

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**REVİZE EDİLMİŞ DEPRESYON TUTUM
ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE DİLİNDE GEÇERLİK
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Mine TEVRİZOĞLU
UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**REVİZE EDİLMİŞ DEPRESYON TUTUM
ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE DİLİNDE GEÇERLİK
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Mine TEVRİZOĞLU
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Vildan MEVSİM
YARDIMCI TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. İrfan YURDABAKAN

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ.....	IV
KISALTMALAR.....	V
ÖNSÖZ.....	VII
SUMMARY	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Depresyon	3
2.1.1 Depresyonun Tarihçesi.....	3
2.1.2 Depresyonun yaygınlığı ve önemi	3
2.1.3 Depresyonun Etiyolojisi	5
2.1.4 Birinci Basamakta Depresyonun Yeri	7
2.1.5 Depresyon Sınıflandırması	8
2.1.5.1 Major Depresif Bozukluk	8
2.1.5.2. Distimik Bozukluk.....	9
2.1.5.3. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu.....	9
2.1.5.4. Premenstrüel Disforik Bozukluk	9
2.1.5.5 Madde / İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk.....	10
2.1.5.6 Başka Medikal Duruma Bağımlı Depresif Bozukluk.....	10
2.1.5.7 Diğer Belirtilen Depresif Bozukluk.....	10
2.1.5.8 Tanımlanmamış depresif bozukluk	10
2.2 Depresyon Tanısı ve Tedavisi	11
2.3 Damgalanma	12
2.3.1 Damgalanma (etiketleme, stigmatizasyon) kavramı	12
2.3.2 Ruhsal Hastalıklarda Damgalama	15
2.3.3 Depresyonda Damgalama:.....	17
2.3.4 Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Depresyon Hakkındaki Tutumları	17
2.3.5 Tutum değerlendirmede kullanılan ölçekler	21
2.3.5.1 Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği.....	21
2.3.5.2 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	22
2.4 Geçerlik Güvenirlik Çalışmaları	22
2.4.1 Ölçme ve Ölçek Geliştirme	22
2.4.1.1 Çeviri Basamakları	24

2.4.1.2 Ölçek Uyarlaması ve Kültür	24
2.4.1.3 Ölçeklerle çalışmanın avantajları	25
2.4.1.4 Ölçeklerle çalışmanın dezavantajları	25
2.4.2. Ölçekte bulunması gereken özellikler	25
2.4.2.1 Standardizasyon	25
2.4.2.2 Geçerlik ve Güvenirlik	26
2.4.2.2.1 Güvenirlik(Realibility)	26
2.4.2.2.1.1 Test-tekrar test yöntemi.....	27
2.4.2.2.1.2 Eşdeğer (Paralel) formlar yöntemi:.....	28
2.4.2.2.1.3 Testi yarılama (eşdeğer yarılar) yöntemi	28
2.4.2.2.1.4 Kuder-Richardson yöntemi (KR-20, KR-21)	28
2.4.2.2.1.5 Cronbach Alpha (α) Katsayısı.....	28
2.4.2.2.2 Geçerlik (Validity)	28
2.4.2.2.2.1 İçerik/Kapsam Geçerliği.....	29
2.4.2.2.2.2 Ölçüte Bağlı Geçerlik.....	29
2.4.2.2.2.3 Yapı Geçerliği	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1 Araştırmanın Deseni.....	32
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	32
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	32
3.4 Veri Toplama Araçları ve Araçlarının Tanıtımı.....	33
3.4.1 Sosyo-Demografik Soruları İçeren Veri Formu.....	33
3.4.2 Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği	33
3.4.3 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	34
3.5 Türkçe Çeviri - Tekrar Çeviri.....	34
3.6 Uygulama	35
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
3.7.1 Sosyo-Demografik Özellikleri İçeren Veri Formunun	35
Değerlendirilmesi	35
3.7.2 Geçerlik Analizleri.....	35
3.7.3 Güvenirlik analizleri	36
3.8 İzinler.....	36

4. BULGULAR.....	37
4.1 Tanımlayıcı Çalışma Bulguları.....	37
4.2 Geçerlik Güvenirlik Bulguları	39
4.2.1. Geçerlik Bulguları	39
4.3 Güvenirlik Analizleri	45
5.TARTIŞMA	47
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
7.KAYNAKLAR	55
8.EKLER.....	63

EK-1: Etik Kurul Karar Formu

EK-2: Depresyon Tutum Ölçeği Kullanım İzni

EK-3: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Kullanım İzni

EK-4: Sosyodemografik veriler anketi

EK-5: R-DTÖ

EK-6: RHYİÖ

EK-7: R-DTÖ (13 Maddeli)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Güvenirlik Sıralama Yöntemleri, Kullanılabileceği durumlar ve İstatistiksel Yöntemler

Tablo 2: Geçerlik Analizleri

Tablo 3: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Dağılım Durumu

Tablo 4: Katılımcıların Mezuniyet Sonrası Depresyon Eğitime göre dağılımı

Tablo 5: Katılımcıların kendilerinde ve ailelerinde Depresyon varlığına göre Dağılımı

Tablo 6: KMO and Bartlett's Testi

Tablo 7: Temel bileşenler matrisi

Tablo 8: Açıklanan Toplam Varyans Analizi

Tablo 9: Faktör 1 Madde Toplam İstatistikleri

Tablo 10: Faktör 2 Madde Toplam İstatistikleri

Tablo 11: Faktör 3 Madde Toplam İstatistikleri

Tablo 12: Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik veriler

Tablo 13: Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği Güvenlik katsayıları

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Faktör analizi sonuçlarının scree plot değerleri.

KISALTMALAR

R-DAQ: Revised Depression Attitude Questionnaire

R-DTÖ:Revize Edilöiř Depresyon Tutum Öłçeęi

DAQ: Depresyon Tutum Öłçeęi

RHYİÖ: Ruhsal Hastalıęa Yönelik İnançlar Öłçeęi

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

YLD: Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı

MAO: Monoaminoksidaz

DA: Dopamin

5-HT: serotonin

SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

MDB: Major Depresif Bozukluk

RIMA: Selektif MAO-A İnhibitörleri

SNRI: Serotonin Ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri

KMO- örnekleme yeterliliği: Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

TEŞEKKÜRLER

Tez danışmanlığımı üstlenen, dinamik kişiliğiyle, genç ruhuyla bana her zaman ileri bakmayı öğreten sevgili Prof.Dr Vildan MEVSİM'e, tez çalışmam süresince yardımını esirgemeyen Doç .Dr. İrfan YURDABAKAN'a, Aile Hekimliği Uzmanlığı hakkında kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı anlamı asla unutamayacağım, örnek iş disipliniyle mesleğinde duayen olmayı haketmiş saygıdeğer Prof. Dr. Dilek GÜLDAL hocama, Asistanlığım süresince desteklerini eksik etmeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR, Prof. Dr. Mehtap KARTAL, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a , Öğr. Gör. Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM , Öğr. Gör. Uzm. Dr. Neslişah TAN ve Uzm. Dr Gizem LİMNİLİ'ye,

Üç buçuk yıla yakın asistanlık hayatımda bana kardeşlik ve arkadaşlık yapan adını sayamadığım asistan arkadaşlarıma ve Anabilim dalı çalışanlarına,

Aile Hekimi Uzmanı olmak istiyorum dediğimde , tereddüt etmeden benimle İzmir'e taşınan ve benim rahat bir asistanlık yapabilmem için elinden geleni yapan, her zaman varlıklarından güç aldığım canım ANNEM ve BABAMA,

İleri yaşına rağmen eğitim hayatına devam etmek isteyen annelerini, yalnız kalmak pahasına destekleyen ve hiç yormayan , beni dünyanın en şanslı insanı yapan yavrularım ELA ve EYLÜL'e,

Asistanlık ve Tez yazımı sürecinde, tüm zor anlarımda yanımda olan, bana güvenini ve inancını hiç kaybetmeyen, kıymetli insan Necdet EZMAN' a teşekkürü bir borç bilirim.

İyi ki varsınız, iyi ki tanımışım sizleri.

ÖZET

REVİZE EDİLMİŞ DEPRESYON TUTUM ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE DİLİNDE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Dr. Mine Tevrizoğlu Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

İnciraltı/İzmir

Amaç: Depresyon , dünyada 350 milyon insanı etkileyen önemli bir sağlık sorunudur.Ülkemizde kadınlarda %10,7 ile birinci sırada, erkeklerde de %6,4 ile ikinci sırada sakatlık yükünü oluşturmaktadır. Ayrıca hastalık yüküne yol açan ilk 10 hastalıkta dördüncü sırada yer almaktadır. Aile Hekimleri konumları gereği depresyonlu kişilerin ilk ve bazı toplumlarda tek başvuru noktasıdır ve depresyon yönetiminde anahtar role sahiptir.Hastaların durumlarının ifşası hakkındaki endişeleri ve aile hekimlerinin depresyon hakkındaki bilgi ve tutumları engelleyici rol oynamaktadır.Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının depresyon hastaları hakkındaki tutumlarını değerlendirmek için oluşturulan Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeğinin Türkçe dilindeki geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır.

Yöntem: Metadolojik araştırma modelinde yürütülen çalışma İzmir ili merkez ilçede görev yapmakta olan 302 aile hekiminin katılımı ile yapılmıştır. Web tabanlı anket hazırlama programı kullanılarak e posta yoluyla, sosyo demografik veri formu, Revize Edilmiş Depresyon Tutum ölçeği(RDTÖ) ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) katılımcılara uygulanmıştır. Verilerin analizi; ölçeğin güvenirliği Cronbach alpha iç tutarlık ,split half ve pearson korelasyon analizi ile yapılmış, yapı geçerliği çalışması açımlayıcı faktör analizi ile yapılmıştır.

Sonuç:22 maddelik R-DTÖ 5 li likert yapıda bir ölçektir.Ölçeğin 9 maddesi Türkçe formunda çalışmamıştır. Bu durum kültürel farkla, ölçeğin teorik yapısındaki farklılıkla açıklanmaya çalışılmıştır. Faktör analizi bulguları, 13 maddelik R-DTÖ maddelerinin toplam varyansın % 45.473'ünü açıklayan üç boyutlu yapıyı göstermiştir. Ölçeği oluşturan alt boyutların korelasyonu olmadığından ayrı ayrı değerlendirilmiş olup. Öz Yeterlilik Alt Boyutu Cronbach Alpha: 0,659 genel Bakış Açısı Alt Boyutu Cronbach Alpha:0,52 ,Depresyona Karamsar Bakış Alt Boyutu Cronbach Alpha:0,562 olarak hesaplanmıştır.Split half testinde r:0,2 olup yarı test uygunluğu bulunamamıştır. R-DTÖ 'nin Türkçe diline uygunluğu düşük seviyede değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Tutum, R-DTÖ, RHYİÖ, geçerlik güvenirlik

SUMMARY

VALIDITY AND RELIABILITY OF TURKISH VERSION OF REVISED DEPRESSION ATTITUDE QUESTIONNAIRE (R-DAQ)

Dr. Mine TEVRİZOĞLU, Dokuz Eylül University Department of Family Medicine,
İnciraltı/ İzmir

Aim: Depression is a health problem affecting 350 billion people around the world. In Turkey, it creates 10.7% of dissability charge in women and 6.4% in men. In addition, depression takes 4'th place in top 10 disability causing disease charge. Because of their positions, family physicians are the first, and in some communities only, consultant for depressed individuals. Concerns of patients about disclosure of their situation and the knowledge and attitudes of the family physicians about depression play an inhibitive role. The aim of this study is to investigate the validity and reliability of the Revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ) in Turkish culture to assess the attitudes of health professionals towards depressed patients.

Method: The study conducted in the methodological research model has been carried out with the participation of 302 family physicians working in the central province of İzmir. Socio-demographic data form, Revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ) and Beliefs Towards Mental Illness Scale (RHYIS) were applied via electronic mail using a web-based questionnaire preparation program. The reliability of the analysis scale of the data was determined by Cronbach alpha internal consistency, split half and Pearson correlation analysis. Exploratory factor analysis and similar scales correlation was done for validity of the scale.

Result: The 22-item R-DAQ is a quintet Likert structured scale. 9 items of the scale did not work in Turkish form. Factor analysis findings showed that the 13-item R-DAQ items account for 45.473% of the total variance. The Cronbach alpha value for the whole of the scale was 0.304 and the values for the subscales were 0.659 for the Self-efficacy subscale, 0.520 for the General Viewpoint subscale, and 0.562 for the Pessimistic view of Depression subscale. In the split half test r was 0,202 and no half-test fit was found. The validity and reliability of R-DAQ to the Turkish language has been evaluated as low.

Key Words: Depression, Attitude, R-DAQ, Validity and reliability

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon, işlevsellikte belirgin bozulmayla sonuçlanan, sık tekrar edebilen, insan hayatının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilen yaygın bir psikiyatrik hastalıktır. Yeterli sürede ve etkin tedavi edilmediğinde kronikleşebilir ve şahsın sosyal işlevselliğini ve iş hayatına katılımını engelleyerek önemli maddi ve manevi kayıplara yol açabilir.

Dünya da yaklaşık 350 milyon insan depresyondan etkilenmektedir ve bu haliyle oldukça yaygın bir ruh sağlığı sorunudur (1). 2013'de yayımlanan küresel Sakatlık Yüğü Raporuna göre, depresyonun toplam hastalık yükündeki payı 1998'de %19,7 iken, 2013 de bu oran % 33'e yükselmiştir (2). Benzer şekilde de depresyonun ülkemizdeki sakatlık yükü oranı kadınlarda %10,7 ile birinci sırada, erkeklerde de %6,4 ile ikinci sırada ve hastalık yüküne yol açan ilk 10 hastalıkta dördüncü sırada yer almaktadır (3). Aile hekimleri, temelde depresyonun başlangıç aşamasında yakalanmasında ve tedavinin başlatılmasında anahtar role sahiptir. Bununla birlikte, hastalığın yönetiminde bir takım sıkıntılar yaşanmaktadır.Hastalığı yönetmedeki başlıca engeller; başka komorbid hastalıklarla birlikte görülmesi, hastaların ruhsal durumlarının duyulması konusundaki endişeleri ve aile hekimlerinin depresyon hakkındaki bilgi ve tutumları olarak bildirilmektedir(4,5). Özellikle aile hekimlerindeki depresyonun doğası, sebepleri ve potansiyel sonuçları hakkındaki negatif tutumlar, depresyondaki hastaların zamanında hekime ulaşp,yeterli öneri, tedavi ve destek almalarına engel olmakta, bu durum da morbidite ve mortalitelerinde artışa sebep olmaktadır(6). Aile hekimlerindeki dışlayıcı tavır, hastaların gözünü korkutmakta ve tedavi arayışını kısıtlamaktadır(7). Ruhsal hastalıklarla ilgili etiketleme, hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülmektedir. Toplumlarda yaygın olarak görülen yanlış anlaşılma, ruhsal hastalığa sahip bireylerin ayrımcılığa uğramasına sebep olmakta ve bunun sonucunda hastalarda geleceğe yönelik umut ve özsaygı azalmaktadır.(4) Çalışmalara göre, toplum genelinde görülen damgalamadeğişik oranlarda sağlık çalışanlarında da görülmektedir (6).

Haddad ve arkadaşları tarafından yapılan, literatürde bulunan Depresyon Tutum Anketinin kullanıldığı çalışmaların geniş çaplı bir analizinde Avrupa'da görev yapan aile hekimlerinin İngiltere'de çalışan aile hekimlerine göre daha olumlu bakış açısına sahip olduğu, İngiltere'deki hekimlerin psikoterapinin psikiyatristlerce en iyi şekilde yapıldığını düşündüklerini göstermiştir (9). 1992 de Botega ve arkadaşları tarafından İngiltere'de geliştirilen "Depresyon Tutum Ölçeği" (8), tüm dünyada 20'den fazla ülkede birinci

basamakta çalışan aile hekimlerinin depresyon hastalarıyla ilgili tutumlarını değerlendirmek için kullanılmış, yapılan araştırmalarda doktorların tutumları 3 temel gruba ayrılmıştır. Buna göre, birinci grupta doktorlar hastalara karşı destekleyici ve sempatik yaklaşmakta ve daha az antidepresan kullanma eğilimi göstermektedirler. İkinci gruptaki doktorlar depresyonu antidepresanlarla çözülmek durumunda olan bir organik sorun olarak değerlendirmektedirler. üçüncü gruptaki hekimler ise depresyon hastalarıyla ilgilenmeyi çok emek verici ve boşa giden bir uğraş olarak değerlendirmektedirler. Avusturalya’da yapılan başka bir çalışmada Richards ve arkadaşları depresyon hakkında bilgi düzeyi düşük aile hekimlerinin daha olumsuz tavır içinde ve hastalarını daha çok sevk etme eğiliminde olduklarını tespit etmişlerdir. İngilizlerle kıyaslandığında İtalyanların daha çok etiketleme eğiliminde olduğu, bunun da nedeninin sağlık örgütlenmelerindeki farklılıklar olduğu düşünülmektedir (10). Pakistan’da yapılan bir çalışma da ise hekimlerin depresyonun oluşumunda irade yetersizliğini esas neden olarak gördüğü anlaşılmıştır(11) .

Haddad ve arkadaşları Depresyon Tutum Ölçeğini revize etmiş ve 22 soruluk yeni bir ölçek geliştirmiştir. Bu ölçekte sağlık çalışanlarının mesleki olarak kendini yeterli hissetme durumları, olumsuz bakış açıları ve depresyon oluşum mekanizmalarıyla ilgili genel yaklaşımları değerlendirilmiştir (12). Türkiye’de birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin depresyon hastalığına karşı tutumlarını değerlendirecek bir ölçek mevcut değildir. Birinci basamakta görev yapan aile hekimlerinin tutumlarını ve etiketleme eğilimlerinin ölçülerek değerlendirilmesi mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminin planlanması aracılığı ile depresyonun tanı ve tedavisine katkıda bulunacaktır. Bu amaçla bir çok ülkede geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan Depresyon Tutum Anketinin revize formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Depresyon

2.1.1 Depresyonun Tarihçesi

Psikiyatrik hastalıklar arasında en çok karşılaşılan durum olan depresyon, toplumda giderek artan oranları ve hastalığın sonuçlarının önemi bakımından üzerinde durulması gereken bir halk sağlığı sorunudur. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de vaka sayısı her geçen yıl artmakla birlikte, resmi kayıtların dışında tahmin edilen tedavisiz kalmış vakaları da göz önüne alırsak çözülmesi gereken ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak beklemektedir.

Depresyon, çökkün duygudurumu olarak tanımlanabilir. Bu durum anlık bir ruh hali, bir sendrom ya da bir hastalık olarak farklı boyutlarda görülebilir. Kişiye depresyon tanısı koyabilmek için esas olan semptomların belirli bir süredir devam etmesi ve işlevselliğinde ciddi bir kayıp yaşamasıdır. Tarih sürece bakıldığında, ilk olarak Hipokrates (M.Ö.460–357) tarafından kara safra fazlalığı ile açıkladığından “melaine chole” olarak isimlendirmiştir. Daha sonra Galen (M.S.131–201) melankoli halini “Korku ve Depresyon, Yaşamdan Hoşnutsuzluk, Tüm İnsanlardan Nefret” duyma olarak nitelendirmiştir. Hekimler o dönemde melankoliyi tedavi için hastalara tiyatro oyunları izletmiş ve özellikle komedi türü oyunları önermiştir. İngiliz psikiyatrist H. Maudsley (1835–1918), depresyon için “Affektif Bozukluk” terimini ilk olarak kullanan hekimdir.

2.1.2. Depresyonun Yaygınlığı ve Önemi

Depresyonun sık görülen bir ruhsal bozukluk olmasının yanı sıra, sebep olduğu işlevsellik kaybı ile de ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Depresyon hastalarında yaşam kalitesi bir çok alanda bozulmakta ve depresyonun şiddetiyle yaşam kalitesindeki bozulma paraleldir (13).

