olanlara karşı daha az sosyal mesafe isteği taşıdıkları ve ilaçların etkilerine daha olumlu bakışları olduğunu ortaya koymuşlardır.

Coppens ve arkadaşları çalışmalarında kişisel damgalama ile tedaviye yönelik tutumlar, tedaviye açıklık arasında negatif ilişki saptanmış olmasına karşın yine de insanların çoğunun (yaklaşık %70'i) profesyonel yardıma açık olduklarını bildirmiştir. Aynı ilişkinin algılanan damgalanmayla saptanmamış olması tedavi aramanın önündeki engelin kişisel damgalama olduğunu düşündürmektedir (Coppens ve ark. 2013).

Griffiths ve arkadaşlarının (2011) 2000 kişide, damgalayıcı tutumların ‘depresyonla tek başına, dış yardım almaksızın, baş etmenin uygun olduğu’ inancıyla ve, kişisel ve algılanan damgalanmayla ilişkisini araştırdıkları çalışmada; kişisel damgalanma ile ‘tek başına başa çıkmayı uygun bulma’ inancı arasında ilişki bulunmuştur. Kişisel damgalamanın depresyonla yardım almaksızın başa çıkma ve özkıyım düşüncelerini yordadığı, ileri yaşta ve erkek olanlarda bunun daha fazla olduğu görülmüştür. Özkıyım düşüncelerinin özkıyım davranışı için risk faktörü olduğu ve ileri yaş erkeklerde özkıyım riskinin artmış olduğu (Hawton ve van Heeringen 2009) hesaba katılırsa özellikle bu grupta damgalanma ve yardım aramaya ilgili tutumların önemi ortaya çıkmaktadır.

Bir gözden geçirmede diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi depresyon tedavileri arasında da psikososyal müdahalelerin daha kabul edilir bulunduğu, ilaç tedavilerine karşı olumsuz tutumların yaygın olduğu görülmüştür (Angermeyer ve Dietrich 2006).

Van Voorhees ve arkadaşları (2003); birinci basamaktan tedavi alan hastalarda psikiyatri kliniğinden tedavi alan hastalara kıyasla; tedavinin gerekli olduğunu düşünmeme ve kanıta dayalı tedavi seçeneklerine karşı olumsuz tutumlarının daha yaygın olduğunu saptamışlardır.

Toplum örnekleminde yapılmış olan çalışmada antidepresanlarla ilgili tutumların depresyon için sağlık hizmeti alanlar ve almayanlar arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu farklılığın yan etkiler hakkında bilgi ya da inançlarla ilişkili olduğu, ancak bağımlılık yapması endişesinden daha fazlasıyla ilişkili olabileceği görülmüş ve “kendini yönetme” (self management) ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Antidepresanlarla ilgili tutumlar özellikle birinci basamak düzeyinde önemlidir çünkü psikoterapi çoğu zaman ulaşılabilir değildir (Aromaa ve ark. 2011).

Horne tarafından “tedavi yanıtının gizli belirleyicileri” olarak adlandırılan tedaviye yönelik inançlar en azından antidepresanlar için tedavi uyumunun en büyük, bazı çalışmalara göre tek yordayıcısı olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyon hastaları arasında tedaviyle ilgili inançları araştıran çalışmalarında Aikens ve arkadaşları, daha önce antidepresan tedavi kullanmayanların, belirtileri rastgele nedenlere atfedenlerin, depresyonla ilgili bilgi düzeyi düşük olanların antidepresan tedavilerin zararlı olduğunu düşündüğünü; ileri yaşta olanların, hastalık belirtileri daha ciddi olanların, beklenen belirti süresi daha uzun olanların ve depresyonu kimyasal dengesizlikle ilişkilendirenlerin antidepresan tedavilere daha olumlu baktığını bildirmişlerdir (Aikens ve ark. 2008). Aikens ve Klinkman (2012) antidepresan tedavi süresince hastaların tutumlarında gözlenen değişiklikleri inceledikleri çalışmalarında, algılanan tedavi ihtiyacının, tedavi uyumu ve tedavi sonlanımı için belirleyici olduğunu saptamıştır.

Majör depresyon ve bipolar afektif bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, duygudurum bozuklukları ve tedavileriyle ilgili bilgi eksikliğinin, tedavi uyumuna olumsuz etkisi nedeniyle, prognozu kötü yönde etkilediği belirtilmektedir (Kessing ve ark. 2005).

Depresyonun tanımı, sorunun büyüklüğü, depreşme riski, etiyolojisi, görünümü, biyolojik ve psikolojik tedavilerle ilgili bilgi düzeyinin azalmasıyla tedavi uyumunun bozulduğu, bilgi düzeyi arttıkça tedavi uyumunun daha iyi olduğu;

algılanan damgalanma düzeyindeki artışın iyi hissettiğinde tedaviyi bırakmayla ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Gabriel ve Violato 2010b).

2.5 Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Ülkemizde Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi (PAREM) tarafından “Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması” projesi (RUTUP) bünyesinde yapılan bir dizi çalışmada; İstanbul’da kent (N:707 kişi) örnekleme (Özmen ve ark. 2003), pratisyen hekimler (Sağduyu ve ark. 2008), kırsal kesim örnekleme (Taşkın ve ark. 2006) ve psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastalar (Taşkın ve ark. 2009) arasında depresyon ve tedavilerine yönelik tutum ve inançlar araştırılmıştır.

İstanbul örnekleminde örneklemin yaklaşık üçte birinin depresyonu bir hastalık olarak görmediği, psikososyal sorun olarak algıladıkları, ruhsal zayıflık hali ve aşırı üzüntü hali olarak değerlendirdikleri, depresyonu olan kişilere karşı ayrımcı ve etiketleyici yaklaşımın yaygın olduğu; yakın ilişki gerektiren sosyal ilişkilerde reddedici tutumun daha belirginleştiği görülmüştür. Örneklemin yarısından biraz fazlasının depresyon için doktora başvurmak gerektiğini düşündüğü, depresyonun iyileşmesinde sosyal koşullar ve kendisiyle ilgili etmenlerin (güçlü olmak) önemli olduğu kanaatinin yaygın olduğu, aynı şekilde depresyonun ‘ilaçla tedavi edilebilir’ inancının yaygın olduğu gözlenmiş, ancak ilaçlarla ilgili yanlış bilgilerin de yaygın olduğu dikkati çekmiştir. Depresyon ve tedavilerine yönelik tutumların; yaş (>55), eğitim, cinsiyet, öz/soy geçmişinde psikiyatrik hastalık olmasından etkilendiği bildirilmiştir.

Kırsal kesim örneklemindeyse depresyonu bir akıl hastalığı olarak görme ve paralel olarak depresyonu olan bireylerin saldırgan olabilecekleri yönünde damgalayıcı tutumlar ve reddedici tutumların daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Depresyona yönelik toplum örneklemine kıyasla daha bilgili olan pratisyen hekimlerin depresif bireylere karşı daha az sosyal mesafe isteği olduğu, tutumların daha olumlu olduğu ancak; hastalığın etiyolojisi, tıp dışı tedavi yöntemleri ve ilaç bağımlılık riskleri açısından doğru olmayan bilgi ve inançların yine de yüksek sayılabilecek oranlarda olduğu gözlenmiştir.

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyon ve depresyon tedavisi konusunda genel halka göre daha doğru bilgilere sahip olduğu, hastaların depresyonu

olan hastalara yönelik yaklaşımlarının genel halktan daha olumlu ve daha hoşgörülü olduğu görülmüşken, depresif nöbet içindeki hastaların, depresyonu olan hastalara karşı daha olumsuz ve ayrımcı tutumlara, daha fazla sosyal mesafe isteğine sahip oldukları dikkati çekmiştir. Hastaların çoğu genel toplum ve pratisyen hekimler gibi depresyonun sosyal sorunlar ile ilişkili olduğuna inanmaktadır. Depresyon tanısı ile izlenen hastaların, diğer tanılarla izlenen psikiyatri hastalarına göre depresyonu olan hastalara karşı daha olumsuz ve ayrımcı bir tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Çalışma sonuçları psikiyatri polikliniğine başvuran tüm hastaların sağlıklı bireylere göre daha olumlu bir tutum içerisinde olduklarını vurgulamıştır.

Ülkemizde psikiyatri kliniğine başvuranlarda yapılan başka bir çalışmada şizofreni hastalarının kendini ve başkalarını damgalayıcı tutumlarının depresyon hastalarından yüksek olduğu, depresyon hastalarının başkalarını ve kendini damgalayıcı tutumlarının klinik durumun şiddeti ile, kendini damgalamanın eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Yıldız ve ark. 2012).

Depresyon ve tedavilerine yönelik tutumların da incelendiği Dr. Öznur Özcan'ın (2013) tez çalışmasında Depresyon ve Tedavilerine Yönelik Tutum Ölçeğinin (DTYÖ) 'Damgalanma' puanları; intihar girişimi olan, anksiyete puanları yüksek olanlarda yüksek, ailede depresyon/ intihar girişimi öyküsü olanlarda düşük saptanmıştır. 'İlaç tedavisiyle ilgili olumsuz tutum' puanları; ailede intihar girişimi öyküsü olan ve *ileri yaştaki hastalarda düşük*; antidepressan kullanım öyküsü olmayan ve anksiyete puanları yüksek olan hastalarda yüksek saptanmıştır. 'Tedaviyi kabullenme ve yardım arayışı' puanları; ileri yaş, erken yanıt gözlenen, ileri yaşta tanı konulan, intihar girişimi öyküsü olanlarda *düşük*, HAM-D ölçek puanları yüksek olan ve ağır şiddette depresyonu olan hastalarda ise yüksek saptanmıştır. Bu bulgular Pyne ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında algılanan damgalanmanın depresyon tedavisi alanlarda daha fazla olduğu, algılanan damgalanmayı depresyonun şiddeti (en yüksek) ve halen tanı kriterlerini karşılıyor olmanın yordadığının gösterildiği çalışma ile uyumlu bulunmuştur.

Özet olarak; depresyonun kendini damgalama ve algılanan damgalanmayla ilişkili olduğu, depresyondaki damgalanmanın; sonuçlar çelişkili olmakla ve bölgesel kültürel değişkenlerden etkilenmekle beraber; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kişinin yaşadığı yer gibi sosyodemografik faktörlerden etkilendiği, depresyonu hastalık olarak

görme, depresyon ve tedavileriyle ilgili bilgi düzeyi, depresyon geçirmiş olma, halen depresyonda olma ve depresyon şiddeti ile ilişkili olduğu, depresyon ve tedavileri ile ilgili damgalayıcı tutumların da tedaviye başvuruyu ve tedavi almayı olumsuz etkilemekte olduğu söylenebilir.

Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı; psikiyatri polikliniğine başvuran, 18 ve üstü yaşta olan, depresyon tanısı konulmuş olan hastalarda damgalanmanın ve depresyona karşı tutumların sosyodemografik klinik faktörlerle, birbirleriyle, depresyon belirtilerinin varlığı ve şiddetiyle ilişkisini ve tedaviye yönelik tutumlar ve tedavi uyumuyla ilişkisini belirlemek ve 65 yaş üstü hastaların genç bireylerle karşılaştırıldığında depresyona karşı tutumlarının farklı olup olmadığını, incelemektir.

2.6 Araştırmanın Amacı ve Hipotezi

2.6.1 Araştırmanın Amacı

Depresyon hastalarında tedaviye başvuru ve önerilen medikal tedavilerin kullanılması depresyon ve tedavilere yönelik tutumlardan etkilenmektedir, birçok araştırmaya göre tedavi başvurusunun ve tedaviyi kullanımının önündeki önemli bir engel depresyon ve tedavileriyle ilişkili olumsuz tutum ve inançları ifade eden damgalanmadır. Damgalanmanın hızlı ve geçerli bir araçla taranması, kliniğe başvuran hastalarda olumsuz tutumların ve damgalanmanın saptanması, hızlı ve kısa bir müdahale ile damgalanma üzerinde konuşulmasını ve bu olumsuz tutumların azaltılmasını, sonuçta tedaviye uyumun artmasını sağlayabilir.

Bu çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran, 18 ve üstü yaşta olan, depresyon tanısı konulmuş olan hastalarda depresyon ve tedavilerine yönelik tutumların ve hastaların kendini damgalama düzeylerinin araştırılması; depresyona ve tedavilerine karşı tutumların sosyodemografik faktörlerle, depresyon belirtilerinin varlığı ve şiddetinin yanısıra geçmiş depresyon ve tedavi öyküsünün varlığı, ailede depresyon varlığı gibi diğer klinik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi; 65 yaş üstü hastaların depresyona karşı tutumlar ve damgalanma düzeyleri açısından genç bireylerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ek olarak depresyonda kendini damgalamanın araştırılabilmesi için Barney ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği'nin (Self Stigma of Depression Scale) Türkçeye çevrilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

2.6.2 Araştırmanın Hipotezleri

1. Depresyona yönelik damgalanma yaşla ilişkili olarak değişmektedir ve yaşlı bireylerde depresyona karşı olumsuz tutumlar genç bireylerden farklıdır.
2. Depresyon ve tedavilerine yönelik tutum özellikleri, hastaların özgeçmiş, soygeçmiş bilgileri ve sosyodemografik klinik özellikleri ile ilişkilidir.
3. Depresyonla ilgili olumsuz tutumlar tedaviye karşı tutumları etkilemektedir.
4. Depresyonla ilgili olumsuz tutumlar tedaviye uyumu etkilemektedir.
5. DKDÖ depresyona karşı kendini damgalamayı ölçen bir ölçektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Örneklemi

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği ve Geriatri Polikliniğinde yürütülmüştür. Temmuz 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında Psikiyatri Polikliniğine ayaktan başvuran, majör depresyon tanısı konulan ve majör depresyon tanısıyla takipli olan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenler, bilgilendirilmiş onamları alınarak çalışma ölçütleri doğrultusunda kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Hastalara klinik durumlarının gerektirdiği tedaviler önerilmiştir. Ayrıca 1-31 Aralık 2015 tarihleri arasında Geriatri Kliniğinde başka tıbbi nedenlerle başvurmuş olan, doktorları tarafından yönlendirilen depresyon tanısı olmayan 65 yaş üstü hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenler; verilerinin DKDÖ geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde kullanılması amacıyla araştırmaya alınmıştır.

3.1.1 Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Hasta Grubu için:

- 18 yaş üstü olmak
- DSM-IV major depresyon tanı ölçütlerini karşılamak
- Bilgilendirilmiş olur vermek
- İlkokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olmak
- SMMT puanı ≥ 24 olmak

Kontrol Grubu için:

- 65 yaş üstü olmak
- Görüşme döneminde DSM-IV major depresyon tanı kriterlerini karşılamamak
- Bilgilendirilmiş olur vermek
- İlkokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olmak
- SMMT puanı ≥ 24 olmak

3.1.2 Araştırmanın Dışında Bırakma Ölçütleri

- DSM-IV'e göre halen ya da geçmişte şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, organik psikoz, demans ve zeka geriliği tanısı konulmuş olması,
- Görüşmeyi sürdürmesine engel olacak aktif psikiyatrik hastalık belirtileri; aktif dönemde psikotik depresyon belirtilerinin bulunması

- Görüşmeyi sürdürmesine engel olacak/yaşamı tehdit eden hastalık; afazi, dizartri, koopere olmasına engel olacak ağrı vb... olması
- SMMT <24 olması
- Çalışmaya katılmayı istememesi

3.1.3 Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri

Hastanın görüşmeyi ya da uygulanan testleri doldurmaya devam etmek istememesi, çalışmadan ayrılmak istemesi.

3.2 Araştırmanın Deseni

Çalışmaya katılmak üzere bilgilendirilmiş olurları alınan hastalar çalışmaya alınma ve dışlanma ölçütleri açısından değerlendirilmiştir. Öncelikle araştırmaya katılan tüm hastalarla, araştırmacı tarafından DSM-IV'e göre Eksen I ruhsal bozukluk tanıları açısından değerlendirilmek üzere yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) uygulanmıştır. Majör depresyon tanısı doğrulanarak, araştırmaya alınmamayı gerektirecek tanıların geçmişte veya halen konulup konulmadığı değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınma ölçütlerine uygun hastalar çoğunlukla aynı gün içinde, bazı hastalar ise uygun bir tarih için randevu verilerek değerlendirilmiştir.

Birinci aşamada Psikiyatri polikliniğine başvuran 18 ve üstü yaşta olan depresyon tanılı bireyler ardışık olarak çalışmaya alınmış; klinik ve sosyodemografik özelliklere yönelik bilgi formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Demografik bilgiler, depresyon tanısıyla ilgili ayrıntılı öykü, daha önceki depresyon epizodları, tedavileri, hastaların özgeçmiş, soygeçmiş bilgileri, tanıdıkları depresyon tanısı almış birey olup olmadığı gibi bilgiler, sosyodemografik bilgi formuna kaydedilmiştir. Çalışmayı tamamlamasına engel olacak bilişsel bozukluk varlığını taramak amacıyla katılımcılar Standardize Mini Mental Test (SMMT) ile değerlendirilmiş, bu ölçekten 23 puan ve altında alanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Hastaların halen mevcut olan depresyon nöbetinin klinik özelliklerini ve şiddetini saptamak amacıyla bir öz-bildirim ölçeği olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) tüm hastalara uygulanmıştır. Damgalanmayı ve depresyona yönelik tutumları araştırmak için tüm katılımcılara 'Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği' (RHİDÖ), 'Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği' (DKDÖ), Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması Projesi (RUTUP)'nde kullanılan anket formunun depresyon ile ilgili

bölümü ve halen ilaç tedavisi almakta olan hastalara tedaviye uyumu değerlendirmek için ‘Antidepresan Tedaviye Uyum Ölçeği’ uygulanmıştır.

İkinci aşamada geriatri polikliniğine depresyon dışı nedenlerle başvuran hastalara depresyonun dışlanması amacıyla SCID-I, bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla SMMT ek olarak RUTUP’da kullanılan anket formunun depresyon bölümü, BDE, DKDÖ uygulanmıştır. Bu hastaların verileri de DKDÖ geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde kullanılmıştır. Aynı zamanda bu hastaların verileri depresyonu olan ve olmayan yaşlı grupları damgalanma açısından karşılaştıran çalışma için kullanılmıştır. Ancak sonuçları bu tez kapsamında sunulmamıştır.

3.3 Araştırmada Kullanılacak Ölçekler ve Diğer Değerlendirme Araçları

3.3.1 DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID I)

DSM-IV’e göre birinci ekseninde yer alan psikiyatrik bozuklukların tanısını belirlemek amacıyla geliştirilmiş yapılandırılmış bir görüşmedir (First ve ark. 1996). Türkçe uyarlaması yapılmıştır (Özkürkçügil ve ark. 1999). Depresyon tanısının doğrulanması ve çalışmadan dışlanma ölçütleri arasında sıralanan eşlik eden birinci eksen ruhsal bozuklukların saptanması amacıyla kullanılmıştır. Yapılandırılmış klinik görüşme araştırmacı (G.Z.K.) tarafından uygulanmıştır.

3.3.2 Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formu (EK 1) ile hastanın sosyodemografik özellikleri ve şimdiki depresyon döneminin süresi, varsa daha önce bu nöbet için görmüş olduğu tedavilerle ilgili bilgiler, geçmişte depresyon dönemi öyküsü ve özellikleri, özkiyim girişimi öyküsü, tedavi görmesini gerektiren bedensel hastalık öyküsü, bedensel hastalıklarına yönelik kullanmakta olduğu ek tedavilerle ilgili bilgiler, soygeçmişinde başta depresyon olmak üzere ruhsal bozukluk öyküsü ve özkiyim öyküsü gibi klinikle ilgili bilgiler kaydedilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin ayrıntılı ve sistematik şekilde kaydedilmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.3.3 Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Standize Mini Mental Test (SMMT) ilk kez Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından geliştirilen görüşmeciler tarafından uygulanan bir tarama testidir (EK-2). Test,

standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif biçimde değerlendirebilmek amacıyla kullanılan testlerin çok fazla soru içermeleri ve uygulamada 30 dakikadan daha fazla zaman almalarından dolayı, kısa süren bir bilişsel değerlendirme aracı olarak üretilmiştir. Klinik sendromların ayrılması açısından sınırlı bir özgüllüğe sahip olmakla birlikte, global olarak bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilir, kısa, kullanışlı ve standardize bir metottur. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış onbir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır. Çalışmada 0.91 duyarlık, 0.95 özgüllük düzeyiyle 23/24 puan hafif demansın normalden ayırımında en uygun eşik değer olarak saptanmıştır. Çalışmamıza SMMT'den 23 ve altı puan alanlar dahil edilmemiştir.

3.3.4 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Katılımcıların güncel depresif belirti şiddetinin ölçülmesi amacıyla BDÖ kullanılmıştır (EK-3). Erişkin yaş grubunda depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşur. Her madde azdan çoğa doğru giden 4 maddelik kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. 0-3 arası puanlanır. Toplam puan 0-63 arası değişmektedir. Kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin puan ortalamaları cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyinden etkilenmemektedir.

3.3.5 PAREM (Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi) RUTUP (Ruhsal Hastalıklarla İlgili Halkın Tutumlarının Araştırılması Projesi) Anketi-Depresyon Bölümü

Katılımcıların depresyona ve tedavilerine yönelik tutumlarının araştırılması amacıyla; Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Derneği (PAREM) tarafından planlanarak yürütülen “Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması” (RUTUP) projesinde kullanılmış olan ve PAREM araştırmacıları tarafından geliştirilen 5 ayrı bölüm ve 142 sorudan oluşan bir anket formunun (demografik bilgiler ve sağlık bilgileri ile ilgili 18, depresyon ile ilgili 32, şizofreni ile ilgili 32,

deprem sonrası ruhsal durum ile ilgili 31 ve sigara-madde alışkanlıkları ile ilgili 29 soru) depresyonla ilgili bölümü kullanılmıştır (Özmen ve ark. 2003) (EK-4). Anket formunun çalışmamızda kullanılan depresyon kısmı iki ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde DSM-IV’de (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanımlandığı şekliyle major depresyonda görülen belirtilerin tanımlandığı bir olgu örneği verilerek, çalışmaya katılan kişilerin bu vaka ile ilgili 6 soruyu yanıtlamaları istenmiştir. İkinci bölümde ise verilen vaka örneğinin depresyon için bir örnek olduğu da söylenerek 26 soru ile doğrudan depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar araştırılmıştır. Birinci bölümdeki 4, ikinci bölümdeki 24 soruda maddeler ile ilgili yanıtlar derecelendirilmiş (katılıyorum, kısmen katılıyorum, pek katılmıyorum, katılmıyorum, fikrim yok) ve birinci bölümdeki 2, ikinci bölümdeki 2 soruda ise yanıtlar çeşitli önermeler biçiminde düzenlenmiştir. Orijinal çalışmalarda ikinci bölümde bulunan 26 sorudan 8’i yalnız “depresyon bir hastalıktır” sorusuna “katılıyorum” ya da “kısmen katılıyorum” yanıtı veren hastalara sorulmuşken çalışmamızda depresyonun hastalık olmadığını düşünenlere tedavilerle ilgili tutumların araştırılması amacıyla bu sorular sorulmuştur.

Ankette depresyonu tanıma, depresyonu olan hastalara karşı sosyal mesafe özellikleri, depresyonun etiyojisi ile ilgili inançlar, depresyon tedavileriyle ilgili inançlar konularında maddeler bulunmaktadır. PAREM grubunun başka bir çalışmasında (Sağduyu ve ark. 2008) bu maddelerden pozitif tutumlara (katılıyorum ve kısmen katılıyorum) 1, negatif tutumlara (pek katılmıyorum ve katılmıyorum) 0 puan verilerek (negatif tutum bildiren cümlelerde puanlama ters yapılmıştır) tutumların şiddeti de hesaplanmıştır. Ancak bu çalışmada, kullanılan ölçeğin anket olduğunu gözönüne bulundurularak puanlama yapılmamış, kategorik değerlendirme yapılmıştır. Örneklemin büyüklüğünü gözönüne alarak, “katılıyorum” ve “kısmen katılıyorum” yanıtlarını “katılıyorum” başlığı altında, “pek katılmıyorum” ve “katılmıyorum” yanıtlarını da “katılmıyorum” başlığı altında toplanarak 2 kategori üzerinden değerlendirmeler yürütülmüştür.

Anket geliştiren araştırmacılardan izin alınarak kullanılmıştır.

3.3.6 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Psikiyatrik hastalığa sahip olmakla ilgili içsel damgalanmayı değerlendirmek için uygulanacak olan test Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş 29 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir (EK-5). Türkçe formunun güvenilirlik ve

geçerlilik çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin; yabancılaşıma (6 madde), kalıp yargıların onaylanması (7 madde), algılanan ayrımcılık (5 madde), sosyal geri çekilme (6 madde) ve damgalanmaya karşı direnç (5 madde) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. RHİDÖ’nde yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dörtlü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’nde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında tüm ölçek için elde edilen iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0.93 olarak bulunurken, her bir alt ölçek için Cronbach alfa değerleri; yabancılaşıma için 0.84, kalıp yargıların onaylanması için 0.71, algılanan ayrımcılık için 0.87, sosyal geri çekilme için 0.85 ve damgalanmaya karşı direnç için 0.63 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin iki-yarım güvenilirliği ise 0.89 olarak belirlenmiştir.

3.3.7 Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği (DKDÖ)

Depresyonla ilişkili kendini damgalamayı (self stigmatization) değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Barney ve ark. 2010). Kişinin kendisine yönelik, depresyonda olmakla ilgili damgalayıcı duygu, düşünce ve tutumlarını değerlendiren 16 maddeden oluşan bir ölçektir (EK-6). 5’li Likert ölçeği kullanılarak değerlendirilir. Toplam puan 16 ile 80 arasında değişmekte, daha yüksek puanlar daha yüksek kendini damgalamayı ifade etmektedir.

Ölçeğin özgün formunun geliştirilmesi için kendini damgalamayı (self stigmatization) ölçen maddeler odak grup tartışmalarından geliştirilmiş, 408 üniversite öğrencisine, depresyon internet ağı üyesi 330 kişiye ve Avustralya’da genel toplum üyesi 1312 kişiye uygulandığı 3 çalışma ile test edilmiş ve sadeleştirilmiştir. Değerlendirme madde düzeyinde ve iki değişkenli analizler ile faktör analiz yöntemlerini içermektedir. Maddeler her üç çalışmada da tutarlı bulunmuştur. DKDÖ utanç, suçlanma, sosyal yetersizlik, yardım aramanın ketlenmesi alt ölçeklerinden oluşan 16 maddeden oluşmaktadır. Orijinal çalışmada toplam DKDÖ için cronbach alfa 0.87, utanç alt faktörü için 0.83, suçlanma alt faktörü için 0.78,

sosyal yetersizlik alt faktörü için 0.79, yardım aramanın ketlenmesi alt faktörü için 0.79 olarak saptanmıştır. Test- tekrar test güvenilirliği analizlerinde sosyal yetersizlik alt ölçeği dışında puan ortalamaları arasında fark saptanmamış, sosyal yetersizlik alt ölçeğinde tekrar testte anlamlı düzeyde daha düşük puan [$t(150) = 2.08, p = 0.039$] saptanmış ancak etki büyüklüğü düşük (Cohen's $d=0.17$) olarak ölçülmüştür. Yapı geçerliliği, iç tutarlılık, test-tekrar test güvenilirliği tatmin edici düzeydedir. DKDÖ başkalarının damgalamasının algılanması ile kendini damgalamayı ayırt eden, depresyonla ilgili kendini damgalama hakkında etraflı bilgi veren, iyi psikometrik özelliklere sahip bir ölçektir. Kendini damgalamayı ölçmekte umut vaat eden bir araç olup, kendini damgalamayı anlamak ve damgalanmaya yönelik girişimleri değerlendirmek için faydalı olması olasıdır.

Bu tez çalışmasının amaçlarından biri de, ülkemizde depresyonla ilişkili damgalanmayı değerlendirme amacıyla kullanılabilecek özgül bir ölçeğin bulunmadığı göz önüne alınarak, DKDÖ (The Self-Stigma of Depression Scale)'nün dilimize çevrilip geçerlilik ve güvenilirliğine dair analizlerinin yapılmasıdır. Bu amaçla ölçeğin Türkçeye çevrilmesi ve kullanımı için yazarlardan izin alınmıştır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2015-2016 yılında, bu tez çalışması kapsamında, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapılmıştır. Çalışma için Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Komisyonundan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 24.06.2015, sayı: GO 15/406-23). Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi iki psikiyatri uzmanı (Ö.E.A., E.Ö.E.), ve bir psikiyatri araştırma görevlisi (G.Z.K.) tarafından, birbirlerinden bağımsız olarak yapılmıştır. Tüm çevirilerin anlaşılabilirlik ve dilbilgisi yönünden uygunluğu gözden geçirilmiş, her bir madde için konuyu en iyi ifade ettiği düşünülen önerme kabul edilmiş ve ölçek taslağı oluşturulmuştur. Ölçek taslağı, uygulanma ve anlaşılma güçlüklerinin değerlendirilmesi amacıyla kliniğimizde çalışan 12 öğretim üyesi, psikolog ve araştırma görevlisine uygulanmış, öneriler doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır. Böylece Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği'nin çalışmada kullanılan son hali elde edilmiştir (EK-6).

Katılımcılar: Geçerlilik güvenilirlik analizleri için ölçek; bu çalışma kapsamında; depresyon nedeniyle kliniğimizde değerlendirilen 18-88 yaş arası 133 hastaya ve bu çalışmanın yaşlı bireylerde damgalanmanın araştırıldığı ikinci kısmı dahilinde değerlendirilen psikiyatrik hastalık dışı nedenlerle geriatri kliniğinde takipli

65-94 yaş arası kontrol grubu üyesi 42 kişiye uygulanmış, geçerlilik güvenilirlik analizleri toplam 175 kişi üzerinden yapılmıştır. 8-12 hafta sonra örneklemden seçilen 27 bireye tekrartest güvenilirliğini saptamak amacıyla yeniden uygulanmıştır.

Güvenilirlik Testleri:

İç Tutarlılık ve Yapı Geçerliliği: Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek üzere Temel Bileşenler Analizi üzerine temellenen faktör analizi uygulanmış ve madde-madde korelasyonları, madde-altölçek korelasyonları, madde- toplam korelasyonları analizi yapılmış, iç tutarlılığının incelenmesi için cronbach alfa değeri hesaplanmıştır.

Örneklem Yeterliliği ve Faktör Analizi: Keiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği istatistiği KMO=0.820 olarak hesaplanmış, örneklemin yeterli olduğu saptanmıştır. Barlett Küresellik Testi sonucuna göre maddeler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=1073.966$ $p=0.000$). Temel Bileşenler Analizinde (Principle Component Analysis) toplam varyansı %62.37 ile dört alt boyutta açıklayabileceği görülmüştür.

Faktör analizinde rotasyon yöntemi olarak Quartimax yöntemi kullanıldığında 13 maddenin belirgin olarak dört faktöre ayrılacak şekilde belli faktörlere katkı sağladıkları görülmüştür (Tablo 1).

İkinci faktöre en fazla katkı sağlayan 1, 2, 3 ve 4. sorular orijinal ölçekteki gibi “Utanç” alt ölçeği olarak isimlendirilmiştir. Üçüncü faktöre en fazla katkı sağlayan 5,6,7. sorular ve ek olarak kısmen katkı sağlayan 8. soru “suçlanma/kendini kınama” alt ölçeğini oluşturmuştur. Sekizinci maddenin tüm faktörlere katkı sağladığı ve belli bir faktöre yüklenmediği görülmüştür. Orijinal ölçekte kendini kınama/suçlanma alt faktöründe olan “Suçlanacak tek kişinin kendim olduğumu düşünürdüm.” şeklinde olan maddenin orijinal ölçeğin geliştirildiği çalışmada 0.34 oranında suçlanma/kendini kınama faktörüne katkı sağladığı, diğer faktörlere (0.07, 0.15, 0.18 oranlarında) çok daha düşük oranlarda yüklendiği görülmüştür. Bizim analizimizde net bir ayrışma gözlenmemiş, maddenin tüm faktörlere belli oranlarda katkı sağladığı görülmüştür. Faktör yükleri yakın oranlarda olduğundan ve Türkçe’de kendini suçlamayı ifade eden bir anlam içerdiğinden bu madde daha fazla katkı sağladığı “utanç” alt faktörüne (0.388) değil, orijinal ölçekte yer aldığı suçlanma/kendini kınama alt ölçeğine (0.205) dahil edilmiştir. Birinci faktörde yer alan 10, 11 ve 12. sorulara ek olarak 9. madde sosyal yetersizlik alt ölçeğini oluşturmuştur. Dokuzuncu maddenin faktörlere katkısı

(0.146, -0.189, -0.352, -0.001) belirgin olmamakla beraber “İnsanlarla iyi geçinen biri olduğumu düşünürdüm” şeklinde olup ters puanlanan maddenin anlam olarak sosyal yetersizlik alt ölçeğiyle ilişkili olduğu düşünülerek orijinal ölçekteki faktöründe tutulmuştur. Orijinal ölçeğin çalışmasında da diğer üç faktöre katkısı (-0.08, 0.00, 0.00) olmadığı, sosyal yetersizlik alt ölçeğine katkısı (0.59) olduğu görülmektedir.

Dördüncü faktöre en fazla katkı sağlayan 13, 14, 15 ve 16. sorular “tedavi aramanın ketlenmesi” alt ölçeğini oluşturmuştur. Bu faktöre katkı sağlayan (0.268) 13. maddenin “sosyal yetersizlik” alt ölçeğine biraz daha yüksek oranda katkı (0.449) sağladığı görülmektedir. “Baş edemediğimi insanların bilmesini istemezdim” şeklindeki madde orijinal çalışmada her iki faktöre katkı sağlasa da (0.38, 0.79) “tedavi aramanın ketlenmesi” alt ölçeğine katkısı belirgin olarak daha fazla saptanmıştır. Sorunun İngilizce ve Türkçede farklı anlaşılması nedeniyle bu şekilde kayma olmuş olabilir. Anlam açısından her iki faktöre de uygun gibi görünen ve her iki faktöre de katkısı olan madde orijinalinde yer aldığı faktörde kullanılmıştır.

Her bir alt ölçeğin cronbach alfa değerleri; utanç için 0.854, suçlanma/kendini kınama için 0.637, sosyal yetersizlik için 0.685, tedavi aramanın ketlenmesi için 0.686 olarak hesaplanmış olup utanç faktörünün yüksek güvenilirlikte, diğer faktörlerin de oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Ortak Yükler ve Faktör analizi

	Communalities		Faktör Yapısı ve Faktör Yükleri			
	İnitial	Extraction	Sosyal Yet	Utanç	Suçlanma	Tdv Arama Ket
DKDÖ1	1,000	,810	,217	,853	,055	,180
DKDÖ2	1,000	,805	,309	,826	,101	,129
DKDÖ3	1,000	,641	,670	,436	-,010	,043
DKDÖ4	1,000	,717	,542	,649	,009	,036
DKDÖ5	1,000	,630	,104	,011	,787	,000
DKDÖ6	1,000	,777	-,025	-,002	,881	-,009
DKDÖ7	1,000	,694	,097	,025	,826	-,040
DKDÖ8	1,000	,334	,317	,388	,205	,204
DKDÖ9	1,000	,181	,146	-,189	-,352	-,001
DKDÖ10	1,000	,702	,835	,062	-,024	,019
DKDÖ11	1,000	,781	,876	,108	-,001	,031
DKDÖ12	1,000	,638	,765	,042	-,060	,217
DKDÖ13	1,000	,306	,449	,138	,118	,268
DKDÖ14	1,000	,670	,258	,070	-,025	,773
DKDÖ15	1,000	,767	,080	,112	-,075	,862
DKDÖ16	1,000	,526	,301	,209	,036	,625

Temel Bileşenler Analizi. Döndürme Yöntemi: Kaiser Normalizasyon ile Quartimax
 DKDÖ:Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği, Sosyal Yet: Sosyal Yetersizlik,
 Suçlanma:Suçlanma/Kendini Kınama, Tdv Arama Ket: Tedavi aramanın ketlenmesi

Cronbach alfa: Güvenilirlik analizlerinden ölçeğin iç tutarlılığını gösteren cronbach alfa: 0.832 olarak hesaplanmış olup DKDÖ'nün yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu ortaya çıkmıştır.

Madde- madde korelasyonu: Yapı geçerliliği açısından madde-madde korelasyon (Pearson korelasyon analizi) yapıldığında, utanç faktöründe yer alan maddelerden birinci maddenin 5, 6, 7, 9. maddeler dışındaki tüm maddelerle anlamlı korelasyon gösterdiği, ikinci maddenin 6 ve 9. madde dışındaki tüm maddelerle anlamlı korelasyon gösterdiği, üçüncü ve dördüncü maddenin her ikisinin de 5, 6, 7 ve 9. maddeler dışındaki tüm maddelerle anlamlı korelasyon gösterdiği; suçlanma/kendini kınama faktöründeki maddelerden beşinci maddenin 2, 6, 7 ve 9. maddeler dışındaki maddelerle korelasyonunun anlamlı olmadığı, altıncı maddenin 5, 7, 8 ve 9. maddeler dışındaki maddelerle korelasyonunun anlamlı olmadığı, yedinci maddenin 5, 6 ve 8. maddeler dışındaki maddelerle korelasyonunun anlamlı olmadığı, sekizinci maddenin ise 5 ve 9. madde dışındaki maddelerle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyonunun olduğu saptanmıştır. Sosyal yetersizlik faktörü maddelerinden dokuzuncu maddenin 5 ve 6. maddeler dışındaki maddelerle anlamlı korelasyonu olmadığı, onuncu ve onbirinci maddenin 5, 6, 7, 9 ve 15. maddeler dışındaki maddelerle anlamlı korelasyonu olduğu, onikinci maddenin 5,6, 7 ve 9. maddeler dışındaki maddelerle anlamlı korelasyonu olduğu; tedavi aramanın ketlenmesi faktöründeki maddelerden onüç, ondört ve onaltıncı maddenin 5, 6, 7 ve 9. maddeler dışındaki maddelerle anlamlı korelasyonu olduğu, onbeşinci maddenin ise 5, 6, 7, 9, 10 ve 11. maddeler dışındaki maddelerle anlamlı korelasyonu olduğu saptanmıştır.

Madde-Faktör korelasyonu: Utanç faktöründe yer alan bir, iki, üç ve dördüncü maddeler tüm faktörlerle istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) korelasyon göstermektedir. Suçlanma/kendini kınama faktöründe yer alan beş, altı ve yedinci madde yalnız suçlanma/kendini kınama faktör puanıyla, sekizinci madde tüm faktörlerle istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) korelasyon göstermektedir. Sosyal yetersizlik faktöründe yer alan dokuzuncu madde suçlanma/kendini kınama ve sosyal yetersizlik faktörleriyle, onuncu ve onikinci madde utanç, sosyal yetersizlik ve tedavi aramanın ketlenmesi faktörleriyle anlamlı ($p<0.05$) korelasyon gösterirken onbirinci madde tüm faktörlerle anlamlı ($p<0.05$) korelasyon göstermektedir. Tedavi aramanın ketlenmesi faktöründe yer alan on üçüncü madde tüm faktörlerle, ondört, onbeş,

onaltıncı maddeler utanç, sosyal yetersizlik ve tedavi aramanın ketlenmesi faktörleriyle istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) korelasyon göstermektedir (Tablo 2).

Madde-Toplam korelasyonu: Ölçeğin dokuzuncu maddesi ($r=0.042$, $p=0.580$) dışındaki tüm maddeleri ölçeğin toplam puanıyla anlamlı ($p<0.05$) düzeyde korelasyon göstermektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Madde- Alt ölçek ve Madde- Toplam Puan Korelasyonları

	utanç	suçlanma/ kendini kınama	sosyal yetersizlik	tedavi aramanın ketlenmesi	DKDÖ toplam
DKDÖ1	$r=0.838^{**}$ $p=0.000$	$r=0.249^{**}$ $p=0.001$	$r=0.292^{**}$ $p=0.000$	$r=0.379^{**}$ $p=0.000$	$r=0.662^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ2	$r=0.877^{**}$ $p=0.000$	$r=0.281^{**}$ $p=0.000$	$r=0.345^{**}$ $p=0.000$	$r=0.395^{**}$ $p=0.000$	$r=0.712^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ3	$r=0.763^{**}$ $p=0.000$	$r=0.207^{**}$ $p=0.006$	$r=0.558^{**}$ $p=0.000$	$r=0.388^{**}$ $p=0.000$	$r=0.711^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ4	$r=0.856^{**}$ $p=0.000$	$r=0.196^{**}$ $p=0.010$	$r=0.510^{**}$ $p=0.000$	$r=0.372^{**}$ $p=0.000$	$r=0.726^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ5	$r=0.126$ $p=0.099$	$r=0.670^{**}$ $p=0.000$	$r=0.015$ $p=0.842$	$r=0.054$ $p=0.482$	$r=0.266^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ6	$r=0.035$ $p=0.645$	$r=0.783^{**}$ $p=0.000$	$r=-0.113$ $p=0.140$	$r=-0.010$ $p=0.894$	$r=0.193^{*}$ $p=0.011$
DKDÖ7	$r=0.111$ $p=0.146$	$r=0.785^{**}$ $p=0.000$	$r=0.006$ $p=0.935$	$r=0.024$ $p=0.759$	$r=0.277^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ8	$r=0.431^{**}$ $p=0.000$	$r=0.605^{**}$ $p=0.000$	$r=0.290^{**}$ $p=0.000$	$r=0.312^{**}$ $p=0.000$	$r=0.562^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ9	$r=-0.047$ $p=0.538$	$r=-0.212^{**}$ $p=0.005$	$r=0.358^{**}$ $p=0.000$	$r=0.003$ $p=0.973$	$r=0.042$ $p=0.580$
DKDÖ10	$r=0.466^{**}$ $p=0.000$	$r=0.147$ $p=0.053$	$r=0.822^{**}$ $p=0.000$	$r=0.337^{**}$ $p=0.000$	$r=0.637^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ11	$r=0.535^{**}$ $p=0.000$	$r=0.197^{**}$ $p=0.010$	$r=0.855^{**}$ $p=0.000$	$r=0.371^{**}$ $p=0.000$	$r=0.703^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ12	$r=0.459^{**}$ $p=0.000$	$r=0.116$ $p=0.129$	$r=0.776^{**}$ $p=0.000$	$r=0.425^{**}$ $p=0.000$	$r=0.640^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ13	$r=0.373^{**}$ $p=0.000$	$r=0.170^{*}$ $p=0.025$	$r=0.16^{**}$ $p=0.000$	$r=0.614^{**}$ $p=0.000$	$r=0.525^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ14	$r=0.290^{**}$ $p=0.000$	$r=0.098$ $p=0.202$	$r=0.296^{**}$ $p=0.000$	$r=0.764^{**}$ $p=0.000$	$r=0.513^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ15	$r=0.247^{**}$ $p=0.001$	$r=0.043$ $p=0.575$	$r=0.207^{**}$ $p=0.006$	$r=0.743^{**}$ $p=0.000$	$r=0.442^{**}$ $p=0.000$
DKDÖ16	$r=0.402^{**}$ $p=0.000$	$r=0.122$ $p=0.108$	$r=0.333^{**}$ $p=0.000$	$r=0.749^{**}$ $p=0.000$	$r=0.576^{**}$ $p=0.000$

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

DKDÖ:Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği

Dış geçerlilik: Öncelikle Tukey's non-additivity testi ile ölçek maddelerinin puanlarının toplanabilirliği incelenmiştir. Daha sonra ruhsal hastalıklarda damgalanmayı ölçen RHİDÖ ile korelasyonu ve depresyon belirtileriyle ilişkisinin

incelenmesi amacıyla Beck Depresyon Ölçeği puanları ve BDÖ alt ölçekleriyle ilişkisi incelenmiştir.

Toplanabilirlik: Ölçeği oluşturan sorulardan elde edilen puanların toplanıp toplanamayacağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey's Non-additivity Test sonucunda non-additivity $p=0.000$ olarak hesaplanmış ve maddelerin puanlarının toplanarak kullanılabilmesi anlaşılmıştır.

DKDÖ ve RHİDÖ korelasyonu: Ölçeğin dış geçerliliğinin test edilmesi için, ülkemizde ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmanın değerlendirmesinde kullanılan, orijinali Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş, Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ersoy ve Varan tarafından 2007 yılında yapılmış olan Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) puanlarıyla korelasyonuna bakıldı (Tablo 3).

RHİDÖ toplam puanı ve DKDÖ toplam puanlarının orta düzeyde korelasyonu olduğu saptandı ($r=0.494$, $p=0.000$).

DKDÖ alt ölçekler incelendiğinde utanç ve sosyal yetersizlik alt ölçeğinin RHİDÖ toplam puanıyla orta düzeyde korelasyonu olduğu (sırasıyla $r=0.505$, $p=0.000$; $r=0.504$, $p=0.000$), tedavi aramanın ketlenmesi alt ölçeğinin RHİDÖ toplam puanıyla zayıf korelasyonu olduğu ($r=0.332$, $p=0.001$), suçlanma/kendini kınama alt ölçeğinin RHİDÖ toplam puanıyla anlamlı korelasyonu olmadığı ($r=-0.064$, $p=0.466$) görüldü.

DKDÖ alt ölçeklerinin RHİDÖ alt ölçekleriyle ilişkisi incelendiğinde ise:

DKDÖ utanç alt ölçeğinin RHİDÖ yabancılaşma alt ölçeği, kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği ve sosyal geri çekilme alt ölçeğiyle orta düzeyde korelasyonu olduğu (sırasıyla $r=0.515$ $p=0.000$; $r=0.400$ $p=0.000$; $r=0.442$ $p=0.000$), algılanan ayrımcılık alt ölçeğiyle zayıf ($r=0.395$ $p=0.000$), damgalanmaya direnç alt ölçeğiyle çok zayıf ($r=0.177$ $p=0.041$) korelasyonu olduğu;

DKDÖ suçlanma/kendini kınama alt ölçeğinin RHİDÖ'nun alt ölçekleriyle anlamlı korelasyonu olmadığı (yabancılaşma için $r=-0.013$ $p=0.884$; kalıp yargıların onaylanması için $r=-0.145$ $p=0.096$; algılanan ayrımcılık için $r=-0.053$ $p=0.545$; sosyal geri çekilme için $r=-0.018$ $p=0.835$; damgalanmaya direnç için $r=-0.014$ $p=0.868$);

DKDÖ sosyal yetersizlik alt ölçeğinin RHİDÖ yabancılaşma, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt ölçekleriyle orta düzeyde korelasyonu olduğu

(sırasıyla $r=0.460$ $p=0.000$; $r=0.528$ $p=0.000$; $r=0.413$ $p=0.000$), kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğiyle zayıf korelasyonu ($r=0.388$ $p=0.000$) olduğu, damgalanmaya direnç alt ölçeğiyle anlamlı korelasyonu olmadığı ($r=0.156$ $p=0.072$);

DKDÖ tedavi aramanın ketlenmesi alt ölçeğinin RHİDÖ alt ölçeklerinden yabancılaşma ile orta düzeyde ($r=0.404$ $p=0.000$), kalıp yargıların onaylanması ($r=0.314$ $p=0.000$), algılanan ayrımcılık ($r=0.245$ $p=0.004$) ve sosyal geri çekilme ($r=0.294$ $p=0.001$) ile zayıf korelasyonu olduğu, damgalanmaya direnç ile anlamlı korelasyonu olmadığı ($r=-0.039$ $p=0.653$) görülmektedir.

Tablo 3. DKDÖ ve RHİDÖ Toplam ve Altöçek Puanları Korelasyonları

	RHİDÖ	Yabancılaşma	kalıpyargıların onaylanması	algılanan ayrımcılık	sosyal geri çekilme	damgalanmaya direnç
DKDÖ toplam	0.494 $p=0.000^*$	0.522 $p=0.000^*$	0.377 $p=0.000^*$	0.426 $p=0.000^*$	0.433 $p=0.000^*$	0.116 $p=0.183$
utanç	0.505 $p=0.000^*$	0.515 $p=0.000^*$	0.400 $p=0.000^*$	0.395 $p=0.000^*$	0.442 $p=0.000^*$	0.177 $p=0.041^*$
suçlanma/ kendini kınama	-0.064 $p=0.466$	-0.013 $p=0.884$	-0.145 $p=0.096$	-0.053 $p=0.545$	-0.018 $p=0.835$	-0.014 $p=0.868$
sosyal yetersizlik	0.504 $p=0.000^*$	0.460 $p=0.000^*$	0.388 $p=0.000^*$	0.528 $p=0.000^*$	0.413 $p=0.000^*$	0.156 $p=0.072$
tedavi aramanın ketlenmesi	0.332 $p=0.001^*$	0.404 $p=0.000^*$	0.314 $p=0.000^*$	0.245 $p=0.004^*$	0.294 $p=0.001^*$	-0.039 $p=0.653$

Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayıları ve p değerleri verilmiştir. $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir RHİDÖ:Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, DKDÖ:Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği

Damgalayıcı tutumların depresyonun bilişsel belirtileriyle ilişkisini ayırt etmek amacıyla DKDÖ puanlarının Beck Depresyon Ölçeğinin toplam puanı, Bilişsel Afektif alt faktörü puanı ve Fizyolojik alt faktörü (Helm ve Boward 2003) puanlarıyla ilişkisi ayrı ayrı değerlendirildi, katılımcıların aktif depresyon durumlarıyla DKDÖ ve alt ölçek puanlarının ilişkisi araştırıldı. DKDÖ toplam puanının BDÖ toplam puanı ile anlamlı fakat zayıf korelasyonu ($r=0.254$, $p=0.001$) olduğu, bilişsel afektif alt ölçekle de anlamlı fakat zayıf korelasyonu ($r=0.283$, $p=0.000$) olduğu, fizyolojik alt faktörler ile anlamlı ve çok zayıf korelasyonu olduğu ($r=0.161$, $p=0.034$) saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. Beck Depresyon Ölçeği Puanları ile Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği Puanları İlişkisi

	Beck Toplam	Beck Kognitif-Afektif	Beck Fizyolojik
DKDÖ toplam	r=0.254 p=0.001*	r=0.283 p=0.000*	r=0.161 p=0.034*
utanç	r=0.287 p=0.000*	r=0.331 p=0.000*	r=0.176 p=0.034*
suçlanma/kendini kınama	r=-0.135 p=0.077	r=-0.138 p=0.071	r=-0.113 p=0.140
sosyal yetersizlik	r=0.299 p=0.001*	r=0.314 p=0.000*	r=0.211 p=0.005*
tedavi arama ketlenmesi	r=0.192 p=0.011*	r=0.208 p=0.006*	r=0.131 p=0.086

Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayıları ve p değerleri verilmiştir. $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. DKDÖ: Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği

Test-Tekrar Test Güvenilirliği: Katılımcıların 27'sine ölçeği ilk doldurdukları tarihten 8-12 hafta sonra test tekrar uygulanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için başlangıç değerleriyle tekrar- test değerleri Pearson korelasyon analizi uygulanarak karşılaştırılmıştır. DKDÖ toplam puanının DKDÖ tekrar- test puanıyla anlamlı korelasyonu olduğu ($r=0.432$ $p=0.025$), alt ölçeklerden suçlanma/kendini kınama ve sosyal yetersizlik alt ölçeklerinin tekrar testleriyle anlamlı korelasyonu olduğu (sırasıyla $r=0.422$ $p=0.028$; $r=0.585$ $p=0.001$) saptanmış ancak utanç alt ölçeği ve tedavi aramanın ketlenmesi alt ölçeklerinin tekrar testleriyle korelasyonu anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $r=0.166$ $p=0.403$; $r=0.350$ $p=0.074$). Değerlendirmeler sonucunda ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik açısından kabul edilebilir sınırlarda olduğu kabul edilmiştir.