Amerikan Tıp Derneği tarafından yapılan Ulusal Eş Tanı Çalışması (NCS-R, *National Comorbidity Survey Replication*) sonuçlarına göre, majör depresif bozuklukla ilgili yaşam boyu hastalanma riski %16,2 ve yıllık yaygınlığı %6,6'dır(14). Aynı çalışmada, ortalama etkilenme süresi 16 hafta ve işlevsellikte bozulma %59,3 olarak bildirilmiştir. 2012 yılında yapılan Kanada Toplum Sağlığı Çalışması–Ruh Sağlığı

Bölümü bulgularına göre, Major Depresif Atağın yıllık yaygınlığı %3,9 ve yaşam boyu yaygınlığı %9,9 olarak saptanmıştır (15).

2011 yılında 10 gelişmiş, 8 az ve orta gelişmiş ülkeyi kapsayan bir çalışmaya göre; yaşam boyu major depresif atak yaygınlığı yüksek gelirli ülkelerde %14,6, düşük ve orta gelirli ülkelerde %11,1 olarak saptanmıştır. En yüksek (>%18) görülen ülkeler yüksek gelirli ülkeler, (Fransa, Hollanda, Yeni Zelanda ve ABD), en az görülen ülkeler (<%10) orta ve düşük gelirli ülkelerdir. (Meksika, Çin, Hindistan, Güney Afrika) (16).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, standart ölçeklerin kullanıldığı ilk çalışma olarak Güleç'in yaptığı çalışma dikkati çekmektedir. Bu araştırmada depresyon yaygınlığı %9,2, yaşam boyu yaygınlığı ise %23,6 bulunmuştur. 1998 de yapılan 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' araştırmasında depresyon ve anksiyete bozukluklarının en yaygın görülen ruhsal bozukluk olduğu ve depresif nöbet sıklığının %4 olduğu sonucuna varılmış, ayrıca bu çalışmada majör depresyon yaygınlığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3 olarak bulunmuştur (17). İzmir'de yapılan bir çalışmada major depresif bozukluk yaygınlığı %8,9 olarak saptanmıştır (18). Yine kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığına ilişkin yapılan bir çalışmada depresyon sıklığı %9 olarak saptanmıştır (19). Farklı çalışmalarda farklı yaygınlık oranları elde edilse de depresyonun en yaygın görülen ruhsal bozukluk olduğu görüşü yaygın sonuçtur (20).

Depresyon yalnız ruh sağlığını bozan bir hastalık olarak değil, fiziksel hastalıkların başlangıcı ve şiddet düzeyi için bir risk etkeni olarak görülmekte, bu hastalıklarla ilişkili mortalite yüzdesini artırmakta ve prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir (21,22,23). Sağlık Bakanlığı'nca yapılan Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasında, Ulusal düzeyde hastalık yüğü nedenlerinin, temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra yüzde 27 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir. Depresif bulguları daha şiddetli olanların, inme de dâhil olmak üzere tüm kardiyovasküler hastalıklar açısından daha yüksek bir riske sahip oldukları gösterilmiştir. Hastalık yükünün hesaplanmasında önemli bir kıstas olan "Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yıllarına" (YLD) bakıldığında, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı psikiyatrik hastalıkların, bunlardan da unipolar depresyonun aldığı görülmektedir (19).

Depresyonun doğası gereği işlevselliği bozması nedeniyle iş yerinde üretkenliği azaltmakta ve düşük gelir ve işsizliğe yol açmaktadır. Uzun süreli tedavi maliyetleri, özkıyım ve işgücü kaybına bağlı maliyetler depresyonun yol açtığı ekonomik yüğü katkıda bulunmaktadır. Raporlu olma ya da iş yerinde olduğu halde düşük işlevsellekle

çalışmanın, ABD'de yılda 36,6 milyar dolar kayba neden olduğu bildirilmiş, DSÖ 2030 yılında unipolar depresyonun önde gelen hastalık yükü olacağını belirlemiştir (24). Zamanında ve yeterli tedavi ile kısa sürede hastalık öncesi işlevsellik düzeyine ulaşılmasının tedavi maliyetlerini azaltarak mevcut ekonomik kaybın azalmasını sağlayabileceği düşünülmektedir (25).

2.1.3. Depresyonun Etiyolojisi

Günümüzde depresyonun etiyolojisini açıklamaya yönelik birçok teori olmakla birlikte, oluş nedenleri psikososyal, genetik ve biyolojik etkenlere dayandırılmaktadır. Depresyonun gelişimindeki biyolojik ve genetik temellerin aydınlatılmasından önce etiyolojisi yalnızca psikolojik kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır (26). Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar, depresyonun gelişiminde psikososyal stresörlerin ve yaşam olaylarının yine benzer bir duygudurum bozukluğu olan bipolar bozukluğa göre daha ön planda olduğunu göstermektedir (27). Epidemiyolojik çalışmalar depresyon gelişmesindeki genetik riskin %33 olduğunu göstermektedir (28).

Soy ağaçları, evlatlıklar ve ikizler üzerinde yapılan çalışmalara dayanılarak depresyonun genetik aktarımına ait kanıtlara ulaşılmıştır. MDB gelişiminde çeşitli kalıtsal faktörler rol oynamaktadır. Hafif vakalarda çevresel faktörlerin etkin olması daha olasıyken, şiddetli depresyon durumlarında kalıtsal risk faktörlerinin önemi artmaktadır (29). Cinsiyet farkı da genetik aktarımda etkili olup ve kadınlarda bu oran erkeklere göre daha yüksektir (30,31). Erken yaşta gelişen ve yineleyen depresyon vakalarında genetik riskin daha da arttığı bildirilmiştir (32).

Depresyon daha önceleri yalnızca psikolojik kuramla açıklanmaya çalışılırken 1952 yılında tüberküloz tedavisi üzerine yapılan bir araştırmada, antimikobakteriyel bir ajan olan İproniazid'in psikoaktif özellikler gösterdiğinin ve ilaç uygulanan hastaların neşeli, daha iyimser ve fiziksel olarak daha aktif oldukları rapor edilmesi üzerine Mono amin hipotezi ortaya atılmış ve iproniazid ve analoglarının; mitokondrial bir enzim olan ve noradrenalin (NA), serotonin (5-HT) ve dopaminin (DA) enzimatik yıkımında görev alan monoaminoksidazın (MAO) inhibisyonuna bağlı olarak etki gösterdiği bulunmuştur (33). Bu hipotez depresyonun patofizyolojisini tam olarak açıklayamamakla birlikte, alternatif bir teori ortaya konulamamış, uzun süre depresyon tedavisindeki etki ve güvenilirlikleri sınırlı olan TSA ve MAOI ilaçları kullanılmıştır. Daha sonra bu teorinin zemininde yapılan çalışmalarla, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI),

geridönüşümlü ve selektif MAO-A inhibitörleri (RIMA) ve serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) gibi yeni kuşak antidepresanların geliştirilip, klinik kullanıma sunulmuştur (34).

Depresyonla ilgili pek çok psikodinamik görüş mevcuttur. Bunlardan en bilinenleri; Freud'un klasik psikanalitik görüşte ortaya attığı bireyin oral dönemde saplanma, buna bağlı olarak güçlü bağımlılık duyguları, sevgi isteği, ayrılığa karşı aşırı duyarlılığının depresyonla ilişkilendirilmesi, anne ve çocuk ilişkisinin niteliğinin ve anne-çocuk ayrılığının depresyonun ortaya çıkmasındaki önemini vurgulayan görüşleridir. (K.Horney, Fairbairn) Depresyonun ortaya çıkmasında etkili olan çatışmanın salt benlik içinde de olabileceğini vurgulayan benlik psikolojisi görüşleri (E.Bilring), Sürekli engellenen ve çocukluktan itibaren olumsuz hayat koşullarına maruz bırakılanların bu durumla baş edemeyen kişilerin depresyona girdiğini savunan öğrenilmiş çaresizlik görüşü (Seligman), Beck'in savunduğu öğrenilmiş çaresizlik görüşü sayılabilir (35). Depresyon semptomlarının ortaya çıkmasında genellikle tetikleyici olan stresörler ve stresli yaşam olayları gibi faktörler gözlenmektedir. Özellikle, çocukluk çağında istismar ve kötü muamele gibi travmatik yaşantılar, olumsuz yaşam olayları depresif bozuklukların ortaya çıkışına katkıda bulunmaktadır (36). Çocuk ve ergenlerde; çeşitli risk faktörlerinin bir ya da birkaçının bir arada bulunması depresyona yol açabilir. Bunlar, ebeveynlerin boşanması, aile içi şiddet, sevdiği birinin veya hayvanın ölümü, ailede depresyon tanısı almış ebeveyn varlığı, tutarlı olmayan ebeveyn tutumları, diyabet gibi kronik hastalıklar, gelir düzeyinin düşük olması, okul değiştirme, taşınma olarak sıralanabilir (37).

Erişkinlerde de yakın zamanda yaşanmış kayıplar, ilişki problemleri, işsizlik, taşınma, iş yaşamında stresler ve mali sorunlar risk taşıyan yaşam olayları olarak sınıflanabilir (38). Tekrar eden depresyon veya ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün varlığı, depresyon için önemli bir risk etkeni oluşturur, erken başlangıçlı depresyonlarda; ailede depresyon öyküsü daha fazla olduğu görülmüştür veya sosyal başarısızlık daha yaygındır (39). Depresyon her yaş grubunda görülebilen bir bozukluktur, majör depresyon 20'li yaşlarda başlayabilir. Tipik olarak başlangıç yaşı 27-35 yaş arasında olmakla birlikte erişkinlerde depresyon en sık 40-59 yaş arasında görülmektedir (40). Çalışmalara göre bekârlar, dul ve boşanmış olanlar, ayrı yaşayanlarda evlilerden daha yüksek depresyon riski olduğunu görülmüştür (40). Yine alkol, uyuşturucu ve bağımlılık yapan madde kullanımı ile depresyon ortaya çıkışı arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (41).

2.1.4. Birinci Basamakta Depresyonun Yeri

Dünya Sağlık Örgütü'nün, 1988 yılında 11 ülkede, "Ruh Sağlığı Hizmetine Ulaşım Yolları Görüşme Formu" kullanarak yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre, ruhsal yakınmalarla ilgili ilk başvurular avrupa ülkeleri ve Küba'da çoğunlukla aile hekimlerine, Kenya'da psikiyatri dışı uzmanlara, Hindistan ve Pakistan'da ruh sağlığı birimlerine, Endonezya'da ise geleneksel tedavicilere yapıldığını gösterilmiştir. Benzer bir yöntemle Ankara'da yapılan çalışmada hastaların yarısının doğrudan psikiyatriste ulaştığı, yarıya yakınının diğer uzmanlara başvurduğu, ancak pratisyen hekimlere başvurunun ise çok düşük düzeyde olduğu değerlendirilmiştir. Erzurum'da da yapılan başka bir çalışmada ise hastaların yarıya yakınının psikiyatri dışı uzmanlara başvurduğu, bu oranı sırası ile pratisyen hekimler, psikiyatrlar ve geleneksel tedavicilerin izlediği tespit edilmiştir.

WHO ve WONCA (Dünya Aile Hekimleri Birliği) 2008 yılında yayınladıkları ortak Birinci Basamakta Psikiyatrik Hastalıklara yaklaşım bildirgesinde, tüm toplumlarda sıklığı giderek artan psikiyatrik hastalıkların olabildiğince erken evrede sistematik bir yaklaşımla bireyin alıştığı ortamda (ev veya sosyal çevresi) etkin tedavisinin, başarıyı arttıracakı vurgulanmış (42). Temel sağlık hizmetlerine başvuran her on hastadan birinde depresyon bulunmasına karşın, bunun sıklıkla tanınmadığı ve iyileştirilmesinin yapılamadığı (91), hastaların yaklaşık dörtte birinde ruhsal bir hastalık olduğu ve hekimlerin bu tanıyı atladıkları bilinmektedir (87). Hastalardaki depresyonun yakalanabilmesi için; depresyon için risk gruplarının, risk faktörlerinin ve hastalık belirti, bulgularının farkında olmak önemlidir. Bu nedenle birinci basamakta çalışan hekimlerin (45). Major Depresif Bozukluk(MDB) tanısı alan hastaların yaklaşık %40'ının birinci basamak veya ikinci basamakta tedavi ile tam remisyon gösterdiği bildirilmektedir. Birinci basamakta risk grubundan hastalar taranmalı ve MDB tanısı konulduktan sonra, akılcı ilaç uygulama ilkelerine göre antidepresan bir ilaç ile tedaviye başlanmalıdır, tedaviye kısmen yanıt alındığında ya da yanıt alınamadığında birinci basamak hekimi, tanıyı tekrar gözden geçirerek gerekirse hastayı bir ileri basamaktaki sağlık kuruluşuna yönlendirmelidir (46).

2.1.5. Depresyon Sınıflandırması

Depresyon farklı klinik tablolarla karşımıza çıkmaktadır. DSM-V'e göre depresif bozukluk alt grupları şu şekilde sıralanmaktadır (47):

1. Major depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
4. Premenstrüel disforik bozukluk
5. Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
6. Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
7. Diğer belirtilen depresif bozukluk
8. Tanımlanmamış depresif bozukluk

2.1.5.1. Major Depresif Bozukluk

Majör depresyon, toplumun tüm kesimlerinde sık görülen, kronik seyir gösteren, yinelemelerle gidebilen, yeti yitimine yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Belli bir süre boyunca (DSM'ye göre en az iki hafta) ilgi ve zevk alma kapasitesinde azalmayla beraber, psikomotor aktivitenin azalması ya da değişmesi, dikkat, uyku ve iştah bozuklukları, bunların yanında kişinin kendisini, dünyayı, yaşantıları ve geleceği olumsuz algıladığı, değersizlik ve suçluluk düşüncelerinin olduğu, intihar düşünceleri ya da girişimlerinin olabildiği bir durumdur (47).

A- En az 2 haftadır mevcut olan hemen her gün, günün büyük bölümünde işlevsellikte değişme ile birlikte aşağıdaki kriterlerden beşinin bulunması, bu beş kıstas içinde de mutlaka en az birinin depresif duygudurum veya zevk alamama ya da ilgi kaybı olması gerekir.

1. Her gün, gün boyu süren depresif mizaç (Üzgün, boşlukta hissetme, ağlamaklı mood).

2. Her gün ve gün boyunca; ilgi ve istekte azalma, yapılan aktivitelerden eskisi kadar zevk alamama.

3. Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı.

4. İnsomnia ya da hipersomnia.

5. Psikomotor ajitasyon ya da gerileme olması (davranışlarda aşırı artma ya da gerileme).

6. Yorgunluk, bitkinlik ve enerji kaybının olması.
7. Değersiz hissetme, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygularının hissedilmesi.
8. Odaklanmada zorlanma ya da kararsızlık.
9. Yineleyen ölüm düşünceleri, intihar planları veya teşebbüsleri

B- Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçülerini karşılamamalıdır.

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

D- Bu semptomlar, bir madde kullanımının (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (hipotroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamalıdır.

E- Bu semptomlar yas'la daha iyi açıklanamaz.

2.1.5.2. Distimik Bozukluk

Depresif ve çökkün duygu durumunun en az 2 yıl boyunca sürekli olarak görülmesi olarak tanımlanmaktadır. Çökkün duygu durum dönemleri; iştahsızlık veya aşırı iştah, uykusuzluk veya aşırı uyuma, yorgunluk, özgüven eksikliği, konsantre olamama veya karar vermede zorluk çekme, çaresizlik durumlarından en az ikisini içerir. 2 yıllık dönemde bir seferde 2 aydan daha uzun süren semptomsuz dönem yoktur. Manik, hipomanik dönem yoktur ve kriterler siklotimik bozukluğu karşılamaz. Psikotik bir bozukluk sırasında ortaya çıkmamıştır. Madde/genel tıbbi duruma bağlı değildir. Sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (47).

2.1.5.3. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

10 yaşından önce başlayan, en temel belirtisi kronik gidişli ve işlevselliği bozucu nitelikteki irritabilite olan duygudurum bozukluğudur, haftada en az üç kez yineleyen öfke nöbetleri söz konusudur ve bu durum 1 yıldır uzun süredir devam etmektedir (47).

2.1.5.4. Premenstrüel Disforik Bozukluk

Kadınlarda sıkça gözüken Menstrual Sendromun işlevselliği ve duygu durumunu ciddi olarak olumsuz etkileyen formu olarak tanımlanabilir. Düzenli olarak luteal fazın son

haftasında başlayan belirtiler, menstruasyon başladıktan bir kaç gün sonra sona ermektedir (47).

2.1.5.5. Madde / İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk

Madde kötüye kullanımı, ilaç veya toksinlerin doğrudan fizyolojik etkileriyle ilişkili belirgin ve inatçı çökkün duygu durumudur. Madde/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğunda majör depresyondaki bulgular görülür, ancak bu bulgular bir madde alımı, enjeksiyonu veya inhalasyonu sonucunda ortaya çıkar ve maddenin fizyolojik etkileri, intoksikasyon ya da yoksunluk dönemi boyunca devam eder (47).

2.1.5.6. Başka Medikal Duruma Bağımlı Depresif Bozukluk

Vasküler hastalıklar (inme), demans, diyabet, koroner arter hastalıkları, kanser tanısı, kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji ve hipotiroidi gibi tıbbi rahatsızlıklar ve ilaçlara bağlı (rezerpin, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ace inhibitörleri, antikolesterol ilaçlar, antiaritmik ilaçlar, kortikosteroidler,oral kontraseptifler, antiepileptikler, antineoplastik ilaçlar, antihistaminikler, antibiyotikler, tbc tedavisi, antipsikotikler, sedatif ve hipnotikler, antidepresan ilaçların kesilmesi) oluşan depresif bozukluk olarak tanımlanabilir (47).

2.1.5.7. Diğer Belirtilen Depresif Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya neden olan depresyon bozukluğunun belirtilerinin baskın olduğu, ancak bunların depresyon bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir adı kullanılarak belirlenebilecek görünüm için; yineleyen kısa depresyon, kısa süreli depresyon dönemi, yeterli belirtisi olmayan depresyon dönemi olarak özel adlar yazılabilmektedir (47).

2.1.5.8. Tanımlanmamış Depresif Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, depresyon bozukluğunun

belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların depresyon bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

Tanımlanmamış diğer depresyon bozukluğu kategorisi, depresyon bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamasının özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istemediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır (47).

2.2 Depresyon Tanısı ve Tedavisi

Toplumlarda sıklığı giderek artan psikiyatrik hastalıkların,olabildiğince erken evrede, sistematik bir yaklaşımla bireyin alıştığı ortamda (ev veya sosyal çevresi) etkin ve yeterli tedavisi, başarıyı arttırmaktadır (48). Birinci basamakta depresyon tedavisi için günümüzde en ideal model “İşbirlikçi Bakım” yaklaşımıdır. Bu modelde hasta ile aile hekimi koordinatörlüğünde bir ekip ilgilenir. Ekibin içinde gerekli zamanlarda konsültasyon istenecek veya hastanın sevk edileceği bir psikiyatrist, değişik psikoterapi yöntemleri uygulayan bir klinik psikolog ve/veya sosyal hizmetlerle sorumlu bir görevli yer alır (49). Bu modelde ilk olarak aile hekimi depresyonun şiddetini belirlemek için standart bir ölçek (Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği vb.) kullanılır.DSM-V kriterlerine göre teşhis edilen hastanın ilk başvuru ölçek skorları kayıt altına alınır. Hastanın tedavi takibi bu ölçeklerle yapılır. Bu modelde hasta ile tedavi stratejisi tartışılmalıdır. Kanıta dayalı tıp prensipleri uyarınca (mevcut eldeki en iyi bilimsel kanıt, doktorun tecrübesi ve hasta tercihleri) hasta ile karar verilen tedavi yöntemi için pratik ve etkili bir izlem programını içeren bir plan oluşturulmalıdır. Ekip üyelerinden birisi relapsın önlenmesi için hasta eğitimi ve kendine yeterliliğin sağlanması için gerekli aktiviteleri planlanmalıdır. Gerektiği hallerde aile hekimi ile konsültasyon istenen psikiyatrist arasında iletişimin iyi sağlanması gerekmektedir. Hastaya depresyon konusunda eğitim verilmeli ve eğitim verilirken majör depresyonun nedenleri ve doğal seyri konusunda hastaya bilgi verilmelidir. Ayrıca konuşulacak konular arasında bireysel tedavi için en uygun tedavi şekli, tedaviden beklentiler, izlem protokolü (ofis viziteleri / telefon konsültasyonu), relaps veya rekürensın erken belirtileri, tedavinin süresi yer alır (49).