Ana çalışmanın DKDÖ ile ilgili tüm istatistik hesapları, geçerlilik ve güvenilirlik analizinden elde edilen bulgular üzerinden yapılmıştır.

3.3.8 Antidepresan Uyum Ölçeği (AUÖ)

Morisky ve arkadaşlarının (1986) geliştirdiği ölçek hastaların antidepresan ilaç tedavisine uyumunu, hastanın kendi bildirimine dayanarak değerlendirmektedir. Gabriel ve Violato (2010b) tarafından niceliksel bir değerlendirme yapılabilmesi amacıyla yeniden düzenlenmiştir. Özgün ölçekteki 'evet' ya da 'hayır' şeklindeki kategorik yanıtlar yerine, yeni geliştirilen formda hastaların sorulara sayısal olarak yanıt vermeleri istenmiştir. Hastaların tedavi uyumlarını değerlendiren 4 sorudan

oluşmaktadır. Bu 4 soruda ihmal, unutma, kendini iyi hissetme ve kötü hissetme nedenleri ile ilaç almama seçenekleri sıralanmış olup belirli bir zaman aralığında kaç kez ilacını almadığı sorgulanmaktadır. Özgün çalışmada bireyin son 4 haftadaki ilaç kullanımına uyumu değerlendirilmiştir. Toplam puanın 5 ve üzerinde olması uyumsuzluk olarak değerlendirilmiştir. Gabriel ve Violato tarafından modifiye edilen ölçeğin cronbach alfa değeri 0.66 olarak hesaplanmış olup Morinsky ve arkadaşlarının geliştirdiği özgün formun cronbach alfa değerinden (0.61) daha yüksek bulunmuştur. Gabriel ve Violato (2010b) ölçeğin kabul edilebilir sınırlarda geçerlilik ve güvenilirlik değerlerine sahip olduğunu bildirmiştir.

Gabriel ve Vilato (2010b) tarafından gözden geçirilmiş versiyonu Özcan (2013) tarafından Türkçeye çevrilerek, güvenilirliği incelenmiştir. Son iki haftadaki uyumsuzluk eşiği toplam puanın 2'nin üzerinde olması kabul edilmiş, 7'nin üzerinde puan alanlar ilacı bırakmış kabul edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği ile ilgili Cronbach alfa değeri 0.75 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada Özcan tarafından Türkçeye çevrilerek uygulanan biçimi kullanılmıştır (EK-7).

3.4 İstatistiksel Yöntemler

İstatistiksel analizler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda Yard. Doç. Dr. Nimet Anıl DOLGUN tarafından SPSS for Windows Version 23.0 paket programında yapılmıştır.

Öncelikle çalışma grupları “genç depresyon grubu” ve “yaşlı depresyon grubu” olmak üzere ikiye ayrılmış, ilk aşamadaki analizler bu iki grup üzerinden yürütülmüştür. Genel grupları tanımlayıcı bilgilerden sayısal olanlar ortalama, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile belirtilmiş, bu değişkenler için basit tanımlayıcı istatistik yöntemler kullanılmıştır.

Çalışmanın birinci aşamasında, genç ve yaşlı depresyon grubu arasında sosyodemografik ve klinik özellikler, farklı anket ve ölçeklere verilen yanıtlar ve ölçeklerden elde edilen damgalanma puanları arasında farklılıklar olup olmadığı araştırılmıştır. Bu değerlendirmelerde, değişkenin niteliğine bağlı olarak, niteliksel (nominal) değişkenlerdeki farklılık ki-kare testi ile, değişkenin ordinal olduğu veya normal dağılıma uymayan sayısal değişken olduğu durumlarda ise Mann-Whitney U

testi ile hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile test edilmiştir.

İkinci aşamada, depresyon tanısı alan tüm grupta (genç + yaşlı) sayısal değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks ile test edilmiş, normal dağılıma uygun olmadığı saptanarak, Pearson korelasyon katsayısı ile analiz edilmiştir.

Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.5 Etik Kurul İzni

Çalışma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 24.06.2015, sayı: GO 15/406-23). Bilgilendirilmiş onam formu EK-8'de sunulmuştur.

3.6 Araştırmanın Bütçesi

Çalışmanın gerektirdiği kırtasiye giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Örneklem Büyüklüğü

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği ve Geriatri Polikliniğinde yürütülmüştür. Temmuz 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında Psikiyatri Polikliniğine ayaktan başvuran, majör depresyon tanısı konulup ayaktan tedavisi yürütülen ve depresyon tanısıyla takipli olan hastalardan ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen hastalar arasından, doktorları tarafından depresyon tanısı konulan hastalar araştırmacıya yönlendirilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden, bilgilendirilmiş onamları alınarak çalışmaya uygun bulunan 133 hasta çalışma ölçütleri doğrultusunda kesitsel olarak, SCID-I ile değerlendirilmiş, bu hastaların tanıları doğrulanarak çalışmaya alınmışlardır. Hastalara klinik durumlarının gerektirdiği tedaviler önerilmiştir.

1-31 Aralık 2015 tarihleri arasında Geriatri Kliniğinde başka tıbbi nedenlerle başvurmuş olan, doktorları tarafından yönlendirilen depresyon tanısı olmayan 65 yaş üstü hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenler, verilerinin major depresyon tanısı konulan 65 yaş üstü hastalarla karşılaştırılması amacıyla kontrol grubu olarak değerlendirmeye alınmıştır. Bu bireyler araştırmacı tarafından, bilgilendirilmiş onamları alınarak çalışmaya uygunluk açısından değerlendirilmiş, ölçütlere uygun olan 46 kişi çalışmaya dahil edilmiş ancak 4 kişi yorulduğu, devam etmek istemediği gerekçesiyle çalışmadan ayrılmıştır. 42 kişi kontrol grubu olarak alınmıştır. Ancak bu tez kapsamında kontrol grubunun verileri DKDÖ geçerlik güvenirlik analizleri dışında kullanılmamıştır.

4.1.1 Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Hastaların sosyodemografik özellikleri tablo 5’de özetlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 47.6 (SS=18.55) olup katılımcıların yaşları 18-88 yaş aralığında değişmektedir. Yaşlı depresyon grubunun (n=37) yaş ortalaması 70.94 (SS= 5.96), genç depresyon grubunun (n=96) yaş ortalaması 38.69 (SS=13.1)’dir. Çalışmaya katılanların 97’si kadın, 36’sı erkektir. Depresyonun kadınlarda daha fazla görüldüğü dikkate alındığında şaşırtıcı olmamakla

beraber erkek katılımcı sayısı belirgin olarak düşüktür. Çalışmaya katılanların 84'ü halen evli olan kişilerden oluşmaktadır. Evlenmemiş, boşanmış ya da eşini kaybetmiş olan 49 kişi, her bir hücredeki kişi sayısının düşük olması nedeniyle, istatistik analizlerin sağlıklı yapılabilmesi amacıyla tek bir grup olarak “evli olmayan” adı altında gruplandırılmıştır. Veri toplanırken 4 grup olarak kaydedilen eğitim düzeyleri (ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üstü), yine bazı hücrelerdeki kişi sayılarının çok düşük olması üzerine, 2 gruba indirgenerek sınıflandırılmıştır. Eğitim durumlarına göre düşük eğitim düzeyini ifade etmek üzere ilk ve ortaokul (n= 48) ve yüksek eğitim düzeyini ifade etmek için lise ve üstü (n= 83) olarak gruplandırılmıştır. Hastalar çalışma durumlarına göre işsiz (n= 7), halen çalışan (n= 30), ev hanımı (n= 40), emekli olan (n= 40) ve öğrenci (n= 16) olarak gruplara ayrılmıştır. Katılımcıların çoğunluğu (n= 129) kentsel alanda yaşamaktadır. Hastaların büyük kısmı çekirdek aileden bireylerle (anne-baba, kardeşler, çocuklar gibi) (n= 99), 11 kişi geniş aile bireyleriyle beraber yaşamakta olduğunu, 9 kişi tek başına yaşadığını, diğer 10 kişi de öğrenci yurdu, ev arkadaşları ya da akraba yanında yaşamakta olduklarını bildirmiştir.

Tablo 5. Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=133)

		Kişi N (%)
Yaş		47.6 ±18.55 (45.00 (18-88))
Ort. ±SS (ortanca (min-max))		
Cinsiyet		
	Erkek	36 (%27.1)
	Kadın	97 (%72.9)
Medeni durum		
	Evli olan	84 (%63.2)
	Evli olmayan	49 (%36.8)
Eğitim		
	İlk ve ortaokul	48 (%36.6)
	Lise ve üstü	83 (%63.4)
Çalışma Durumu		
	İşsiz	7 (%5.3)
	Çalışıyor	30 (%22.6)
	Emekli	40 (%30.1)
	Ev hanımı	40 (%30.1)
	Öğrenci	16 (%12.0)
Yaşadığı Yer		
	Kent	129 (%98.5)
	Kırsal	2 (%1.5)
Kiminle Yaşadığı		
	Tek başına	9 (%6.9)
	Çekirdek aileden bireylerle	99 (%76.2)
	Geniş aileden bireylerle	11 (%8.5)
	Diğer (yurt, arkadaşlarıyla, akraba yanında)	11 (%8.5)

Ort.: Ortalama, SS: Standard sapma, N: Kişi sayısı

4.1.2 Örneklemin Depresyon ve Tedavi Öyküsü

Çalışmaya katılan hastaların 88 (%66.2)'sinin yaşamları boyunca en az iki kez depresyon epizodu geçirmiş olduğu saptanmıştır. Hastaların 27 (%20.3)'sinin geçmişte özkıyım girişimi olduğu, bunların 8'inin birden fazla özkıyım girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların depresyon ve tedavi öyküleri ve klinik özellikleri Tablo 6'de özetlenmiştir.

Tablo 6. Çalışmaya Alınan Hastaların Klinik Özellikleri (N=133)

	N (%)	Özgeçmiş	N (%)
Geçmiş Depresyon			
var	120 (%90.2)	Ek bedensel hastalık var	82 (%63.1)
yok	13 (%9.8)	Sigara (halen/geçmişte)	45 (%42.5)
Epizod sayısı		AKK/AB	4 (%3.7)
1	45 (%33.8)	Madde bağımlılığı öyküsü	1 (%0.9)
>1	88 (%66.2)	Psikiyatrik Eştanı	
Geçmiş tedavi		Yok	77 (%57.9)
almamış	22 (%16.5)	Var	56 (%42.1)
almış	111 (%83.5)	Psikiyatrik eş tanı dağılımı	
İlaç tedavisi almış	108 (%81.2)	Anksiyete Bozukluğu	28 (%50.0)
İlaç tedavisi almamış	25 (%18.8)	TSSB/ASB	8 (%14.3)
Psikoterapi	7 (%5.3)	Somatoform Bozukluklar	8 (%14.3)
Psikoterapi almamış	126 (%94.7)	Distimi	5 (%8.9)
Yatarak tedavi	11 (%8.3)	OKB	6 (%10.7)
EKT	7 (%5.3)	AKK/AB	6 (%8.8)
Özkıyım girişimi		Diğer	6 (%10.7)
yok	106 (%79.7)	Soygeçmişte Psikiyatrik Hastalık	
var	27 (%20.3)	olmayan	45 (%38.1)
Depresyon		olan	73 (%63.9)
remisyonda	52 (%39.1)	Sosyal Çevrede Psikiyatrik Hastalık	
kısmi düzelme	31 (%23.3)	var	54 (%51.9)
aktif	50 (%37.6)	yok	50 (%48.1)
Halen Tedavi			
alıyor	92 (%69.2)		
almıyor	41 (%30.8)		

EKT:Elektrokonvulsif Tedavi, AKK/AB: Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı öyküsü, TSSB: Travma Sonrası stres Bozukluğu, ASB: Akut Stres Bozukluğu, OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk, N: kişi sayısı

Çalışmaya alınan hastaların tedavi öyküleri incelendiğinde 22 (%16.5) kişinin geçmişte psikiyatrik tedavi almadığı, tedavi alan 111 kişinin 108'inin ilaç tedavisi aldığı, 7 kişinin psikoterapi aldığı bunlardan 2'sinin yalnızca psikoterapi görmüş

olduğu saptanmıştır. Tüm hasta grubu içinde toplamda 11 kişi geçmişte psikiyatri servisinde yatış yapılarak tedavi edilmiş; yatarak tedavi gören 11 kişiden (%8.3) 4'ünün birden fazla yatışı olduğu, 7 kişiye (%5.3) elektrokonvülsif tedavi uygulandığı belirlenmiştir.

4.1.3 Psikiyatrik Bozukluk Ek Tanısı

Katılımcılar depresyon dışındaki tanılar açısından incelendiğinde 56 kişinin (%42.1) ek psikiyatrik tanıları olduğu saptanmıştır. Saptanan tanıların dağılımı Tablo 6'de gösterilmiştir. Sıklık sırasına göre saptanan tanılar; anksiyete bozukluğu (yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), panik bozukluğu, özgül fobi, tanımlanmamış anksiyete bozukluğu, sınav kaygısı), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB), distimi, somatoform bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları, patolojik yas reaksiyonu, dürtü kontrol bozukluğu (patolojik cilt yolma), vajinismus, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), akut stres bozukluğu (TSSB grubuna katılarak sınıflandırıldı) şeklinde sıralanmaktadır.

4.1.4 Bedensel Hastalık ve Tedavi Öyküsü

Hastaların özgeçmiş bilgileri incelendiğinde hastaların 82'sinin (%63.1) uzun süreli tedavi almayı gerektiren ek bedensel hastalığı olduğu saptanmıştır. Sık görülen hastalıklar hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, hipotiroidi, otoimmün inflamatuvar hastalıklar, koroner arter hastalıkları, osteoporoz olarak saptanmıştır.

4.1.5 Soygeçmişte Depresyon ve Tedavi Öyküsü

Hastaların soygeçmiş bilgileri incelendiğinde akrabalarında psikiyatrik hastalık olan 73 (%61.9) kişinin 35'inin akrabalarının depresyon öyküsüyle tedavi kullandığı saptanmıştır. Depresyon dışındaki bilinen diğer psikiyatrik bozukluklar ise 19 hastanın yakınlarında anksiyete bozukluğu (TSSB, OKB anksiyete bozukluklarına dahil edilmiştir), 17 hastanın yakınlarında bipolar/psikotik bozukluk, 4 hastanın yakınlarında alkol-madde kullanım bozukluğu olduğu saptanmış, daha seyrek olmakla beraber hastaların yakınlarında DEHB, otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon, demans, enürezis nokturna olduğu saptanmıştır.

4.1.6 Hastaların Klinik Sosyodemografik Özellikleriyle Damgalanma İlişkisi

Hastalar gruplara ayrılmadan önce tüm örnekleme sosyodemografik ve klinik değişkenlerin damgalanmayla ilişkisi incelenmiştir. Sosyodemografik özelliklerden cinsiyet, eğitim düzeyi, evli olup olmama, çalışma durumları ile BDÖ, RHİDÖ ve faktörleri, DKDÖ ve faktörleri, İGDÖ, AUÖ ölçek puanları iki değişkenli analizlerde Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla değişkeni olan analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılarak incelenmiştir. Sosyodemografik değişkenlerin RHİDÖ ve alt ölçekleriyle ilişkisi tablo 7, klinik değişkenlerin RHİDÖ ve altölçekleriyle ilişkisi tablo 8, 9 ve 13'de, sosyodemografik değişkenlerin DKDÖ ve alt ölçekleriyle ilişkisi tablo 10, klinik değişkenlerin DKDÖ ve alt ölçekleriyle ilişkisi tablo 11, 12 ve 13'de, sosyodemografik değişkenlerle AUÖ, İGDÖ ve BDÖ ilişkisi tablo 14'de, klinik değişkenlerle AUÖ, İGDÖ ve BDÖ ilişkisi tablo 15'de gösterilmiştir.

Cinsiyet ve eğitim düzeyine göre katılımcıların RHİDÖ ve alt ölçekleri, DKDÖ ve alt ölçekleri, AUÖ, BDÖ, İGDÖ puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışma durumlarına göre katılımcıların damgalanma ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde RHİDÖ damgalanmaya direnç alt ölçeğinde ve DKDÖ sosyal yetersizlik alt ölçeğinde fark olduğu görülmüştür. Bu fark RHİDÖ damgalanmaya direnç alt ölçeğinden çalışanların ev hanımı ($z=3.012$ $p=0.026$) ve öğrencilere ($z=3.213$ $p=0.013$) oranla istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puan almaları ve DKDÖ sosyal yetersizlik alt ölçeğinden emeklilerin öğrencilere ($z=-2.929$ $p=0.034$) oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan almalarından kaynaklanmaktadır. Ek olarak katılımcıların çalışma durumlarına göre İGDÖ ve BDÖ puanlarının da farklı olduğu saptanmıştır. Emekli grubun İGDÖ puanı çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($z=2.981$ $p=0.003$). Emeklilerin BDÖ puanları ev hanımlarından ($z=2.981$ $p=0.029$) ve çalışanlardan ($z=4.369$ $p=0.000$) anlamlı olarak daha düşüktür. Gruplar yaşa göre ayrıldığı için, yaşla ilişkili değişkenler aşağıda ayrı bir başlık olarak verilecektir.

Tablo 7. Sosyodemografik Değişkenler RHİDÖ ve alt ölçekleri puan ilişkisi*

	RHİDÖ					
	RHİDÖ toplam	Yabancılaşma	kalıpyarguların onaylanması	algılanan ayrımcılık	sosyal geri çekilme	damgalanmaya direnç
Cinsiyet	z=-0.516 p=0.606	z=-0.137 p=0.891	z=-1.069 p=0.285	z=-0.593 p=0.553	z=-0.407 p=0.684	z=-0.565 p=0.572
erkek	63.69 ±18.72 (56.5 (40-114))	12.97 ±5.16 (11.0 (6-24))	14.64 ±4.60 (14.0 (9-27))	10.19 ±4.38 (10.0 (5-20))	12.83 ±5.33 (12.0 (6-24))	13.05 ±2.97 (13.0 (8-20))
kadın	59.97 ±13.77 (59.0 (36-96))	12.45 ±4.01 (12.0 (6-22))	13.57 ±3.90 (14.0 (7-23))	9.29 ±3.04 (9.0 (5-17))	12.10 ±4.17 (12.0 (6-24))	12.59 ±2.83 (12.0 (5-19))
Eğitim Düzeyi	z=1.244 p=0.214	z=-0.997 p=0.319	z=-1.885 p=0.059	z=0.246 p=0.806	z=-1.332 p=0.183	z=0.542 p=0.588
ilk ve ortaokul	62.23 ±13.27 (64.0 (39-94))	12.79 ±3.59 (13.0 (6-20))	14.74 ±4.14 (14.0 (7-23))	9.43 ±3.37 (9.0 (5-17))	12.74 ±3.86 (13.0 (6-20))	12.53 ±3.01 (12.0 (7-20))
lise ve üstü	60.35 ±16.44 (55.0 (36-114))	12.46 ±4.74 (12.0 (6-24))	13.39 ±4.07 (12.0 (7-27))	12.05 ±4.86 (11.0 (6-24))	12.05 ±4.86 (11.0 (6-24))	12.83 ±2.68 (12.5 (5-19))
Çalışma Durumu**	z=3.825 p=0.430	z=7.214 p=0.125	z=4.788 p=0.310	z=3.740 p=0.442	z=6.587 p=0.159	z=13.461 p=0.009
işsiz	65.17 ±18.27 (59.0 (49-88))	14.50 ±4.55 (13.5 (10-20))	14.50 ±4.93 (12.5 (10-22))	10.33 ±4.23 (9.0 (6-16))	13.57 ±4.50 (12.0 (8-19))	12.67 ±1.97 (13.0 (10-15))
çalışıyor	59.40 ±13.54 (55.0 (41-91))	11.70 ±3.96 (10.0 (6-21))	13.23 ±3.42 (12.0 (9-20))	9.13 ±3.12 (9.5 (5-17))	11.20 ±4.11 (11.0 (6-21))	14.13 ±2.22 (14.0 (9-18))
emekli	58.85 ±16.50 (55.5 (39-114))	11.95 ±4.76 (11.0 (6-24))	13.38 ±4.44 (12.0 (7-27))	9.13 ±3.80 (8.0 (5-20))	11.60 ±4.63 (10.0 (6-24))	12.80 ±3.52 (12.0 (5-20))
ev hanımı	62.56 ±14.79 (65.0 (38-96))	12.95 ±3.80 (13.0 (6-22))	14.97 ±4.25 (16.0 (7-23))	9.69 ±3.23 (9.0 (5-17))	13.00 ±4.37 (13.0 (6-24))	11.95 ±2.69 (12.0 (7-16))
öğrenci	63.94 ±16.22 (63.5 (36-86))	14.31 ±4.84 (14.0 (6-21))	13.31 ±3.72 (14.5 (7-19))	10.69 ±3.61 (10.0 (5-19))	13.88 ±4.90 (13.5 (6-22))	11.75 ±1.81 (11.5 (9-16))
Medeni Hal	z=-0.511 p=0.609	z=-0.822 p=0.411	z=-0.451 p=0.652	z=-1.035 p=0.301	z=-0.883 p=0.377	z=0.666 p=0.506
evli olmayan	61.98 ±16.06 (59.0 (36-114))	13.10 ±4.80 (12.5 (6-24))	13.63 ±4.01 (14.0 (7-27))	9.96 ±3.51 (9.5 (5-20))	12.82 ±4.71 (14.0 (6-24))	12.54 ±2.81 (12.0 (5-19))
evli	60.42 ±14.93 (57.0 (38-98))	12.30 ±4.06 (12.0 (6-23))	14.00 ±4.19 (14.0 (7-24))	9.30 ±3.44 (9.0 (5-18))	12.00 ±4.38 (11.0 (6-22))	12.82 ±2.91 (13.0 (7-20))

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. **Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Değerler ortalama±standart sapma (ortanca (minimum-maximum)) şeklinde verilmiştir. RHİDÖ:Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği

Tablo 8. Klinik Değişkenler RHİDÖ ve alt ölçek puanları ilişkisi*-1

	RHİDÖ					
	RHİDÖ toplam	yabancılaşma	kalıpyarguların onaylanması	algılanan ayrımcılık	sosyal geri çekilme	damgalanmaya direnç
Geçmiş Depresyon	z=-0.547 p=0.584	z=0.239 p=0.811	z=-1.790 p=0.073	z=-1.199 p=0.230	z=-0.375 p=0.707	z=0.263 p=0.792
Yok	62.46 ±12.53 (63.0 (47-85))	11.92±2.06 (12.0 (10-17))	15.46 ±3.45 (16.0 (9-21))	10.38 ±2.93 (10.0 (6-17))	11.69 ±3.61 (12.0 (7-18))	13.00 ±3.16 (13.0 (7-20))
var	60.83 ±15.62 (57.0 (36-114))	12.67±4.53 (12.0 (6-24))	13.69 ±4.15 (13.50 (7-27))	9.45 ±3.52 (9.0 (5-20))	12.37 ±4.60 (12.0 (6-24))	12.69 ±2.85 (12.0 (5-19))
Geçmiş Psikiyatrik Tedavi	z=-0.419 p=0.675	z=0.349 p=0.727	z=-1.459 p=0.144	z=-0.183 p=0.855	z=0.193 p=0.847	z=-0.991 p=0.322
almamış	62.59 ±16.00 (57.50 (44-98))	12.41±4.51 (11.50 (6-23))	15.00 ±4.23 (15.50 (9-24))	9.68 ±3.54 (9.0 (5-18))	12.32 ±5.00 (11.50 (6-22))	13.18 ±2.46 (13.0 (7-18))
almış	60.67 ±15.22 (59.0 (36-114))	12.63±4.33 (12.0 (6-24))	13.63 ±4.07 (14.0 (7-27))	9.51 ±3.47 (9.0 (5-20))	12.30 ±4.43 (12.0 (6-24))	12.62 ±2.94 (12.0 (5-20))
Geçmiş İlaç Tedavisi	z=0.035 p=0.972	z=0.448 p=0.626	z=-0.856 p=0.392	z=0.353 p=0.724	z=0.341 p=0.733	z=-0.460 p=0.646
almamış	61.20 ±15.59 (57.0 (43-98))	12.28±4.28 (12.0 (6-23))	14.48 ±4.21 (15.0 (9-24))	9.36 ±3.47 (9.0 (5-18))	12.16 ±4.88 (12.0 (6-22))	12.92 ±2.47 (13.0 (7-18))
almış	60.94 ±15.31 (60.50 (36-114))	12.67±4.38 (12.0 (6-24))	13.72 ±4.10 (14.0 (7-27))	9.58 ±3.48 (9.0 (5-20))	12.34 ±4.44 (12.0 (6-24))	12.67 ±2.96 (12.0 (5-20))
Geçmiş Psikoterapi	z=-0.128 p=0.898	z=0.888 p=0.374	z=-0.673 p=0.501	z=-0.854 p=0.393	z=0.768 p=0.768	z=-1.241 p=0.215
almamış	61.11 ±15.47 (58.50 (36-114))	15.53±4.36 (12.0 (6-24))	13.93 ±4.14 (14.0 (7-27))	9.61 ±3.51 (9.0 (5-20))	12.30 ±4.55 (12.0 (6-24))	12.77 ±2.89 (13.0 (5-20))
almış	58.86 ±12.97 (57.0 (38-75))	13.71±4.31 (13.0 (6-19))	12.71 ±3.73 (11.0 (8-18))	8.29 ±2.56 (8.0 (5-12))	12.43 ±3.99 (14.0 (6-16))	11.71 ±2.36 (11.0 (10-16))
Epizod Sayısı	z=0.701 p=0.483	z=1.763 p=0.078	z=-0.380 p=0.704	z=-0.061 p=0.951	z=0.970 p=0.332	z=-0.390 p=0.696
1	60.00 ±15.19 (57.0 (36-96))	11.60±3.75 (11.0 (6-22))	14.07 ±4.13 (14.0 (9-24))	9.62 ±3.52 (9.0 (5-19))	11.89 ±4.70 (11.0 (6-24))	12.82 ±3.26 (13.0 (5-20))
>1	61.51 ±15.43 (60.5 (38-114))	13.12±4.56 (13.0 (6-24))	13.76 ±4.12 (14.0 (7-27))	9.50 ±3.46 (9.0 (5-20))	12.52 ±4.42 (12.0 (6-24))	12.66 ±2.66 (12.0 (7-19))
Özkiyım Girişimi	z=1.010 p=0.312	z=1.161 p=0.246	z=0.012 p=0.991	z=1.412 p=0.158	z=0.939 p=0.348	z=0.859 p=0.390
Yok	60.16 ±14.61 (58.0 (36-114))	12.30±4.07 (12.0 (6-24))	13.83 ±3.97 (14.0 (7-27))	9.33 ±3.44 (9.0 (5-20))	12.07 ±4.34 (12.0 (6-24))	12.64 ±3.01 (12.0 (5-20))
Var	64.35 ±17.78 (61.0 (39-98))	13.81±5.24 (12.5 (7-23))	14.00 ±4.72 (13.5 (7-23))	10.38 ±3.54 (10.5 (5-18))	13.22 ±5.08 (12.0 (6-24))	13.04 ±2.22 (14.0 (8-16))

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Değerler ortalama±standart sapma (ortanca (minimum-maximum)) şeklinde verilmiştir. RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği.

Tablo 9. Klinik Değişkenler RHİDÖ ve alt ölçek puanları ilişkisi*-2

	RHİDÖ					
	RHİDÖ toplam	yabancılaşma	kalıpyargıların onaylanması	algılanan ayrımcılık	sosyal geri çekilme	damgalanmaya direnç
Yeni başvuru/takipli	z=-1.537 p=0.124	z=-2.224 p=0.026	z=-1.314 p=0.189	z=-0.257 p=0.797	z=-1.137 p=0.255	z=-0.696 p=0.487
yeni başvuru	63.45 ±15.56 (63.0 (40-98))	13.68±4.58 (13.0 (6-23))	14.38 ±4.00 (14.0 (8-23))	9.66 ±3.60 (9.0 (5-18))	12.85 ±4.65 (12.5 (6-24))	12.94 ±2.72 (13.0 (7-20))
takipli	59.32 ±15.01 (55.0 (36-114))	11.86±4.04 (11.5 (6-24))	13.51 ±4.18 (13.0 (7-27))	9.46 ±3.40 (9.0 (5-20))	11.92 ±4.39 (11.0 (6-24))	12.56 ±2.97 (12.0 (5-19))
Halen tedavi	z=-1.775 p=0.076	z=-1.502 p=0.133	z=-1.468 p=0.142	z=-0.417 p=0.677	z=-1.579 p=0.114	z=-1.445 p=0.148
almıyor	64.50 ±15.51 (63.0 (40-98))	13.50±4.71 (12.50 (6-23))	14.65 ±4.14 (14.5 (9-24))	9.78 ±3.63 (9.0 (5-18))	13.33 ±4.88 (13.0 (6-24))	13.25 ±2.49 (13.0 (7-18))
alıyor	59.45 ±15.04 (55.0 (36-114))	12.20 ±4.14 (12.0 (6-24))	13.52 ±4.08 (13.0 (7-27))	9.44 ±3.41 (9.0 (5-20))	11.86 ±4.29 (11.0 (6-24))	12.48 ±3.00 (12.0 (5-20))
Psikiyatrik Ektanı	z=0.697 p=0.486	z=0.352 p=0.725	z=0.209 p=0.834	z=0.550 p=0.582	z=0.903 p=0.367	z=0.141 p=0.888
yok	60.71 ±16.34 (56.0 (36-114))	12.52 ±4.52 (12.0 (6-24))	13.82 ±4.16 (13.0 (7-27))	9.53 ±3.73 (9.0 (5-20))	12.17 ±4.94 (11.0 (6-24))	12.69 ±2.97 (12.0 (7-19))
var	61.39 ±13.84 (60.0 (38-94))	12.70 ±4.12 (12.0 (6-21))	13.93 ±4.08 (14.0 (7-24))	9.57 ±3.09 (10.0 (5-17))	12.49 ±3.85 (12.0 (6-21))	12.76 ±2.73 (13.0 (5-20))
Ek Bedensel Hastalık	z=-2.270 p=0.023	z=-2.398 p=0.016	z=-1.179 p=0.238	z=-1.460 p=0.101	z=-2.321 p=0.020	z=-0.916 p=0.360
yok	64.02 ±14.59 (63.5 (36-96))	13.50 ±4.06 (13.0 (6-22))	14.19 ±3.71 (14.0 (7-22))	10.00 ±3.04 (10.0 (5-19))	13.40 ±4.63 (13.0 (6-24))	12.94 ±2.44 (12.5 (7-17))
var	58.80 ±15.59 (55.0 (38-114))	11.93 ±4.45 (10.5 (6-25))	13.63 ±4.36 (13.0 (7-27))	9.23 ±3.69 (8.0 (5-20))	11.54 ±3.34 (10.0 (6-24))	12.54 ±3.09 (12.0 (5-20))
S/G Psik Hastalık	z=0.109 p=0.913	z=0.886 p=0.376	z=-0.585 p=0.558	z=-1.251 p=0.211	z=0.670 p=0.503	z=0.350 p=0.727
yok	60.73 ±16.40 (56.00 (36-114))	12.07 ±4.31 (11.0 (6-24))	14.24 ±4.44 (14.0 (8-27))	9.96 ±3.54 (10.0 (5-20))	11.91 ±4.69 (11.0 (6-24))	12.56 ±2.72 (13.0 (7-19))
var	60.49 ±14.54 (58.5 (39-98))	12.71 ±4.39 (12.0 (6-23))	13.60 ±3.93 (13.5 (7-23))	9.24 ±3.43 (9.0 (5-18))	12.33 ±4.46 (12.0 (6-24))	12.67 ±2.69 (12.0 (7-20))
Sosyal Çevre Psikiyatrik Hast.	z=-0.290 p=0.771	z=0.321 p=0.748	z=-0.424 p=0.671	z=-0.242 p=0.809	z=-0.493 p=0.622	z=0.837 p=0.402
yok	60.26 ±14.34 (57.0 (39-98))	12.14 ±4.33 (12.0 (6-23))	13.84 ±3.92 (14.0 (7-23))	9.68 ±3.61 (9.0 (5-19))	12.24 ±4.39 (12.0 (6-22))	12.36 ±2.57 (12.0 (7-18))
var	59.58 ±14.01 (55.0 (36-96))	12.26 ±3.86 (12.0 (6-22))	13.62 ±3.98 (13.0 (7-24))	9.26 ±2.97 (9.0 (5-17))	11.80 ±4.30 (11.5 (6-24))	12.72 ±2.66 (13.0 (7-20))

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Değerler ortalama±standart sapma (ortanca (minimum-maximum)) şeklinde verilmiştir. RHİDÖ:Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği. S/G: Soygeçmiş

Hastaların klinik özelliklerinin damgalanma durumuyla ilişkisi incelemek amacıyla ilk depresyon epizodundan ve ilk psikiyatri başvurusundan bu yana geçen süre, geçmişte psikiyatrik tedavi alıp almama, ilaç tedavisi alıp almama, psikoterapi alıp almama, yeni başvuru/takipli hasta olması, halen tedavi alıp almama, bir/birden fazla epizodu olması, özkıyım girişimi olup olmaması, psikiyatri eş tanı varlığı, bedensel hastalık varlığı, soygeçmişte psikiyatrik hastalık olup olmadığı, sosyal çevrede psikiyatrik hastalık olup olmaması durumları ile RHİDÖ ve DKDÖ ölçek puanları arasındaki ve AUÖ, İGDÖ ve BDÖ puanları arasındaki ilişki Mann Whitney U testi kullanılarak incelenmiştir. Değerlendirme sonucunda damgalanma ölçeklerinden kliniğimize başvurusu yeni olanların takipli hastalara göre RHİDÖ yabancılaşma alt ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı ($z=2.224$ $p=0.026$), bedensel hastalığı olmayanların olanlara göre toplam RHİDÖ ($z=-2.270$ $p=0.023$), RHİDÖ yabancılaşma ($z=-2.398$ $p=0.016$), RHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçeği ($z=-2.321$ $p=0.020$) puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer değişkenler ve damgalanma puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ek olarak geçmişte psikiyatrik tedavi alanların almayanlara göre ($z=-2.321$ $p=0.020$) ve geçmişte ilaç tedavisi alanların almayanlara göre ($z=2.138$ $p=0.033$) İGDÖ puanlarının daha yüksek olduğu, kliniğimize ilk başvurusu olan hastaların İGDÖ puanlarının takipli hastalardan daha düşük ($z=6.388$ $p=0.000$), BDÖ puanlarının daha yüksek ($z=-3.762$ $p=0.000$) olduğu, geçmişte özkıyım girişimi olanların olmayanlara göre İGDÖ puanlarının daha düşük ($z=-2.234$ $p=0.020$), BDÖ puanlarının daha yüksek ($z=2.241$ $p=0.025$) olduğu, halen psikiyatrik tedavi alanların almayanlara göre İGDÖ puanlarının daha yüksek ($z=5.222$ $p=0.000$), BDÖ puanlarının daha düşük ($z=-2.657$ $p=0.008$) olduğu, ek bedensel hastalığı olanların AUÖ puanlarının daha düşük ($z=-2.670$ $p=0.008$), İGDÖ puanlarının daha yüksek ($z=3.542$ $p=0.000$), BDÖ puanlarının daha düşük ($z=-3.482$ $p=0.000$) olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Sosyodemografik Değişkenler DKDÖ ve alt ölçek puanları ilişkisi*

	DKDÖ toplam	utanç	DKDÖ suçlanma	sosyal yetersizlik	tedavi arama inhibisyonu
Cinsiyet	z=-1.031 p=0.303	z=-0.775 p=0.438	z=-0.084 p=0.933	z=-0.794 p=0.427	z=-1.168 p=0.243
erkek	48.34 ±11.57 (47.0 (11-67))	10.97 ±5.10 (11.0 (4-20))	14.97 ±3.77 (16.0 (5-20))	11.49 ±3.88 (11.0 (4-18))	10.91 ±3.45 (10.0 (5-16))
kadın	46.40 ±9.65 (45.5 (26-68))	10.10 ±4.37 (9.0 (4-20))	15.32 ±2.58 (16.0 (8-20))	10.84 ±3.33 (11.0 (4-17))	10.13 ±3.34 (11.0 (4-17))
Eğitim Düzeyi	z=-1.151 p=0.250	z=-1.708 p=0.088	z=-1.121 p=0.262	z=0.678 p=0.498	z=-0.839 p=0.401
ilk ve ortaokul	48.42 ±9.22 (46.0 (29-68))	11.21 ±4.45 (11.0 (4-20))	15.58 ±2.87 (16.0 (8-20))	10.94 ±2.97 (11.0 (4-18))	10.69 ±3.26 (10.0 (4-20))
lise ve üstü	46.17 ±10.67 (46.0 (22-68))	9.88 ±4.62 (9.0 (4-20))	15.00 ±3.00 (15.0 (5-20))	11.17 ±3.71 (12.0 (4-18))	11.17 ±3.71 (12.0 (4-18))
Çalışma Durumu**	z=2,878 p=0.578	z=4,306 p=0.366	z=4,016 p=0.404	z=10,621 p=0.031	z=0,156 p=0.997
işsiz	49.71 ±10.56 (53.0 (33-63))	12.00 ±3.37 (13.0 (7-16))	15.14 ±2.91 (15.0 (11-20))	12.57 ±3.41 (14.0 (7-16))	10.00 ±4.43 (10.0 (4-15))
çalışıyor	44.93 ±8.28 (45.0 (29-59))	9.07 ±3.99 (7.0 (4-19))	15.00 ±2.99 (15.0 (8-20))	10.70 ±3.53 (10.5 (5-17))	10.17 ±3.00 (10.5 (4-15))
emekli	46.66 ±12.93 (45.5 (22-68))	10.53 ±5.35 (10.0 (4-20))	15.71 ±3.29 (16.0 (5-20))	10.00 ±4.11 (10.0 (4-18))	10.42 ±4.16 (10.0 (4-20))
ev hanımı	47.23 ±8.43 (45.50 (31-68))	10.63 ±4.53 (10.0 (4-20))	14.93 ±2.37 (15.0 (10-20))	11.25 ±2.35 (11.0 (8-16))	10.43 ±3.02 (10.0 (4-18))
öğrenci	49.25 ±10.36 (48.50 (33-67))	10.81 ±4.12 (10.0 (4-17))	15.31 ±3.42 (16.0 (6-19))	12.75 ±3.57 (14.0 (4-17))	10.38 ±2.63 (10.0 (6-15))
Medeni Hal	z=-0.425 p=0.671	z=-0.788 p=0.431	z=-0.178 p=0.859	z=-1.494 p=0.135	z=0.516 p=0.606
evli olmayan	47.44 ±11.44 (47.0 (22-68))	10.79 ±4.64 (10.0 (4-20))	15.06 ±3.52 (16.0 (5-20))	11.50 ±3.76 (12.0 (4-18))	10.08 ±3.43 (10.0 (4-18))
evli	46.61 ±9.45 (45.0 (29-68))	10.07 ±4.54 (9.0 (4-20))	15.33 ±2.56 (16.0 (8-20))	10.73 ±3.30 (11.0 (4-18))	10.48 ±3.35 (10.0 (4-20))

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. **Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Değerler ortalama±standart sapma (ortanca (minimum-maximum)) şeklinde verilmiştir. DKDÖ:Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği

Tablo 11. Klinik Değişkenler DKDÖ ve alt ölçek puanları ilişkisi*-1

	DKDÖ toplam	Utanc	DKDÖ Suçlanma	sosyal yetersizlik	tedavi arama inhibisyonu
Geçmiş Depresyon	z=0.701 p=0.483 45.23 ±8.79 (45.0 (29-65))	z=1.089 p=0.276 8.92 ±3.52 (8.0 (4-18))	z=0.302 p=0.762 15.00 ±2.55 (15.0 (10-18))	z=0.607 p=0.544 10.62 ±3.91 (10.0 (5-18))	z=-0.673 p=0.501 10.69 ±2.56 (12.0 (5-15))
	yok 47.10 ±10.35 (47.0 (22-68))	var 10.49 ±4.66 (10.0 (4-20))	15.25 ±2.98 (16.0 (5-20))	11.06 ±3.45 (11.0 (4-18))	10.30 ±3.46 (10.0 (4-20))
Geçmiş Psikiyatrik Tedavi	z=0.441 p=0.660 46.23 ±11.57 (45.50 (29-68))	z=1.124 p=0.261 9.32 ±4.12 (8.50 (4-17))	z=-0.558 p=0.577 15.55 ±2.60 (16.0 (10-19))	z=0.890 p=0.373 10.32 ±3.97 (10.0 (4-17))	z=-1.166 p=0.244 11.05 ±3.72 (12.0 (4-18))
	almamış 47.06 ±9.94 (47.0 (22-68))	almış 10.54 ±4.64 (10.0 (4-20))	15.17 ±3.00 (16.0 (5-20))	11.16 ±3.38 (11.0 (4-18))	10.19 ±3.30 (10.0 (4-20))
Geçmiş İlaç Tedavisi	z=0.469 p=0.639 46.20 ±10.94 (46.0 (29-68))	z=1.107 p=0.268 9.36 ±3.98 (9.0 (4-17))	z=-0.289 p=0.773 15.44 ±2.48 (16.0 (10-19))	z=0.729 p=0.466 10.48 ±3.84 (10.0 (4-17))	z=-1.021 p=0.307 10.92 ±3.65 (12.0 (4-18))
	almamış 47.08 ±10.05 (46.50 (22-68))	almış 10.57 ±4.69 (10.0 (4-20))	15.18 ±3.04 (16.0 (5-20))	11.14 ±3.40 (11.5 (4-18))	10.20 ±3.31 (10.0 (4-20))
Geçmiş Psikoterapi	z=1.562 p=0.118 46.60 ±10.20 (45.50 (22-68))	z=2.099 p=0.036 10.14 ±4.53 (9.0 (4-20))	z=-0.495 p=0.621 15.25 ±2.97 (16.0 (5-20))	z=1.125 p=0.261 10.94 ±3.51 (11.0 (4-18))	z=0.905 p=0.366 10.27 ±3.39 (10.0 (4-20))
	almamış 52.43 ±8.81 (51.0 (38-62))	almış 13.86 ±4.18 (14.0 (8-20))	14.86 ±2.34 (16.0 (11-18))	12.29 ±2.69 (13.0 (8-15))	11.42 ±2.99 (11.0 (8-16))
Epizod Sayısı	z=1.695 p=0.090 44.80 ±8.76 (45.0 (29-67))	z=1.924 p=0.054 9.18 ±3.90 (8.0 (4-20))	z=-0.316 p=0.752 15.23 ±3.09 (16.0 (6-20))	z=0.237 p=0.812 10.84 ±3.88 (11.0 (4-18))	z=1.689 p=0.091 9.55 ±2.89 (10.0 (4-15))
	1 47.99 ±10.72 (48.0 (22-68))	>1 10.92 ±4.79 (11.0 (4-20))	15.23 ±2.87 (15.0 (5-20))	11.10 ±3.28 (11.0 (4-18))	10.74 ±3.54 (10.0 (4-20))
Özkıyım Girişimi	z=0.908 p=0.364 46.52 ±10.42 (46.0 (22-68))	z=0.471 p=0.638 10.24 ±4.57 (9.50 (4-20))	z=-0.272 p=0.786 15.25 ±3.02 (16.0 (5-20))	z=1.582 p=0.114 10.77 ±3.51 (11.0 (4-18))	z=0.683 p=0.495 10.26 ±3.35 (10.0 (4-20))
	yok 48.44 ±9.26 (47.0 (31-64))	var 10.70 ±4.66 (10.0 (4-19))	15.15 ±2.63 (16.0 (8-20))	11.96 ±3.24 (12.0 (5-18))	10.63 ±3.50 (11.0 (4-16))

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Değerler ortalama±standart sapma (ortanca (minimum-maximum)) şeklinde verilmiştir. DKDÖ:Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği

Tablo 12. Klinik Değişkenler DKDÖ ve alt ölçek puanları ilişkisi*-2

	DKDÖ toplam	utanç	DKDÖ suçlanma	sosyal yetersizlik	tedavi arama inhibisyonu
Yeni başvuru/takipli	z=-1.418 p=0.156	z=-1.126 p=0.260	z=0.713 p=0.476	z=-1.371 p=0.170	z=-1.592 p=0.111
yeni başvuru	48.22 ±10.66 (49.0 (26-68))	10.89 ±4.61 (11.0 (4-19))	15.11 ±2.60 (15.0 (8-20))	11.44 ±3.72 (12.0 (4-18))	10.78 ±3.17 (12.0 (4-18))
takipli	46.00 ±9.81 (45.0 (22-68))	9.95 ±4.54 (9.0 (4-20))	15.31 ±3.16 (16.0 (5-20))	10.71 ±3.29 (11.0 (4-18))	10.03 ±3.49 (10.0 (4-20))
Halen tedavi	z=-0.147 p=0.884	z=-0.281 p=0.778	z=0.832 p=0.405	z=0.169 p=0.865	z=-0.661 p=0.509
almıyor	46.83 ±10.44 (47.0 (26-67))	10.41 ±4.26 (10.0 (4-19))	15.10 ±2.28 (15.0 (10-19))	10.85 ±3.75 (11.0 (4-18))	10.46 ±3.05 (11.0 (4-16))
alıyor	46.96 ±10.13 (45.0 (22-68))	10.30 ±4.73 (9.0 (4-20))	15.29 ±3.20 (16.0 (5-20))	11.09 ±3.37 (11.0 (4-18))	10.28 ±3.53 (10.0 (4-20))
Psikiyatrik Ektanı	z=0.548 p=0.583	z=-0.975 p=0.329	z=0.448 p=0.654	z=1.093 p=0.274	z=-0.586 p=0.558
yok	46.54 ±9.57 (45.50 (29-68))	10.07 ±4.65 (9.0 (4-20))	15.21 ±2.82 (15.0 (6-20))	10.78 ±3.30 (11.0 (4-18))	10.49 ±3.53 (10.0 (4-20))
var	47.44 ±11.06 (48.0 (22-68))	10.71 ±4.47 (10.0 (4-18))	15.25 ±3.10 (16.0 (5-20))	11.35 ±3.72 (12.0 (4-18))	10.13 ±3.16 (10.0 (4-18))
Ek Bedensel Hastalık	z=0.020 p=0.984	z=-0.657 p=0.511	z=1.812 p=0.070	z=-0.863 p=0.388	z=-0.236 p=0.814
yok	46.74 ±9.12 (47.0 (29-68))	10.55 ±4.34 (10.0 (4-20))	14.60 ±3.00 (15.0 (6-20))	11.34 ±3.44 (12.0 (4-17))	10.26 ±2.83 (10.0 (4-16))
var	46.81 ±10.90 (45.0 (22-68))	10.06 ±4.71 (9.0 (4-20))	15.58 ±2.80 (16.0 (5-20))	10.88 ±3.56 (11.0 (4-18))	10.30 ±3.68 (10.0 (4-20))
S/G Psik Hastalık	z=-0.255 p=0.799	z=-0.072 p=0.943	z=0.331 p=0.741	z=0.752 p=0.452	z=-1.283 p=0.199
yok	46.65 ±9.68 (46.0 (22-68))	10.28 ±4.44 (9.0 (4-20))	14.81 ±3.33 (15.0 (5-20))	10.84 ±3.55 (11.0 (4-18))	10.72 ±3.52 (11.0 (5-20))
var	46.62 ±10.65 (45.0 (29-68))	10.22 ±4.59 (10.0 (4-20))	15.26 ±2.70 (16.0 (8-20))	11.33 ±3.46 (12.0 (4-18))	9.81 ±3.31 (10.0 (4-18))
Sosyal Çevre Psikiyatrik Hast.	z=0.241 p=0.809	z=-0.188 p=0.851	z=0.817 p=0.414	z=0.626 p=0.532	z=-0.646 p=0.518
yok	45.98 ±10.82 (46.0 (22-68))	10.22 ±4.68 (9.0 (4-20))	14.76 ±3.54 (15.0 (5-20))	10.71 ±3.56 (11.0 (4-18))	10.29 ±3.60 (10.0 (4-20))
var	46.36 ±9.16 (45.0 (29-65))	10.25 ±4.07 (10.0 (4-19))	15.43 ±2.13 (16.0 (10-20))	11.11 ±3.20 (12.0 (4-18))	9,57 ±3,06 (10.0 (4-16))

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Değerler ortalama±standart sapma (ortanca (minimum-maximum)) şeklinde verilmiştir. DKDÖ:Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği, S/G:Soygeçmiş

Pearson korelasyon analiziyle incelenen; ilk depresyon epizodundan beri geçen süreyle RHİDÖ toplam ve alt ölçeklerinden alınan puanlar ile DKDÖ toplam ve alt ölçeklerinden alınan puanların ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. İlk Psikiyatri başvurusundan beri geçen süreyle RHİDÖ toplam ve alt ölçeklerinden alınan puanlar ile DKDÖ toplam ve alt ölçeklerinden alınan puanların ilişkisi incelendiğinde ilk Psikiyatri başvurusundan beri geçen sürenin RHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği ile anlamlı zayıf, negatif yönde korelasyonu olduğu ($r=-0.197$ $p=0.025$) saptanmış, diğer değişkenlerle anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Depresyon Süresi ve İlk Psikiyatri Başvurusundan Beri Geçen Süre ile Damgalanma İlişkisi

	RHİDÖ					
	RHİDÖ toplam	Yabancılaşma	kalpyargıların onaylanması	algılanan ayrımcılık	sosyal geri çekilme	Damgalanmaya direnç
Kaç yıldır depresyon var	-0.102 p=0.245	-0.001 p=0.991	-0.120 p=0.174	-0.124 p=0.159	-0.071 p=0.419	-0.106 p=0.230
İlk başvuru kaç yıl önce	-0.148 p=0.092	-0.061 p=0.490	-0.141 p=0.110	-0.197 p=0.025*	-0.065 p=0.462	-0.146 p=0.098
	DKDÖ					
	DKDÖ toplam	Utancı	Suçlanma	sosyal yetersizlik	tedavi arama inhibisyonu	
Kaç yıldır depresyon var	-0.030 p=0.733	0.005 p=0.952	-0.032 p=0.718	-0.049 p=0.581	-0.020 p=0.820	
İlk başvuru kaç yıl önce	-0.063 p=0.477	0.019 p=0.831	-0.048 p=0.590	-0.140 p=0.113	-0.031 p=0.730	

Pearson Korelasyon Analizi, Korelasyon katsayıları ve p değerleri

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, DKDÖ: Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği

Tablo 14. Sosyodemografik Değişkenler AUÖ, BDÖ, İGDÖ puan ilişkisi*

	AUÖ	İGDÖ	BDÖ
Yaş	z=2.273 p=0.023	z=-2.447 p=0.014	z=2.861 p=0.004
<65	2.00 ±2.84 (1 (0-13))	70.73±15.66 (70 (25-100))	21.19 ±12.27 (21 (0-54))
≥65	1.4 ±3.59 (0 (0-14))	77.97±14.79 (80 (45-100))	14.78 ±11.11 (13 (1-49))
Cinsiyet	z=1.102 p=0.270	z=1.136 p=0.256	z=0.236 p=0.814
erkek	1.14 ±1.91 (0 (0-7))	69.58 ±18.18 (67.5 (25-95))	18.93 ±14.63 (16.5 (1-54))
kadın	2.09 ±3.46 (0 (0-14))	73.92 ±14.62 (75.0 (45-100))	19.25 ±11.34 (18.0 (0-45))
Eğitim Düzeyi	z=-0.363 p=0.716	z=0.944 p=0.345	z=-0.688 p=0.491
ilk ve ortaokul	1.95 ±3.49 (0 (0-14))	71.04 ±14.10 (70.0 (45-100))	19.83 ±10.72 (20.5 (0-37))
lise ve üstü	1.74 ±2.88 (0 (0-13))	73.43 ±16.64 (80.0 (25-100))	19.24 ±13.19 (16.0 (1-54))
Çalışma Durumu**	z=6.920 p=0.140	z=16.110 p=0.003	z=22.071 p=0.000
işsiz	1.00 ±1.73 (0 (0-3))	64.29 ±17.66 (60.0 (45-95))	24.14 ±10.51 (24.0 (11-38))
çalışıyor	2.35 ±2.71 (1 (0-8))	67.00 ±14.66 (60.0 (45-100))	24.90 ±11.03 (24.0 (0-44))
emekli	1.28 ±2.84 (0 (0-14))	79.88 ±15.13 (85.0 (45-100))	13.45 ±12.70 (9.0 (1-54))
ev hanımı	1.80 ±3.68 (0 (0-14))	72.75 ±13.06 (72.50 (45-95))	19.95 ±10.46 (18.50 (2-39))
öğrenci	2.90 ±3.07 (2 (0-7))	69.38 ±18.61 (72.50 (25-90))	20.56 ±13.10 (19.50 (2-45))
Medeni Hal	z=-0.883 p=0.377	z=0.178 p=0.858	z=0.898 p=0.369
evli olmayan	2.22 ±2.95 (0 (0-8))	72.24 ±16.08 (70.0 (25-100))	18.37 ±12.57 (15.0 (2-54))
evli	1.60 ±3.20 (0 (0-14))	73.04 ±15.58 (75.0 (45-100))	20.01 ±12.11 (19.5 (0-49))

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. **Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Değerler ortalama±standart sapma (ortanca (minimum-maximum)) şeklinde verilmiştir. AUÖ:Antidepresan Uyum Ölçeği, İGDÖ:İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeği, BDÖ:Beck Depresyon Ölçeği

Tablo 15. Klinik Değişkenler AUÖ, BDÖ, İGDÖ puan ilişkisi*

	AUÖ	İGDÖ	BDÖ
Geçmiş Depresyon	z=-1.356 p=0.175	z=1.680 p=0.093	z=-0.591 p=0.554
yok	3.80 ±5.81 (1 (0-14))	66.54 ±11.25 (60.0 (55-85))	21.08 ±11.24 (23.0 (7-44))
var	1.70 ±2.90 (0 (0-14))	73.42 ±16.01 (75.0 (25-100))	19.22 ±12.39 (16.0 (0-54))
Geçmiş Psikiyatrik Tedavi	z=0.493 p=0.622	z=2.321 p=0.020	z=-1.254 p=0.210
almamış	2.50 ±5.65 (0 (0-14))	66.14 ±13.71 (60.0 (45-100))	22.59 ±12.88 (23.0 (1-49))
almış	1.77 ±2.91 (0 (0-14))	74.05 ±15.80 (80.0 (25-100))	18.77 ±12.09 (16.0 (0-54))
Geçmiş İlaç Tedavisi	z=0.129 p=0.897	z=2.138 p=0.033	z=-1.052 p=0.293
almamış	2.43 ±5.16 (0 (0-14))	67.20 ±13.70 (60.0 (45-100))	21.80 ±12.58 (23.0 (1-49))
almış	1.76 ±2.92 (0 (0-14))	74.03 ±15.92 (77.5 (25-100))	18.85 ±12.18 (16.0 (0-54))
Geçmiş Psikoterapi	z=1.455 p=0.191	z=0.537 p=0.591	z=-0.746 p=0.426
almamış	1.74 ±3.11 (0 (0-14))	72.58 ±15.65 (75.0 (25-100))	19.59 ±12.27 (18.0 (0-54))
almış	3.50 ±3.00 (4 (0-6))	75.71 ±17.66 (80.0 (45-95))	16.14 ±12.62 (11.0 (5-38))
Epizod Sayısı	z=-0.288 p=0.773	z=-0.823 p=0.411	z=1.546 p=0.122
1	2.16 ±3.95 (0 (0-14))	74.22 ±15.07 (80.0 (25-100))	16.96 ±11.01 (15.0 (0-44))
>1	1.69 ±2.75 (0 (0-13))	71.99 ±16.06 (70.0 (45-100))	20.66 ±12.73 (18.5 (1-54))
Özkiyim Girişimi	z=1.286 p=0.198	z=-2.324 p=0.020	z=2.241 p=0.025
yok	1.51 ±2.63 (0 (0-14))	74.25 ±15.40 (75.0 (25-100))	18.15 ±11.77 (16.0 (0-54))
var	3.06 ±4.47 (1 (0-14))	66.85 ±15.82 (60.0 (45-95))	24.33 ±13.11 (24.0 (1-49))
Yeni başvuru/takipli	z=0.754 p=0.451	z=6.388 p=0.000	z=-3.762 p=0.000
yeni başvuru	2.11 ±4.50 (0 (0-14))	62.73 ±12.35 (60.0 (45-95))	24.09 ±12.13 (24.0 (1-49))
takipli	1.74 ±2.67 (0 (0-13))	79.81 ±13.92 (80.0 (25-100))	16.10 ±11.30 (13.0 (0-54))
Halen tedavi		z=5.222 p=0.000	z=-2.657 p=0.008
almıyor		62.44 ±12.51 (60.0 (45-100))	23.59 ±12.56 (24.0 (0-49))
alıyor		77.34 ±14.83 (80.0 (25-100))	17.54 ±11.72 (15.0 (1-54))
Psikiyatrik Ektanı	z=-0.309 p=0.757	z=-0.527 p=0.598	z=-0.957 p=0.338
yok	1.84 ±3.10 (0 (0-14))	73.18 ±16.04 (75.0 (25-100))	20.32 ±12.73 (18.0 (0-54))
var	1.78 ±3.16 (0 (0-14))	72.14 ±15.37 (75.0 (45-100))	18.14 ±11.57 (16.0 (3-45))
Ek Bedensel Hastalık	z=-2.670 p=0.008	z=3.542 p=0.000	z=-3.482 p=0.000
yok	2.81 ±2.98 (2 (0-8))	66.25 ±15.66 (60.0 (25-95))	24.15 ±12.00 (23.0 (2-45))
var	1.33 ±3.03 (0 (0-14))	76.71 ±14.72 (80.0 (45-100))	16.48 ±11.74 (13.5 (0-54))
S/G Psikiyatrik Hastalık	z=0.175 p=0.861	z=1.432 p=0.152	z=-1.380 p=0.167
yok	2.36 ±4.30 (0 (0-14))	70.00 ±16.17 (65.0 (25-100))	21.29 ±12.85 (21.0 (1-54))
var	1.55 ±2.18 (0 (0-7))	74.59 ±15.56 (80.0 (45-100))	17.96 ±12.02 (16.0 (0-49))
Sosyal Çevre Psikiyatrik H	z=1.411 p=0.158	z=-0.013 p=0.990	z=0.547 p=0.585
yok	1.36 ±2.35 (0 (0-8))	73.20 ±17.55 (75.0 (2-100))	18.28 ±12.67 (16.0 (1-47))
var	2.37 ±3.92 (1 (0-14))	73.70 ±14.28 (72.5 (45-100))	19.00 ±11.13 (18.0 (0-44))

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Değerler ortalama±standart sapma (ortanca (minimum-maximum)) şeklinde verilmiştir. AUÖ:Antidepresan Uyum Ölçeği, İGDÖ:İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeği, BDÖ:Beck Depresyon Ölçeği, S/G: Soygeçmiş

4.2 Yaşlı ve Genç Depresyon Gruplarının Özellikleri

4.2.1 Yaşlı ve Genç Depresyon Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hastalar yaşlı ve genç depresyon grubu olmak üzere ikiye ayrılarak iki grubun özellikleri karşılaştırıldığında genç grubun yaş ortalaması 38.70 (± 13.14), yaşlı grubun yaş ortalaması 70.95 (± 5.96) olarak hesaplanmıştır. İki grubun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 16. Yaşlı ve Genç Grubun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=133)

	Yaşlı Depresyon (N=37)	Genç Depresyon (N=96)	X ²	p değeri
Yaş Ort. \pm SS (ortanca (min-max))	70.95 \pm 5.96 (70.0 (65-88))	38.70 \pm 13.14 (39 (18-64))	z=-8.921	P=0.000*
Cinsiyet N (%)			3.012	P=0.126
Erkek	14 (%37.8)	22 (%22.9)		
Kadın	23 (%62.2)	74 (%77.1)		
Medeni durum			0.428	P=0.553
Evli olan	25 (%67.6)	59 (%61.5)		
Evli olmayan	12 (%34.2)	37 (%38.5)		
Eğitim			0.032	P=1.000
İlk ve ortaokul	14 (%37.8)	34 (%36.2)		
Lise ve üstü	23 (%62.2)	60 (%63.8)		
Çalışma Durumu			41.492	P=0.000*
İşsiz	0 (%0.00)a	7 (%7.3)a		
Çalışıyor	0 (%0.00)a	30 (%31.3)b		
Emekli	24 (%64.9)a	16 (%16.7)b		
Ev Hanımı	13 (%35.1)a	27 (%28.1)a		
Öğrenci	0 (%0.00)a	16 (%16.7)b		
Yaşadığı Yer			0.799	P=0.592
Kent	37 (%100)	92 (%97.9)		
Kırsal	0 (%0.00)	2 (%2.1)		
Kiminle Yaşadığı			23.417	P=0.000*
Tek başına	8 (%22.9)a	1 (%1.1)b		
Çekirdek aileden bireylerle	26 (%74.3)a	73 (%76.8)a		
Geniş aileden bireylerle	1 (%2.9)a	10 (%10.5)a		
Diğer (yurt, öğrenci evi, akraba)	0 (%0.0)a	11 (%11.6)b		

N: Sayı, ort.:ortalama, SS: Standart sapma, min-max: Minimum- Maximum
p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

İki grup arasındaki farklar Ki-kare testi kullanılarak incelenmiş, çalışma durumları ve kiminle yaşadıkları dışında sosyodemografik özellikler açısından fark çıkmamıştır. Çalışma durumları arasındaki fark yaşlı grupta emeklilerin genç grupta çalışan ve öğrencilerin fazla olmasından, kiminle yaşadıklarına göre fark ise yaşlı grupta tek başına yaşayanların, genç grupta yurt, öğrenci evi gibi yerlerde kalanların (diğer) fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

4.2.2 Yaşlı ve Genç Depresyon Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

İki grup geçmiş depresyon öyküsü olup olmaması, bir ya da birden fazla epizod geçirme, geçmiş tedavi alıp almamaları, aldıkları tedaviler (ilaç, terapi, EKT, yatarak tedavi alıp almama), geçmişte özkıyım girişimi varlığı, depresyon belirtilerinin aktif olması, kısmi ya da tam remisyonda olması, yeni başvuru-takipli olma durumları, halen tedavi alıp almama, ek psikiyatrik tanı varlığı ve tanılarının dağılımı, ek bedensel hastalık varlığı, sigara kullanımı, alkol-madde kullanım bozuklukları, soygeçmişte ve sosyal çevrede psikiyatrik hastalık olup olmaması durumları açısından Ki-kare analiziyle karşılaştırılmıştır. İki grubun ilk depresyon döneminin kaç yaşında olduğu, kaç yıl önce olduğu, ilk psikiyatri başvurusunun kaç yaşında olduğu, kaç yıl önce olduğu, Standardize Mini Mental Test Puanı, hastaların depresif belirti şiddetini değerlendiren Beck Depresyon Ölçeği Puanı, işlevsellik düzeyini gösteren İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ) Puanı, Antidepresan Uyum Ölçeği Puanları ortalamaları da Mann Whitney U Testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Gruplar klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında geçmiş depresyon öyküsü varlığı, birden fazla epizod geçirip geçirmemeleri, geçmiş psikiyatrik tedavi alma oranları, aldıkları tedavi çeşitleri, yatarak tedavi almaları, özkıyım girişimi olup olmaması, sigara kullanımı, alkol-madde kullanım bozuklukları, psikiyatrik ektanı varlığı ve dağılımı açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Ancak hastaların kliniğimize başvuru biçimi (ilk başvuru/takipli hasta), ilk depresyon epizodunu geçirdikleri yaşlar, ilk epizodun kaç yıl önce olduğu, ilk kez kaç yaşlarında psikiyatriye başvurdukları, başvurunun kaç yıl önce olduğu konularında, ek bedensel hastalık varlığı, soygeçmişte psikiyatrik hastalık varlığı ve Mini Mental Test'ten aldıkları puan ortalamaları açısından farklı oldukları saptanmıştır. Genç hasta grubunda yeni

başvuranlar %46.9 iken yaşlı hasta grubunun %27.0 'ının yeni başvuru olduğu ($p=0.049$), genç hasta grubunda depresyon belirtileri aktif olanlar %44.8 iken yaşlı hasta grubunda %18.9; genç hasta grubunda kısmi düzelme yaşayanların oranı %18.8 iken yaşlı hasta grubunda %35.1 olarak hesaplanmıştır ($p=0.015$). Genç hasta grubunun ilk depresyon geçirme yaş ortalaması (31.05 ± 11.37) yaşlı hasta grubunun ilk depresyon geçirme yaş ortalamasından (57.48 ± 15.21) anlamlı oranda düşük ($p=0.000$), genç depresyon grubunun ilk psikiyatri başvuru yaş ortalaması (32.86 ± 11.13) yaşlı hasta grubunun ilk psikiyatri başvuru yaş ortalamasından (59.57 ± 13.48) anlamlı oranda ($p=0.000$) düşük saptanmıştır. Genç depresyon grubunun ilk depresyonundan beri geçen süre (genç: 7.65 ± 7.74 yaşlı: 13.46 ± 13.48 $p=0.009$) ve ilk psikiyatri başvurusundan beri geçen süre (genç: 5.92 ± 7.04 yaşlı: 11.38 ± 11.37 $p=0.009$) de yaşlı hasta grubuna göre anlamlı oranla kısa saptanmıştır. Genç depresyon grubunda ek bedensel hastalık oranı %48.9 iken yaşlı depresyon grubunda %100 ($p=0.000$), genç depresyon grubunda soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar %68.2 iken yaşlı hasta grubunda %43.3 ($p=0.018$)'dir. Genç depresyon grubunun SMMT puan ortalaması 28.97 ± 1.50 (28 (24-30)) iken, yaşlı depresyon grubunun SMMT puan ortalaması 27.94 ± 1.79 (30 (24-30)) olarak hesaplanmıştır.

Ek olarak değerlendirme sırasında genç grubun BDÖ puan ortalaması daha yüksek (yaşlı depresyon: 14.78 ± 11.11 genç depresyon: 21.19 ± 12.27 $p=0.004$), İGDÖ puan ortalaması daha düşük (daha düşük işlevselliğe işaret eder) (yaşlı depresyon: 77.97 ± 14.79 , genç depresyon: 70.73 ± 15.66 $p=0.014$), AUÖ puanı daha yüksek (daha yüksek ilaç uyumsuzluğunu gösterir) (yaşlı depresyon: 1.4 ± 3.59 , genç depresyon: 2.00 ± 2.84 $p=0.023$) saptanmıştır. Yaşlı ve genç hasta grubunun klinik özellikleri Tablo 17 ve 18'de özetlenmiştir.

Tablo 17. Yaşlı ve Genç Depresyon Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-1

	Yaşlı Depresyon (N=37)	Genç Depresyon (N=96)	X ²	p değeri
Geçmiş Depresyon Öyküsü			2.907	p=0.111
yok	1 (%2.7)	12 (%12.5)		
var	36 (%97.3)	84 (%87.5)		
Epizod sayısı			0.386	p=0.550
1	11 (%29.70)	34 (%35.4)		
>1	26 (%70.30)	62 (%64.6)		
Geçmiş tedavi			0.340	p=0.615
Psikiyatrik tedavi almış	32 (%86.5)	79 (%82.3)		
Psikiyatrik tedavi almamış	5 (%13.5)	17 (%17.7)		
İlaç Tedavisi			0.937	p=0.459
İlaç tedavisi almış	32 (%86.5)	76 (%79.2)		
İlaç tedavisi almamış	5 (%13.5)	20 (%20.8)		
Psikoterapi			0.674	p=0.673
Psikoterapi almış	1 (%2.7)	6 (%6.2)		
Psikoterapi almamış	36 (%97.3)	90 (%93.8)		
Yatarak tedavi			0.436	p=0.727
Yatarak tedavi almış	4 (%10.8)	7 (%7.3)		
Yatarak tedavi almamış	33 (%89.2)	89 (%92.7)		
Elektrokonvülf Tedavi			3.164	p=0.094
almış	4 (%10.8)	3 (%3.1)		
almamış	33 (%89.2)	93 (%96.9)		
Özkiyım girişimi olan	4 (%10.8)	20 (%24.0)	2.853	p=0.100
Aktif depresyon varlığı			8.446	p=0.015
remisyonda	17 (%45.9)a	35 (%36.5)a		
kısmi düzelme	13 (%35.1)a	18 (%18.8)b		
aktif	7 (%18.9)a	43 (%44.8)b		
Başvuru biçimi			4.338	p=0.049
yeni başvuru	10 (%27.0)	45 (%46.9)		
takipli	27 (%73.0)	51 (%53.1)		
Halen Tedavi			3.409	P=0.093
Alıyor	30 (%81.1)	62 (%64.6)		
Almıyor	7 (%18.9)	34 (%35.4)		

Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 18. Yaşlı ve Genç Depresyon Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması -2

	Yaşlı Depresyon (N=37)	Genç Depresyon (N=96)	X2	Z	p değeri
İlk depresyon yaşı; ort.+SS, (ortanca (min-max))	57.48 ±15.21 (60 (20-85))	31.05 ±11.37 (30,50 (12-60))		-7.272	p=0.000
İlk depresyon tanı yaşı; ort.+SS, (ortanca (min-max))	59.57 ±13.48 (62 (30-85))	32.86 ±11.13 (33 (13-60))		-7.653	p=0.000
İlk depresyon kaç yıl önce; ort.+SS, (ortanca (min-max))	13.46 ±13.48 (13 (0-55))	7.65 ±7.74 (5 (0-34))		-2.181	P=0.009
İlk psikiyatri başvuru kaç yıl; ort.+SS (ortanca (min-max))	11.38 ±11.37 (10 (0-43))	5.92 ±7.04 (4 (0-32))		-2.595	p=0.009
Ek psikiyatrik tanı olan	17 (%45.9)	39 (%40.6)	0.310		p=0.695
Ek psikiyatrik tanı dağılımı					
Anksiyete bozukluğu	10 (%58.8)	18 (%46.2)	0.760		p=0.562
OKB	2 (%11.8)	4 (%10.3)	0.028		p=1.000
TSSB/ASB	1 (%5.9)	7 (%17.9)	1.408		p=0.412
Somatoform Bozukluk	3 (%17.6)	5 (%12.8)	0.225		p=0.688
Distimi	2 (%11.8)	4 (%10.3)	0.241		p=1.000
Diğer	2 (%11.8)	3 (%3.8)	0.028		p=1.000
Bedensel hastalık var	36 (%100)	46 (%48.9)	29.144		p=0.000
Sigara içen/içmiş olan	8 (%28.6)	37 (%47.4)	3.001		p=0.118
Alkol bağımlılığı/kötüye kullanımı	1 (%3.6)	3 (%3.8)	0.003		p=1.000
Madde kullanımı	0 (%0.0)	1 (%1.2)	0.381		p=1.000
Soygeçmişte psikiyatrik hastalık			5.855		p=0.018
var	13 (%43.3)	60 (%68.2)			
yok	17 (%56.7)	28 (%31.8)			
Sosyal çevre psikiyatrik hastalık			4.033		p=0.050
var	10 (%35.7)	44 (%57.9)			
yok	18 (%64.3)	32 (%42.1)			
Minimental Test Puan; ort.+SS (ortanca (min-max))	27.94 ±1.79 (28 (24-30))	28.97±1.50 (30 (24-30))		3.415	p=0.001
Beck Depresyon Ölçeği	14.78 ±11.11 (13 (1-49))	21.19 ±12.27 (21 (0-54))		2.861	p=0.004
İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeği	77.97±14.79 (80 (45-100))	70.73±15.66 (70 (25-100))		-2.447	p=0.014
Antidepresan Uyum Ölçeği	1.4 ±3.59 (0 (0-14))	2.00 ±2.84 (1 (0-13))		2.273	p=0.023

Ki-kare testi ile yapılan analizlerin sonuç değerleri X2 sütununda, Mann-Whitney U testi ile yapılan analizlerin sonuç değerleri Z sütununda belirtilmiştir.

TSSB/ASB:Trauma Sonrası Stres Bozukluğu/Akut Stres Bozukluğu, OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ort.±SS:Ortalama±Standart Sapma, ortanca (min-max): ortanca (minimum-maximum)

4.3 Damgalanma Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Yaşlı ve genç hasta grubu, damgalanma ölçekleri ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki farklılık açısından Mann Whitney U Testi kullanılarak incelenmiştir. RHİDÖ toplam ve alt ölçeklerinin tümünde genç depresyon grubunun yaşlı depresyon grubuna göre daha yüksek puan almış olduğu saptanmıştır. RHİDÖ toplam puan ortalaması genç depresyon grubunda yaşlı depresyon grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek ($z=2.822$ $p=0.005$), RHİDÖ alt ölçeklerinden yabancılaşma ($z=2.696$ $p=0.007$), sosyal geri çekilme ($z=2.445$ $p=0.014$) ve damgalanmaya direnç ($z=2.817$ $p=0.005$), puan ortalamaları da genç depresyon grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptanmış, ancak RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması ve algılanan ayrımcılık alt ölçeklerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. DKDÖ ve alt ölçeklerinin iki grup arasındaki farkı incelendiğinde DKDÖ sosyal yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması genç depresyon grubunda yaşlı depresyon grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek ($z=2.166$ $p=0.030$) bulunmuş ancak DKDÖ toplam ve diğer alt ölçeklerin puan ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Yaşlı ve genç hasta grubunun ölçek puanlarının özeti tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. Yaşlı ve genç depresyon grubunun damgalanma ölçek puanları

	Yaşlı Depresyon (N=37)	Genç Depresyon (N=96)	Z	p değeri
RHİDÖ Toplam	55.56 ±14.63 (52 (38-98))	63.05 ±15.12 (63 (36-114))	z=2.822	p=0.005
yabancılaşma	11.06 ±4.15 (10 (6-23))	13.18 ±4.30 (13 (6-24))	z=2.696	p=0.007
kalıp yargıların onaylanması	13.06 ±3.96 (12 (7-24))	14.17 ±4.15 (14 (7-27))	z=1.494	p=0.135
algılanan ayrımcılık	8.97 ±3.46 (8 (5-18))	9.76 ±3.47 (10 (5-20))	z=1.275	p=0.202
sosyal geri çekilme	10.89 ±4.44 (10 (6-22))	12.83 ±4.44 (13 (6-24))	z=2.455	p=0.014
damgalanmaya direnç	11.58 ±3.03 (11.50 (5-19))	13.15 ±2.70 (13 (7-20))	z=2.817	p=0.005
DKDÖ Toplam	46.11 ±11.41 (45 (22-68))	47.22±9.73 (47 (29-68))	z=0.660	p=0.509
utanç	9.89±4.87 (9 (4-20))	10.51 ±4.47 (10 (4-20))	z=0.778	p=0.436
suçlanma	15.67±3.15 (16 (5-20))	15.06±2.85 (15 (6-20))	z=-1.108	p=0.268
sosyal yetersizlik	9.89±3.21 (10 (4-15))	11.44 ±3.50 (12 (4-18))	z=2.166	p=0.030
tedavi aramanın inhibisyonu	10.67 ±3.94 (10 (4-20))	10.21 ±3.15 (10 (4-18))	z=-0.246	p=0.806

RHİDÖ:Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, DKDÖ:Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği

Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Değerler, Ortalama±Standart Sapma (ortanca (minimum-maximum)) şeklinde verilmiştir.

4.4 Gruplar Arasında Depresyon ve Tedavileriyle İlgili Tutum Farklılıkları

Gruplar arasında depresyona ve tedavilerine yönelik tutum ve inançların araştırılması amacıyla uygulanan 32 soruluk anket formunda katılımcılar anketteki önermelere “katılıyorum”, “kısmen katılıyorum”, “pek katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “fikrim yok” şeklinde 5’li likert tipinde yanıtlar vermişlerdir. Ancak gruplar arasında karşılaştırma, tutum farklılıklarının görülebilmesi için anketin soruları “katılıyorum” (“katılıyorum” ve “kısmen katılıyorum” için) ve “katılmıyorum” (“pek katılmıyorum” ve “katılmıyorum” için) olarak yeniden gruplandırılarak yapılmıştır, “fikrim yok” yanıtı verenler karşılaştırmada dikkate alınmamıştır. İki grup arasındaki farklılık Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. İki grubun yanıtlarının karşılaştırılması olgu örneğiyle ilgili önermelere verdikleri yanıtlar üzerinden Tablo 20’de ve depresyonla ilgili önermelere verdikleri yanıtlar üzerinden Tablo 21’de gösterilmiştir. Tabloda işaretli maddeler pozitif tutumları içermekte, bu maddelere verilen “katılıyorum”, diğer maddelere verilen “katılmıyorum” yanıtı olumlu tutumları göstermektedir.