Tüm depresyon türlerinde, ilaç tedavileri ve yapılandırılmış psikoterapiler etkili olup, iki tedavi birlikte uygulandığında etkinlik daha yüksektir. Hafif şiddetteki depresyonda

kişiler arası psikoterapi, bilişsel-davranışçı psikoterapi ya da sorun çözme terapileri ilaç tedavileri kadar etkili olabilir. Orta ve ağır şiddetteki depresyonda antidepresan ilaç tedavisi gereklidir. Bugün için kanıta dayalı tıp verilerine göre birinci basamakta işbirlikçi bir bakım yaklaşımının çok etkin tedavi sonuçları verdiği bilinmektedir. Tedavinin belirlenmesi sürecinde tedavi olasılıklarının hasta ve ailesi ile tartışılarak ortak karar çerçevesinde hareket edilmesi önemlidir. Tedavinin etkinliğinin izlenmesi ise başka bir öncelik konusudur. Günümüzde kabul edilen depresyon tedavisinin bireysel olması gerektiğidir (50). En başarılı tedavi sonuçları biyo psikososyal yaklaşımla planlanan tedavilerden sağlanmaktadır (47).

2.3.Damgalanma

2.3.1. 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 (52). 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 (53).

Stigma etiketlenen davranışlarla ilgilidir. Bir kişi veya grup için utanılması gereken bir durumun varlığı veya normal dışılığı ya da herhangi bir özelliği ile diğer bireylerden farklılığı olan ve bu nedenle suçlayıcı, kurban edici yaklaşım ve tutuma maruz kalma durumunu yansıtır. 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 kalıp yargılar çoğunlukla damgalananın 'tehlikeli' ve/veya 'öngörülemez' olduğunu ima eder, 'kabul etmeme, dışlama ve ayrımcılık' gibi tutumları beraberinde getirir.

Damgalama kişilerarası ilişkilerde ayrımcılık ya da kabul edilmezlik boyutunda yaşanmaktadır. Ayrımcılık toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini damga ve önyargı

nedeniyle bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakmasıdır. Böylece damga, bazen en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli nitelendirilmiştir (53).

On beşinci yüzyılda frengi hastalığına yakalananlar toplum tarafından lanetlenmişlerdir. On sekizinci yüzyılda ilk defa tanımlanan tüberküloz, alt sınıfa ait bir hastalık olarak görülmüştür. 1900'lü yıllardan itibaren kanser türlerinin tanınması ve giderek daha fazla sayıda kişinin bu tanıyı alması ile kanser hastalarına karşı önyargılı davranışlarda bulunulmuştur. Son yirmi yıla kadar kanser hastalarına karşı ayrımcı yaklaşımlar devam etmiştir. 1980'lerde ortaya çıkan ve önceleri homoseksüel hastalığı olarak bilinen AIDS hakkında "Allah'ın günahkârlara verdiği bir ceza" yorumları yapılmıştır. Kanser, tüberküloz, lepra, sifilis, epilepsi ve AIDS'in yanında ruhsal bozukluklar da damgalama yaratan hastalıklardan olmuştur. Ancak psikiyatrik hastalıklarda damga diğer hastalık gruplarından farklı olarak, hastalığın ciddiyetine ve işlevselliğine bakmadan ruhsal bozuklukların tümünü kapsamaktadır.

Sosyal açıdan birçok özellik ya da davranış etiketlenebilir. Bunlar başlıca üç gruba ayrılır: fiziksel bozukluklarla (yaşlanma dâhil), niteliksel kusurlarla (HIV/AIDS, alkolizm, ruhsal hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar vs.), ve toplumsal kökenle (ırk, din, uyruk vs.) ilgili damgalanma (51). Üç damgalanma türü üst üste binebilir ve birbirinin etkisini pekiştirebilir (54).

Psikiyatrik hastalığa sahip olan kişilerin hastalık öncesinde sahip olduğu bütün kimlik özellikleri, damgalayan toplum tarafından kaldırılır, sıklıkla yerine "lekeli bir kimlik" manasında "deli" damgası vurulur. Özten ve arkadaşları ruhsal hastalıklar ile ilgili olumsuz olay ve yorumlara maruz kalmanın olumsuz görüşler ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Damgalanan ruhsal hastalığı olan birey ve aileleri tedavi için arayışa gitmektense evde tecrit edilmeyi tercih eder hale gelmişlerdir (55). Bu nedenle mevcut damgalama ile mücadele, hastalığa yönelik tedavinin kendisi kadar önemli olup, hasta ve ailelerin yaşam sürecini olumlu kılmaktadır.

Damgalama nedenleri açıklanırken 4 terim kullanılmıştır.

Stereotipiler: Bu kavram toplumların ortak görüşünü temsil eder. Ruhsal hastalığı olan kişilerin nasıl oldukları konusunda toplumun daha önce üzerinde hemfikir olduğu kavramdır. "Hasta bir kişi" denildiğinde, kişi öncelikle stereotipiler eşliğinde durumu algılar. Stereotipiler pozitif ve negatif şeklinde gruplanır. Bir çok çalışmanın gösterdiği

gibi toplumdaki ruhsal bozukluğu olan birey için oluşan stereotipi, “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmayan birey” şeklindedir

Önyargılar: Önyargılar, stereotipleri destekler ve ikisinin sonucunda farklı duygusal reaksiyonlar gelişebilir. Önyargılar sonucu hastalara karşı oluşan duygular genellikle öfke ve korku gibi negatif duygulardır.

Ayrımcılık: Değerlendirilen bir durum sonucu ortaya çıkan bilişsel ve duygusal yanıtlar olup, davranışa yansır. Ruhsal olarak hasta olan bir kişi için bu davranış, ayrımcılık ve dışlayıcı davranışlardır. Önyargılı davranışların sonucu veya bir bireyin negatif stereotiplere sahip olması sonucu da ortaya çıkabilir.

Tutum: Kişilerin yaşama bakış açısı, büyüdüğü çevredeki topluma uygun olarak şekillenir. Bu bakış açısı kişinin olaylar karşısında verdiği duygusal reaksiyonlarını da etkiler. Bu reaksiyonlar bazen pozitif bazen de negatif olur. Kişideki bu reaksiyonlar ve dünya görüşünün bütünleşmesi ile oluşan bakış açısına “tutum” denir. İnsanlar ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik genellikle negatif tutumlara sahiptirler.

Çalışmalarda ayrımcılığın Bireysel, Toplumsal/Yapısal ve Kendini Damgalama(56) olarak üç düzeyde tanımlanmaktadır.

Toplum Damgası ve Ayrımcılık

Toplum damgası, toplumun belirli bir gruba karşı, belirli bir özellik nedeniyle önceden var olan, varsayımlar temelindeki reaksiyonunu kapsamaktadır. Örneğin, toplumda ruhsal sorunlu bireyler tehlikeli olarak görülüyorlarsa, bu özellikteki kişilerden kaçınma davranışı gösterilir. Bu yüzden ruhsal sorun yaşayanlar damgalanmanın olumsuz sonuçlarına en fazla maruz kalan bireylerdir. Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavilerinin önündeki en büyük engellerden birisi toplumun ruhsal bozukluklar karşısında damgalama, önyargılı düşünme ve davranma eğilimidir. Stereotipik davranışlar sergileme ve ruhsal bozukluğu olanlara karşı ayrımcılık uygulamak bütün toplumlar ve bütün kültürlerde ruhsal hastalıkların çeşitli ölçülerde damgalanmasına sebep olmaktadır. Farklı inanç sistemleri, kültürler, alt kültürler, ruhsal ve tarihsel sebepler hastalıklara karşı tutum ve davranışları büyük ölçüde etkilemektedir. Tüm dünyada ruhsal hastalıklara yönelik inançlar genellikle olumsuzdur. Bu nedenle birçok hasta hastalığını saklamak çabası içindedir (57).

2.3.2 Ruhsal Hastalıklarda Damgalama

Psikiyatri alanında,psikiyatrik hastalıkların kendisi başta olmak üzere birçok özellikle ilgili olumsuz önyargı ve inançlar mevcuttur. ‘Mental Illness’ (akıl hastalığı) damgası ile tüm psikiyatrik hastalar, hastalıklarının yapısına ve özelliklerine bakılmaksızın aynı şekilde damgalanırlar. Sağlık hizmeti veren ve toplum içinde sağlık konusunda “danışman” ve “model” işlevi gören özellikle birinci basamak hekimlerinin tutumları, ruhsal sorunları olan hastaların gereken yardımı alabilmelerini, gerektiğinde yönlendirilmelerini ve toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını etkileyen önemli bir etmendir(65). Psikiyatrik ilaçlarla ilişkili olarak etkili olmadıkları, bağımlılık yaptıkları, bırakılamadıkları gibi olumsuz inançlar klinik pratiğimizde sıkça karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatrik hastalıklarla ilgili olumsuz inançlarla ilişkili olsa da tedavi aramayla ilişkili damgalanma ayrı bir boyut olarak kabul edilmektedir (66). Araştırmalara göre, toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanışlar ve düşünceler şu şekilde sıralanmaktadır:

- Ruhsal hastalıklar gerçek birer hastalık değildir.
- Ruh hastaları sağlık kurumlarında kilit altında tutulmalıdır.
- Ruh hastası olan bireyler iyileşse bile asla normal yaşamına dönemezler.
- Ruh hastaları tehlikeli bireylerdir.
- Ruhsal bozukluğu olan birey ve gençler fiziksel acı çekmezler.
- İyileşen ruhsal bozukluğu olanlar gerçekten önemli veya sorumlu pozisyonlara uygun olamamaları nedeniyle düşük kapasiteli işlerde çalışabilirler.
- Ruhsal bozukluğu olan kişilerin hastalanma sebebi kendi hatalarıdır.

Ruhsal bozukluğu olan insanlara ilişkin damgalamada medyanın da etkisi bulunmaktadır. Haberler, şiddet suçları işleyen bireylerde bunun nedeninin bir ruhsal hastalık olduğunu vurgular, televizyon haberleri sansasyonel suçları işleyen insanları ruhsal hastalığa sahip olan insanlar olarak tanıtır. Komedyenler, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yetersizliklerini mizah kaynaklarında kullanırlar. Muhabirler dikkat çekmek için damgalayıcı görüntüleri haberlerinde kullanırlar. Yapılan çalışmalar farklı kültürlerde ruhsal bozukluklarla ilgili damgalayıcı tutumların hastalarla ilgili bazı temel varsayımlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (67). 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 (68). 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 (69,70). Alkol ve madde kullanımı da ön sıralarda yer almaktadır (70). Bipolar bozukluk, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi duygudurum bozukluklarına ilişkin damgalanma deneyimleri bildirilmektedir (71). Damgalanmanın varlığının ortaya konulmasıyla farklı toplumlarda, olumsuz inanç ve tutumları azaltıcı kampanyalar ve psikolojik eğitimin de dâhil 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. Ruhsal hastalıklarda damgalanma tedavi aramanın engellenmesi, 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 hayattan kaçınma, işlevsellikte azalma ve sosyal işlevsellikte azalması gibi olumsuz sonuçları olduğu birçok araştırmacı tarafından belirlenmiştir (71).

Damgalama çeşitli mekanizmalarla psikiyatri hastalarının yeterli tıbbi destek almalarını da engelleyebilmektedir. Örneğin, psikotik bir hastanın fiziksel yakınmaları, çok sabırlı olmayan ve zaman darlığı olan bir klinisyen tarafından doğru bir muayene yapılmaksızın psikosomatik olarak değerlendirilebilir. Hatta bazen psikiyatristler de psikotik hastalarının tıbbi sorunlarıyla uğraşma konusunda isteksiz davranabilirler. Oysa çeşitli çalışmalarda, şizofreni hastalarında %80’e varan oranlarda eş zamanlı başka önemli bir tıbbi hastalık olduğu ve bu hastalıkların %50’ye varan oranlarda tanı almadığı gösterilmiştir (72). Bu nedenle tıp eğitiminin en başından itibaren damgalamayı önleyici çalışmalar yapılması faydalı olacaktır. Yapılan bir araştırmada Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin 1. sınıf öğrencilerine göre psikiyatrik hastaya karşı daha olumlu tutumlara sahip olduğu ve 1. sınıf öğrencilerinin de 6. sınıf öğrencilerine göre psikiyatri hastalarını toplum için daha fazla tehlikeli olarak algıladıkları ve normal insandan daha aşağı olarak gördükleri saptanmıştır (73).

2.3.3 Depresyonda Damgalama:

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

Damgalanma, farklı sosyo-demografik 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 (73).

Toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar, toplum içinde yaygınlık oranı yüksek olan depresyon için de geçerlidir. 1998 yılında İngiltere’de yapılan bir çalışmada, halkın ciddi depresyonlu hastaların başkaları için tehlikeli ve davranışlarının öngörülemez olduğunu düşündüğü, toplumda bu hastaların kendilerini kontrol edemeyeceği ve iyileşmelerinin güç olduğu yargılarının bulunduğu belirlenmiştir(74). Ülkemizde Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi (PAREM) tarafından “Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması” projesi (RUTUP) bünyesinde bir dizi çalışma yapılmıştır. İstanbul’da kent (N:707 kişi) örnekleme (75), pratisyen hekimler (76), kırsal kesim örnekleme (78) ve psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastalar (77) arasında depresyon ve tedavilerine yönelik tutum ve inançlar araştırılmıştır. Depresyona yönelik toplum örneklemine kıyasla daha bilgili olan pratisyen hekimlerde depresif bireylere karşı daha az sosyal mesafe isteği olduğu, tutumlarının daha olumlu olduğu ancak; hastalığın etiyolojisi, tıp dışı tedavi yöntemleri ve ilâç bağımlılık riskleri açısından doğru olmayan bilgi ve inançların yine de yüksek sayılabilecek oranlarda olduğu gözlenmiştir. Çalışmalar, sağlık çalışanlarının da içinde yaşadıkları toplumlara benzer şiddette ruhsal sorunlara karşı damgalama eğiliminde olduğunu göstermektedir(80).

2.3.4. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Depresyon Hakkındaki Tutumları

Dünya Sağlık Örgütü dünya çapında yaklaşık 350 milyon kişinin depresyondan etkilendiğini, etkilenen insanların okul, iş ve aile içi işlevselliğinin bozulduğunu ve bu

durumun intiharla sonuçlanabildiğini raporlamıştır. Tüm dünyada 15-29 yaş arası ölümlerin ikinci nedeninin intihar olduğunu, her yıl 800 bin kişinin intihar sonucu öldüğünü bildirmektedir (42). Etkili tedavileri olduğu bilinmesine karşın depresyondan etkilenen insanların yarısından azı (bazı ülkelerde %10'dan azı) tedavi almaktadır. Etkili tedavi almanın önünde maddi kaynak yetersizliği, sağlık örgütlenmesindeki yetersizlikler, yetişmiş sağlık hizmeti personelinin yetersizliği, uygun olmayan değerlendirmenin yanında ruhsal hastalıklarla ilgili sosyal damgalanma önemli bir engel olarak yer almaktadır (42). Birey ve toplum üzerine olumsuz etkilerinin boyutu ve yaygınlığı dikkate alındığında 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. Türkiye’de, birinci basamaktaki hekimlerin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi ve tutumları araştırmacılar tarafından hazırlanan anketler vasıtasıyla değerlendirilmiştir. Genel olarak hekimlerin depresyonu tanıma, ayırıcı tanı, doğru ve yeterli sağaltım konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir (81-87). Hekimlerin çok yüksek oranlarda sorunun ruhsal kökenli olduğunu anladıkları, ancak doğru tanı koymada yetersiz kaldıkları görülmüştür. Hekimlerin çoğu araştırmalarda kendilerine sunulan olguların tedavisi için uzman hekime gönderilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Tedavisini kendilerinin üstleneceğini belirtenlerse olguların %52’sine uygunsuz, %8’ine de yetersiz sağaltım uygulamışlardır (81). Türkiye genelinde 10 ayrı ilde 98 pratisyen hekimin katılımı ile yapılan bir çalışmada da, hekimlerin depresyonlu hastaların ancak %15’inde ruhsal bozukluk olduğunu belirleyebildikleri ve bu hastaların da ancak yarısına ilaç tedavisi önerdikleri görülmüştür (86).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin “Distimik Bozukluk” hakkında ruhsal kökenli belirtileri sezdikleri ancak bir ruhsal hastalık tanısı koyma konusunda yetersiz kaldıkları görülmüştür (88). İstanbul’da çalışan 60 kişilik bir psikiyatri dışı hekim grubunda yapılan çalışmada, hekimlerin depresyon tanısı koyarken depresyon tanı ölçütlerinden çok, önceki deneyimlerini dikkate aldıkları ve antidepresan seçiminde de çok uygun olmayan bir yöntem kullandıkları görülmüştür (89). Bu sonuçlar, birinci basamakta temel sorunun hastaların yakınmalarının ruhsal kökenli olup olmadığının tanınması konusunda değil, ayırıcı tanı ve sağaltım konusunda olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenlerle bu çalışmaların çoğunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyonun daha etkin tedavisi için mezuniyet sonrası eğitim programlarının yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (83-85). İki çalışmada ise, sorunun

çözülebilmesi için sadece hizmet içi eğitimin yeterli olmadığı, tıp eğitimi sırasındaki psikiyatri eğitiminin gözden geçirilmesi ve öğrencilere psikiyatrinin sevdirmesi gerektiğini ileri sürülmüştür (81-86).

Literatürde Türkiye’de birinci basamakta görevli hekimler için eğitim programlarının gerekliliği konusunda bir uzlaşma olmasına karşın, bazı çalışmalarda, pratisyen hekimlerin bu tür eğitim programları için pek istekli olmadıkları (87). Ruhsal hastalıkların sağaltımının kendilerinin görevi olmadığını düşündükleri görülmüştür (82). Bu iki çalışmadaki ortak bulgular, hekimlerin kendilerini depresyonun sağaltılması hakkında yetersiz olarak algılaması ve bu hastalara ayıracak zamanlarının olmadığını düşünceleridir. Eskişehir’de 55 pratisyen hekimin katılımcı olduğu bir çalışmada, hekimlerin ruhsal hastalıklara ve psikiyatrik hizmetlere karşı olumsuz bir tutum içinde oldukları, psikiyatrik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar konusunda bilgilerinin kısıtlı olduğu, %60’ının eğitime soğuk baktığı saptanmıştır. Pratisyen hekimler, birinci basamak sağlık kurumlarında depresyonu tedavi edebileceklerini, ancak hastaların psikiyatrik sorunları ile ilgilenecek zamanları olmadığını belirtmiştir (87). İstanbul’da yapılan bir çalışmada da, pratisyen hekimlerin depresyonu doğru tanıma oranlarının düşük, antidepresanların etki ve kullanımları konusunda yanlış bilgi ve inançların oldukça fazla olduğu görülmüştür. Hekimlerin yüzde 25’i, antidepresanların bağımlılık yapacağına inanırken, yüzde 30’luk bir bölümü de bu ilaçların uzun kullanımının sakıncalı olduğunu belirtmiştir (82). Bu iki çalışmanın dışında bir üniversite hastanesinde intihar eden hastalara yönelik tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada, psikiyatri dışı hekimlerin bu tip hastalara karşı özellikle merak, kızgınlık ve sıkıntı hissi yaşadıkları ve hastanın sağaltımını üstlenme konusunda daha isteksiz oldukları görülmüştür (90).