Anketin olgu örneğiyle ilgili olan, depresyon belirtilerinin kişilik yapısında zayıflığa atfedildiği (üçüncü soru) “Fatma Hanımın bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır” maddesine yaşlı depresyon grubunun genç depresyon grubuna oranla anlamlı oranda daha fazla katılıyorum yanıtı verdiği (sırasıyla %73.5, %50 $p=0.025$) görülmüştür. Anketin diğer maddelerine verilen yanıtlar açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 20. PAREM RUTUP Anketine Verilen Yanıtların Gruplar Arasında Karşılaştırılması-Olgu Örneği Bölümü

	Yaşlı Depresyon		Genç Depresyon		X2	P değeri
	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)		
Olgu örneğiyle ilgili önermeler						
1	11 (%32.4)	23 (%67.6)	24 (%27.0)	65 (%73.0)	0.351	0.656
2*	35 (%94.6)	2 (%5.4)	90 (%96.8)	3 (%3.2)	0.340	0.623
3	25 (%73.5)	9 (%26.5)	44 (%50.0)	44 (%50.0)	5.526	0.025
4	30 (%83.3)	6 (%16.7)	80 (%87.9)	11 (%12.1)	0.466	0.565
Bu durumdan kurtulmak için Fatma Hanım'ın öncelikle						
bir doktora gitmesi gerekir	24 (%64.9)		62 (%64.6)		1.018	0.897
güçlü olması gerekir	3 (%9.1)		12 (%12.5)			
tatile çıkması gerekir	3 (%8.1)		6 (%6.2)			
yaşadığı şartların düzeltilmesi gerekir	6 (%16.2)		12 (%12.5)			
Diğer	1 (%2.7)		4 (%4.2)			
Fatma Hanım doktora gitmek isterse						
Psikiyatri	33 (%89.2)		88 (%91.7)		0.822	0.900
Dahiliye	3 (%8.1)		5 (%5.2)			
Sağlık ocağı	1 (2.7)		2 (%2.1)			
diğer	0 (%0.0)		1 (%1.0)			

PAREM RUTUP:Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması Projesi

*:Olumlu tutum bildiren maddeler.

İstatistik analizler Ki-kare testi ile yapılmıştır.

Tablo 21. PAREM RUTUP Anketine Verilen Yanıtların Gruplar Arasında Karşılaştırılması-Depresyon ile İlgili Tutumlar Bölümü

Depresyonla ilgili önermeler	Yaşlı Depresyon		Genç Depresyon		X2	P değeri
	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
1	32 (%86.5)	5 (%13.5)	87 (%91.6)	8 (%8.4)	0.778	0.515
2	28 (%80.0)	7 (%20.0)	75 (78.9)	20 (%21.1)	0.017	1.000
3	29 (%82.9)	6 (%17.1)	83 (%87.4)	12 (%12.6)	0.436	0.569
4*	31 (%86.1)	5 (%13.9)	71 (%77.2)	21 (%22.8)	1.277	0.332
5	13 (%36.1)	23 (%63.9)	35 (%40.7)	51 (%59.3)	0.224	0.688
6	5 (%13.9)	31 (%86.1)	4 (4.7)	82 (%95.3)	3.169	0.122
7	25 (%67.6)	12 (%32.4)	65 (%75.6)	21 (%24.4)	0.846	0.381
8	5 (%13.5)	32 (%86.5)	13 (%14.0)	80 (%86.0)	0.005	1.000
9*	26 (%72.2)	10 (%27.8)	72 (%79.1)	19 (%20.9)	0.697	0.483
10*	12 (%35.3)	22 (%64.7)	41 (%50.6)	40 (%49.4)	2.263	0.155
11*	25 (%67.6)	12 (%32.4)	67 (%72.0)	26 (%28.0)	0.256	0.671
12	12 (%32.4)	25 (%67.6)	23 (%25.8)	66 (%74.2)	0.566	0.514
13	13 (%39.4)	20 (%60.6)	28 (%32.9)	57 (%67.1)	0.437	0.525
14	19 (%54.3)	16 (%45.7)	46 (%53.5)	40 (%46.5)	0.006	1.000
15	0 (%0.0)	37 (%100.0)	8 (%8.9)	82 (%91.1)	3.510	0.104
16	33 (%91.7)	3 (%8.3)	72 (%80.9)	17 (%19.1)	2.211	0.182
17	3 (%8.3)	33 (%91.7)	8 (%8.8)	83 (%91.2)	0.007	1.000
18*	28 (%77.8)	8 (%22.2)	76 (%83.5)	15 (%16.5)	0.573	0.610
19*	34 (%94.4)	2 (%5.6)	87 (%94.6)	5 (%5.4)	0.001	1.000
20*	34 (%94.4)	2 (%5.6)	87 (%93.5)	6 (%6.5)	0.036	1.000
21*	29 (%85.3)	5 (%14.7)	74 (%87.1)	11 (%12.9)	0.065	1.000
24	15 (%53.6)	13 (%46.4)	49 (%65.3)	26 (%34.7)	1.199	0.361
25	11 (%40.7)	16 (%59.3)	46 (%62.2)	28 (%37.8)	3.692	0.071
26	3 (%8.8)	31 (%91.7)	10 (%12.0)	73 (%88.0)	0.254	0.754
Depresyon geçirdiğinizi düşünseydiniz (soru 22)						
Doktora giderdim	32 (%88.9)		85 (%90.4)		3.910	0.402
Tatile çıkardım	3 (%8.3)		3 (%3.2)			
Dini yardım arardım	0 (%0)		3 (%3.2)			
Hiçbir şey yapmazdım	0 (%0)		2 (%2.1)			
Diğer	1 (%2.8)		1 (%1.1)			
Doktora gitmeye karar verseydiniz... (soru 23)						
Psikiyatri	33 (%91.7)		89 (%94.7)		0.451	0.831
Dahiliye	2 (%5.6)		3 (%3.2)			
Nöroloji	1 (%2.8)		2 (%2.1)			
Sağlık Ocağı	0 (%0.0)		0 (%0.0)			

PAREM RUTUP: Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması Projesi, *:Olumlu tutum bildiren maddeler. Ki-kare testleri kullanılmıştır.

4.5 Yaş, Beck Depresyon Ölçeği, İşlevselliğin Global Değerlendirmesi Ölçeği, Antidepresan Uyum Ölçeği ve Damgalanma Ölçek Puanlarının İlişkisi

Katılımcılar gruplara ayırılmaksızın tüm örneklemin yaşları, BDÖ puanları, İGDÖ puanları, AUÖ puanları ile RHİDÖ ve DKDÖ toplam ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak incelenmiş, korelasyon katsayıları ve p değerleri Tablo 22 ve 23’de gösterilmiştir.

Sonuçlar incelendiğinde örneklemin tümünde yaş ile BDÖ puanı, RHİDÖ toplam puanı, kalıpyargıların onaylanması dışındaki RHİDÖ alt ölçek puanlarının anlamlı negatif korelasyonu olduğu, yani yaş ile depresyon şiddetinin, ve içselleştirilmiş damgalanmanın azaldığı görülmektedir. Yaş ile İGDÖ puanının anlamlı pozitif korelasyonu olduğu yani artan yaşla işlevselliğin arttığı görülmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği puanlarının yaş ile negatif korelasyonunun yanında RHİDÖ toplam puanı ve tüm alt ölçekleriyle, DKDÖ ve suçlanma dışındaki DKDÖ alt ölçekleriyle anlamlı pozitif korelasyonu olduğu, İGDÖ ile negatif korelasyonu olduğu yani, depresyon şiddeti arttıkça damgalanmanın arttığı, işlevselliğin azaldığı görülmüştür.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği toplam puanının yaş ve İGDÖ puanı ile anlamlı negatif; BDÖ, DKDÖ toplam ve suçlanma alt ölçeği dışındaki DKDÖ alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu görülmüştür. Her bir alt ölçek için ayrı ayrı incelendiğinde yabancılaşma faktör puanlarının yaş ve İGDÖ puanları ile anlamlı negatif korelasyonu, BDÖ, DKDÖ toplam ve suçlanma alt ölçeği dışındaki DKDÖ alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu; kalıpyargıların onaylanması faktör puanlarının İGDÖ puanları ile anlamlı negatif korelasyonu; BDÖ, DKDÖ toplam ve suçlanma alt ölçeği dışındaki DKDÖ alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu; algılanan ayrımcılık faktör puanlarının yaş ve İGDÖ puanları ile anlamlı negatif korelasyonu, BDÖ, DKDÖ toplam ve suçlanma alt ölçeği dışındaki DKDÖ alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu; sosyal geri çekilme faktör puanlarının yaş ve İGDÖ puanları ile anlamlı negatif korelasyonu, BDÖ, DKDÖ toplam puanları ve suçlanma alt ölçeği dışındaki DKDÖ alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu; damgalanmaya direnç faktör puanlarının yaş ile anlamlı negatif korelasyonu, BDÖ ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu görülmüştür.

Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği toplam puanının BDÖ ve RHİDÖ toplam puanı ve damgalanmaya direnç altölçeği dışındaki RHİDÖ alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu görülmüş, ancak yaş ile anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Alt ölçekler ayrı ayrı incelendiğinde DKDÖ utanç alt ölçeği puanının BDÖ ve RHİDÖ toplam puanı ve damgalanmaya direnç altölçeği dışındaki RHİDÖ alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu, İGDÖ puanı ile anlamlı negatif korelasyonu olduğu; DKDÖ suçlanma alt ölçeği puanının İGDÖ puanı ile anlamlı negatif korelasyonu; DKDÖ sosyal yetersizlik alt ölçek puanının yaş ve İGDÖ puanı ile anlamlı negatif, BDÖ, RHİDÖ toplam puanı ve damgalanmaya direnç altölçeği dışındaki RHİDÖ alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu; tedavi aramanın ketlenmesi alt ölçek puanının BDÖ ve RHİDÖ toplam puanı ve damgalanmaya direnç altölçeği dışındaki RHİDÖ alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu saptanmıştır.

İşlevselliğin Global Değerlendirmesi Ölçeği puanlarının BDÖ, RHİDÖ ve damgalanmaya direnç alt ölçeği dışındaki RHİDÖ alt ölçek puanları, DKDÖ'nün utanç, sosyal yetersizlik alt ölçekleri ile anlamlı negatif korelasyonu, yaş ve DKDÖ'nün suçlanma alt ölçeği ile anlamlı pozitif korelasyonu olduğu yani örnekleme işlevselliğin yaş ile arttığı, depresyon şiddeti ve damgalanma ile azaldığı gözlenmiştir. Antidepresan Uyum Ölçeği puanları ile incelenen değişkenler arasında örnekleme anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yaş, BDÖ, İGDÖ, AUÖ ve Damgalanma Ölçek Puanlarının İlişkisi Tablo 22 ve 23'de verilmiştir.

Son olarak BDÖ alt ölçekleri ile RHİDÖ ve DKDÖ puanlarının korelasyonu Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. BDÖ fizyolojik alt ölçeği ile DKDÖ arasında çok zayıf pozitif korelasyon ($r=0.195$ $p=0.026$), BDÖ kognitif-afektif alt ölçeği ile DKDÖ arasında zayıf pozitif korelasyon ($r=0.341$ $p=0.000$) saptanmıştır. BDÖ fizyolojik alt ölçeği ile RHİDÖ arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ($r=0.597$ $p=0.000$), BDÖ kognitif-afektif alt ölçeği ile RHİDÖ arasında yüksek pozitif korelasyon ($r=0.641$ $p=0.000$) saptanmıştır.

Tablo 22. Yaş, BDÖ, İGDÖ, AUÖ ve Damgalanma Ölçek Puanlarının İlişkisi-1

	Yaş	Beck DÖ	RHİDÖ	yabancılaşma	Kalıpyargıların onaylanması	algılanan ayrımcılık	sosyal geri çekilme	Damgalanmaya direnç
Yaş	1.000	-0.292 p=0.001*	-0.258 p=0.003*	-0.250 p=0.004*	-0.107 p=0.225	-0.230 p=0.008*	-0.221 p=0.011*	-0.216 p=0.013*
Beck DÖ	-0.292 p=0.001*	1.000	0.667 p=0.000*	0.609 p=0.000*	0.555 p=0.000*	0.549 p=0.000*	0.597 p=0.000*	0.237 p=0.006*
RHİDÖ	-0.258 p=0.003*	0.667 p=0.000*	1.000	0.866 p=0.000*	0.890 p=0.000*	0.834 p=0.000*	0.916 p=0.000*	0.299 p=0.001*
yabancılaşma	-0.250 p=0.004*	0.609 p=0.000*	0.866 p=0.000*	1.000	0.712 p=0.000*	0.636 p=0.000*	0.805 p=0.000*	0.049 p=0.580
kalıpyargıların onaylanması	-0.107 p=0.225	0.555 p=0.000*	0.890 p=0.000*	0.712 p=0.000*	1.000	0.707 p=0.000*	0.795 p=0.000*	0.134 p=0.126
algılanan ayrımcılık	-0.230 p=0.008*	0.549 p=0.000*	0.834 p=0.000*	0.636 p=0.000*	0.707 p=0.000*	1.000	0.710 p=0.000*	0.148 p=0.092
sosyal geri çekilme	-0.221 p=0.011*	0.597 p=0.000*	0.916 p=0.000*	0.805 p=0.000*	0.795 p=0.000*	0.710 p=0.000*	1.000	0.096 p=0.273
damgalanmaya direnç	-0.216 p=0.013*	0.237 p=0.006*	0.299 p=0.001*	0.049 p=0.580	0.134 p=0.126	0.148 p=0.092	0.096 p=0.273	1.000
DKDÖ toplam	-0.092 p=0.298	0.303 p=0.000*	0.485 p=0.000*	0.516 p=0.000*	0.364 p=0.000*	0.411 p=0.000*	0.434 p=0.000*	0.103 p=0.245
utanç	-0.085 p=0.335	0.323 p=0.000*	0.488 p=0.000*	0.498 p=0.000*	0.381 p=0.000*	0.372 p=0.000*	0.436 p=0.000*	0.168 p=0.056
suçlanma	0.100 p=0.257	-0.142 p=0.106	-0.042 p=0.640	0.009 p=0.920	-0.131 p=0.140	-0.035 p=0.692	0.003 p=0.976	-0.003 p=0.973
sosyal yetersizlik	-0.321 p=0.000*	0.364 p=0.000*	0.518 p=0.000*	0.470 p=0.000*	0.394 p=0.000*	0.537 p=0.000*	0.433 p=0.000*	0.159 p=0.071
tedavi aramanın ketlenmesi	0.082 p=0.352	0.226 p=0.009*	0.299 p=0.001*	0.386 p=0.000*	0.287 p=0.001*	0.209 p=0.018*	0.272 p=0.002*	-0.080 p=0.370
İGDÖ	0.245 p=0.004*	-0.733 p=0.000*	-0.523 p=0.000*	-0.448 p=0.000*	-0.440 p=0.000*	-0.474 p=0.000*	-0.473 p=0.000*	-0.171 p=0.051
AUÖ	-0.168 p=0.107	0.125 p=0.232	0.048 p=0.647	0.110 p=0.296	0.015 p=0.888	0.032 p=0.763	0.031 p=0.768	-0.015 p=0.887

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, DKDÖ: Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği, İGDÖ: İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeği, AUÖ: Antidepresan Uyum ölçeği
*:p<0.05, Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayıları ve p değerleri verilmiştir.

Tablo 23. Yaş, BDÖ, İGDÖ, AUÖ ve Damgalanma Ölçek Puanlarının İlişkisi-2

	DKDÖ	Utanc	suçlanma	sosyal yetersizlik	tedavi arama inh	İGDÖ	AUÖ
Yaş	-0.092 p=0.298	-0.085 p=0.335	0.100 p=0.257	-0.321 p=0.000*	0.082 p=0.352	0.245 p=0.004*	-0.168 p=0.107
Beck DÖ	0.303 p=0.000*	0.323 p=0.000*	-0.142 p=0.106	0.364 p=0.000*	0.226 p=0.009*	-0.733 p=0.000*	0.125 p=0.232
RHİDÖ	0.485 p=0.000*	0.488 p=0.000*	-0.042 p=0.640	0.518 p=0.000*	0.299 p=0.001*	-0.523 p=0.000*	0.048 p=0.647
yabancılaşma	0.516 p=0.000*	0.498 p=0.000*	0.009 p=0.920	0.470 p=0.000*	0.386 p=0.000*	-0.448 p=0.000*	0.110 p=0.296
kalıpyargıların onaylanması	0.364 p=0.000*	0.381 p=0.000*	-0.131 p=0.140	0.394 p=0.000*	0.287 p=0.001*	-0.440 p=0.000*	0.015 p=0.888
algılanan ayrımcılık	0.411 p=0.000*	0.372 p=0.000*	-0.035 p=0.692	0.537 p=0.000*	0.209 p=0.018*	-0.474 p=0.000*	0.032 p=0.763
sosyal geri çekilme	0.434 p=0.000*	0.436 p=0.000*	0.003 p=0.976	0.433 p=0.000*	0.271 p=0.002*	-0.473 p=0.000*	0.031 p=0.768
damgalanmaya direnç	0.103 p=0.245	0.168 p=0.056	-0.003 p=0.973	0.159 p=0.071	-0.080 p=0.370	-0.171 p=0.051	-0.015 p=0.887
DKDÖ toplam	1.000	0.854 p=0.000*	0.470 p=0.000*	0.719 p=0.000*	0.712 p=0.000*	-0.145 p=0.099	0.130 p=0.216
utanc	0.854 p=0.000*	1.000	0.219 p=0.012*	0.540 p=0.000*	0.475 p=0.000*	-0.178 p=0.042*	0.140 p=0.182
suçlanma	0.470 p=0.000*	0.219 p=0.012*	1.000	0.076 p=0.390	0.175 p=0.046*	0.264 p=0.002*	-0.072 p=0.497
sosyal yetersizlik	0.719 p=0.000*	0.540 p=0.000*	0.076 p=0.390	1.000	0.343 p=0.000*	-0.278 p=0.001*	0.185 p=0.077
tedavi aramanın ketlenmesi	0.712 p=0.000*	0.475 p=0.000*	0.175 p=0.046*	0.343 p=0.000*	1.000	-0.139 p=0.112	0.074 p=0.485
İGDÖ	-0.145 p=0.099	-0.178 p=0.042*	0.264 p=0.002*	-0.278 p=0.001*	-0.139 p=0.112	1.000	-0.108 p=0.305
AUÖ	0.130 p=0.216	0.140 p=0.182	-0.072 p=0.497	0.185 p=0.077	0.074 p=0.485	-0.108 p=0.305	1.000

Beck DÖ: Beck Depresyon Ölçeği, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, DKDÖ: Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği, İGDÖ: İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeği, AUÖ: Antidepresan Uyum ölçeği

*:p<0.05, Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, farklı yaş gruplarından depresyon hastalarında, genel ruhsal hastalıklarla ilişkili damgalanma ve depresyonda kendini damgalama düzeylerini incelemeyi amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Bu amaçla psikiyatri polikliniğine başvuran depresyon hastaları, genç ve yaşlı grup olmak üzere iki farklı yaş grubuna ayrılmış; sosyodemografik özellikler, klinik özellikler ve damgalanma ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır. Ek olarak yaşla damgalanma düzeylerinin korelasyonuna bakılmıştır.

Yapılan çalışmalarda, ruhsal hastalıklarla ilişkili damgalanma düzeylerinin yaş, cinsiyet, eğitim gibi faktörlerden etkilenebildiği bildirilmektedir. Ancak farklı kültürlerde, farklı örneklerde (toplum vs klinik) farklı sonuçlar çıkabilmektedir. Bu nedenle biz de klinik bir popülasyonda bu faktörlerin etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Her iki grup sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında, birlikte yaşadığı kişiler ve çalışma durumu haricinde gruplar arasında fark saptanmamıştır. Çalışma durumundaki farklılık, beklendiği üzere yaşlı grupta emekli bireylerin sayısının, genç grupta da öğrenci ve çalışan sayısının fazla olmasıyla ilişkilidir. Birlikte yaşanan kişilerle ilişkili farklılık ise yaşlı grupta tek başına yaşayan bireylerin fazla sayıda, genç grupta öğrenci evi-yurtta yaşayan birey sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından fark olmadığı saptanmıştır. Ancak her iki grupta da kadın sayısı belirgin olarak fazladır. Bu durum, hem kadınlarda depresyonun daha yaygın oranda görülmesi, hem de kadınların daha yüksek oranda profesyonel yardım için başvurmasıyla açıklanabilir (Kovess-Masfety ve ark. 2014, Judd ve ark. 2007).

Tüm grup içinde kadın ve erkeklerin damgalanma düzeylerine bakıldığında, her iki cinsiyet arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada cinsiyet ile damgalanma arasında ilişki bulunmamış olması Coppens ve arkadaşlarının (2013) erkeklerde daha fazla damgalanma saptandığını bildiren çalışma gibi az sayıda çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu değil ancak Livingston ve Boyd'un (2010) gözden geçirmesinin sonuçlarıyla uyumludur. Örneklem sayısı yeterli olmadığı için, farklı yaş

gruplarının kendi içinde cinsiyetin damgalanma ile ilişkisi değerlendirilememiştir. Bazı çalışmalarda yaşlıların ve erkeklerin daha fazla damgalanma düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur (Livingston ve Boyd 2010, Park ve ark. 2015). Ancak bu çalışmada damgalanma düzeylerinde cinsiyet farklılığının saptanmaması, klinik bir örneklem olmasıyla ilişkili olabilir. Kliniğe başvuran erkeklerin daha şiddetli depresyon geçirdikleri ve başvurmak zorunda kaldıkları savlanabilir, ancak yapılan analizlerde erkek ve kadınlar arasında depresyon şiddeti açısından fark çıkmaması, bu savdan da uzaklaştırmaktadır. Livingston ve Boyd'un (2010) psikiyatrik hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmayı etkileyen faktörleri inceledikleri gözden geçirme çalışmasında 38 çalışmanın dördünde erkek cinsiyette daha fazla içselleştirilmiş damgalanma, üçünde daha az içselleştirilmiş damgalanma bulunduğu ve kalan otuz birinde cinsiyetle damgalanma arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda her iki grup arasında beklenenin aksine eğitim düzeyleri açısından fark saptanmamıştır. Bu durum, polikliniğimize başvuran özellikle yaşlı bireylerin eğitim düzeyi daha yüksek bir grup olmasından kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda ülkemizde eğitimsiz oranı daha yüksek olan yaşlı popülasyona ait bireylerin çalışmaya alınmaması nedeniyle de toplum örnekleminde farklı olarak çalışma örnekleminde yaşlı ve genç depresyon hastalarının eğitim düzeyleri benzer çıkmış olabilir. Eğitimsiz depresyon hastaları testleri dolduramayacakları için çalışmaya alınmamış olduğundan damgalanma düzeyleri ve depresyon ve tedavileriyle ilgili tutumları incelenememiştir. Ancak ilkökul ve ortaokul mezunlarından oluşan düşük ve lise üstü seviye mezunlarından oluşan yüksek eğitim düzeylerinin damgalanmaya etkisinin incelendiği testlerde tüm örnekleme, hem RHİDÖ ve alt ölçekleri hem DKDÖ ve alt ölçekleri puanlarında her iki grup arasında fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar daha önce hem toplum hem de klinik örneklemlerde, hem genç hem yaşlı örneklemlerde, eğitim düzeyi arttıkça damgalanmanın azaldığını gösteren çalışmalardan (Coppens ve ark. 2013, Brohan ve ark. 2011, Griffiths ve ark. 2008, 2011, Werner ve ark. 2009) farklıdır. Nitekim Livingston ve Boyd'un (2010) gözden geçirme çalışmalarında da eğitim düzeyinin incelendiği 27 çalışmanın dördünde artan eğitim düzeyi ile içselleştirilmiş damgalanmanın azaldığı, birinde arttığı bildirilmişken yirmi ikisinde ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmada ilişki saptanmamış olması örneklemin küçük olmasından kaynaklanabilir. Eğitim düzeyinin etkisi, örneklemin

küçüklüğü nedeniyle yaşlı ve genç grupta ayrı olarak test edilememiştir. Ülkemizde de Özmen ve arkadaşlarının (2003) toplum temelli bir örnekleme yaptıkları depresyona dair tutum çalışmasında ve Yıldız ve arkadaşlarının (2012) klinik örnekleme yaptıkları çalışmalarda eğitimin damgalanma üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu, düşük eğitim düzeyinin daha yüksek damgalama ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bizim klinik örnekleminizde benzer etki görülmemiştir.

Katılımcıların çalışma durumlarına göre damgalanma ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde RHİDÖ ve DKDÖ toplam puanlarına çalışma durumlarının etkisi saptanmazken; RHİDÖ damgalanmaya direnç alt ölçeğinden çalışanların öğrenci ve ev hanımlarına göre daha yüksek puan aldıkları (daha yüksek damgalanma), DKDÖ sosyal yetersizlik alt ölçeğinden emeklilerin öğrencilere göre daha düşük puan aldıkları (daha düşük sosyal yetersizlik) görülmüştür. Alanyazında, çalışanların damgalanma puanlarının daha düşük olduğunu bildiren (Pyne ve ark. 2004, Brohan ve ark. 2011) çalışmalar olduğu gibi çalışma durumu ile damgalanma arasında ilişki bulmayan çalışmalar da mevcuttur (Coppens ve ark. 2103). Livingston ve Boydu (2010) gözden geçirmesinde çalışanlarda daha düşük damgalanma olduğunu bildiren az sayıda çalışmaya karşın ilişki saptamayan daha fazla çalışma bildirilmiş, pozitif ilişki bulan çalışma bildirilmemiştir. Bu durum bu çalışmada çalışanlarda daha fazla damgalanma saptanmamasıyla uyumlu değildir. Çalışanların RHİDÖ damgalanmaya direnç alt ölçeğinden daha fazla puan almaları düşündürücüdür. Ayrıca damgalanma ve işlevsellik düzeyi arasında beklenen negatif korelasyonun aksine çalışanlarda damgalanma puanlarında artış olması ya da en azından beklendiği gibi düşüş olmaması da şaşırtıcıdır. Bu çalışmada RHİDÖ'nün bir alt ölçeği dışında diğer damgalanma puanlarıyla katılımcıların çalışma durumları arasında ilişki saptanmaması damgalanmayla çalışma durumu arasında ilişki olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılanların medeni halleri ile damgalanma arasında herhangi bir ilişki saptanmamış olması daha önceki çoğu çalışmayla uyumlu olup, bekarlarda veya evli olanlarda daha yüksek damgalanma bildiren az sayıdaki çalışma ile çelişmektedir (Livingston ve Boyd 2010).