Çeşitli dallardan 681 uzman hekimle yapılan bir çalışmada, hekimlerin yaklaşık yarısı ruhsal bozukluğu olan hastaların çoğuna yardımcı olabileceklerine inandıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin ruhsal belirtileri fark edebildikleri ancak doğru psikiyatrik tanı koymada yetersiz oldukları, antidepresanlar konusunda da yetersiz ve yanlış bilgilere (uzman hekimlerin yaklaşık yarısı antidepresanların bağımlılık yapabileceklerine inanmaktadır) sahip oldukları görülmüştür. Yine depresyon tedavisi konusunda hekimlerin yaklaşık yarısı, işsizlik ya da ailesel sorunlar gibi sosyal etmenlerin ortadan kalkması ile depresyonun düzeleceğine inandıklarını belirtmiştir. Yazarlar sonuçta, psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal hastalıklar ile bilgilerinin yetersiz olduğu ve ruhsal hastalıklar konusunda olumsuz tutumlarının bulunduğu yorumunu yapmışlardır. Bu nedenle özellikle tıp fakültesinde verilen eğitimin gözden geçirilmesi gerektiğini ileri

sürmüşlerdir (91). Hekimlerin bu konudaki yetersizliklerinin nelere yol açabileceğini düşündüren ilginç bir çalışma, ruhsal belirtileri olan ancak yakınmaları somatik olduğu için psikiyatri dışı uzmanlara başvuran beş hastanın ele alındığı bir olgu serisi sunumudur. Bu çalışmada, belirtilerin somatizasyon olduğu anlaşılamadığından hastalara yineleyen ameliyatlara ve invaziv girişimler yapıldığı ve özellikle cerrahlar ve dâhiliye uzmanlarının bu konudaki yetersizliklerinin hastalar açısından olumsuzluklara neden olduğu vurgulanmaktadır. Psikoloji öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada da, öğrencilerin depresyonu bir tıbbi durum olarak değerlendirmede, üzüntünün medikalize edilmiş bir formu olduğu şeklinde yaygın bir kanıya sahip oldukları tespit edilmiştir (93).

Çalışmalar, bölgesel farklılıklar olsa da ülkemizde ruhsal rahatsızlıklarda hasta sevk zincirinin arzulandığı şekilde işlemediğini, pratisyen hekimlere müracaatın beklenenin çok altında olduğunu, ilk başvurunun doğrudan psikiyatri uzmanına oldukça fazla yapıldığını göstermektedir. Oysa ülkemizde hem erişkin hem de çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında uzman açığının olduğu, buna ek olarak psikiyatrik hastalıkların sıklığının ve hastalık yükünün fazla olduğu göz önüne alındığında, bazı ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta verilmesinin daha uygun olacağını düşündürmektedir. Ülkemizde 2010 yılı sonu itibarıyla tüm illerde aile hekimi uygulamasına geçilmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunun da bu yeni modele adapte edilmesi gerekir. Aile hekimliği uygulamasında hekim-hasta ilişkisinin daha uzun süreli ve yakın olduğu düşünüldüğünde ruh sağlığı hastalarına hizmetin birinci basamakta verilmeye başlanması ve gerek olduğunda ikinci veya üçüncü basamağa sevkisi daha uygundur. Evde sağlık hizmetleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, madde bağımlılığı toplum temelli tedavi merkezleri, gençlik evleri ve toplum merkezleri uygulamalarının daha yaygınlaşması planlandığından aile hekimleri ile bu merkezlerin koordineli çalışmaları gerekmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetlerine entegrasyonu için öncelikle buralarda çalışanlara ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve takipleri hakkında sürekli hizmet içi eğitim planlanmalıdır (92).

Evde sağlık hizmetleri ve toplum ruh sağlığı hizmetleri, bağımlılık tedavisi hizmet modeli gibi toplum temelli uygulamalar ile damgalama ve ayrımcılıkla mücadele, çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı, kadına yönelik aile içi şiddet ve sağlık sonuçlarını erken tanılama, intiharı erken tanıma gibi riskli gruplara yönelik yürütülmekte olan koruyucu ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunun sağlanması gerekmektedir. Bu amaçla aile hekimlerine ve birinci

basamak çalışanlarına bu sistemler ve kurumları hakkında bilgi verilmeli ve işbirliği için tedbirler alınmalıdır(92).

2.3.5 Tutum Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

2.3.5.1.Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği:

20 soruluk orijinal Depresyon Tutum Ölçeğinin (DAQ)Haddad ve Arkadaşları tarafından yeniden düzenlenmiş formudur.Orijinal form pek çok çalışmada kullanılmıştır.Avrupa'da(95), Avusturalya 'da (96) Japonya 'da(97) ve başka çalışmalarda (98). Sıklıkla kullanılan bu ölçeğin bir takım psikometrik zayıflıkları vardı. Orijinal form İngiltere 'de son derece kısıtlı bir örneklem grubunda geliştirilmiş olup ve karmaşık dil yapısından dolayı depresyon hastalarıyla temas halinde olan her sağlık çalışanına uygulanması uygun bulunmamıştır. 2012 yılında DAQ kullanılarak yapılmış olan tüm çalışmaların değerlendirildiği bir havuz analizi yapılmıştır.(99) bu analiz sonunda orijinal ölçekteki zayıflıklar tespit edilmiş ve elde edilen sonuçlar ışığındaİngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, Avusturalya, Belçika, Finlandiya, Estonya ve Finlandiya'dan uzmanların katılımıyla gerçekleşen bir Delfi Konsensusuyla Revize edilen form geliştirilmiştir.Orijinal Ölçekten 9 madde alınan bu formda, uluslararası çalışmalarda kullanılmış başka anketlerden elde edilmiş sorular da kullanılmıştır,(100)(101)(102) aynı zamanda elde edilen sorular Delfi paneli ile yeniden düzenlenmiştir. Ölçek 5 li likert olarak 22 sorudan oluşmaktadır. İngiltere'de çoğunluğunu hemşire ve pratisyen hekimlerin oluşturduğu 1047 kişilik katılımcı grubuyla yapılan bir çalışma ile geliştirilmiştir. Ölçeğin 11 sorusu ters olarak puanlanmaktadır (3.4.5.6.8.9.12.13.18.20.21). Ölçeğin iç tutarlığını değerlendirmek için yapılan analizlerde ölçeğin toplam Cronbach alpha değeri 0,84 olarak tespit edilmiştir. "Depresyon yönetiminde profesyonel yeterlik" alt boyutu 7 sorudan oluşmaktadır ve kişinin bireysel ya da mensubu olduğu sağlık ekibinin depresyon yönetimindeki yeterlik ve etkinliği hakkındaki düşüncelerini sorgulamaktadır. Bu alt ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,76 olarak saptanmıştır. "Depresyona bakıştaki iyimserlik" alt boyutu 10 adet ters puanlanarak değerlendirilen ve olumsuz bakış açısını sorgulayan sorudan oluşmaktadır ve Cronbach alpha değeri 0,84 olarak hesaplanmıştır. 5 sorudan oluşan ve depresyonun oluşumu, ortaya çıkışı ve yönetimindeki genel bakış açısını değerlendiren üçüncü boyutun Cronbach alpha değeri 0,62 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test ölçek toplam puan $r=0.62$ ile orta derecede anlamlıolarak saptanmıştır.

2.3.5.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

Hirai ve Clum (103) tarafından geliştirilmiş olan ve Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması Bilge ve Çam tarafından yapılan "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği" (RHYİÖ) kişilerin ruhsal hastalıklara karşı inançlarını değerlendiren bir ölçektir. 22 sorudan oluşan 6'lı Likert tipi bir ölçektir. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik ve utanma olarak 3 alt boyutu vardır. Bilge ve Çam tarafından yapılan çalışmaya göre Guttman Split-Half katsayısı 0.70; Spearman-Brown katsayısı ise 0.70 olarak saptanmıştır. Birinci yarının Cronbachalpha değeri 0.75; ikinci yarının Cronbachalpha değeri 0.71, iki yarı arasındaki korelasyon ise 0.54'tür. "çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma" alt boyutunun CronbachAlpha değeri 0.80, "tehlikeli" alt boyutunun Cronbachalpha değeri 0.71, "utanma" alt boyutunun Cronbachalpha değeri 0.69'dur. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin ortalama puanı 59,0, varyansı 264,6, standart sapma değeri 16,3, range ise 74'dür. Test- tekrar test ölçek toplam puan $r=0.55$ ve test-tekrar test arasındaki ilişki ise ileri derecede anlamlı olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin korelasyon puanları ise Çaresizlik ve Kişilerarası ilişkilerde Bozulma alt ölçeği $r =0.53$, Tehlikeli alt ölçeği $r=0.54$, Utanma alt ölçeği de $r =0.17$ olarak bulunmuştur (104).

2.4 Geçerlik Güvenirlik Çalışmaları

2.4.1 Ölçme ve Ölçek Geliştirme

Ölçek kelimesi çeşitli anlamlarda kullanılmaktadır. Ölçek terimi bazen birim yerine, bazen de belli birimde bölümlenmiş bir ölçme aracı anlamında kullanılmaktadır. Her ölçme işleminde, ölçülmek istenen bir özellik ile bu özelliğin ölçülmesine yarayan bir ölçek vardır. Ölçme işleminin sonunda bir ölçüm elde edilmektedir (110).

Belli bir kültürde belli bir dilde geliştirilmiş testler o kültüre ve dile özgü anlayış, kavramlaştırma ve örnekleme niteliklerini yansıtmaktadır. Aynı testin başka kültürlerle uyarlanması için sistematik şekilde incelenmesi, üzerinde çalışılması gerekmektedir. Bu tür çalışmaya "ölçek uyarlaması" denilmektedir (95,96).

Ölçek uyarlama adımları ve ilkeleri inceleme formu oluşturulurken, ölçek uyarlama adımları 10 başlıkta ele alınmıştır (43). Bu başlıklar aşağıda sunulmuştur.

- Yeni bir ölçek geliştirmenin mi, yoksa var olan bir ölçeği uyarlamamanın mı daha kullanışlı olacağına karar verilmesi.
- Ölçeği uyarlamak için izin alınması.
- Ölçeğin hem dilsel hem de kültürel yönden yapısal eşdeğerliğinin sağlandığından emin olunması.
- Yüksek nitelikli çevirmenler seçilmesi.
- Ölçeğin hedef dile çevrilmesi ve uyarlanması.
- Ölçeğin uyarlanmış halinin gözden geçirilmesi ve gerekli düzeltmelerin yapılması.
- Ölçeğin uyarlanmış halinin küçük bir grup üzerinde deneme uygulamasının yapılması.
- Olası hedef kitleyi temsil edecek küçük bir grup üzerinde yapılan deneme uygulamasından elde edilen veriler ile ölçeğin geçerlik, güvenirlik hesaplamaları ve madde analizlerinin yapılması.
- Ölçeğin özgün formu ve hedef dil formundan elde edilen puanlar arasındaki ilişkiyi bulmak için istatistiksel bir desen belirlenmesi.
- Kùltürlerarası karşılaştırma yapmak amaçlanıyorsa özgün form ve hedef dil formları arasında dilsel eşdeğerliğin sağlanması.

Çeviri süreçlerine geçmeden üzerinde durulması gereken en önemli nokta; çalışılacak konuyu en iyi temsil eden, geçerliğı ve güvenirliğı doğrulanmış ölçeğı seçmektir. Bunun yanında, seçilen ölçeğın aşağıda belirtilecek olan özelliklere sahip olması, ölçeğın farklı bir dile en az hatayla ve nitelikli bir şekilde çevrilebilmesine olanak sağlar.

- 16 kelimeden az, kısa ve basit cùmlelerin kullanılması.
- Cùmlelerde edilgen çatı yerine etken çatının tercih edilmesi.
- Adıl (zahir) kullanımının yerine isimlerin tekrar edilmesi.
- Ölçeğın çevrileceğı dilde tam karşılığı olmayan deyimler ve mecazi kullanımlardan kaçınılması.
- Öznel anlatımlardan uzak durulması.
- Yer ve zaman belirtirken edat ve zarfların sıklıkla kullanımından sakınılması.
- Mümkün olduğunca iyelik zamiri kullanılmaması.
- Genel terimlerden özel terimlerin tercih edilmesi (örn. hayvan yerine ördek).
- Belirsizlik ifade eden sözcüklerin kullanımından uzak durulması (örn. belki, sık sık).
- Cùmlede iki ayrı eylemden bahsedilecekse, iki eylemli tek cùmle yerine iki farklı cùmlenin kurulması (44).

2.4.1.1. Çeviri Basamakları

- Uygulanacak ölçeğin o dili anadili olarak konuşan farklı kişilerce, ölçek üzerinde hiçbir değişiklik yapmadan diğer dile çevrilmesi
- Araştırmacılar tarafından çevirilerin incelenmesi, üzerinde tartışılarak en uygun ifadenin belirlenmesi
- Çevirisi tamamlanan ölçeğin, farklı çevirmenlerce ölçeğin orijinal diline çevrilmesi
- Üçüncü olarak elde edilen ölçeğin, orijinal ölçekle karşılaştırılıp, çevirinin uygunluğunun tespit edilmesi (aynı anlamı verip vermedikleri konusunda tartışılması)
- Ölçeğin orijinalini hazırlayan kişiye, son aşamada elde edilen anketin gönderilip geribildirim alınması (44).

2.4.1.2. Ölçek Uyarlaması ve Kültür

Kültür, dinamik bir yapıdır. Farklı toplumlarda duygu, düşünce ve davranışların ifadesi değişiklik gösterir. Hatta aynı toplumda bile çeşitli faktörlerin etkisiyle (örn. teknolojik gelişmeler) kültür hızlı bir değişime uğrayabilir. Bu sebeple, ölçek uyarlaması yapılırken, bu dinamik yapı göz önünde bulundurularak gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Bu nedenle ölçeğe yeni maddelerin eklenmesi, bazı maddelerin çıkarılması ya da değiştirilmesi söz konusudur. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği ne kadar kanıtlanmış olursa olsun, bazı maddelerin uyarlandığı kültürdeki geçerlik ve güvenilirliği sorgulanmalıdır. Dolayısıyla ölçekteki bir maddenin uyarlama yapılan kültüre uygun olmaması durumunda madde ya değiştirilir ya da tamamen anketten çıkarılır. Eğer uygun olmayan maddeler araştırmacılar tarafından belirlenememişse, bu maddeler veri analizinde ortaya çıkacaktır. Veri analizi sonucunda, eğer çok fazla maddenin uyarlama yapılan kültürü temsil etmediği ortaya çıkarsa, bu ölçeğin o kültüre uygun olmadığı söylenebilir. Araştırmacıların kendi öznel bakış açıları ve ifadelerinden kurtulup, genel bir bakış açısıyla, farklı farklı grupların aynı şekilde anlayabileceği ve yanıtlayabileceği maddeler oluşturmaları önemlidir. Maddelerin oluşturulması ve değiştirilmesi sürecinde katılımcıları rahatsız edici ve sosyal hassasiyeti yüksek olan maddelerin daha ılımlı bir şekilde ifade edilmesi gerekir (örn. dini inançlar).

2.4.1.3. Ölçeklerle çalışmanın avantajları:

1. Kullanımı basit olduğundan verimlilik sağlamaktadırlar.
2. Pahalı olmaması, uygulama ve puanlama kolaylıkları kullanıcıya ve cevaplayana rahatlık sağlamaktadırlar.
3. Diğer veri toplama yöntemlerine göre daha kesin ölçümler almaya olanak sağlamaktadırlar.
4. Ölçümlerin tekrarlanabilmesine olanak sağlamaktadırlar
5. Yapılacak işlemlerde sistematik bir yaklaşıma olanak sağlamaktadırlar.
6. Kavram, yapı gibi soyut kavramların ölçümü açısından uygun niteliktedirler (110).

2.4.1.4. Ölçeklerle çalışmanın dezavantajları:

1. Ölçekler, daha önceden belirlenmiş bazı soru ve problemler üzerinde çalışmak için oluşturulduğundan, karşılaşılan problem tüm yönleriyle kavranamamış olabilmektedir.
2. Çok geniş aralıklı tepkilere göre oluşturulma eğilimi söz konusudur.
3. Tepki kurulumu etkisine açıktır.
4. Hangi özelliklerin daha önemli olduğu varsayımlara dayalıdır (110).

2.4.1.5. Bir Ölçekte Olması Gereken Özellikler

Anlamli ve doğru sonuçlar verecek bir testin seçiminde, öncelikle aranacak nitelikler arasında standardizasyonun yapılmış, normların saptanmış, güvenilir ve geçerli olması sayılmaktadır (111).

2.4.2.1. Standardizasyon

Standardizasyon, testin uygulama ve puanlama işlemlerinin aynılığını belirlemektedir. Testin aynı bireylerin değişik zamanlarda aldıkları puanlar ya da değişik bireylerin belirli zamanlarda aldıkları puanlar karşılaştırılmak isteniyorsa, test uygulama ve puanlama koşul ve standartlarının hiç değişmemesi gerekmektedir. Standardizasyonda evreni oluşturacak bireyler yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey vb türden belirli değişkenlere göre sınıflandırılmaktadır ve bireyler her sınıfı eşit düzeyde temsil edecek şekilde örnekleme dâhil edilmektedir (111).

2.4.2.2 Geçerlik ve Güvenirlik

İyi bir ölçme aracında olması gereken vazgeçilmez diğer iki temel özellik geçerlik ve güvenirliliktir. Geçerlik, bir testin, sadece o testle ölçülmek istenen değişkeni ölçmesi, başka değişkenlerle karıştırmamasıdır (97). Güvenirlik ise, aynı bireyler üzerinde yapılan, bir niteliğe ait ölçmelerin benzer şartlarda tekrar elde edilebilirliği olarak tanımlanmaktadır (97).

2.4.2.2.1 Güvenirlik

Ölçeğin taşınması gereken özelliklerden birisi olan güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir.(112) Güvenirliği ölçümlerin hatasızlık derecesi ya da gerçeği yansıtırma derecesi olarak algılayabiliriz. Belli bir özellik, bir ölçme aracı ile değişik zamanlarda ölçüldüğü zaman aynı ya da hiç olmazsa yaklaşık olarak aynı ölçümleri vermelidir. Yani güvenirlik, aracın ölçtüğü şeyi tutarlı bir biçimde ölçmesidir. Güvenirlik katsayısı, paralel ölçümler arasındaki korelasyon katsayısıdır. Güvenirlik katsayısı negatif değerler alamaz ve 0 – 1 aralığında değişir. Güvenirlik bir korelasyon katsayısı (correlation coefficient) (r) ile belirlenir ve korelasyon değeri bir “1”e yaklaştıkça güvenirliğin yüksek olduğu benimsenir (123). Güvenirlik katsayısı, hatanın değil ölçmedeki hatasızlığın bir ölçüsüdür ve bireysel bir istatistik değil, bir grup istatistiğidir.(123) Doğa bilimleri ya da davranış bilimlerinde yapılandırılmış ölçmelerde hatasızlık mümkün değildir, o yüzden gözlemlenen değerlerde hem hata hem de gerçek payı vardır. Tabii olarak bir ölçekte hata payının azalması o ölçeğin güvenirliğini artırır. Her hangi bir ölçümde gerçeğin tam olarak bilinmesi mümkün olmadığından güvenirlik katsayısını dolaylı yoldan, farklı durumlara yönelik olarak, hesaplamak için yöntemler geliştirilmiştir(124)

Tablo 1. Güvenirlik Sıralama Yöntemleri, Kullanılabileceği durumlar ve İstatistiksel Yöntemler

Yöntem	Durum	İstatistiksel yöntemler
Değişmezlik Test-tekrar test Paralel Form	Ölçülen nitelik kararlı ise Genellikle ölçek geliştirmede, referans test varlığında	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu
Ölçümcü Güvenirliği Gözlemciler arası uyum Gözlemciler içi uyum	2 ya da daha çok gözlemci aynı niteliği ölçerse Tek gözlemci aynı niteliği farklı zamanlarda ölçerse	Korelasyon t-test, Varyansanalizi, Kappa ist. Korelasyon t-testi
İç Tutarlılık Test yarılama Madde istatistikleri	İki yarıda Varyans eşit-çok yakın ise Madde puanları süreksiz ise Sürekli (Likert tipi)ise Her madde aynı güçlük derecesinde ise Maddeler süreksiz, iki seçenekli ise Sürekli (Likert tipi)ise	Spearman-Brown K-20 Cronbach Alfa KR-21 Pearson Momentler çarpımı korelasyonu düzeltilmiş formülü (bi-serial) Pearson Momentler çarpımı korelasyonu düzeltilmiş formülü (point bi-serial)

2.4.2.2.1.1 Test-tekrar test yöntemi: Test aynı gruba belirli bir aralıkla iki kez uygulanır. Birinci uygulama ile ikinci uygulama puanları arasındaki ilişki/korelasyon hesaplanır. Bu yöntemde iki uygulama arasındaki tutarlılığa bakılır. Korelasyon katsayısı (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı “r”) -1.00 ile +1.00 arasında bir değerdir. Güvenirlik için katsayının +1.00’a yaklaşması gerekir. Testin tekrarı için üç haftalık süre yeterlidir. Elde edilen katsayı; “kararlılık katsayısı” olarak da bilinir.