Sosyodemografik özellikler bütün olarak değerlendirildiğinde Livingston ve Boyd'un gözden geçirmesindeki bulgularıyla tutarlı biçimde içselleştirilmiş damgalanma / self-stigma ile kesin ilişki kurulabilecek özellik saptanmamaktadır.

Genç ve yaşlı grup, klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında, gençlerde aktif depresyonu olanların daha fazla olduğu olduğu, yaşlılarda kısmi remisyonda olanların daha fazla olduğu, BDÖ puan ortalamasının gençlerde daha yüksek olduğu, işlevselliğin ve antidepresan tedaviye uyumun genç hasta grubunda daha düşük olduğu, yeni başvuran hasta oranının gençlerde, takipli hasta oranının yaşlı grupta daha yüksek olduğu, hastalık süresi ve psikiyatri başvurusundan bu yana geçen süre ortalamasının yaşlı grupta daha uzun olduğu, yaşlı grupta beklendiği üzere bedensel hastalıkların daha fazla olduğu, SMMT'den alınan puanların daha düşük olduğu, soygeçmişte psikiyatrik hastalık olanların oranının genç grupta daha fazla olduğu gözlenmiştir. Klinik özelliklerle DKDÖ puanları arasında ilişki saptanmazken RHİDÖ toplam puan, yabancılaşma alt ölçeği, sosyal geri çekilme alt ölçeği puanlarının ek bedensel hastalığı olmayanlarda olanlara göre daha yüksek olduğu, yani ek bedensel hastalığı olanların ruhsal hastalıklarla ilgili daha düşük damgalanma düzeylerine sahip oldukları görülmüş, RHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği puanının ilk psikiyatri başvurusundan bu yana geçen süre ile çok zayıf negatif korelasyonu olduğu saptanmıştır.

Bedensel hastalık varlığı, hastalığı kabullenme, tedaviye uyum sağlama gibi süreçlerde kolaylaştırıcı ve başa çıkma becerilerini geliştirici bir rol oynayabilir. Alanyazında ek bedensel hastalık tanısının varlığı ve damgalanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise bedensel hastalık varlığının damgalanmayı azaltıcı etkisi gösterilmiştir. Yaşlı grupta bedensel hastalık tanısı grubun tümünde vardır. Bu nedenle yaşlı grup içinde bedensel hastalık varlığının damgalanmaya etkisini incelemek mümkün olmamıştır.

Beklendiği üzere, yaşlı bireylerin daha uzun süre önce depresyon tanısı aldıkları ve gençlerden daha uzun süredir depresyon ile takip edildikleri saptanmıştır. Ancak tüm örneklem üzerinden yapılan analizlerde, alanyazındaki diğer bazı çalışmalarda görüldüğü gibi, depresyon süresi ile damgalanma düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Aikens ve ark. 2008, Gabriel ve Violato 2010a). Yalnızca RHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeğinden alınan puanın ilk psikiyatri başvurusundan

bu yana geçen süre ile çok zayıf negatif korelasyonu olduğu görülmüştür. Her ne kadar genç ve yaşlı grupta depresyon süreleri farklı bulunsa da her iki grupta bu sürelerin oldukça uzun olduğu gözlenmiştir. Bu durum, gruplar arasında fark görülmemesini açıklayabilir.

Depresif epizod sayısı, geçmiş tedavi öyküsü, özkıyım girişimi, ek psikiyatrik tanılarının varlığı açılarından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aslında depresyon süresi arttıkça, bireylerin hastalığı daha iyi tanınmaları ve daha etkili başa çıkma becerileri geliştirmeleri beklenir. Ancak uzun süren depresyon varlığı, işlevsellikte düşme, sosyal işlevsellikte azalma ve bazen sosyal desteğin azalması ile birlikte umutsuzluk, suçlanma ile birlikte tedavi arayışında ketlenmeyi de beraberinde getirebilir. Bu sonucu açıklayabilmek için farklı sosyal etkenlerin de incelenmesi gerekmektedir. Benzer şekilde, özkıyım girişimi ve ek psikiyatrik tanılarının varlığı da damgalanma düzeyleri üzerinde bir etki yapmamıştır.

Yaşlı grupta soygeçmişte psikiyatrik hastalık varlığı, genç gruba göre anlamlı olarak azdır; ancak bu sonuç yaşlı bireylerde bellekle ilgili sorunları veya önceki kuşaklarda psikiyatrik hastalıklarla ilişkili bilgilenmenin ve farkındalığın az olduğunu işaret ediyor olabilir. Ek olarak yaşlı grupta depresyon etiyolojisinde vasküler faktörler, ek bedensel hastalık, yaşlılıkla ilgili ek psikososyal değişkenlerin de etkisi olabileceği için aile öyküsü daha az olabilir. Soygeçmişte psikiyatrik hastalığın varlığının damgalanma düzeyleri üzerine etkisi saptanmamıştır. Bu bulgu yakınlarında depresyon öyküsü olanlarda daha yüksek algılanan damgalanma olduğunun bildirildiği Griffiths ve arkadaşlarının (2011) ve Coppens ve arkadaşlarının (2013) çalışmaları ile uyumlu değildir. Griffiths ve arkadaşları (2011) kişinin kendisinde depresyon öyküsünün varlığının algılanan ve kişisel damgalanmayı azalttığını bildirmiştir, bu bulgu çalışmanın örnekleminin klinik örneklem olması nedeniyle damgalanma düzeylerinin düşmesini açıklayabilir. Ancak bu fark yine bakılan damgalanma türlerinin farklı olmasından da kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan pek çok çalışmada damgalanmayla ilişkisi incelenen klinik etkenlerden tutarlı biçimde damgalanmayla en güçlü ilişkisi saptanan etkenler psikiyatrik hastalığın türü ve hastalık şiddetidir (Livingston ve Boyd 2010). Bu çalışmada da benzer şekilde BDÖ puanları ile hem RHİDÖ hem DKDÖ puanları arasında orta ve yüksek düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır.

Genç grupta Beck Depresyon Ölçeği puanları yaşlı gruba göre anlamlı olarak yüksektir. Yine genç grupta, genel psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalamayı ölçen RHİDÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Depresyon şiddeti ve damgalama düzeylerini gösteren ölçeğin birbirleriyle korelasyonları da daha önceki çalışmalarla benzer şekilde anlamlı çıkmıştır. Genç ve yaşlı grup arasında anlamlı fark saptanmasa da depresyon ile ilişkili damgalanmayı değerlendiren DKDÖ puanlarının da BDÖ puanları ile pozitif korelasyonu olduğu görülmüştür. Daha önce yapılan pek çok çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın klinik faktörlerden en çok hastalık şiddetiyle ilişkili olduğu görülmüştür (Livingston ve Boyd 2010). Ancak BDÖ puanları yükseldikçe RHİDÖ ve DKDÖ puanlarının da yükselmesi damgalanma düzeylerinin gerçek bir damgalanma algısını mı gösterdiği, yoksa depresyonun bilişsel çarpıtmalarına mı işaret ettiği sorusunu gündeme getirmektedir. Depresyon belirtileri genel olarak iki gruba ayrılabilir: somatik belirtiler- uyku, iştah, konsantrasyon gibi ve bilişsel afektif belirtiler- değersizlik, suçluluk düşünceleri, anhedoni gibi. Çalışmada RHİDÖ ile BDÖ faktörleri arasındaki korelasyonun değerlendirildiği kısımda damgalanma ölçeği puanlarının BDÖ bilişsel afektif faktörle yüksek ($r=0.641$ $p=0.000$), somatik faktörle orta şiddette ($r=0.597$ $p=0.000$) korelasyonu olduğu saptanmıştır. Korelasyon katsayıları arasında belirgin bir fark olmasa da damgalanma şiddeti depresyonun bilişsel-afektif belirtileriyle daha fazla ilişki gösteriyor gibi gözükmektedir. DKDÖ geçerlik güvenirlik analizi sırasında BDÖ faktörleriyle DKDÖ puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi sonucunda bilişsel afektif faktörle zayıf, somatik faktörle çok zayıf ilişki saptanması depresyonla ilişkili damgalanmada depresyonun bilişsel çarpıtmalarının payı olabileceğini ancak tamamen bilişsel çarpıtmalarla da açıklanamayacağını düşündürmektedir. Bu daha önce Pyne ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında algılanan damgalanmanın depresyonun psikomotor belirtilerine kıyasla bilişsel belirtileriyle ilişkisinin daha zayıf olduğunun bildirildiği, bu nedenle depresyon şiddeti ve damgalanma ilişkisinin bilişsel çarpıtmalardan ziyade hastalık şiddetine ve artan hastalık şiddetiyle daha fazla damgalayıcı deneyime maruz kalmaya bağlandığı çalışmalarının sonuçlarından farklıdır. Bu fark kullanılan ölçeklerin ve bakılan damgalanma türlerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği gibi örneklem özelliklerinin farklılığıyla da ilgili olabilir.

Genç ve yaşlı grup arasında yapılan karşılaştırmada ve yaş ile bakılan korelasyonda, damgalanmayı ölçen ölçek puanları açısından belli alanlarda farklılaşmıştır. Genç grubun, RHİDÖ toplam puan, RHİDÖ yabancılaşma, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya direnç alt ölçek puanı ile, DKDÖ sosyal yetersizlik alt ölçek puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, dolayısıyla bu alanlarda daha olumsuz bir bakışlarının olduğu saptanmıştır. Alanyazında yaş ve damgalanma arasındaki ilişkiye dair çelişkili bulgular mevcuttur. Gençlerde daha yüksek damgalanma bildiren (Sirey ve ark. 2001), yaşlı grupta daha yüksek damgalanma bildiren (Coppens ve ark. 2013, Griffiths ve ark. 2008 (kişisel damgalama)), yaşlı grupta daha düşük damgalanma bildiren (Griffiths ve ark. 2008 (algılanan damgalanma)), yaş ve damgalanma arasında ilişki saptamayan (Pyne ve ark. 2004) çalışmalar mevcuttur. Livingston ve Boyd'un (2010) gözden geçirmesinde, çalışmaların çoğunluğunun yaşla anlamlı bir ilişki bulmadığı, anlamlı ilişki bulanların bir kısmının negatif bir kısmının pozitif ilişki bulduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda, genç grubun olumsuz bakışı, her ne kadar tek tek etkenlerle damgalanma arasında bir ilişki bulunamamış olsa da, özellikle işsizlik ve eğitim durumuyla ilişkili olabilir. Genç grubun İGDÖ puanlarıyla değerlendirilen genel işlevsellik düzeylerinin yaşlı gruba göre anlamlı olarak düşük bulunması benzer bir yorumu destekleyebilir. Her iki grupta eğitim düzeyleri açısından fark saptanmasa da, yaşlı bireyler arasında lise ve üniversite eğitimi almış olanların sosyoekonomik düzeylerinin günümüzde lise ve üstü eğitim almış genç kişilere göre daha yüksek bir eğitim düzeyini yansıtmakta olduğu düşünülebilir. Bu durum da gençlerdeki olumsuz yönelimi veya yaşlılardaki düşük düzeydeki damgalanma düzeylerini açıklayabilir. Genç grupta BDÖ puanının daha yüksek olduğu ve aktif depresyonda olanların yaşlı gruptan daha fazla olduğu ve depresyon şiddeti ile damgalanmanın ilişkili olduğu dikkate alınacak olursa genç grupta damgalanma düzeylerinin daha yüksek olmasının daha yüksek depresyon şiddetine sahip olmalarıyla ilişkili olduğu düşünülebilir.

Genç hasta grubunun antidepresan tedavi uyum ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görülmüş olmasına karşın damgalanma ölçek puanları ile antidepresan tedavi uyum ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu alanyazında depresyon tedavilerine yönelik tutumların depresyonla ilgili tutumlarla ilişkisini gösteren çalışmalarla uyumlu değildir. (Tucker ve ark. 2013). Bu durum örneklem

sayısının küçük olması nedeniyle farkın ortaya çıkmamasından kaynaklanıyor olabileceği gibi daha yüksek olasılıkla çalışmanın örnekleminin yarısından fazlasının takipli hastalardan yani zaten yüksek oranda tedavi uyumu olan hastalardan oluşuyor olmasıyla ilgili olabilir.

Her iki grup PAREM RUTUP anketine verdikleri cevaplar üzerinden depresyonla ilgili tutumları açısından da karşılaştırılmış; bu analizlerde anket maddelerinden biri dışında genç ve yaşlı grup arasında fark saptanmamıştır. Aynı anket kullanılarak kırsal kesim örnekleminde yapılan çalışmada yaş ile tutumlar arasında ilişki saptanmazken (Seyfe Şen ve ark. 2006) İstanbul kent-toplum örnekleminde 55 yaş üstü bireylerin daha olumsuz tutumları olduğu (Özmen ve ark. 2003), klinik örnekleme 45 yaş altı katılımcıların olgunun depresif belirtilerini kişilik yapısının zayıflığına bağlama eğiliminde oldukları (Taşkın ve ark. 2009) görülmüştür. Neredeyse tamamı kentte yaşayan bu çalışmanın klinik örnekleminin sonuçları bu açıdan İstanbul örnekleminde ve Taşkın ve arkadaşlarının klinik örnekleminde farklıdır. Biri dışında tüm sorulara benzer yanıtlar verilmiş olması bu örnekleme genç ve yaşlı depresyon hastalarında depresyona yönelik tutumlar açısından fark olmadığını düşündürmektedir.

Her ne kadar yaş grupları arasında fark saptanmasa da, maddelere verilen yanıtlar tek tek incelendiğinde, bazı olumsuz görüşler ve tutumların halen yaygın olarak paylaşıldığı görülmektedir.

Genç grubun %96.8'i, yaşlı grubun %94.6'sı olgu örneğinde ruhsal bir hastalık bulunmakta olduğunu bildiren maddeye "katılıyorum" yanıtı vermiştir ve bu daha önce aynı anketle yapılan çalışmalarda bildirilenden yüksek oranlardadır. Bu açıdan Taşkın ve arkadaşlarının (2009) klinik örnekleminde daha yüksek oranlarda depresyonun tanındığı görülmektedir. Yine de örneklemin yarısından fazlası olgu örneğinin depresif belirtilerini kişilik yapısındaki zayıflığa ve dörtte üçünden fazlası olgu örneğinin depresif belirtilerini sosyal sorunlara bağlamaktadır. Bu oranlar önceki çalışmalarla benzer oranlardır, yıllar içerisinde depresyonun tanınmasında bir artış görülse bile depresyona yönelik inançlarda değişiklik olmadığı görülmektedir. Olgu örneğinin bu durumdan kurtulması için öncelikle doktora gitmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %64.6, öncelikle psikiyatriste gitmesi gerektiğini düşünenlerin

oranı % 90.9 saptanmış ve bu oranlar daha önceki çalışmalarla benzer düzeyde saptanmıştır.

Katılımcıların dörtte üçünden fazlasının depresyonu ruhsal zayıflık hali olarak görme ve sosyal sorunlara bağlama eğiliminde olduğu, depresyonu aşırı üzüntü hali olarak nitelendirdikleri görülmektedir, bu oranlar Özmen ve arkadaşları (2003), Seyfe Şen ve arkadaşlarının (2003) ve Taşkın ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarıyla benzer oranlardır. Depresyonu akıl hastalığı olarak görmeye ilgili maddeye oldukça düşük oranlarda “katılıyorum” yanıtı verilmiş, bu açıdan Seyfe Şen ve arkadaşlarının (2003) kırsal kesim örnekleminde farklı bulunmuştur. Depresyonu bir hastalık olarak görenlerin oranıysa tüm örneklem için %78.2 olup bu oran Seyfe Şen ve arkadaşlarının kırsal kesim örnekleminde (2003) belirgin olarak fazla, Taşkın ve arkadaşlarının (2009) klinik örnekleminde daha düşüktür.

Depresyonu olan kişilere yaklaşım ve sosyal mesafe isteğiyle ilgili maddelere verilen yanıtlar incelendiğinde; depresyonlu kişilerin saldırgan olduğu (yaşlıların %39.4’ü ve gençlerin %32.9’u), toplum içinde serbest dolaşmamaları gerektiği (yaşlıların %13.5’u ve gençlerin %14.0’ı) maddelerine düşük oranlarda katılıyorum yanıtı verdikleri, birlikte çalışabilecekleri (yaşlıların %72.2’si ve gençlerin %79.1’i), depresyonlu bir komşudan rahatsız olmayacakları (yaşlıların %67.6’sı ve gençlerin %72.0’ı) maddelerine yüksek oranlarda katılıyorum yanıtı verdikleri, ancak evlilik gibi daha yakın ilişki konusunda tereddüt ettikleri (yaşlıların %35.3’ü ve gençlerin %50.6’sı) görülmüş; bu bulguların da tıpkı Taşkın ve arkadaşlarının klinik örneklemiyle benzer oranlarda olduğu, ancak toplum örneklemleriyle yapılan çalışmalara (Özmen ve ark. 2003, Seyfe Şen ve ark. 2003) göre belirgin olarak daha olumlu tutumlar sergilendiği görülmektedir.

Depresyonun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranı (yaşlılar %94.4 ve gençler %94.6) Taşkın ve arkadaşlarının (2009) klinik örnekleminde hafifçe daha düşük olsa da toplum örneklemleriyle yapılmış çalışmalara kıyasla daha yüksektir. Yine depresyonun ilaçla ve psikoterapiyle tedavi edilebileceğini düşünenlerin oranları Taşkın ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında olduğu gibi yüksek oranlarda ve aynı anketin kullanıldığı kent ve kırsal kesim örnekleminde daha yüksek oranlarda (Özmen ve ark. 2003; Seyfe Şen ve ark. 2003) saptanmıştır. Bu çalışmada depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların bağımlılık

yaptığına ve ciddi yan etkileri olduğuna ilişkin inançların örneklemin yarısına yakınında görüldüğü ve bu inançların Taşkın ve arkadaşlarının (2009) klinik örnekleminde yüksek oranlarda olduğu, Özmen ve arkadaşlarının (2003) toplum örnekleminde düşük oranlarda olduğu saptanmıştır. Bu fark örneklemin klinik olması nedeniyle tedaviler hakkında daha bilgili bir gruptan oluşmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak yine de bu bilgi düzeyinin yeterli olmadığı görülmektedir. Özmen ve arkadaşlarının örneklemini toplum örneklemini, bu çalışmanın örneklemini klinik bir örneklem olması nedeniyle karşılaştırmak sorunlu olsa da, aradan geçen 10 yıldan fazla süre boyunca, depresyonla ilgili bilgilendirme konusunda halen fazla yol alınmamış olduğu düşünülebilir.

5.1 Çalışmanın kısıtlılıkları

Bu çalışmada sadece klinik bir örneklemden yararlanılmış olması, sonuçların topluma genellenmesini engellemektedir. Ancak istatistik analize katılmamış olan 42 kişilik depresyonu olmayan bir yaşlı örneklem çalışmaya dahil edilmiştir. Farklı nedenlerle Geriatri Polikliniğine başvuran bu gruptaki bireylerin depresyonu olan yaşlılarla karşılaştırılmasının kısıtlı da olsa toplum geneli hakkında bir fikir vereceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Farklı yaş gruplarından depresyon hastalarında, genel ruhsal hastalıklarla ilişkili damgalanma ve depresyonda kendini damgalama düzeylerini incelemeyi amaçlayan bu çalışma bir üniversite hastanesi kliniğine başvuran hastaların değerlendirildiği kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu amaçla psikiyatri polikliniğine başvuran depresyon hastaları, genç ve yaşlı grup olmak üzere iki farklı yaş grubuna ayrılmış; sosyodemografik özellikler, klinik özellikler ve damgalanma ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır. Ek olarak yaşla damgalanma düzeylerinin korelasyonuna bakılmıştır.

Bu çalışmanın sonucunda depresyona yönelik damgalanmanın yaşla ilişkili olarak değiştiği ve genç bireylerde yaşlı bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Genç bireylerde depresyonla ilgili damgalanmaya paralel olarak işlevsellikteki düşmenin yaşlı bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Depresyonla ilgili damgalanmanın yaşın yanı sıra ek bedensel hastalık olması ve depresyon şiddetinden etkilendiği saptanmıştır.

Hastalarda cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, geçmiş depresyon öyküsü, ilk depresyon atağından bu yana geçen süre, özkıyım girişimi olup olmaması, ek psikiyatrik tanı varlığı, soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olup olmaması, yakınlarında psikiyatrik hastalık olup olmaması, geçmiş psikiyatrik tedaviler açısından bakıldığında bu değişkenlerin damgalanma düzeylerini etkilemediği görülmüştür.

Genç ve yaşlı grubu arasında anlamlı fark saptanmadıysa da örnekleme depresyonun bir ruhsal zayıflık hali olduğu, depresyonu olan kişilerin saldırgan olabileceği, depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların bağımlılık ve ciddi yan etkiler yaptığı yönündeki olumsuz inanışların halen yaygın olduğu görülmüştür.

Depresyon şiddeti ile damgalanma düzeyleri arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Ruhsal hastalıklarla ilgili içselleştirilmiş damgalanma ve depresyonla ilişkili kendini damgalamanın ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada damgalanma düzeyleri ile tedavi uyumu arasında doğrudan bir ilişki saptanmamıştır.

Bu çalışma kapsamında Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği Türkçeye çevrilerek, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılarak kullanılmıştır.

Kliniğe başvuruyu engelleyebileceği ve tedavi uyumunu bozabileceği bildirilmiş olan depresyon ve tedavileriyle ilgili olumsuz tutumların, hastaların değerlendirildiği aşamada değerlendirilerek gerekli psikoeğitim içeren müdahalenin yapılmasının kliniğe başvuran hastaların tedaviyi sürdürmesine olumlu katkısı olacaktır. Hem depresyon hem tedavileriyle ilgili olumsuz inanışların klinik örneklemede dahi halen yaygın oluşu, depresyonla ilişkili olumsuz inanışlara yönelik yapılacak toplumu hedefleyen kampanyalara ve müdahalelere ihtiyacın halen sürdüğünü düşündürmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Aikens JE, Klinkman MS (2012) Changes in patients' beliefs about their antidepressant during the acute phase of depression treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 34 (3): 221-226.
2. Aikens JE, Nease DE, Klinkman MS (2008) Explaining Patients' Beliefs About the Necessity and Harmfulness of Antidepressants. *Ann Fam Med* 6 (1):23-29
3. Angermeyer MC, Dietrich S (2006) Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 113 (3): 163-179.
4. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J ve ark. (2011) Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland . *BMC Psychiatry*11:52.
5. Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H ve ark. (2009) Majör depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *Turk Psikiyatri Derg* 20 (3): 205-212.
6. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H ve ark. (2010) The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): Development and psychometric evaluation of a new instrument. *Int J Methods Psychiatr Res* 19 (4): 243-254.
7. Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4:561-71.
8. Beck AT (1979) *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, Nd.:Prentice Hall.
9. Brohan E, Gauci D, Sartorius N ve ark. (2011) Self-Stigma, Empowerment and Perceived Discrimination Among People With Bipolar Disorder Or Depression İn 13 European Countries: The Gamian-Europe Study. *J Affect Disord* 129 (1-3):56-63.
10. Bromet E, Helena L, Hwang I ve ark. (2011) Cross-national epidemiology of DSM-4 Major Depressive Episode. *BMC Medicine* 9:90.

11. Crisp AH, Gelder MG, Rix S ve ark. (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 177:4-7.
12. Corrigan PW, Watson AC (2002): Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 1 (1):16-20.
13. Coppens E, Van Audenhove C, Scheerder G ve ark. (2013) Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *J Affect Disord* 150 (2): 320–329.
14. Corrigan PW (2016) Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry* 15 (1):67-73.
15. Corrigan PW (1998) The Impact Of The Stigma On Severe Mental Illness. *Cogn Behav Pract* 5 (2):201-222.
16. Corrigan PW, Watson AC (2002) The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol* 9 (1): 35-53.
17. Corrigan PW, Rao D (2012) On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry* 57 (8): 464-469.
18. De Mendonça Lima CA, Levav I, Jacobsson L ve ark. (2003); World Health Organization /European Regional Office, Task Force on Destigmatization. Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe, *Int J Geriatr Psychiatry* 18 (8):679-82.
19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5) (2013) American Psychiatric Association, Washington DC.
20. Doğanavşargil ÖG (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*; 22 (2):239-251.
21. DSÖ 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> 24.04.2016

22. Ersoy MA, Varan A (2007) Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg* 18 (2): 163-171.
23. Gabriel A, Violato C (2010a) The development and psychometric assessment of an instrument to measure attitudes towards depression and its treatments in patients suffering from non-psychotic depression. *J Affect Disord* 124 (3): 241-249.
24. Gabriel A, Violato C (2010b) Knowledge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: the antidepressant adherence scale (AAS). *J Affect Disord* 126 (3): 388-394.
25. Goffmann E (1963) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall.
26. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF (2008) Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry* 8:25.
27. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF ve ark. (2004): Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 185:342-349.
28. Griffiths KM, Crisp DA, Jorm AF ve ark. (2011) Does stigma predict a belief in dealing with depression alone? *J Affect Disord* 132 (3): 413–417.
29. Güleç C (1981) Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma. Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
30. Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark. (2002) Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Turk Psikiyatri Derg* 13 (4):273-281.
31. Haghghat R (2001). A unitary theory of stigmatisation. *Br J Psychiatry* 178:207–215.

32. Hawton K ve van Heeringen K (2009) Suicide. *Lancet* 373 (9672):1372-1381.
33. Helm HW Jr ve Boward MD (2003) Factor Structure of The Beck Depression Inventory In a University Sample. *Psychol Rep* 92 (1):53-61
34. Hisli N (1988) Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 22 (6):118-126.
35. Jimenez DE, Bartels SJ, Cardenas V ve ark. (2013) Stigmatizing Attitudes Towards Mental Illness Among Racial/ Ethnic Older Adults İn Primary Care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 28 (10): 1061–1068.
36. Judd F, Jackson H, Komiti A ve ark. (2007). Service utilisation by rural residents with mental health problems. *Australas Psychiatry* 15 (3):185-90.
37. Katon W, Lin E, Kroenke K (2007) The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 29 (2): 147-155.
38. Kaya B, Kaya M (2007) 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 10 (Suppl. 6) 3-10.
39. Kelly CM, Jorm AF (2007) Stigma and mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 20 (1): 13-16.
40. Kessler RC (2012) The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am* 35 (1):1-14.
41. Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark. (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 289 (23):3095-105.
42. Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K ve ark. (2005) Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med* 35 (8): 1205-1213.
43. Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları.