2.4.2.2.1.2 Eşdeğer (Paralel) formlar yöntemi: Testin iki kez uygulanmasından kaynaklanan olumsuzlukları gidermek için eşdeğer formlar geliştirip uygulanır. Geliştirilen iki form aynı gruba aynı anda ya da kısa bir zaman aralığında uygulanır. İki testten elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanır. Elde edilen katsayı; “tutarlılık ve eşdeğerlik” olarak ifade edilir.

2.4.2.2.1.3 Testi yarılama (eşdeğer yarılar) yöntemi: Testin iki yarısı arasındaki tutarlılık araştırılır. Tek numaralı sorular bir yarı, çift numaralı sorular bir yarı oluşturur böylece iki yarı test iki farklı test gibi değerlendirilip aralarındaki korelasyon hesaplanır. Test bir kez uygulandığı için bu yöntem çok kullanışlıdır ve sıkça uygulanır.

2.4.2.2.1.4 Kuder-Richardson yöntemi (KR-20, KR-21 formülleri: Kuder–Richardson ve Cronbach Alpha (α) Katsayısı homojen bir yapıyı ölçtüğü farz edilen ve benzer maddelerden oluşan bir ölçme aracının iç tutarlılığını değerlendirmek için kullanılır. Her iki katsayı da birbirine benzer formüllerden elde edilmiştir ve test içindeki bütün maddelerin birbirleriyle olan uyumunu değerlendirmek için kullanılır. Bu yöntemin kullanılması; testin homojen bir yapıya, yani aynı özelliği ölçüyor olması önermesine dayanır. Kr-20 ve 21 formülleri, cevapların “evet –hayır, var-yok, doğru-yanlış” gibi olduğu ve “1” ve “0” olarak puanlanabildiği testlerde kullanılır. KR-20: Her bir maddenin güçlük indekslerinin belirlenebildiği durumlarda kullanılır. Güçlük indekslerinin hesaplanamadığı durumlarda KR-21 kullanılır. KR-21 formülü, madde güçlük oranlarının eşit olduğu testlerde kullanılır ve bu durum teorik olarak pek mümkün olmadığından KR-21 pek tercih edilmez.

2.4.2.2.1.4 Cronbach Alpha (α) Katsayısı: Likert tipi ölçme araçlarının iç tutarlılığını değerlendirmek için kullanılır. Butip ölçeklerde doğru cevap yoktur, cevaplar kategoriktir. Daha çok sosyal bilimlerde ve davranış bilimlerinde kullanılan bu tip ölçeklerdeki soruların homojenliğini ve sorular arası iç tutarlılığını değerlendirir. Doğru cevap yoktur ve cevaplar kategoriktir. Alpha değerinin +1.00'e yaklaşması testin kendi içinde tutarlılığının arttığını gösterir.

2.4.2.2.2 Geçerlik (Validity) Geçerlik kavram olarak bir şeyi ölçmek amacıyla ortaya çıkarılan birölçme aracının o “şeyi, nesneyi, durumu, vb.” ne kadar ölçebildiğiyle ilgilidir. Bir testin sadece ölçmek istediği kavramı ölçmesi ve başka bir değişkeni karıştırmaması

tanımlanabilir(105). Geçerlik bilimin temeli olan ve felsefi bir boyut taşıyan güvenilirliğe oranla çok daha karmaşık bir kavramdır. Bir ölçeğin olmazsa olmazı güvenilirlik olmakla birlikte her güvenilir test geçerli demek değildir(105). Geçerlik bir ölçüm aracını değerlendirmek için yapılması gerekli ancak sonu olmayan her kullanımda tekrar değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Bir ölçüm aracının olmazsa olmazı güvenilirliktir, daha sonra da geçerliği değerlendirilmelidir.

Geçerlik; kapsam/içerik, yüzey, ölçüt ve yapı geçerliği olarak değerlendirilmektedir (107).

2.4.2.2.2.1.Kapsam/İçerik Geçerliği: Kapsam geçerliği daha çok yazılı testler için anlamlı olup, motor performans testleri için fazla bir değer taşımaktadır (7). İçerik/kapsam geçerliği; ölçeğin bütününe ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılır (28, 45). Geliştirilen test incelenen konuların tüm önemli alt konularını içeriyorsa testin kapsam geçerliğinin olduğu söylenebilir (7). Geçerlilik yönteminin amacı, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini hem ölçeğin hazırlandığı bilim alanını iyi bilen ve hem de ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini bilen bir uzman gruba inceleterek anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır (57). İnceleme sonunda en az uyum sınırı altına düşen maddeler araçtan çıkarılmalı ya da yeniden düzenlenmelidir. (30) Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılır (57).

2.4.2.2.2.2 Ölçüte Bağlı Geçerlik Ölçek puanlarının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır. Bir testin diğer bir testle elde edilen sonuçları verme yeteneğidir (45). Ölçüte bağlı geçerlik sınamadaki tek gereklilik, gerçekten karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçütün var olmasıdır (30). Ölçüte bağlı geçerlik sınamada iki yaklaşım bulunmaktadır.

Yordama-kestirim geçerliği: Geliştirilen ölçme aracından elde edilen puanlarla gelecekte gözlenecek, ölçülecek davranış arasındaki korelasyon hesaplanır. Böylece ölçme aracının ölçmek istediği davranışı ne düzeyde yordayabildiği hesaplanır. Eğer bireylerin test puanı bireyin ilerdeki performansını yordamak, bir başka ifade ile ileride ne olacağına karar vermek amacıyla kullanılacak ise ya da ölçütle ilgili puanlar ilerideki bir zamanda elde edilmek zorundaysa testin yordama geçerliğine bakılır (29, 30, 101).

Eş zamanlı/ benzer ölçek geçerliği: Puanlar o anda var olan bir ölçütle karşılaştırılmaktadır. Üzerinde çalışılan ölçme aracından elde edilen puanların daha

önce geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenirliği test edilmiş olan aynı özelliği ölçen bir başka ölçme aracının puanları ile arasındaki korelasyon hesaplanır. Burada önemli nokta, karşılaştırılacak ölçeğin geçerlik güvenirliği yapılmış bir ölçek olması gerekliliğidir (101). Aracın ölçüm değeri ile, diğer ölçüt arasında yüksek korelasyon kurulursa, bu sonuç sınıadığımız aracın geçerli ölçüm yaptığı anlamına gelir (30).

2.4.2.2.2.3 Yapı Geçerliği : Ölçeğin, ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmede çok değişkenli-çok yöntemli matris, faktör analizi ve bilinen grup ile karşılaştırma yöntemleri kullanılmaktadır (45). Bu yöntemlerin içinde en sık kullanılan faktör analizidir. Değişken sayısını azaltmak, değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmak ve çok sayıda değişkeni bir kaç başlık altında toplamak faktör analizinin temelini oluşturmaktadır (30).

Faktör analizi: Ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Faktör analizi, açıklayıcı (exploratory) veya doğrulayıcı (confirmatory) olabilir (45, 101). Faktör analizi uygulanırken örneklemin tutarlılığı ve yeterliliği dikkate alınması gereken konulardandır. Küçük örneklemelerden hesaplanan korelasyon katsayıları daha az güvenilir olma eğilimindedir. Örneklem büyüklüğünün korelasyonun güvenirliğini sağlayacak kadar büyük olması önemlidir. Örneklemden elde edilen verilerin yeterliğinin sağlanması için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. Kaiser bulunan değerin 1' e yaklaştıkça mükemmel, 0.90' larda ÇOK İYİ, 0.80' lerde iyi, 0.70' lerde ve 0.60' larda ORTA ve 0.50' lerde kötü olduğunu göstermektedir. Comrey örneklem büyüklüğü olarak 50' yi çok zayıf, 100' ü zayıf, 200' ü orta, 300' ü iyi, 500' ü çok iyi ve 1000' i mükemmel olarak nitelemektedir (101).

Bilinen grup karşılaştırması: Bu yöntemle ölçmek istenilen özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır. Bu yönteme zıt gruplar geçerliğide denilmektedir (30, 45).

Hipotez sınanması/mantıksal analiz: Yapı geçerliğinde sık kullanılan bir tekniktir. Eldeki testten çıkacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilir. Bu hipotezler araştırma sonuçları ile desteklendiği zaman testin yapı geçerliği hakkında veri elde edilmiş olur. Hipotezler, ölçme aracından elde edilen puanı etkileyen deneysel ve gelişimsel değişkenler, başka ölçüm aracından elde edilen puanlarla olumlu ya da olumsuz ilişkileri ile ilgili olabilir (101). Bilinen grup karşılaştırmasına benzer bir yöntemdir. Burada

araştırmacı ilgili kaynaklar doğrultusunda önceden aralarında ilişki olacağı varsayımı kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analizi ile değerlendirirken test eder. Bu geçerlik ölçütü uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlayan bir yöntemdir. Ölçekle ilgili yapılan her korelasyonel araştırma aynı zamanda mantıksal geçerliğe yönelik bulgular da sağlar. Araştırmacı açısından ölçek puanlarının ilişkili olduğu yapının ortaya konması ya da ölçek puanlarının ilişkili olduğu düşünülen yapının varlığına ilişkin kanıtlar ölçme aracının ölçme amacı doğrultusunda çalıştığını göstermek açısından önem taşır (110).

Çok özellikli-çok yöntemli matris: Bir testin ölçtüğü değişkenlerin yanında ölçmediği değişkenlerin belirlenmesi de önemlidir. İlgilenilen iki ya da fazla, farklı kavramın ölçümleri arasındaki korelasyon katsayısı düşük ise ayırt edici geçerlilik, her kavram için iki ya da fazla farklı ölçüm yolundan elde edilen puanlar yüksek korelasyon gösterirse benzer sonuç geçerlik doğrulanmış olur. Bunun için grubun bir oturumda dört ya da fazla testi doldurmaya gönüllü olması gerekir (29, 65).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma geçerlik güvenirlik araştırması olarak planlanan bir metodolojik araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, İzmir İli Merkez İlçelerinde görev yapan Aile Hekimlerine uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Merkez ilçede görev yapan Aile Hekimleri araştırmaya katılmıştır. Şubat 2017 ve Ağustos 2017 tarihleri arasında elektronik posta yoluyla Merkez İlçede görev yapan tüm aile hekimlerine ulaşılmıştır.

Dâhil edilme ölçütleri:

- Gönüllü olmak
- Aile Hekimliği Biriminde çalışıyor olmak.

Dışlama ölçütleri:

- Dışlama ölçütü bulunmamaktadır.

Araştırmada kullanılan veri toplama formları ve ölçekler web tabanlı veri toplama aracı vasıtasıyla İzmir’de görev yapan tüm aile hekimlerine ulaştırıldı. Sosyal medyada ve çeşitli internet portallarından gönüllülere ulaşılmaya çalışıldı. Ölçek geliştirme çalışmalarında gerekli örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında sıklıkla taslak ölçeğin madde sayısı göz önüne alınarak madde sayısının 5-10 katı arasında vaka alınması istenir (108). Diğer bir yaklaşıma göre ise; ölçekle ilgili analizlerin yapılabilmesi için istatistiksel olarak gerekli vaka sayısı dikkate alındığında 100 kişilik örneklem zayıf, 200 kişilik örneklem orta, 300 kişilik örneklem iyi, 500 kişilik örneklem çok iyi ve 1000 kişilik örneklem mükemmel olarak sınıflandırılmıştır. Ortalama 10 maddelik bir ölçek için 50-100 kişilik örneklemin yeterli olacağı bildirilmektedir (108) Buna göre, Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeğinin Türk Dilindeki geçerlik güvenirlik çalışması için 300 kişinin yeterli olacağı kabul edilmiştir. Cevap veren Aile hekimi sayısı 302’ye ulaşıncaya veri toplam işlemi durdurulmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları ve Araçlarının Tanıtımı

Araştırmada; veri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır.

- Sosyodemografik Veri Formu
- Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği
- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

3.4.1 Sosyo-Demografik Soruları İçeren Veri Formu

Katılımcıların Sosyodemografik özelliklerini tanımlamak için 11 soruluk bir veri formu düzenlenmiştir. Bu form ile katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, mesleki tecrübeleri, mezuniyet sonrası eğitim durumları, kendilerindeki ve ailelerindeki depresyon durumları, tanı koydukları ve takip ettikleri depresyon tanılı hasta sayıları sorgulanmıştır. (Ek 1)

3.4.2. Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği

Ölçek 5'li likert olarak 22 sorudan oluşmaktadır. İngiltere'de çoğunluğunu hemşire ve birinci basamak hekimlerin oluşturduğu 1047 kişilik katılımcı grubuyla yapılan bir çalışma ile geliştirilmiştir. Ölçeğin 11 sorusu ters olarak puanlanmaktadır (3.4.5.6.8.9.12.13.18.20.21) . Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için yapılan analizlerde ölçeğin toplam Cronbach alpha değeri 0,84 olarak tespit edilmiştir. "Öz yeterlik" alt boyutu 7 sorudan oluşmaktadır (1, 6, 7, 8, 11, 15, 17, 19) ve kişinin bireysel ya da mensubu olduğu sağlık ekibinin depresyon yönetimindeki yeterlik ve etkinliği hakkındaki düşüncelerini sorgulamaktadır. Bu alt ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,76 olarak saptanmıştır. "Olumsuz – olumlu bakış " alt boyutu 10 adet ters puanlanarak değerlendirilen ve olumsuz bakış açısını sorgulayan sorudan oluşmaktadır (3, 4, 5, 9, 12, 18,20, 21) ve Cronbach alpha değeri 0,84 olarak hesaplanmıştır. 5 sorudan oluşan (2,10,14,16,22) ve "Depresyonun oluşumu, ortaya çıkışı ve yönetimindeki genel bakış açısını değerlendiren 3. Boyutun Cronbach alpha değeri 0,62 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test ölçek toplam puan $r=0,62$ ve test-tekrar test arasındaki ilişki ise ileri derecede anlamlı olarak saptanmıştır.

3.4.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

22 sorudan oluşan 6'lı Likert tipi bir ölçektir. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik ve utanma olarak 3 alt boyutu vardır. Bilge ve Çam tarafından yapılan çalışmaya göre Guttman Split-Half katsayısı 0.70; Spearman-Brown katsayısı ise 0.70 olarak saptanmıştır. Birinci yarının Cronbach Alpha değeri 0.75; ikinci yarının Cronbach Alpha değeri 0.71, iki yarı arasındaki korelasyon ise 0.54'tür. Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0.80, Tehlikeli alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0.71, Utanma alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0.69 dur. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin ortalama puanı 59,0, varyansı 264,6, standart sapma değeri 16,3, range ise 74'dür. Test- tekrar test ölçek toplam puan $r = 0.55$ ve test-tekrar test arasındaki ilişki ise ileri derecede anlamlı olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin korelasyon puanları ise Çaresizlik ve Kişilerarası ilişkilerde Bozulma alt ölçeği $r = 0.53$, Tehlikeli alt ölçeği $r = 0.54$, Utanma alt ölçeği de $r = 0.17$ olarak bulunmuştur (104).

Bu çalışmada; rRuhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği'nin uygulama geçerliğinde eş zamanlı geçerlik çalışması ve güvenirlik çalışmasında paralel form güvenirliğinden faydalanmak amacıyla kullanılmıştır.

3.5 Türkçe Çeviri - Tekrar Çeviri: Ölçeğin dil uyarlamasındaki kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için çeviri yöntemi kullanılmıştır. Aksayan ve Gözümlü'nün aktardığı üzere bu yöntemde en az iki bağımsız çevirmen olması gerekmektedir. Bu doğrultuda; ölçeğin çeviri çalışması; iki öğretim üyesi, 3 aile hekimi asistanı ve bir psikiyatri asistanı tarafından ayrı ayrı İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışman öğretim üyesi ve diğer bir öğretim üyesi tarafından düzenlendikten sonra, düzenlenen form her iki dili (Türkçe, İngilizce) anlayan ve konuşan bağımsız bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çevirideki ifadeler orijinal İngilizce ifadeler ile incelendikten sonra Türkçe çevirisi tekrar gözden geçirilmiştir. Geri çevirisi yapılan ölçek maddeleri, orijinal ölçek maddeleri ile karşılaştırılarak farklılıklar ve hatalar belirlenmiştir. İngilizce çevirinin orijinal ölçek ile karşılaştırılması sonrası bir birine en yakın ifadeler ile Türkçe ölçeğe son şekli verilmiştir.

3.6. Uygulama

Web tabanlı anket hazırlama programı kullanılarak veri toplama aracı hazırlanmıştır. Bu araç Şubat 2017 ve Ağustos 2017 tarihleri arasında İzmir’de görev yapmakta olan 1217 aile hekimine, elektronikposta, sosyal medya ve benzeri yöntemlerle ulaştırıldı. Veri toplama aracının giriş bölümünde, araştırmanın amacını ve kapsamını içeren kısa bir bilgilendirmekısmı ve katılımcının onamının istendiği bir bölüm bulunmaktadır. Kullanılan veri toplama aracının özelliği gereği verilerin mahremiyeti elektronik ortamda korundu.

Çalışmamızda, sahada çalışan Aile Hekimlerinin zamanlarını verimli kullanmak için Web tabanlı anket hazırlama programı kullanılmıştır. Araştırmanın amacını, yöntemi içeren ve katılımcının onamını isteyen bir giriş metni ve araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama aracı programa yüklendi bu sayede toplu elektronik posta, whatsapp, facebook gibi çeşitli sosyal medya gereçleri ile katılımcılara ulaşılmaya çalışıldı. Bu programlar özellikle sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılmakta, hem katılımcılara hem de araştırmacılara büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Yalnız özellikle pazarlama sektöründe kullanım hızı gittikçe arttığından toplum geneli bu tür araştırmalara cevap vermekten imtina etmeye başlamıştır. Yüz yüze anket doldurma yöntemine göre daha az cevaplanan bu tip anketlerin, cevaplanma oranı %5 ile %40 arasında değişmektedir (72).

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15 paket programı kullanılmıştır

3.7.1 Sosyo-Demografik Özellikleri İçeren Veri Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler için sayı ve yüzde dağılımı yapılmıştır, $p < 0,01$ ve $p < 0,05$ olasılıkla değerlendirilmiştir.

3.7.2.1. Geçerlik Analizleri

Çalışmamızda geçerlik; yapı geçerliği ve ölçüt bağımlı geçerlikle değerlendirilmiştir. Yapı geçerliği analizleri için açımlayıcı faktör analizi ve KMO- Barlett test, ölçüt bağımlı geçerliği için ise Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmıştır .

Tablo 2. Geçerlik Analizleri

Geçerlilik Yöntemi	Geçerlik Yöntemi için Yapılan İstatistikler
Yapı Geçerliği	Açımlayıcı faktör analizi KMO-Barlett testi
Ölçüt/Bağımlı Geçerlik Eşzamanlı (Benzer Ölçekler) Geçerliği	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi

3.7.2.2. Güvenirlik analizleri

Güvenirlik analizleri için dolaylı olarak iç tutarlılığı ölçmeye yarayan Cronbach α testi ile split half testi uygulanmıştır.

3.8. İzinler

- Araştırmanın etik kurul izni Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29 Aralık 2016'da 2016/33-10 karar numarası ile alınmıştır (Ek 1).
- “Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeğini” geliştiren Haddad ve ark.dan elektronik ortamda kullanım izni alınmıştır (Ek 2).
- Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Ayşegül Bilge tarafından yapılan “Ruh Sağlığına Yönelik İnançlar Ölçeğini” kullanmak için elektronik ortamda yazılı izin alınmıştır (Ek 3).

4. BULGULAR

Çalışmamızın bulguları tanımlayıcı bulgular, analitik bulgular ve ölçek geçerliği-güvenirliği bulguları olmak üzere 3 ana başlık altında yer verilmiştir.

4.1. Tanımlayıcı Çalışma Bulguları

İzmir Merkez İlçe'de görev yapmakta olan 1127 Aile Hekimi'ne Web Tabanlı Anket Hazırlama Programı kullanılarak mail yoluyla ulaşıldı. Davetimize cevap veren 302 Aile Hekimi ile Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği'nin Geçerlik Güvenirlik Çalışması tamamlandı.

Katılımcıların % 49'u kadın (n:148), % 51'i erkekti (n:154).Katılımcıların % 17,9'u 25-30 yaş , % 13,2'si 31-40 yaş, %39,7 'si 41- 50 yaş, %13,2 si 50 yaş ve üstü idi. Yaş ortalaması 40,2 ± 8 yıl (min:25 max:64) olarak saptanmıştır.

Katılımcıların meslekteki tecrübeleri değerlendirildiğinde % 17,9 u 1-5 yıl, %13,2 'si 6-10 yıl, % 31,5'i 11-20 yıl, %37,4'si 20 yıldan fazla mesleki tecrübeye sahipti.Katılımcıların % 81,8 'i pratisyen hekim,% 18,2 'si uzman aile hekimi olarak saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Dağılım Durumu

Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Cinsiyet Kadın Erkek	148 154	49 51
Yaş Grupları 25-30 31-40 41-50 50 yaş ve üstü	54 88 120 40	17,9 29,1 39,7 13,2
Mesleki Tecrübe 1-5 yıl 6-10 yıl 11-20 yıl 20 yıldan fazla	54 40 95 113	17,9 13,2 31,5 37,4
Ünvan Hekim Uzman Hekim	247 55	81,8 18,2
Toplam	302	100,0

Katılımcıların % 47,4 ü mezuniyet sonrası depresyon eğitimi aldığını belirtti, % 52,6 ' sının da bu konu hakkında herhangi bir eğitim almadığı saptandı. Katılımcıların % 29,5 inin çalışmaları sırasında psikolog/psikiyatristten bilimsel destek aldığı, % 70,5'inin almadığı saptandı (Tablo 4).

Tablo 4 Katılımcıların Mezuniyet Sonrası Depresyon Eğitimine Göre Dağılımı

Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Mezuniyet Sonrası Depresyon Eğitimi		
Evet	143	47,4
Hayır	159	52,6
Psikolog ya da psikiyatristten bilimsel destek alıyor mu?		
Evet	89	29,5
Hayır	213	70,5
Toplam	302	100,0

Katılımcıların %21,9'unun antidepresan kullandığı, %78,1'inin herhangi bir depresyon tedavisi almadığı saptandı. Katılımcıların %37,7'sinin ailesinde depresyon tanılı birey mevcutken %62,3'ünde depresyon tanılı birey olmadığı saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların kendilerinde ve ailelerinde depresyon varlığına göre dağılımı

Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Kendisi Antidepresan kullanıyor mu?		
Evet	66	21,9
Hayır	236	78,1
Ailede Depresyon Tanılı Birey Var mı?		
Evet	114	37,7
Hayır	188	62,3
Toplam	302	100,0

4.3. Geçerlik Güvenirlik Bulguları

4.3.1. Geçerlik Bulguları

Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO- örneklem yeterliliği) analizi sonucunda 0,685 ile orta düzeyde bir uyum gözlenmiştir, Bartlett's Test of Sphericity Analizi sonucu ise anlamlı bulunmuştur. (Tablo 6)

Tablo 6. KMO and Bartlett's Testi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,685
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	510,439
	Df	78
	Sig.	,000

Verilerin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra temel bileşenler analizi ve varimax rotasyon yöntemi kullanılarak ölçeği oluşturan faktör yapısının açıklanmıştır. Orijinal ölçekteki 9 sorunun çalışmadığı tespit edilmiş ve değerlendirilmeye alınmamıştır.

Bu sorular;

2. Depresyon da diğer hastalıklar (örn. astım, diyabet) gibi bir hastalıktır.

3. Depresif hastalarda psikolojik tedavi başarısız olmaya eğilimlidir.

4. Depresif hastalarda antidepresan tedavi başarısız olmaya eğilimlidir.

8. Depresyon gibi ruh hastalıklarına göre fiziksel hastalıklarla ilgilenirken kendimi daha rahat hissediyorum.

9. Depresyona girmek, yaşlanmanın doğal bir parçasıdır.

13. İnsan kendi canına kıymaya karar verdiyse kimse onu durduramaz.

16. Depresyonu tanıma ve yönetme genellikle diğer sağlık sorunlarını yönetmenin önemli bir parçasıdır

18. Depresyon, değişimden etkilenmeyen bir tepkinin ifadesidir.

21.Başlangıç tedavisine yanıt vermeyen depresyon hastalarına önerilebilecek çok az şey vardır şeklinde sıralanmıştır.

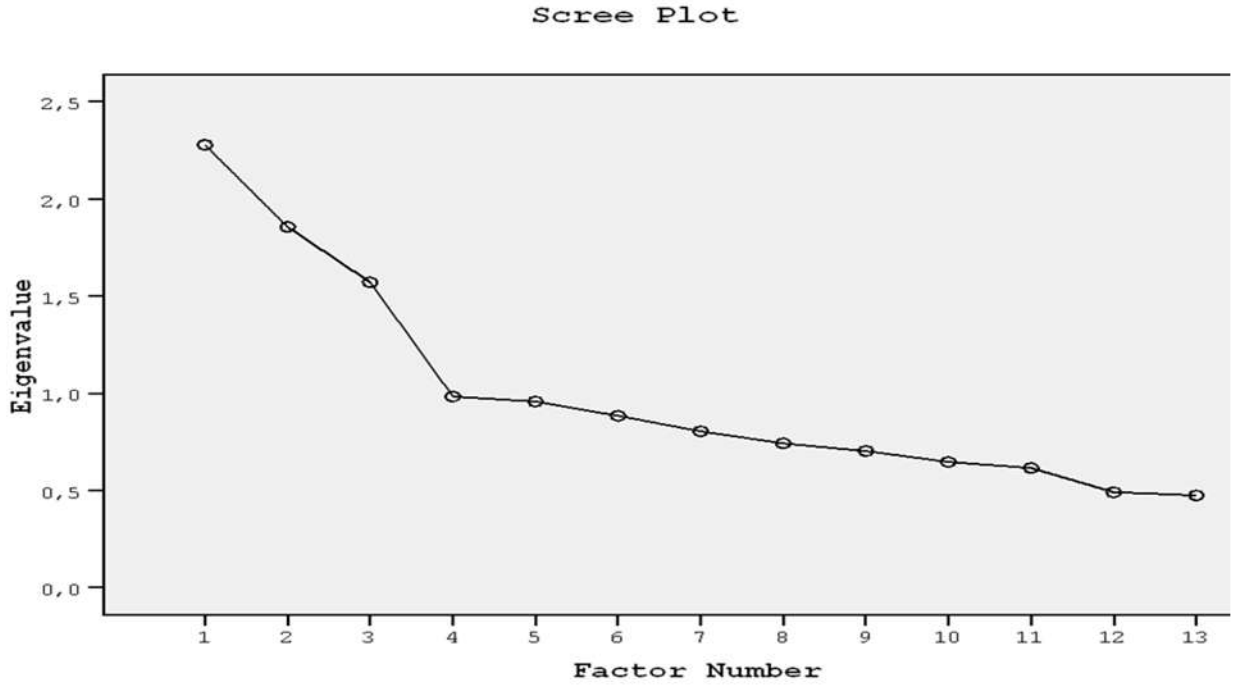
Madde kaybından sonra kalan 13 madde temel bileşenler matrisine göre 3 alt boyuta toplanmıştır. (Tablo 7)

Tablo 7 .Temel bileşenler matrisi

	BİLEŞENLER		
	Faktör1	Faktör 2	Faktör 3
Madde 17 İntihar riskiyle gelen hastayı değerlendirmede kendime güvenirim.	,736		
Madde 1 Depresif hastalarla ilgilenirken kendimi rahat hissederim.	,597		
Madde 7 Hastalardaki depresyonu değerlendirmede kendime güveniyorum.	,549		
Madde 11 Mesleğim depresyon hastaları için iyi konumda.	,472		
Madde 15 Benim mesleğimdekiler depresyon hastalığı için iyi eğitilmiştir.	,357	-,325	
Madde 20 Depresyon ergenliğe girmenin doğal parçasıdır.		,519	
Madde 19 Depresyon hastaları için zaman harcamaya değer.		,490	
Madde 22 Herkes depresyona girebilir.		,421	
Madde 14 Depresyonu olanların Diyabet, Astım gibi hastalıklar ile benzer bakım sorunu vardır.		,417	
Madde 10 Tüm sağlık çalışanları depresyonu tanıma becerisine sahip olmalıdır.		,344	
Madde 5 Depresyonun başlıca nedenlerinden biri öz disiplin ve irade eksikliğidir.			,640
Madde 6 Depresyon tedavileri mutsuzluk medikalize eder.			,581
Madde 12 Depresyon dirayetsiz insanların hayatın zorlukları ile baş etme yoludur.			,405

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Faktör analizi sırasında yapılan Scree Plot (çizgi) grafiği öz değerleri ve faktör sayısını göstermektedir. Grafiğin yatay şekil aldığı noktaya kadar olan faktörler maksimum faktör sayısını verirken, yüksek ivmeli hızlı düşüş yaşanan faktör ise önemli faktör sayısını vermektedir (Grafik 1).



Grafik 1. Faktör analizi sonuçlarının scree plot değerleri.

Tablo 8. Açıklanan Toplam Varyans Analizi

Faktör	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings(a)
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	2,437	18,744	18,744	1,775	13,657	13,657	1,636
2	1,881	14,471	33,216	1,196	9,198	22,855	1,281
3	1,594	12,258	45,473	,913	7,024	29,879	1,073
4	,960	7,384	52,857				
5	,943	7,251	60,108				
6	,858	6,596	66,704				
7	,745	5,734	72,438				
8	,730	5,612	78,051				
9	,657	5,055	83,106				
10	,628	4,830	87,936				
11	,608	4,680	92,616				
12	,495	3,811	96,426				
13	,465	3,574	100,000				

Açımlayıcı faktör analizinde 3 faktörün varyansın % 45,473 ünü açıkladığı görülmüştür.

3 faktörlü analizde bileşenlerin döndürülmüş matrisi incelendiğinde orijinal yapıdaki gibi “Öz yeterlilik” i değerlendiren 1. Faktör varyansın %18,744 ünü açıklamaktadır. 2.Faktör “Genel Bakış Açısı” nı değerlendiren soruları kapsamaktadır ve varyansın %14,471’ini açıklamaktadır. 3.Faktör “Depresyona karamsar bakış açısı” nı değerlendiren soruları kapsamaktadır ve varyansın % 12,258’ ini kapsamaktadır (Tablo 8).

Tablo 9.Faktör 1 Madde Toplam İstatistikleri

	Madde Kaldırılırsa Ölçek Ortalaması	Madde Kaldırılırsa Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Kaldırılırsa Cronbach Alfa
Madde 1 Depresif hastalarla ilgilenirken kendimi rahat hissedirim	13,25	6,662	,476	,578
Madde 7 Hastalardaki depresyonu değerlendirmede kendime güveniyorum	13,25	6,980	,413	,607
Madde 11 Mesleğim depresyon hastaları için iyi konumda	13,05	6,792	,385	,621
Madde 15 Benim mesleğimdekiler depresyon hastalığı için iyi eğitilmiştir.	13,94	7,541	,253	,679
Madde 17 İntihar riskiyle gelen hastayı değerlendirmede kendime güvenirim	13,66	6,179	,552	,538

Tablo 10. Faktör 2 Madde Toplam İstatistikleri

	Madde Kaldırılırsa Ölçek Ortalaması	Madde Kaldırılırsa Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Kaldırılırsa Cronbach Alfa
Madde 19 Depresyon hastaları için zaman harcamaya değer	15,62	4,874	,351	,440
Madde 20 Depresyon ergenliğe girmenin doğal parçasıdır	15,85	4,566	,313	,453
Madde 22 Herkes depresyona girebilir	15,45	4,866	,308	,459
Madde 14 Depresyonu olanların diyabet astım gibi hastalık ile benzer bakım sorunu	15,89	4,480	,282	,475
Madde 10 Tüm sağlık çalışanları depresyonu tanıma becerisine sahip olmalı	15,78	4,590	,228	,514

Tablo 11. Faktör 3 Madde Toplam İstatistikleri

	Madde Kaldırılırsa Ölçek Ortalaması	Madde Kaldırılırsa Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Kaldırılırsa Cronbach Alfa
Madde 5 Depresyonun başlıca nedenlerinden biri öz disiplin ve irade eksikliğidir.	7,14	2,490	,407	,404
Madde 6 Depresyon tedavileri mutsuzluk medikalize eder.	7,33	2,747	,402	,414
Madde 12 depresyon dirayetsiz insanların hayatın zorlukları ile baş etme yoludur	6,59	3,259	,313	,544

Araştırmanın örneklem grubu olan 302 kişiye, Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeğinin geçerli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış olan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği uygulanmıştır. Bu amaçla her Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analize yönelik bulgular (Tablo 12) de verilmiştir.

Tablo 12 Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik veriler

		Öz Yeterlilik Alt Boyutu	Genel Bakış Açısı Alt Boyutu	Karamsar Bakış Açısı Alt Boyutu
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	r	0,129	0,104	0,305
	p	0,025	0,070	0,000
Toplam Puanı	N	302	302	302

Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeğinin Toplam Puanı ile Alt ölçekleri ile anlamlı bir korelasyon hesaplanmadığından alt ölçekler ayrı ayrı Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile sınanmış ve Depresyona karamsar bakış Alt ölçeği ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

4.4 Güvenirlik Analizleri

Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,3 ün altında çıkmış ve anlamsız kabul edilmiştir. 13 Maddeli ölçeğin Toplam Cronbach alfası 0,390 bulunmuştur . Ölçeği oluşturan faktörlerin birbiriyle bağlantısız olduğu ve her bir faktörün kendi içinde değerlendirilmesinin daha doğru olacağı anlaşılmıştır. Bu çerçevede Cronbach alfa değerleri (tablo 13) de verilmiştir.

Split-Half analizir:0,202 olarak çıkmış ve herhangi bir korelasyon bulunamamıştır.

Tablo 13 Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği Güvenlik katsayıları

Total Ölçek	Cronbach Alpha:0,390
Öz Yeterlilik Alt Boyutu	Cronbach Alpha: 0,659
Genel Bakış Açısı Alt Boyutu	Cronbach Alpha:0,523
Karamsar Bakış Açısı Alt Boyutu	Cronbach Alpha;0,562

Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği 3 alt boyuttan oluşmakta ve her bir alt boyut birbirinden bağımsız olarak değeriendirilmek durumundadır.5li Likert tipinde olan bu ölçek Türkçe diline uyalanırken optimum olarak 13 madde olarak düzenlenmiştir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır.

Tez çalışmamız sırasında paralel ölçek olarak kullanılan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği nın Cronbach Alfası çalışmamızda :0,82 olarak hesaplanmıştır.



5.TARTIŞMA

Ülkemizde birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin depresyonla ilgili tutumlarını değerlendirmek için kullanılan bir ölçek bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalarda araştırmacılar tarafından hazırlanan ve geçerlik ve güvenirliği sınanmamış veri toplama formları kullanılmıştır. Geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış bir ölçeğin Türk kültürüne kazandırılması bu konuda yapılan uluslararası çalışmalarla kıyaslama yapma imkânı ve kültürler arası farklılıkları ortaya koyma imkânı sunmaktadır. Daha önce başka araştırmalarda kullanılmış, geçerlik ve güvenirliği sınanmış bir ölçeğin Türkçe diline kazandırılması ve Türk kültüründe sınanmasının yeni bir ölçek oluşturmaya göre daha pratik ve uygulanabilir olduğu düşünülmüştür. Bu nedenlerden dolayı sağlık çalışanlarının Depresyon ile ilgili tutumlarını değerlendirmekte kullanılan Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenirliği sınanmıştır.

Ortaya çıkan 13 maddelik ölçeğin üç faktörde toplandığında varyansın %45'ini kapsadığı gözlenmekle birlikte Cronbach alfa toplamda çok düşük, alt boyut bazında da orta derecede bulunmuştur. Bu nedenle genel olarak geçerlik ve güvenirliğin tereddütlü olduğu düşünülmüştür.

Orijinal ölçek pek çok ülkede ve farklı dillerde kullanılmış ve psikometrik açıdan zayıf bulunduğu için revize form geliştirilmiştir. Revize formun daha önce başka dillerde çeviri çalışması bulunmamaktadır. Pakistan'da İngilizce olarak yapılmış, buna rağmen 7 madde kapsam dışı bırakılmıştır (11). Bu durum ölçeğin uygulandığı popülasyonların kültürel farkı ile ilişkili olarak değerlendirilmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması $40,2 \pm 8$ yıl (min:25 max:64) olarak saptanmıştır. Bu sayı ortalaması Kahraman ve arkadaşlarının araştırmasındakilerden $43,2 \pm 7$ yıl (min:29 max:63) daha genç görülmektedir. Bu durum anketin elektronik ortamda hazırlanması ve daha genç doktorların yanıtlamak eğiliminde olması ile açıklanabilir. Pakistan'daki araştırmanın yaş ortalaması 29,7 olup, bu bizim çalışmamıza göre oldukça genç bir gruptur. Bu durum katılımcıların çoğunluğunun yardımcı sağlık personeli olmasıyla açıklanabilir (11).

Araştırma İzmir Bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yoğun iş temposu göze alınarak, kendilerini mesai saatleri içinde meşgul etmemek ve iş gücü kaybı yaşamamak adına Web Tabanlı Anket Hazırlama Programından yararlanılmıştır. İnternet ortamında hazırlanan anketler, elektronik posta, sosyal medya unsurları ve mesaj yolu ile katılımcılara ulaştırılmıştır. İzmir bölgesinde görev yapan 1270 Aile hekimine ulaşılmıştır. Bu hekimlerin 302 tanesi dönüş yapmıştır. Benzer çalışmalarda

elektronik posta ile ulaşılan katılımcıların yanıtılam oranı %5-%20 arasında değişmektedir (72). Bizim alışmamızda % 27 ile ortalamanın üstünde bir yanıtılam oranına ulaşıldığı anlaşılmaktadır.

Geçerlik güvenirlik analizlerinde örneklem sayısı hesaplanırken pek çok farklı yöntem kullanılabilir. Küçük rneklem kullanılarak yapılan ilişki katsayıları kestirimi daha az güvenilir olma eğilimindedir. Bu yüzden, ilişkilerin güvenilir bir şekilde gösterilmesi için örneklemenin uygun büyüklükle olması önemlidir. Literatürde, değişken sayısı fazla büyük olmadığında, faktörler güçlü ve belirgin olduğunda 100 ile 200 arasındaki örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu belirtilmektedir (107). Bir diğer hesaplama yöntemi ise örneklem sayısının en az ölçek soru sayısının şık sayısı kadar katı olmasıdır. Mümkünse bu sayının (madde sayısı x şık sayısı) 2-3 katı alındığında örneklem çeşitliliği ve kapsayıcılığı artacaktır. alışması yapılan “Revize Edilmiş Depresyon Tutum lği ” 22 soru ve 5 şıktan oluşmaktadır. Buna göre 110 kişilik bir örneklem yeterli olacaktır; ancak yapılacak analizlerin doğunluğu için bu sayı 200-300 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ulaşılan sayı analizler için yeterli olduğu dşnlmştir. Ancak sonuçlar dikkate alındığında çok fazla maddenin işlememesi daha çok kişinin çalışmaya katılması durumunda değişip değişmeyeceği sorusunu akla getirmektedir. Orijinal lğin geliştirildiği çalışma 1047 kişide yapılmıştır.

Sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılan elektronik anket uygulamalarına cevap oranı yıllar ilerledikçe düşmeye başlamıştır ve bunun en büyük nedeninin de pazarlama sektörünün bu yöntemi aşırı miktarda kullanması yüzünden halk arasında oluşan Sosyal direnç olduğu düşünülmektedir (129). İngiltere’de geliştirilen lğin test edildiği çalışmada da Web tabanlı anket hazırlama programı kullanılmış ve 6000 kişiye ulaşılmış ve 1047 sağlık çalışanı cevap vermiştir. Bu çalışmadaki %17’lik oran bizim çalışmamıza göre daha düşüktür (12). Orijinal çalışmadaki katılımcıların mesleki dağılımı; genel pratisyen/ aile hekimi 37, hemşire(erişkin) 511, hemşire (psikiyatri) 427, diğer sağlık çalışanı 72 kişidir. Bu çalışmada daha çok birinci basamakta görev yapmakta olan yardımcı sağlık personelinin fikrine başvurulmuş olup, toplam sayı bizim araştırmamızdan fazla olmakla birlikte, bizim çalışmamızda 302 aile hekimine ulaşılmıştır, bu sayı diğer araştırmanın çok daha üstündedir (12). Yine Pakistan’da R-DT kullanılarak yapılan bir çalışmada (11) 601 sağlık çalışanına ulaşılmış, bunların büyük kısmı çeşitli uzmanlık dallarında görev yapan hekimler olmuştur. Bu çalışmada da bizim çalışmamızdaki kadar çok aile hekimine ulaşılamamıştır (11).

Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada da bizdeki gibi web tabanlı anket uygulanarak katılımcılara ulaşıldığı için herhangi bir veri kaybı olmamıştır ve bu durum da katılımcıların ağırlıklı olarak cevaplamaktan kaçındıkları soru olup olmadığını anlamamızı imkânsız hale getirmiştir (12).

Web tabanlı anket hazırlama programlarının kullanılması sonucu dikkatsiz doldurma, soru soramama, uç değer olmaması, bazı sorularda yığılma gibi problemlerin olması bizim çalışmamızda yeterli geçerlik güvenirlik bulunmamasının nedeni olarak düşünülebilir ancak paralel formun işlemesi bu konuda bizi şüpheye düşürmüştür.

Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması sırasında 9 madde çıkarılmıştır. Çıkarılan maddelerden birisi %30 altında korelasyon gösterdiği için çıkarılmıştır Diğer maddeler ise çalışmadıkları tespit edildiği için çıkarılmıştır. Bu maddeler incelendiğinde:

2. Madde “Depresyon da diğer hastalıklar (örn. astım, diyabet) gibi bir hastalıktır” şeklinde çevirdiğimiz madde, katılımcıların %49,3’ü tarafından “katılıyorum” şeklinde yanıtlanmıştır. Bu soru katılımcılar tarafından farklı şekilde yorumlanmış olabilir. Bazıları tarafından depresyon, astım ve diyabet gibi bir klinik hastalık olarak tanımlanırken, astım ve diyabet bir kısım katılımcı tarafından organik bir hastalık, depresyon ise psikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanıp soru buna göre yanıtlanmış olabilir.

3. Madde “Depresif hastalarda psikolojik tedavi başarısız olmaya eğilimlidir.” Bu soru bizim çalışmamızda katılımcıların %53,6’sı tarafından “ katılmıyorum” olarak yanıtlanmıştır. Bu soruda psikolojik tedavi genel bir kavram olarak ifade edilmiştir. Hekimler bundan farklı şeyler anlamış olabilir. Psikolojik tedavi kavramının nasıl algılandığı tartışmalıdır. Kimi bunu sadece konuşularak yapılan bir psikoterapi olarak algılayırken kimi ise psikoterapi+ilaç tedavisi+ özel psikoterapik uygulamalardan (Bilişsel davranışsal terapi, psikoanaliz vb.) oluşan bir bütünsel tedavi şekli olarak algılayabilir.

8. Madde “Depresyon gibi ruh hastalıklara göre fiziksel hastalıklarla ilgilenirken kendimi daha rahat hissediyorum.” Madde hem bizim çalışmamızda hem de Pakistan’ da yürütülen çalışmada işlev görmemiştir. Bu durum da katılımcı grubun hemşire değil de hekim olmasıyla açıklanabilir.

9. Madde “Depresyona girmek, yaşlanmanın doğal bir parçasıdır.” Bu soru bizim çalışmamızda katılımcıların %53,62’si tarafından “ katılmıyorum” olarak yanıtlanmıştır. Sağlık çalışanlarının bir kısmı bunu depresyona girmenin yaşlanmanın doğal bir parçası olarak görüp görmedikleri açısından değerlendirerek cevaplamış, bir kısmı da “doğal bir parça” kavramını depresyonun yaşlılıkta sık görülmesi olarak algılayıp ona göre cevap vermiş olabilir.

13. Madde “İnsan kendi canına kıymaya karar verdiyse kimse onu durduramaz.” Bu soru bizim çalışmamızda katılımcıların %51,7’si tarafından “ katılmıyorum” olarak yanıtlanmıştır. Bir kısım katılımcı olayı depresyondaki bir kişinin intihar konusundaki kararlılığı olarak algılayıp buna göre cevap verirken diğer bir kısmı intihar eğilimindeki hastaların tedaviden faydalanması açısından yanıtlamayı tercih etmiş olabilir.

16. Madde “Depresyonu tanıma ve yönetme genellikle diğer sağlık sorunlarını yönetmenin önemli bir parçasıdır” maddesi bizim çalışmamızda katılımcıların %69,5’i tarafından “katılıyorum” şeklinde yanıtlanmıştır. Bu soruyu yanıtlayanlardan bazıları depresyonu özellikle kronik sağlık sorunlarıyla içiçe geçmiş olarak algılayıp yanıtlarken, bir kısmı da böyle bir ilişki kuramamış olabilir.

18. Madde “Depresyon, değişimden etkilenmeyen bir tepkinin ifadesidir.” Bu maddede ölçmek istenilen kavram yeterince açık değildi. Dayandığı kuram yeterince anlaşılamadığı için Türkçe çevirisi birebir yapılmış olsa da yeterince anlaşılmamış olabilir.

Ölçeklerin farklı dillerde geçerlik güvenirlik araştırılmasında çeviri önemli bir ögedir. Bizim çalışmamızda her ne kadar uzmanlar bu işi yapsa da ölçeklerde dilsel çevirinin ölçeğe temel olan kavramsal alt yapı ile de ilişkisi araştırılmalıdır. Nitekim dilsel çeviri kusursuz olsa da teorik alt yapıya göre sorgulanmak istenen kavramı ifade etmeyebilir. Bizim çalışmamız da dilsel çeviri bu yönden araştırılmamıştır. Daha sonra yapılacak benzer çalışmalarda dilsel geçerlilik için ek çalışmaların yapılması önerilir.

Pakistan’da Ahmed Waqas ve arkadaşları tarafından 2015 yılında orijinal dilinde 602 katılımcı ile gerçekleştirilen geçerlik güvenirlik çalışmasında 22 maddenin 7 tanesinin faktör yükü hesaplanamamış ve ölçekten çıkarılmak durumunda kalmıştır, kalan maddeler orijinal ölçekle benzer şekilde 3 alt faktöre dağılmıştır (11).Çeviri yapılmadığı halde bu oranda madde kaybının olması Pakistan ile İngiltere arasındaki kültürel farklılığa bağlanmıştır (11).

İngiltere’de çoğunluğunu hemşirelerin oluşturduğu bir katılımcı grubu üzerinde test edilerek oluşturulan anketteki soruların ülkemizde sadece aile hekimleri tarafından oluşturulan bir grupta uygulandığında ölçme özelliğini kaybettiği düşünülmüştür. Pakistan’da anketler doktorlar üzerinde ve çeviri çalışması yapılmadan İngilizce olarak kâğıt veri toplama formu kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı sorular kaybedilmiştir, bu farkın da Pakistan kültüründeki depresyonun oluşumuyla ilgili doğaüstü olaylara bağlantı kurmakla ilgili yaygınlaşmış kanıya bağlı olduğu düşünülmüştür (11).

Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği'nin Türkçe Formunda üç alt ölçeğin hangi maddelerden oluştuğunun belirlenmesi safhasında, ölçek orijinali ile karşılaştırılmış; faktör yükü 0,20'nin altında olduğu için değerlendirilmeden çıkarılan soruların çoğunluğunun karamsar bakış açısını değerlendiren 3. Faktöre toplanan maddelerden oluştuğu tespit edilmiştir. Bu 6 madde (3,4,9,13,18,21) orijinal ölçekte ters puanlama ile hesaplanan ve depresyonla ilgili olumsuz düşünce kalıplarını ihtiva eden maddelerdir. Aile hekimlerinin çoğunun bu konuda olumlu fikre sahip oldukları ve aynı şekilde cevap verdikleri için bu maddelerin çalışmadığı düşünülmüştür. Bu durum Özmen ve arkadaşlarının 2003'de İstanbul'da yaptıkları çalışmayı destekler niteliktedir (93). Bu çalışmada, hekimler psikiyatrik hastalıkları bilmeseler bile olumlu bir bakış açısına sahip olduklarını belirtmiştir. İngiltere'deki çalışmada katılımcıların çoğu hemşiredir ve bilgi düzeylerindeki yetersizliğe bağlı depresyonla ilgili karamsar bir düşünce yapısına sahip oldukları şeklinde yorumlanmıştır, aynı durum 2016'da Atina Üniversitesinde Psikoloji eğitimi alan öğrenciler arasında yapılan bir çalışmada da tespit edilmiştir (94). Benzer madde kayıpları yine doktorla yapılan çalışmada Pakistan'da gerçekleşmiştir(11).

Faktör grupları arasında maddelerin en yüksek değer aldıkları, madde 19 ve madde 20 Faktör 2 ye alınarak güvenirlik analizlerinin yapılması uygun görülmüştür. Maddelerin faktör yükleri ise 0,35-0,74 arasındadır. Maddelerin birden çok faktöre girmemesi için alt sınır 0,30 olarak belirlenmiş, orjinal ölçekteki teorik modele uymakla birlikte bu esas çevresinde geçerlik analizlerini bozan maddeler yer değiştirilmiştir.

Literatürdeki kültürel uyarlama çalışmalarında ölçeklerin orijinal formlarına karşın madde çıkarma, madde ilave etme, madde ifadelerini değiştirme, faktör azaltma, soruların likert yapısını değiştirme gibi yöntemlerin uygulandığı görülmektedir (72, 59, 60, 61, 63). Psikometrik açıdan ise doğru olan ölçeğin aslının mümkün olduğunca değiştirilmemesine özen gösterilmesidir (64).

Ölçeğin toplam puanı ile alt ölçekler arasında korelasyon bulunamamıştır. Bu durum alt ölçeklerin değerlendirdiği bilgi ve tutumun birbirinden bağımsız ve ilişki halinde bulunmayan kavramlar olduğu kanaati oluşturmuştur. Aynı şekilde Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikiyatri dışı hekimlerin depresyonu bilseler bile müdahale etmekten çekindikleri, "yardım edilebilir ama ben yardım edemem" tavrında olduklarını tespit etmişlerdir (93). Bu durum bizim de araştırmamız da bilgi ve tutum arasındaki kopukluğu açıklar 13 maddeli Revize Depresyon Tutum Ölçeğinin ölçüt geçerliği için ölçüt niteliğinde olan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin toplam

puanı ile depresyona karamsar bakış alt boyutu arasında ve özyeterlilik alt boyutu arasında korelasyon bulunmuştur.

Güvenirlilik analizleri doğrultusunda test-retest yöntemi uygulanmamıştır Split-half testi uygulanmış burada da yarı test korelasyonu olmadığı anlaşılmıştır.

Ölçüt geçerliliği için kullanılan “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği”nin cronbach alfa katsayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Bilge ve arkadaşları ile aynıdır. Bu durum her iki çalışmanın da İzmir bölgesinde yapılmasına ve katılımcıların homojen dağılımına bağlanmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Haddad ve ark. tarafından geliştirilen Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği'nin (Revised Depression Attitude Questionnaire) Türkçe için geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, 22 maddeden oluşan orijinal ölçek 9 madde yapılan analizler sonucu Türk kültüründe çalışmadığı için ölçekten çıkarılarak, 13 maddeli ölçeğin Türkçe geçerli güvenilir olduğu saptanmıştır. Ancak çok maddenin çalışmamış olması özellikle dilsel ve kültürel açıdan ölçeğin tekrar gözden geçirilmesi gerekliliği görüşüne varılmasına neden olmuştur.

Bu çalışmada 13 maddeli ölçeğin kapsam, yapı ve ölçüt geçerliliği sınanarak geçerli olduğu, saptanmıştır.

Geçerlilik analizleri sonuçları,

- Örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kaiser-Meyer-Olkin testi ve Bartlett testi sonucu anlamlı bulunmuştur. Böylece ölçeğin faktör analizi için uygunluğu belirlenmiştir.
- Orijinal ölçekteki 9 madde yapılan analizler sonucu Türk kültüründe çalışmadığı için ölçekten çıkarılmıştır.
- Kalan 13 maddeli "Revize Edilmiş Depresyon Tutum Ölçeği"nin yapı geçerliliği için faktörel yapısı temel bileşenler (Principal Component) yöntemi kullanılmış ve varimax dönüştürmesine göre analizler yapılmıştır. Bu doğrultuda orijinal ölçekle uygunluğu sağlanacak şekilde 13 maddenin, birbiri ile ilişkili üç faktör altında yer aldığı ve bunun kümülatif olarak toplam varyansın %45'ini açıkladığı saptanmıştır. Bu faktörler; "Öz Yeterlilik Alt Boyutu", "Genel Bakış Açısı Alt Boyutu", "Depresyona Karamsar Bakış Alt Boyutu" dur.
- Ölçeğin ölçüt geçerliliği için, ölçeğin depresyona karamsar bakış açısı alt boyutu ve özyeterlilik boyutu ile "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği toplam değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçek toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır.
- Tüm bu analizlerle ölçeğin kapsam, yapı ve ölçüt geçerliliği sınanarak, ölçeğin geçerliliği saptanmıştır.
- Güvenirlik Analizleri Sonuçları.

➤ Türk kültürüne adaptasyon sırasında ihtiyaçtan dolayı madde kaybı yaşanan ölçeğin 13 maddeli yeni formu iç tutarlığı zayıf olduğu için alt boyutlar kapsamında iç tutarlılık değerlendirilmiştir. “Öz Yeterlilik Alt Boyutu”, “Genel Bakış Açısı Alt Boyutu”, “Depresyona Karamsar Bakış Alt Boyutu”nun anlamlı bir iç tutarlığa sahip olduğu gösterilmiştir.

Tutum ölçekleri özellikle psikoloji ve sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılan, aile hekimliği yazın kültüründe de yeni yeni üzerinde çalışılan konulardır. Özellikle gün geçtikçe görülme sıklığı artan depresyonun, birinci basamakta tanı ve tedavisinin yapılması, bu hastalıkla baş etme de önemlidir. Aile hekimlerinin bu konudaki tutumlarını saptamak depresyon hastalığı yönetiminde başarı sağlamak için, ilk sıralarda yer alması gereken bir konu olduğu görüşüyle bu ölçeğin Türk yazın dizinine kazandırılması önemlidir. Ancak orijinal ölçekteki çok maddesi çalışmamış olması nedeniyle Türkçe “Revize Depresyon Tutum Ölçeği”nin bu konumda kabul edilebilirliği şüpheli bir geçerlik ve güvenirliğe sahiptir. Daha önce başka dillerde geçerlik ve güvenirliği sınanmış Depresyon Tutum Ölçeğinin bu doğrultuda test edilmesi veya Türkiye’de kullanılacak Türkçe yeni bir depresyon tutumunu ölçen bir ölçeğin geliştirilmesinin uygun olacağı kanaati oluşmuştur.

KAYNAKLAR

- 1) (WHO.Depression .a global public health concern .Geneva:WHO(2012)
<http://www.who.int/mental-health /management/depression/who-paper-depression-wfmh-2012.pdf>
- 2) Depression. World Health Organization. <http://www.who.int/topics/depression/en/>
(Erişim tarihi: 20.02.2016)
- 3) Başara B, Dirimeşe V, zkan E, Varol . Sakatlığa Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılları. nvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. Türkiye hastalık yükü alışması. 2004, 2006;13-14.
- 4) Menchetti M, Murri MB, Bertakis K, Bortolotti B, Berardi D. Recognition and treatment of depression in primary care: effect of patients' presentation and frequency of consultation. J Psychosom Res. 2009;66 (1879–1360; 4):335–41.
- 5) Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, Morgan C, Rusch N, Brown JS, Thornicroft G. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med. 2015;45(1):11–27.
- 6) Ghio L, Gotelli S, Marcenaro M, Amore M, Natta W. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2014;152–154:45–51.
- 7) Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. Int Rev Psychiatry. 2007;19(2):137–55.
- 8) Botega N, Mann A, Blizard R, Wilson G. General practitioners and depression—first use of the depression attitude questionnaire. Int J Methods Psychiatr Res. 1992;2:169–80
- 9) Haddad M, Menchetti M, Walters P, Norton J, Tylee A, Mann A. Clinicians' attitudes to depression in Europe: a pooled analysis of depression attitude questionnaire findings. Fam Pract. 2012;29(2):121–30.
- 10) Adaptation and psychometric evaluation of the Italian version of the depression attitude questionnaire (DAQ) Sighinolfi¹, A. Norcini Pala², F. Casini¹, M. Haddad³, D. Berardi¹ and M. Menchetti^{1*}
- 11) The attitudes and beliefs of Pakistani medical practitioners about depression: a cross-sectional study in Lahore using the Revised Depression Attitude Questionnaire

(R-DAQ) Mark Haddad^{1,2} , Ahmed Waqas³, Wahhaj Qayyum Maryam Shams and Saad Malik

- 12) Haddad M, Menchetti M, McKeown E, Tylee A, Mann A. The development and psychometric properties of a measure of clinicians' attitudes to depression: the revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ). BMC Psychiatry. 2015;15(1):7.
- 13) Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H ve ark. (2009) Majör depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. Turk Psikiyatri Derg 20 (3): 205-212.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) Bromet E, Helena L, Hwang I ve ark. (2011) Cross-national epidemiology of DSM-4 Major Depressive Episode. BMC Medicine 9:90
- 17) Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları
- 18) 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.
- 19) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013) Ankara.
- 20) Kaya B, Kaya M (2007) 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri 10 (Suppl. 6) 3-10.
- 21) 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
- 22) 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.
- 23) 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.
- 24) Lépine JP, Briley M (2011) The increasing burden of depression. Neuropsychiatr Dis Treat 7 (Suppl 1): 3–7.

- 25) Tamam L, Karaytuğ MO, Namlı Z (2012) Depresyonun ekonomik maliyeti. Türkiye Klinikleri 5 (2): 103-106.
- 26) Yemez B, Alptekin K. Depresyon etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası. 1998; 2(1): 21-5.)
- 27) Paykel ES. Life events and affective disorders. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2003; (418): 61-6.
- 28) Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder. Neuron. 2000; 28(2): 335-41.
- 29) Lyons MJ, Eisen SA, Goldberg J, True W, Lin N, Meyer JM, et al. A registry-based twin study of depression in men. Arch Gen Psychiatry. 1998; 55(5): 468-72.,
- 30) Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. Am J Psychiatry. 2006; 163(1): 109-14.
- 31) Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56(1): 39-44.
- 32) Levinson DF. The genetics of depression: a review. Biol Psychiatry. 2006; 60(2): 84-92.
- 33) Lieberman III JA. History of the use of antidepressants in primary care. Primary Care Companion. J Clin Psychiatry. 2003; 5(suppl 7): 6-10.
- 34) Hindmarch I. Expanding the horizons of depression: beyond the monoamine hypothesis. Hum Psychopharmacol Clin Exp. 2001; 16(3): 203-18.
- 35) Balcıoğlu İ, İ.Ü. Cerrahpşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 19-28.
- 36) Erol A, Ersoy B, Mete L. Majör depresyonda özkıyım girişimi ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24(1):1-6. 20.
- 37) Toros F. Çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyonlarında risk etmenleri. Türkiye Klinikleri J Psychiatry 2002;3(2):75-9. 21.
- 38) Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. Am J Psychiatry 1999;156(6):837-41. 22
- 39) Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Psychiatry 2003;4:208-19.
- 40) South P, Matheny SC, Lewis EL. Current Diagnosis & Treatment Family Medicine. 3rded. McGraw Hill
- 41) Pacek LR, Martins SS, Crum RM. Bidirectional relationships between alcohol, cannabis, cooccurring alcohol and cannabis use disorder first postpartum year: the risk profile of a community sample. Public Health Nurs 2007;24(2):176-83. 13.

- 42) Intergrating Mental Health into Primary Care A Global Perspective.
http://www.who.int/mental_health/.../mentalhealtintoprimarycare/.../ind ex.html
- 43) Hambleton ve Patsula, 1999; Hambleton, Merenda ve Spielberger, 2005
- 44) Brislin, R. W., Lanner, W. J. ve Thorndike, R. M. (1973). Questionnaire wording and translation. Cross cultural research methods (1. Baskı) içinde (32-58). Chicago: John Willey & Sons, Inc.
- 45) Team DG. UMHS Depression Guideline Update. August 2011
- 46) Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med 2006;166:2314-21. 5.
- 47) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5th ed. Washington, DC/London, England: 2013.
- 48) WHO ve WONCA Dünya Aile Hekimleri Birliği Birinci Basamakta Psikiyatrik Hastalıklara yaklaşım bildirgesi 2008
- 49) Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med 2006;166:2314
- 50) American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Depression. 2nd ed. 2010.
- 51) Goffmann E (1963) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall.
- 52) Link BG, Phelan JC (2001) Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol 27: 363-385.
- 53) K. Sayar , “Her toplumun stigmatı farklıdır”, Popüler Psikiyatri Dergisi, 2002, ss. 18-23
- 54) Kurzban L, Leary MR (2001) Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. Psychol Bull 127 (2):187-208.
- 55) E. Özten vd., “Psikotik bozukluk görülen hastalarda hasta olma ve tedavi görme ile ilgili görüş anketi uygulanarak kendini damgalama düzeylerinin saptanması”, *XIII. Sosyal Psikiyatri Kongresi Kitabı*, 2006.
- 56) N.T. Oran ve F. Şenuzun, “Toplumda kırılması gereken bir zincir, HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri”, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2008, ss. 1-16.
- 57) M.A. Ersoy ve A. Varan, “Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği, Türkçe formu’nun güvenirlik ve geçerlik çalışması”, Türk Psikiyatri Dergisi, 2007, 163-171.

- 65) 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.
- 66) 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.
- 67) Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW (2005) Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 20 (8): 529-539
- 68) Kelly CM, Jorm AF (2007) Stigma and mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 20 (1): 13-16.
- 69) Özmen E, Taşkın EO, Özmen D (2004) Which Psychiatric label is more stigmatising? "Ruhsal Hastalık" or "Akıl Hastalığı" *Türk Psikiyatri Derg* 15 (1):47-55
- 70) Crisp AH, Gelder MG, Rix S ve ark. (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 177:4-7.
- 71) Brohan E, Gauci D, Sartorius N ve ark. (2011) Self-Stigma, Empowerment and Perceived Discrimination Among People With Bipolar Disorder Or Depression In 13 European Countries: The GAMIAN-Europe Study. *J Affect Disord* 129 (13):56-63.
- 72) Improving web survey efficiency: the impact of an extra reminder and reminder content on web survey response
- 73) Livingston JD, Boyd JE (2010) Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and metaanalysis. *Soc Sci Med* 71 (12): 2150-2161
- 74) Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2000;177: 4-7.
- 75) Özmen E, Ögel K, Boratav C ve ark (2003); Depresyon ile İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği. *Türk Psikiyatri Derg* 14 (2):89-100
- 76) Sağduyu A, Özmen E, Aker T ve ark. (2008) Knowledge And Attitudes Of General Practitioners About Depression. *New Symposium* 46 (4):206-214.
- 77) Taşkın EO, Gürlek Yüksel E, Deveci A ve ark. (2009) Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 10:100-108.
- 78) 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.
- 79) Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(2):137–55

- 80) Lauber c, rossler w. stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(2):157–78.
- 81) Dilbaz N, Seber G, Tekin D. Pratisyen hekimlerin depresyonun klinik formlarına ve tedavi kriterlerine olan yaklaşımlarının değerlendirilmesi. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi (14-18 Eylül 1987), 1987, s.795-800, İstanbul
- 82) Ögel K, Çakan S, Kaynak M. Aydın O. Pratisyen hekimlerin ruhsal bozukluklar ile depresyon hakkındaki tutumları ve hasta hekim ilişkisini etkileyen etmenler. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi (29 Eylül-3 Ekim 1998), 1998, s.297, İzmir
- 83) Sağduyu A, Özmen E. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukluklar: Pratisyen doktor tanıları, verilen tedaviler, eğitimin etkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 1996; 7:176-184
- 84) Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Derg* 2000; 11:3-16
- 85) Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde distimik bozukluk. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:23-32.
- 86) Tot Ş, Yazıcı K, Metin Ö, Bal N. Hekimler, yardımcı sağlık personeli ve sağlık dışı çalışanların psikiyatri ve psikiyatrik bozukluğu olan kişilerle ilgili bilgi ve tutumları. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri (13-17 Haziran 2000), 2000, s.677-680, Edirne.
- 87) Yenilmez Ç, Ayrancı Ü, Kaptanoğlu C. Eskişehir ili birinci basamak sağlık kurumlarındaki hekimlerin psikiyatrik hizmet, tanı ve tedavilere karşı tutumları. *Türkiye’de Psikiyatri* 2002; 4:14-24.
- 88) Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde distimik bozukluk. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:23-32.
- 89) Kuşçu K. Temel sağlık hizmetlerinde depresyon tedavisi: Temel sağlık hizmetlerindeki hekimlerin alışkanlıklarının değerlendirilmesi. 8. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Tam Metin Kitabı (28-31 Mayıs 2001), 2001, s.203-205, Lefkoşa-KKTC.
- 90) Sözer Y, Ceyhun B, Göğüş AK, Sayıl I. İntihar olgusuna karşı hekimlerin tutumu: psikiyatristlerle diğer hekimler arasında karşılaştırmalı bir araştırma. 27. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi (6-9 Kasım 1991), 1991, s.29, Antalya
- 91) Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Tamar D, Boratav C, Aker T. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:5-12.
- 92) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı Sayfa 39

- 93) Attitudes of psychology students to depression and its treatment: Implications for clinical practice.
- 94) Botega N, Mann A, Blizard R, Wilson G. General practitioners and depression—first use of the depression attitude questionnaire. *Int J Methods Psychiatr Res.* 1992;2:169–80
- 95) Haddad M, Menchetti M, Walters P, Norton J, Tylee A, Mann A. Clinicians' attitudes to depression in Europe: a pooled analysis of depression attitude questionnaire findings. *Fam Pract.* 2012;29(2):121–30
- 96) Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the effective management of depression in general practice. *Aust NZ J Psychiatry.* 2004;38(10):795–803 ,
- 97) Ohtsuki T, Kodaka M, Sakai R, Ishikura F, Watanabe Y, Mann A, Haddad M, Yamada M, Inagaki M. Attitudes toward depression among Japanese non-psychiatric medical doctors: a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* 2012;5:441
- 98) James BO, Jenkins R, Lawani AO, Omoaregba JO. Depression in primary care: the knowledge, attitudes and practice of general practitioners in Benin City, Nigeria. *S Afr Fam Pract.* 2012;54(1):55–60
- 99) Haddad M, Menchetti M, Walters P, Norton J, Tylee A, Mann A. Clinicians' attitudes to depression in Europe: a pooled analysis of depression attitude questionnaire findings. *Fam Pract.* 2012;29(2):121–30
- 100) MORI Poll. Defeat depression campaign. London: MORI; 1992)
- 101) Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull.* 1981;7(2):225–40.
- 102) Scheerder G, Audenhove CV, Arensman E, Bernik B, Giupponi G, Horel AC, Maxwell M, Sisask M, Szekely A, Varnik A, Hegerl U. Community and health professionals' attitude toward depression: A pilot study in nine EADD countries. *Int J Soc Psychiatry.* 2010;57(4):387–401
- 103) Hirai, M. & Clum, G.A. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* (2000) 22: 221. doi:10.1023/A:1007548432472
- 104) Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Ayşegül Bilge, Olcay Çam
- 105) Baykul Y. Eğitimde ve psikolojide ölçme: Klasik test teorisi ve uygulaması, 2. Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2010.

- 106) Aksayan S,Gözüm S.(2002).Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması için Rehber I, Hem Ar-Ge Dergisi;4(1), 9-14.
- 107) Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005.
- 108) Eser E.(2004).Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültüre Uyarlanması 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, Emek Matb. 8-10 Nisan İzmir.
- 110) Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi, 4. Baskı, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2010
- 111) Ergin DY.(1995). Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik, MÜ Atatürk Eğitim Bilimleri Dergisi.;7:125-148
- 112) Erefe İ.(2002).Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Edit: Erefe İ, Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul.;169-188.
- 113) Gürsakal N. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Bursa: Uludağ Üni. Güçlendirme Vakfı; 2001.
- 114) Portney LG,Watkins MP.(1993).Foundations of Clinical Research. Application to Practice, Norwalk, Connecticut, Appleton Lange.;53-85,505-527.

EK-1: Etik Kurul Karar Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3069-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Revize Edilmiş Depresyon Tutum Anketi'nin Türkçe Dilindeki Geçerlik Güvenirlik Çalışması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Vildan MEVSİM Aile Hekimliği A.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/33-10	Tarih:29.12.2016
	Prof.Dr.Vildan MEVSİM'in sorumlusu olduğu "Revize Edilmiş Depresyon Tutum Anketi'nin Türkçe Dilindeki Geçerlik Güvenirlik Çalışması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ÇALIŞMA ESASI	ETİK KURUL BİLGİLERİ	
	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SERENİNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	

EK-2: Depresyon Tutum Ölçeği Kullanım İzni

Re: RESEARCH PERMISSION

Haddad, Mark <Mark.Haddad.1@city.ac.uk>

2.8.2016 (Sal) 02:03

Kime:mine tevrizoğlu <mine_tevrizoglu@hotmail.com>;

Dear Drs Mine, Vildan,

Yes, you are welcome to use the R-DAQ.

I am sure that all relevant details of this scale are available in the open access publication, but if anything is unclear, please do not hesitate to contact me.

There has been some interest in the R-DAQ since its publication: I have been contacted by researchers in Pakistan, the USA, Hong Kong, Malaysia, and Finland.. so there will be future opportunities for comparison of attitudes.

If you want assistance with the (forwards backwards) translation process, or with other parts of your study, please let me know - I am happy to assist and collaborate.

Best wishes, Mark

Dr Mark Haddad

Senior Lecturer in Mental Health & Senior Tutor for Research

Centre for Mental Health Research

School of Health Sciences

City University London

Northampton Square

London EC1V 0HB

Tel: +44(0)20 7040 5455 Fax: +44(0)20 7040 5811

From: mine tevrizoğlu <mine_tevrizoglu@hotmail.com>

Sent: Monday, August 1, 2016 12:28:14 PM

To: Haddad, Mark

Subject: RESEARCH PERMISSION

Dear Researcher,

We are working in Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine in Izmir in TURKEY. In our department we are doing researches on depression treatment in primary care. We want to research the attitudes of family doctors who is working in Izmir region . We want to use your "The Revised Depression Attitude Questionnaire" scale for evaluating the clinicians' views and understanding of depression. . First we planned to make Turkish adaptation of " The Revised Depression Attitude Questionnaire " scale and then use for the trial. So we want to get your permission for doing Turkish adaptation of " The Revised Depression Attitude Questionnaire " scale and use for our researchs.

Sincerely yours.

Prof. Dr. Vildan MEVSİM

MD, PhD Research

Team Leader

<https://outlook.office.com/owa/?path=/mail/AQMkADAwATZmYAZC1kOGEzLWY5MmMtMDACLTAwCgAuAAADIAGZ1kqWg06NYGL%2F2UQCV...>

14.12.2017

Posta - mine_tevrizoglu@hotmail.com

Resident Dr. Mine TEVRİZOĞLU

EK-3: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Kullanım İzni

aysegul bilge <aysegul.bilge@ege.edu.tr>

14.10.2016 (Cum) 01:43

Kime:mine tevrizoğlu <mine_tevrizoglu@hotmail.com>;

Sevgi Mine,

Tez çalışmanızda, ülkemizde geçen geçerli ve güvenilirliğini yaptığım "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği"ni kullanabilmersiniz.

Başarılar

Doç.Dr.Ayşegül BİLGE
Ege Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemsireliği Anabilim Dalı
35040 Bornova/İZMİR
Tel: 0232 3115533

Ayşegül
BİLGE,
Assoc.
Prof.
Ege University Faculty of Nursing
Mental Health Nursing Department
35040 Bornova/İZMİR
Work Tel: 0090232 3115533

Kimden: "mine tevrizoğlu" <mine_tevrizoglu@hotmail.com>

Kime: "aysegul bilge" <aysegul.bilge@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 13 Ekim Perşembe 2016 21:36:16

Konu: tez hakkında

İyi çalışmalar hocam,ben Dokuzeylül Aile Hekimliğinde Asistan olarak görev yapmaktayım .Tez çalışması olarak ingilterede geliş rilen bir anke n türkçe geçerlik güvenirliğini uygulamayı düşünüyoruz.bu çalışmamızda sizin ve bir öğrencinizin türkçe geçerliğini yap ığınız ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğini paralel test olarak kullanmak is yoruz.E k kurula verilmek üzere gerekli izninizi talep ediyoruz. Şimdiden teşekkürler.

Dr. Mine Tevrizoğlu:mine_tevrizoglu@hotmail.com



EK-4: Sosyodemografik veriler anketi

VERİ TOPLAMA FORMU

1.Cinsiyet

a. Kadın b. Erkek

2 .Yaşınız:

3.Mezuniyet Yılıınız :

4. Ünvanınız:

a. Pratisyen Hekim b. Uzman hekim

5.Depresyonla ilgili mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?

a. Evet b. Hayır

6. depresyon hastalarıyla ilgilenirken herhangi bir psikiyatrist / psikologdan bilimsel destek alıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

7.Antidepresan ilaç kullanıyor musunuz?

a.Evet b.Hayır

8.Ailenizde depresyon tanılı birey var mı?

a.Evet b.Hayır

9.Depresyon tanılı hasta tedavisi yapıyormusunuz?

a.Evet b.Hayır

10.Ayda ortalama kaç tane hastaya depresyon tanısı koyuyorsunuz ?.....

11.Ayda ortalama kaç depresyon hastası takip diyorsunuz?...

EK-5: R-DTÖ

REVİZE DEPRESYON TUTUM ÖLÇEĞİ

16 Depresyonu tanıma ve yönetme genellikle diğer sağlık sorunlarını yönetmenin önemli bir parçasıdır.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
17 Depresyonla gelen hastaların diğer hastalıklarıyla ilgilenirken kendimi rahat hissediyorum.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
18 Depresyonla başlanacak hastalıklar bakım için zaman harcamaya değerlidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
19 Depresyona girmek, yaşlanmanın doğal bir parçasıdır.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
20 Depresyona girmek, yaşlanmanın doğal bir parçasıdır.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
21 Depresyon hastalarına yardımcı olacak tedaviye yanıt veremeyen depresyon hastalarına yardım edilecek tedavi yoktur.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
22 Depresyon hastalarına yardım edilebilir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
5 Depresyonun başlıca nedenlerinden biri, öz disiplin ve irade yetersizliğidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
6 Depresyon tedavileri, mutsuzluğu medikalize eder.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
7 Hastalardaki depresyonu değerlendirmede kendime güveniyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
8 Depresyon gibi ruh hastalıkları göre fiziksel hastalıklarla ilgilenirken kendimi daha rahat hissediyorum.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
9 Depresyona girmek, yaşlanmanın doğal bir parçasıdır.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
10 Tüm sağlık çalışanları, depresyonu tanıma ve yönetme becerilerine sahip olmalıdır.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
11 Mesleğim, depresyon hastalarına yardımcı olmak için iyi bir konumdur.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
12 Depresyona girmek; dirayetsiz insanların, hayatın zorlukları ile başa çıkma yoludur.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
13 İnsan kendi canına kıymaya karar veriyse kimse onu durduramaz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
14 Depresyonu olan kişilerin; diyabet, KOAH veya artrit gibi diğer tıbbi durumlara benzer bakım gereksinimleri vardır.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
15 Benim mesleğimdekiler depresyon hastalarına yardımcı olmak için iyi eğitilmişlerdir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

EK-6: RHYİÖ**RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ**

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyup, kişisel görüşünüze en uygun olanı işaretleyiniz.	Tamamen katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						

EK-7: R-DTÖ (13 Maddeli)**REVİZE EDİLMİŞ DEPRESYON TUTUM ÖLÇEĞİ**

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyup, kişisel görüşünüze en uygun olanı işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Depresif hastaların gereksinimleriyle ilgilenirken kendimi rahat hissedirim.					
2	Depresyonun başlıca nedenlerinden biri, öz disiplin ve irade yetersizliğidir.					
3	Depresyon tedavileri, mutsuzluğu medikolize eder.					
4	Hastalardaki depresyonu değerlendirmede kendime güveniyorum					
5	Tüm sağlık çalışanları, depresyonu tanıma ve yönetme becerilerine sahip olmalıdır.					
6	Mesleğim, depresyon hastalarına yardımcı olmak için iyi bir konumdadır.					
7	Depresyona girmek; dirayetsiz insanların, hayatın zorlukları ile başa çıkma yoludur.					
8	Depresyonu olan kişilerin; diyabet, KOAH veya artrit gibi diğer tıbbi durumlara benzer bakım gereksinimleri vardır.					
9	Benim mesleğimdekiler depresyon hastalarına yardımcı olmak için iyi eğitilmişlerdir.					
10	Depresyonla gelen hastaların intihar risklerini değerlendirmekte kendime güveniyorum.					
11	Depresyon hastalarına bakmak için zaman harcamaya değer.					
12	Depresyona girmek, ergenliğin doğal bir parçasıdır.					
13	Herkes depresyona girebilir.					