44. Kovess-Masfety V, Boyd A, van de Velde S ve ark. (2014) Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU-World Mental Health survey. *J Epidemiol Community Health* 68 (7):649-56.
45. Kurzban L, Leary MR (2001) Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychol Bull* 127 (2):187-208.
46. Latalova K, Prasko J, Kamaradova D ve ark. (2014) Self-stigma and suicidality in patients with neurotic spectrum disorder - a cross sectional study. *Neuro Endocrinol Lett* 35 (6):474-80.
47. Lépine JP, Briley M (2011) The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat* 7 (Suppl 1): 3–7.
48. Link BG, Phelan JC (2001) Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 27: 363-385.
49. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M ve ark. (1999) Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health* 89 (9):1328-1333.
50. Link BG (1987) Understanding labeling effects in area of Mental disorders: An assessment of the effects of expectations and rejection. *Am Sociol Rev* 52 (1): 96-12.
51. Livingston JD, Boyd JE (2010) Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 71 (12): 2150-2161.
52. Morisky D, Green L, Levine D (1986) Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 24 (1): 67-74.
53. Özcan Ö (2013) Majör Depresyon Hastalarında Tedaviye Yanıtın Demografik Ve Klinik Belirteçleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

54. Özkürkçügil A, Aydemir O, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV eksen I bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 12: 233-236.
55. Özmen E, Ögel K, Boratav C ve ark (2003); Depresyon ile İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği. Turk Psikiyatri Derg 14 (2):89-100
56. Özmen E, Taşkın EO, Özmen D (2004) Which Psychiatric label is more stigmatising? "Ruhsal Hastalık" or "Akıl Hastalığı" Turk Psikiyatri Derg 15 (1):47-55
57. Pan A, Sun Q, Okereke OL ve ark. (2011) Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. JAMA 306 (11): 1241-1249.
58. Park JE, Cho SJ, Lee JY ve ark. (2015) Impact of stigma on use of mental health services by elderly Koreans. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 50 (5):757-66.
59. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH ve ark. (2015) Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012. Can J Psychiatry 60 (1):23-30.
60. Pyne JM, Kuc EJ, Schroeder PJ ve ark. (2004) Relationship Between Perceived Stigma and Depression Severity. J Nerv Ment Dis 192 (4): 278–283.
61. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M (2003) Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res 121: 31-49.
62. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW (2005) Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiatry 20 (8): 529-539.
63. Sağduyu A, Özmen E, Aker T ve ark. (2008) Knowledge And Attitudes Of General Practitioners About Depression. New Symposium 46 (4):206-214.

64. Sirey JA, Bruce ML, Kales HC (2010) Improving antidepressant adherence and depression outcomes in primary care: the treatment initiation and participation (TIP) program. *Am J Geriatr Psychiatry* 18 (6): 554-562.
65. Stein-Shvachman I, Segel Karpas D, Werner P (2013); Depression Treatment Non-adherence and its Psychosocial Predictors: Differences between Young and Older Adults? *Aging and Disease*; 4 (6): 329-336.
66. Sönmez YE, Erden Aki ŞÖ (2013) Vasküler Deresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi* 50:1-8.
67. Tamam L, Karaytuğ MO, Namlı Z (2012) Depresyonun ekonomik maliyeti. *Türkiye Klinikleri* 5 (2): 103-106.
68. Taşkın EO, Gürlek Yüksel E, Deveci A ve ark. (2009) Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 10:100-108.
69. Taşkın EO, Seyfe Şen F, Özmen E ve ark. (2006); Kırsal Kesimde Depresyonlu Hastalara Yönelik Tutumlar: Sosyal Mesafe ve Etkileyen Etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri* 8 (1): 11-17.
70. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. Accessed online 28 April 2015:http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
71. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Rapor. 2004: Ankara
72. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013) Ankara.
73. Topuzoğlu A, Binbay T, Ulaş H ve ark. (2015) The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *J Affect Disord* 181:78-86.

74. Tucker JR, Hammer JH, Vogel DL ve ark. (2013) Disentangling Self-Stigma: Are Mental Illness and Help-Seeking Self-Stigmas Different? *J Couns Psychol* 60 (4): 520.
75. Turvey CL, Jogerst G, Mee Young Kim MY ve ark. (2012) Cultural differences in depression-related stigma in late-life: a comparison between the USA, Russia, and South Korea. *Int Psychogeriatr* 24 (10): 1642–1647.
76. Van Voorhees BW, Cooper LA, Rost KM ve ark. (2003) Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists. *J Gen Intern Med* 18 (12): 991-1000.
77. Vergouwen AC, Burger H, Verheij TJ ve ark. (2009) Improving patients' beliefs about antidepressants in primary care: a cluster-randomized controlled trial of the effect of a depression care program. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 11 (2): 48-52.
78. Vogel DL, Wade NG, Hackler AH (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling. *J Couns Psychol* 54 (1):40–50.
79. Werner P, Stein-Shvachman I ve Heinik J (2009) Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study *Int Psychogeriatr* 21 (6):1180–1189.
80. Yıldız M, Özten E, Işık S ve ark. (2012) Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama *Anadolu Psikiyatri Derg* 13:1-7.

8. EKLER

EK 1. BİLGİ FORMU

BİLGİ FORMU	
SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER	
Adı Soyadı:	
Dosya No:	
Cinsiyet:	
Medeni Hali:	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Diğer _____
Çocuk sayısı:	
Eğitim Durumu:	<input type="checkbox"/> Eğitimsiz <input type="checkbox"/> Okur-Yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek Okul/Üniversite
Mesleği:	
Çalıştığı iş:	
Halen çalışıyor mu:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Emekli
Yaşadığı yer:	
	Kent Merkezi <input type="checkbox"/> Varoş <input type="checkbox"/>
	Kırsal <input type="checkbox"/>
Kimlerle yaşıyor:	
PSİKIYATRİK ÖZGEÇMİŞ	
İlk depresyon dönemi yaşı:	
İlk tanı konulma yaşı:	
Geçmişte psikiyatrik tedavi almış mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kullandığı tedaviler:	<input type="checkbox"/> İlaç: _____ <input type="checkbox"/> Psikoterapi <input type="checkbox"/> EKT
Bir psikiyatri servisine yatış öyküsü:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Varsa toplam yatış sayısı:	
Geçmişte özkıyım girişimi:	<input type="checkbox"/> Var: _____ kere <input type="checkbox"/> Yok
Halen kullanmakta olduğu tedaviler:	
Psikiyatrik ek/eş tanı:	
BEDENSEL HASTALIK ÖYKÜSÜ	
Kronik, takip ve tedavi gerektiren hastalık:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Varsa kullandığı ilaçlar:	
SOYGEÇMİŞ	
Yakınlarında psikiyatrik hastalık var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Varsa kimlerde/tanı:	
Sosyal çevresinde psikiyatrik hastalık:	<input type="checkbox"/> Var (_____) <input type="checkbox"/> Yok
SCID I tanısı:	

EK 2. STANDARİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT)



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ

Erişkin Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

STANDARDİZE MİNİ
MENTAL TEST

HASTANIN

Tarih || || || || || ||

■ Adı-Soyadı :

■ Dosya No :

■ Yaşı :

■ Başlangıç Puan :

■ **ORYANTASYON** (Her bölüm için 10 sn kadar süre tamyn.)

	CEVAP	PUAN
A. Zaman		
1. Hangi yıldayız?		<input type="checkbox"/> (1)
2. Hangi mevsimdeyiz?		<input type="checkbox"/> (1)
3. Bugün ayın kaçı?		<input type="checkbox"/> (1)
4. Hangi gündeyiz?		<input type="checkbox"/> (1)
5. Şu an sabah mı öğle mi akşam mı?		<input type="checkbox"/> (1)
B. Mekan (Sadece tam doğru cevaba puan verin.)		
6. Hangi ülkede yaşıyoruz?		<input type="checkbox"/> (1)
7. Hangi kentteyiz?		<input type="checkbox"/> (1)
8. Bulduğunuz semtin adı nedir?		<input type="checkbox"/> (1)
9. Bulduğunuz bina neresidir?		<input type="checkbox"/> (1)
10. Kaçınıcı kattayız?		<input type="checkbox"/> (1)

■ **KAYIT HAFIZASI**

Hastaya 3 kelime söyleyeceğinizi ve siz bitirdikten sonra bunları tekrarlamasını istediğinizi söyleyin. Ayrıca bunları ezberlemesini ve unutmamasını, çünkü biraz sonra yeniden soracağımızı tembihleyin. (Kelimeleri birer saniyelik aralarla yavaş biçimde söyleyin.) İlk denemede her doğru için ilgili kutuyu işaretleyin. Cevap için 20 saniye bekleyin. Eğer hasta üçüne de cevap veremediyse öğrenene kadar ya da en fazla 5 kez olmak üzere tekrar edin.

Mavi Şahin Lale Tekrar (3)■ **DİKKAT VE HESAP**

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. İşlemi durduruncaya kadar devam edin. Her doğru işlem 1 puan.
(100, 93, 86, 79, 72, 65)

 (5)

HATIRLAMA

Biraz önce sorduğunuz 3 kelimenin neler olduğunu sorun. Sırası önemli olmaksızın her doğru cevap için puan verin. (Cevap için 10 saniye tanıyın.)

Mavi

Şahin

Lale

TOPLAM : (3)

LİSAN

A. Adlandırma

1. Kol saatinizi gösterip "Bu nedir?" diye sorun. (10 saniye süre tanıyın.)

(1)

2. Kalem gösterip "Bu nedir?" diye sorun. (10 saniye süre tanıyın.)

(1)

B. Tekrarlama

Söyleyeceğiniz aşağıdaki cümleyi sizden sonra tekrar etmesini isteyin. (Cevap için 10 saniye süre tanıyın. Tamamını doğru tekrarlarsa 1 puan verin.)

"O gelmiş olsaydı ben de giderdim."

(1)

C. Okuma

Üzerinde "GÖZLERİNİZİ KAPAYIN" yazan kağıdı hastaya verin ve sayfadaki yazıyı okumasını ve isteneni yapmasını söyleyin. Eğer hasta sadece okur, fakat gözlerini kapatmazsa, "Bu sayfada yazıyı okuyup ne isteniyorsa yapmalıyız" şeklinde en fazla 3 kereye kadar tekrarlayabilirsiniz. (10 saniye süre tanıyın. Gözlerini kapatırsa puan verin.)

(1)

D. Üç Aşamalı Komut

Hastaya sağ ya da sol el tercihini sorun. El tercihinine göre cümledeki sağ ya da sol elini değiştirin. 30 saniye süre tanıyın. Doğru uygulanan her komut için ilgiliyi işaretleyin.

Bir kağıt sayfası alın, hastanın eline uzatın ve şöyle söyleyin: "Bu kağıdı sağ/sol elinize alın, tam ortadan bir kez ikiye katlayın ve yere bırakın."

Kağıdı doğru tutuyor (1)

İkiye katlıyor (1)

Yere bırakıyor (1)

TOPLAM : (1)

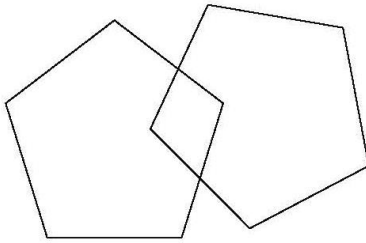
E. Hastadan bir kağıda herhangi bir cümle yazmasını isteyin.

(30 saniye süre tanıyın. Harf tarzındaki hataları ihmal edin.)

(1)

F. Yapılandırma: Hastadan aşağıdaki şekli önündeki kağıda kopya etmesini isteyin. (En fazla 1 dakika süre tanıyın.)

Doğru kopyalıyor. (1)



TOPLAM: /30

EK 3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ**

**Erişkin Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı**

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Yönerge

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh hali durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

BECK DEPRESYON ENVANTERİ	
1.	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum. b. Kendimi üzgün hissediyorum. c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum. d. Öylesine üzgünüm ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.	a. Gelecekte umutsuz değilim. b. Gelecek konusunda umutsuzum. c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. d. Gelecekte beklediğim olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3.	a. Kendimi başarısız görmüyorum. b. Herkesten daha fazla başarısızlığımı oldu sayılır. c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum. d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4.	a. Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum. b. Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum. d. Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5.	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum. b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor. c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum. d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6.	a. Cezalandırılmıyormuşum gibi duygular içinde değilim. b. Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim. c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum. d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7.	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım. b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım. c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum. d. Kendimden nefret ediyorum.
8.	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum. b. Kendimi zavıftıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum. c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum. d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9.	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. b. Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam. c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim. d. Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.

10.	<p>a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.</p> <p>b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.</p> <p>c. Şimdilerde her an ağlıyorum.</p> <p>d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.</p>
11.	<p>a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.</p> <p>b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.</p> <p>c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.</p> <p>d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.</p>
12.	<p>a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybettim.</p> <p>b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.</p> <p>c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.</p> <p>d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.</p>
13.	<p>a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.</p> <p>b. Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.</p> <p>c. Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.</p> <p>d. Artık hiç karar veremiyorum.</p>
14.	<p>a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum.</p> <p>b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum.</p> <p>c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum.</p> <p>d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.</p>
15.	<p>a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.</p> <p>b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.</p> <p>c. Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.</p> <p>d. Hiç çalışmıyorum.</p>
16.	<p>a. Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.</p> <p>b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.</p> <p>c. Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.</p> <p>d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.</p>
17.	<p>a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.</p> <p>b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.</p> <p>c. Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.</p> <p>d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.</p>
18.	<p>a. İştahım eskisinden pek farklı değil.</p> <p>b. İştahım eskisi kadar iyi değil.</p> <p>c. Şimdilerde iştahım epey kötü.</p> <p>d. Artık hiç iştahım yok.</p>
19.	<p>a. Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.</p> <p>b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.</p> <p>c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.</p> <p>d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.</p>
20.	<p>a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.</p> <p>b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.</p> <p>c. Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.</p> <p>d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.</p>
21.	<p>a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.</p> <p>b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.</p> <p>c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.</p>

**EK 4. PSİKİYATRİK ARAŞTIRMALAR VE EĞİTİM MERKEZİ (PAREM)
RUHSAL HASTALIKLAR İLE İLGİLİ HALKIN TUTUMUNUN
ARAŞTIRILMASI PROJESİ (RUTUP) ANKET FORMU-DEPRESYON
BÖLÜMÜ**

DEPRESYON

Şimdi aşağıda bahsedeceğim kişinin durumu ile ilgili bazı sorular soracağım, lütfen soruları üzerinde çok fazla düşünmeden cevaplandırınız.

Fatma Hanım, 38 yaşında, evli, 3 çocuklu bir ev kadını. Eşi memur. Fatma hanım, kendisini sürekli üzüntülü, neşesiz hissettiğini, sık sık ağladığını, eskiden severek yaptığı işleri artık yapmak istemediğini, geceleri uyuyamadığını, halsiz, iştahsız olduğunu, giderek zayıfladığını belirtmektedir. Birkaç aydır var olan bu durumunun son zamanlarda hemen hemen her gün olduğunu ve gün boyu sürdüğünü söylemektedir.

1) Fatma hanımda bedensel bir hastalık bulunmaktadır.

1 Katılıyorum 2 Kısmen katılıyorum 3 Pek katılmıyorum 4 Katılmıyorum 5 Fikrim yok

2) Fatma hanımda ruhsal bir hastalık bulunmaktadır.

1 Katılıyorum 2 Kısmen katılıyorum 3 Pek katılmıyorum 4 Katılmıyorum 5 Fikrim yok

3) Fatma hanımın bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır.

1 Katılıyorum 2 Kısmen katılıyorum 3 Pek katılmıyorum 4 Katılmıyorum 5 Fikrim yok

4) Fatma hanımın bu durumu yaşadığı sosyal sorunlardan (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) kaynaklanmaktadır.

1 Katılıyorum 2 Kısmen katılıyorum 3 Pek katılmıyorum 4 Katılmıyorum 5 Fikrim yok

5) Bu durumdan kurtulmak için Fatma hanımın;

K.	
1	Öncelikle bir doktora gitmesi gerekmektedir
2	Öncelikle güçlü olması gerekmektedir, isterse bu durumu aşabilir
3	Öncelikle bir tatile çıkması, bulunduğu ortamdan uzaklaşması gerekmektedir
4	Öncelikle yaşadığı şartların düzeltilmesi gerekmektedir
	Diğer:

6) Fatma hanım doktora gitmek isterse

- Öncelikle sağlık ocağı doktoruna gitmelidir
- Öncelikle dahiliye (iç hastalıkları) doktoruna gitmelidir
- Öncelikle psikiyatri (ruh sağlığı ve hastalıkları) doktoruna gitmelidir
- Diğer:
- Doktora gitmesini gerektiren bir durum bulunmamaktadır

- Şimdi size depresyon ile ilgili bazı sorular soracağım, lütfen soruları üzerinde çok fazla düşünmeden cevaplandırınız.
- Cevaplarınızı “katılıyorum” “kısmen katılıyorum” “pek katılmıyorum” “katılmıyorum” şeklinde ifade ediniz. Her hangi bir görüşünüz yoksa “fikrim yok” deyiniz.
- Yukarıda anlatılan Fatma Hanım depresyona bir örnektir.

1) Depresyon aşırı üzüntü halidir.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

2) Depresyon bir ruhsal zayıflık halidir.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

3) Depresyon sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) nedeniyle ortaya çıkar.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

4) Ortam değişikliği (tatile çıkmak gibi) depresyonun geçmesine önemli katkılarda bulunur.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

5) Depresyonu olanlar tam olarak düzelmez.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

6) Hacı ya da hocalar depresyonun geçmesini sağlayabilir.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

7) Sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) çözülmeden depresyon geçmez.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

8) Depresyonlu hastalar toplum içinde serbest dolaşmamalıdır.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

9) Depresyonlu bir kişiyle birlikte çalışabilirim.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

10) Depresyonu olan bir kişiyle evlenebilirim .

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

11) Depresyonlu bir komşum olması beni rahatsız etmez.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

12) Evim olsa depresyonu olan bir kişiye kiraya vermem

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

13) Depresyonlu kişiler saldırgan olur

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

14) Depresyonlu hastalar kendi hayatları ile ilgili doğru kararları alamaz

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

15) Depresyon bulaşıcıdır

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

16) Depresyon bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

17) Depresyonu olanlar akıl hastasıdır

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

18) Depresyon bir hastalıktır

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

19) Depresyon tedavi edilebilen bir hastalıktır

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

20) Depresyon ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

21) Depresyon psikoterapi (konuşma tedavisi) ile tedavi edilebilen bir hastalıktır.

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

22) Depresyon geçirdiğinizi düşünseydiniz ne yapardınız?

Tatile çıkardım Doktora giderdim Dini yardım arardım

Hiçbir şey yapmazdım Diğer:.....

23) Doktora gitmeye karar verseydiniz aşağıdakilerden hangisine öncelikle başvururdunuz?

Sağlık ocağı doktoru Psikiyatri doktoru Dahiliyeci Beyin cerrahisi doktoruna

Nöroloji doktoruna Diğer:..... Hiçbir doktora gitmezdim

24) Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilirler

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

25) Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etkiler yaparlar

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

26) Depresyon doğuştan gelen bir hastalıktır

Katılıyorum Kısmen katılıyorum Pek katılmıyorum Katılmıyorum Fikrim yok

EK 5. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

RHİDÖ

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

- “Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını ;
 “Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını ;
 “Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını ;
 “Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını daire içine

alarak

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmamama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkamak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim "normal" yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ruhsal hastalığımanın olması hayatımı berbat etti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımanın olduğunu anlayabilirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-6: DEPRESYONDA KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (DKDÖ)

Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği

Aşağıda farklı şiddette depresyon yaşayan iki kişi örneği verilmiştir. Lütfen vaka öykülerini sonuna kadar dikkatle okuyunuz.

Birinci Örnek Vaka:

Mehmet 30 yaşında. Son birkaç haftadır üzgün ve mutsuz hissediyor, eskiden zevk aldığı etkinliklerden hiç zevk almıyordu. Daima yorgun hissetmesine rağmen, neredeyse her gece uykuya dalmakta güçlük çekiyordu. Bu sürede iştahı da kesilmiş ve kilo kaybetmişti. Hiçbir işe dikkatini veremiyor ve karar almayı erteliyordu. Her şey için büyük çaba gerektiğini düşünüyor, en basit gündelik işler bile gözünde büyüyordu. Çoğunlukla değersiz olduğunu hissediyordu. Mehmet bu şikayetlerle doktoruna başvurdu, doktoru bu problemlere neden olacak bir fiziksel sorunu olmadığını, depresyona girmiş olduğunu söyledi.

İkinci Örnek Vaka:

Mehmet 30 yaşında. Uzun zamandır üzgün ve mutsuz hissediyor, eskiden zevk aldığı şeyleri yapmaktan hiç zevk almıyordu. Daima yorgun hissetmesine rağmen, neredeyse her gece uykuya dalmakta güçlük çekiyordu. Bu sürede iştahı da kesilmiş ve kilo kaybetmişti. Hiçbir işe dikkatini veremiyor ve karar almayı erteliyordu. Her şey için büyük çaba gerektiğini düşünüyor, en basit gündelik işler bile gözünde büyüyordu. Çoğunlukla değersiz olduğunu hissediyordu. Mehmet bu şikayetlerle doktoruna başvurdu, doktoru bu problemlere neden olacak bir fiziksel sorunu olmadığını, Mehmet'in de düşündüğü gibi depresyona girmiş olduğunu söyledi. Mehmet o kadar ümitsizdi ki hayatına son vermenin yollarını düşünüyordu, ve yeniden hastaneye yatması gerekeceğinden endişeleniyordu.

Şimdi, bir dakikanızı ayırın ve yukarıda tariff edildiğine benzer şekilde depresyonda olduğunuzu farz edin. **Kendinizle ilgili olarak nasıl hissedebileceğinizi** düşünün ve aşağıdaki her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı veya katılmadığınızı işaretleyin.

Eğer depresyonda olsam:

1. Utanç duyardım.
- Kesinlikle katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
2. Mahcup hissederdim.
- Kesinlikle katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
3. Kendimi hayal kırıklığına uğrattığımı düşünürdüm.
- Kesinlikle katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
4. Diğer insanlardan aşağı hissederdim.
- Kesinlikle katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
5. Kendimi toparlayabilmeliyim diye düşünürdüm.
- Kesinlikle katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
6. Olanlarla baş edebilmeliydim diye düşünürdüm.
- Kesinlikle katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
7. Daha güçlü olmalıydım diye düşünürdüm.
- Kesinlikle katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
8. Suçlanacak tek kişinin kendim olduğunu düşünürdüm.
- Kesinlikle katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum

9. İnsanlarla iyi geçinen biri olduğumu düşünürdüm.

- Kesinlikle katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle katılmıyorum

10. Diğer insanlara yük oluyor gibi hissederdim

- Kesinlikle katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle katılmıyorum

11. Diğer insanların yanında yetersiz hissederdim.

- Kesinlikle katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle katılmıyorum

12. Topluma pek fazla katkıda bulunamayacağımı hissederdim.

- Kesinlikle katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle katılmıyorum

13. Baş edemediğimi insanların bilmesini istemezdim.

- Kesinlikle katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle katılmıyorum

14. Antidepresan ilaç kullansam kendimi zayıf biri olarak görürdüm.

- Kesinlikle katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle katılmıyorum

15. Depresyon için profesyonel yardım aramaktan utanırdım.

- Kesinlikle katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle katılmıyorum

16. Depresyon için profesyonel yardım aradığımı başkalarının bilmesinden utanırdım.

- Kesinlikle katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle katılmıyorum

EK 7. ANTİDEPRESAN UYUM ÖLÇEĞİ (AUÖ)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

Antidepresan uyum ölçeği (AUÖ)

Son 2 hafta içerisinde;

İlaçlarınızı almayı kaç kez unuttunuz?	
İlacınızı almayı kaç kez ihmal ettiniz?	
Kendinizi iyi hissettiğiniz zaman kaç kez ilaç almayı bıraktınız?	
Kendinizi kötü hissettiğiniz zaman kaç kez ilaç almayı bıraktınız?	

EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Hasta Grubu)

(Hekimin Açıklaması)

‘Depresyon’ hastalığıyla ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “*Yaşlı Bireylerde Depresyona İlişkin Tutumlar ve Damgalanmanın Tedavi Başvurusuna Etkisinin İncelenmesi*” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, Depresyonu olan bireylerde damgalanmanın varlığını, ilişkili olduğu sosyodemografik-klinik özellikleri, tedavi uyumuna ve başvuru tercihinine etkisini araştırmaktır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bölümü’nün ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. Gülsüm Zuhâl Kamış tarafından muayene edileceksiniz ve bulgular kaydedilecektir. Muayene sırasında bilişsel işlevlerinizin değerlendirilmesi için bir test uygulanacaktır. Bu değerlendirme sonucunda doktorunuz uygun görürse bu çalışmaya alınacaksınız. Bu çalışma sırasında sizlerden ‘Depresyon’ belirtileri ile ilgili, depresyon ve tedavilerine yönelik duygu, düşünce ve tutumlarınızla ilgili bir grup anket doldurmanız istenecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir

değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsizsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. Gülsüm Zuhâl Kamış tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile İç Hastalıkları (Geriatri Bölümü) Anabilim Dalları'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Gülsüm Zuhâl Kamış'ı 03123051873 no'lu telefonda ve HÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı”

olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

3. KATILIMCI İLE GÖRÜŞEN HEKİM

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza