

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK VE EĞİTİM MERKEZLERİNE
BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN PSİKOPATOLOJİ ALGILARININ
VE PSİKOPATOLOJİYİ TANIMA DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YILDIZ BİBER

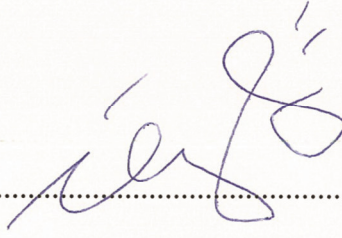
101106104

Danışman Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Esin Uzun Oğuz

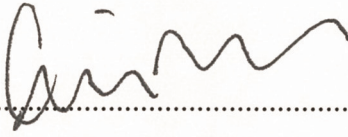
İstanbul, Eylül 2012

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

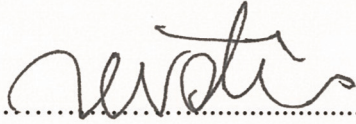
02.11.2012 tarihinde tezinin savunmasını yapan Yıldız BİBER'e ait "Psikolojik Danışmanlık ve Eğitim Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerin Psikopatoloji Algularının ve Psikopatolojiyi Tanıma Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji (Klinik Psikoloji) Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak **Oy Birliği/Oy Çokluğuyla** Kabul Edilmiştir.



Doç. Dr. İlyas GÖZ
(Başkan)
(Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Esin UZUN OĞUZ
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Sevda NUMANBAYRAKTAROĞLU
(Üye)

TEŞEKKÜR

Bu tez, yoğun bir çalışmanın ve gönülden verdikleri destekleri hiçbir aşamada esirgemeyen birçok kişinin katkıları sonucunda oluşmuştur.

Öncelikle çocukları olmaktan mutluluk ve gurur duyduğum sevgili annem ve babam, Safiye ve Sabri Biber'e yaşamım boyunca hep yanımda oldukları için sonsuz teşekkürler. Yoğun ve sıkıntılı dönemimde her türlü desteklerini sonuna kadar esirgmeden sunan canım kardeşlerim Candaş'a ve ablalarım Deniz ve Pınar'a da çok teşekkür ederim.

Ayrıca, verdiği destek için tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Esin Uzun Oğuz'a teşekkürlerimi sunarım. Tez jürimde yer alan ve tezimin son haline gelmesinde önemli akademik katkılar sunan Doç. Dr. İlyas Göz ve Yrd. Doç. Dr. Sevda Numanbayraktaroğlu'na verdikleri tüm destekler için teşekkür ederim.

Çalışmam boyunca tezime dair sevinçleri, yorgunlukları ve endişelerimi paylaştığım, yıllardır dostluğuyla ve tüm içtenliği ile yanımda olan sevgili dostum Fatma Zengin'e sonsuz teşekkür ederim. Uzaklarda da olsa hep yanımda olduğunu hissettiğim tüm sevgisiyle beni sarıp sarmalayan, biricik dostum Zeynep Yıldırıcı'ya çok teşekkür ederim. Bu zorlu süreçte kendi sıkıntılarını bir kenara bırakıp sabırla beni destekleyen güzel dostlarım Hilal Adak, Yusuf Çalık, Özge Soysal'a çok teşekkür ederim. Güzel dostlarım Emine, Özgür, Sedat, İhsan, Seçkin, İbrahim, Ümit hepimize çok teşekkürler iyi ki varsınız. Tezin tüm teknik işlerinde çokça desteğini hissettiğim Karika ekibinden Ali ve Süleyman'a, Hüseyin Dayı'ya, Muammer ve Altan Abi'ye ve Medine Abla'ya çok teşekkür ederim.

Verdiği destek ve cesaret ile yüksek lisans yapmam için beni yüreklendiren güzel arkadaşım Nükhet Onbaşılı'ya ve yoğun çalışma döneminde bana sabır gösterip desteklerini hiç esirgemeyen güzel arkadaşlarım Aslı, Seda, Necla'ya çok teşekkür ederim. Araştırma sürecinde yoğun çalışma tempolarında bile bana destek olan Nimet, Ayşenur, Hatice, Esra, Seda ve adını sayamadığım bütün psikolog arkadaşlarıma ve KSM çalışanlarına çok teşekkür ederim.

Yorucu tez çalışması temposu içinde aniden hayatıma giriveren Forrest'a, sonsuz sevgisini ve uysal patilerini benden esirgemediği için teşekkürler. Umutsuz olduğum bir anda, dünyaya gelme mücadelesinden ve gülücüklerinden güç aldığım Ayşe Bebek'e çok teşekkür ederim.

Bu zorlu tez sürecinde, sıcacık yüreği ve güzel bakan gözleriyle beni sarıp sarmalayan, dinginleştiren ve en çetrefil hallerime katlanmak zorunda kalan İlyas'a çok teşekkür ederim.

Son olarak bu tez çalışması kapsamında yer alan araştırmalara katılımlarıyla gönülden destek veren bu tez çalışmasının asıl sahipleri olan tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi

ÖZET

Bu çalışmada, psikolojik danışmanlık ve eğitim merkezlerine başvuran yetişkinlerin psikopatolojiye ilişkin algılarının, psikopatoloji olan ve olmayan durumları ruh sağlığı okuryazarlığı açısından tanıma düzeylerinin ve yardım arama davranışlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan dokuz durum DSM-IV'e göre belirlenmiş ve buna göre doğru yanıtlanma düzeyleri de analiz edilmiştir. Katılımcıların kendi psikopatoloji düzeylerinin ve psikoterapi/psikiyatrik destek geçmişlerinin, psikopatolojiyi tanıma ve doğru yanıtlanma düzeyine olan etkisi de incelenmiştir.

Bu çalışmada birbirini takip eden biri niteliksel diğeri niceliksel iki ayrı araştırma gerçekleştirilmiştir. Örneklem gruplarını İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı Sultanbeyli, Ümraniye, Kartal, Gaziosmanpaşa' da bulunan Kadın Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yetişkinler ile Tuzla, Ataşehir, Maltepe ilçelerinde ikamet eden yetişkinler oluşturmaktadır. Niteliksel araştırma 38, niceliksel araştırma ise 242 kişi ile yapılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen dokuz durum, DSM-IV'e göre psikopatoloji olan Depresyon, YAB, Doğum Sonrası Depresyon, OKB, TSSB, Alkol Bağımlılığı/Kötüye Kullanımı ile DSM-IV'e göre psikopatoloji olmayan Masturbasyon, Eşcinsellik ve Yas Dönemidir. Niteliksel araştırma, odak grup görüşmeleri tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Odak grup çalışmasından elde edilen veriler içerik analizi yapılarak değerlendirilmiş, değerlendirme sonucunda vinyetler hazırlanmıştır. Niceliksel araştırmada, vinyetlerle birlikte Sosyodemografik Bilgi formu, SCL-90 Genel Belirti Tarama Listesi ve Bem Cinsiyet Rollerini Envanteri uygulanmıştır.

Niceliksel araştırmanın istatistiksel değerlendirmesi 'SPSS 17.0 for Windows' programı ile yapılmış ve yorumlanmıştır.

Araştırmanın ana sonuçları olarak, Mastürbasyon ve Eşcinsellik durumlarının psikopatoloji olarak algılanması, önerilen yardım arama davranışlarında psikoterapi desteğinin ilk sırada olması bulunmuştur. Diğer önemli bulgular tartışma bölümünde ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: psikopatoloji, psikopatoloji algısı, ruh sağlığı okuryazarlığı, DSM-IV, depresyon, YAB, doğum sonrası depresyon, OKB, TSSB, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, eşcinsellik, mastürbasyon, yas dönemi, yardım arama davranışı

ABSTRACT

In this study it is aimed to assess the perceptions of psychopathology, recognition level of psychopathological and non-psychopathological situations in terms of mental health literacy and related help-seeking behaviors of adults who applied to the psychological counseling and training centers. The nine different situations included in the study and the correctness of the answers determined according to DSM-IV criteria were also analyzed. Additionally, the effect of participants' own psychopathology level and the history of having a psychotherapeutic/psychiatric help on the recognition of psychopathology and the level of their correctness were also assessed.

Two subsequent qualitative and quantitative researches were implemented in this study. Sampling groups comprise the adult applicants of Women and Family Health Centers under the Istanbul Metropolitan Municipality in Sultanbeyli, Ümraniye, Kartal, Gaziosmanpaşa and the adults who reside in Tuzla, Ataşehir, Maltepe. The qualitative research was applied to participants, and the quantitative research was applied to 242 participants.

The nine situations included in this study were Depression, GAD, Postpartum depression, OCD, PTSD, Alcohol dependency/abuse that are accepted as psychopathology by DSM-IV and Masturbation, Homosexuality and Bereavement that are not accepted as psychopathology by DSM-IV. The qualitative research was realized through focus group interview technique. The content analysis of the results gathered from the qualitative research was assessed and 17 vignettes were

prepared accordingly. In the quantitative research in addition to vignettes, socio-demographic questionnaire, SCL-90 Symptoms Checklist, and Bem Gender Roles Inventory were implemented. The statistical evaluation of the quantitative research was evaluated and interpreted with 'SPSS 17.0 for Windows'.

The main results of the study were that Masturbation and Homosexuality were perceived as psychopathology and the psychotherapeutic/psychiatric help was the first option among the help-seeking behaviors. The other important findings were considered in the discussion.

Key Words: psychopathology, perception of psychopathology, mental health literacy, DSM-IV, depression, GAD, postpartum depression, OCD, PTSD, alcohol abuse/dependency, masturbation, homosexuality, bereavement, help-seeking behavior

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
1.GİRİŞ	1
1.1. Psikopatoloji Kavramı	5
1.1.1. Tarihsel Süreçte Psikopatoloji ve Algısı	4
1.1.2. Günümüzde Psikopatoloji ve Algısı	9
1.1.2.1. Psikopatolojinin Sınıflandırılması	9
1.1.2.2. Psikopatolojinin Yaygınlığı	10
1.1.2.3. Psikopatoloji Algısı ve Tutumları ile ilgili Araştırmalar	14
1.2. Psikopatoloji Algısında Yeni Bir Kavram: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	17
1.2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Yardım Arama Davranışları	21
1.3. Araştırma Kapsamına Alınan Durumların Tanımları ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Bilgisi	24
1.3.1. Psikopatoloji Olarak Sınıflandırılan Durumlar	24
1.3.1.1. Depresyon	24
1.3.1.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)	29
1.3.1.3. Doğum Sonrası Depresyon (DSD)	31
1.3.1.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	33
1.3.1.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)	35
1.3.1.6. Alkol Kötüye Kullanımı / Bağımlılığı	37
1.3.2. Klinik Açısından Psikopatoloji Olarak Tanımlanmayan Durumlar ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı açısından Algılanma Biçimleri	39
1.3.2.1. Yas Dönemi	39
1.3.2.2. Mastürbasyon	40
1.3.2.3. Eşcinsellik	42
1.3.3. Araştırma Kapsamına Alınan Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile İlişkili Psikososyal Değişkenler	45
1.3.3.1. Toplumsal Cinsiyet Roller	45

1.3.3.2. Yerleşim özellikleri	47
1.3.3.3. Dini Tutum	50
1.3.3.4. Yaşam Kültürü ile İlgili Özellikler	52
1.3.3.5. Kişisel Psikopatoloji Düzeyi ve Yardım Geçmişi	53
1.4. Araştırmanın Amacı	55
1.5. Araştırmanın Önemi	57
2. YÖNTEM	59
2.1. Örneklem	59
2.1.1. Niteliksel Araştırmanın Örnekleme	60
2.1.2. Niceliksel Araştırma Örnekleme	61
2.2. Veri Toplama Araçları	63
2.2.1. Odak Grup Görüşmesi	64
2.2.2. Sosyo Demografik Bilgi Formu	65
2.2.3. SCL-90 Sorun Tarama Listesi	65
2.2.4. BEM Cinsiyet Rollerini Envanteri (BCRE)	66
2.2.5. Vinyetler	66
2.3. İşlem	67
2.3.1. Odak Grup Görüşmeleri	67
2.3.2. Vinyetlerin Oluşturulması	70
2.3.3. Araştırma Anket Formlarının Uygulanması	72
2.4. Verilerin Analizi	72
3. BULGULAR	74
3.1. Odak Grup Araştırmasına Ait Bulgular	74
3.2. Niceliksel Araştırma Bulguları	83
3.2.1. Psikososyal Değişkenler	83
3.2.1.1. Toplumsal Cinsiyet Rollerini	83
3.2.1.2. Yerleşim özellikleri	84
3.2.1.3. Dini Tutumlar ile İlgili Özellikler	86
3.2.1.4. Yaşam Kültürü ile İlgili Özellikler	88
3.2.1.5. Psikolojik ve Psikiyatrik Destek Geçmişi	90
3.2.1.6. Katılımcıların Psikopatoloji Düzeyi	91
3.2.2. Psikopatolojiyi Tanıma	92
3.2.2.1. Psikopatolojiyi Tanıma Yüzdeleri	93
3.2.2.2. Yanıtların DSM-IV'e Göre Doğruluk Oranları	94
3.2.2.3. Tedavi Edilebilirlik ile İlgili Yanıtlar	96
3.2.2.4. Yardım Arama Davranışları	98
3.2.3. Psikopatolojiyi Tanıma ile Sosyodemografik ve Psikososyal Değişkenler Arası İlişkiler	100

3.2.3.1. Psikopatolojiyi Tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtla ma ile Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler	101
3.2.3.2. Psikopatolojiyi Tanıma ile Psikososyal Özellikler Arasındaki İlişkiler	106
3.2.4. Psikopatoloji Düzeyi ile Psikopatolojiyi Tanıma Arasındaki İlişkiler (Anova Analizleri)	112
3.2.4.1. Depresyon Yaşayan Erkek Vinyeti ile SCL -90 Alt Ölçekleri	113
3.2.4.2. Mastürbasyon Vinyetleri ile SCL- 90 Alt Ölçekleri	114
3.2.4.3. SCL-90 Genel Belirti Düzeyi Alt ölçeği ile Psikopatolojiyi Tanıma Arasında Farklılaşma Olan ANOVA analizleri	114
3.2.5. Psikopatoloji Düzeyi ve DSM-IV'e göre Doğruluk Oranı (Anova Analizleri)	117
3.2.5.1. Depresyonun DSM-IV'e göre Doğruluk Oranı ve SCL-90	117
3.2.5.2. Mastürbasyonun DSM-IV'e göre Doğruluk Oranı ve SCL-90	119
3.2.6. Psikopatoloji Düzeyi ile Sosyodemografik ve Psikososyal Değişkenler (Anova Analizleri)	122
3.2.6.1. Psikopatoloji Düzeyi ve Sosyodemografik Değişkenler	122
3.2.6.2. Psikopatoloji Düzeyi ve Psikopatolojik Değişkenler	122
4. TARTIŞMA	124
4.1. Ruh sağlığı ve Psikopatoloji Kavramlarının Tanımlanmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	125
4.2. Psikopatolojiyi Tanıma, DSM-IV'e göre Doğru Yanıtla ma ve Yardım Arama Davranışları ile ilgili Bulguların Tartışılması	128
4.3. Psikopatoloji Düzeyi ve Terapi/Psikiyatrik Destek Geçmişi ile ilgili Bulguların Tartışılması	139
4.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyiyle İlişkili Olabilecek Sosyodemografik ve Psikososyal Değişkenlerin Tartışılması	142
4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler	150
KAYNAKLAR	155
EKLER	171
ÖZGEÇMİŞ	197

KISALTMALAR

DSM-IV-TR: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Text-Revised Edition / Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

ICD-10: International Classification of Diseases/ Hastalıkların Uluslar arası Sınıflandırması

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

DSD: Doğum Sonrası Depresyon

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

ECA: The Epidemiological Catchmen Area/Ulusal Epidemiyolojik Alan Araştırması

TABLolar LİSTESİ

- Tablo 2.1.** Odak Grupların Sosyodemografik Özellikleri
- Tablo 2.2.** Niceliksel Araştırmaya Ait Sosyodemografik Özellikler
- Tablo 2.3.** Odak Grup Görüşmeleri
- Tablo 3.1.** Odak Grup Görüşme Bulguları: Psikopatoloji ve Psikolojik Sağlık İçin Kullanılan İfadeler
- Tablo 3.2.** Vinyetlerin Cinsiyetine Yönelik Algılar
- Tablo 3.3.** Odak Grup Çalışması: Vinyetlerde Yer Alan Durumlara Ait Tanım / Belirti ve Tutumlar
- Tablo 3.4.** Odak Grup Çalışması: Vinyetlerde Yer Alan Durumlara Dair Nedensel Atıflar
- Tablo 3.5.** Odak Grup Çalışması: Psikopatoloji İle İlgili İfadeler
- Tablo 3.6.** Odak Grup Çalışması: Yardım Arama Davranışları İle İlgili İfadeler
- Tablo 3.7.** Bem Cinsiyet Rollerı Envanterı Puanları
- Tablo 3.8.** Yerleşim Özellikleri
- Tablo 3.9.** Dini Tutumlar ile İlgili Özellikler
- Tablo 3.10.** Yaşam Kültürü ile İlgili Özellikler
- Tablo 3.11.** Psikoterapi ve Psikiyatrik Destek Geçmişı
- Tablo. 3.12.** SCL-90 Testinden Alınan Puanların Ortalamaları
- Tablo.3.13.** Vinyetlerin Psikopatoloji Olarak Tanınma Yüzdeleri
- Tablo 3.14.** DSM-IV Kriterlerine Göre Vinyetlere Verilen Yanıtlar

- Tablo 3.15.** Vinyetleri Patoloji Olarak Tanımlayanlarda Tedavi Edilebilir/Edilemez Deme Yüzdeleri
- Tablo 3.17.** Vinyetlerde Seçilen Çözüm Önerilerinin Yüzdesi
- Tablo 3.18.** Cinsiyet ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.19.** Medeni Durum ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.20.** Eğitim Düzeyi ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.21.** Gelir Düzeyi ile Psikopatoloji Olarak Tanıma Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.22.** Gelir Düzeyi Algısı ile Psikopatoloji Olarak Tanıma Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.23.** Cinsiyet Rollerini ile Psikopatoloji Olarak Tanıma Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.24.** Dini Tutum ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.25.** Kitap Okuma ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.26.** Gazete Okuma ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.27.** İnternet Kullanımı ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.28.** Yemek Dışarı Çıkma ile DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.29.** Psikoterapi Desteği ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

- Tablo 3.30.** Psikiyatrik Destek ile Psikopatoloji Olarak Tanıma Ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler
- Tablo 3.31.** Depresyon Erkek Vinyeti ve SCL-90 Alt Ölçekler Anova Sonuçları
- Tablo 3.32.** SCL-90 Genel Belirti Düzeyi ile Depresyon Erkek Vinyetini Psikopatoloji Olarak Tanıma
- Tablo 3.33.** SCL-90 Genel Belirti Düzeyi Alt Ölçeği ile Mastürbasyon Bekar Kadın Vinyetini Psikopatoloji Olarak Tanıma
- Tablo 3.34.** SCL-90 Genel Belirti Düzeyi Alt Ölçeği ile Mastürbasyon Evli Erkek Vinyetini Psikopatoloji Olarak Tanıma
- Tablo 3.35.** SCL-90 Genel Belirti Düzeyi Alt Ölçeği ile Mastürbasyon Evli Kadın Vinyetini Psikopatoloji Olarak Tanıma
- Tablo 3.36.** Depresyon (Erkek) Vinyetinde DSM-IV'e Doğruluk Oranı İle SCL-90
- Tablo 3.37.** Mastürbasyon Evli Kadın Vinyetinde DSM-IV'e Doğruluk Oranı İle Scl-90
- Tablo 3.38.** Mastürbasyon Evli Erkek Vinyetinde DSM-IV'e Doğruluk Oranı İle SCL-90
- Tablo 3.39.** Mastürbasyon Bekar Erkek Vinyetinde DSM-IV'e Doğruluk Oranı İle SCL-90 Anova Sonuçları

BÖLÜM I

GİRİŞ

İnsanlığın var oluşu kadar eski olan ruh sağlığı kavramı, günümüzdeki bilimsel tanımlarına ulaşıncaya kadar ilk çağlardan bugüne, içinde yaşanılan sosyal ortam, toplumsal değerler, tarihsel olaylar, düşünsel ve bilimsel gelişmelerden etkilenmiştir. Yarım yüzyıldır daha çok medikal modellerle açıklanmaya ve bilimsel tanımlarına ulaşılmaya çalışılan ruh sağlığı kavramı, birey odaklı terapi ve diğer sağaltım türlerinin geliştirilmesinden, ulusal ruh sağlığı politikalarının belirlenmesine kadar geniş bir alanda bir çok farklı disiplinin çalıştığı bir alan haline gelmiştir. Dünyada ve son yıllarda Türkiye’de, bu çalışmaların da katkısıyla ruh sağlığı alanında sorun yaşayan kişiyi ve haklarını merkeze alan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine yönelik sağlık politikaları üretilmeye çalışılmaktadır (Jorm, 2000; Zengin- Dağıdır, 2010).

Ruh sağlığı kavramına, birey, aile ve toplum üçgeninde bakıldığında, sorun yaşayan kişinin kendi psikopatolojisi hakkında bilgi sahibi olması, uygun yardım kaynaklarına ulaşması, ailenin yaşayabileceği olası maddi ve manevi zararların önüne geçilmesi, ailenin gerekli destekleri alabilmesi, toplumun ruh sağlığı ile ilgili değerleri, inanışları, bilgi düzeyi, damgalama, dışlama, ayrımcılık gibi önemli konuların öne çıktığı görülmektedir (Eker,1991; Jorm, 1997).

İlk olarak Jorm (1996) tarafından tanımlanmış olan ‘ruh sağlığı okuryazarlığı’ kavramı birey, aile ve toplum bağlamında psikopatolojinin tanımlanmasını ve

önlenmesini içeren ruhsal bozukluklar ile ilgili bilgi ve inançları ifade etmektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığının başlıca çalışma konuları, belirli psikopatolojilerin ya da psikolojik sıkıntılarının farklı görünüş şekillerinin tanınması, psikopatolojinin risk faktörleri ve sebepleri, kendi kendine yardım ile ilgili bilgi ve inançların belirlenmesi, ruhsal bozukluğu tanımayı ve uygun yardım arama davranışlarına ulaşmayı kolaylaştıran tutumların belirlenmesidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ruh sağlığı tarama anketine göre, gelişmiş ülkelerde psikopatoloji oranları %54'lere ulaşırken, yardım servislerinin yeterli düzeyde olmadığı, profesyonel yardıma yönelme düzeyinin düşük olduğu az gelişmiş ülkelerde bu oran %85'lere çıkmaktadır (Demyttenaere ve ark., 2004). Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin genel olarak toplum içinde artmasının, erken tanılama ve uygun müdahalelerin kullanılmasında kolaylaştırıcı bir etkisi vardır (Jorm ve ark., 2005).

Gelişmekte olan bir ülke olan Türkiye için de, ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı, psikopatolojinin tanınması ve önlenmesi için, koruyucu ruh sağlığı kapsamında yer alan her türlü eğitim ve hizmetin planlanıp hayata geçirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Ancak, Türkiye'de yeni bir kavram olan ruh sağlığı okuryazarlığı ile çok az sayıda araştırma olduğu görülmüştür. Tez kapsamında Türkiye'de 'halkın psikopatolojiyi tanıma düzeyi ve yardım arama davranışları' ile ilgili genel bir görünümünü yakalamaya çalışan bu tez çalışması ruh sağlığı okuryazarlığı kavramını gündeme getirmesi açısından da önemlidir.

Bu tez çalışmasında, psikolojik danışmanlık ve eğitim merkezine gelen yetişkinlerin psikopatolojiye ilişkin algılarının, ruh sağlığı okuryazarlığı açısından psikopatolojiyi tanıma düzeylerinin ve yardım arama davranışlarının neler olduğu sorularına yanıt aranmıştır. İki aşamalı bir araştırma deseni içerisinde belirli örneklem grupları ile gerçekleştirilen niteliksel ve niceliksel araştırmalarda

katılımcıların, yaygın görülen psikopatoloji türlerini ve psikopatoloji olmadığı halde böyle algılanabilen bazı durumları (Depresyon, YAB, doğum sonrası depresyon, OKB, TSSB, alkol kötüye kullanımı bağımlılığı/ ile DSM-IV'e göre psikopatoloji olmayan mastürbasyon, eşcinsellik ve yas dönemi) tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlanma düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu bölümde, psikopatoloji kavramı, tarihsel süreçte ve günümüzde psikopatoloji algısı, psikopatoloji algısında yeni bir kavram olarak ruh sağlığı okuryazarlığı ve yardım arama davranışları, araştırma kapsamına alınan durumların tanımları ve ruh sağlığı okuryazarlığı bilgisi ile ilgili literatür bilgisine yer verilmiştir.

1.1. Psikopatoloji Kavramı

Psikolojinin ruhsal bozuklukları inceleyen dalı olarak tanımlanabilen psikopatoloji kavramı, bir ruhsal bozukluğun durumu ve seyri olarak tanımlanabileceği gibi aynı zamanda ruhsal bozuklukla birlikte normal ve etkili davranış yapısından anormal bir sapma olarak da tanımlanabilmektedir (Budak, 2003; Öztürk, 2004).

Tıbbın tarihsel gelişimi içinde yakın tarihlere kadar patolojiye odaklanan biyomedikal bir model hakim olmuş, psikososyal etkenler yeni yeni araştırılmaya başlanmıştır. Öztürk (2004), insanı "normal ve anormal davranışlarıyla biyopsikosozyal bir varlık" olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle psikopatolojinin biyolojik, psikolojik, sosyal pek çok farklı tanımı olabilmektedir. Biyopsikosozyal modelin merkeze alınarak, sağlık-denge durumunun stres ve yatkınlık faktörleri ile bozulmasına dayalı, insanın hem nörobiyolojik hem de psikososyal özelliklerini dikkate alan bir psikopatoloji tanımı yapılması önemlidir (Blaney ve Millon,2009; Öztürk, 2004).

Burada önemli tartışma konularından biri normal ve anormal davranışın tanımı olmaktadır. 20. yüzyılda gelişen psikoloji biliminin alt dallarından biri olan ve psikopatolojinin nedenlerini araştıran anormal psikolojisinde, normal ve anormal davranışın kesin tanımları yapılmamakta, bir davranışın anormal olması için, uyumsuz ve önemli bir rahatsızlığa yol açmasının gerekliliğinin altı çizilmektedir (Range, 2005). DSM-IV içinde genel olarak davranışlar, bir eksiklik, yetersizlik, mantıkdışılık, kişisel sıkıntı, sosyal normların ihlali ve işlevsizlik ile bağlantılı ise anormal olarak görülmektedir. Psikopatoloji tanısı için bu davranışlardan belli sayıda, belli sürede görülmesi ve kişinin çevresel özelliklerinin dikkate alınması vurgulanmaktadır (APA, 2005).

Antropoloji çalışmaları da, herhangi bir kültürde normal davranışı belirleyen ölçütlerin yine o kültür tarafından belirlendiğini, anormalliğin bireyin toplumca kabul görmeyen kişilik özellikleri geliştirmesiyle ilgili olduğunu vurgulamaktadır. Ancak, belli başlı akıl hastalıklarının evrensel olduğunu gösteren tıbbi modele dayalı çalışmalar durumu karmaşıklaştırmaktadır (Haviland, Prins, Walrath ve McBride, 2008). İçinde yaşanılan toplumun dinamik yapısı, sosyal normların zaman içerisinde değişebiliyor olması, sosyal normların sübjektifliğini gündeme getirir Halkın psikopatoloji algısı, psikolojik etkenlere, içinde bulunulan toplumsal yapıya, tarihsel döneme, bilginin üretimine ve dağıtımına göre şekillenmektedir (Maddux ve Winstead, 2012).

1.1.1.Tarihsel Süreçte Psikopatoloji ve Algısı

Psikopatoloji algısının geçmişten bugüne seyrine bakıldığında, psikopatolojiye yönelik tanım, algı ve tutumların çağlar boyunca sosyal, kültürel ve ekonomik değişimlerin etkisiyle şekillendiği görülmektedir.

İlk çağlarda doğaüstü zararlı ruhlar ya da güçlerin sebep olduğuna inanılan hastalıklar, çeşitli büyüler, ayinler ya da törenlerle ortadan kaldırılmaya çalışılıyordu. Doğaüstü güçlerin tanrısallaştırıldığı bu dönemde, hastalıkların iyileştirilmesi için büyüsel çarelere başvuruluyordu (Babaoğlu, 2002; Köknel,1998).

Eski Mısır ve Yunan uygarlığının yaşadığı eski çağlarda ise, hastalıklar ile ilgili olarak neden-sonuç ilişkileri kurulmaya başlanmıştır. Bu dönemlerde 'delilik', işlenen günahlar için bir cezalandırma biçimi olarak algılanıyordu. Hastanın tanrıya karşı işlediği günahlar için bağışlanmayı istemesi bir iyileşme yolu olarak görülüyordu. Yunan düşünürlerinden Thales (M.Ö.625-547), psikopatolojinin insanların doğuştan getirdiği durumlar olduğuna vurgu yapmıştır. Pythagoras (M.Ö.580-500), ruhsal rahatsızlıkların kaynağı olarak beyni gören ilk düşünür olarak ruhsal yaşamın, birbirine zıt olan durumlar arasındaki uyumu yansıttığını, temel uyum süreçleri arasındaki dengesizliğin ise ruhsal sıkıntılara, rahatsızlıklara yol açtığını düşünmüştür (Davison ve Neale, 2004; Babaoğlu, 2002; Millon, 2009).

Milattan önce 5. yüzyılda modern tıbbın kurucusu Hipokrat (M.Ö. 460-400) ise tıbbı, din, büyü ve batıl inançlardan ayırarak psikopatolojinin tanrının gönderdiği cezalar olduğunu öne süren yaygın inancı reddetmiştir. Bu inanışın yerine bu tür hastalıkların doğal nedenlerinin bulunduğunu ve bu sebeple diğer fiziksel hastalıklarla aynı şekilde ele alınması gerektiğini ortaya koymuştur. Hipokrat, bedende yanlış giden bir şeylerin düşünce ve hareketleri bozabileceği anlamına gelen 'somatenez'in ilk savunucularından biri olarak insan davranışının belirgin olarak bedensel maddelerden ve yapılardan etkilendiğini, anormal davranışların bir tür dengesizlikten ya da hasardan ortaya çıktığını savunduğu hipotezi ile daha sonraki 7 yüzyılı etkilemiştir (Atabek ve Görkey,1998; Davison & Neale,2004; Samuk, 2002).

Milattan sonra 2. yüzyıldan sonraki dönem anormal davranışın incelenmesi ve tedavisi için karanlık çağların başladığı dönemdir. Ortaçağ'da kilisenin kamu hayatında etkinlik kazanması ile birlikte Hıristiyan manastırları psikopatolojinin tedavisini üstlenmişlerdir. (Plante, 2005; Samuk, 2002). Bu dönemde, ilk çağlardaki büyüsel düşünme şekli tekrar gündeme gelmiştir. Ruhsal bozukluklar, tanrının inkar edilmesi ve ona karşı gelinmesi olarak görülen 'büyücülük' şeklinde algılanmıştır. Büyücülüğün şeytan tarafından teşvik edilen bir durum olduğu düşüncesinden dolayı büyücü olarak görülen insanlar çeşitli işkencelerden geçirilerek sorgulanmışlar ve çoğu zaman infaz edilmişlerdir (Geçtan, 2004; Öztürk, 2004). Ortaçağ'ın sonlarında ruh hastalarının büyücü olarak kabul edildiği görüşü yaygın görüştür. Dönemin kayıtları incelendiğinde, büyücü olarak kabul edilen bu kişilerin sanrı ve varsanıları olduğu, bazılarının psikotik belirtilere sahip olduğu bildirilmiştir (Plante, 2005).

Ortaçağ Avrupası'nda psikopatolojinin tedavi sürecinde yetki sahibi olan kilise yönetimi ruh hastalarını zindan vb. yerlerde tutarken, 13. yüzyılda güç kazanan belediyeler, kilisenin hastaların bakımıyla ilgili olan görevlerini devralmaya başlamıştır. Bu dönemde hastanenin yetkileri arttırılmış, hastanelerde 'delilerin akılları yerine gelene kadar güvenlik altında tutulmaları' gerektiği ile ilgili kurallar oluşturmuşlardır (Babaoğlu, 2002; Geçtan, 2004). 16. yüzyıla kadar hastalar, 'kaçıklar' için ayrılmış kapalı tutma yerlerinde ya da tımarhanelere hapsedilip çalıştırılırken, sonrasındakurulan akıl hastanelerinde tutulmaya başlamışlardır. O dönemde akıl hastalarının turizm için de bir kaynak oluşturduğu, akıl hastalarını seyretmek için hastanelere geziler düzenlendiği bildirilmiştir (Foucault, 1992; Özbek, 1971; Plante, 2005).

Tarihsel süreçte ruh hastalıklarına bakışı radikal bir şekilde değiştiren kişi Fransız psikiyatır Philippe Pinel (1745-1826) olmuştur. Pinel, Fransız Devriminin etkilerinin devam ettiği Aydınlanma Dönemi'nde ruh hastalarını, şefkat ve anlayışla yaklaşılması ve birey olarak onurlarıyla tedavi edilmeleri gereken, özünde normal

insanlar olarak tanımlamış, bu hastaların kişisel ve toplumsal sorunlar yüzünden delirdiğini, rahatlatıcı tavsiyeler ve amaçlı faaliyetler ile düzeltilebileceklerini savunmuştur (Özbek,1971; Plante, 2005). Pinel'in ruhsal bozukluklar ile ilgili bu insancıl yaklaşımı, Avrupa'nın diğer ülkeleri ve Amerika'da da ruh hastalarının kendilerine uygun hastane ortamında rehabilite edilmeleri ile uygulamaları arttırmıştır (Geçtan, 2004; Plante, 2005).

Ruhsal hastalıkların kökeni olarak somatejenik nedenlerin arayışı özellikle 19. yüzyıl boyunca devam etmiştir. 19. yüzyılda psikopatolojinin nedenleri arasında biyolojik/fizyolojik sebepler önem kazanmıştır. Emil Kraepelin (1826-1926), bu dönemde, organik doğasına göre ruhsal bozuklukları sınıflandırdığı bir tanılama sistemi oluşturmuştur. Böylelikle Kraepelin, her ruhsal hastalığın bir diğerinden farklı olduğunu, kendi başlangıcı, gidişi ve bir sonucu olduğunu, altta yatan bir fiziksel nedeni düşündürecek düzeyde bir arada görülen belirtiler topluluğu olarak tanımladığı 'sendrom' kavramı ile ruhsal bozukluklar arasında bir ayırım yapılabileceğini vurgulamıştır. Kraepelin'in sınıflandırma sistemi günümüzde kullanılmakta olan tanısallık kategoriler için de önemli bir temel oluşturmuştur (Özbek,1971; Plante, 2005; Samuk, 2002).

20. yüzyıla gelindiğinde ise ilk olarak ünlü Fransız nörolog Charcot ruhsal bozuklukların nedenleri arasında psikolojik süreçlerin yer alabileceğine vurgu yapmıştır. Freud ise, psikopatolojinin günlük yaşamda karşılaşılan engeller ve bu engellere uyum süreçleri ya da çocukluk çağındaki ilişkiler ile açıklanabileceğini savunarak psikopatolojinin nedenlerinin biyolojik olmayacağı yönündeki fikirlerin toplumda yaygınlaşmasını sağlamıştır (Geçtan,2004; Öztürk, 2004).

Psikopatolojinin tarihsel sürecinde Anadolu'da ruh sağlığı ve hastalıklarının nasıl algılandığına bakıldığında, Ortaçağ Avrupasından çok farklı yaklaşımlar olduğu görülmektedir. Ortaçağ'da ruhsal bozukluklarla ilgili insanlık dışı uygulamalar hüküm

sürerken, Türklere ruhsal hastalara karşı anlayış, hoşgörü, acıma, zaman zaman da korku duygusu öne çıkmıştır. Her ne kadar çok daha eski çağlardan kalmış olan toplumsal damgalama İslam toplumlarında yaygın olsa da bu damgalamalar utanç, gizleme, acıma gibi duyguların eşlik ettiği tutumların ötesine geçmemiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Selçuklu ve Osmanlı'nın ilk dönemlerinde Anadolu'da kurulan hastaneler, ruh hastalarının toplumdan uzaklaştırılmalarını ve kötü muamele görmelerini engelleyecek şekilde tasarlanmış, modern anlamda ruhsal hastalıkların tedavisinde uygun kurumlar olmuşlardır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Anadolu'da Osmanlı İmparatorluğu'nun gerileme dönemine kadar ruh sağlığı ile ilgili benzer anlayışın hüküm sürdüğü, toplumun tüm kurumlarında kendini gösteren gerileme döneminde ise hastane koşullarının çok kötüye gittiği bildirilmiştir (Layık, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

19. yüzyılın sonlarına gelindiğinde ise Türkiye'nin ilk ruh hekimi olan Raşit Tahsin, Mazhar Osman gibi öncü psikiyatrlar Emil Kraepelin ve diğer batılı uzmanlardan aldıkları derslerin etkisiyle Batı modeline uygun bir hastane ve psikiyatri modeli kurmuşlardır. (Babaoğlu, 2002; Bayülkem, 2002; Atabek ve Görkey,1998).

Hastalıklar ile ilgili bilimsel çalışmaların hız kazandığı Eski Çağ ve Yeni Çağ dönemlerinde, toplumun anormal davranışlar ile ilgili bilgi düzeyinin arttığı ve bu bilgilerin ruh sağlığı ile ilgili tutum ve inançları olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Yakın Çağla birlikte özellikle 19. yüzyıl ve sonrasında yapılan bilimsel çalışmaların, günümüzde psikopatolojiye ilişkin tanım, algı ve tutumların şekillenmesinde önemli etkileri olmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Layık, 2008).

1.1.2. Günümüzde Psikopatoloji ve Algısı

1.1.2.1. Psikopatolojinin Sınıflandırılması

İyi bir tanımlama, tanı koyma, sınıflandırma, psikopatolojinin tedavisi ve önlenmesinde başlıca ihtiyaç duyulan önemli bir sistemdir. Günümüzde ruh sağlığı alanında öznel izlenimlerden ve tanımlardan uzaklaşıldığı, belli tanı ölçütleri ve sınıflandırmalardan daha çok yararlandığı görülmektedir (Öztürk, 2004).

Psikopatolojinin tanımlanması ve sınıflandırılmasını ilk olarak yapan kişi Emil Kraepelin (1856-1926) olmuştur. Kraepelin'in yaptığı tanımlar bugün de geçerliğini korumaktadır (Öztürk, 2004; Blaney ve Millon, 2009).

Ruhsal bozuklukları tanımlama ve sınıflandırmasında 1940'lardan 1980'lere kadar uzanan dönemde hastaların öz yaşam öyküleri, aile öyküleri ve psikosozyal etkenlerin araştırılması ön plandayken, Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından ilk kez 1952'de çıkan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-I), psikopatolojinin belirtilerinin gözlemlenmesine dayalı yeni bir sınıflandırma sistemine ağırlık vermiştir. 1960'lardan sonra, psikiyatrik tanı ve sınıflandırmayı öznellikten kurtarmak için çalışmalar daha da artmış, 1968 yılında DSM-II yayınlanmıştır. DSM-II yeterli tanımlamalar ve tanı ölçütleri getiremediği için eksikliğini tamamlamak için 1980'de tanı ve sınıflandırmada araştırmalara dayanan tanı ölçütlerinin yer aldığı DSM-III ve 1987'de DSM-III-R (DSM-III Revised) yayınlanmıştır. 1994'te yayınlanan en son haliyle DSM-IV-TR, günümüzde A.B.D.'de ve Türkiye gibi birçok ülkede ruh sağlığı uzmanları tarafından kullanılan evrensel bir bakış açısıyla hazırlanmış temel bir tanımlama sistemi haline gelmiştir (Öztürk, 2004; Davison ve Neale, 2004). DSM-IV'e getirilen en temel eleştirilerden biri sadece belirtilere odaklanıp, kişinin içinde bulunduğu kültürel ve sosyal faktörleri göz önünde bulundurmasında yetersiz kalabilmesi olmuştur. Pek çok farklı ruh sağlığı uzmanlığı örgütlerinin ve sivil toplum

kuruluşlarının, DSM-V'in kültüre duyarlı olarak hazırlanması, patolojilerin nedenlerine de kültürel bir duyarlılıkla eğilmesi yönünde önerileri bulunmaktadır (Mezzich ve ark.,1999; Timimi, 2011).

DSM'nin gelişim sürecine paralel olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından Avrupadaki psikiyatrinin etkisi ile bir diğer tanılama sistemi olarak ICD (International Classification of Diseases) geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü 1968'de ICD-8, 1979'da ICD-9 yayınlayarak uluslararası bir tanılama sistemi oluşturmaya çalışmıştır. DSM ve ICD tanılama sistemlerinin birbirlerinden etkilenecek standart bir tanılama sistemine doğru gitmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü son olarak 1992 yılında ICD-10'u yayınlayarak, ruhsal bozukluklar için ortak bir dil, tanımlama ve sınıflandırma sisteminin oluşturulmasına önemli bir katkı sağlamıştır (Öztürk, 2004).

1.1.2.2. Psikopatolojinin Yaygınlığı

Psikopatolojinin yaygınlığını inceleyen ve genel popülasyonla yapılan araştırmalar, psikopatolojinin toplumdaki dağılımı, bu dağılımı etkileyen fiziksel, biyolojik ve toplumsal etkenlerin anlaşılması açısından önemlidir. Bir toplumda psikopatolojinin yaygınlığının, sıklığının ve hastalanma riski taşıyan bireylerin saptanması, toplumun ruhsal bozukluklarla ilgili tutum ve inanışlarının anlaşılmasına, topluma bu alanda götürülebilecek eğitimlerin belirlenmesine, en uygun klinik uygulamalarının gerçekleştirilmesine ve ülkenin genel olarak ruh sağlığı politikasının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Jorm, 1997; Pektaş, Bilge ve Ersa, 2006).

Robins ve Regier tarafından 1980' de yapılan Amerika Birleşik Devletlerinin ilk ve en büyük ruh sağlığı çalışması olan Ulusal Epidemiyolojik Alan Araştırması (The Epidemiologic Catchmen Area, ECA) kapsamında 1980- 1983 yılları arasında, beş

farklı eyalette yer alan yaklaşık 20 bin yetişkenden veri toplanmıştır. Tarama yapılan yetişkin grubun içinde olarak ruh sağlığı hastanelerinden, cezaevlerinden, alkol ve uyuşturucu tedavi merkezlerinden ve toplum bakım merkezlerinden kişilere de ulaşılmıştır. Katılımcılara DSM kriterlerine göre hazırlanmış DIS (Diagnostic Interview Schedule), tanı görüşme programı uygulanmıştır (Mio, Barker-Hackett ve Tumaming, 2006). ECA araştırmasının sonuçlarına göre Amerika nüfusunun %20'sinin bir psikolojik hastalık yaşadığı görülmüştür. Yaşam boyu görülen en genel bozuklukların fobik bozukluklar (%14,3), alkol madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı (%13,8), yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu (%8,5), major depresif episod (%6,3) ve distimik bozukluk (%3,2) olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan kişiler Avrupa kökenli Amerikalılar, Afrika kökenli Amerikalılar ve Latin kökenli Amerikalılardan oluşmaktadır. Sonuçlar üç ayrı grup açısından değerlendirildiğinde, Afrika kökenli Amerikalıların yani siyahilerin, yaygınlık ve sıklık (insidans) açısından en çok ruhsal rahatsızlık yaşayan grup olduğu görülmüştür. Latin kökenli katılımcıların en çok alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, beyaz ve siyahilerin ise fobik bozuklukları yaşadığı görülmüştür (Bordon, Rae, Locke ve Regier, 1992) .

Kessler ve arkadaşları tarafından (1994) yapılan Ulusal Komorbite Tarama (NCS) alışması, ECA'da kullanılan yöntemi geliştirmeyi amaçlamıştır. Bu tarama çalışmasında ulusallığı temsilen, topluluk içinde yaşayan 8 bin kişilik bir örneklem grubu ile çalışılmıştır. ECA'nın sonuçları ile karşılaştırıldığında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı çok daha yüksek bulunmuştur. Örneklem grubunun yarısının, DSM'de yer alan kriterlerden en az birine sahip olduğu görülmüştür. Yaşam boyu görülme sıklığı açısından en genel bozukluklar ise, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, major depresyon, sosyal fobi, ilaç kullanımı/bağımlılığı ve özgül fobiler olmuştur.

Sue, Sue, Sue ve Takeuchi'nin (1995) Çin kökenli Amerikalıların psikiyatrik bozukluklarını araştırdıkları epidemiyolojik çalışmalarında, Amerika'da doğmuş ya

da Amerika'ya göç etmiş 1700 Çinlinin, yukarıda bahsedilen diğer iki araştırma ile karşılaştırılınca, yaşam boyu psikiyatrik bozukluk yaşama sıklığı oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Çinlilerin yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobik bozukluk, panik bozukluk, agorafobi ve sosyal fobi puanlarının düşük, depresyonun görülme sıklığının diğer etnik gruplar ile benzer olduğu bulunmuştur.

Literatür taraması sırasında incelenen on bir ülkedeki yaygınlık araştırmaları, genel ruh sağlığı taramaları sonuçları, yaygın olarak görüldüğü varsayılan depresyon, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobiler gibi psikopatolojinin her ülkede farklı yaygınlık oranları gösterdiğini ortaya çıkarmaktadır. Kawamaki ve arkadaşlarının (2005) Japonya'da 1663 kişi ile yaptığı araştırmada depresyon yaşam boyu görülme sıklığı %2,9 çıkarken, Kessler ve arkadaşlarının (1994) Amerika Birleşik Devletlerinde 8098 kişi ile yaptığı araştırmada bu oran %17 çıkmıştır. Alkol kötüye kullanımı için Girolama ve arkadaşlarının (2006) İtalya'da 4712 kişi ile yaptığı çalışmada %0,8 yaygınlık oranı çıkarken; Bromet ve arkadaşları (2005) Ukrayna'da bu oranı %19,7 (N=4725 kişi) olarak bulmuştur. Diğer ruhsal bozukluklarda da benzer sonuçlar çıkmıştır. (Poongothai, Pradeepa, Ganesan ve Mohan, 2009; Jenkins ve ark., 2003; Reavley, Cvetkovski, Jorm ve Lubman 2010; Hahm ve Cho, 2005; Erol ve Kılıç, 1998; Baumeister ve Harter, 2007).

Kırsal-kentsel karşılaştırmalarını içeren yaygınlık araştırmalarında, psikopatoloji görülme oranlarının kırsal kesimde daha düşük olduğu, düşüklüğü açıklayan hipotezlerin kırsal kesimde bulunan kişilerin öne çıkan çeşitli sosyokültürel özellikleri itibari ile yaşanan durumları, sıkıntılarını psikopatoloji olarak görmemeleri ve tıbbi ya da terapötik bir destek arayışına daha az giriyor olmaları olduğu belirtilmektedir (Kovess-Masfety ve ark, 2005; Maginn ve ark., 2003). Dekker, Peen, Koelen, Smith ve Schoevers'in (2008), şehirleşme ve psikopatolojinin ilişkisini araştırdıkları Almanya'da şehir popülasyonu ile yaptıkları bir araştırmada şehirleşme

düzeıı arttııkça psikopatoloji yaygınlığının da arttığı görülmüştür. Çevresel stres kaynaklarının artması ile açıklanmaya çalışılan bu artışın diğer nedenleri ise kentsel kesimde yaşayan kişilerin eğitim ve bilgiye ulaşılabilme kaynakları açısından psikopatolojiyi daha çok tanması ve yardım için sıklıkla kliniklere başvuruda bulunmasıdır (Dekker ve ark., 2008). Peen, Dekker, Shoeffers, Have, Graaf ve Beekman'ın (2007), Hollanda'da şehir ve kırsal kesim popülasyonu ile yaptıkları bir araştırmada özellikle yardım servislerine ulaşım ve ölçme değerlendirme araçlarındaki uygulama şekilleri ve içeriğinde yer alan bilgilerin kültürel duyarlılığa sahip olmaması nedeni ile ortaya çıkan kültürel farklılıkların, psikiyatrik bozuklukların neden kentsel kesimlerde daha yüksek olduğunu açıkladığına işaret etmişlerdir.

Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'nin farklı bölgelerinden toplam 1288 kişi ile gerçekleştirilen Ruh Sağlığı Profili Çalışması ile Türkiye'de ruh sağlığının genel bir görünümüne ulaşmaya çalışılmıştır (Erol ve ark.,1998). En yaygın psikopatoloji olarak ağır bozuklukları (%8,4), yaygın anksiyete bozukluğu (%4), ayrılık anksiyetesi (%2,7) çıkmıştır. Diğer önemli psikopatolojilerin oranları ise depresyon %2,2; alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı %0,8; obsesif kompulsif bozukluk %0,5 olarak bulunmuştur. En az bir ruhsal soruna sahip olma oranı ise %17,2'dir.

Ruh Sağlığı Profili Çalışması, etkileri çok büyük olan 1999 Marmara depremiden üç yıl önce yapılmıştır. Deprem sonrasında yapılan epidemiyolojik araştırmalar, yaygınlık ile ilgili sonuçların depremden sonra çok farklılaştığını göstermiştir. Aker (2006), 1999 yılında olan Marmara depremleri sonrasında gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmaları gözden geçirmiş, depremlerden sonra Kocaeli ve civar illerde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonucunda, en sık rastlanılan rahatsızlıkların TSSB (%8-63) ve major depresyon (%11-42) olduğunu göstermiştir.

Önsüz ve arkadaşları (2009), 1999 depreminden altı yıl sonra Sapanca'da TSSB ve anksiyete bozukluklarını değerlendirmek için 62 kişi ile yaptıkları bir araştırmada, katılımcıların %24,2' sinde TSSB, %80'inde hafif ya da orta derecede anksiyete görüldüğünü ortaya koymuşlardır.

Bunun dışında Şimşek, Ak, Altındağ ve Güneş'in (2008) Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran 270 kadınla, SCID-I (Eksen I bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşme) uygulayarak gerçekleştirdikleri yaygınlık araştırmasında, %8.5'nin bir tanı aldığı, %17.4'nün ise iki ya da daha fazla tanı aldığı, en çok görülen bozukluğun major depresyon olduğu, bunu sırasıyla fobik bozukluk (%4.8) ve travma sonrası stres bozukluğunun (%3.6) izlediği bulunmuştur. Yapılan regresyon analizleri sonrasında ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkili en önemli durumların arasında aile içi şiddete maruz kalma ve daha önce bir travma yaşamış olmanın yer aldığı görülmüştür.

1.1.2.3. Psikopatoloji Algısı ve Tutumları ile ilgili Araştırmalar

Psikopatoloji algısı, bireyin hastalıklarla ilgili tutum ve inanışlarından etkilenebildiği gibi psikopatoloji algısının bu tutum ve inanışlar üzerinde önemli bir etkisi de vardır. Psikopatolojiye yönelik algı ve tutumlar, birbirini etkilemesinin yanı sıra ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylere yönelik damgalama ve ayrımcılık süreçleri, tedavi vs. yardım arama davranışlarını da etkilemektedir. Bu sebeple psikopatolojinin nasıl algılandığı, ruh sağlığı kavramının nasıl tanımlandığı ile ilgili sorular literatürde araştırılan önemli sorular olmuştur.

Dünya genelinde yapılmış psikopatoloji algısı ve tutumu ile ilgili araştırmalara bakıldığında, araştırmaların genel olarak, 100-3000 arasında değişen katılımcı sayılarıyla, genel popülasyonda yer alan, üniversite öğrencisi, kırsal kesim ve kentli

nüfus gruplarıyla yapıldığı görülmüştür (Angermeyer ve Matschinger 2003; Charmaine ve ark., 2003; Dessoki ve Hifnawy, 2009; Link ve ark.,1999; Parker, Gladstone ve Chee, 2001; Samouilhan ve Seabi, 2010). Algı ve tutum araştırmalarında halkın ruhsal bozuklukları ile ilgili tanım, algı ve tutumları araştırılırken, sırasıyla en çok şizofreni, depresyon, alkol/madde bağımlılığı, kaygı bozuklukları ve yeme bozukluklarının üzerinde durulmuştur (Angermeyer ve Matschinger 2003; Charmaine ve ark., 2003; Link ve arkd, 1999; Parker, Gladstone ve Chee, 2001; Samouilhan ve Seabi, 2010; Pelusa ve Blay., 2004).

Psikopatoloji algısı ile ilgili araştırmalarda katılımcıların ruhsal hastalıkları nasıl tanımladıkları öğrenilmeye çalışılmıştır. Goodfellow ve arkadaşları (2010), Madagaskar, Mairurtus, Fransa ve Noumea'da toplam 904 kişiyle yaptıkları araştırmada katılımcıların 'deli', 'depresif' ve 'ruhsal hastalık' ile ilgili tanımlarını incelemişlerdir. 'ruhsal hastalık' Madagaskar'da 'anormal, tuhaf davranan, farklı konuşan' olarak tanımlanırken, Fransa'da kalıtsal bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Aynı çalışmada 'delilik', garip, beklenmeyen ve tehlikeli davranışlar, gerçeklikle ilgili duygu ve bilinçli davranışların eksik olması olarak tanımlanmıştır. Parker ve arkadaşlarının (2001) Çin'de depresyon ve duygusal stresi konu alana araştırmaları gözden geçirdikleri bir çalışmada, 'ruhsal hastalık', 'korkulan bir şey', 'karakter zayıflığının bir kanıtı', kalıtsal ya da beyin hasarından kaynaklı psikiyatrik, medikal ya da psikolojik bir bozukluk olarak tanımlanmıştır.

Psikopatolojiye yönelik tutumların neler olduğu ile ilgili yapılmış araştırmalara bakıldığında, Alman halkının ruhsal bozukluklardan özellikle şizofreniyi daha tehlikeli bir ruhsal hastalık olarak algıladığı, insanlarda acıma duygusu ve yardım etme isteği uyandırdığı, tehlike algısı arttıkça korku ve öfkenin arttığı ve acıma duygusunun azaldığı görülmüştür (Angermeyer ve Matschinger, 2003). Amerika'da da halkın ruhsal hastalıklara benzer tutumlar gösterdiği bulunmuştur: başta şizofreni ve alkol/madde bağımlılığı olmak üzere ruhsal hastalıklar 'tehlikeli' bulunmakta, tehlikeli

bulduğunda sorun yaşayan kişilerle sosyal mesafe de artmaktadır (Link ve ark.,1999). Çin'de ise ruhsal hastalığı olan kişinin, ailesi için utanca yol açtığı ve bu sebeple dışlanılması gerektiği düşünülmektedir (Parker ve ark., 2001).

Dessoki ve Hifnawy (2009) Mısır'da yaptığı araştırmada, Mısır halkının ruhsal hastalıklara karşı olumlu tutumlara sahip olduğunu; sorun yaşayan kişilerle tanışma, aynı sosyal ortamı paylaşma, kendi sosyal yaşamlarına alma vb konularda sosyal kabul düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Peluso ve Blay'in (2004) psikopatoloji algısı ile ilgili araştırmaları derlediği bir çalışmada da Latin Amerika'daki halkın psikopatolojiye yönelik olumlu tutumlara sahip olduğu gösterilmiştir.

Türkiye'de psikopatolojiye ilişkin algı ve tutumlarla ilgili dünya literatürüne kıyasla daha az araştırmaya ulaşılmıştır. Bu araştırmalarda halkın en çok şizofreni ve depresyon ile ilgili algı ve tutumlarının araştırıldığı, bu sırayı anksiyete bozukluklarının takip ettiği görülmüştür (Sağduyu ve ark., 2003; Taşkın ve ark., 2006; Taşkın ve ark., 2002; Özmen ve ark., 2004).

Yapılan araştırmalarda, Türkiye'de halkın, şizofreniyi ya da depresyonu bir 'ruhsal hastalık' olarak tanıdığı, sorunu yaşayan kişileri 'akıl hastası' ifadesi ile tanımladığı bulunmuştur. Aynı zamanda, kırsal ve kentsel bölge karşılaştırmalarında ruhsal bozuklukları tanıma ile ilgili anlamlı bir farklılık olmadığı, kırsal bölgedeki halkın ruh sağlığı sorunu yaşayan kişiye karşı daha çok damgalama yaptığı ve sosyal mesafe koymayı tercih ettiği, kent nüfusunda da şizofreniye yönelik olumsuz tutumların depresyon yaşayan bir kişi için de aynı düzeyde olabildiği, depresyonla kıyaslandığında şizofreniyi 'tehlikeli' bulanların daha fazla olduğu bulunmuştur (Sağduyu ve ark., 2003; Taşkın ve ark., 2006; Taşkın ve ark., 2002; Özmen ve ark., 2004). Özmen ve arkadaşlarının (2004) İstanbul'da yaptığı bir araştırmada

katılımcıların yarısı depresyon yaşayan bir kişinin tehlikeli olabileceğini, depresyon yaşayan bir kişi ile evlenilmemesi gerektiğini ifade etmiştir.

Çam ve Bilge'nin (2001), Türkiye'de ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklara ilişkin tutum ve inançlarla ilgili araştırmaları gözden geçirdikleri bir gözden geçirme çalışmasında, Türkiye'de ruh sağlığı ile ilgili tutumları belirleyen bireysel ve toplumsal inançların araştırıldığı, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlardan olumlu tutumlara yönelik ılımlı bir geçişin olduğu, sonucuna ulaşılmıştır.

1.2. Psikopatoloji Algısında Yeni Bir Kavram: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

İlk olarak Jorm (1996) tarafından tanımlanan ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı sağlık okuryazarlığının ruh sağlığı alanındaki çerçevesini tanımlamaktadır. Genel olarak bireyin sağlığını iyileştirici şekilde, temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığı ve toplum sağlığı üzerinde yetkinliğini arttırmada oldukça etkilidir (DeWalt ve ark., 2004; Mancuso, 2009; Nielsen- Bohlman ve ark., 2004).

Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramının arkasında yatan sosyal model, son 40 yılda çeşitli ülkelerde giderek önem kazanmış ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin gelişip yaygınlaşmasına yol açmıştır. Bu hizmet türünde bireyin kendi deneyimleri, ihtiyaçları ve içinde bulunduğu sosyal ortam ve destek ağları, ruh sağlığı uzmanlarının hastalık tanımları kadar önem kazanmaktadır. 20.Yüzyıl başında ve ortalarında, psikopatolojinin tedavisinde hastalık odaklı tıbbi tedavi modelleri daha çok öne çıkmışken, 1960'lı yıllarda dünyada yurttaşlık, hak arama ve toplumsal muhalefet hareketlerinin gelişmesi ruh sağlığı alanında toplum ruh sağlığı hareketlerinin oluşmasına zemin hazırlamıştır. Psikopatolojinin tedavisi ve

tanılanması için medikal modelin yanı sıra, bireyin içinde yaşadığı toplumsal koşulların ve içinde bulunduğu sosyal grupların önemine vurgu yapan ve patoloji yerine toplum içinde üretken bireyler olmalarını merkeze alan sosyal model, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmesini ve son otuz yılda birçok ülkede hizmet sisteminin buna göre yapılanmasını sağlamıştır. (Zengin-Dağdır, 2010; Pektaş, Bilge ve Ersay, 2006).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, toplum temelli ruh sağlığı için ihtiyaç duyulan tüm hizmetleri içeren bir kavramdır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin amaçları arasında, ruh sağlığını korumak, psikopatolojinin oluşumunu önlemek, psikopatolojinin erken tanı ve tedavisini sağlamak ve bu çalışmaları halka götürebilmek yer almaktadır. Toplum ruh sağlığı hizmetleri tüm bu amaçları gerçekleştirmek için koruyucu ruh sağlığı çalışmalarından yararlanır. Koruyucu ruh sağlığı, toplum ruh sağlığının daha iyi hale getirilmesinde topluma yönelik girişimleri, koruyucu hizmetlere yönelmeyi ve toplumun çeşitli kesimleri için etkin programlar geliştirmeyi içerir (Aksaray, Kaptanoğlu ve Oflu 1999; Geçtan, 2004; Zengin-Dağdır, 2010).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde kişinin bulunduğu yerde, kendi ihtiyacına uygun hizmetleri, tedavi sürecine aktif katılımıyla alması ve toplumsal yaşama katılımı esas alınmaktadır. Bu nedenle bu hizmet sistemine geçişin bir sonucu olarak, halkın ruh sağlığı alanında bilgilenebilmesi, yardım seçeneklerine erişimi önem kazanmıştır (Zengin-Dağdır, 2010).

Yaklaşık onbeş yıl önce geliştirilen ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı da psikopatolojinin tanımlanması, düzenlenmesi ve önlenmesini içeren ruhsal bozukluklar ile ilgili bilgi ve inançları ifade etmektedir (Jorm, 2000). Jorm ve arkadaşları (1997) ruh sağlığı okuryazarlığının temel çalışma alanlarını şu şekilde özetlemişlerdir:

- Belirli psikopatolojinin ya da psikolojik sıkıntıların farklı görünüş şekillerinin tanınması
- Psikopatolojinin risk faktörleri ve sebepleri ile ilgili bilgi ve inançlar
- Kendi kendine yardım içeren müdahaleler ile ilgili bilgi ve inançlar
- Profesyonel yardım arama davranışı ile ilgili bilgi ve inançlar
- Ruhsal bozukluğu tanımayı ve uygun yardım arama davranışlarına ulaşmayı kolaylaştıran tutumlar
- Ruh sağlığı bilgisine nasıl ulaşılacağına bilinmesi.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ruh sağlığı tarama anketine göre, gelişmiş ülkelerde psikopatoloji oranları %54'lere ulaşırken, daha az gelişmiş ve yardım alamayan ülkelerde bu oran %85'lere çıkmaktadır (Demyttenaere ve ark., 2004). Erken yardım arama davranışlarının, erken müdahale ve önlemleri arttırdığı ve bunun da uzun dönemli olumlu sonuçları ortaya çıkardığı görülmüştür (Clarke ve ark., 2006). Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin genel olarak toplum içinde artması erken tanılama ve uygun müdahalelerin kullanılmasında kolaylaştırıcı bir etkisi vardır (Jorm ve ark., 2005)

Avustralya'da yapılan araştırmalar, toplum için yürütülen kampanya, okul tabanlı programlar, internet ve eğitim programları gibi müdahale programlarının toplumun konu ile ilgili bilgisini geliştirdiğini ortaya koymaktadır. Önleme ve erken müdahale alanlarında kamu eylemlerinin artırılması için bu tür programların geliştirilmesi gerekmektedir. Avustralya'da yapılan toplum taramaları çok insanın ruhsal bozuklukları tanımada yeteri kadar bilgi sahibi olmadıklarını göstermiştir. Aynı zamanda tedavi süreçleri ile ilgili de uzmanlardan farklı görüşler yansıttıklarını ortaya koymaktadır (Jorm ve Kelly, 2007). Bu çalışmada Avustralya nüfusunun şizofreni ve depresyon ile ilgili bilgi ve inançlarının neler olduğu değerlendirilmeye çalışılmıştır. Ruhsal bozuklukları tanıma yetenekleri ve başlıca tedavi yöntemlerinin etkiliği konusundaki inançları anlaşılmasına çalışılmıştır. Yapılan görüşmelerde

katılımcıların yarısı depresyon vinyeti ile karşılaşmış, diğer yarısı şizofreni vinyeti ile karşılaşmıştır. Vinyetlerin cinsiyeti katılımcıların (2031 kişi) yarısına erkek, diğer yarısına kadın olarak sunulmuş ve şu sorular sorulmuştur:

- Bu kişi ile ilgili bir yanlışlık olup olmadığı ile ilgili ne söylersiniz?
- Bu kişiye en iyi nasıl yardım edilebilir?
- Katılımcıların bilgi düzeyleri ve görüşleri ('Kimlerden yardım alabilir?', 'Bu kişi yardıma mı muhtaç?', 'Bu kişi zararlı biri mi?')
- Prognoz ile ilgili bilgi düzeyi
- Risk faktörleri ile ilgili bilgi
- Stigma ve ayrımcılık ile ilgili inançları

Çalışmanın sonuçlarına göre; %39 kişi depresyonu tanımıştır, %22'si stresten bahsetmiş, %72'si ruh sağlığı ile ilgili bir sorun olarak tanımlamıştır (Jorm ve ark, 1997).

Dünyada ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili araştırmalara bakıldığında sıklıkla şizofreni ve depresyon ile ilgili tanıma düzeylerini ve yardım arama davranışlarını anlamaya yönelik araştırmalar yapıldığı görülmektedir (Dahlberg ve ark., 2008; Deen ve Bridges, 2011; Griffiths ve ark., 2009; Jorm ve ark., 2005). Swami, Papanicolao ve Furnham (2011) Avustralya'da 2031 kişiyle yaptıkları ruh sağlığı şizofreni ve depresyon ile ilgili bilgi ve inançlarla ilgili araştırmada, şizofreninin depresyona göre daha fazla tanındığı görülmüştür. Bu tez çalışması kapsamına alınan diğer ruhsal bozukluklarla ilgili literatürün oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. Her bir araştırma konusu çerçevesinde ruh sağlığı okuryazarlığı araştırmalarının ilgili sonuçları bir sonraki bölümde yer almaktadır.

Dünyada ortaya çıkışı ve araştırmaları çok yeni olan ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı Türkiye'de son yıllarda araştırılmaya başlanmıştır. Türkiye'de ruh sağlığı ve problemleri ve risk faktörleri ile ilgili konulara 1999 depremine kadar çok az ilgi

gösterilmekteydi. Türkiye’de konu ile ilgili çalışmaların büyük bir kısmı 1999 Marmara Depremi’nden sonra yapılmıştır (Altındağ ve ark., 2005).

1.2.1 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Yardım Arama Davranışları

Psikopatolojiye ilişkin algıların ve ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerinin, damgalama, ayrımcılık gibi olumsuz tutumları ve yardım arama davranışlarını etkilediği görülmektedir (Akar, 1991; Jorm,1997). Ruh sağlığı okuryazarlığı araştırmalarının ortaya koyduğu gibi, bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin artması, ruhsal hastalıkların toplum genelinde tanınmasını ve yardım arama davranışlarına erken bir zamanda yönelmeyi kolaylaştırmaktadır (Clarke ve ark., 2006; Jorm ve ark., 2005).

Avustralya’da yapılan araştırmalar, toplum için yürütülen kampanya, okul tabanlı programlar, internet ve eğitim programları gibi müdahale programlarının bireylerin konu ile ilgili bilgisini geliştirdiğini ortaya koymaktadır. Önleme ve erken müdahale alanlarında kamu eylemlerinin artırılması için bu tür programların geliştirilmesi gerekmektedir. Avustralya’da yapılan toplum taramaları insanların çoğunun ruhsal bozuklukları tanımada yeteri kadar bilgi sahibi olmadıklarını göstermiştir. Aynı zamanda tedavi süreçleri ile ilgili de uzmanlardan farklı görüşlere sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Sorunlarını gidermesi için içki içmesi, sosyal ortamlara girmesi, geleneksel yardımlara başvurması şeklinde öneriler getirilmektedir (Jorm ve Kelly, 2007).

Yardım arama davranışlarını inceleyen araştırmalarda genel olarak uygun yardım arama davranışlarını engelleyebilecek faktörler üzerinde durulmaktadır. Bunlar arasında ekonomik güçlükler, yardım servislerinin sınırlı sayıda olması, yardım servisleri ile ilgili farkındalığın olmaması gibi sistemden kaynaklı faktörler yer

almaktadır. Aynı zamanda psikolojik faktörler içinde gruplanabilecek, profesyonel desteğe karşı olumsuz tutumlar, psikiyatriye bir bilim olarak şüpheyle yaklaşılması, etnik gruplarda kültürel olarak yaşanan güvensizlikler, toplumsal değerler, ailenin yardım arayışı ile ilgili tutumları gibi psikososyal ve kültürel etmenler gibi faktörler yer almaktadır (Bahar, 2010; Maginn ve ark., 2004; Shin, 2002; Swami, 2012; Vhoorhers, 2006). Yardım alma davranışlarını etkileyen diğer bir önemli faktör de ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin düşük olmasıdır (Swami,2012).

18-25 yaş arası gençlerin yardım alma davranışlarını kolaylaştıran ve engelleyen faktörlerin incelendiği araştırmalara bakıldığında, eğitim ve farkındalık, problemi ciddi bir sorun olarak algılama, duygularını aktarabilme ve açık olma ve yardım aramaya ilgili olumlu tutumlara sahip olma özelliklerinin yardım arama davranışını kolaylaştırdığı görülmüştür. Yardım aramayı engelleyen özellikler ise, mahcubiyet yaşama, toplum tarafından damgalanma endişeleri, ruhsal hastalıkları ve belirtileri hakkında bilginin az olması, ruh sağlığı merkezleri hakkında bilginin az olması, sosyal çevrede yer alan kişilerin yardım alma ile ilgili ihtiyaç konusunda bilgi sahibi olmamasıdır (Gulliver, Griffiths ve Christensen, 2010). Voorhees ve arkadaşları (2006), Amerikalı gençlerin depresyon için yardım arama davranışlarının zayıf olmasının nedenlerini araştırdıkları çalışma sonucunda, ruh sağlığı tedavisi ile ilgili olumlu tutum ve inançlara sahip olmanın ve geçmişte ruh sağlığı tedavi desteği almış olmanın profesyonel yardım alma düzeyini arttırdığını bulmuşlardır.

Angermayer ve arkadaşlarının (2005) Almanya, Bratislava ve Rusya'da yaptıkları araştırmada, en çok öne çıkan yardım arama davranışları açısından benzer sonuçların ortaya çıktığı, depresyon ve şizofreni için %81-%90 oranında "bir terapistten destek almanın" önerildiği, ikinci sırada, %72-%82 oranında psikiyatrist, üçüncü sırada %63-%77 oranında aile hekiminin yer aldığı görülmüştür. Kendine yardım gruplarına katılma da önerilen yardım arama davranışları arasında yer almaktadır. En az tercih edilen yardım arama davranışı ise din adamından yardım

almak olmuştur. Depresyon ve şizofreninin etiyolojisinin genetik yapıdan kaynaklandığı düşünüldüğünden ilaç tedavisi önerilen bir yardım arama davranışı olmaktadır (Angermayer ve ark., 2005).

Suhail'in (2005) Pakistan'da yaptığı araştırma sonucunda ise, aile hekimi ilk sırada yer alırken, psikolog, psikiyatrik destek sonra gelmektedir. Bu destek türlerini homeopatlar, büyücü ve din adamları takip etmektedir. Yapılan araştırmada depresyon ve şizofreninin belirtilerinin tanınması ve bu bozuklukların doğru isimlendirilmesinin, terapi desteğinin önerilmesine olumlu katkı sağladığı görülmektedir. Hastalığı doğru tanıma ve isimlendirme ile ilaç desteği önerisi arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır.

Yapılan araştırmalar Türkiye'de tıp dışı geleneksel tedavilerin görülme oranlarının zaman içerisinde azaldığını göstermektedir (Bahar ve ark., 2010; Birsöz, 1997; Kırkpınar,1990; Kılıç ve ark.,1992). Tıp dışı geleneksel yardım alma davranışlarında bir azalma olsa da tıbbi kaynakların yanı sıra tıp dışı yardım arama davranışlarının da devam ettiği bilinmektedir. Türkiye'de yardım alma davranışları ile ilgili yapılan araştırmalar, hoca, şeyh, yatır, büyücü, falcı gibi tıp dışı kaynaklardan yardım alma nedenlerinin başında çaresizlik ve umut, kişisel inanç ve yakınların yönlendirmesi yer almaktadır (Bekaroğlu, 1995; Kırkpınar ve ark.,1994).

Güleç, Yenilmez ve Ay (2011), Eskişehir'de anksiyete, OKB ve diğer ruhsal bozukluklar sebebiyle başvuran 135 kişi ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların daha önce aldıkları yardımlar, %55 psikiyatrik destek, %33 kendi kendini telkin, %17,7 psikiyatrist dışı doktora gitmek olarak sıralanmıştır. Katılımcıların aile ve çevredeki diğer kişiler için de en çok önerdikleri yardım %98 oranıyla psikiyatrik yardım olmuştur.

1.3. Araştırma Kapsamına Alınan Durumların Tanımları ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı açısından Algılanış Biçimleri

Dünyada ve Türkiye’de yapılmış yaygınlık ile ilgili araştırmalara bakıldığında görülme sıklığı ve yaygınlık oranları yüksek olan ruhsal bozuklukların depresyon, YAB, OKB, doğum sonrası depresyon, TSSB ve alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı olduğu görülmüştür (Baumester ve Harter, 2007; Bordon ve ark., 1992; Bromet ve ark., 2005; Erol ve Kılıç, 1998; Jenkins ve ark., 2003; Kessler ve ark., 1994; Poonpathai ve ark., 2009). Yaygınlığı yüksek olan bu altı bozukluğun yanı sıra psikopatoloji olmadığı halde insanlar tarafından psikopatoloji olarak algılanabilen yas dönemi, mastürbasyon ve eşcinsellik de tez çalışması kapsamına dahil edilmiştir.

Bu bölümde depresyon, YAB, OKB, doğum sonrası depresyon, TSSB ve alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, yas dönemi, mastürbasyon ve eşcinselliğin tanımı yapılarak; her bir durumla ilgili yaygınlık, tanınma düzeyi, ilgili tutumlar ve yardım arama davranışlarını içeren literatür bilgisine yer verilmektedir.

1.3.1. Psikopatoloji Olarak Sınıflandırılan Durumlar

1.3.1.1. Depresyon

Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte, düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir bozukluktur (Öztürk, 2004).

Psikopatoloji ve ruh sağlığı okur yazarlığı ile ilgili araştırmaların literatür taraması sonucunda şizofreniden sonra üzerinde en sık araştırma yapılan ruhsal

bozukluğun depresyon olduğu görülmüştür (Angermayer ve ark., 2005; Swami, 2012; Swami ve ark.,2011).

Türkiye'de yapılan depresyon ile ilgili araştırmalar, depresyon yaygınlığının ve risk etmenlerinin dünya genelinden farklı olmadığını göstermektedir (Cimilli, 2002; Sağduyu ve ark., 2003; Taşkın ve ark., 2006; Taşkın ve ark., 2002; Özmen ve ark., 2004).

Yapılan araştırmaların depresyonun nedenleri ile ilgili bulgular arasında, stresli yaşam olayları, iş stresi ve işsizlik, kimyasal değişiklikler, aktif ya da sosyal olmamak ve diğer kişisel özellikler yer almaktadır (Angermayer ve Matschinger, 2003; Jorm ve ark.,1997; Link ve ark., 1999; Samouilhan ve Seabi, 2010; Şen ve ark.,2003). Sin ve arkadaşları (2011) ise depresyonun nedenleri olarak göçten kaynaklanan yabancı dil, yaşam tarzında değişiklikler, farklı kültür ve yiyecekler, düşük ekonomik ve sosyal statü gibi çevresel değişikliklerin görüldüğünü ifade etmişlerdir.

Jorm ve arkadaşları (1997) Avustralya'da 2031 kişiyle yaptıkları ruh sağlığı şizofreni ve depresyon ile ilgili bilgi ve inançlarla ilgili araştırmada, 1010 kişiye depresyon vinyeti göstermişlerdir. Katılımcıların %39'u depresyonu doğru isimlendirmiş, %72'si ruh sağlığı ile ilgili bir sorun olarak tanımlamıştır. Pek çok araştırmada katılımcıların üçte ikilik bir oranının depresyonu bir ruhsal sorun olarak tanımladığı görülmüştür. Barlett ve arkadaşlarının (2006), Avustralya'da 2132 yetişkin ile yaptıkları çalışmada, %81'nin depresyonu tanıdığı ve doğru isimlendirdiği görülmüştür. Angermayer ve Matschinger (2003), Almanya'da 18 yaş ve üstü 5025 yetişkin ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %62,2'sinin depresyonu bir psikopatoloji olarak tanıdığını ortaya çıkarmıştır. Dahlberg, Waern ve Runeson'un (2008), İsveç'te 20-64 yaş arası 350 kişi ile yaptığı çalışmada, katılımcıların üçte ikisinin depresyonu ruhsal bir bozukluk olarak tanımladığı görülürken, Swami'nin

(2012), İngiltere’de 1218 yetişkin ile yaptığı çalışmada, katılımcıların %77,1’i ‘depresyon’ ismini kullanmıştır. Jorm ve arkadaşlarının (2005) Avustralya’da 3998 yetişkin ile yaptıkları çalışmada, sıklıkla ‘depresyon’ ifadesinin kullanıldığı bulunmuştur. Deen ve Bridges (2011)’in yaklaşık 100 kişiyle yaptıkları çalışmada %53’ünün depresyonu bir psikopatoloji olarak tanıdığı görülmüştür. Link ve arkadaşları (1999), Amerika’da 1444 yetişkin ile yaptıkları çalışmada ise, katılımcıların %69’u depresyonu bir psikopatoloji olarak tanımıştır. Sin, Jordan ve Park’ın (2011) Amerika’da 28 yetişkin kişiyle odak grup görüşmeleri tekniğini kullanarak yaptıkları araştırmada katılımcıların çoğunluğunun depresyonu bir ‘ruhsal bozukluk’ olarak tanıdığı; depresyonun semptomları arasında öncelikle, kaygı, üzüntü, değersizlik, yalnızlık, izolasyon, isteksizlik, düşük benlik algısı, stresi biriktirme ve gece uyuyamamayı ifade ettikleri görülmüştür.

Lauber, Nordt, Falcato ve Rössler (2003) İsviçre’de 16- 70 yaş arası toplam 1737 kişi ile yaptıkları araştırma, katılımcıların sadece %39,8’ inin depresyonu doğru bir şekilde tanımladığı; çoğunlukla (%60,2’si) bir kriz olarak tanımladıkları görülmüştür. Suhail’in (2005) Pakistan’da 1750 yetişkin ile yaptığı çalışmada da katılımcıların sadece %18,75’inin depresyonu tanıdığı görülmüştür. Jorm ve arkadaşları (2005), Japonya’da, 20-60 yaş arası 2000 yaptıkları araştırmada da katılımcıların depresyonu tanıma oranının %22,6 olduğu görülmüştür. Amerika’da yapılan Ulusal Ruh Sağlığı tarama anketinin sonuçlarına göre, araştırmaya katılan Afrikalı Amerikalıların %63’ünün depresyonu ‘kişisel zayıflık olarak tanımladığı, sadece %31’nin depresyonun bir sağlık problemi olduğuna inandığını, %25’inden daha azının genel depresyon belirtilerini tanıdığı görülmüştür (Eshun ve Caldwell-Colbert, 2011).

Türkiye’de depresyon ile ilgili bilgi ve tutumları anlamaya çalışan araştırmalara bakıldığında, Şen, Taşkın, Özmen, Aydemir ve Demet’in (2003), Manisa’nın kırsal kesiminde 230 yetişkin ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada katılımcıların %66,3’ ünün

depresyonu ruhsal bir bozukluk olarak tanımladığı, depresyonu 'bir hastalık' olarak görenlerin oranının %66,3 olduğu, 'akıl hastalığı' olduğunu düşünenlerin oranının %44,7 olduğu bulunmuştur. Katılımcıların çoğunluğu (%79) depresyonu bir hastalık olarak görmekten çok 'herkesin zaman zaman içine düşebilecekleri' bir durum olarak değerlendirmişlerdir. Savaş, Yumru, Görol ve Özen de (2006), Gaziantep ilinde 500 yetişkin ile yaptıkları araştırmalarında katılımcıların %57'si depresyonu 'tedavi edilmesi gerekmeyen geçici bir durum' olarak değerlendirdiklerini göstermişlerdir. Özmen ve arkadaşlarının (2003), İstanbul'un 24 ayrı ilçesinden toplam 707 kişiyle yaptıkları araştırmada, katılımcıların %63,8' i depresyonun 'bir hastalık' olarak değerlendirirken, %91,4'ü depresyonun bir akıl hastalığı olmadığını, 'zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durum olduğunu düşünmüştür. %14,3'ü ise depresyonun bir akıl hastalığı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%78,9) depresyonu bir 'ruhsal hastalık' olarak algılamıştır ve depresyonu 'aşırı üzüntü hali', 'ruhsal zayıflık hali' olarak tanımlamıştır.

Yardım arama davranışları ile ilgili ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi en yüksek ülke olan Avustralya'da yapılmış araştırmalarda, katılımcıların depresyon için başlıca yardım almayı tercih ettikleri kişinin aile hekimi ve danışman olduğu, aile ya da arkadaşlarla konuşmak ya da psikiyatru ve psikoloğa gitmek gibi yardım arama davranışlarının daha az tercih edildiği görülmüştür (Jorm ve ark.,1997). Diğer bir çalışmada ise katılımcıların %42'si antidepresanları zararlı, %23'ü yararlı bulduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %50'si de eğer hiç yardım alınmaz ise depresyon yaşayan kişinin durumunun kötüye gideceğini belirtmiştir. Jorm ve ark.,2005).

Ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğu Amerika'da yapılan bir araştırmada ise, katılımcıların psikopatoloji ile şiddet arasında ilişki kurdukları, ruhsal bozukluğu 'tehlikeli' olarak algıladıkları, profesyonel yardım arama davranışından da uzaklaştıkları görülmüştür (Link ve ark.,1999). Amerika'nın kırsal bir kesiminde yapılan başka bir araştırma sonuçlarına göre ise, ruh sağlığı

okuryazarlık düzeyi yüksek bulunmuş fakat ruh sağlığı okuryazarlığı ile doktor ya da danışmandan yardım alma davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, ruh sağlığı okuryazarlığı ile sadece din görevlisinden yardım alma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Deen ve Bridges,2011).

Ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin Avustralya ile kıyaslandığında daha dūřuk bulunduğu araştırmaların yardım arama davranışları ile ilgili bulgularına bakıldığında, İsviçre’te yapılan araştırmada öne çıkan yardım arama davranışlarının danışmana gitme, ilaç tedavisi görme, aile hekimine gitme, hipnotik tedavilere katılma ve hastaneye yatma olduğu görülmüştür (Dahlberg, 2008). İsviçre’de yapılan bir araştırmaya göre ise depresyon için öne çıkan yardım arama davranışlarının tıbbi yardımlardan çok tıbbi olmayan psikoterapi, danışmanlık vb. yardım modeller olduğu görülmüştür (Lauber ve ark., 2003). Pakistan’da kırsal kesimin de içinde yer aldığı bir bölgede yapılan araştırmada, depresyonun tanınma düzeyi %18.75 iken, katılımcılar tarafından en çok önerilen yardım alma davranışlarının sırasıyla aile hekimi, psikolog ve psikiyatrist olduğu; bunların dışında din adamları ve büyücülerden de yardım alınabileceği görülmüştür (Suhail, 2005). Güney Afrika’da yapılan bir araştırmada ise depresyon için öne çıkan yardım arama davranışları sırası ile psikoterapi/danışmanlık/grup terapisi, arkadaş ve aile desteği olmuştur (Samouilhan ve Seabil, 2010).

Türkiye’de depresyon ile ilgili yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında, İstanbul’da yapılan bir araştırmaya göre katılımcıların %51’nin doktora gitmeyi önerdiği, ‘ne doktoru?’ diye sorulduğunda ise %41’nin psikiyatrist yanıtı verdiği görülmüştür. Diğer yardım arama davranışları ise tatile çıkmak, dini yardım almak ve hiçbir şey yapmamak şeklinde sıralanmıştır. Diğer bulgular arasında ise depresyonun tedavi edilebilir bir hastalık olarak görüldüğu, ilaç tedavisinin ciddi yan etkileri olduğunun düşünüldüğu görülmüştür (Özmen ve ark., 2003). şen ve arkadaşlarının (2003) Manisa’nın kırsal kesiminde yaptıkları araştırmanın yardım

arama davranışları ile ilgili bulguları Özmen ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir: doktora gitmek (%51) ve psikiyatryeye gitmek (%41) en çok önerilen yardım türleri olmuştur. Savaş ve arkadaşlarının (2006) Gaziantep'te yaptığı araştırmada ise katılımcıların %57'si depresyonun geçici bir durum olduğunu ve bir şey yapılmasına gerek olmadığını belirtirken; %27,8'i psikolog, %13,4'ü psikiyatr, %1,18'i din adamlarına gitmeyi önermiştir.

1.3.1.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

Birçok olay ya da etkinlik hakkında, hemen her gün ortaya çıkan aşırı kaygı duyma ve kuruntulara kapılma ile karakterize olan YAB, huzursuzluk ya da heyecan, çabuk yorulma, yoğunlaşmada güçlük, çabuk sinirlenme, kas gerginliği ve uykusuzluk gibi belirtileri de kapsar (APA, DSM-IV, 1994s: 204). YAB, belli bir nesneye, yere ya da organa, saplantılı düşünceye ya da zorlantıya odaklanmamış, organizmada yaygın ruhsal ve fizyolojik belirtilerle yaşanan bir bozukluktur (Öztürk & Uluşahin, 2008, s: 452).

YAB ile ilgili yapılmış yaygınlık araştırmalarında, YAB'ın tüm ülkelerde görülebilen yaygın bir bozukluk olduğu, kadınlarda görülme oranının erkeklere göre yaklaşık üç kat daha fazla olduğu, depresyon ve diğer kaygı bozuklukları ile birlikte görülme sıklığının yüksek olduğu görülmüştür (Rego, 2011).

Özcan, Uğuz ve Çilli'nin (2006), Konya'da psikiyatri kliniğine başvuru yapan 950 kişi ile CIDI'nın (Uluslararası Birleşik Tanı Görüşmesi) depresyon ve anksiyete modüllerini kullanarak YAB'ın yaygınlığını araştırdıkları çalışmada, 950 hastanın 98'ine (%10,3) YAB tanısı konulmuş, kadınların erkeklere göre, evli olanların bekarlara göre, eğitim düzeyi düşük olanların yüksek olanlara göre, çalışmayanların

çalışanlara göre daha yüksek düzeyde YAB yaşadığı ortaya çıkarılmıştır. Aynı zamanda YAB tanısı alanların %90,8'inde depresyon ya da diğer bir anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği görülmüştür.

Dünya üzerinde anksiyete bozukluğu yaşayan birçok insanın hiç yardım alma davranışına yönelmediği belirtilmiştir (Coles, Shannon ve Coleman, 2010). Amerika'da 284 üniversite öğrencisine anksiyete bozuklukları için ruh sağlığı okuryazarlığı anketi ve vinyetler kullanılarak yapılan araştırmada çeşitli anksiyete bozuklukları ile ilgili ruh sağlığı okuryazarlığı değerlendirmeye çalışılmıştır. Katılımcılardan yarısından azının YAB'ın psikopatoloji olarak tanımladığı ve doğru isimlendirebildiği görülmüştür. YAB, katılımcıların çoğunluğu tarafından 'genel yaşam stresi' olarak tanımlanmıştır. YAB'ın nedenleri olarak, stres, biyolojik faktörler ve çevresel faktörler en başta gelmektedir.

Ho, Hunt ve Li (2008), Avustralya'ya göç etmiş 49 anksiyete bozukluğu yaşayan Çinli ile yaptığı çalışmada anksiyete bozukluğunu tanıdıkları, profesyonel yardım almak istedikleri, fakat yardım merkezlerinin varlığını ve nasıl ulaşacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir. YAB'ı tanıyor olmaları ile profesyonel yardıma yönelmeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Mojtabai, Olfson ve Mechanic (2002), Ulusal Tarama Anketine katılan kişilerinde anksiyete bozukluğu tanısı da almış olan 1792 kişiden elde edilen veriler ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %32'si profesyonel yardımı önermiştir. Yardım ihtiyacı %21, profesyonel yardım alma %14, ruh sağlığı uzmanından yardım alma %4 oranında bulunmuştur. İşlevsellik kaybı ve intihar düşüncelerinin olması ile profesyonel yardım arama davranışı arasında doğrudan bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Reavly, Cvetkovsky, Jorm ve Lubman (2010) Avustralya'da ulusal tarama anketine katılan 14 bin kişinin içinden 16-85 yaş arası yaklaşık beş bin kişi ile

yaptıkları çalışmada, yaşanan bozukluğun şiddeti ile yardım arama davranışları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. 25-45 yaş grubunda anksiyete bozukluklarının bir üst gruba göre daha fazla olduğu, en çok ruh sağlığı uzmanından yardımın tercih edildiği, bunu aile hekimi ve 'hiç profesyonel destek almamak' seçeneklerinin takip ettiği görülmüştür.

Kadam, Croft ve McLeod'un (2001), İngiltere'de halk taramasına katılan kişiler arasından, seçtikleri kaygı bozukluğu yaşayan 27 yetişkinle yaptıkları odak grup çalışmaları sonucunda, en çok öne çıkan yardım arama davranışının aile hekiminden destek almak olduğu, en karşı çıkılan ve zararlı olan yardımın ise ilaç tedavisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Savaş ve arkadaşları (2006), Gaziantep'te yaptıkları araştırmada halkın panik bozuklukla ilgili yardım arama davranışlarını incelemişler, katılımcıların %57'si iç hastalıkları uzmanı, %19,2' si psikiyatr, %12'si psikolog önermiş; %11,8'i ise geçici bir durum olduğunu düşünerek bir öneriye gerek olmadığını belirtmiştir.

Bahar, Savaş ve Bahar'ın (2010) Gaziantep'te psikiyatri bölümüne başvuran çeşitli ruhsal bozuklukları olan 221 yetişkinle tıbbi ve psikolojik yardım dışında yardım alma davranışlarını araştırdığı araştırmasında, yaptıkları çalışmada, anksiyete bozuklukları yaşayan grubun psikotik ve affektif bozukluklar yaşayan gruba göre çok daha az, tıp dışı dini yardım aldığını ortaya koymuştur.

1.3.1.3. Doğum Sonrası Depresyon (DSD)

Doğum sonrası depresyon, doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkan, yaşamdan keyif alamama, önemli düzeyde uykusuzluk, enerji kaybı, yetersizlik hissi, duygusal olarak iniş çıkışlar, konsantrasyon kaybı, suçluluk hissi, yorgunluk ve

intihar düşünceleri gibi belirtilerin eşlik ettiği şiddetli bir depresyon durumudur (APA, DSM IV, 1994; Efe, Taşkın ve Eroğlu, 2009; Sadock ve Sadock, 2009).

1980'li yıllarda yapılan araştırmalara bakıldığında doğum sonrası dönemde kadınların psikiyatrik destek ve yatış oranlarının daha da arttığı, kadınların tüm psikiyatrik yatışlarının %12,5'e varan oranının doğum sonrası dönemde ortaya çıktığı görülmektedir (aktaran Karamustafalıoğlu ve Tomruk, 2000).

Highett, Gemmil ve Milgrom'un (2011), Avustralya'da 1201 yetişkinle yaptıkları tarama anketi çalışmasında katılımcıların %46'sı doğum sonrası depresyonun, çocuğun doğumundan sonraya ortaya çıkan en genel sağlık problemi olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Önceki yıllarda yapılan çalışmalar ise doğum sonrası depresyonun tanınma düzeyinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Katılımcıların %94'ü doğum sonrası depresyonda özel bir tedaviye gereksinim olduğunu belirtmiştir. 55 yaş ve üstü katılımcıların daha genç yetişkinlere göre doğum sonrası depresyonu daha az tanıdığı, nedenleri arasında biyolojik etmenlerden çok psikolojik etmenlerle daha çok açıklandığı (%40), katılımcıların %80'ni yeni doğum yapmış tüm annelerin doğum sonrası depresyon açısından değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Dennis ve Chung-Lee (2006), doğum sonrası depresyon hakkında bilgi ve yardım arama davranışlarını inceleyen, 1966-2005 yılları arasında yapılmış olan 50'nin üzerinde araştırmayı gözden geçirmişlerdir. Gözden geçirme çalışmasının ortaya koyduğu bir sonuç yeni doğum yapmış annelerin %13'ünün doğumu takip eden ilk 12 hafta içerisinde doğum sonrası depresyon belirtilerini gösterdiği bilgisine ulaşılmıştır. Yaptıkları gözden geçirme çalışmasında, doğum sonrası depresyonda kişinin duygularını rahatlıkla ifade edememe, aile üyeleri ya da sağlık çalışanları tarafından baskı hissetme gibi nedenlerin uygun yardıma ulaşmayı etkileyen en önemli engeller olduğu görülmüştür. Doğum sonrası depresyon ile ilgili ruh sağlığı

okuryazarlığının olmaması ve bu dönemle ilgili mitlerin kabul edilmesi, yardım almayı engellediği görülmüştür. Yapılan çalışma, doğum sonrası depresyon yaşayan kadınların ilaç tedavisine karşı isteksiz olduklarını, kadınların, ilaç dışı tedavilere daha çok yöneldiğini, en etkili tedaviyi 'empatik ve sempatik bir dinleyici ile konuşmak' şeklinde tanımladıklarını göstermiştir.

Goodman (2009), Amerika'da yüksek sosyo-ekonomik seviyeye sahip kişilerle oluşturulmuş 509 gebe kadından oluşan bir örnekleme yapmış olduğu araştırmada, 'yardıma ihtiyaç duyarlarsa ne tür bir yardım?' sorusuna, katılımcıların %92'si bireysel psikoterapi, %35'i ilaç tedavisi, %14'ü grup terapisi yanıtı vermişler; yardım almaya en büyük engel olarak %65'i zamansızlık, %43'ü damgalama ve %33'ü çocuk bakımıyla ilgili konular olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğu, ruh sağlığı tedavisi ile ilgili alacakları yardımı kadın doğum kliniklerinde kadın doğum uzmanı ya da yine bu kliniklerde görev yapan ruh sağlığı uzmanından almayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

Türkiye'de ilk olarak Danacı ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan yaygınlık araştırmalarında ise, DSD'nin Türkiye'de görülme sıklığının %14 olduğu, bu oranla Türkiye'nin Batı ile Ortadoğu ülkeleri arasında bir yerde olduğu gösterilmiştir. Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörler arasında birlikte yaşanan çocuk sayısı, gecekonduda yaşama, göçmen olma, geçmişte yaşanan ruh sağlığı sorunları, aile ile kötü ilişkiler ve sosyal destek alamama başta gelmektedir (Danacı ve ark., 2002).

1.3.1.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Travma yaratan önemli bir olay sonrası ortaya çıkan ve kişide aşırı bir uyarılma hali, travmayı hatırlatan ya da çağrıştıran uyarlardan kaçınma ve kişinin travmatik olayı rüyalar ve 'flashback'ler yoluyla yeniden deneyimleme belirtileri ile

seyreden ve en az bir ay boyunca devam eden bir bozukluktur (APA,1994, s:200-201).

1999 Marmara depreminden önce hazırlanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili raporunda TSSB diğer yaygın bozuklukların arasında yer almazken Marmara depremleri sonrasında gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalar gözden geçirildiğinde TSSB'nin %8-63 oranında arttığı görülmüştür (Aker, 2006; Başoğlu ve ark., 2005; Karakaya ve ark., 2004; Kılıç, 2008; Önder ve ark., 2006). Dünyada da afetler sonrasında TSSB'nin görülme oranının %50 arttığı bildirilmektedir (Başoğlu ve ark., 2005).

Sır, Bayram ve Özkan (1998), terör nedeniyle Diyarbakır il merkezine zorunlu göç etmiş 100 göçmen ile göç etmemiş bir grubu karşılaştırarak yaptıkları bir araştırmada, SCL-90 ve Beck Depresyon Envanteri kullanarak, her iki grubun ruhsal sorunlarının farklılaşıp farklılaşmadığına bakmışlardır. Göçmenlerin karşılaştırma grubuna göre tüm ruhsal sıkıntıları daha çok yaşadığını, ruhsal sıkıntılar içinde TSSB'nin göç edenlerin %66'sında görüldüğünü ortaya koymuşlardır.

Reavly ve Jorm (2011), Avustralya Ulusal Tarama Anketine katılan, 15-25 yaş arası 506 kişi ile vinyet kullanarak yaptıkları çalışmada üç kişiden birinin TSSB'yi doğru isimlendirdiği, diğer bozukluklar arasında en sık yardım arayışına yönelilen bozukluğun TSSB olduğu, yardım içinde en çok tercih edilen kişinin aile hekimi olduğu görülmüştür. Aile hekiminden sonra ebeveyn, arkadaş ve danışmanlık desteği yardım almak için en çok tercih edilen destek türleri olmuştur.

Davidson, Sten, Shalev ve Yehuda (2004) TSSB yaşayan birçok insanın yaşadıkları durum hakkında bilgi sahibi olmadıkları için profesyonel yardım alma davranışına yönelmediklerini göstermiştir.

Reavley ve Jorm (2012), Avustralya'da 6019 kişiyle yapılan halk taraması sonuçlarına göre, TSSB yaşayan birine en çok önerilen yardım arama davranışlarının, aile ve arkadaş desteği almaya devam etme, düzenli olarak fiziksel aktiviteler yapma, düzenli olarak rahatlatıcı egzersizler yapma ve stresli olaylardan kaçınma olduğunu belirtmişlerdir.

Kılıç'ın (2008), Marmara Depremi'nden bir yıl sonra iki farklı deprem bölgesinde bulunan 2007 kişiye uyguladığı anket çalışması sonucunda depremzedelerin sağlık hizmetlerini ne kadar kullandığı bilgisine ulaşılmıştır. Depremzedelerin %35'nin yardım için ilk başvurdukları kişi ruh sağlığı çalışanı (psikiyatristi ya da psikolog), %22'si psikiyatri dışı uzman, %20'si pratisyen hekim ve %20'si sivil toplum kuruluşu (STK) olduğu bulunmuştur. Genç yaştaki depremzedelerin ileri yaştakilere kıyasla yardım almak için daha çok ruh sağlığı çalışanlarına başvurduğu da görülmüştür. Geçmişte ruhsal bir hastalık öyküsü olması ya da daha önce ruh sağlığı desteği almış olmanın yardım arama davranışlarını artırıcı şekilde etkilediği görülmüştür.

1.3.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Obsesif kompulsif bozukluk, temelde obsesyon ve kompulsiyon olarak adlandırılan belirtilerin oluşturduğu ruhsal bir bozukluktur. Obsesyonlar bireyin zihinden uzaklaştırılamadığı, iradesi ve kontrolü dışında zihnine hücum eden, rahatsız edici, çoğu zaman tehdit edici, ısrarcı ve tekrarlayıcı düşüncelerdir. Bu düşünceler çoğu zaman hastanın kendisine de anlamsız ve saçma gelir. Kompulsiyonlar ise obsesyonların yarattığı endişe ve korkuları azaltmak ya da nötralize etmek için ortaya çıkan davranışlardır (APA, DSM IV, 1994, s.198-199).

OKB'nin yaygınlığının %2,5 oranında olduğu, genel popülasyonda az görülen bir bozukluk olduğu, görülme oranının genel olarak beyazlarda ve tüm etnik gruplar içinde kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (Al-Issa ve Oudji,1998)

Yaşamları boyunca en az bir kez psikopatoloji yaşayan kişilerin sadece %26'sı ruh sağlığı tedavisi almaya yönelirken OKB yaşayan kişilerin ise sadece %11,5'i özel bir tedavi için başvurduğu, son yirmi yılda OKB yaşayan insanların büyük kısmının kendileri için uygun tedavileri almadığı görülmüştür (Kessler ve ark, 1994).

Coles ve arkadaşlarının (2010) Amerika'da üniversiteli öğrencilerle yaptığı çalışmada OKB'nin %80 oranında tanındığı ve doğru isimlendirildiği görülmüştür. Katılımcıların %50'sinin OKB belirtilerini ruhsal hastalık olarak açıklama eğiliminde olduğunu göstermiştir. Her beş kişiden dördü OKB yaşayan kişiye profesyonel yardım almasını önermiştir. OKB'nin nedenleri arasında ise en çok 'ruhsal hastalık' gösterilmiştir.

Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2010), 370 sağlıklı kişi ile yaptıkları bir çalışmada, OKB'nin farklı belirti gruplarından (kirlilik, saldırganlık, dini obsesyonlar, sıralama-düzenleme-sayma) oluşan dört farklı OKB olgusu sunulmuş ve katılımcıların, psikiyatrik hastalıkları tanıma yeteneği, neden ve risk etmenleri, yardım arama davranışlarını, utanç ve damgalanmaya ilgili bilgi, inanç ve tutumlarını değerlendirmeye yönelik sorular sorulmuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre, özellikle kirlenme ve saldırganlık obsesyonları ile ilgili kompulsyonların daha çok ruhsal hastalık belirtileri olarak algılandığı ve tıbbi nedenlerle ilişkilendirildiği görülmüştür. Dini obsesyonlarla ilgili kompulsyonların ise tıbbi nedenlerden çok dini konulardan dolayı ileri geldiği, yardım içinse din hocalarının tercih edilmesi gerektiği düşünülmüştür. Araştırmanın genel bir sonucu olarak, ruh sağlığı ile ilgili problemler söz konusu olduğunda diğerleriyle paylaşmaktan çekinildiği görülmüştür (Beşiroğlu ve ark., 2010).

Kohn, Saxena, Levav ve Saraceno'nun (2004) OKB ile ilgili yardım arama davranışlarını inceledikleri araştırmada, OKB olarak tanımlanan ancak sağlık yardımı arayışına girmeyen bireylerin çeşitli ülkelere göre oranlarını belirlemeye çalışmışlar, yardım arama davranışları bakımından Meksika'nın %92 oranı ile en geride yer aldığını, Türkiye'nin ise %67 oranı ile onu takip ettiğini bulmuşlardır.

Marques ve arkadaşları (2010), Amerika'da internet üzerinden OKB yaşayan 175 kişiye ulaşarak yaptıkları araştırmada, katılımcıların %60' yaşadıkları belirtilerden dolayı tedavi desteği aldıklarını belirtmişlerdir. En çok tercih edilen yardım arama davranışları ilaç tedavisi ve psikoterapi desteği almak olmuştur. Profesyonel yardım almanın önüne geçen engeller arasında ise tedavinin etkililiğinden şüphe duyma ve damgalanma ile ilgili endişeler yer almaktadır.

Goodwin ve arkadaşları (2002), İngiltere'de Ulusal Ruh Sağlığı taramasına katılan 3069 kişi ile gerçekleştirdikleri araştırmada profesyonel yardım alma davranışlarını engelleyen faktörler arasında nerden yardım alınacağına bilinmemesi (%40), kendi kendine halledebileceğini düşünmesi (%28), parasal yetersizlikler (%24), başkaları tarafından yargılanma endişesi (%20) ve tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi (%5,7) yer almaktadır.

1.3.1.6. Alkol Kötüye Kullanımı / Bağımlılığı

On iki aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, belirgin olarak artmış miktarda madde kullanma gereksinmesi, yoksunluk gelişmiş olması, tasarlandığından daha fazla madde alımı ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanım örüntüsüdür (Sadock ve Sadock, 2009, s:79, APA, DSM-IV, s:96-97).

Akdeniz ülkeleri ve Avrupa ülkelerinde alkol, günlük hayatın içinde, yemek öğünleriyle birlikte alınabilmekte, kolaylıkla ulaşılabilir; alkollü içkilerden kaçınma davranışı yoktur, buna karşılık, alkollü içkilerden kaçınma davranışının daha fazla olduğu Amerika ve Kanada gibi İskandinav ülkelerinde, alkol, yemeklerle birlikte daha az tüketilmekte, içildiğinde de daha çok toksikasyon durumları ile karşılaşmaktadır (Bloomfield, Stockwell, Gmel ve Rehn, 2003).

Özellikle Kuzey Amerika ve Kanada'da alkol kullanımının yüksek olduğu, Amerika'da en sıklıkla yaşanan ikinci psikiyatrik sorun olarak ortaya çıktığı görülmektedir (Baxter, Hinson, Wall ve Mckee,1998).

90'lı yıllarda alkolün farklı kültürlerde nasıl algılandığı ve tanımlandığı ile ilgili Beyaz Amerikalılar, Afrikalı Amerikalılar ve Latin Amerikalılar ile yapılan araştırmalarda, 'alkol bağımlılığının bir hastalık olduğu, sonsuza kadar bırakılması gerektiği' görüşleri açısından bir farklılaşma olmadığı, Afrikalı Amerikalılar ve Latin Amerikalıların, 'Alkolik, içme davranışını kontrol edebilir.', 'Alkolikler istedikleri için içerler.', 'Alkolikler ahlaken zayıf kişilerdir.' şeklindeki fikirleri daha çok savundukları görülmüştür (Baxter ve ark., 1998).

Samouilhan ve Seabi'nin (2010) Güney Afrika'da üniversite öğrencilerinin, ruhsal hastalıkların nedenleri ve tedavileri ile ilgili bilgi ve fikirlerinin neler olduğunu araştırdıkları çalışmada, kadın ve erkeklerden oluşan 112 üniversite öğrencisine sundukları vinyetlerde tanı ismi verilmeden madde bağımlılığı ve çeşitli belirtiler sunulmuş ve bu belirtilerin nereden kaynaklandığına ilişkin şıklar verilmiştir. Araştırmanın sonucunda madde bağımlılığının en önemli nedeni olarak stresli yaşam olayları, zayıf irade aktarılmıştır. Madde bağımlılığının tedavisinde en çok önerilen seçenek hastaneye yatarak tedavi olmuştur.

Turan ve arkadaşlarının (1999) Türkiye'de, Konya'da 1636 erkek ve 33 kadın katılımcı ile gerçekleştirdiği, alkol kullanım ve bağımlılığının yaygınlığı ortaya

koymaya çalıştığı araştırmasında ise, katılımcıların %26'sının alkol kullandığı, alkol kullananların ise %36,43'nün bağımlılık düzeyinde olduğu görülmüştür. Aynı zamanda alkol kullanma düzeyi ne olursa olsun alkol kullanan katılımcıların öğrenim düzeylerinin daha yüksek olduğu ve genellikle ailelerinde de alkol kullanan kişiler olduğu görülmüştür.

1.3.2.Klinik Açıdan Psikopatoloji Olarak Tanımlanmayan Durumlar ve Algılanma Biçimleri

1.3.2.1. Yas Dönemi

İlk olarak Freud (1915) tarafından bilimsel bir şekilde ele alınan ve tanımlanan yas dönemi, sevilen kişiyi kaybetme sonucunda ortaya çıkan mutsuzluk, umutsuzluk duyguları, dış dünyaya ilginin kaybedilmesi, etkinliklerin ve inisiyatifin azalması tepkilerini içerir. Bu tepkiler depresyondaki tepkilere benzer, ancak depresyondaki kadar inatçı değildir ve psikopatolojik olarak değerlendirilmez (Budak, 2003, s: 247, APA DSM-IV, Larios, 2004).

Rubin, Malkinson ve Witztum (2003), sevilen bir kişinin ölümünün ardından, kaybı yaşayan kişinin kendisine, çevresine yönelik ilgisini kaybetmesinin, psikolojik sağlık açısından, yeniden organize olma sürecinin önemli bir parçası olduğunu vurgulamışlardır.

Bir kayıp sonrası birçok birey, ortaya çıkan yas tepkileriyle birlikte 'delirmeye' başladıkları gibi bir hisse kapılarak yoğun bir kaygı yaşayabilmektedirler. Kişiler ortaya çıkan yas tepkilerinden dolayı günlük işlerini her zamanki gibi yapamaz hale gelebilmekte bu durum da yas yaşayan kişinin hayatında normal olmayan bir şeyler yaşadıklarını düşünmesine sebep olabilmektedir. Yas dönemine özgü belirtiler

konusunda bilgi sahibi olmak, kişinin yaşadığı yas sürecini normalleştirmesine yardımcı olabilmektedir (Gizir, 2006; Oates, 2003).

Yas dönemiyle ilgili literatüre göz atıldığında bu konuyla ilgili araştırmaların daha çok kayıp ile başa çıkma becerileri ve başa çıkmayı etkileyen faktörler üzerinde durulduğu görülmektedir. Türkiye’de yas süreci ile ilgili sınırlı sayıda çalışma vardır. Yas döneminin belirtileri ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyini anlamaya yönelik araştırmalar bulunamamıştır.

1.3.2.2. Mastürbasyon

Kelime anlamıyla Latince Masturbari’den (Mastürbasyon Yapmak) geldiği, bunun da muhtemelen ‘manu stuprare’, ‘kendi kendini, kendi eliyle düşük düşürmek, aşağılamak’ anlamında olduğu düşünülmektedir. Özgün anlamıyla cinsel haz amacıyla cinsel organların genellikle erotik fanteziler eşliğinde elle ya da vibratör, şişme kadın vb. mekanik yollarla orgazm noktasına kadar uyarılması anlamına gelmektedir (Budak, 2003, s:495).

Vance (1999), cinsellikle ilgili davranış ve tutumların, içinde yaşanılan kültürel bağlam ve sosyal yapı ile yakından ilişkili olduğunu, cinsel davranışın sosyal öneminin ve öznel anlamının, farklı kültürlerde ve tarih içerisinde cinsel davranışların nasıl tanımlandığı ve algılandığı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Klasik Batı kültüründe kadının cinsel yaklaşma esnasında daha aktif olmasının ‘itham edilme ya da suçluluk duygusu’ yarattığı düşünülmesi evrensel bir bilgidir çok kültürel bir anlam taşımaktadır (Özbek, 1971).

İçinde yaşanılan kültürel bağlam ve tarihsel süreçle yakından ilişkili olduğu düşünülen cinsellikle ilgili algı ve inanışlara bakıldığında en eski ve yaygın olan cinsel inanışlardan biri, mastürbasyonun bedensel (örneğin körlüğe neden olması)

ve ruhsal hastalık ve yıkımlara yol açtığı, sapıklık olduğu ve alışkanlık yaptığıdır (Özmen, 1999). Şentürk (2006) yaptığı araştırmada mastürbasyon ile ilgili olarak sivilce, saç dökülmesi, gözaltı morluğu, peniste küçülme, cinsel güçte azalmaya neden olduğu ve sadece genç ve bekar olan kişilerin mastürbasyon yaptığı algılarının varlığını tespit etmiştir.

Wang, Huang ve Lin (2007), mastürbasyon ile ilgili bilgi düzeyinin mastürbasyona yönelik tutumlarla ilişkisini anlamaya çalıştıkları bir araştırmada Tayvanlı, 17- 18 yaşlarında 780 gence bilgi ve tutum ölçekleri uygulanmıştır. Erkek katılımcıların %95,5'i, kadın katılımcıların %30'u mastürbasyon yaptıklarını ifade etmişlerdir. Mastürbasyon bilgisinin, okul programı, pornografik yayınları izleme, aktif cinsel yaşam ve arkadaşlarla seks hakkında konuşma gibi değişkenler ile arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur. Mastürbasyon ile ilgili tutumlar ile mastürbasyon arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Mastürbasyon ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumların cinsiyete ve 'mastürbasyon davranışına' göre farklılaştığı, erkeklerin ve mastürbasyon yapan kişilerin daha çok bilgiye sahip olduğu ve mastürbasyon ile ilgili tutumlarının daha pozitif yönde olduğu görülmüştür.

Das, Parish ve Laumann (2009), Çin'de 20-59 yaş arası 2828 yetişkinle yaptıkları araştırmada, kırsal kesimde yetişkinlerin daha az mastürbasyon yaptığı, kadınların erkeklere göre mastürbasyon yapma oranlarının düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır (Kadın-kırsal %7, kadın-kent %14, erkek-kırsal %42, erkek-kent, %64). Mastürbasyon davranışı ile erken yaşta mastürbasyon yapmaya başlamak, mastürbasyon ve anatomik yapı hakkında bilgi sahibi olmak, cinsellik ile ilgili değerlere sahip olmak ve eğitim düzeyinin yüksek olması arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

Kaestle ve Allen (2011), Amerika'da 56 erkek, 16 kadın toplam 72 kolej öğrencisiyle yaptıkları çalışmada, erkeklerin %12,5'i, kadınların %37,5'i

mastürbasyonun 'asla kabul edilemeyecek bir davranış' olduğunu belirtmiştir. Erkeklerin %25'i, kadınların %46,4'ü masturbasyonu normal bir davranış olarak görürken, erkeklerin %62.5'i, kadınların %16,1'i cinsel sağlık için zararlı bir davranış olarak görmüştür.

Petersen ve Hyde (2010) yaptıkları meta-analiz çalışmasında otuza yakın cinsel davranış ve tutum içerisinde, cinsiyet farklılığının en çok yaşandığı cinsel alanın masturbasyon ve pornografik yayın olduğunu belirtmişlerdir.

Daha önce kadın cinselliği üzerine yapılmış araştırmaların bulguları masturbasyonu bir tabu olduğunu gösterirken, Yuxin ve Ying (2009), 22-39 yaş arası 40 kadınla yaptığı araştırmada, kadınların çoğunluğunun masturbasyonu 'normal', 'doğal' ve 'sağlıklı' bir davranış olarak tanımladığını göstermiştir (Li, 1998).

1.3.2.3. Eşcinsellik

Eski Yunan'da benzer anlamına gelen 'amos' ile cinsellik anlamına gelen 'seksüalite' sözcüklerinden türemiş olan eşcinsellik, aynı cinsiyetten kişiler arasında kurulan, cinsel nitelikli bedensel ya da duygusal bağlılık ve ilişki anlamına gelmektedir (Güney, Kargı ve Oruç, 2004). Budak (2003), eşcinselliği en genel anlamıyla aynı cinsten kişiler arasındaki cinsel ilişki olarak tanımlamıştır: bu ilişki cinsel fantezilerden ve duygulardan, öpüşmeye, karşılıklı masturbasyona, oral ya da anal temasa kadar değişkenlik gösterir.

Cinsel tutum ve davranışların kültürel etkiler ve tarihsel süreçlerden etkilenebildiği, değişebildiği görüşünü kabul eden antropolojik ve kültürel yaklaşımlarla birlikte, 'cinsel dürtü', 'homoseksüellik', 'heteroseksüellik', 'kadın ve erkek cinselliği' gibi kavramların biyolojik olarak var olduğu ve evrensel olarak geçerli kavramlar olduğu üzerinde durulmuştur (Vance, 1999). Eşcinsel davranışlar

içinde bulunulan yaşa ya da kültüre göre farklılıklar gösteriyor olsa da eşcinselliğin her tarihsel dönemde ve her toplulukta görülmüş olması, eşcinselliğin evrenselliğini ortaya koymaktadır (Güney ve ark., 2004; Weeks, 1999). Hemen hemen bütün kültürlerde ve büyük dinlerde normal dışı cinsel davranış olarak kabul edilmiş olan eşcinsellik, yarım yüzyılı geçkin bir süre bir bozukluk olarak kabul edilmiştir (Güney ve ark., 2004; Throckmorton, 1998).

Günümüzde eşcinselliğin normal olduğu görüşü bilimsel olarak kabul edilmiş olmasına rağmen eşcinselliğin anormal bir durum olduğu yönünde inanışlar olduğu da belirtilmektedir (Haldeman, 1994). Eşcinselliği hastalık olduğunu öne süren 'onarım terapileri' adı altında terapiler psikiyatrik danışmanlık ve terapiyle eşcinselliği tedavi edebilecekleri savını öne sürmektedirler (Doğan, 2009). Amerikan Psikiyatri Derneği (APA)'nin 1973 yılında daha öncesinde bir bozukluk olarak kabul ettiği eşcinselliği DSM'den çıkarması ile birlikte, eşcinselliğin bir hastalık olmadığı, kişilerin işlevselliğini etkilemediği yolundaki görüşler profesyonel tıp ve psikoloji/psikiyatri örgütleri tarafından kabul edilmektedir (Drescher ve Fergusson, 2006).

Bhugra ve arkadaşlarının (2007) Hindistan'da cinsel tutum ve davranışları araştırdıkları bir çalışmada eşcinsellik ile ilgili, genç erkeklerin izledikleri pornografik filmler aracılığıyla aynı cinsiyetten kişilerin yaşadıkları cinsel deneyimlerle ilgili bilgi sahibi oldukları, genç kızların, eşcinsellikten korktukları görülmüştür. Aynı zamanda daha yaşlı katılımcıların gençlerle kıyaslandıklarında eşcinselliğe daha fazla tolerans gösterdikleri, kadınların daha olumsuz görüşler bildirdiği ve eşcinselliği daha çok hastalık olarak tanımladıkları görülmüştür.

CETAD'ın (2006), yurt genelinde yaptığı cinsel sağlık araştırmasında 'eşcinsellik bir akıl hastalığı çeşididir' inanışına katılımcıların % 25'i tamamen katıldığını, %31'i kısmen katıldığını, %25'i bu inanışı tamamen yanlış bulduğunu, %19'u ise bu konuyla ilgili hiç fikri olmadığını belirtmiştir.

Çırakoğlu'nun (2006) Türkiye'de üniversite öğrencilerinin, eşcinselliğin nedenleri ile ilgili atıflarını ve tutumlarını araştırdığı bir çalışmada eşcinselliğin bir hastalık olduğu düşüncesinin öne çıktığı, erkek katılımcıların kadınlara kıyasla daha olumsuz tutumlara sahip olduğu görülmüştür.

Okutan (2010), eşcinsellere yönelik tutumlarına yönelik araştırmasında, geleneksellik algısının yani muhafazakârlık ve dini inanç ile ilgili tutumların güçlü olması ile eşcinsellere yönelik cinsel önyargı ve diğer olumsuz tutumların artması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Aynı zamanda cinsiyetin de eşcinsellik ile ilgili tutumlarla ilişkili olduğunu, erkeklerin eşcinsellik ile ilgili olumsuz tutumlara daha fazla sahip olduğunu göstermiştir.

Eşcinsellik ile ilgili yapılan araştırmalarda, kişilerin eşcinsellik ile ilgili bilgi düzeylerinden çok tutum ve inançlarının araştırıldığı görülmüştür. Yapılan tutum araştırmalarında, eğitim düzeyi, cinsiyet dini mezhep ve inançlar ile tutumlar arasındaki ilişkilere bakılmış, eğitim düzeyinin artması ile olumlu tutumlar (sosyal kabul, ayrımcılık yapmama) arasında ilişki olduğu görülmüştür. Araştırmalardan çıkan diğer bir sonuç da cinsiyeti kadın olanların eşcinselliğe karşı daha çok hoşgörü gösterebiliyor olmalarıdır (Bhugra ve ark., 2007; Cao ve ark., 2010; Grapes ve College, 2006; Okutan, 2010).

Cao ve arkadaşlarının (2010), Çin'de 500 üniversite öğrencisiyle yaptığı araştırmada, öğrencilerin eşcinsellik ile ilgili bilgi sahibi olmalarının, eşcinsellik ile ilgili olumlu tutumların belirlenmesinde önemli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

1.3.3. Araştırma Kapsamına Alınan Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile İlişkili Psikososyal Değişkenler

1.3.3.1. Toplumsal Cinsiyet Roller

Toplumsal Cinsiyet Roller, erkekle kadın arasında bulunduğu söylenen davranış farklarını içeren cinsiyet konusundaki kültürel stereotipler ile bunlara uygun olarak öğretilen rollere denir (Budak,2003). Cinsiyet sözcüğü İngilizcedeki 'sex' sözcüğünün karşılığı iken, Oğuz (1998) 'toplumsal cinsiyet (gender), insanların eril ve dişil olarak üremeye dayalı bölünmesi kapsamında veya bu bölünmeyle bağlantılı olarak örgütlenmiş pratik anlamına gelmektedir' demiştir.

Yapılan epidemiyolojik ve antropolojik araştırmaların verilerinden anlaşıldığına göre, kadınlarda görülen psikolojik rahatsızlıkların görülme şekli ve kümelenişi erkeklerden farklıdır. Kadınlara özgü sıkıntı ve bozuklukların kaynağı, pek çok kadının yaşamında geçerli olan toplumsal koşullarda bulunabilir (Oğuz,1998). Good'a (2002) göre depresyon, umutsuzluk, bitkinlik, öfke ve korkunun kaynakları, açlık, aşırı çalışma, şiddete maruz kalma, çaresizlik ve ekonomik bağımlılıktır.

Tüm dünyada çeşitli toplumlarda yapılan niceliksel araştırmalar depresyon, kaygı belirtilerinin ve belirlenmemiş psikiyatrik sıkıntılarının kadınlar arasında daha yaygın olduğunu, buna karşılık erkeklerde alkol ve uyuşturucu bağımlılığı gibi madde kötüye kullanımı ve bağımlılığın daha yaygın olduğunu göstermiştir (Good, 2002). Cinsiyete göre bu farklılıkların, erkeklerin yaşadıkları sıkıntıları madde kullanımı ya da saldırgan davranışlar ile dışa vurmaya daha eğilimli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Good, 2012).

Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere göre ruhsal bozuklukları tanıma düzeyinin daha yüksek olması, olumlu tutumlara sahip olma, yardım arama davranışlarına yönelme açısından farklılaştığı, erkeklerin

geleneksel cinsiyet rolleri sebebiyle sıkıntılarını ifade etmekten çekindikleri bilinmektedir (Deen ve Bridges, 2011; Barry ve ark., 2000, Norris ve ark., 2001).

Deen ve Bridges de (2011), yaptıkları araştırmada depresyon ile ilgili tutum ve inançların erkek ve kadınlara göre farklılaştığını ortaya koymuşlardır: erkeklerin ruh sağlığı ile ilgili farkındalıklarının daha dūřuk, yardım arama davranışlarının daha az olduğu, daha çok negatif tutumlar ve damgalama eğilimi içerisinde olduklarını gōstermiřlerdir. Kadınlara ise ruh sağlığı ile ilgili konularda konuşmaya daha açık oldukları, ruh sağlığı ile ilgili daha olumlu tutumlara sahip olduğu, sosyal destek ağlarını kullanma konusunda daha istekli olduklarını gōstermiřlerdir.

Swami'nin (2012) ruh sağlığı okuryazarlığında depresyonun tanınma ve depresyonla ilgili tutumları araştırdığı araştırmasında, kadın ve erkek cinsiyeti için ayrı ayrı hazırlanmış iki depresyon vinyeti kullanmıştır. Yaptığı araştırma sonucunda, tūm katılımcılar erkeklerin, herhangi bir ruhsal bozukluktan dolayı kadınlar kadar acı çekmediğini belirtmişlerdir. Erkek katılımcılar, kadın katılımcılara kıyasla kadınların bir ruhsal bozukluktan daha fazla acı çektiğini ve tedavisinin de daha zor olduğunu belirtmişlerdir. Maskūlen cinsiyet rolünde 'strese dayanıklılık ve kuvvetli' olma özellikleri yer aldığından katılımcıların, bir erkeğin depresyon gibi bir psikopatoloji belirtisi nedeniyle acı çektiği dūřüncesini daha az kabul ettiği gōr÷lmektedir. Kadınlar, erkek vinyeti için erkeklerden daha çok 'üzünt÷l÷, sıkıntılı' tanımını getirmişlerdir. Fakat erkek ve kadınların, kadın vinyeti için getirdikleri 'sıkıntılı, üzünt÷l÷' tanımları arasında bir farklılaşma olmadığı gōr÷lmüştür. Kadınlar, erkeklere göre depresyon yaşayan erkeğe karşı daha sempati gōsterirken, depresyon yaşayan kadın vinyetine gōsterilen sempattide bir farklılaşma olmamıştır. Erkekler, kadınlara kıyasla depresyon yaşayan kadına daha çok yardım önerisinde bulunurken, depresyon yaşayan erkeğin yardım alması ile ilgili kadınlar ve erkekler arasında bir farklılaşma olmamıştır.

Yukarıda yer alan araştırma bulgularını benzer olarak kadınların erkeklerden daha çok yardım arama davranışları içinde olduğu başka araştırmalar tarafından da desteklenmektedir (aktaran Güleç ve ark., 2011). Bu durumun, erkeklere kıyasla kadınlarda psikopatolojinin daha fazla saptanması, erkeklerin kadınlara göre sorunlarını daha çok inkar etmesi ya da yardım arama konusunda isteksiz davranmaları ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Bekaroğlu, 1995; Rogler ve Cortes,1993). Yukarıdaki araştırma sonuçlarının da desteklediği gibi kadınların ruh sağlığı ile ilgili sorunları tanıma düzeyinin daha yüksek olduğu ve sağlık hizmetlerinden erkeklere göre daha fazla yararlandıkları düşünülmektedir (Bekaroğlu,1995; Güleç ve ark., 2011; Rogler ve Cortes,1993).

1.3.3.2. Yerleşim Özellikleri

İnsanların yaşadıkları yerin, kırsal kesim ve şehir olmasına göre, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi düzeyinin yüksek olması, ruhsal bozukluklar ile ilgili olumlu tutumlara sahip olması ve yardım alma davranışlarına yönelmesi farklılık gösterebilmektedir (Deen ve Bridges, 2011; Kishore ve ark., 2011; Suhail, 2005).

Bartlett ve arkadaşlarının (2006) Avustralya'nın kırsal kesiminde 2132 kişilik geniş bir popülasyon ile yaptığı araştırmada, depresyonun katılımcıların %81 tarafından rahatlıkla tanındığı ve doğru isimlendirildiği, %37'sinin ruh sağlığı hizmetlerinden yeterince haberdar olmadığı, %57'si ise ruh sağlığı hizmetlerinin yeterince işe yaramadığını düşündükleri görülmüştür.

Avustralya'nın kırsal kesiminde ruh sağlığı okuryazarlığının yüksek oranlarda olması ulusal ruh sağlığı kampanyaları ve medya üzerinden yapılan farkındalık eğitimlerinin yoğunluğu ile açıklanmaya çalışılmaktadır (Barlett ve ark; Jorm ve ark, 2005).

Deen ve Bridges (2011) Avustralya'da yaptığı araştırmada kırsal ve kentsel kesim arasında depresyonun tanıma düzeyi açısından bir farklılık olmadığını, fakat kırsal kesimdekilerin, şehirde yaşayanlara kıyasla, yardım almak için danışman ya da psikologa gitmeyi daha az tercih ettiklerini göstermişlerdir. Özetle ruh sağlığı uzmanlarından destek almak yerine daha sıklıkla dini topluluklar gibi sosyal ağlarından yardım almayı tercih eden kırsal kesimdekiler, ruh sağlığı uzmanlarından yardım alma ihtiyacını şehirdekilere kıyasla daha düşük düzeyde yaşamaktadırlar.

Griffits ve arkadaşları (2008), Avustralya'da uzak yerleşimin, halkın depresyon ve şizofreni bilgisi üzerindeki etkisini araştırdıkları bir araştırmada, büyükşehir, şehir ve kırsal kesimde yaşayan üç ayrı popülasyondan topladıkları bilgileri karşılaştırmışlardır. Araştırmanın sonucunda üç farklı popülasyonun, profesyonel ve geleneksel yardıma duyulan gereksinim, hastalığın nedenleri, gidişi, tedavinin sonuçları gibi konularda benzer sonuçlar gösterdikleri görölmüş olsa da şehirde yaşayan grubun intihar ve kronik şizofreniyi tanıma düzeyi daha yüksek bulunmuştur; büyük şehirde yaşayanlara kıyasla depresyon için psikoterapi desteğinin yararına daha az inandıkları görölmüştür. Kırsal kesimdekiler daha çok bilimsel olarak etkililiği kanıtlanmamış alkol, ağrı kesici vb. şeylerin depresyona iyi geleceğini belirtmiştir. En uzakta yer alan kırsal kesimdekiler, antipsikotik ilaçların şizofreninin ilk dönemi için kişilere zarar vereceğini ifade etmişler; yardım için psikiyatir, psikolog, sosyal çalışmacı ya da aile hekimini daha az onaylamışlardır.

Barry ve arkadaşlarının (2000), İrlanda'nın kırsal kesiminde 1014 kişiyle yaptıkları araştırmada farkındalık, yardım arama, tutumlar ve damgalama ile ilgili vinyet ve sorular yöneltilmişlerdir. Katılımcıların %86,4' ünün verdikleri yanıtlardan, İrlanda'nın kırsal kesiminde geçen yirmi yıla göre ruh sağlığı ile ilgili farkındalığın arttığı görölmüştür. Yardım arama davranışları arasında katılımcıların %69'unun aile hekimini, %53'ünün psikiyatristi, %52'sinin ise psikoloğu önerdiği görölmüştür.

Kishore ve arkadaşları (2011), şehirde yaşayanların (%40) kırsal kesimdekilere göre (%30) psikopatolojinin tedavi edilemeyeceği düşüncesine daha çok sahip olduklarını göstermiştir. Bunun yanı sıra kırsal kesimden daha fazla insanın (%76,6), şehirdekilere göre (%59) ruhsal hastalık yaşayan bir kişi hakkında rahat konuşabildiklerini, bu durumu ruhsal olarak hasta bir insanın kırsal kesimde daha çok kabul görmesiyle açıklamaya çalışmışlardır.

Türkiye'nin kırsal kesiminde yapılan bazı araştırmalar depresyon ve şizofrenin tanınma düzeyinin yüksek olduğunu, fakat psikopatoloji yaşayan kişilere karşı tutum ve davranışların olumsuz olduğunu göstermiştir. Kırsal kesimde yardım aramanın daha çok büyücü, hoca, şeyh gibi geleneksel kaynaklardan sağlanmaya çalışıldığı görülmüştür (Özmen ve ark., 2003; Şen ve ark; 2003; Taşkın ve ark., 2002)

Şen ve arkadaşları (2003), Manisa'nın bir köyünde 230 kişi ile yaptıkları araştırmada %66,3' ünün depresyonu ruhsal bir bozukluk olarak tanımladığı, depresyonu 'bir hastalık' olarak görenlerin oranının %66,3 olduğu, 'akıl hastalığı' olduğunu düşünenlerin oranının %44,7 olduğunu bulmuşlardır. Depresyonun tedavisi ile ilgili fazla bilgi sahibi olmadıkları yardım için en çok doktora gidilmesini önerdiklerini (%51), doktorlar içinde en çok psikiyatristi önerdikleri (%41,3) görülmüştür.

Taşkın ve arkadaşlarının (2002) Türkiye'nin kırsal bir bölgesinde halkın şizofreniye ilişkin bilgi düzeyi ve tutumlarını araştırdıkları çalışmasında, katılımcıların %82,2' si şizofreniyi 'ruhsal bir hastalık', %76,3'ü'bir hastalık' ve %62'si 'akıl hastalığı' olarak tanımlamışlardır. Yardım arama davranışlarında ise %66,8'i öncelikle doktora başvurulması gerektiğini, gidilecek doktorun da ruh sağlığı ve hastalıkları doktoru olması gerektiğini, %80'i şizofrenin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir. Kırsal kesimdeki atılımcıların %50-60'ı şizofreni ile ilgili

arkadaş olmak istememe, evlenmek istememe gibi olumsuz tutumlara sahip olduğu görülmüştür.

1.3.3.3. Dini Tutum

Ruh sağlığında dini tutumları konu alan araştırmaların genellikle ruh sağlığı ile dindarlık arasında nasıl bir ilişki olduğunu anlamaya çalıştığı görülmektedir (Jilek, 1995). Bu araştırma sonuçlarının bir kısmı dindarlık düzeyi arttıkça psikopatoloji belirtilerinin azaldığını ortaya koymuştur (Ünal ve Özcan, 2000).

Ünal ve Özcan'ın (2000) yaptığı araştırmada dindarlık düzeyi arttıkça depresif belirtilerin azaldığı görülmüştür. Dini inançlar ve tutumlar, depresyon için koruyucu faktörler arasında yer almaktadır. Reavley ve arkadaşlarının (2011) Avustralya'da ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili yaptıkları araştırmada, katılımcılardan %50'si ruhsal hastalıklardan korunma yolu olarak dini inanca sahip olmayı önermişlerdir.

Dindarlık ve ruh sağlığı ilişkisini inceleyen araştırmaların gözden geçirildiği bir araştırmada ise araştırmaların bir kısmında yüksek düzeyde dindarlık, düşük depresyon düzeyi ile ilişkili bulunurken, bir kısmında dindarlık düzeyi arttıkça dindarlık düzeyinin arttığı saptanmıştır. Bu çalışma kapsamında yer alan bazı araştırma sonuçlarına göre ise dindarlık ile psikolojik sıkıntılar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Dew ve ark., 2008). Dirik ve Günay'ın (2009) yaptığı araştırmada da psikolojik sıkıntılar ile dindarlık düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Bazı araştırmalarda dini tutumlar, psikopatolojinin kaynağına yönelik algı ve tutumları belirlemede etkili olduğu görülmüştür. Kishore ve arkadaşlarının (2011) 'Hindistan'da ruhsal bozukluklar ile ilgili mitler, inançlar ve algılar' başlıklı araştırmasında kırsal kesimdeki katılımcıların %40'ı, şehirde yaşayanların %20'si

psikopatolojinin nedenini günahlardan dolayı tanrının vermiş olduğu ceza olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Adamczyk ve Pitt'in (2009) hukuki olarak eşcinselliği kabul eden ve etmeyen 33 farklı ulustan toplam 45,824 kişinin katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmalarında dini tutumlar ile eşcinsellik ile ilgili tutumların arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Katılımcının dini inanç düzeyi ne olursa olsun, eşcinselliği neredeyse tamamen reddetme eğiliminde oldukları görölmüştür. Yuchtman-Yaar ve Alkalay (2007) farklı dinlerde dünya değerlerinin nasıl farklılaştığını araştırdıkları çalışmalarında, müslümanların, katolik ve protestanlara göre daha muhafazakar sosyal değerlere sahip olduklarını göstermişlerdir. Finke ve Adamczyk de (2008) müslümanların cinsel ahlak konusunda katoliklerden daha fazla muhafazakar tutumlara sahip olduklarını, cinsel ahlaka daha çok önem verdiklerini ve diğer dinlere göre eşcinselliği daha az kabul ettiklerini ve onaylamadıklarını göstermiştir. Eşcinsellik ile ilgili tutumların dindarlık ile ilişkisini araştıran diğer çalışmalarda, dindarlık düzeyi arttıka eşcinsellik ile ilgili olumsuz tutumların daha çok öne çıktığı, protestanlık mezhebinde eşcinsel birlikteliklerin diğer mezheplere göre daha çok desteklendiği görölmüştür (Mwaba, 2009; Olson, Cadge ve Harrison, 2006).

Dini tutumlar ile ruh sağlığı hizmetlerinden yardım alma davranışları arasındaki inceleyen araştırmalar yapılmıştır. Krenawi ve Graham'ın (2011), İsrail'de üniversite öğrencileri ile yaptığı bir araştırmada ruh sağlığında yardım arama davranışları açısından hıristiyan, müslüman ve durzi olan grupları karşılaştırmışlar, hıristiyanların kişiler arası ilişkilerde daha açık olabildiklerini, ruh sağlığı servislerini de daha az damgalayıcı bulduklarını, 'şifa bulmak için hocaya/büyücüye gitme' gibi geleneksel yardım kaynaklarını daha az kullandıklarını, bunun yerine psikoterapi ve biyomedikal desteklere daha yakın durduklarını göstermişlerdir. Damgalama konusunda benzer tutumlara sahip olsalar da

üslümanların da dürzilere göre ruh sağlığı servislerinden yararlanmaya daha sıcak baktıkları görülmüştür.

Okutan (2010), eşcinsellere yönelik tutumları araştırdığı araştırmasında, geleneksellik algısının yani muhafazakarlık ve dini inanç ile ilgili tutumların güçlü olması ile eşcinsellere yönelik cinsel önyargı ve diğer olumsuz tutumların artması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

1.3.3.4. Yaşam Kültürü ile İlgili Özellikler

Ruh sağlığı ve medyanın ilişkisine bakılan araştırmalarda medyanın ruh sağlığı, şiddet ve suç arasında ilişki kurulmasına hizmet ettiği, bu bağlamda medya öykülerinin daha sık olarak şizofreni ve alkol/madde kullanımı gibi ruhsal bozuklukları ele aldığı görülmektedir. Son yıllarda ise medyada depresyon ve anksiyete gibi diğer ruhsal bozukluklarla ilgili farkındalık ve hoşgörü kazandırmaya yönelik programlar ve medya öyküleri de yer almaya başlamıştır (BMCC, 2004)

Lauber ve arkadaşları (2003) yaptıkları araştırma ile medyada psikiyatri ile ilgili konulara yer veriliyor olmasının ruhsal bozukluklar ile ilgili olumlu tutumların oluşmasına katkı sağladığını ortaya koymuşlardır.

Reavly ve arkadaşlarının (2012) Avustralya'da yaptıkları araştırmada katılımcıların %50,3'ü, son bir yıl içinde ruh sağlığı ile ilgili bir şeyler gördüklerini, duyduklarını ya da okuduklarını belirtmişlerdir. Halkın ruh sağlığı ile ilgili öykülere en çok televizyonda ruh sağlığı ile yardım alma ile ilgili farkındalığı arttırmak amacıyla hazırlanmış eğitim programları aracılığıyla ulaştıkları görülmüştür. Televizyondan sonra ruh sağlığı ile bilgilendirme kaynağı olarak ikinci sırada gazete, üçüncü sırada ise internet yer almaktadır.

Öte yandan, Hillert ve arkadaşları(1996) gazete ve magazin dergilerinde ruh sağlığı ile ilgili yer alan haberleri tarayarak yaptıkları bir araştırmada, yazılı basında ruh sağlığı sorunları ve tedavileri ile ilgili yanlış bilgilerin yer alabildiğini, yanlış bilgilendirmenin ruh sağlığı ve psikiyatri ile ilgili olumsuz tutumların ortaya çıkması üzerinde etkili olduğunu göstermişlerdir.

Barry ve arkadaşlarının (2000) İrlanda'nın kırsal kesiminde yaptıkları araştırmada katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili bilgi aldıkları önemli kaynakların aile (%41), aile hekimi (%27), arkadaşlar (%12) ve psikiyatri (%5) olduğu; en az önemli olan kaynağın ise medyadaki ünlüler (%3) olduğunu görülmüştür. Araştırmanın diğer sonuçları arasında ruh sağlığı ile ilgili bilgilendirmede en önemli iletişim araçlarının televizyon (%21) ve radyo (%16) olduğu yer almaktadır.

1.3.3.5.Kişisel Psikopatoloji Düzeyi ve Yardım Geçmişi

Ruh sağlığı okuryazarlığı araştırmalarında kişilerin kendi psikopatoloji düzeyinin ruhsal bozuklukların tanınması üzerinde etkili olduğunu gösteren araştırmalar olduğu gibi, tam tersine işaret eden araştırmalar da bulunmaktadır.

Deen ve Bridges'in (2011) Amerika'da kırsal kesimde yaptıkları araştırmada katılımcıların kendi depresyon düzeylerinin, depresyon okuryazarlık düzeyleri üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı görülmüştür. Swami ve arkadaşları da (2011) yaptıkları araştırmada, geçmişte bir psikopatoloji tanısı almış olanlar ile olmayanlar arasında, ruh sağlığı okuryazarlığının düzeyi açısından anlamlı bir farklılaşma olmadığını ortaya koymuştur.

Öte yandan Griffiths ve arkadaşları ise (2009) Avustralya'nın kırsal kesimini de kapsayan araştırmalarında katılımcıların kendi depresyon belirtileri olması ve

geçmişte uzmandan yardım almış olmaları ile depresyonu tanıma düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermişlerdir.

Dahlberg ve arkadaşlarının (2008) İsveç'te depresyon okuryazarlığı ile ilgili üç ayrı katılımcı grubu oluşturarak yaptıkları araştırmada birinci grup ruh sağlığı sorunu olan (%37 depresyon, %18 anksiyete, %7 alkol sorunu) ve geçmişte uzman desteği almış kişilerden oluşurken, ikinci grup, ruh sağlığı sorunu olan (%36 depresyon, %20 anksiyete ve %24 alkol sorunu) daha önce uzman yardımı almamış kişilerden oluşmaktadır. Üçüncü grup ise ruh sağlığı teşhisi almamış olan kişilerden oluşmaktadır. Araştırmanın sonucunda, depresyonun %35 oranla en çok birinci grup tarafından tanındığı, %31 oranla en az üçüncü grup tarafından tanındığı gösterilmiştir. Diğer sonuçlar arasında depresyon ile ilgili yardım arama davranışları arasında her üç grubun da ilk sırada danışmanlık desteğini önerdiği, depresyonun prognozu ile ilgili olarak yine her üç grubun da 'tekrarlama riski olan tedavi edilebilir bir hastalık' ifadesini seçtikleri görülmüştür.

Reavley ve arkadaşlarının (2012) yayımladıkları ruh sağlığı okuryazarlığı raporuna göre katılımcıların depresyon belirtilerini tanıma düzeyini en fazla arttıran faktörün yakın bir aile üyesinde ya da arkadaşında ruhsal bozukluğa tanık olmak olduğunu, bunun TSSB'nin tanınma düzeyine ise çok fazla etki etmediği görülmüştür. Lauber ve arkadaşları (2003) yaptıkları araştırmada, daha önce ruhsal bozukluğu olan biriyle temas kurmuş olmanın ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini arttırdığını göstermişlerdir.

Türkiye'de Özmen ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırmada, katılımcıların geçmişte ruhsal bozukluğun olması ile depresyonu bir hastalık olarak tanımlamak arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Geçmişte ruhsal bozukluğun olması, psikoterapi desteği alma, ilaç tedavisi görme ve ortam değişikliğinde bulunma (tatile çıkmak gibi) ile de anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.

1.4. Araştırmanın Amacı

İlk olarak Jorm (1996) tarafından tanımlanmış olan ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı, psikopatolojinin tanımlanması ve önlenmesini içeren ruhsal bozukluklar ile ilgili bilgi ve inançları ifade etmektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığının başlıca çalışma konuları, belirli psikopatolojinin ya da psikolojik sıkıntıların farklı görünüş şekillerinin tanınması, psikopatolojinin risk faktörleri ve sebepleri, kendi kendine yardım ile ilgili bilgi ve inançların belirlenmesi, ruhsal bozukluğu tanımayı ve uygun yardım arama davranışlarına ulaşmayı kolaylaştıran tutumların belirlenmesidir.

Araştırmacının, İstanbul'un Sultanbeyli ilçesinde İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı Psikolojik Danışmanlık ve Eğitim Merkezinde, iki yıl süresince psikolog olarak yaptığı gözlemler bu araştırmanın amacının ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili olmasına katkı sağlamıştır. Araştırmacının merkezlere gelen kişilerle ilgili yaptığı gözlemler,

- Düşük veya orta sosyo-ekonomik düzeyde oldukları,
- Terapi desteği alıyor olmayı 'deli olmak' şeklinde tanımladıkları, başkaları tarafından 'deli' olarak algılanacaklarına ilişkin endişeler taşıdıkları,
- Psikiyatrik yönlendirmelere ve geçmişte almış oldukları ilaç desteğine karşı önyargılı yaklaştıkları, ilacı alırsa 'deli' olarak görüleceklerini ya da ilaç alırsa bağımlı olacaklarını düşündükleri,
- Tıbbi ya da terapötik destek arayışından önce, 'hoca' vb. geleneksel yardımlara yöneldikleri,
- Yas, depresyon, doğum sonrası depresyon, TSSB, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili aldıkları danışmanlık bilgilerini günlük yaşamda kullandıkları,
- Çevrelerindeki kişilere terapiyi sıklıkla önerdikleri
- Psikolojik sorunların nedenlerini çoğu zaman dinsel konular ile açıklamaya çalıştıkları olmuştur.

Bu tez çalışmasında, psikolojik danışmanlık ve eğitim merkezlerine başvuran yetişkinlerin psikopatolojiye ilişkin algılarının, ruh sağlığı okuryazarlığı açısından psikopatolojiyi tanıma düzeylerinin ve yardım arama davranışlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Katılımcıların, yaygın görülen psikopatoloji türlerini ve psikopatoloji olmadığı halde böyle algılanabilen bazı durumları (depresyon, YAB, doğum sonrası depresyon, OKB, TSSB, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ile DSM-IV'e göre psikopatoloji olmayan mastürbasyon, eşcinsellik ve yas dönemi) tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlanma düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın önemli diğer bir amacı da katılımcıların yardım arama davranışlarının neler olduğunu ortaya çıkarılmasını sağlamaktır.

Araştırma soruları şu şekildedir:

- 1) Ruh sağlığı ve psikopatoloji kavramları nasıl tanımlanmaktadır?
- 2) Araştırma kapsamında yer alan durumlar arasında patoloji olarak tanımlanan ve tanımlanmayan durumlar nelerdir?
- 3) Bu durumlara verilen yanıtların DSM-IV kriterlerine göre doğruluk oranı nedir?
- 4) Depresyonun patoloji olarak tanınma oranı ve önerilen yardım arama davranışları nelerdir?
- 5) YAB'ın patoloji olarak tanınma oranı ve önerilen yardım arama davranışları nelerdir?
- 6) DSD'nin patoloji olarak tanınma oranı ve önerilen yardım arama davranışları nelerdir?
- 7) TSSB'nin patoloji olarak tanınma oranı ve önerilen yardım arama davranışları nelerdir?
- 8) OKB'nin patoloji olarak tanınma oranı ve önerilen yardım arama davranışları nelerdir?
- 9) Alkol Kötüye Kullanım/Bağımlılığının patoloji olarak tanınma oranı ve önerilen yardım arama davranışları nelerdir?

- 10) Yas Tutmanın patoloji olarak tanınma oranı ve önerilen yardım arama davranışları nelerdir?
- 11) Eşcinselliğin patoloji olarak tanınma oranı ve önerilen yardım arama davranışları nelerdir?
- 12) Mastürbasyonun patoloji olarak tanınma oranı ve önerilen yardım arama davranışları nelerdir?
- 13) Katılımcıların patoloji olarak algıladıkları durumlar, kendi psikopatoloji düzeylerine göre farklılık göstermekte midir?
- 14) Katılımcıların patoloji olarak algıladıkları durumlar ile geçmişte psikoterapi/psikiyatri desteği alma arasında ilişki var mıdır?
- 15) Psikopatolojiyi tanıma ile hangi sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı ilişkiler vardır?
- 16) Psikopatolojiyi tanıma ile toplumsal cinsiyet rolleri, dini tutum ve yerleşim özelliklerinden hangileriyle arasında anlamlı ilişkiler vardır?

1.5. Araştırmanın Önemi

Bu çalışmanın önemi, ilk defa Jorm (2000) tarafından tanımlanan Ruh Sağlığı Okuryazarlığı kavramının Türkiye’de gündeme gelmesine katkı sağlayacak olmasıdır. Ruhsal bilgilerin tanınması, idare edilmesi ve önlenmesi ile ilgili bilgi, inanç ve tutumları kapsayan bu kavram kişilerin ruh sağlığı ile ilgili yardım arama davranışlarını belirleyebilmektedir (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006). Türkiye’de oldukça sınırlı olan ruh sağlığı okuryazarlığı kavramına ve bu konuda yapılmış araştırmalara dikkat çekmesi ve literatüre yeni bilgiler katacak olması açısından bu tez çalışması önemlidir.

Dünyada ve Türkiye’de Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili araştırmalara bakıldığında, en sık depresyon ya da şizofreni ile ilgili bilgi ve tutumların araştırıldığı

görülmektedir (Çam ve Bilge, 2007; Dahlberg ve ark., 2008; Deen ve Bridges, 2011; Griffiths ve ark., 2009; Jorm ve ark., 2005; Özmen ve ark., 2003; Taşkın ve ark., 2002). Patolojik olan ve olmayan toplam dokuz farklı durumun hepsini birden ele alan bu tez çalışması Türkiye’de yapılmış bir ilk çalışma niteliğindedir. Bu tez çalışmasının sonuçları, psikopatoloji olan ve olmayan durumlar için psikopatolojinin tanınma düzeyi ve yardım arama davranışları hakkında bilgi vermesi bakımından önemlidir.

Bu tez çalışması, psikopatolojinin tanınması ve yardım arama davranışları hakkında bilgi vermesinin yanı sıra, niteliksel araştırma olarak düzenlenen odak grup çalışmalarındaki, psikopatolojiye ilişkin algılar, yaygın inanışlar ve olumsuz tutumlar ile de önemli bilgiler vermektedir.

Bu tez çalışmasının sonuçlarının, bireylerin ruh sağlığı bilgileri ile ilgili farkındalık kazandırma açısından önemli olduğu kadar, ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların, bu kişilerin psikopatolojiyi tanıma düzeyleri hakkında bilgi sahibi olmalarına katkı sunabileceği düşünülmüştür.

Ayrıca, bu tez çalışmasının sonuçlarının ruh sağlığı alanında oluşturulacak toplum temelli hizmetler için olduğu kadar koruyucu ruh sağlığı kapsamındaki psikososyal eğitimler, kampanyalar, medyanın kullanımı, destek merkezlerinin oluşturulması, ruh sağlığı uzmanlarının eğitimi için gerekli ruh sağlığı okuryazarlığı araştırmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1. Örneklem

Bu tez çalışmasında bir birini takip eden biri niteliksel diğeri niceliksel iki ayrı araştırma gerçekleştirilmiştir. Yapılan araştırmaların örneklem gruplarını İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı Sultanbeyli, Ümraniye, Kartal, Gaziosmanpaşa da bulunan Psikolojik danışmanlık ve Eğitim Merkezlerine başvuran yetişkin kadın ve erkekler ile Tuzla, Ataşehir, Maltepe ilçelerinde ikamet eden, yetişkin kadın ve erkekler oluşturmaktadır.

Niteliksel ve niceliksel yöntemlerin bir arada kullanıldığı araştırma desenlerinde odak grup görüşmeleri ve anketlerin birlikte kullanıldığı görülmektedir. Morgan'a (1993) göre iki farklı çalışmadan iki farklı araştırma bilgisi geleceğinden hangi çalışmanın diğeri için öncül veya hazırlayıcı olduğuna göre farklı desenler oluşturmak mümkündür. Tarama araştırmalarında, sorulan soruların içeriğini geliştirmek üzere hazırlayıcı bir çalışma olarak odak grup görüşmelerinin kullanıldığı görülmektedir (Biber-Hessen ve Leavy, 2004). Bu araştırmada da niceliksel araştırma için hazırlanmış olan vinyetlerin içeriği ve vinyetler hakkında kararları içeren soruların geliştirilebilmesi için odak grup görüşmeleri yapılmıştır.

2.1.1. Niteliksel Araştırmanın Örneklemi

Niteliksel ve niceliksel yöntemlerin kullanıldığı birbirini takip eden bu araştırmalardan niteliksel olan ilk aşamasında odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmeleri için örneklem seçimi olasılık dışı örnekleme (amaçlı örnekleme) yöntemlerinden biri olan kota örnekleme kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Önceden belirlenen değişkenler dikkate alınarak örneklemin oluşturulması sağlanan kota örnekleme ile 34 kadın, 4 erkek olmak üzere toplam 38 yetişkin kişiye ulaşılmıştır.

Tablo 2.1. Odak Grupların Sosyodemografik Özellikleri

	en düşük	en yüksek	ortalama
YAŞ	19	51	32,7
GELİR (YTL)	350	5000	1718
	n=38		%
CİNSİYET			
Kadın	34		98,8
Erkek	4		1,2
MEDENİ HAL			
Evli	28		74,3
Bekar	10		25,6
EĞİTİM			
İlkokul	11		28,2
Ortaokul	6		15,4
Lise	10		25,6
Üniversite	11		28,2
GÖÇ			
Göç etmiş	26		66,7
Göç etmemiş	11		28,1
Belirtmemiş	1		5,1

GÖÇ BÖLGE		
Karadeniz	10	25,1
Doğu ve Güneydoğu	6	15,4
İç Anadolu	6	15,4
Marmara	4	10,3
Belirtmemiş	13	
DİN		
Oldukça dindar	31	79,5
Dindar	6	15,4
Belirtmemiş	1	0,5
TERAPİ GEÇMİŞİ		
var	28	71,8
yok	10	25,6
PSİKİYATRİK TEDAVİ GEÇMİŞİ		
var	18	46,2
yok	20	51,03

Odak grup çalışmasına 19 ile 21 yaş arasında toplam 38 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması, 32,8, %98,8'i kadın, %1,2'si erkektir. Katılımcıların önemli bir kısmı evlidir (%74,3). Katılımcıların % 66,7'sinin göç ederek İstanbul'a gelmiştir (Tablo 2.1).

2.1.2. Niceliksel Araştırma Örneklemi

Niceliksel yöntemlerin kullanıldığı ikinci araştırmada ise olasılıklı örnekleme yöntemlerinden biri olan iki aşamalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İlk aşamada araştırmaya katılacak Kadın Aile Sağlığı Merkezleri ve ilçeler belirlenmiş, ikinci aşamada bu belirlenen bölgelerden rastgele örnekleme yöntemi ile 125 erkek, 125 kadın olmak üzere toplam 250 yetişkin kişiye ulaşılmıştır.

Tablo 2.2. Niceliksel Araştırmaya Ait Sosyodemografik Özellikler

(18 ≤ yaş ≤ 58 , ortalamaya yaş =33,96)

	n=242	%
CİNSİYET		
Kadın	123	50,8
Erkek	119	49,2
EĞİTİM SEVİYESİ		
Okur-yazar/İlkokul	64	26,4
Ortaokul	40	16,5
Lise	72	29,8
Y.okul/Üni/ Y.lisans	66	27,3
MEDENİ DURUM		
Evli	166	68,6
Bekâr	61	25,2
Dul	15	6,2
EVLİLİK ŞEKLİ		
Resmi Nikah	174	71,9
İmam Nikahı	2	8
Birlikte Yaşama	2	8
ÇOCUK		
Yok	77	31,8
Var	161	66,5
ÇALIŞMA DURUMU		
Hayır	104	43,0
Evet	135	55,8

AYLIK GELİR		
0-1000 YTL	70	28,9
1000-2000YTL	91	37,6
2000 ve üstü	66	27,3
GELİR DÜZEYİ ALGISI		
1 En düşük	35	14,5
2 Düşük	70	28,9
3 Orta	105	43,4
4 Yüksek	21	8,7
5 En yüksek	8	3,3
EV DURUMU		
Kira	82	33,9
Kendi	100	41,3
Aileye ait	60	24,8

Katılımcıların %50,8'i kadın, %49,3' ü erkek, %26,4'ü okur-yazar ve ilkokul, %16,5'i ortaokul, %29,8'i lise, %27,3'ünün yüksek okul/üniversite/yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların, %68,6'sı evli, % 25,2'si bekindir, %28,9'u düşük gelire sahip iken, %37,6'sı orta gelirli, %27,3'ü yüksek gelirli olduğu görülmektedir (Tablo 2.2).

2.2. Veri toplama Araçları

Niteliksel yaklaşımın kullanıldığı birinci araştırmada veri toplama yöntemi olarak odak grup görüşmesi yöntemi kullanılmıştır. Aynı zamanda araştırmacı

tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu ve odak grup görüşme formu kullanılmıştır.

İkinci araştırmada veri toplama araçları, sosyodemografik bilgi formu, SCL-90-R (Belirti Tarama Listesi), Bem Cinsiyet Rollerı Envanteri (BCRE) ve araştırmacı tarafından hazırlanan vinyetler kullanılmıştır.

2.2.1. Odak Grup Görüşmesi

Odak grup görüşmesi, araştırmacı tarafından incelenen bir konu hakkında, grup etkileşiminden yola çıkarak veri toplamayı hedefleyen bir veri toplama aracıdır. II. Dünya savaşının başlarında askeri psikologlar tarafından, radyo programlarının halk üzerindeki moral etkisini araştırmak üzere bir araştırma tekniğı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sonrasında John Knodel ve arkadaşları tarafından 1987'de pazarlama alanında da bir veri toplama yöntemi olarak kullanılmaya başlanan odak grup görüşmeleri, bu alanda da sıklıkla kullanılan bir araştırma yöntemi olmuştur (Berg, 2001). Aynı yıllarda sosyal bilimcilerin de ilgi alanına giren odak grup görüşmeleri ilk olarak sosyolog Robert Merton tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Sosyal bilimlerde bir araştırma yöntemi olarak kullanımının artması ile birlikte Kruger ve Morgan, odak grup görüşmelerinin sosyal bilimler için faydalarını içeren bir kaynak kitap yayınlamışlardır (Biber-Hessen ve Leavy, 2004).

Araştırmacının aktif rolü araştırmanın amacına uygun veriyi toplarken grup içinde tartışma başlatıyor olmaktır (Biber-Hessen ve Leavy, 2004). Odak grup görüşmeleri 6 ile 10 arasında değişen kişi sayısı ile cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik statü ve coğrafi konum özellikleri açısından bir araya getirilen homojen gruplarla gerçekleştirilir.

2.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından odak grup için ve niceliksel çalışma için hazırlanan iki ayrı sosyodemografik bilgi formu ile katılımcılara ait yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik bilgilerin yanı sıra, kişilerin yaşam kültürü hakkında bilgi edinmeye olanak verecek şekilde, dini tutum, ilişkiler, boş zaman aktiviteleri ve g ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

2.2.3. SCL-90-R Belirti Tarama Listesi

Bu araştırmada katılımcıların genel psikopatoloji düzeyleri ile ilgili veri toplamak için SCL-90-R Belirti Tarama Listesi kullanılmıştır.

L. R. Derogatis ve arkadaşları tarafından 1976'da geliştirilmiş olan SCL-90 Belirti Tarama Listesi Türkiye' de ilk olarak Kılıç (1987) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Çuhadaroğlu ve Dağ (1991) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Kişinin, psikolojik sıkıntılarını, 0-4 arası ölçek üzerinden değerlendirmeye çalıştığı, 90 maddeden oluşan bu test 10 alt ölçek içermektedir: Somatik belirtiler, obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobi, paranoid düşünceler, psikotik belirtiler ve ek ölçek (suçluluk, yeme ve uyku bozuklukları). Test puanlarının toplanması her bir alt testten alınan ortalama puan ile tüm alt testlerin toplam ortalaması ile hesaplanan genel bir ortalama puana ulaşılır. Buna göre her bir alt test için ortalama değer 1, genel değerlendirme puanı için de 0.50 ortalama değer normal kabul edilir. Genel değerlendirme puanı 0.50-1.00 değerleri arasındaysa orta düzeyde sorun olduğu, 1'in üzeri değerlerde yüksek düzeyde sorun olduğu varsayılır (ner, 1995).

2.2.4. Bem Cinsiyet Rollerı Envanterı (BCRE)

Bu araştırmada bir psikososyal değişken olarak katılımcıların kadınsılık ve erkeksilik özelliklerini ölçmek için Bem (1974) tarafından geliştirilen, Dökmen (1991), tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılan Bem Cinsiyet Rollerı Envanterı kullanılmıştır.

Envanterde (1) Kadınsılık, (2) Erkeksilik ve (3) Sosyal kabul edilirlık olmak üzere üç ayrı ölçek yer almaktadır. Her alt ölçekte 20 maddenin yer aldığı ölçekte toplam madde sayısı 60'tır. Diğer iki ölçek için nötür bir bağlam sağlamak için kullanılan sosyal kabul edilirlık ölçeği genel olarak araştırmalarda kullanılmamaktadır. Bu araştırmada da, anket formlarının uygulanabilme kolaylığını sağlamak için, bu ölçeğin kullanılmamasına karar verilmiştir. Kadınsılık ve erkeksilik ölçeği için bir ortalama puan (medyan) belirlenmiştir. Kadınsılık puanı kadınsılık medyanının altında ama erkeksilik puanı erkeksilik medyanının üstünde olanlar erkeksi; kadınsılık puanı kadınsılık medyanının üstünde ama erkeksilik puanı erkeksilik medyanının altında olanlar 'kadınsı', kadınsılık puanı kadınsılık medyanının üstünde ve erkeksilik puanı erkeksilik medyanının üstünde olanlar 'androjen', kadınsılık puanı kadınsılık medyanının altında ve erkeksilik puanı erkeksilik medyanının altında olanlar 'ayrışmamış' olarak sınıflanır.

2.2.5. Vinyetler

Bu araştırmada kullanılan bir veri toplama aracı da vinyettir. Finch'e (1987) göre vinyet, özelleştirilmiş bazı koşullar içerisine yerleştirilmiş varsayımsal karakterleri tanımlayan, katılımcıların tepki vermesi beklenen kısa hikayelerdir (Soydan, 1996). Alexander ve Becker'a (1978) göre, bir kişi ya da sosyal bir durum için kısa tanımlar içeren bir vinyet, katılımcının karar verme ve yargılama sürecinde

en önemli faktörlerin neler olduğunu da içerir (Soydan, 1996). Vinyet, gerçek yaşam bağlamı üzerinden, sosyal durum ya da koşulların, somut yorumlanabilir, ayrıntılı bir tanımını içerir. Aleksendar ve Becker, kişilerin kendi yarılarını ve karar alma süreçlerini etkileyen faktörleri fark etmeyebildiklerini, sistematik bir şekilde vinyetlerde yer alan değişkenler değiştiğinde, kişilerin tutum ve yargıları hakkında daha çok bilgi sahibi olunabileceğini vurgulamışlardır (Soydan, 1996).

Bu araştırmada da sistematik bir şekilde oluşturulan değişik varyasyonlarla birlikte toplam 17 adet vinyet oluşturulmuş ve kullanılmıştır. Vinyetlerin nasıl oluşturuldukları aşağıda ayrıntılı bir şekilde aktarılmıştır.

2.3.İşlem

2.3.1.Odak Grup Görüşmeleri

Değişik psikososyal değişkenler ışığında kişilerin psikopatoloji algılarını araştırmak üzere birbirini takip eden, iki ayrı araştırmayı kapsayan bir araştırma deseni oluşturulmuştur. Birinci araştırmada niteliksel bir veri toplama yöntemi olan odak grup görüşmesi yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 2.3. Odak Grup Görüşmeleri

	Katılımcı Özellikleri	semt	katılımcı sayısı
1. odak grup	Evli, kapalı, ilkokul mezunu, çocuklu	Sultanbeyli	5
2. odak grup	Evli, kapalı, ilkokul mezunu, çocuksuz	Sultanbeyli	3
3. odak grup	Evli, açık, ilkokul mezunu, çocuklu	Sultanbeyli	2
4. odak grup	Evli, lise mezunu, kapalı, çocuklu	Sultanbeyli	2
5. odak grup	Bekar, kapalı	Sultanbeyli	2
6. odak grup	Evli, lise mezunu, açık, çocuklu	Sultanbeyli	3
7. odak grup	Bekar, açık	Sultanbeyli	4
8. odak grup	Evli, açık, ilkokul mezunu, çocuklu	Ümraniye	1
9. odak grup	Evli, kapalı, ilkokul mezunu, çocuklu	Ümraniye	3
10. odak grup	Evli, kapalı, açık, lise mezunu, çocuklu	G.O.P	2
11. odak grup	Evli, kapalı, lise mezunu, çocuklu	Kartal	2
12. odak grup	Evli, açık, lise mezunu, çocuklu	Kartal	4
13. odak grup	Bekar, erkek, lise mezunu	Sultanbeyli	4
Toplam			38

Odak grup görüşmesi katılımcılarının belirlenmesi için, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, başörtüsü kullanma, çocuk sahibi olma, çalışıyor olma kriterleri içeren homojen örneklem grupları oluşturulmaya çalışılmıştır.

Odak grup görüşmelerine başlamadan önce, Yeditepe Üniversitesi Psikoloji 2. sınıf öğrencilerinden oluşan 10 kişilik bir grup ile bir deneme görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Yaklaşık iki saat süren grup görüşmesinde, tez danışmanının süpervizörlüğünde 'psikolojik sağlık, psikolojik hastalık nedir?' sorularına cevap

alınmaya çalışılmış, depresyon, doğum sonrası depresyon, yaygın endişe, mastürbasyon, eşcinsellik kartları sıra ile sunulmuş ve odak grup görüşmesi için hazırlanan açık uçlu sorular yöneltmiştir. Bu çalışma doğrultusunda, zaman yönetimi, grup akışı ile ilgili önceden bilgilendirme ve grup görüşme ortamının düzenlenmesi ile ilgili noktalar belirlenmiştir.

Katılımcılara ulaşmak için kadın aile sağlığını başvuru yapan kişiler ve eşlerinin telefon numaralarından arama listeleri oluşturulmuştur. Yaklaşık olarak 250 kişi telefonla aranarak yapılacak çalışma ile ilgili bilgi verilmiş, katılımcılar daha önceden belirlenen tarih ve saatte odak grup görüşmelerine katılmaları için davet edilmişlerdir. Odak grup görüşmeleri Sultanbeyli, Ümraniye, Kartal ve Gaziosmanpaşa'da bulunan İ.B.B. Kadın Aile Sağlığı Merkezi Şubelerinde düzenlenmiştir. Grup görüşmesi için gelen katılımcılar bilgilendirme onam yazısını okuyarak çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarını beyan etmişlerdir. Onam formlarında, görüşmeler boyunca ses kayıt cihazı kullanılacağı bilgisini de almışlardır. Sosyodemografik bilgi formunu doldurduktan sonra, yuvarlak oturma düzeninde odak grup görüşmeleri başlamıştır. Araştırmacı tüm odak grup görüşmelerinde moderatörlük yapmıştır. Ortalama iki saat süren görüşmeler katılımcıların ve moderatörün kendini tanıtmaları ile başlamıştır. Görüşmelerde katılımcılara ilk olarak psikolojik sağlık ve psikolojik hastalık ile ilgili açık uçlu sorular yöneltmiştir. Depresyon, yaygın endişe bozukluğu, doğum sonrası depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, mastürbasyon, obsesif kompulsif bozukluk, yas, eşcinsellik ve madde kötüye kullanım kartlarının tek tek ve aynı sırada sunumu ile devam etmiştir. Her bir kart sonrasında odak görüşme soru formunda yer alan sorular yöneltmiştir. Görüşme esnasında her bir katılımcının yöneltilen tüm sorular ile ilgili fikrinin alınmasına özellikle dikkat edilmiştir. Görüşme sırasında katılımcıların moderatöre yönlendirdikleri sorular olmuştur. Moderatör, ulaşılmaya çalışılan doğru bir cevabın olmadığını, katılımcıların fikirlerine ulaşmaya çalışıldığını açıklamıştır.

Görüşmeler esnasında katılımcıların sorduğu sorular, görüşme bittikten sonra genel danışmanlık çerçevesinde cevaplandırılmıştır.

Odak grup görüşmelerinde ses kayıt cihazı ile toplanan veriler, deşifre edilerek, her bir görüşme kaydı yazılı bir metne dönüştürülmüştür.

Morgan (1992), bir odak grup çalışmasına kaç katılımcının katılacağına araştırmacının kontrolünde olan bir karar olduğunu belirtmiştir. Duygu yüklü konularda küçük grupların geniş gruplara göre daha uygun olduğunu, bireysel katılımın daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Biber-Hessen ve Leavly, 2004). Bu araştırma da araştırmacı tarafından katılımın 6-8 kişi ile sınırlı olduğu odak gruplar oluşturulmaya çalışılmış, fakat sınırlılıklar sebebiyle 2, 3, 4, 5 kişilik gruplar oluşturulabilmiştir. Grup sayısının az olmasının, tüm sorulara, tüm katılımcılardan derinlemesine cevap alınmasına katkı sağladığı gözlenmiştir.

2.3.2.Vinyetlerin Oluşturulması

Odak grup görüşmesi soru formunda yer alan her bir soruya verilen yanıtlar incelenerek, deşifreler analiz edilmiştir. Katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde YAB ve yas dönemine ait belirtilerinin katılımcılar tarafından tanınıyor olması sebebiyle niceliksel araştırmaya dahil edilmemesine karar verilmiştir. Vinyetler deşifrelerin analizi ile elde edilen benzer ve farklılaşan temalar çerçevesinde, cinsiyet, medeni durum vb. değişkenler göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Araştırma anket formunda yer alan vinyetler için katılımcıdan her bir vinyette yer alan kişinin durumunu değerlendirmesini ve bu kişiye neler önerebileceğini seçmesi beklenen tüm seçenekler de yine deşifrelerin analizi sonucunda oluşturulmuştur.

Vinyetler, depresyon, doğum sonrası depresyon, TSSB, OKB, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, mastürbasyon, eşcinsellik durumları için, cinsiyet (kadın-erkek)

ve medeni durum (evli –bekar) kriterlerine göre düzenlenmiştir. TSSB durumu için ayrıca olayı birebir yaşama ya da şahit olma kriterlerine göre vinyetler oluşturulmuş, toplam 17 vinyet katılımcılara sunulmuştur. Vinyet isimleri şu şekilde düzenlenmiştir:

1. Depresyon yaşayan kadın: Depresyon yaşayan kadını konu alan vinyet.
2. Depresyon yaşayan erkek: Depresyon yaşayan erkeği konu alan vinyet
3. Doğum sonrası depresyon: Doğum sonrası depreyon yaşayan kadını konu alan vinyet.
4. OKB yaşayan kadın: OKB yaşayan kadını konu alan vinyet.
5. OKB yaşayan erkek: OKB yaşayan erkeği konu alan vinyet.
6. Alkol kullanan kadın: Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı olan kadını konu alan vinyet.
7. Alkol kullanan erkek: Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı olan erkeği konu alan vinyet.
8. TSSB-olayı yaşayan kadın: Travmatik yaşam olayını birebir yaşamış olan kadını konu alan vinyet.
9. TSSB-olayı yaşayan erkek: Travmatik yaşam olayını birebir yaşamış olan erkeği konu alan vinyet.
10. TSSB-şahit olan kadın: Travmatik yaşam olayına şahit olmuş kadını konu alan vinyet.
11. TSSB-şahit olan erkek: Travmatik yaşam olayına şahit olmuş erkeği konu alan vinyet.
12. Mastürbasyon yapan evli kadın: Mastürbasyon yapan evli kadını konu alan vinyet.
13. Mastürbasyon yapan evli erkek: Mastürbasyon yapan evli erkeği konu alan vinyet.
14. Mastürbasyon yapan bekar kadın: Mastürbasyon yapan bekar kadını konu alan vinyet.
15. Mastürbasyon yapan bekar erkek: Mastürbasyon yapan bekar erkeği konu alan vinyet.
16. Eşcinsel kadın: Kadın eşcinselliğini konu alan vinyet.
17. Eşcinsel erkek: Erkek eşcinselliğini konu alan vinyet.

2.3.3. Araştırma Anket Formlarının Uygulanması

İkinci araştırmada, katılımcının kendi kendine uygulayabileceği anket formu oluşturulmuştur. Anket formunda sosyodemografik form, SCL-90-R, Bem Cinsiyet Rollerini Envanteri ve araştırmacı tarafından hazırlanan vinyetler yer almıştır. Her anket formunun içinde ayrıca formu doldurmadan önce katılımcı tarafından okunması ve imzalanması istenen bilgilendirme onam formu yer almıştır.

250 adet basılan anket formları İstanbul'un Sultanbeyli, Kartal, Ümraniye ve Ataşehir'de bulunan İ.B.B.Kadın Aile Sağlığı Merkezlerine danışmanlık, terapi ve diğer sağlık hizmetleri için başvuran yetişkinler, Kadın ve Aile Sağlığı alışanları, Maltepe' da bulunan bir cam üretim hanesinde çalışan işçiler tarafından doldurulmuştur. Aynı zamanda Ferhatpaşa, Tuzla ve Ümraniye'de bulunan mahalle kahvelerine gidilerek mahalle sakinlerine araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve gönüllü olanların araştırmaya katılması sağlanmıştır. Uygulama sırasında, anket formlarının okuma yazma bilen katılımcılar tarafından tek başına doldurmalarına dikkat edilmiştir. Katılımcılara dağıtılan anket formlarından 123 kadın 119 erkek katılımcının doldurduğu toplam 242 tane anket formu değerlendirmeye alınmıştır.

2.4. Verilerin analizi

Niteliksel araştırmada odak grup çalışmalarından ses kayıt cihazı ile toplanan veriler deşifre edilerek tüm görüşmelerin içerikleri yazılı metinlere dönüştürülmüştür. Görüşme süresi boyunca katılımcıların açık uçlu sorulara verdikleri benzer yanıtlar sınıflandırılmıştır. Bulguların sınıflandırılması III. Bölümde ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

Niceliksel araştırmadan elde edilen veriler 'SPSS.17.0 for Windows' ortamında tekrar düzenlenip analiz için uygun hale getirilerek analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.

Analizler sırasında frekans analizleri, değişkenler arası ilişkileri analiz etmek için çapraz tablolar (cross tabulations) analizi değişkenler arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığını görmek için one way anova (tek yönlü varyans analizi) ve farklılaşmanın kaynağını belirlemek için post hoc analizi yapılmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1.Odak Grup Araştırmasına Ait Bulgular

34 kadın 4 erkek, 38 katılımcının, 'psikolojik hastalık' ve 'psikolojik sağlık' ile ilgili benzer yanıtları, tekrarlanan sayıları ile birlikte 'genel, duygusal, davranışsal-sosyal, bilişsel, bedensel-fiziksel ve manevi' tanımlar başlığı altında sınıflandırılmıştır. Bulgular Tablo 3.1'de yer almaktadır.

Katılımcıların odak grup çalışma kapsamında yer alan her bir durum için verdikleri yanıtlar incelenerek, dört ana başlık altında gruplandırılmıştır:

(1) Depresyon, YAB, TSSB, doğum sonrası depresyon, OKB, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, yas, mastürbasyon ve eşcinsellik durumu ve belirtileri için kullanılan ifadeler, 'bilişsel, duygusal, davranışsal, bedensel, DSM-IV'e göre doğru isimlendirme ve olumsuz tutum' başlıkları altında sınıflandırılmış, tekrarlanan yanıt sayıları Tablo 3.2'de aktarılmıştır.

(2) Vinyetlerde yer alan her bir durumun nedenleri ile ilgili benzer yanıtlar tekrarlanma sayıları ile birlikte 'kişi-karakter özellikleri, travmatik yaşantılar, eş/aile sorunları, ekonomik-sosyal etkenler, dini açıklama ve diğer başlığı' altında sınıflandırılmıştır. Bulgulara Tablo 3.3'de yer verilmiştir.

(3) Katılımcıların, karşılaştıkları her bir durumun sağlıklı olup olmadığı ile ilgili yanıtları incelenerek 'psikopatoloji' ve 'psikopatoloji değil' kategorileri altında bir araya getirilmiştir. İki farklı başlık altında tekrarlayan yanıt sayılarının toplamları Tablo 3.4'de verilmiştir.

(4) Katılımcıların her bir vinyette yer alan durum için önerdikleri yardım arama davranışları ile ilgili yanıtları incelendiğinde, yanıtların, 'ilaç-hastane tedavisi, psikoterapi/danışmanlık, akran-aile desteği, meşguliyet, kendi kendine yardım etsin, desteğe gerek yok ve diğer' başlıkları altında toplandığı görülmüştür. Her bir başlık altında tekrarlayan yanıt sayıları toplanarak elde edilen bulgular Tablo 3.6'da gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Odak Grup Görüşme Bulguları: Psikopatoloji ve Psikolojik Sağlık İçin Kullanılan İfadeler

PSİKOLOJİK SAĞLIK		PSİKOLOJİK HASTALIK	
GENEL TOPLAM	13	GENEL-PSİKOPATOLOJİ TERİMLERİ	21
YANIT SAYISI	13	YANIT SAYISI	21
	<p>Ruh sağlığı yerinde olma</p> <p>Başkalarının ruh halini bozmama</p> <p>Akli dengesi yerinde olma</p> <p>Dilediği gibi yaşama</p> <p>Kendine faydalı olabilme</p> <p>Hiç travma yaşamamış olma</p>		<p>Hastalık hastası olma</p> <p>İçsel, anlaşılmaz bozukluklar</p> <p>Ruh sağlığının yerinde olmaması</p> <p>Şizofren</p> <p>Mental retardasyon</p> <p>Normal olanın dışına çıkmak</p> <p>Yerleşik düzenin bozulmasına neden olma</p> <p>Kalıtımsal hastalıklar; hiperaktivite, öğrenme güçlüğü</p> <p>Çift kişilikli olma</p> <p>Bunalım</p> <p>Aklını kaçırmak</p> <p>Bakırköy'e yatmak</p> <p>Hayata uyum sağlayamama</p> <p>Yaşam kalitesinin düşmesi</p> <p>Ruh sağlığının bozulmasından bir önceki aşama</p>
BİLİŞSEL	33	BİLİŞSEL	32
	<p>Sağlıklı düşünme, mantıklı düşünme</p> <p>Sağlıklı karar verme</p> <p>Olumlu düşünme</p> <p>Kendisi için doğrusunu seçebilme</p> <p>Sorunlarla baş edebilme</p>		<p>İçsel kararsızlıklar/çatışmalar</p> <p>Sağlıklı düşünememe</p> <p>Takıntılı, saplantılı düşünceler</p> <p>Olumsuz şeyler düşünme</p> <p>Sorunlarla başa çıkamama</p>
DUYGUSAL	52	DUYGUSAL	
	<p>Öfkesini kontrol etme</p> <p>Empati kurma</p> <p>Rahat olma</p> <p>Uygun duygulanım</p> <p>Kendisiyle barışık olma</p> <p>Dengeli</p> <p>Takıntısız</p> <p>Huzurlu</p> <p>Mutlu</p> <p>Ortamı neşelendirme</p> <p>Sabırlı</p>		

47	DAVRANIŞSAL-SOSYAL	Kendini ifade eden Kendine yetebilme Hayatta başarılı olma Herkes gibi tepki veren Etrafına karşı verimli olma Toplumsal kurallara uygun davranma Hareketlerini kontrol eden Ortamla ilişkisini kesmeme Sorunlar karşısında çözüm üretme	57	DAVRANIŞSAL	Kendine ve başkasına zarar verme Konuşmak istememe Aşırı ağlama Hayattan zevk alamama Aşırı titizlik, temizlik Günlük işlerini yapamama Başkalarına verimli olamama Aşırı gülme Birikimlerin patlaması Duygu ve davranışların uyumsuzluğu Ortama uygun olmayan konuşma Sorunlara garip tepkiler verme
3	BEDENSEL	Beden sağlığının yerinde olması Uyku uyuyabilen	11	BEDENSEL	Uyku bozuklukları Sağlıkla ilgili konuları kafaya takma Yemek yememe Yorgunluk
2	MANEVİ	Dini bütün olma Allah'a isyan etmeme		MANEVİ	

Odak grup görüşmelerinde 'psikolojik hastalık' kavramınının 'psikolojik sağlık' kavramına göre daha fazla cümle ile ifade edildiği görülmektedir. Psikolojik sağlık ile ilgili ifadelerin çoğunlukla 'mutlu, huzurlu, uygun duygulanım' gibi duygusal özellikler içerdiği, psikopatoloji ifadelerinde ise duygusal özelliklerin yer almadığı görülmektedir. Her iki kavram için de bilişsel ve davranışsal özellikler içeren ifadeler öne çıkmaktadır: 'psikolojik sağlık' ifadelerinin çoğunlukla 'sağlıklı düşünme', 'mantıklı düşünme', 'sorunlarla baş edebilme,' 'kendisiyle barışık olma,' öfkesini kontrol edebilme' olduğu, 'psikolojik hastalık' için ise ifadelerin çoğunlukla, 'kendine ve başkalarına zarar verme', 'sağlıklı düşünememe', 'huzursuzluk', 'aşırı ağlama' ve 'konuşmak istememe' olduğu görülmektedir (Tablo 3.1).

Odak grup çalışmalarında 38 katılımcıdan 2 kişinin psikopatolojiyi 'şizofreni' olarak, sadece bir kişinin 'mental retardasyon' 1 kişinin de 'hiperaktivite/öğrenme güçlüğü' gibi bilimsel terimleri kullandığı görülmüştür (bkz.Ek B).

Katılımcılar, vinyetlerde öyküsü aktarılan kişi için kadın veya erkek atıflarında bulunarak görüş bildirmişlerdir. Tablo 3.2’de vinyetlere göre bu atıfların toplam sayıları belirtilmiştir.

Tablo 3.2. Vinyetlerin Cinsiyetine Yönelik Algılar

Vinyetler	Atıf sayısı	
	KADINDIR	ERKEKTİR
Depresyon	16	-
TSSB	10	3
YAB	6	1
OKB	11	1
Alkol kötüye kullanım/bağımlılığı	-	17
Yas	3	1
Mastürbasyon	3	14
Eşcinsel	9	7
Toplam	58	44

Tablo 3.2’de en çok depresyon vinyetinde yer alan kişinin ‘kadın’ olarak algılandığı, alkol vinyetindeki kişinin ise ‘erkek’ olarak algılandığı görülmektedir. Katılımcıların çoğu mastürbasyon vinyetindeki kişinin ‘erkek’ olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.3. Odak Grup Çalışması: Vinyetlerde Yer Alan Durumlara Ait Tanım/Belirti Ve Tutumlar

	Bilişsel	Duygusal	Davranışsal	Bedensel	İsimplendirme	Olumsuz tutum
Depresyon	6	40	10	20	4	
YAB	11	19	7	25	-	
DSD	1	24	7	1	18	
TSSB	5	14	11	2	2	
OKB	16	2	24	-	Doğru 7 Yanlış:1 (panik atak)	3
Alkol	5	-	11	-	5	7
Yas	0	16	9	7	-	-
Mastürbasyon	3	3	3	2	-	9
Eşcinsellik	0	0	0	0	Doğru: 9 Yanlış:3 (tercih)	10

Vinyetler arasında en çok doğum sonrası depresyon (DSD) için doğru isimlendirme yapılmıştır. Bilişsel ve davranışsal belirtilerle tanımlanan vinyet en çok OKB olmuştur. Duygusal belirtilerle en çok tanımlanan vinyet ise depresyondur. Tüm durumlar arasında olumsuz tutumların en çok aktarıldığı durum eşcinselliktir. Bunu mastürbasyon ve alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı takip etmektedir (Tablo 3.3)

Tablo 3.4. Odak Grup Çalışması: Vinyetlerde Yer Alan Durumlara Dair Nedensel Atıflar

	Kişilik- karakter özellikleri	Travmatik yaşantılar	Eş/Aile Sorunları	sosyal - Ekonomik etkenler	Diğer	Dini Açıklam a
Depresyon	5	41	34	21	Mevsimsel-1	--
YAB	9	50	20	7	genetik -1, -madde kullanımı -1,	2
DSD	4	15	34	2	1.Yeni bir düzen-36 2. bedensel değişiklikler-13 3. Çocukla ilgili değerlerin değişmesi: 4	
TSSB	16	53	4	5	Bedensel sağlık sorunları 3	
OKB	14	33	7	1	--	--
Alkol Kul.	14	24	25	8	Bağımlılık-3 Zevk için-10	1
Yas	1	1	1	2	Sevilen birinin kaybı ve ölüm korkusu': 22	-
Mastürbasyon	4	16	12	5	Normal/ ihtiyaç-12 Dürtü kontrol sorunu-8 genetik-hormonal bozukluk-2 Eşcinsellik -2 Engellilik -1	
Eşcinsellik	21	48	8	0	-hormonal -8 -madde kullanımı -2 -teknolojinin gelişmesi1 -şuurunun yerinde olmaması 2 - eşcinsel içerikli filmler -2 -özenti- 4, -fikrim yok -2	

Vinyetlerde yer alan durumların etiyolojisi ile ilgili belirtilen nedenler arasında, 'travmatik yaşantılar' en çok öne çıkmıştır. Bunu, 'eş/aile sorunları' ve 'kişilik-karakter özellikleri' izlemektedir. 'travmatik yaşantılar' sıklıkla TSSB, YAB ve

eşcinselliğin nedenleri arasındayken, 'eş/aile sorunları' sıklıkla depresyon, doğum sonrası depresyon (DSD) ve Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığının nedenleri arasındadır. 'Sosyal ve ekonomik etkenler' ise en çok depresyonun nedenleri arasında gösterilmiştir. Doğum sonrası depresyonun başlıca nedenleri arasında 'yeni yaşam düzeninden' kaynaklanan değişiklikler gösterilirken, yasin nedenleri arasında ise 'sevilen birinin kaybı ve ölüm korkusu' olarak belirtilmiştir (Tablo 3.4)

Tablo 3.5. Odak Grup Çalışması: Psikopatolojiyle ilgili İfadeler

N=38	Patoloji	Patoloji değil	Fikrim yok	Diğer
Depresyon	23	5		-hastalık değil, sağlıksız bir durum -2, -oynuyor, psikolojik rahatsızlık değil -1
YAB	29	8		
DSD	11	30		
TSSB	26	16		
OKB	33	3		-psikolojik bozukluk değil saplantı -1 -baş edilmesi güç bir durum -2
Alkol	27	4		-içki içmek bir bağımlılıktır, psikolojik sorun değil -2
Yas	6	29		beden sağlığını da riske ediyorsa buna hakkı yok 1
Mastürbasyon	37	23	6	-psikolojik bir şey değil nefis ve zevk meselesi -2 -yaptığı şey doğru değil -1
Eşcinsellik	20	6	6	-çekinilesi bir durum -11, -başka kişinin psikolojisini bozmaya hakkın yok-1, -yaşamın sonraki yıllarında da ortaya çıkabilir -1

Tablo 3.5'e bakıldığında, vinyetlerde yer alan tüm durumların psikopatolojik olarak algılanmış olduğu görülmektedir. Çoğunlukla psikopatolojik olarak algılanan durumlar sırasıyla mastürbasyon, OKB, YAB ve alkol kötüye kullanımı/bağımlılığıdır.

Katılımcılar en az doğum sonrası depresyon, yas ve mastürbasyon için 'psikopatolojik değil' demişlerdir. Mastürbasyonun 'patolojik' ve 'patolojik değil' ifadelerinin sayı olarak bir birine yakın olması, verilen yanıtların cinsiyet, medeni durum, gelişim dönemi, mastürbasyonun yapılma şekli gibi birçok değişken çerçevesinde değişiyor olmasıdır (bkz EK B).

Tüm durumlar içerisinde sadece mastürbasyon ve eşcinsellik vinyetleri için 'fikrim yok' ifadesi kullanılmıştır.

Tablo 3.6. Odak Grup Çalışması: Yardım Arama Davranışları ile İlgili İfadeler

	ilaç- hastane tedavisi	Psikotera pi/danış manlık	Akran – aile desteği	Meşguliy et	Kendi kendine halletsin	Desteğe gerek yok	Diğer ifadeler
Depresyon	1	27	17	25	-	1	-zamana ihtiyacı var 1
YAB	5	27	9	12	3	-	zamana ihtiyacı var(1,0
DSD	1	31	36	13	1	3	-sağlıksız olduğunu kabul etsin (1)
TSSB	9	19	15	2	6	-	tevekkül, iman, 3
OKB	8	10	3	8	6	-	-umursamaz olmalı (1
Alkol Kul.	24	4	6	2	13		-hiç bir şey önermem benden uzak olsun 1, -asla çözümü yok 1, -kişinin ev içinde yalnız bırakılması 2 -dini temellerinin olması 2
Yas	1	10	16	-	<u>5</u>	<u>3</u>	tevekkül, din, dua -8
<i>Masturbas yon</i>	<i>1</i>	<i>19</i>	<i>14</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>4</i>	<i>Eşinden Ayrılın-1</i>
<i>Eşcinsellik</i>	<i>8</i>	<i>15</i>	<i>2</i>	<i>-</i>	<i>1</i>	<i>9</i>	- yasak olmaması lazım (1, -benden uzak dursun (,1) -bir adada toplanıp yaşasınlar -1 -fikrim yok (5)

Tablo 3.6'ya bakıldığında tüm durumlar için, diğer yardım arama davranışları ile kıyaslandığında en çok psikoterapi/danışmanlık desteği önerilmiş; en az ise 'desteğe gerek yok' denmiştir. İlaç-hastaneye yatış ile ilgili yardım davranışı en çok alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı için önerilirken, psikoterapi/danışmanlık desteği en çok doğum sonrası depresyon, depresyon ve YAB için önerilmiştir. 'Desteğe gerek yok' ifadesinin en çok eşcinsellik için kullanıldığı görülmektedir.

3.2. Niceliksel Araştırma Bulguları

Niceliksel araştırmaya katılan 242 kişinin toplumsal cinsiyet rolleri, göç, dini tutum, psikolojik destek alma geçmişi açısından özellikleri aşağıdaki tablolarda görülmektedir.

3.2.1 Psikososyal Değişkenler

Aşağıda katılımcıların toplumsal cinsiyet rolleri, yerleşim özellikleri, dini tutum, yaşam kültürü, kişisel psikopatoloji düzeyi ve yardım geçmişi ile ilgili frekans tabloları yer almaktadır.

3.2.1.1. Toplumsal Cinsiyet Roller

Katılımcıların BEM Cinsiyet Roller Envanterinden aldıkları puanlar androjen, ayrışmamış, maskülen ve feminen alt ölçeklerine dağılım yüzdeleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.7. BEM Cinsiyet Rollerı Envanteri Puanları

Cinsiyet Rollerı	N	%
androjen	78	32,2
ayrışmamış	70	28,9
maskülen	48	19,8
feminen	46	19
toplam	242	100

Tablo 3.7’de katılımcıların %32,2’sinin her iki ölçekten (kadınsılık ve erkeksilik), ortalamanın üstünde puanlar aldıkları (androjen), %28,9’unun ise her iki ölçekten ortalamanın altında puanlar aldıkları (ayrışmamış), sadece %19,8’inin maskülen (erkeksi) ve %19’unun feminen (kadınsı) cinsiyet rolüne sahip olduğu görölmektedir.

3.2.1.2. Yerleşim Özellikleri

Niceliksel araştırmaya katılan katılımcıların yerleşim özelliklerini belirlemek amacıyla sorulan sorulara verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo3.8. Yerleşim Özellikleri

	N	%	
YAŞAMININ ÇOĞUNU GEÇİRDİĞİ YER			
Köy	23	9,5	
Kasaba	9	3,7	
Şehir	71	29,3	
Büyükşehir	139	57,4	
GÖÇ			
Var	171	70,7	
Yok	67	27,7	
belirtmemiş	4	1,17	
GÖÇ ETTİĞİ BÖLGE			
Karadeniz	73	30,2	
İç Anadolu	23	9,5	
G,doğu Anadolu	9	3,7	
Akdeniz	5	2,1	
D, Anadolu	40	16,5	
Ege	5	2,1	
Marmara	13	5,4	
Diğer	4	1,7	
GÖÇ NEDENİ			
İş bulmak	102	42,1	
Toprağını kaybetme	1	0,4	
Akraba sorunları	6	2,5	
Evlilik	29	12,0	
Terör, savaş	3	1,2	
Eğitim	25	10,3	
	En az	En çok	ortalama
İSTANBUL'DA YAŞAM SÜRESİ (yıl)	1	51	22,66
EVDEKİ KİŞİ SAYISI	1	13	4

Katılımcıların büyük çoğunluğunun yaşamını büyükşehir (%57,4) ve şehirde (%29,3) geçirdiği, İstanbul'da yaşam sürelerinin ortalama 22 yıl olduğu, %70,7'sinin göç ederek İstanbul'a geldiği, en çok anne, baba ve kardeşlerle birlikte göç ettikleri (% 29,8) ve çoğunlukla Karadeniz Bölgesi'nden (%30,7) göç ettikleri görülmektedir. Göç etme nedenleri arasında iş bulmak (%42,1) ilk sırada yer almaktadır, evlilik (%12) ve eğitim (%10,3) de diğer önemli göç etme nedenleridir. Göç edenlerin % 57, 9'nun göç ettikleri yerde tanıdık birileri olduğu görülmektedir (Tablo 3.8).

3.2.1.3. Dini Tutumlar ile İlgili Özellikler

Katılımcıların dini tutumları ile ilgili genel bilgi toplamak amacıyla inanç, başörtü, geleneksellik /modernlik algısı ile ilgili sorulardan elde edilen bulgular aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.9. Dini Tutumlar ile İlgili Özellikler

	n	%
DİNİ TUTUM		
Dini gerekleri yerine getiren	140	57,9
İnançlı ama gereklerini yerine getirmeyen	76	31,4
Dinin gereklerine inanmayan	24	9,9
Hayır	35	14,5
Evet	88	36,4
BAŞÖRTÜSÜ TAKMA SEBEBİ		
Kendi isteği	81	33,5
Eşinin isteği	1	0,4
Anne-babasının isteği	6	2,5
EŞİ BAŞÖRTÜSÜ TAKIYOR		
Hayır	45	18,6
Evet	30	12,4
BAŞÖRTÜSÜ TAKMA SEBEBİ		
Kendi isteği ile	29	12,0
Benim isteğim ile	1	0,4
Anne-babasının isteği ile	0	0
KENDİNİ TANIMLAMA BİÇİMİ		
Çok geleneksel	15	6,2
Geleneksel	29	12,0
Orta	107	44,2
Modern	65	26,9
Çok modern	24	9,9

Katılımcıların %57,9'u dinin gereklerini yerine getirdiğini, %31,4'ü inançlı ama dinin gereklerini pek yerine getirmediğini, %9,9'u ise dinin gereklerine inanmadıklarını belirtmişlerdir. Kadın katılımcıların %33,5'i kendi isteği ile başörtü taktıklarını (%36,4) belirtirken, erkek katılımcıların %12,4'ü eşlerinin başörtü taktığını belirtmişlerdir. Erkek katılımcılar da en çok eşlerinin kendi isteği ile başörtü taktıklarını belirtmişlerdir (%12), Katılımcıların büyük bir kısmı (%44,2) kendini ne geleneksel ne de modern olarak tanımlamış, sadece %6,2'si 'çok geleneksel' değerlendirmesi yaparken %9,9'u da 'çok modern' olarak değerlendirmiştir (Tablo 3.9).

3.2.1.4 Yaşam Kültürü ile İlgili Özellikler

Katılımcılara, yaşam kültürü hakkında bilgi almak için sorulan kitap/gazete okuma, internet kullanımı ve sosyal aktiviteler ile ilgili sorulardan elde edilen bulgular Tablo 3.10'da yer almaktadır.

Tablo 3.10. Yaşam Kültürü ile İlgili Özellikler

	n	%
KİTAP OKUMA		
Evet	171	70,7
Hayır	71	29,3
İNTERNET KULLANIMI		
Evet	164	67,8
Hayır	78	32,2
GAZETE OKUMA		
Evet	189	78,1
Hayır	53	21,9
YEMEK İÇİN DIŞARI ÇIKMA		
Evet	159	65,7
Hayır	83	34,3
KAHVEYE GİTME		
Evet	57	23,6
Hayır	182	75,2
ÇOCUKLARLA İLİŞKİ		
Hiç memnun değil	5	2,1
Arasıra memnun	42	17,4
Memnun	59	24,4
Çoğunlukla memnun	66	27,3
Her zaman memnun	66	27,3

Katılımcıların çoğu kitap okuma (%70,7), internet kullanma (%67,8), gazete okuma (%78,1), yemek için dışarı çıkma (%65,7) gibi yaşam aktivitelerini yerine getirmektedir. Çocuklarıyla olan ilişkilerini değerlendirmeleri istendiğinde, %27,3'ü her zaman memnun olduğunu, %27,3'ü çoğunlukla memnun olduğunu, %24,4'ü orta düzeyde memnun olduğunu, %17,4'ü ara sıra memnun olduğunu ve sadece %2,1'i hiç memnun olmadığını belirtmiştir (Tablo 3.10).

3.2.1.5 Psikolojik ve Psikiyatrik Destek Geçmişi

Katılımcıların geçmişte psikoterapi veya psikiyatri desteği alıp almadıkları ile ilgili bilgi almak amacıyla sorulan sorulardan elde edilen bulgular Tablo..da gösterilmiştir.

Tablo 3.11. Psikoterapi ve Psikiyatrik Destek Geçmişi

	n	%
Psikiyatriste gitti mi?		
Evet	86	35,5
Hayır	156	64,5
Psikolojik danışmanlık/terapi desteği aldı mı?		
Evet	76	31,4
Hayır	165	68,2

Katılımcıların büyük çoğunluğu psikiyatriste gitmediğini (%64,5) ve psikolojik danışmanlık/terapi desteği almadığını (%68,2) belirtmiştir (Tablo 3.11).

3.2.1.6 Katılımcıların Psikopatoloji Düzeyi

Tablo 3.12. SCL-90 Testinden Alınan Puanların Ortalamaları

Alt Ölçekler	Ort,	ss,
Somatizasyon	1,02	0,773
OKB	1,20	0,694
Kişilerarası ilişkiler	1,13	0,774
Depresyon	1,14	0,808
Kaygı	0,81	0,740
Düşmanlık	0,98	0,865
Fobi	0,53	0,658
Paranoya	1,10	0,780
Psikotik Özellikler	0,68	0,646
Ek ölçek	1,10	0,748
Genel belirti düzeyi	0,97	0,646

* SCL-90 alt ölçeklerde $0 \leq \text{ortalama} \leq 4$

Tüm katılımcıların genel psikopatoloji belirti düzeyi ortalamasının 0,97 olduğu, SCL-90 testinin alt ölçeklerinden aldıkları ortalamalara bakıldığında ise OKB alt ölçeğinden alınan puanların ortalamasının en yüksek olduğu (ort,=1,20, ss=0,773), bunu depresyon alt ölçeği (ort=1,14, ss=0,808), kişilerarası ilişkiler alt ölçeği (ort=1,13, ss=0,774) ve diğer alt ölçeklerin izlediği görülmektedir (Tablo 3.12).

3.2.2. Psikopatolojiyi Tanıma

Niceliksel araştırmada 242 kişi ile yapılan çalışmada katılımcılara vinyetlerdeki durumların hastalık olup olmadığı, hastalığa tedavi edilip edilmeyeceği ve nasıl bir yardım sunulabileceği sorulmuştur.

Katılımcıların vinyetlere verdikleri yanıtlar iki kritere göre değerlendirilmiştir. İlk olarak katılımcıların vinyetlerde yer alan durumları psikopatoloji olarak görüp görmediklerine bakılmıştır. İkinci olarak da verdikleri bu yanıtların DSM-IV tanı kriterlerine göre doğruluk oranlarına bakılmıştır. Eğer o durum için DSM-IV 'patoloji' diyorsa bu durum DSM-IV'e göre doğru yanıt olarak adlandırılmış, DSM-IV bu duruma 'patoloji değil' diyorsa DSM-IV'e göre yanlış yanıt olarak adlandırılmıştır.

3.2.2.1 Psikopatolojiyi Tanıma Yüzdeleri

Tablo.3.13. Vinyetlerin Psikopatoloji olarak Tanınma Yüzdeleri

vinyet	patoloji n	patoloji %	Patoloji değil n	Patoloji değil %
Depresyon kadın	171	70,7	71	29,3
Depresyon erkek	186	76,9	56	23,1
Doğum sonrası depresyon	168	69,4	74	30,6
TSSB- yaşayan kadın	207	85,5	35	14,5
TSSB- yaşayan erkek	212	87,6	30	12,4
TSSB-şahit kadın	206	85,1	36	14,9
TSSB-şahit erkek	194	80,2	48	19,8
OKB kadın	184	76,0	58	24,0
OKB erkek	210	86,8	32	13,2
Alkol kadın	210	86,8	32	13,2
Alkol erkek	209	86,4	33	13,6
Mastürbasyon evli kadın	101	41,7	141	58,3
Mastürbasyon evli erkek	97	40,1	145	59,9
Mastürbasyon bekar kadın	83	34,3	159	65,7
Mastürbasyon bekar erkek	79	32,6	163	67,4
Eşcinsel kadın	137	56,6	105	43,4
Eşcinsel erkek	147	60,7	95	39,3

Tablo 3.13'e bakıldığında, hastalık (psikopatoloji) tanımının en çok alkol, TSSB ve OKB vinyetlerinde yer alan durumlar için kullanıldığı görülmektedir. Patoloji olarak en yüksek tanınan vinyet ise TSSB- olayı yaşayan erkek vinyetidir: 212 kişi (%87,16) bu duruma hastalık demiştir. Patoloji olarak en az tanınan durum ise mastürbasyondur. Mastürbasyon vinyetleri içinde en düşük yüzdeye sahip olan

vinyet mastürbasyon yapan erkeğin durumunun aktarıldığı vinyettir (%32,6) (Tablo 3.13)

3.2.2.2 . Yanıtların DSM-IV'e Göre Doğruluk Oranları

Aşağıdaki tabloda verilen yanıtların DSM-IV'e göre hastalık olup olmadığına bakılmış, yanıtlar buna göre doğru ve yanlış olarak gruplandırılmıştır.

Tablo 3.14. DSM-IV Kriterlerine Göre Vinyetlere Verilen Yanıtlar

Vinyetler	DSM-IV	Yanlış		Doğru	
		yanıtlayanlar		yanıtlayanlar	
		n	%	n	%
Depresyon kadın	Patoloji	79	32,6	163	67,4
Depresyon erkek	Patoloji	65	26,9	177	73,1
Doğum sonrası depresyon	Patoloji	82	33,9	160	66,1
TSSB-yaşayan kadın	Patoloji	42	17,4	200	82,6
TSSB-yaşayan erkek	Patoloji	36	14,9	206	85,1
TSSB-şahit kadın	Patoloji	42	17,4	200	82,6
TSSB -şahit erkek	Patoloji	51	21,1	191	78,9
OKB kadın	Patoloji	70	28,9	172	71,1
OKB erkek	Patoloji	49	20,2	193	79,8
Alkol kadın	Patoloji	43	17,8	199	82,2
Alkol erkek	Patoloji	46	19,0	196	81,0
Mastürbasyon evli kadın	Patoloji Değil	101	41,7	141	58,3
Mastürbasyon evli erkek	Patoloji Değil	97	40,1	145	59,9
Mastürbasyon bekar kadın	Patoloji Değil	177	73,1	65	26,9
Mastürbasyon bekar erkek	Patoloji Değil	80	33,1	162	66,9
Eşcinsel kadın	Patoloji Değil	137	56,6	105	43,4
Eşcinsel erkek	Patoloji Değil	147	60,7	95	39,3

DSM-IV tanı kriterlerine göre en çok doğru yanıt verilen durumlar sırasıyla TSSB (%85,1, %82,6, %78,9), alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı (%82,2, %81), OKB ve depresyon olduğu görülmektedir. TSSB-olayı yaşayan erkek (%85,1) vinyeti

doğruluk oranı en yüksek olan vinyettir. Bu vinyetlerde yer alan durumlar DSM-IV kriterlerine göre hastalık olarak belirtilmiştir (Tablo 3.14).

DSM-IV kriterlerine göre en çok yanlış yanıt verilen durumlar ise eşcinsellik (%60,7, %56,6) ve mastürbasyon olmuştur. Mastürbasyon yapan bekar kadın vinyeti %73,1 yanlış yanıtlanma oranı ile tüm vinyetler arasında öne çıkmıştır. Mastürbasyon grubu içinde bu vinyet diğer üç vinyete göre yanlış yanıtlanma oranı oldukça yüksektir (%41,7, %40,1, %33,1) (Tablo 3.14).

3.2.2.3 Tedavi Edilebilirlik ile İlgili Yanıtlar

Her bir vinyette yer alan durumlar için patoloji diyenlerin içinde ‘tedavi edilebilir’ veya ‘tedavi edilemez’ yanıtları ile ilgili oranlar aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.15. Vinyetleri Patoloji Olarak Tanımlayanlarda Tedavi Edilebilir/Edilemez Deme Yüzdeleri

Vinyetler	Tedavi edilemez		Tedavi edilebilir	
	n	Katılımcı sayısına göre %	n	Katılımcı sayısına göre %
Depresyon kadın	7	2,9	164	67,8
Depresyon erkek	9	3,7	177	73,1
Doğum sonrası depresyon	8	3,3	160	66,1
TSSB-yaşayan kadın	7	2,9	200	82,6
TSSB-yaşayan erkek	3	1,2	209	86,4
TSSB-şahit kadın	5	2,1	201	83,1
TSSB-şahit erkek	2	0,8	192	79,3
OKB kadın	12	5,0	172	71,1
OKB erkek	14	5,8	196	81,0
Mastürbasyon evli kadın	8	3,3	93	38,4
Mastürbasyon evli erkek	3	1,2	94	38,8
Mastürbasyon kadın bekar	9	3,7	74	30,6
Mastürbasyon erkek bekar	8	3,3	71	29,3
Eşcinsel erkek	35	14,5	112	46,3
Eşcinsel kadın	23	9,5	114	47,1
Alkol kadın	10	4,1	200	82,6
Alkol erkek	12	5,0	197	81,4

Tablo 3.15'e bakıldığında tedavi edilebilir olarak görülen durumlar sırasıyla TSSB, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ve OKB olduğu görülmektedir. Bu

durumların içinde yüzdesi en yüksek olan vinyet %86,4 oranı ile TSSB-olayı yaşayan erkek vinyeti olmuştur. Tedavi edilebilir yüzdesi en düşük olan durumlar ise sırasıyla mastürbasyon ve eşcinselliktir. Mastürbasyon yapan bekar erkek (%29,3) ve mastürbasyon yapan bekar kadın (%30,6) vinyetleri tedavi edilebilir yüzdesi en düşük olan vinyetlerdir.

3.2.2.4. Yardım Arama Davranışları

Araştırma kapsamında katılımcılara sunulan her bir vinyetin ardından 'bu kişinin ne yapması gerek?' sorusu yöneltilmiş ve katılımcılardan verilen sekiz seçenekten en uygun olduğunu düşündükleri seçeneği işaretlemeleri istenmiştir. Bu seçenekler şunlardır: 'Hastaneye yatarak tedavi olmalı', 'Ayaktan ilaçla tedavi olmalı', 'Terapi/Danışmanlı hizmeti almalı', 'Kendini oyalayacak şeyler bulmalı', 'Aile/eş/arkadaş desteği almalı', 'Kendi kendini düzeltmeli, zamanla geçer beklemeli', 'Bir şey yapmasını gerektirecek bir sorun yok.' Verilen tüm yanıtların yüzdesi aşağıdaki Tablo 3.17'de yer almaktadır.

Tablo 3.17. Önerilen Yardım Arama Davranışlarının Yüzdesi

vinyetler	Hastaneye yatarak tedavi olmalı	Ayaktan ilaçla tedavi olmalı	Terapi/ Danışmanlı hizmeti almalı	Kendini oyalayacak şeyler bulmalı	Aile/eş/arkadaş desteği almalı	Kendi kendini düzeltmeli	Zamanla geçer, beklemeli	Birşey yapmasını gerektirecek bir sorun yok
Depresyon kadın	8 %3,3	10 %4,1	145 %59,9	11 %4,5	47 %19,4	11 %4,5	7 %2,9	3 %1,2
Depresyon erkek	7 %2,9	32 %13,2	152 %62,8	3 %1,2	20 %8,3	13 %5,4	11 %4,5	4 %1,7
Doğum sonrası depresyon	5 %2,1	17 %7,0	144 %59,5	4 %1,7	47 %19,4	7 %2,9	15 %6,2	3 %1,2
TSSB- yaşayan kadın	11 %4,5	26 %10,7	171 %70,7	3 %1,2	16 %6,6	5 %2,1	9 %3,7	1 %0,4
TSSB-yaşayan erkek	11 %4,5	18 %7,4	183 %75,6	3 %1,2	16 %6,6	4 %1,7	5 %2,1	2 %0,8
TSSB-şahit kadın	12 %5,0	19 %7,9	181 %74,8	14 %5,8	5 %2,1	11 %4,5	--	--
TSSB-şahit erkek	7 %2,9	26 %10,7	175 %72,3	2 %0,8	14 %5,8	5 %2,1	11 %4,5	2 %0,8
OKB kadın	7 %2,9	23 %9,5	165 %68,2	7 %2,9	13 %5,4	22 %9,1	6 %2,5	4 %1,7
OKB erkek	14 %5,8	28 %11,6	156 %64,5	6 %2,5	6 %2,5	23 %9,5	6 %2,5	3 %1,2
Alkol kadın	91 %37,6	20 %8,3	89 %36,8	2 %0,8	19 %7,9	16 %6,6	4 %1,7	1 %0,4
Alkol erkek	102 %42,1	18 %7,4	83 %34,3	3 %1,2	14 %5,8	16 %6,6	2 %0,8	4 %1,7
Mastürbasyon evli kadın	10 %4,1	3 %1,2	78 %32,2	18 %7,4	17 %7,0	30 %12,4	2 %0,8	84 %34,7
Mastürbasyon evli erkek	7 %2,9	7 %2,9	80 %33,1	14 %5,8	11 %4,5	29 %12,0	3 %1,2	91 %37,6
Mastürbasyon bekar kadın	3 %1,2	10 %4,1	65 %26,9	14 %5,8	5 %2,1	35 %14,5	11 %4,5	99 %40,9
Mastürbasyon bekar erkek	8 %3,3	9 %3,7	58 %24,0	14 %5,8	2 %0,8	28 %11,6	11 %4,5	112 %46,3
Eşcinsel kadın	24 %9,9	4 %1,7	102 %42,1	7 %2,9	6 %2,5	18 %7,4	6 %2,5	75 %31,0
Eşcinsel erkek	31 %12,8	9 %3,7	97 %40,1	6 %2,5	6 %2,5	22 %9,1	4 %1,7	67 %27,7

Katılımcılara sunulan tüm seçenekler içerisinde öne çıkan yardım arama davranışı 'psikoterapi/danışmanlık desteği' olmuştur. Bu seçenek en çok TSSB, depresyon ve eşcinsellik durumları için önerilmiştir. Bu seçenekle ilgili yüzdeler %24 (mastürbasyon yapan bekar erkek) ile %75,6 (TSSB- olayı yaşayan erkek) arasında değişmektedir, Terapi desteğini, 'aile/arkadaş/eş desteği alma' seçeneği izlemektedir, Bu seçenekle ilgili yüzdeler %2 (mastürbasyon yapan bekar erkek) ile %19,4 (depresyon yaşayan kadın ve doğum sonrası depresyon yaşayan kadın vinyetleri) arasında değişmektedir.

Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı için en çok önerilen yardım arama davranışı 'hastaneye yatarak tedavi olmalı' olmuştur (alkol kullanan erkek için %42,1, alkol kullanan kadın için %37,6).

Mastürbasyon durumu için en çok önerilen seçenek 'bir şey yapmasına gerek yok, zamanla geçer.' seçeneği olmuştur. Dört vinyet için oranlar %34,7 ile %46,3 arasında değişmektedir (Tablo 3.17).

3.2.3. Psikopatolojiyi Tanıma ile Sosyodemografik ve Psikososyal Değişkenler Arası İlişkiler

Araştırmada vinyetlere verilen yanıtlar ile sosyodemografik ve psikososyal değişkenler arasındaki ilişkiyi anlamak için çapraz tablo analizleri yapılmıştır.

Katılımcıların tüm vinyetlerdeki psikopatoloji tanıma düzeyleri ile cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, gelir düzeyi algısı, medeni durum gibi sosyodemografik özellikler ve cinsiyet rolleri, yerleşim özellikleri, dini tutum, yaşam kültürü (kitap okuma, internet kullanma, yemek için dışarı çıkma) ve psikoterapi/psikiyatrik destek geçmişi gibi psikososyal değişkenler arasında ilişki olup olmadığını anlamak için çapraz tablo analizleri yapılmıştır.

Ayrıca Katılımcıların DSM-IV tanı kriterlerine göre verdikleri yanlış ve doğru yanıtlar ile cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, gelir düzeyi algısı, medeni durum, dini tutum, cinsiyet rolleri, göç, günlük yaşam kültürü (kitap okuma, internet kullanma, yemek için dışarı çıkma) arasında tek tek ilişki olup olmadığına yönelik çapraz tablo analizleri yapılmıştır.

Yukarıda aktarılan her iki grupla ilişkili çıkan değişkenlere ait çapraz tablo analizleri aynı tablo içerisinde birlikte verilmiştir.

3.2.3.1 . Psikopatolojiyi Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama ile Sosyodemografik Değişkenler arasındaki ilişkiler

Psikopatolojiyi tanıma' ve 'DSM-IV'e göre doğru yanıtlama' ile cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi anlamak için yapılan çapraz tablo analiz bulguları aşağıdaki tablolarda birlikte verilmiştir.

Tablo 3.18. Cinsiyet ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

Psikopatoloji Olarak Tanıma				DSM-IV'e göre doğru yanıt			
	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p		Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p
Depresyon kadın	6,585	1	,008*	Depresyon kadın	6,299	1	,009*
Depresyon erkek	6,658	1	,007*	Depresyon erkek	5,436	1	,014*
Doğum sonrası depresyon	8,580	1	,003*				
TSSB-şahit kadın	3,664	1	,041*	TSSB-şahit kadın	8,031	1	,004*
OKB erkek	7,604	1	,005*	OKB erkek	8,119	1	,003*
Alkol kadın	3,993	1	,035*	Alkol kadın	5,318	1	,016*
Mastürbasyon evli kadın	23,688	1	,000*	Mastürbasyon evli kadın	23,688	1	,000*
Mastürbasyon evli erkek	12,918	1	,000*	Mastürbasyon evli erkek	12,918	1	,000*
				Mastürbasyon bekar kadın	24,216	1	,000*
Mastürb bekar erkek	10,554	1	,001*	Mastürb bekar erkek	9,606	1	,001*
Eşcinsel kadın	7,235	1	,005*	Eşcinsel kadın	7,235	1	,005*

*p<0,05

Tablo 3.18'de cinsiyet ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlama arasında 9 vinyette (depresyon yaşayan kadın, depresyon yaşayan erkek, TSSB-olaya şahit olan kadın, OKB yaşayan erkek, alkol kullanan kadın, mastürbasyon yapan evli kadın ve erkek, mastürbasyon yapan bekar erkek, eşcinsel kadın) anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Doğum sonrası depresyon vinyetinde ise cinsiyet sadece psikopatoloji tanıma ile ilişkili bulunmuştur. Mastürbasyon yapan

bekar kadın vinyetinde ise cinsiyet sadece DSM-IV'e göre doğru yanıtla ile ilişkili bulunmuştur.

Tablo 3.19. Medeni Durum ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtla Arasında anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

Psikopatoloji Olarak Tanıma			DSM-IV'e göre doğru yanıt		
Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p
			TSSB- yaşayan kadın	7,726	2 ,021*
			Doğum sonrası depresyon	6,054	2 ,048*
Eşcinsel kadın	11,928	2 ,003*	Eşcinsel kadın	11,928	2 ,003*

*p<0,05

Tablo 3.19'a bakıldığında, medeni durum ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtla arasında sadece eşcinsel kadın vinyetinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. TSSB-olayı yaşayan kadın ile doğum sonrası depresyon vinyetinde medeni durum ile sadece DSM-IV'e göre doğru yanıtla arasında anlamlı ilişki vardır.

Tablo 3.20. Eğitim Düzeyi ile Psikopatolojiyi Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

	Psikopatoloji Olarak Tanıma			DSM-IV'e göre doğru yanıt			
	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p	
Mastürbasyon evli kadın	25,298	3	,000*	Mastürbasyon evli kadın	25,298	3	,000*
Mastürbasyon evli erkek	19,792	3	,000*	Mastürbasyon evli erkek	19,792	3	,000*
Mastürbasyon bekar kadın	18,108	3	,000*				
Mastürbasyon bekar erkek	20,851	3	,000*	Mastürbasyon bekar erkek	12,367	3	,006*
Eşcinsel kadın	10,738	3	,013*	Eşcinsel kadın	10,738	3	,013*
Eşcinsel erkek	12,367	3	,006*	Eşcinsel erkek	19,323	3	,000*

*p<0,05

Tablo 3.20'de, eğitim düzeyi ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlama arasında 5 vinyette (mastürbasyon yapan evli kadın ve erkek, mastürbasyon yapan bekar erkek, eşcinsel kadın ve erkek) anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Mastürbasyon yapan bekar kadın vinyetinde ise eğitim düzeyi ile sadece psikopatoloji tanıma arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 3.21. Psikopatolojiyi Tanıma ve Gelir düzeyi Arasında Anlamlı İlişki bulunan vinyetler

Vinyetler	Gelir		
	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p
TSSB-şahit kadın	7,352	2	,025*
Alkol kadın	7,549	2	,023*
Mastürbasyon evli kadın	22,302	2	,000*
Mastürbasyon evli erkek	21,281	2	,000*
Mastürbasyon bekar kadın	9,713	2	,008*
Mastürbasyon bekar erkek	11,712	2	,003*
Eşcinsel kadın	7,406	2	,025*

*p<0,05

Tablo 3.21’de gelir düzeyi ile psikopatolojiyi tanıma arasında anlamlı ilişkili bulunan vinyetlerin, TSSB- olaya şahit olan kadın, alkol kullanan kadın, mastürbasyon yapan evli kadın ve erkek, mastürbasyon yapan bekar kadın ve erkek, eşcinsel kadın vinyeti olduğu görülmektedir.

Tablo 3.22. Psikopatolojiyi Tanıma ile Gelir Düzeyi Algısı Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

Patoloji / Patoloji Değil vinyetler	Gelir Düzey Algısı		
	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p
TSSB-yaşayan erkek	9,605	4	,048*
Doğum sonrası depresyon	10,855	4	,028*
Mastürbasyon evli erkek	12,667	4	,013*

*p<0,05

TSSB-olayı yaşayan erkek, mastürbasyon yapan evli erkek ve doğum sonrası depresyon vinyetlerinde psikopatoloji tanıma ile gelir düzeyi algısı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 3.22).

3.2.3.2. Psikopatoloji Tanıma ile Psikososyal Özellikler Arasındaki İlişkiler

Bu bölümde, psikopatoloji tanıma ile toplumsal cinsiyet rolleri, dini tutum, yaşam kültürü, psikopatoloji düzeyi ve geçmişte alınan terapi/psikiyatri desteği arasındaki anlamlı ilişki bulunan vinyetlere yer verilmiştir.

Tablo 3.23. Psikopatoloji Tanıma ile Cinsiyet Rolü Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

Patoloji / Patoloji Değil vinyetler	Cinsiyet Rol		
	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p
Mastürbasyon evli erkek	12,925	3	,005*

*p<0.05

Cinsiyet rolü ile psikopatoloji tanıma arasında sadece mastürbasyon yapan evli erkek vinyetinde anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 3.23). Cinsiyet rolleri ile vinyetleri DSM-IV'e göre doğru yanıtama arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (P>0.05).

Yerleşim özellikleri ile psikopatoloji tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtama arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (P>0.05).

Tablo 3.24. Dini Tutum ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

Psikopatoloji Olarak Tanıma				DSM-IV'e göre doğru yanıt			
	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p		Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p
Mastürbasyon evli kadın	9,106	2	,011*	Mastürbasyon evli kadın	9,106	2	,011*
Mastürbasyon bekar kadın	11,301	2	,004*	Mastürbasyon bekar kadın	1,172	2	,006*
Mastürbasyon bekar erkek	7,110	2	,029*	Mastürbasyon bekar erkek	7,692	2	,021*
Eşcinsel kadın	6,662	2	,036*	Eşcinsel kadın	6,662	2	,036*
Eşcinsel erkek	7,419	2	,024*	Eşcinsel erkek	7,419	2	,024*

*p<0.05

Dini tutum ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlama arasında 5 vinyette (mastürbasyon yapan evli kadın, mastürbasyon yapan bekar kadın ve erkek, eşcinsel kadın ve erkek) anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 3.24).

Tablo 3.25. Kitap Okuma ile Psikopatolojiyi Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtlama Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

Psikopatoloji Olarak Tanıma				DSM-IV'e göre doğru yanıt			
	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p		Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p
TSSB-yaşayan kadın	3,607	1	,047*	TSSB-yaşayan kadın	4,480	1	,029*
TSSB-şahit kadın	8,708	1	,004*	TSSB-şahit kadın	8,192	1	,005*
TSSB-şahit erkek	5,998	1	,013*	TSSB-şahit erkek	5,935	1	,013*
Mastürbasyon evli kadın	4,450	1	,025*	Mastürbasyon evli kadın	4,450	1	,025*

*p<0.05

Kitap okuma ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtla arasında 4 vinyette (TSSB-olayı yaşayan kadın, TSSB-olaya şahit olan kadın, TSSB-şahit olan erkek ve mastürbasyon yapan evli kadın) anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 3.25).

Tablo 3.26. Gazete Okuma ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtla Arasında Anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

Psikopatoloji Olarak Tanıma				DSM-IV'e göre doğru yanıt			
	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p		Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p
OKB erkek	5,281	1	,013*	OKB erkek	3,349	1	,046*
Alkol kadın	7,600	1	,002*	Alkol kadın	3,226	1	,050*
Alkol erkek	3,666	1	,038*				
Mastürbasyon evli kadın	11,761	1	,001*	Mastürbasyon evli kadın	11,761	1	,001*
Mastürbasyon evli erkek	7,713	1	,005*	Mastürbasyon evli erkek	7,713	1	,005*
Mastürbasyon bekar kadın	8,344	1	,004*	Mastürbasyon bekar kadın	5,627	1	,018*
Mastürbasyon bekar erkek	10,334	1	,001*	Mastürbasyon bekar erkek	9,810	1	,002*
Eşcinsel kadın	4,814	1	,020*	Eşcinsel kadın	4,814	1	,020*

*p<0.05

Tablo 3.26.'ya bakıldığında, gazete okuma ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtla arasında 7 vinyette (OKB yaşayan erkek, alkol kullanan kadın, mastürbasyon yapan evli kadın ve erkek, mastürbasyon yapan bekar kadın ve erkek, eşcinsel kadın) anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Alkol kullanan erkek

vinyetinde gazete okuma ile sadece psikopatolojiyi tanıma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 3.27. İnternet Kullanımı ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıt Arasında anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

Psikopatoloji Olarak Tanıma				DSM-IV'e göre doğru yanıt			
	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p		Ki-Kare (χ^2)**	Sd	p
TSSB-şahit kadın	4,691	1	,021*				
TSSB-şahit erkek	19,519	1	,000*				
Mastürbasyon evli kadın	10,193	1	,001*	Mastürbasyon evli kadın	10,193	1	,001*
Mastürbasyon evli erkek	17,104	1	,000*	Mastürbasyon evli erkek	17,104	1	,000*
				Mastürbasyon bekar kadın	6,240	1	,010*
Mastürbasyon bekar erkek	13,524	1	,000*	Mastürbasyon bekar erkek	12,755	1	,000*
Eşcinsel kadın	10,802	1	,001*	Eşcinsel kadın	10,802	1	,001*
Eşcinsel erkek	4,606	1	,022*	Eşcinsel erkek	4,606	1	,022*

*p<0.05

Tablo 3.27.'de, internet kullanımı ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıt Arasında 5 vinyette (mastürbasyon yapan evli kadın ve erkek, mastürbasyon yapan bekar erkek, eşcinsel kadın ve erkek) anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. TSSB-şahit olan kadın ve TSSB-şahit olan erkek vinyetlerinde, internet kullanımı ile sadece psikopatolojiyi tanıma arasında anlamlı ilişki

bulunmuştur. Mastürbasyon yapan bekar kadın vinyetinde ise internet kullanımı ile sadece DSM-IV'e göre doğru yanıtı arasında anlamlı ilişki vardır (Tablo 3.27).

Tablo 3.28. Yemek için Dışarı Çıkma ile DSM-IV'e Göre Doğru Yanıtı Arasındaki İlişki Tablosu

DSM-IV'e göre yanıtı verilen vinyetler	Yemek		
	Ki-Kare (χ^2)**	Sd	P
Doğum sonrası depresyon	3,870	1	,035*
Mastürbasyon bekar erkek	3,568	1	,041*

*p<0,05

Yemek için dışarı çıkma ile DSM-IV'e göre doğru yanıtı arasında anlamlı ilişki sadece DSD ve mastürbasyon bekar erkek vinyetlerinde bulunmuştur (Tablo 3.28)

Tablo3.29. Terapi Desteği ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıt Arasında anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

Psikopatoloji Olarak Tanıma			DSM-IV'e göre doğru yanıt				
	Ki-Kare (X ²)**	Sd	p		Ki-Kare (X ²)**	Sd	p
Depresyon kadın	3,776	1	,035*				
Depresyon erkek	12,243	1	,000*	Depresyon erkek	6,598	1	,010*
TSSB-yaşayan kadın	7,667	1	,003*				
OKB kadın	7,228	1	,005*	OKB kadın	6,080	1	,014*
OKB erkek	6,193	1	,008*	OKB erkek	4,538	1	,033*
				Alkol erkek	5,208	1	,022*
Mastürbasyon evli kadın	5,672	1	,013*	Mastürbasyon evli kadın	5,672	1	,017*
Eşcinsel kadın	5,144	1	,016*	Eşcinsel kadın	5,144	1	,023*

*p< ,05

Tablo 3.29'da, psikoterapi desteği ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıt arasında 5 vinyette (depresyon yaşayan erkek, OKB yaşayan kadın ve erkek, mastürbasyon yapan evli kadın ve eşcinsel kadın) anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Depresyon yaşayan kadın ve TSSB-olayı yaşayan kadın vinyetlerinde, psikoterapi desteği ile psikopatolojiyi tanıma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Alkol kullanan erkek vinyetinde ise psikoterapi desteği ile DSM-IV'e göre doğru yanıt arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo.3.30. Psikiyatrik Destek ile Psikopatoloji Olarak Tanıma ve DSM-IV' e Göre Doğru Yanıtlama Arasında anlamlı İlişki Bulunan Vinyetler

Psikopatoloji Olarak Tanıma			DSM-IVe göre doğru yanıt				
	Ki-Kare (X ²)**	Sd	p		Ki-Kare (X ²)**	Sd	p
Depresyon erkek	16,879	1	,000*	Depresyon erkek	7,602	1	,004*
OKB kadın	5,735	1	,011*				
OKB erkek	6,383	1	,008*	OKB erkek	3,273	1	,048*
Mastürbasyon evli kadın	6,153	1	,010*	Mastürbasyon evli kadın	6,153	1	,010*

*p<0,05

Psikiyatrik destek ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlama arasında depresyon erkek, OKB erkek, mastürbasyon evli kadın vinyetlerinde anlamlı ilişki vardır. OKB kadın vinyetinde ise sadece psikopatolojiyi tanıma arasında anlamlı ilişki vardır (Tablo 3.30).

3.2.4. Psikopatoloji Düzeyi ve Psikopatolojiyi Tanıma (Anova Analizleri)

Psikopatolojiyi tanıma ile SCL-90 alt ölçeklerinden alınan puanların anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) sonuçlarına göre, eşcinsellik, TSSB, OKB, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, doğum sonrası depresyon yaşayan kadın ve depresyon yaşayan kadın vinyetlerinde katılımcıların kendi patoloji düzeylerine göre farklılaşma olmadığı görülmüştür.

ANOVA analizi sonucunda aşağıdaki vinyetler için psikopatolojiyi tanıma ile SCL-90 alt ölçeklerden alınan puanların anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur.

3.2.4.1 Depresyon Yaşayan Erkek Vinyeti ile SCL 90 Alt Ölçekleri

Depresyon yaşayan erkek vinyetinin psikopatoloji olarak tanıma düzeyi SCL-90'nın bazı alt ölçeklerine göre farklılaşmaktadır. Depresyon yaşayan erkek vinyeti için tüm bulgular aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 3.31. Depresyon Yaşayan Erkek Vinyeti ve SCL-90 Alt Ölçekler ANOVA Sonuçları

Puan	Depresyon erkek	N	Ortalama	Ss	Kareler Toplamı	Sd	F	P
Kişilerarası Alt Ölçeği	patoloji	183	1,21	,79	5,190	1	8,963	,003*
	değil	56	86	,65				
Depresyon Alt Ölçeği	patoloji	183	1,20	,83	2,854	1	53,860	,036*
	değil	56	,94	,72				
Fobi Alt Ölçeği	patoloji	210	,55	,68	3,140	1	52,733	,024*
	değil	32	,43	,40				
Paranoya Alt Ölçeği	patoloji	210	1,08	,79	2,845	1	4,479	,030*
	değil	32	1,20	,65				

*p<0.05

Tablo 3.31.'e bakıldığında depresyon yaşayan erkeğin durumunu patoloji olarak tanıyanların SCL-90'ın kişiler arası alt ölçeğinden aldıkları puanların anlamlı

düzye de farklılaştığı; bu alt ölçekten anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldıkları görölmektedir ($F(1,237)=8,963$, $p=0,03$). Bu farklılaşma aynı zamanda depresyon ($F(1,237)=4,432$, $p=0,036$), fobi ($F(1,240)=5,140$, $p=0,02$) ve paranoya ($F(1,240)=4,479$, $p=0,030$) alt ölçekleri için de geçerlidir; depresyon yaşayan erkek vinyetini psikopatoloji olarak tanımlayan katılımcıların bu ölçeklerden aldığı puanların da anlamlı düzeyde yüksek olduğu görölmektedir.

3.2.4.2 Mastürbasyon Vinyetleri ile SCL 90 Alt Ölçekleri

Yapılan ANOVA analizleri sonucunda elde edilen bulgular 22 ayrı tabloda verilmesi gerekmektedir. Aşağıda sadece analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Tüm mastürbasyon vinyetlerini patoloji olarak tanıyanların kişiler arası ilişkiler alt ölçeği ve ek ölçekten aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Mastürbasyon yapan bekar erkek vinyeti dışında diğer mastürbasyon vinyetlerini patoloji olarak tanıyanların, depresyon, anksiyete, fobi, psikotik özellikler alt ölçeklerinden aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bu bulguların dışında mastürbasyon yapan bekar kadın ve erkeğin durumunu patoloji olarak tanıyanların somatizasyon alt ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Mastürbasyon yapan bekar kadın ve evli erkeğin durumunu patoloji olarak tanıyanların, depresyon puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

3.2.4.3. SCL-90 Genel Belirti Düzeyi Alt ölçeği ile Psikopatolojiyi Tanıma arasındaki farklılaşma olan ANOVA analizleri

Vinyetlerdeki durumları patoloji olarak tanıyan ve tanımayan grupların SCL-90'dan aldıkları genel belirti düzeyi puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için yapılan ANOVA analizleri sonucunda aşağıdaki tablolarda yer alan

mastürbasyon yapan evli kadın ve erkek vinyeti ile mastürbasyon yapan bekar kadın vinyetinde farklılaşma bulunmuştur.

Tablo 3.32. SCL-90- Genel Belirti Düzeyi ile Depresyon Yaşayan Erkek Vinyetini Psikopatoloji olarak Tanıma

	Depresyon Erkek	N	Ortalama	Ss	Kareler Toplamı	Sd	F	P
SCL-90 Genel Belirti Düzeyi	patoloji	179	1,03	,66	2,213	1	5,398	,021*
	değil	54	,79	,54				

Tablo 3.32'de depresyon erkek vinyetini psikopatoloji olarak tanıyanların genel belirti düzeyi alt ölçeğinden aldıkları puanların anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ($F(5,398)=2,213$, $P=0,021$).

Tablo 3.33. SCL-90- Genel Belirti Düzeyi Alt Ölçeği ile Mastürbasyon Yapan Bekar Kadın Vinyetini Psikopatoloji Olarak Tanıma

	Mastürbasyon bekar kadın	N	Ortalama	Ss	Kareler Toplamı	Sd	F	P
SCL-90 Genel Belirti Düzeyi	patoloji	79	1,11	,63	2,426	1	5,932	,016*
	değil	154	,90	,64				

* $p<0.05$

Mastürbasyon yapan bekar kadının durumunu patoloji olarak tanıyanların, genel belirti düzeyinden aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksektir ($F(1,231)=5.932$, $p=0.016$) (Tablo 3.33).

Tablo 3.34. SCL-90- Genel Belirti Düzeyi alt ölçeği ile mastürbasyon evli erkek vinyetini Psikopatoloji olarak tanıma

	Mastürbasyon evli erkek	N	Ortalama	Ss	Kareler Toplamı	Sd	F	P
SCL-90 Genel Belirti Düzeyi	patoloji	94	1,09	,69	2,309	1	5,638	,018*
	değil	139	,89	,59				

*p<0.05

Mastürbasyon yapan evli erkeğin durumunu patoloji olarak tanıyanların, genel belirti düzeyinden aldıkları puanların anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir (F(1,231)=5,638, p=0,018) (Tablo 3.34.).

Tablo 3.35. SCL-90- Genel Belirti Düzeyi Alt Ölçeği ile Mastürbasyon Yapan Evli Kadın Vinyetini Psikopatoloji Olarak Tanıma

Puan	Mastürbasyon evli kadın	N	Ortalama	Ss	Kareler Toplamı	Sd	F	P
SCL-90 Genel Belirti Düzeyi	patoloji	99	1,08	,66	2,080	1	5,067	,025*
	değil	134	,89	,62				

*p<0.05

Tablo 3.35.'de, mastürbasyon yapan evli kadının durumunu patoloji olarak tanıyanların, genel belirti düzeyinden aldıkları puanların anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir (F(1,231)= 5.067, p=0.025).

3.2.5. Psikopatoloji Düzeyi ve DSM-IV'e göre Doğruluk Oranı (Anova Analizleri)

DSM-IV'e göre doğru yanıt verme oranı ile SCL-90 alt ölçeklerinden alınan puanların anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) yapılmıştır.

ANOVA analizlerinin sonuçlarına göre, depresyon yaşayan kadın, OKB , alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, TSSB-olayı yaşayan kadın, TSSB-şahit olan kadın, TSSB-olayı yaşayan erkek, doğum sonrası depresyon, eşcinsel kadın, eşcinsel erkek ve mastürbasyon yapan bekar kadın vinyetlerinde DSM-IV'e göre doğru/yanlış yanıt verenlerin SCL-90 alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

DSM-IV'e göre doğru/yanlış yanıt verenlerin SCL-90 alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı düzeyde farklılaşan analiz sonuçları aşağıda gösterilmektedir.

3.2.5.1 Depresyonun DSM-IV'e göre Doğruluk Oranı ve SCL-90

DSM-IV'e göre doğru tanınma oranının SCL-90 puanlarının göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında depresyon yaşayan erkek vinyeti için alt ölçeklerden alınan puanların anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür.

Tablo 3.36. Depresyon Yaşayan Erkek Vinyetinde DSM-IV Doğruluk Oranı ile SCL-90

Puan	Depresyon erkek	N	Ortalama	Ss	Kareler Toplamı	Sd	F	P
Kişilerarası İlişkiler	doğru	174	1,19	,77	3,011	1	5,118	,025*
Alt Ölçeği	yanlış	65	,94	,73				
Anksiyete	doğru	177	,87	,79	2,465	1	4,573	,033*
Alt Ölçeği	yanlış	65	,64	,52				

*p<0.05

Tablo 3.36.'da depresyon yaşayan erkeğin durumuna DSM-IV tanı kriterlerine göre doğru yanıtları verenlerin yanlış yanıt verenlere göre, SCL-90 kişiler arası ilişkiler alt ölçeği (F (1,237)= 5,118, p=,025), ve anksiyete alt ölçeğinden aldıkları puanların anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir F(1,240)=4,573,p=0,033).

3.2.5.2. Mastürbasyonun DSM-IV'e Göre Doğruluk Oranı ve SCL-90

Tablo 3.37. Mastürbasyon Yapan Evli Kadın Vinyetinde DSM-IV doğruluk oranı ile SCL-90

Puan	Mastürbasyon evli kadın	N	Ortalama	Ss	Kareler Toplamı	Sd	F	P
Somatizasyon Alt Ölçeği	doğru	139	1,19	,77	4,724	1	8,143	,005*
	yanlış	101	,90	,75				
Kişilerarası İlişkiler Alt Ölçeği	doğru	139	1,04	,80	2,570	1	4,355	,038*
	yanlış	100	1,25	,74				
Depresyon Alt Ölçeği	doğru	139	1,03	,85	3,979	1	6,224	,013*
	yanlış	100	1,29	,76				
Anksiyete Alt Ölçeği	doğru	141	,71	,69	3,318	1	6,197	,013*
	yanlış	101	,95	,78				
Fobi Alt Ölçeği	doğru	141	,46	,61	1,706	1	3,984	,047*
	yanlış	101	,63	,70				
Psikoz Alt Ölçeği	doğru	140	,60	,61	1,744	1	4,231	,041*
	yanlış	101	,78	,68				
Ek Ölçek	doğru	141	1	,68	2,923	1	5,320	,022*
	yanlış	101	1,22	,81				

*p<0,05

Tablo3.37.'de mastürbasyon yapan evli kadının durumuna doğru cevap verenlerin SCL-90 somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanın yanlış cevap verilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ($F(8,143)=4,724, P=0,05$). Mastürbasyon yapan evli kadının durumuna yanlış cevap verenlerin kişiler arası ilişkiler ($F(4,355)=2,570, P=0,038$), depresyon ($F(6,224)=3,979, P=0,013$), anksiyete

(F(6,197)=3,318,P=0,013) psikotik özellikler (F(6,197)=3,318, P=0,047), fobi (F(4,231)=1,744,P=0,041) ve ek alt ölçeğinden (F(5,320)=2,923,P=0,022) aldıkları puanların doğru yanıt verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.38. Mastürbasyon Yapan Evli Erkek Vinyetinde DSM-IV Doğruluk Oranı ile SCL-90

Puan	Matürbasyon evli erkek	N	Ortalama	Ss	Kareler Toplamı	Sd	F	P
Somatizasyon Alt Ölçeği	doğru	144	,93	,78	3,002	1	5,111	,025*
	yanlış	96	1,16	,75				
Kişilerarası İlişkiler Alt Ölçeği	doğru	143	1,01	,72	4,871	1	8,393	,004*
	yanlış	96	1,30	,89				
Depresyon Alt Ölçeği	doğru	143	1,01	,72	4,240	1	6,644	,011*
	yanlış	96	1,30	,89				
Anksiyete Alt Ölçeği	doğru	145	,73	,68	3,318	1	6,197	,013*
	yanlış	97	,93	,80				
Fobi Alt Ölçeği	doğru	145	,45	,59	2,422	1	5,698	,018*
	yanlış	197	,66	,72				
Psikoz Alt Ölçeği	doğru	144	,59	,58	2,878	1	7,065	,008*
	yanlış	97	,81	,71				
Ek Ölçek	doğru	145	1	,67	3,134	1	5,713	,018*
	yanlış	97	1,23	,82				

*p<0,05

Tablo 3.38’de DSM-IV’e göre mastürbasyon yapan evli erkeğin durumuna yanlış yanıt verenlerin SCL-90 somatizasyon ($F(5,111)=3,002, P=0,025$), kişiler arası ilişkiler ($F(8,393)=4,871, P=0,04$), depresyon ($F(6,644)=4,240, P=0,011$), anksiyete ($F(6,197)=3,318, P=0,013$), fobi ($F(5,698)=2,422, P=0,018$) ve psikotik özellikler alt ölçekleri ($F(7,065)=2,878, P=0,08$) ve ek ölçekten ($F(5,713)=3,134, P=0,018$) aldıkları puanların doğru yanıt verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.39. Mastürbasyon Yapan Bekar Erkek Vinyetinde DSM-IV Doğruluk Oranı ile SCL-90 ANOVA Sonuçları

Puan	Mastürbasyon bekar erkek	N	Ortalama	Ss	Kareler Toplamı	Sd	F	P
Somatizasyon Alt Ölçeği	doğru	161	,95	,77	2,578	1	4,375	,038*
	yanlış	79	1,17	,75				
Kişilerarası İlişkiler Alt Ölçeği	doğru	160	,95	,77	3,404	1	5,802	,017*
	yanlış	79	1,17	,74				
Ek Ölçek	doğru	162	1,01	,71	3,794	1	6,952	,009*
	yanlış	80	1,27	,78				

* $p < 0,05$

Tablo 3.39’da mastürbasyon yapan bekar erkeğin durumuna yanlış yanıt verenlerin somatizasyon ($F(4,375)=2,578, p=0,038$), kişiler arası ilişkiler ($F(5,802)=3,404, P=0,017$) ve ek ölçekten ($F(6,952)=3,794, P=0,09$) aldıkları puanların doğru yanıt verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

3.2.6. Psikopatoloji Düzeyi ile Sosyodemografik ve Psikososyal Değişkenler (Anova Analizleri)

3.2.6.1 Psikopatoloji Düzeyi ve Sosyodemografik Değişkenler

Cinsiyete göre paranoya ve ek ölçek dışında tüm alt ölçekler anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Bu ölçeklerin dışında diğer tüm ölçeklerden kadınların erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Medeni duruma göre bakıldığında katılımcıların SCL-90 alt ölçeklerinden aldıkları puanların evli, bekar, boşanmış ve dul olmalarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

3.2.6.2 Psikopatoloji düzeyi ve Psikososyal Değişkenler

Her bir cinsiyet rolü puanları ile SCL-90 alt ölçek puan karşılaştırmalarında 'düşmanlık' alt ölçeği dışında bütün alt ölçeklerden alınan puanların cinsiyet rollerine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur. Cinsiyet rolü puanlarının hangilerinin diğerlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığını anlamak için Bonfrenner Post Hoc analizi yapılmış, analiz sonucunda kadınsılık puanı yüksek olan grubun 'düşmanlık' alt ölçeği dışında bütün alt ölçeklerde erkeksilik puanı yüksek olan gruptan SCL-90 alt ölçeklerinden daha fazla puan aldıkları görülmüştür.

Yerleşim özellikleriyle ilgili olarak göç eden ve etmeyenlerin SCL-90 alt ölçeklerinden aldıkları puanların ise anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Terapi alan ve almayanların ek ölçek dışında SCL-90'ın diğer alt ölçeklerinden aldıkları puanların anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur. Terapi desteği almış

olan grubun ek ölçek dışında SCL-90'nın diğer alt ölçeklerinden aldıkları puanların terapi desteği almayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Psikiyatri desteği almış olanlar ve almayanların SCL-90'nın ek ölçeği dışında tüm alt ölçeklerinden aldıkları puanların anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur. Psikiyatri desteği alanların ek ölçek dışında diğer ölçeklerden aldıkları puanlar, psikiyatri desteği almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

IV. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında, psikolojik danışmanlık ve eğitim merkezlerine başvuran yetişkinlerin psikopatolojiye ilişkin algılarının, ruh sağlığı okuryazarlığı açısından psikopatolojiyi tanıma düzeylerinin ve yardım arama davranışlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Tez çalışması kapsamında, 19-51 yaş arasında, 38 kişi ile gerçekleştirilen niteliksel araştırma (odak grup) ile 242 kişi ile gerçekleştirilen niceliksel araştırmada katılımcıların, yaygın görülen psikopatoloji türlerini ve psikopatoloji olmadığı halde böyle algılanabilen bazı durumların (Depresyon, YAB, DSD, OKB, TSSB, alkol kötüye kullanımı /bağımlılığı ile DSM-IV'e göre psikopatoloji olmayan mastürbasyon, eşcinsellik ve yas dönemi) tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlama düzeyleri ve tüm bu durumlar için yardım arama davranışları incelenmiştir.

Yapılan iki araştırma sonucunda ruh sağlığı ve psikopatolojinin nasıl tanımlandığı, ruh sağlığı ve psikopatolojinin nedenlerine yönelik algı ve tutumların neler olduğu incelenmiştir. Bu çerçevede yaygınlığı yüksek olan altı patolojik durumun ve patoloji sayılmadığı halde patoloji gibi algılanma olasılığı yüksek üç durumun patoloji olarak tanınma yani ruh sağlığı okuryazarlık yüzdeleri, tedavi edilebilirlikleriyle ilgili algılar ve önerilen yardım arama davranışları ile ilgili bulgular elde edilmiş, bu bulguların çeşitli sosyodemografik ve psikososyal özelliklerle olan ilişkilerine bakılmıştır. Bu bölümde, niteliksel ve niceliksel araştırmalarının sonucunda elde edilen bulgular, ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

4.1. Ruh sağlığı ve Psikopatoloji kavramlarının Tanımlanmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın temel sorusu olan ruh sağlığı ve psikopatoloji kavramlarının nasıl tanımlandığını öğrenmek amacıyla odak grup görüşmelerinde sorulan 'psikolojik sağlık nedir?' 'psikolojik hastalık nedir?' sorularına verilen yanıtlar, katılımcıların ruh sağlığı ve psikopatoloji ile ilgili algıları ve psikopatolojiyi tanıma düzeyleri hakkında bilgi vermiştir.

'Psikolojik hastalık' ve 'psikolojik sağlık' kavramlarının ne olduğu sorusuna verilen yanıtlarda, 'psikolojik hastalık' kavramına verilen yanıtların 'psikolojik sağlık' kavramına göre sayısal olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Psikolojik sağlık, çoğunlukla 'mutlu, huzurlu olmak, uygun duygulanıma sahip olmak' gibi duygusal özelliklerle tanımlanırken, psikopatoloji tanımlarında duygusal özelliklerin yer almadığı görülmüştür. Bilişsel ve davranışsal özellikler her iki kavramın tanımlanmasında da öne çıkmıştır. Odak grup görüşmelerinde psikopatoloji tanımlanırken 2 kişi 'şizofreni', 1 kişi 'mental retardasyon', 1 kişi 'hiperaktivite/öğrenme güçlüğü' ifadelerini kullanmışlardır.

Literatürde bu konudaki çalışmaların daha çok depresyon, şizofreni gibi belirli bozukluklar için ya da damgalama konusunda yapıldığı görülmüştür (Dahlberg ve ark., 2008; Deen ve Bridges, 2011; Griffiths ve ark., 2009; Jorm ve ark., 2005; Swami ve ark., 2011). Ruhsal hastalığın tanımlanması ile ilgili yapılan iki ayrı araştırmada, Fransa'da ruhsal hastalık, 'anormal, tuhaf davranan, farklı konuşan' ya da olarak tanımlanırken Çin'de 'korkulan bir şey', 'karakter zayıflığının bir kanıtı', kalıtsal ya da beyin hasarından kaynaklı psikiyatrik, medikal ya da psikolojik bir bozukluk olarak tanımlanmıştır.

Odak grup çalışmasında ruhsal hastalık tanımları arasında aklını kaçırmak (1 kişi), Bakırköy'e yatmak (1 kişi), hastalık hastası olmak (5 kişi), kendine ve

başkasına zarar verme kendisine ve çevresine faydası olmayan (2 kişi) gibi tanımlar yer almaktadır. Bu tanımlara bakıldığında ruh sağlığına/hastalığına yönelik olumsuz atıfların yapıldığı görülmektedir. Yapılan araştırmalarda da tez çalışması bulgularına benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Almanya ve İngiltere’de, ruhsal hastalıkların tehlikeli olarak algılandığını, tehlike algısı arttıkça sosyal mesafenin arttığını gösteren araştırmalar vardır (Angermeyer ve Matschinger, 2003; Link ve ark., 1999). Fransa’da yapılan bir araştırmada da ‘Delilik’, garip, beklenmeyen ve tehlikeli davranışlar, gerçeklikle ilgili duygu ve bilinçli davranışların eksik olması olarak tanımlanmıştır (Goodfellow ve ark., 2010). Çin’de ise ruhsal hastalığı olan kişinin, ailesi için utanca yol açtığı ve bu sebeple dışlanması gerektiği düşünülmektedir (Parker ve ark., 2001). Literatürde ruh sağlığı ile ilgili olumlu tutumları ortaya çıkaran araştırmalara da rastlanılmıştır. Mısır ve Latin Amerika’da yapılan araştırmalar psikiyatrik teşhis almış kişilerle tanışma, aynı sosyal ortamı paylaşma, kendi sosyal yaşamlarına almada sosyal kabul düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Dessoki ve Hifnawy, 2009; Peluso ve Blay, 2004). Türkiye’de ruh sağlığı ile ilgili tutum araştırmalarının depresyon, şizofreni gibi belirli ruhsal bozukluklar üzerinden yapıldığı görülmektedir. Bu araştırmaların genel bir sonucu olarak ruhsal hastalıkların belirtilerinin tanınabildiği ama ‘tehlikeli’ olduğu ve sorun yaşayan kişilere sosyal mesafe konulması gerekliliği öne çıkmıştır (Sağduyu ve ark., 2003; Taşkın ve ark., 2006; Taşkın ve ark., 2002; Özmen ve ark., 2004). Odak grup çalışması esas olarak niceliksel araştırmadaki vinyetlerin oluşturulması, niceliksel araştırma grubunun genel yapısı hakkında bilgi edinmek için sınırlı sayıda katılımcıyla gerçekleştirilmiş olsa da katılımcıların ruhsal hastalık yaşayan kişilerle ilgili genel olarak olumsuz tutumlara sahip olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Bu tez çalışmasında diğer araştırma bulgularına benzer olarak psikopatolojiye ilişkin olumsuz tutumların ortaya çıkmasının bir nedeni olarak, psikopatoloji hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olunmaması gösterilebilir. Diğer yandan

Türkiye’de yapılan araştırma sonuçları olumsuz tutumların sadece bilgi düzeyi ile ilişkili olmadığını göstermiştir (Taşkın ve ark., 2006; Taşkın ve ark., 2002; Özmen ve ark., 2004). Psikopatoloji ile ilgili olumsuz tutumlar, kişinin içinde yaşadığı aile ve toplum bağlamında bir önceki kuşaktan aktarılan koşullanmalar ve öğrenmelerle yakından ilişkili olabilir. Diğer araştırma sonuçları da damgalama ve sosyal mesafe koyma gibi davranışlara yol açan olumsuz tutumların kültürden kültüre farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur (Dessoki ve Hifnawy, 2009; Peluso ve Blay, 2004).

Odak grup çalışmasında araştırmaya dahil edilen depresyon, doğum sonrası depresyon YAB, TSSB, OKB, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, yas, mastürbasyon ve eşcinsellik durumları içinde, doğum sonrası depresyon, psikopatoloji olarak tanımlanmaz iken mastürbasyon ve eşcinsellik ise psikopatoloji olarak tanımlanmıştır. DSM-IV’e göre psikopatoloji olarak tanımlanmayan mastürbasyon ve eşcinsellik için psikopatoloji olduğu belirtilmiş, bu vinyetler DSM-IV’e göre yanlış yanıtlanmıştır. Diğer 5 durum ise DSM-IV kriterlerine göre doğru tanınmıştır. DSM-IV’e göre psikopatoloji olarak tanımlanan depresyon, YAB, TSSB, OKB, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, katılımcıların çoğu tarafından psikopatoloji olarak tanınmış; DSM-IV’e göre doğru yanıtlanmıştır. Katılımcı sayısınının 242 olduğu niceliksel çalışmada ise doğum sonrası depresyon doğru bir şekilde patoloji olarak tanınmış, eşcinsellik ve mastürbasyon, DSM-IV kriterlerine göre psikopatoloji olarak görülmez iken, DSM-IV’ün bu kriterlerine göre en çok yanlış yanıt verilen durumlar olmuştur.

Odak grup çalışmasında ayrıca bu durumların nedenleri ile ilgili atıflar da sorgulanmıştır. En çok öne çıkan nedenler, eşcinsellik ve mastürbasyon dahil tüm vinyetler için ‘travmatik yaşantılar’ olmuştur. Sadece doğum sonrası depresyon için birinci neden grubu ‘eş/aile sorunları’ ve yasta ‘sevilen birinin kaybı ve ölüm korkusu’ ilk neden grubu olmuştur.

4.2. Psikopatolojiyi Tanıma, DSM-IV'e göre Doğru Yanıtlama ve Yardım Arama Davranışları ile ilgili Bulguların Tartışılması

Niceliksel araştırmada katılımcıların üçte ikisinin depresyon vinyetlerini psikopatoloji olarak doğru bir şekilde tanıdığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında **depresyonun** diğer ruhsal bozukluklara kıyasla daha çok araştırıldığı ve çoğu araştırma sonucunda yaygın olarak tanınan bir ruhsal bozukluk olduğu ortaya çıkmıştır (Angermayer ve Matschinger, 2003; Barlett ve ark., 2006; Sin ve ark., 2011; Suhail, 2005; Goodfellow ve ark., 2010; Wong ve ark., 2010). Niceliksel araştırmanın depresyon ile ilgili sonuçlarının literatürü desteklediği görülmüştür. Sadece Dahlberg ve arkadaşları (2008), İsveç'te yaptıkları çalışmada, katılımcıların üçte ikisinin depresyonu tanımadığı sonucuna ulaşmışlardır. Türkiye'de ise depresyonun tanınması ile ilgili sınırlı sayıda araştırmaya ulaşılmıştır. Yapılan bir araştırmada depresyon bir hastalık olarak görülmemiş, daha çok 'herkesin zaman içinde düşebileceği' bir durum olarak tanımlanmıştır (Şen ve ark., 2003). Diğer araştırmalara bakıldığında ise depresyonun bir hastalık olarak tanındığı görülmüştür (Özmen ve ark., 2003; Taşkın ve ark., 2006). Tez çalışması kapsamında yer alan bulgular da Özmen ve arkadaşları (2003) ile Taşkın ve arkadaşlarının (2006) elde ettiği bulgulara paralel olarak depresyonun tanındığı ve bilindiğini göstermektedir.

Niceliksel araştırmada ve odak grup çalışmasında depresyon için tedavi edilebilir bir hastalık olduğu belirtilmiş ve en çok önerilen yardım arama davranışı psikoterapi/danışmanlık hizmeti olmuştur. İsveç, İsviçre, Pakistan'ın kırsal kesimi ve Güney Afrika'da yapılmış araştırmaların benzer sonuçları bu tez çalışmasının bulgularını desteklemektedir (Dahlberg, 2008; Lauber ve ark., 2003; Samouilhan ve Seabil, 2010; Suhail, 2005). Türkiye'de İstanbul ve Manisa'da yapılmış iki ayrı araştırmada en çok öne çıkan yardım arama davranışı psikiyatriyeye gitmek olmuştur (Özmen ve ark., 2003; Şen ve ark., 2003). Savaş ve arkadaşlarının (2006) Gaziantep'te yaptığı araştırmada ise depresyonun geçici bir durum olduğu ve bir şey

yapılmasına gerek olmadığı algısının yüksek, ilk önerilen destek türünün psikoloğa gitmek olduğu görülmüştür. Niceliksel araştırmada öne çıkan diğer bir yardım önerisi aile/eş/ arkadaş desteği olmuştur. Avustralya'da yapılan araştırmalarda da aile/eş desteği, aile hekiminden sonra öne çıkan ikinci yardım arama davranışı olmuştur (Jorm ve ark.,1997; Jorm ve ark.,2005). Depresyonun tanınma düzeyinin yüksek olması, 'üzüntü, isteksizlik, çökkünlük' gibi belirtilerinin kolaylıkla tanınıyor olması ile ilgili olabilir. Odak grup görüşmelerinde de depresyonun daha çok duygusal ve bedensel belirtilerinin tanındığı görülmüştür. Depresyonun belirtilerinin kolaylıkla tanınıyor olması ise medya ve popüler kültür içerisinde televizyon dizileri, müzik, kitap vb. araçlarla gündeme geliyor olması ile ilişkili olabilir. Bunun yanı sıra koruyucu ruh sağlığı çalışmaları kapsamında birinci basamak sağlık sisteminde, broşür, poster vb araçlarla depresyonunun tanıtımına yer veriliyor olması da halkın genelinde depresyonun tanınmasını kolaylaştırıyor olabilir. Avustralya'da yapılan araştırmalar ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili medya ve diğer basın organlarının kullanımı ile gerçekleştirilen kampanyaların depresyon okuryazarlığını arttırmada etkili olduğunu göstermiştir (Jorm ve Kelly, 2007; Jorm ve ark., 2005; Reavley ve ark.,2010).

Odak grup görüşmelerinde katılımcıların karşılaştığı ikinci vinyet **YAB** olmuştur. Yapılan görüşmelerde katılımcıların geneli tarafından YAB'ın patoloji olarak tanındığı, YAB için öne çıkan yardım arama davranışlarının ilk sırada psikoterapi/danışmanlık, ikinci sırada 'meşguliyet' olduğu ortaya çıkmıştır. YAB vinyetinin, belirti ve nedenlerinin doğru tanınmasından dolayı niceliksel araştırmaya alınmasına gerek duyulmamıştır. Dünyada ve Türkiye'de kaygı bozukluklarının tanınması ile ilgili yapılan araştırmalarda, YAB'ın belirtileri genel olarak tanınmakta, tercih edilen yardım arama davranışlarının arasında tıp dışı geleneksel yardımdan çok, profesyonel yardım alma, ruh sağlığı uzmanından yardım alma, aile hekiminden veya iç hastalıkları doktoru yardım alma bulunmaktadır (Bahar ve ark., 2010; Savaş

ve ark., 2006; Kadam ve ark., 2001; Mojtabai ve ark., 2002; Reavly ve ark., 2010). Odak grup görüşmelerinde YAB'ın diğer ruhsal bozukluklara kıyasla daha çok tanınıyor olmasının bir nedeni Türkiye'de ve dünyada yaygın görülen bir bozukluk olması ile açıklanabilir (Erol ve ark., 1998; Mio ve ark., 2006). Kaygı, yol açtığı fizyolojik değişimler ve diğer davranışsal belirtileri, evrensel olarak tanınmasını kolaylaştırıyor olabilir. Bu durum YAB'ın genel popülasyonda tanınma düzeyini arttıran etkenlerden biri olarak açıklanabilir.

Niceliksel araştırmada katılımcıların %69,4'ü **doğum sonrası depresyonu** patoloji olarak tanıdığı, %30,6' sısı ise patoloji olarak görmemiştir. DSM-IV'e göre de doğru yanıtlanma oranı da %66,1'dir. Odak grup çalışmasında doğum sonrası depresyonun patoloji olmadığı yönünde cevaplar daha çok verilmiş olsa da tüm durumlar arasında, 'doğum sonrası depresyonu, lohusalık bunalımı' vb. ifadelerle en çok doğru isimlendirilen vinyet, doğum sonrası depresyon vinyeti olmuştur. Türkiye'de kültürel olarak 'lohusa kadın' ve 'lohusalık dönemi' ifadeleri ile doğum sonrası döneme özel bir atıfta bulunmaktadır. Türkiye'de doğumdan sonraki 6 hafta sonunda gebeliğin kadında yarattığı fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı, gebelik öncesi döneme geçilmesinin beklendiği bir dönem olarak tanımlanan lohusalık döneminde (Sözeri ve ark., 2006), doğum yapmış kadından günlük yaşam ile ilgili alanlarda bazı sorumlularını yerine getirmesi beklenmez. Türk kültüründe doğum sonrası yaşanan bu dönemin 'normal' olarak görülmesi, odak grup çalışmasında doğum sonrası depresyonun normal bir süreç olarak algılanmasını açıklıyor görünmektedir. Niceliksel araştırmada da katılımcıların %30,6' sısı doğum sonrası depresyonu normal bir durum olarak tanımlamış olmaları kültürel olarak lohusalık döneminin kabulü ile açıklanabilir. Literatüre bakıldığında, dünyada doğum sonrası depresyonun tanınmasına yönelik araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda doğum sonrası depresyon hakkında bilgi sahibi olunmaması ve bu dönemle ilgili olumsuz tutum ve inanışların

kabul edilmesinin yardım almayı engellediği görülmüştür (Dennis ve Chung-Lee, 2006). Avustralya'da yapılan bir araştırmada ise katılımcıların yarıya yakını doğum sonrası depresyonu çocuğun doğumundan sonraya ortaya çıkan en genel sağlık problemi olarak tanımlamıştır (Highett ve ark., 2011). Niceliksel ve odak grup çalışmasında doğum sonrası depresyon için öne çıkan yardım arama davranışları ise terapi/danışmanlık ve aile/eş desteğidir. Yapılan araştırmalarda ise en çok önerilen yardım davranışı psikoterapi desteği olmuştur (Dennis ve Chung-Lee, 2006; Highett ve ark. 2011). Bu sonuçlar tez araştırması bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Türkiye'de doğum sonrası depresyonu ile ilgili yapılan araştırmalar daha çok yaygınlığı ve ortaya çıkmasına yol açan etkenler ile ilgilidir. Bu etkenlerin başında birlikte yaşanan çocuk sayısı, gecekonduda yaşama, göçmen olma, geçmişte yaşanan ruh sağlığı sorunları, aile ile kötü ilişkiler; sosyal destek alamama yer almaktadır (Danacı ve ark., 2002; Karamustafalıoğlu ve Tomruk, 2000). Odak grup çalışmasında doğum sonrası depresyonunun nedenleri ile ilgili bulgular arasında literatüre benzer olarak, yeni yaşam düzeni ile ilgili nedenler, aile/eş desteği alamama ve travmatik yaşam olayları ile ilgili etkenler vurgulanmıştır. Tez çalışması kapsamındaki bu bulgular katılımcıların doğum sonrası depresyonun nedenleri hakkında bilgi sahibi olduklarını düşündürmektedir.

Doğum sonrası depresyonu psikopatoloji olarak tanıma düzeyinin diğer vinyetlere kıyasla düşük olması ile ilişkili olabilecek bir etken, olumsuz tutumlar olabilir. Odak grup çalışmalarında doğum sonrası depresyon yaşayan bir kadının 'şımarıklık' yapabildiği, anne olan bir insanın üzülmesi için bir sebep olamayacağı yönünde olumsuz tutumlar ifade edilmiştir. Olumsuz tutum ve inanışlar doğum sonrası depresyonu ile ilgili bilgi almayı engelliyor olabilir. Doğum sonrası dönemde beklenebilecek değişimler, yeni bir yaşam düzenine uyum sağlama evresi olarak görülebilir. Bunların yanı sıra, geçmişten bugüne değişen geniş aile yapısından

çekirdek aile yapısına doğru geçerken anneliğe ve çocuğa yüklenen anlamların değişiyor olması, doğum sonrası depresyon ile ilgili bilgi kaynaklarının arttırılmasına desteklerken diğer yandan bu konuda olumsuz tutumların ortaya çıkmasına yol açabilir. Türk kültüründe yer alan lohusalık döneminde yaşanan fizyolojik ve duygusal değişimlerin 'hafif' düzeyde seyrettiğinde 'normal' olarak algılandığı belirtilerin şiddetinin artması ile bu dönemin kabul görmesinde sıkıntılar yaşandığı ve olumsuz tutumların arttığı söylenebilir.

Niceliksel araştırmada **TSSB**'nin araştırma kapsamındaki yer alan tüm durumlar içinde psikopatoloji olarak tanınma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlanma düzeyi en yüksek ruhsal bozukluk olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların çoğu tarafından tedavi edilebilir bulunan TSSB için önerilen yardım arama davranışları arasında önemli farkla terapi/danışmanlık hizmeti öne geçmiştir. TSSB, odak grup çalışmasında 38 kişiden sadece iki kişi tarafından doğru isimlendirilmiştir. Literatüre bakıldığında TSSB tanınma düzeyi ile ilgili sınırlı sayıda araştırma bulunduğu görülmüştür. Amerika'da yapılan bir araştırmada, TSSB yaşayan birçok insanın yaşadıkları durum hakkında bilgi sahibi olmadıkları için profesyonel yardım alma davranışına yönelmedikleri bulunmuştur (Davidson ve ark., 2004). Avustralya'da yapılan ruh sağlığı okuryazarlığı araştırmasında katılımcıların üçte biri tarafından TSSB doğru isimlendirilmiş, yardım için aile hekiminden sonra aile/arkadaş ve danışmanlık desteği yardım almak için en çok tercih edilen destek türleri olmuştur. Bu destek türlerini düzenli olarak fiziksel aktiviteler, düzenli olarak rahatlatıcı egzersizler yapma ve stresli olaylardan kaçınma gibi davranışlar izlemektedir (Reavley ve Jorm, 2011; Reavley ve ark, 2012). TSSB'nin tanınma düzeyi ile ilgili bulgular literatür ile benzerlik gösterdiği fakat yardım arama ile nicel araştırmada daha farklı bir sonuç elde edildiği görülmektedir. Türkiye'de TSSB'nin görülme sıklığı ve belirtilerinin depremden sonraki dönemde önemli oranda arttığını gösteren araştırma bulguları bulunmaktadır (Başoğlu ve ark, 2005; Karakaya ve ark., 2004;

Önder ve ark., 2006). Depremzedelerin yardım arama davranışlarının incelendiği bir araştırmada öne çıkan yardım davranışının tez çalışması bulguları ile paralel olarak ruh sağlığı uzmanı (psikiyatr ya da psikolog), psikiyatri dışı uzman, pratisyen hekim ve STK'lar olduğu görülmüştür.

TSSB'nin tanınma düzeyinin diğer vinyetler içerisinde yüksek olması 1999 Marmara Depremleri sonrasında TSSB'nin görülme sıklığının artması ile ilişkili olabilir. Deprem sonrasında yurt içinden ve yurt dışından birçok STK'nın yürütmüş olduğu TSSB ile ilgili psikosoyal eğitimler ve medyada yer alan haber ve programlar ile toplum genelinde TSSB ile ilgili bilgi düzeyinin arttığı söylenebilir.

Niceliksel araştırma sonuçlarına göre **OKB**, psikopatoloji olarak tanınma ve bu tanımın DSM-IV kriterleri ile paralellik göstermesi açısından diğer dokuz durum arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Odak grup çalışmasında da OKB'nin 38 katılımcıdan 7'si tarafından doğru bir şekilde isimlendirildiği görülmüştür. Diğer bulgular arasında, OKB tedavi edilebilir bir hastalık olarak görülmüş, yardım davranışı olarak en çok terapi/danışmanlık, ikinci sırada ilaç tedavisi önerilmiştir. Literatüre bakıldığında doğrudan OKB'nin tanınma düzeyini konu alan sınırlı sayıda araştırmaya ulaşılmıştır. Amerika'da üniversiteli bir grup ile yapılan bir araştırmada OKB'nin %80 oranında tanındığı ve doğru isimlendirildiği görülmüştür (Coles ve ark., 2010). OKB'nin tanınması ile ilgili Türkiye'de üniversite öğrencileri yapılan araştırmada ise, özellikle kirlenme ve saldırganlık obsesyonları ile ilgili kompülsiyonların daha çok ruhsal hastalık belirtileri olarak algılandığı ve tıbbi nedenlerle ilişkilendirildiği, dini içerikli obsesyon ve kompülsiyonların ise dini nedenlerle açıklanmaya çalışıldığı ortaya çıkmıştır. Yardım arama davranışlarına bakıldığında ise tez çalışması bulgularından farklı olarak öncelikle din hocalarının tercih edildiği, bunu psikiyatri veya psikoloğun takip ettiği, nereden yardım alınabileceğinin bilinmediği, ruh sağlığı ile ilgili problemler söz konusu olduğunda diğerleriyle paylaşmaktan çekinildiği görülmüştür (Beşiroğlu ve ark., 2010). Odak

grup çalışmasında OKB'nin nedenleri olarak travmatik yaşantılar ve kişilik/karakter özellikleri öne çıkmıştır. Bu araştırma bulgularına dayanarak OKB'nin kompulsüyonlarla ilgili olan belirtilerinin genel olarak mantıksız ya da aşırı davranışlar olarak algılanması OKB ile ilgili olumsuz tutumların oluşmasına yol açtığı; olumsuz tutumların da yardım arama davranışlarını engellediği düşünülebilir. Kohn ve arkadaşları da (2004) Türkiye'de OKB için sağlık arama davranışı oranının düşük olduğunu göstermiştir. OKB için yardım arama davranışları ile ilgili diğer araştırmalara bakıldığında ise tez çalışması bulguları ile benzer olarak psikoterapi ve ilaç desteğinin öne çıktığı görülmektedir (Coles ve ark., 2010; Marques ve ark., 2010).

Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı vinyeti ile ilgili niceliksel araştırma bulgularına bakıldığında, bu vinyet, TSSB'den sonra psikopatoloji olarak tanınma düzeyi, DSM-IV'e göre doğru yanıtlanma düzeyi ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak görülme oranı en yüksek durum olmuştur. Alkol kullanımının yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırmalarda alkol kullanımı ile ilgili tutumların İngiltere, Fransa, Rusya, Amerika ve Güney Kore gibi birçok ülkede birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Avrupa ülkeleri ve Rusya'da alkol kullanımı yaşam kültürünün bir parçası iken, kullanım miktarının diğer ülkelere oranla daha düşük olduğu bulunmuştur (Bromet ve ark., 2005; Girolama ve ark., 2006; Mio ve ark., 2006). Amerika ise halkın alkol kullanımı ile ilişkili olumsuz tutumlarına rağmen kullanım miktarı açısından diğer ülkeler arasında ilk sırada yer almaktadır. Tez araştırma bulguları sonucunda Alkol kullanımı ile ilgili vinyetlere hastalık olduğu yönünde verilen cevapların, bağımlılık ve kötüye kullanım ile ilgili bilgi düzeyinden çok katılımcıların alkol kullanımı ile ilgili olumsuz tutumlarından ileri geldiği düşünülebilir. Amerika'da yapılan alkol alma ile ilgili bir tutum araştırmasında 'alkol bağımlılığının bir hastalık olduğu, sonsuza kadar bırakılması gerektiği' 'alkolik, içme davranışını kontrol edebilir', 'alkolikler istedikleri için içerler.', 'alkolikler ahlaken zayıf kişilerdir' şeklinde fikirleri daha çok

savundukları görülmüştür (Baxter ve ark., 1998). Odak grup çalışmasında da alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ile ilgili 'dengesiz biri, mantıklı biri değil, saldırgan' şeklinde olumsuz tutumlar yer almaktadır. Odak grup çalışmasında 38 kişiden beş kişi alkol kullanımı ile ilgili vinyetleri doğru isimlendirmiştir. Odak grup çalışmasında alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı için öne çıkan nedenler arasında travmatik yaşantılar ve kişilik özellikleri olmuştur. Güney Afrika'da yapılan bir araştırmada da alkol kötüye kullanımının nedenleri arasında travmatik yaşantılar ve zayıf irade olduğu ortaya çıkmıştır (Samouilhan ve Seabi, 2010). Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığının nedenleri arasında tıbbi/fizyolojik açıklamaların neredeyse hiç yer almıyor olmasının genel olarak bağımlılık ile ilgili bilgi düzeyinin düşük düzeyde olması ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ile ilgili yardım arama davranışlarına bakıldığında ise niceliksel araştırma sonuçlarında hastaneye yatarak tedavi olma ve psikoterapi/danışmanlık desteği öne çıkmaktadır. Bu destek türlerini ilaç tedavisi, aile arkadaş desteği alması ve kendi kendine düzeltmesi önerileri izlemektedir. Samouilhan ve Seabi' nin (2010) yaptıkları araştırmada da tez çalışmasının bulguları ile benzer olarak hastaneye yatarak tedavi ve psikoterapi, öne çıkan yardım arama davranışları olmuştur. Tez çalışmasının sonuçları arasında tıbbi destek önerisi kadar psikoterapi, akran desteği ve kendi kendini düzeltme ile ilgili önerilerin tek başına çözüm olarak düşünülmüş olmasının katılımcıların bağımlılık ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmamasından ileri geldiği düşünülebilir.

Odak grup çalışmasında **yas dönemi**, psikopatoloji olarak değil 'normal', 'sağlıklı' bir dönem olarak tanınmış, belirtileri yas dönemi özellikleri içerisinde yer alan olağan belirtiler olarak görülmüş, yardım arama davranışları olarak eş/arkadaş/aile desteği veya terapi/danışmanlık önerilmiştir. Katılımcıların çoğunun yas dönemi belirtileri ve nedenleri ile ilgili doğru bilgiye sahip olması sebebiyle yas vinyetinin niceliksel araştırmaya dahil edilmemiştir. Bir kayıp sonrası

birçok birey, ortaya çıkan yas tepkileriyle birlikte 'delirmeye' başladıkları gibi bir hisse kapılarak yoğun bir kaygı yaşayabilmektedir. Yas dönemine özgü belirtiler konusunda bilgi sahibi olmak, kişinin yaşadığı yas sürecini normalleştirmesine yardımcı olabilmektedir (Gizir, 2006; Oates, 2003). Yas dönemini konu alan diğer araştırmalara bakıldığında, kayıp ile başa çıkma becerileri ve başa çıkmayı etkileyen faktörler üzerinde durulduğu; yas sürecinin psikolojik sağlık açısından, yeniden organize olma sürecinin önemli bir parçası olduğu, kaybın arkasından yas tutmanın günah sayıldığı, yasaklandığı ya da kısmen kısıtlandığı kültürlerde dini inancın kişinin yas acısını yaşamasını engellediğini belirtmişlerdir (Daniel ve McIntosh, 1993; Rubin ve ark., 2003). Yas dönemi belirtileri, yasin süresi ve yas ile ilgili tutumların birey ve topluluk düzeyinde farklılıklar göstermesi beklenebilir. Odak grup bulgularına bakıldığında, yas döneminin genel olarak tanındığı, katılımcıların belirtileri hakkında diğer vinyetlerle kıyaslanıldığında daha fazla bilgi sahibi olduğu görülmekle birlikte, yasin ancak dini inanç çerçevesinde Allah'a isyan noktasına gelinmediği sürece kabul edilebilir olduğu görüşü de öne çıkmıştır. Dinsel atmosferin egemen olduğu yas sürecinde ölen kişinin 'yedisi, kırkı ya da elli ikisi' çıkmadan, sosyal hayatın içinde yer alan, düğün gibi eğlence içeren faaliyetlere ara verilmesi (Göka, 2009), kaybın ardından 3-6 ay arası değişen sürelerde yas sürecine ilişkin üzüntü, içe kapanma gibi belirtilerinin kabul edilmesi, eş kaybından sonra, ikinci evlilik için en az 6 ay gibi bir sürenin geçmesinin beklenmesi, Türk toplumunda yas döneminin kültürel olarak kabul edildiğini göstermesi açısından önemlidir. Yas döneminin tanınıyor olmasına ilişkin bulgular aynı zamanda, Anadolu'da geleneksel yapı içinde yer alan 'ağıt yakma' geleneği ile de ilişkili olan yas dönemi ile ilgili olumlu tutumlara sahip olunması ile açıklanabilir.

Niceliksel araştırma sonuçları, **mastürbasyonun** %58-%67 arasında değişen oranlarda psikopatoloji olmayan bir durum olarak tanındığını ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlanan bir durum olduğunu göstermektedir. Katılımcıların üçte birine yakın

oranı ise mastürbasyonun bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir. Mastürbasyon için yapılan öneriler arasında ilk sırada 'bir şey yapılmasını gerektirecek bir durum yok.' seçeneği, ikinci sırada psikoterapi/danışmanlık desteği yer almaktadır. Yuxin ve Ying (2009), Çin'de 22 kadınla yaptığı araştırmada, kadınların çoğunluğunun mastürbasyonu 'normal', 'doğal' ve 'sağlıklı' bir davranış olarak tanımladığını göstermiştir. Amerika'da erkek ve kadınlarla birlikte yapılan bir çalışmada ise mastürbasyonun cinsel sağlık için zararlı bir davranış olduğu düşüncesinin daha yaygın olduğu ortaya çıkmıştır (Kaestle ve Allen, 2011). Tayvan'da yapılan bir araştırmada mastürbasyon ile ilgili bilgi düzeyi ile tutumlar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmıştır (Wang ve ark., 2007). Odak grup çalışmasında mastürbasyon, tüm durumlar içerisinde en çok olumsuz tutum aktarılan durumlardan olmuştur. Bu tutumlar içinde sayılabilecek cevaplar, saçma olduğu, sapıklık olduğu, iğrenç olduğu yönündeki cevaplardır. Literatürde de olumsuz tutumlar ile ilgili çalışmalara rastlanılmıştır. Şentürk'ün (2006) yaptığı araştırmada 'Mastürbasyon, sivilce, saç dökülmesi, gözaltında morluk ve cinsel organ küçülmesine yol açar.', 'Sık mastürbasyon yapmak cinsel gücü azaltır.', 'Sadece gençler ve bekarlar mastürbasyon yaparlar.' şeklinde olumsuz tutumların olduğunu ortaya çıkarmıştır. Mastürbasyonu normal bir davranış olarak ya da patoloji olarak tanıma düzeylerinin ve tutumlarının, cinsellik ile ilgili bilgi düzeyi ile yakından ilişkili olduğu düşünülebilir. Türkiye'de cinselliğin bir tabu olarak görülmesi, cinsellikle ilgili öğretilerin, cinselliğin çocukluktan itibaren utanılması gereken bir konu olduğu yönünde olması, aile ve okul düzeyinde cinsellikle ilgili temel eğitimlerin sınırlı olması, cinsellikle ilgili ilk bilgilerin, gerçeği yansıtmayan pornografik yayınlar ya da uygun olmayan cinsel yaşantılar gibi kaynaklardan öğrenilmeye çalışılıyor olması gibi nedenlerin kişilerin cinsellikle ilgili doğru bilgilere ulaşmasını etkilediği düşünülebilir. Odak grup çalışmalarında katılımcıların mastürbasyon vinyeti ile karşılaştıklarında bu vinyet ile ilgili konuşmaktan çekindikleri, başlangıçta vinyetle ilgili sorulara cevap vermekten kaçındıkları, bu vinyet ile ilgili bilgi düzeylerini sorguladıkları, üzerinde en uzun süre

konusulan vinyetlerden biri olduğu gözlenmiştir. Tez araştırması kapsamında mastürbasyonun normal bir davranış olduğu kadar patoloji olarak da tanımlanması ve yardım alma davranışı olarak psikoterapinin de önerilmesi, cinsellikle ilgili konuların konuşulmasının ‘ayıp, utanç verici’ olduğu şeklindeki tabulaşmış düşüncelerle ilişkili olduğu söylenebilir. Mastürbasyon ile ilgili araştırma bulguları, kişilerin genel olarak cinsellikle ilgili yanlış bilgilere sahip olmalarının yanı sıra bilimsel bilgiye ulaşma arayışı içinde olmaları ile de açıklanabilir.

Niceliksel araştırma bulgularına bakıldığında **eşcinselliğin** psikopatoloji olarak tanıma düzeyinin %60 olduğu, DSM-IV’e göre doğru yanıtlanma oranının %40 olduğu görülmektedir. Katılımcıların %46’sı eşcinselliği, ‘tedavi edilebilecek bir hastalık’ olarak, %14’ü ise ‘tedavi edilemeyecek’ bir hastalık olarak tanımlamıştır. Nicel araştırmada katılımcıların “Ne yapması gerek?” sorusuna %40’ı terapi/danışmanlık desteği derken, %30’u bir şey yapmasını gerektirecek bir durum olmadığını belirtmiştir. Odak grup çalışmasında ise 38 katılımcı içerisinde eşcinselliğin 8 defa doğru isimlendirildiği görülmüştür. Odak grup çalışmasında eşcinselliğin çekinilmesi gereken, normal olmayan, sapıkça bir davranış olarak görüldüğü, eşcinsellerin toplumdan izole edilmesi gereken kişiler olduğu yönünde olumsuz tutum içeren ifadeler kullanılmıştır. Dünya genelinde yaklaşık kırk yıldır DSM-IV’ün ‘hastalık’ kategorisinden çıkarmış olduğu eşcinsellik, bugün bazı ruh sağlığı çalışanları tarafından hala tedavisi mümkün bir hastalık olarak tanımlanmakta ve ‘onarım terapileri’ başlığı altında tedavi edilmeye çalışılmaktadır (Doğan, 2009; Haldeman, 1994). Bilimsel camiada yaygın olarak kabul edilen eşcinselliğin hastalık olmadığı bilgisi ile birlikte, eşcinselliğin tedavisinin mümkün olduğunu savunmaya devam eden bazı ruh sağlığı uzmanlarının varlığı, toplumsal olarak eşcinsellik ile ilgili homofobik söylemlere, damgalama ayrımcılığa kadar uzanan olumsuz görüş ve tutumlar üzerinde etkili olabilmektedir. Eşcinsellik ile ilgili bilimsel bilgiye rağmen tüm dünyada önyargı, damgalama ve ayrımcılık içeren

görüşler varlığını göstermeye devam ederken Türkiye’de de cinsel yönelim ile ilgili olumsuz tutumların yaygın olması kaçınılmaz görünmektedir. Fakat tez çalışması bulgularına bakıldığında, eşcinselliğin bir hastalık olmadığını belirten katılımcıların oranının da %40 olmasının önemli bir bulgu olduğu düşünülebilir. Türkiye’de yurt genelinde yapılan cinsel sağlık araştırmasında da katılımcıların %25’inin ‘eşcinsellik bir akıl hastalığı çeşididir’ inanışına tamamen katıldığı, %31’inin kısmen katıldığı, %25’inin bu inanışı tamamen yanlış bulduğu, %19’unun ise bu konuyla ilgili hiç fikri olmadığını belirttiği görülmüştür (CETAD, 2006). Tez çalışması bulguları CETAD’ın araştırma sonuçları ile karşılaştırıldığında son 7 yıl içerisinde olumlu tutumlarda bir artış olduğuna işaret ediyor olabilir. Cinsel yönelim ile ilgili bilimsel bilgi düzeyinin düşük olması, yanlış inanış ve tutumların oluşmasında etkili olabildiği gibi, olumsuz tutumların da bilimsel bilgiye ulaşılmasını engelleyebildiği düşünülebilir. Çin’de üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmada da, öğrencilerin eşcinsellik ile ilgili bilgi sahibi olmalarının, eşcinsellik ile ilgili olumlu tutumların belirlenmesinde önemli bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (Cao ve ark., 2010).

4.3. Psikopatoloji Düzeyi ve Terapi/Psikiyatrik Destek Geçmişi ile ilgili Bulguların Tartışılması

Katılımcıların bu durumları psikopatoloji olarak tanıma düzeyleri ve DSM-IV’e göre doğru yanıtlama oranlarının, kendi psikopatoloji düzeylerine göre farklılaşp farklılaşmadığına bakılmıştır. Depresyon yaşayan erkek ve mastürbasyon vinyetleri dışında kalan diğer vinyetlerin için psikopatoloji olarak tanınma ve DSM-IV’e göre doğru yanıtlanma düzeyleri ile katılımcıların kendi psikopatoloji düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Depresyon yaşayan erkek ve mastürbasyon vinyetlerini psikopatoloji olarak tanıyan katılımcıların bu vinyetleri psikopatoloji olarak tanımayan katılımcılara kıyasla psikopatoloji düzeylerinin daha yüksek olduğu

bulunmuştur. Tüm mastürbasyon vinyetleri içerisinde mastürbasyon yapan bekar kadının durumunu psikopatoloji olarak tanıyanların SCL-90'nın altı alt ölçeğinden yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur. Psikopatoloji düzeyi en yüksek katılımcı grubu bu grup olmuştur. Yine tüm mastürbasyon vinyetleri içerisinde bakıldığında mastürbasyon yapan bekar erkeğin durumunu psikopatoloji olarak tanıyanların psikopatoloji düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Depresyon yaşayan erkeğin ve mastürbasyon yapan evli kadının durumunu DSM-IV'e göre doğru yanıtlayan katılımcıların yanlış yanıtlayanlara göre SCL-90'nın sadece birer alt ölçeğinden (paranoya ve somatizasyon) yüksek puan aldıkları görülmüştür. Mastürbasyon vinyetleri içerisinde, mastürbasyon yapan evli erkek ve kadının durumunu DSM-IV'e göre yanlış yanıtlayanların psikopatoloji düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Mastürbasyon yapan bekar erkeğin durumunu yanlış yanıtlayanların psikopatoloji düzeyi ise bu grup içerisinde en düşüktür. Literatürde kişilerin kendi psikopatoloji geçmişleri ile ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin ilişkisine bakılan araştırmalarda farklı bulgular elde edildiği görülmektedir. Amerika'da kırsal kesimde ve İngiltere'de yapılan iki farklı araştırmada, katılımcıların kendi depresyon düzeylerinin, depresyon okuryazarlık düzeyleri üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı görülmüştür (Deen ve Bridges, 2011; Swami ve ark., 2011). Avustralya'nın kırsal kesimini de kapsayan başka bir araştırmada ise, katılımcıların kendi depresyon belirtileri olması ve geçmişte uzmandan yardım almış olmaları ile depresyonu tanıma düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermişlerdir. (Griffits ve ark, 2009). İsveç'te depresyon okuryazarlığı ile ilgili yapılan bir araştırmada ruh sağlığı sorunu olanların depresyonu tanıma düzeylerinin, ruh sağlığı olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır (Dahlberg ve ark., 2008). Türkiye'de Özmen ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırmada, katılımcıların geçmişte ruhsal bozukluğun olması ile depresyonu bir hastalık olarak tanımaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kişilerin kendi

psikopatoloji düzeyi ile psikopatolojiyi tanıması arasında ilişki olduğu düşünülebilir. Kişinin kendisinin psikopatoloji yaşıyor olması, psikopatoloji deneyimleri sürecinde, 'deneyimle uzman' olabileceği bir noktaya geliyor olması, ruh sağlığı ile ilgili konular hakkında daha çok bilgi alabileceği kaynaklara yönelmesini, dolayısıyla psikopatoloji düzeyi nispeten daha düşük olan kişilere kıyaslandığında psikopatolojiyi daha rahat tanımasının kolaylaşacağı düşünülmektedir. Bu tez çalışmasında, araştırma kapsamında yer alan TSSB, doğum sonrası depresyon, OKB, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ve eşcinselliğin psikopatoloji olarak tanınması ile katılımcıların psikopatoloji düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Psikopatolojinin çeşitli bilişsel ve duygusal belirtilerinden kaynaklı olarak kişide kendi patoloji düzeyi hakkında fikir sahibi olmasını kolaylaştıracak içgörünün zarar görmesine neden olabilir. Niceliksel araştırmanın bulguları, psikopatoloji düzeyi ile ilgili farkındalığın olmaması ya da kişinin kendi psikopatolojisi ile ilgili inkar gibi savunma mekanizmalarının devreye girmesi ile açıklanabilir.

Psikopatoloji düzeyinin ruh sağlığı okuryazarlığı üzerindeki etkisini araştıran bu çalışmalarda aynı zamanda geçmişte alınan psikoterapi ve psikiyatrik desteklerin ruh sağlığı okuryazarlığı üzerinde etki edip etmediği de araştırılmıştır. Araştırma bulgularına bakıldığında geçmişte psikoterapi ya da psikiyatrik destek almanın ruh sağlığını tanımayı kolaylaştırdığı gösterilmiştir (Dahlberg ve ark., 2008; Griffit ve ark., 2009; Özmen ve ark., 2003). Niceliksel araştırmada terapi veya psikiyatri desteği alanların psikopatoloji düzeylerinin almayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur; geçmişte destek almış olanlar SCL-90'ın ek ölçeği dışında diğer tüm alt ölçeklerden yüksek puanlar almışlardır. Niceliksel araştırmada psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlaama ile geçmişte terapi desteği almış olma arasında ilişkiye bakılmış, 5 vinyette (depresyon yaşayan erkek, OKB yaşayan kadın ve erkek, mastürbasyon yapan evli kadın ve eşcinsel kadın) her ikisi için de anlamlı ilişki bulunmuştur. Depresyon kadın ve TSSB kadın (yaşayan)

vinyetleri ile sadece psikopatolojiyi tanıma arasında, alkol erkek vinyetinde ise DSM-IV'e göre doğru yanıtla ile anlamlı ilişki bulunmuştur. Psikiyatrik destek ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtla arasında da benzer şekilde depresyon erkek, OKB yaşayan erkek ve mastürbasyon yapan evli kadın vinyetlerinde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. OKB yaşayan kadın vinyeti ise sadece psikopatolojiyi tanıma ile anlamlı ilişki göstermiştir. Bu bulgular, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin profesyonel yardım alma üzerinde olumlu etkisi olduğunu gösteren araştırma bulgularına (Akar, 1991; Clarke ve ark. 2006; Jorm ve ark., 2005; Jorm,1997; Jorm ve Kelly, 2007) dayanarak, geçmişte psikoterapi veya psikiyatri desteği almış olan kişilerin, ruh sağlığı ile ilgili konularda çok daha fazla bilgi sahibi oldukları varsayımı ile açıklanabilir. Psikoterapi veya psikiyatri deneyiminin, danışmanlık bilgisi gibi bilimsel bilgileri içeriyor olmasından dolayı kişilerin psikopatoloji ile ilgili genel bilgi düzeyini artırıcı olumlu bir etkisi olabileceği varsayımı da bu bulguları açıklamaya yardımcı olabilir.

4.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyiyle ilişkili olabilecek Sosyodemografik ve Psikososyal Değişkenlerin Tartışılması

Katılımcıların cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi ve gelir düzeyi algısı ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtla oranları arasında anlamlı ilişkilere bakılmıştır.

242 kişiden oluşan niceliksel araştırmada, katılımcıların %50,8'i kadın, %49,3'ü erkek, % 26,4 okur-yazar ve ilköğretim mezunu, %16,5' ortaokul mezunu, % 29,8'i lise mezunu, % 27,3'ü yüksek okul/üniversite/yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların %68,6'sı evli, %25,2'si bekar, %6,2'nin eşinden boşanmış ya da eşi vefat etmiştir. %28,9'u düşük gelire sahip iken, %37,6'sı orta gelirli, %27,3'ü yüksek gelirlidir.

Kendi gelir düzeylerini, %14,5'i en düşük, %28,9'u düşük, % 43,4'ü orta, %8,7'si yüksek ve %3,3'ü en yüksek düzeyde algılamaktadır.

Psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlama oranı ile araştırılan beş sosyodemografik özellik (cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi ve gelir düzeyi algısı) arasında anlamlı ilişki çıkan vinyetler, eşcinsel kadın (gelir düzeyi algısı hariç) ve mastürbasyon yapan evli erkek vinyeti (medeni durum hariç) olmuştur.

242 katılımcıdan %50,8'i kadın, %49,3'ü erkek olan niceliksel araştırmada **cinsiyet** ve toplumsal cinsiyet rolleri ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlama oranları arasında anlamlı olan ilişkilere bakılmıştır. Cinsiyete göre katılımcıların psikopatoloji düzeylerine bakıldığında kadınların psikopatoloji düzeylerinin erkeklere kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu; cinsiyet rollerine göre bakıldığında ise 'kadınsılık' puanı yüksek olanların psikopatoloji düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınlar SCL-90'nın paranoya ve ek alt ölçeği dışında diğer alt ölçeklerden (kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, somatizasyon, fobi, psikoz) erkeklere oranla yüksek puanlar almışlardır; kadınsı olanlar ise 'düşmanlık' alt ölçeği dışında diğer tüm alt ölçeklerden erkeksi olanlara göre daha yüksek puanlar almışlardır. Konu ile ilgili araştırmalara bakıldığında, literatür bilgisinin bu bulguyu desteklediği görülmektedir. Dünyada çeşitli toplumlarda yapılan niceliksel araştırmalar depresyon, kaygı belirtilerinin ve belirlenmemiş psikiyatrik sıkıntılarının kadınlar arasında daha yaygın olduğunu göstermişlerdir (Bekaroğlu, 1995; Good, 2002; Rogler ve Cortes,1993). Psikopatoloji düzeyinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olmasını biyolojik farklılıklar ile açıklamaya çalışmak yeterli olmayacaktır. Tüm dünyada yoksulluk, eşitsizlik ve sosyal adaletsizlik gibi sosyal faktörlerin kadınları erkeklerden daha fazla etkilediği düşünülebilir. Yoksulluk ve şiddete maruz kalma kadınlar için psikopatolojinin yaygınlaşmasında başlıca nedenler olarak öne çıkmaktadır. Toplumun erkek cinsiyetine yüklediği anlamlarla

şekillenen toplumsal cinsiyet rolleri ile yakından ilişkili olan bu sosyal faktörler, psikopatolojinin kadınlarda daha yaygın görülmesini açıklayabilir.

Niceliksel araştırmadan elde edilen diğer bulgular psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre yanıtların doğruluk oranı ile cinsiyet arasındaki ilişki ile ilgilidir. Yapılan analizler 9 vinyette (depresyon yaşayan kadın ve erkek, TSSB-şahit olan kadın, OKB yaşayan erkek, alkol kullan kadın, mastürbasyon yapan evli kadın ve erkek, mastürbasyon yapan bekar erkek, eşcinsel kadın) anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında erkeklerin ruh sağlığı ile ilgili farkındalıklarının daha düşük, yardım arama davranışlarının daha az olduğu, daha çok negatif tutumlar ve damgalama eğilimi içerisinde olduklarını göstermişlerdir. Kadınların ise ruh sağlığı ile ilgili konularda konuşmaya daha açık oldukları, ruh sağlığı ile ilgili daha olumlu tutumlara sahip olduğu, sosyal destek ağlarını kullanma konusunda daha istekli olduklarını göstermişlerdir. Kadınlar ve erkekler arasındaki bu farklılığın ise 'strese dayanıklılık ve kuvvetli' olma özellikleri gibi erkeksi cinsiyet rolleri sebebiyle sıkıntılarını ifade etmekten çekinmeleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Deen ve Bridges, 2011; Barry ve ark., 2000, Norris ve ark., 2001; Swami, 2012). Kadınların ruh sağlığı ile ilgili sorunları tanıma düzeyinin daha yüksek olduğu ve sağlık hizmetlerinden erkeklere göre daha fazla yararlandıkları bulunmuştur (Bekaroğlu,1995; Güleç ve ark., 2011; Rogler ve Cortes,1993). Bu tez çalışmasının bulguları, Türk toplumunda toplumsal cinsiyet rollerine yapılan atıflarla açıklanabilir. Türk toplumunda kadından anne olma, evin idaresinden sorumlu olma, ailenin namusu olma gibi öne çıkan toplumsal cinsiyet rollerine uygun davranması beklenirken, erkeklerin de 'askere gitme, ev kurma, evin reisi olma, kadının namusunu koruma' gibi görevleri içeren erkeksi rollere uymaları beklenebilir. Kadından başlıca ev içi sorumluluklarını yerine getirmesi beklenirken, çalışma hayatında, öğretmen, hemşire gibi daha 'kadınsı' işlerde çalışmasının desteklendiği, hareket alanının sınırlandırıldığı görülmektedir (Günay

ve Bener, 2011). Toplumsal cinsiyet rolleri her iki cinsiyet için psikopatolojiyi ortaya çıkaracak sosyal etkenlerle ilişkili olabilmektedir. Kadınların erkeklere göre psikopatolojiyi tanıma düzeylerinin yüksek olması, psikopatolojiyi daha yaygın olarak yaşamaları ile ilişkili olabileceği gibi, ruh sağlığı ile ilgili konularda konuşmaya daha açık olmaları ile de açıklanabilir.

Odak grup çalışmasında katılımcıların karşılaştıkları vinyetlerde yer alan kişilerin cinsiyetiyle bir tahminde buldukları gözlenmiş ve cinsiyetle ilgili ifadeleri kaydedilmiştir. Cinsiyete yönelik algılara bakıldığında 'kadın' olarak aktarılan vinyetler depresyon, TSSB, YAB ve OKB olurken, 'erkek' olarak aktarılan vinyetlerin, alkol, mastürbasyon ile ilgili vinyetler olduğu görülmüştür. Eşcinsellik için erkek ve kadın tahminleri birbirine oldukça yakın olmuştur. Yas dönemini yaşayan kişi için ise çok az cinsiyet ifade edilmiştir. Niceliksel araştırma bulguları arasında en çok depresyon, mastürbasyon, TSSB, OKB ve eşcinsellik vinyetleri 'kadın' veya 'erkek' olmaya göre farklılık göstermiştir. Katılımcıların, depresyon, OKB, TSSB ve eşcinselliği yaşayan kişi erkek olduğunda, bu durumları psikopatoloji olarak tanıma düzeylerinin arttığı görülmüştür. Sadece mastürbasyon vinyetinde, mastürbasyon yapan kadının durumu mastürbasyon yapan erkeğe kıyasla daha yüksek bir sıklıkla patolojik bulunmuştur. Kadın ve erkek vinyeti kullanan benzer çalışmalarda cinsiyete yönelik farklılıklar gündeme gelmiştir. Kadınlar erkeklere göre depresyon yaşayan erkeğe daha fazla sempati gösterirken, erkekler kadın vinyetinde yer alan kadının ruhsal bozukluk yaşadığını ve yardıma ihtiyacı olduğunu daha çok belirtmişlerdir (Swami, 2012). Niceliksel çalışmada erkeklerin yaşadığı durumların, mastürbasyon dışında psikopatoloji olarak tanınma düzeyinin artması, toplumsal cinsiyet rolleri ile açıklanabilir. Kadınların ruh sağlığı ile ilgili dile getirdiği, ifade ettiği sıkıntıların kadın olmayla ilgili bir özellik gibi algılanıyor olması ('kadının dırdır etmesi' gibi), ruh sağlığı ile ilgili yaşadıkları sıkıntıların psikopatoloji olarak tanınıyor olmasını engellediği düşünülebilir. OKB'nin temizlik yapma gibi davranışsal

özellikleri, ya da depresyonun, üzüntü, endişe gibi duygusal özellikleri daha çok 'kadınsılık' la ilişkilendiriliyor olabilir. Benzer durumları erkekler, toplumda hakim olan 'erkek adam ağlamaz' inanışına rağmen yaşadığında erkeğin 'çok ciddi bir sorun' yaşadığı algısı ortaya çıkabilir. Bu algı, erkek vinyetlerinin neden daha çok psikopatoloji olarak tanındığını açıklıyor olabilir. Mastürbasyon vinyetlerinde ise mastürbasyon yapan kişi kadın olduğunda psikopatoloji olarak tanınma düzeyinin arttığı görülmüştür. Toplumda 'namus', 'annelik' gibi kutsal özellikler atfedilen kadının evlenmeden önce, ya da evlilik dışında bir başkasıyla cinsellik yaşamasının, cinsel istek ve haz içeren davranışlar içine girmesinin onaylanmadığı görülmektedir. Diğer yandan erkekler içinse küçük yaştan itibaren cinselliğin dışavurulması normal kabul edilmektedir. Cinsellik ile ilgili davranışların toplumsal cinsiyet rollerine atfedilen bu özelliklerle ilişkili olması, niceliksel araştırmanın mastürbasyon kadınlar için daha patolojik algılandığını gösteren bulgularını açıklıyor görülmektedir.

Niceliksel araştırmada dini tutum ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre yanıtların doğruluk oranı arasında 5 vinyette (mastürbasyon yapan evli kadın, mastürbasyon yapan bekar kadın ve erkek, eşcinsel kadın ve erkek) anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında ruh sağlığı okuryazarlığı ile dini tutum arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Cinsellikle ilgili değerler ile dini tutumları konu alan araştırmalara bakıldığında, geleneksellik algısının yani muhafazakarlık ve dini inanç ile ilgili tutumların güçlü olması ile eşcinsellere yönelik cinsel önyargı ve diğer olumsuz tutumların artması arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Adamczyk ve Pitt., 2009; Finke ve Adamczyk 2008; Okutan, 2010; Yuchtman-Yaar ve Alkalay, 2007). Tez kapsamında yapılan her iki araştırmada da katılımcıların cinsellik ile ilgili vinyetlerde görüş ve düşüncelerini ifade etmede çekimser kalmaları, din ve ahlak kuralları çerçevesinde cinsellikle ilgili konuların konuşulmasının tabu kabul edilmesi, 'günah, ayıp' şeklinde tanımlanan cinsel

konuların konuşulmasından çekinilmesi ile açıklanabilir. Cinsel davranışları daha çok üreme sürecinin bir parçası gibi tanımlayabilen dini yaklaşımlar, sadece haz almak amacıyla yapılan cinsel davranışlara karşı katı bir tutum sergileyebilir. Farklı din ve mezheplerde tutumlar değişebilmektedir: örneğin katolik mezhebinde cinsel davranışlarla ilgili tutumlar oldukça katıdır; haz almanın neredeyse yasaklandığı, tamamen çiftleşmeye ve üremeye dayalı cinsel faaliyetler kabul görmektedir (Kurt, 2009). Mastürbasyon ve eşcinselliğin üreme ile sonuçlanmıyor olması da üreme dışı cinsel faaliyetler olarak algılanabildiği için de dini inanç ve tutumlar açısından çok fazla desteklenmiyor olabilir.

İnsanların yaşadıkları yerin, kırsal kesim ve şehir olmasına göre, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi düzeyinin yüksek olması, ruhsal bozukluklar ile ilgili olumlu tutumlara sahip olması ve yardım alma davranışlarına yönelmesi farklılık gösterebilmektedir (Deen ve Bridges, 2011; Kishore ve ark., 2011; Suhail, 2005). Niceliksel araştırmada ise katılımcıların yerleşim özellikleri ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtlama düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır. Avustralya'da yapılan bazı araştırmalar kırsal kesim ve şehirde ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili farklılık olmadığını göstermektedir (Bartlett ve ark. 2006; Deen ve Bridges; 2011; Griffiths ve ark., 2008) Türkiye'de yapılan araştırmalarda da kırsal kesimdekilerin depresyon ve şizofreni hakkında şehirdekiler kadar bilgi sahibi oldukları görülmüştür (Şen ve ark., 2003; Taşkın ve ark., 2002). Avustralya gibi ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi yüksek ülkelerde, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini arttırmaya yönelik araştırmaların bir sonucu olarak kırsal kesimde yaşayan kişilerin psikopatolojiyi tanıma düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Jorm, 2000). Tez çalışmasında yerleşim özelliklerine göre psikopatolojiyi tanıma düzeyi arasında bir ilişki olmaması, ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili olan psikopatolojiyi tanıma, profesyonel yardım arama gibi kavramların, kır-kent ayrımı yapmadan Türkiye'nin

her kesimi için yeni kavramlar olması; tüm yurttta daha çok geleneksel yardım arama davranışlarının öne çıkması ile açıklanabilir.

TSSB-olayı yaşayan kadın ile doğum sonrası depresyon vinyetinde katılımcıların **medeni durumu** ile DSM-IV'e göre doğru yanıtı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Evli olan kişilerin bu vinyetleri psikopatoloji olarak tanıma düzeyleri, bekar olanlarla kıyaslandığında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların medeni durumlarının yanı sıra, vinyetlerde yer alan kişilerin medeni durumları da bu tez çalışmasına dahil edilmiştir. Odak grup görüşmelerinde mastürbasyon vinyetlerine verilen yanıtların, vinyette yer alan kişinin medeni durumuna göre farklılık gösterdiği gözlenmiştir. Bu sebeple niceliksel araştırmaya mastürbasyon vinyeti için evli ve bekar olma özelliklerini içeren vinyetler eklenmiştir. Katılımcıların mastürbasyon yapan evli kişilerin durumunu bekar olanlara kıyasla daha çok patolojik olarak algıladıkları bulunmuştur. Bu bulgu, evlilikte haz almaya yönelik davranışların sadece çift olarak birlikte yapılan cinsel faaliyetler çerçevesinde kabul görmesi, eşlerden birinin mastürbasyon yapıyor olmasının evlilik ilişkisinde bir sorun olduğunu düşündürmesi ile açıklanabilir.

Eğitim düzeyi ile psikopatolojiyi tanıma ve DSM-IV'e göre doğru yanıtı arasında 5 vinyette (mastürbasyon yapan evli kadın ve erkek, mastürbasyon yapan bekar erkek, eşcinsel kadın ve erkek) anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Mastürbasyon yapan bekar kadın vinyetinde ise eğitim düzeyi ile sadece psikopatoloji tanıma arasında anlamlı bir ilişki vardır. **Gelir düzeyi** ile psikopatolojiyi tanıma arasında anlamlı ilişkili bulunan vinyetlerin, TSSB-şahit olan kadın, alkol kullanan kadın, mastürbasyon yapan evli kadın ve erkek, mastürbasyon yapan bekar kadın ve erkek, eşcinsel kadın vinyeti olduğu görülmektedir. **Gelir düzeyi algısı** ile TSSB-olayı yaşayan erkek, mastürbasyon yapan evli erkek ve doğum sonrası depresyon, vinyetlerinde psikopatolojiyi tanıma arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili araştırmalara bakıldığında

sosyoekonomik düzey ile ruh sağlığı okur yazarlığı arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu görölmektedir (Jorm ve Kelly, 2007; Jorm ve ark., 2005,). Eğitim, gelir düzeyi gibi sosyo ekonomik düzeyin yükselmesi kişilerin bilgiye ulaşmasını kolaylaştırıyor olabilir. Mastürbasyon ve eşcinsellik ile ilgili bu araştırma bulguları, cinsellik ile ilgili konuların sosyoekonomik düzeyi yüksek olan grup için daha konuşulabilir, araştırılabilir ve öğrenilebilir konular olarak görülmesi ile açıklanabilir.

Niceliksel araştırmada, katılımcıların %70,7'si kitap okuma, %67,8'si internet kullanma, %78,1'i gazete okuma ve %65,7'si yemek için dışarı çıkma gibi alışkanlıkları olduğunu belirtmişlerdir. Mastürbasyon evli kadın vinyeti ile kitap okuma, gazete okuma ve internet kullanma alışkanlıkları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. TSSB vinyetlerinin DSM-IV'e göre doğru yanıtlanması ile kitap okuma alışkanlığı arasında anlamlı ilişki bulunurken, mastürbasyon vinyetleri ile gazete okuma ve internet kullanımı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. TSSB vinyetlerinin doğru tanınması ile kitap okuma alışkanlığı arasında anlamlı ilişkiler vardır. Eşcinsellik vinyetleri ise sadece internet kullanımı ile anlamlı ilişki göstermiştir. Doğum sonrası depresyon ve mastürbasyon vinyetlerinin doğru tanınması ile yemek için dışarı çıkma alışkanlığı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve kitle iletişim araçlarının ilişkisini kapsayan araştırmalara bakıldığında, Lauber ve arkadaşları (2003), medyada psikiyatri ile ilgili konulara yer veriliyor olmasının ruhsal bozukluklar ile ilgili olumlu tutumların oluşmasına katkı sağladığını ortaya koymuşlardır. Reavly ve arkadaşları ise (2012) Avustralya'da halkın ruh sağlığı hakkında doğru bilgileri aldıkları kaynaklar arasında ilk sırada televizyonun, ikinci sırada gazete ve internetin geldiğini göstermişlerdir. İrlanda'nın kırsal kesiminde halkın ruh sağlığı ile ilgili bilgilendirilmesinde en önemli iletişim araçlarının televizyon ve radyo olduğu görülmüştür (Barry ve ark., 2000). Yaşam kültürü içinde önemli bir yere sahip olan görsel ve yazılı basın ve internetin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini arttırıcı olumlu etkilerine vurgu yapan bu

araştırmaların yanı sıra yazılı basının ruh sağlığı ve psikiyatri ile ilgili olumsuz tutumların oluşması üzerinde de çok etkili olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur (Hillert ve ark.,1996). Tez alışması bulguları, medyanın televizyon, radyo, gazete gibi kitle iletişim araçları ile halkın büyük çoğunluğunu doğru ya da yanlış bilgilendirmesi üzerinde önemli bir gücü olması ile ilişkili olabilir. Medyanın bu gücü, halkın, ruh sağlığı ile ilgili kavramlar hakkında doğru bilgilere ulaşmasını da olumlu ya da olumsuz etkiliyor olabilir. Özellikle son yıllarda dizi ve kadın programlarının sayısının artması ile birlikte ruh sağlığı alanında sorun yaşayan kişilerin medyada sıklıkla gündeme getirmesi, izleyicinin, çeşitli ruhsal durumlar ve belirtileri hakkında bilgi sahibi olması, uygun yardım arama davranışlarının gelişmesi, ruh sağlığı ile ilgili yanlış inanış ve olumsuz tutumların olumlu anlamda değişmesi üzerinde etkili olabilir.

4.5.Araştırmanın Sınırlılıkları ve neriler

Bu alışma, Türkiye’de ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi hakkında hem patoloji olarak tanımlanan hem de patoloji olmadığı halde patoloji gibi algılanabilen durumlarla ilgili yapılan kapsamlı ilk çalışmadır. Niceliksel araştırma dokuz ayrı durumun psikopatolojik olarak tanınma düzeyi ve bu durumlar için önerilen yardım arama davranışları ile ilgili önemli betimleyici bilgiler sunmaktadır. Kapsamın bu kadar geniş olması nedeniyle her bir durumun, toplumsal cinsiyet rolleri, dini tutum, yerleşim özellikleri gibi psikososyal değişkenlerle ilişkisini açıklayacak faktörler araştırılamamıştır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda daha ileri istatistik analizleri kullanılarak ruh sağlığı okuryazarlığını etkileyen faktörler araştırılabilir.

Niceliksel araştırmada uygulanan Bem Cinsiyet Rolü Envanteri’nin örneklem grubunun cinsiyet rollerini ayırıştırmada çok etkili olmadığı görülmüştür. Bu durumun nedeni olarak, Batı toplumları için geliştirilmiş olan Bem cinsiyet rolü envanterinin

Türkiye için güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarındaki eksiklikler olabileceği düşünülmektedir (Dökmen, 1991). Yapılacak benzer çalışmalarda katılımcıların sosyokültürel özelliklerini göz önünde bulundurarak geçerlik ve güvenilirliği daha yüksek olan diğer cinsiyet rolleri envanterleri kullanılabilir.

Niteliksel araştırmada odak grupların oluşturulması sırasında, her odak grup çalışması için 5-7 kişi katılımı planlanmış, fakat odak grup çalışmaları 2-5 arasında değişen sayılarda gerçekleştirebilmiştir. Planlanan sayıda odak grup çalışması yapılamamış olması niteliksel araştırmadan elde edilen veriler ile oluşturulan vinyetlerin genellenebilmesinde kısıtlılık oluşturmaktadır. Niceliksel araştırma bulgularının genellenebilirliğini ve güvenilirliğini azaltan diğer kısıtlılık da erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla çok düşük olmasıdır. Odak grup görüşmelerinin gönüllülük esası ile daha çok merkezlere terapi desteği almaya gelen kişilerle gerçekleştirilmiş olması, katılımcıların psikoloji ile ilgili konularda daha çok bilgi sahibi olduklarını düşündürülebilir. Odak grup çalışmalarında moderatör olarak bir psikoloğun görev almasının katılımcıların sosyal beğenirlik kaygıları nedeniyle verilen yanıtlarında 'psikoloji'den yana bir yanlılık oluşturmaya sebep olmuş olabilir. Bu durum niceliksel araştırma bulgularının genellenebilirliğini ve güvenilirliğini azaltan diğer bir kısıtlılık olabilir.

Odak grup görüşmelerinin katılımcı profillerini zenginleştirerek ve homojenliğini sağlayarak başka benzer çalışmaların yapılması gerekebilir. Bu çalışmalarda katılımcılara ulaşma, çalışma ile ilgili bilgilendirme ve katılımlarını sağlama konusunda da zorluk yaşanmıştır. Bundan sonra yapılacak olan odak grup görüşmelerinde gönüllülük esası ile birlikte katılımcıların bu tür çalışmalara katılmasını teşvik edecek yöntemler (para ödeme gibi) kullanılması önerilebilir.

Odak grup görüşme kayıtları deşifre yöntemi ile yazılı metinlere dönüştürülmüş, metinlerde yer alan yanıtlar sadece tekrarlanma sayısı ile birlikte

farklı kategoriler altında sınıflandırılmıştır. Elde edilen bulgular odak grup çalışmaları için oldukça genel ve sınırlı bulgulardır. Bu tür niteliksel çalışmalarda, ALCESTE (Analysis of Lexemes that Co-Occur in a Set of Text Segments) gibi bir istatistik programı ya da farklı bir içerik analizi ile daha anlamlı bulgulara ulaşılabilir.

Bu tez çalışması düşük ve orta gelir düzeyindeki 19-51 yaş grubunda ağırlıklı olarak ücretsiz psikolojik danışmanlık hizmeti alan bir örneklem grubu ile yapılmıştır. Farklı yaş, sosyoekonomik düzey, psikopatoloji bilgi düzeylerine göre düzenlenecek örneklem gruplarında çalışmalar yapılması daha genellenebilir bilgiler sağlayabilir.

Bu tez çalışmasında TSSB, YAB ve YAS durumları diğerlerine göre daha yüksek oranda doğru tanınmıştır. Bu tanınmayı sağlayan faktörler araştırılabilir ve diğer psikopatoloji durumları için ruh sağlığı okuryazarlığının artırılması çalışmaları yapılabilir.

Depresyonu ve OKB yaşayan kişinin kadın olması durumunda daha normal algılanması, toplumsal cinsiyet rollerine göre önyargıların yüksek olduğunu göstermektedir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda psikopatolojinin tanınması ile cinsiyet rollerinin ilişkisi daha derinlemesine araştırılabilir. Kadınların ihtiyaç duydukları sosyal ve profesyonel desteği almalarını engelleyebilecek bu durum ile ilgili önleyici çalışmalar planlanabilir.

Doğum sonrası depresyonun psikopatolojik olarak algılanma düzeyinin düşük olması, kadının yeni yaşam düzeninde, kent ortamında çekirdek ailenin yaygınlaştığı bir dönemde ihtiyaç duyduğu profesyonel yardımı almasını engelleyebilir. Bu da bağlanma ihtiyaçları karşılanamayan çocukların ileride ruhsal problemler yaşamasına zemin hazırlayabilir. Yeni yaşam düzenindeki değişikliklerin babaları ve dolayısıyla tüm aileyi olumsuz etkilemesi muhtemeldir. Bu nedenlerle anne ve baba adaylarının, hamilelik öncesinden başlayarak doğum ve sonrasında yaşanabilecek

değişikliklerle ilgili bilgilendirilmesi, gerekli destek mekanizmalarının kamu tarafından sağlanması, yeni bir akademik ve sosyal çalışma alanı olabilir.

Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ile ilgili ortaya çıkan bulgularda katılımcıların 'bağımlılık' ile ilgili bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Bu bilgi eksikliği, alkol kullanımı ile ilgili olumsuz tutumlarının ve yanlış bilgilerin oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Koruyucu sağlık çalışmaları kapsamında Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı okul ve kurslarda müfredata, bağımlılığın fizyolojik yapısı ile ilgili psikosoyal eğitimler eklenebilir.

Bu tez çalışmasında hem erkekler hem kadınlar tarafından, mastürbasyonun özellikle kadınlar için psikopatolojik bir durum olarak algılandığı görülmüştür. Kadının kendi bedeni ile ilişkisini, üreme sağlığını, anneliğini ve sosyal ilişkilerini etkileyebilecek bu konunun ruh sağlığı ile ilişkisini inceleyecek araştırmalar yapılabilir.

Mastürbasyon ve eşcinsellik ile ilgili vinyetlerde katılımcıların cinsel bilgi düzeylerinin düşük, cinsellik ile ilgili olumsuz tutumlarının fazla olması cinsel sağlık ve cinsel danışmanlık ile ilgili düzenlenecek psikosoyal eğitimlere olan gereksinimi ortaya koymaktadır.

Ruh sağlığı okuryazarlığı kapsamında ruhsal bozuklukların yanı sıra psikopatoloji olmadığı halde toplum tarafından psikopatoloji olarak algılanabilecek durumlar ile ilgili araştırmalar yapılmalıdır. Hasta olmadığı halde kişinin kendini hasta olarak algılaması ya da toplumun kişiyi hasta olarak algılaması, damgalama ve dışlanmayı ortaya çıkarması ve gereksiz yardım arayışına girmesi açısından önemlidir. Bu sebeple ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili yürütülecek kampanya ve bilgilendirmeler, hastalık olmadığı halde hastalık olarak algılanabilen durumları da kapsamalıdır.

Bu tez çalışmasında yaşam kültüründe yer alan alışkanlıklar ile ruh sağlığı okuryazarlığı arasındaki ilişkilere kısıtlı bir şekilde bakılabilmiş; araştırma sonucunda ruh sağlığı okuryazarlığı ile medya, internet ve diğer değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş fakat bu ilişkileri açıklayabilecek ileri düzey istatistikler yapılamamıştır. Yaşam kültürü ile ilişkili olarak medya ve yeni gelişen teknolojilerin psikopatolojiyi tanıma ve tutumlar üzerindeki etkilerini derinlemesine inceleyecek araştırmalar yapılabilir.

Bu tez çalışmasında yaşam kültürünün yanı sıra, ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili toplumsal cinsiyet rolleri, dini tutum, yerleşim özelliklerinin yer aldığı kültürel özellikler arasındaki ilişkilere bakılmış, ancak kültürel özelliklerin etkileri derinlemesine araştırılmamıştır. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda kültürün ruh sağlığı okuryazarlığı üzerindeki etkileri araştırılabilir. Kültüre özgü ortaya çıkan ruhsal sorunların incelenmesi ve yardım arama davranışlarının ortaya çıkarılması için kültüre duyarlı ruh sağlığı okuryazarlığı araştırmalarına gereksinim vardır.

Bu tez çalışması, halkın ruh sağlığı bilgisini ölçmeye yönelik olarak, geniş halk kitleleri ile gerçekleştirilecek tarama araştırmalarına büyük ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Türkiye'nin farklı bölgelerinde gerçekleştirilecek tarama araştırmaları, ulusal ruh sağlığı politikalarının planlanmasında, önleyici ve koruyucu hizmetlerin geliştirilmesinde önemli katkılar sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Akar, H. (1991). Akıl Hastasının Sosyal Reddedilimi. *Düşünen Adam*, 4(3):6-9.
- Aker, A.T.(2006). 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3):204-212.
- Aker, T., Ayata, B., Özeren, M., Buran, B. ve Bay, A. (2002). Zorunlu İç Göç: Ruhsal ve Toplumsal Sonuçları. 9. *Ulusal Psikiyatri Kongresi, Küreselleşme ve Psikiyatri, Kongre El Kitabı* (s: 266-274). Malatya: İnönü Tıp Fakültesi Yayınları.
- Aksaray, G., Kaptanoğlu, C. ve Oflu, S.(1999). Koruyucu Ruh Sağlığı. *Yeni Symposium*, 37(3):55-99.
- Al-Issa & Oudji, S. (1998). Culture and Anxiety. S.S. Kazarian & D.R. Evans (Ed.) *Cultural Clinical Psychology: Theory, Research and Practise*. (s.127-157). New York: Oxford Press.
- Altındag A, Ozen, S. ve Sir A (2005). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 46: 328- 333.
- Angermayer, M.C. & Matschinger, H.(2003). Public beliefs about schizofrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Pschiatry Epidemiology*, 38:526-534.
- Angermayer, M.C., Breier, P., Dietrich, S., Kenzine,D. & Matschinger, H. (2005). Public attitudes toward pschiatric treatment. *Social Psychiatry and Pschiatry Epidemiology*, 40: 855-864
- APA (2001). Psikiyatride Hastalıkların Tanı ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) Köroğlu, E. Çeviri editörü.
- Apaydın, H. (2010). Ruh Sağlığı-Din İlişkisi Araştırmalarına Bir Bakış. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 10(2):59-77.

Arı, F. ve Öz, F. (2004). Temel sağlık hizmetlerinin birinci basamağında çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireylere karşı tutumu. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14 (1): 16-27.

Atabek, E. M. & Görkey, Ş. (1998). *Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.

Avcı, N.& Beji, K.N (2009). Kadınlarda Cinselliğe Bakış, Etkileyen Faktörler. *Kadın Cinsel Sağlığı*, 155- 159, <http://www.androloji.org.tr/images/File/45.Say%C4%B1/K1.pdf>

Aydın, H. & Tamam, L. (2006). Postpartum Depresyonda Kültürel Faktörler. *Arşiv*, 15:291

Babaoğlu, A. N. (2002). *Psikiyatri Tarihi*. İstanbul: Okyanus Yayınları.

Bahar,A., Savaş, H.A. & Bahar, G.(2010). Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışlarının değerlendirilmesi, *Yeni Symposium*, 3:216-222.

Balcioğlu, İ. (2002). Sosyal Psikiyatri. E.İlkay (Ed).*Cerrahpaşa Psikiyatri*. (s.281-287). İstanbul: İ.Ü. Basım ve Yayınevi.

Baofu, P.(2010). *Future of Post-human Personality: A Preface to a New Theory of Normality and Abnormality*, Cambridge Internatiol Science Publication, e-book.

Barlett, H.,Travers, C., Cartright,C.& Smith,S.(2006). Mental health literacy in rural Queensland: results of a community survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40:783-789.

Baumeister, H. &Harter, M.(2007). Prevalence of mental diorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 42:537-546.

Baxter, B., Hinson. R.E., Wall, A. & Mckees, A. (1998). Incorporation Culture Into The Threatment of Alcohol Abuse and Dependence. S.S. Kazarian & D.R. Evans (Ed.) *Cultural Clinical Psychology: Theory, Research and Practise*. (s.215-245). New York: Oxford Press.

Bayülkem, F.(2002). *Türkiye’de Psikiyatri, Nöroloji ve Nöroşirurjinin Tarihi Gelişimi*. İstanbul: Roche Yayınları.

Bekaroğlu, M.(1995). are arama davranışı ve kültür, *Anadolu Psikiyatri Kongresi: Bilimsel alışmalar*, Konya.

Berg, B.L. (2001). *Qualitative Resarch Methods for The Social Sciences*. New York: Pearson Education.

Berry, J.W.(1998). Acculturation and Health: Theory and Research. S.S. Kazarian & D.R. Evans (Ed.) *Cultural Clinical Psychology: Theory, Research and Practise*. (s.39-57). New York: Oxford Press.

Beşiroğlu, L.& Ağargün, M.Y. (2006). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sağlık Yardımı Arama Davranışı ile İlişkili Etmenler: Hastalıkla İlişkili ve Genel Etmenlerin Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*,17(3):213-222.

Beşiroğlu, L., Akman, N.,Selvi, Y., Aydın,A.,Boysan,M. & zbetit, .(2010). Obsesif kompulsif Belirti Kategorileri Hakkında Ruh Sağlığı Bilgisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47:133-8.

Bhugra, D. & Gupta, S. (2011) . (Ed.). *Migration and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bhugra, D., Mehra, R., Silva, P.& Bhintade, V.R.(2007). Sexual attitudes and practices in North India: a qualitative study. *Sexual and Relation Therapy*, 22 (1):83-90.

Biber-Hessen, S. N. & Leavy, P. (2004). *Approaches to Qualitative Reasearch*. Oxford University Pres, New York.

Blaney, P. H., & Millon, T. (Ed.).(2009). *Oxford Textbook of Pschopathology*. New York: Oxford University Press.

Bloomfield,K., Stockwell,T.,Gmel, G.& Rhen,N. (2003). International Comparisons of Alcohol Consumption. *Alcohol Research & Health*, 27(1):97-108.

Bostancı, N. & Aştı, N.(2004). Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Dşnen Adam*, 17(2):87-93

Bourdon, K.H., Rae, D.S., Locke, B.Z., Narrow, W.E. & Reiger, D.A. (1992). Estimating the Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adults from the Epidemiologic Catcment Area Survey. *Public Health Reports*, 107 (6):663-667.

Bromet, E.J., Gluzman,S.F., Paniotto,V.I., Webb, C.P.M.,...& Schwatz, J.E.(2005). Epidemiology of Psychiatric and Alcohol Disorders in Ukraine: Findings from the Ukraine World Mental Health Survey. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 40:681-690.

Budak, S.(2003). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Cimilli, C. (2002). Kültür ve Depresyon: Türkiye'den Bir Bakış. K.Sayar (Ed.). S.Yücesoy (Çev.) *Kültür ve Ruh Sağlığı: Küreselleşme Koşullarında Kültürel Psikiyatri*. (s.163-185). İstanbul: Metis Yayınları.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) (2006). *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması*.

Çam, O. & Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:215-223.

Çırakoğlu, O.C.(2006). Perception of homosexuality among Turkish university students: the roles of labels, gender and prior contact. *The Journal of Social Psychology*, 146(3), 293-305.

Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2:5-12.

Dahlberg ,K. M., Woern, M. & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample: Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 8(8):1-10.

Danacı, A.E, Dinç, G.,Deveci, A., Şen, F.S. & İçelli,İ.(2002). Postnatal depression in Turkey: Epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(3):125-129.

Daniel N, McIntosh, (1993) Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4:812-21.

Davison, G. C. & Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikoloji*, (Çev Ed.: İ. Dağ), Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Dekker,J., Peen, J.K., Smit J.F. & Shoeners, R.(2008). Psychiatric disorders and urbanization in Germany. *BMC Public Health*, 8:17.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., ... Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys, *JAMA*, 291(21):2581-90.

Dessoki, H.H. & Hifnawy, T.M.S. (2009). Beliefs About Mental Illness among University Students in Egypt. *Europe's Journal of Psychology*, 1:1-20.

Dew, R.E., Daniel, S.S., Armstrong, T. D., Goldson, D.B., Triplett, M.F., & Koenig, H.G. (2008). Religion/Spirituality and Adolescent Psychiatric Symptoms: A Review. *Child Psychiatry and Human Development*, 39: 381-398.

DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N. & Pignone, M.P. (2004). Literacy and Health Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 19 (12):1228-1239.

Dirik, G. & Günay, E. (2009). Religiousness Locus of Control, Psychological distress/Dindarlık, Kontrol Odağı ve Psikolojik Sıkıntılar, *Civilacademy Journal of Social Sciences*, 7(1): 47-67.

Doğan, S. (2009). Cinsel kimlik ve cinsel yönelimle ilişkili sorunlarda psikoterapötik yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(1):33-34.

Dökmen, Z.Y. (1991). Bem Cinsiyet Rolü Envanterinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 35(1): 81-89.

Dökmen, Z.Y. (1999). Bem Cinsiyet Rolü Envanteri Kadınsılık ve Erkeklik Ölçekleri Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri, *Kriz Dergisi*, 7 (1):27-40.

Drescher, J. & Fergusson, A. (2006). Clinical Case: Physician Values and Clinical Decision Making. *Virtual Mentor*, 8:303-308. <http://virtualmentor.ama-assn.org/2006/05/pdf/ccas2-0605.pdf>

Efe, Ş. Y., Taşkın, L. & Eroğlu, K. (2009). Postnatal Depression and Effecting Factors in Turkey. *Journal of Turkey-German Gynecological Association*, 10:14-20.

Eker, D. (1991). Ailenin ve Toplumun Akıl Hastalıkları ile İlgili tutumları, *Aile ve Toplum Dergisi*, 2 (1): 1:72-80.

Ekşi, A.(2008). Mülteci ve Göçmenlerde Psikopatoloji. M.Ünal & N.Özpoyraz (Ed.) *XI. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongre Tam Metin Kitabı* (s.67-83). Adana, (e-book,ISBN-0978-605-89609-0-9).

Erol, N.,Kılıç, C.,Ulusoy, M. ve ark.(1998).*Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü .

Eshun, S. & Caldwell-Colbert, T. (2009). Culture and Mood Disorders. S. Eshun & R.A.R., Gurung (Ed.). *Culture and Mental Health: Sociocultural Influences, Theory and Practise*. (s.181-196). United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Eshun, S. & Gurung, R. A. R. (2009). (Ed). *Culture and Mental Health: Sociocultural Influences, Theory and Practise*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Foucault, M. (1992). *Akıl ve Akıl Bozukluğu: Klasik Çağda Deliliğin Tarihi*. (Çev: M.A. Kılıçbay), İstanbul: İmge Kitabevi.

Freud, S. (1917) Mourning and Melancholia. Yas ve Melankoli Ing Çev R Uslu ve O Berksun (1997) Kriz Dergisi,1(2) s 98-103.

Geçtan, E. (2004). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. Ankara: Metis Yayınları.

Girolama,G., Polidori, G., Morosini, P.,Scarpino, V.,...& Warner, R.(2006). Prevalence of Common Mental Disorders Italy: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41:853-861.

Good, M.D.V. (2002). Cinsiyet ve Ruh Sağlığı. K.Sayar (Ed.). (Çev. S. Yücesoy) *Kültür ve Ruh Sağlığı: Küreselleşme Koşullarında Kültürel Psikiyatri*. (s.286-304). İstanbul: Metis Yayınları.

Goodfellow, B., Defromont, L., Calandreau, F. & Roelandt, J.L. (2010). Images of the "Insane," the "Mentally Ill," and the "Depressed" in Noume, New Caledonia: A Mental Health Survey in the General Population. *International Journal of Mental Health*, 39 (1):82-98.

Göka, E. (2009). *Ölme: Ölümün ve Geride Kalanların Psikolojisi*, İstanbul: Timaş Yayınları.

Güleç, C.(1997). *Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji, Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (Ed.) M. Bertan, Ç.Güler. Ankara: Güneş Kitabevi.

Günay, G.& Bener, Ö. (2011). Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerini Çerçevesinde Aile İçi Yaşamı Algılama Biçimleri. *TSA*, 15 (3):157-171.

Güney, N., Kargı, E. & Oruç, A.Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Eşcinsellik Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of HIV*, http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/74/3_131-137.rtf

Güney, S (2006). *Davranış Bilimleri*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım (s:100-103)

Hahm, B.& Cho, M.J.(2005). Prevalance of alcohol use disorder in a South Korean community: Changes in the pattern of prevalance over the past 15 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40:114-119.

Haldeman, D.(1994). The practise and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2):221-227.

Hauff, E.& Vaglum, P.(1995). Organised violence and the stres of exile predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *The British Journal of Psychiatry*, 166:360-307.

Haviland, A., Prins, H.E.L., Walrath, D. & McBride, B. (2008). *Kültürel Antropoloji* (çev: İ.D. Erguvan Sarıoğlu). İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Hillert, A., Sanman, J., Ehmgig, S.C., Sobota, K., Weisbecker, W., Kepplinger, H.M. & Benkert, O.(1996). Psychopharmacological drugs as represented in the press: results of systematic analysis of newspapers and popular magazines, *Pharmacopsychiatry*, 29:67-71

Işık, S.(2010). Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşleri (Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi).

İnönü Üniversitesi Psikiyatri ABD & Psikiyatri Derneği (1998). 7. *Anadolu Psikiyatri Günleri: Cinsiyet ve Psikiyatri*, İstanbul: Akademi Ofset

Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B. & Meltzer, H.(2003). The National Psychiatric, Morbidity Surveys of Great Britain: Initial Findings from the Household Survey. *International Review of Psychiatry*, 15:29-42.

Jilek, W.G.(1995). "Emil Kreapelin and Comprative Sociocultural Pyschiatyr". *Europen Archives of Pyschiatry and Clinical Neurosciense*, 945-931.

Jorm, A.F.& Kelly, C.M.(2007). Improving the public's understanding and response to mental disorders, *Australian Psychologist*, 42(2):81:89

Jorm, A.F.(2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177:396-401.

Jorm, A.F., Korten, A.E.,Jacomb,P.A.,Christensen, H., Rodgers, B.& Pollit,P.(1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, *The Medical Journal of Australia*, 166(4):182.

Jorm, A.F.,Nakane,Y.,Christensen, H.,Yoshioka, K.,Griffiths, K.M. & Wata,Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan, *BMC Medicine*, 3:12

Kadam, U.T.,Croft, B.P., McLeod,J. & Hutchinson, M.(2001). A Qualitative Study of Patients' Views on Anxiety and Depression. *British Journal of General Practice*, 51:375-380.

Karamustafalioğlu, N. & Tomruk, N. (2000). Postpartum Hüzün ve Depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*, 2:64-71

Kawakami.,N., Takeshima, T., Yutaka, O., Uda, H...& Kikkawa, T.(2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in commmunities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59:441-452

Kendall, P.C.& Hammen, C.L. (1997) *Abnormal Psychology Understanding Human Progress: Understanding Human Problems*. New York: Houghton Mifflin.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A...& Kendler, S.K (1994). Lifetime and 12 – Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. *Archieves Of General Psychiatry*, 51:8-19.

Kılıç, C.(2008). Depremzedelerde ruh sağlığı hizmeti kullanımı: 1999 Depremlerinin sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2):113-123.

Kılıç, M. (1991). Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) Geçerlik ve Güvenirliği. *Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi*, 1 (2), s: 45-52.

Kırkpınar, İ.(1992). Erzurum Numune Hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ruhsal bozukluklar nedeniyle tıp dışı kişilere başvurma davranışları üzerine bir araştırma. *Düşünen Adam*, 1:13-17.

Kırkpınar, İ., Çayköylü, A. & Kuloğlu, M. (1994). Erzurum'da ruh sağlığı birimlerine ulaşım yolları. *Türk Psikiyatri Dergisi* Saraceno,B. (2004). The treatment gap in the mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (11).

Kowess-Masfety, V. Briffault, X., Sapinho, D.MS (2009). Prevalance, risk factors and use of health care in depression: A Survey in a Large Region of France between 1991 and 2005. *Can J Psychiatry*. 2009;54(10):701–709.)

Köknel, Ö. (1999). *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım . (s:191-218).

Köknel, Ö.(1998). *Kötü Ruh'tan Ruh Sağlığına (Türkiye'de Psikiyatri Tarihi)*. Alfa Basım Yayım Dağıtım.

Kurt, A. (2009). Dindarlığı Etkileyen Faktörler. *T.C. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18 (2):1-26.

Larios, R. (2004). "Ay dolor, ya me volviste a dar": Loss and Cultural Mourning Among Mexican Origin. *National for Chicana and Chicano Studies Annual Conference*, Paper 7. <http://scholarworks.sjsu.edu/naccs/2002-2004/Proceedings/7>

Layikel, Ş. (2008). Türkiye'de Ruh Sağlığı Alanına Genel Bir Bakış. Ş.Layikel, N.Kaçar &F.Z. Dağıdır (Ed.). *Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları:2008 Türkiye Raporu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri* (s.7-18). İstanbul: Karika Matbaacılık.

Maddux, J.E.E., Gosselin, J.T. & Winstead, B. A. A. (2012), Conceptions of Pyschopathology: A Social Constructionist Perspective (Ed) J.E.E. Maddux ve B.A.A. Winstead. *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding* (s:3-23), New York: Taylor& Francis Group.

Maginn,S., Boardman, T.K.,Craig, Haddad, M. Health,G.Stott,J.(2004) The detection of psychological problems by general practitioners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39: 464–471

Mancuso, J.M. (2009). Assesment and Measurement of Health Literacy: An Integrative review of the Literature, *Nursing-Health Sciences*, 11(1):77-89.

Memik, N.S., Yıldız, Ö., Tural, U. & Ağaoğlu, B.(2011). Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme Çalışması, *Nöropisikiyatri Arşivi* , 48:4-10.

Mezzich, J.E., Kirmayer, L.J., Kleinman, A., Fabrega, H.....Manson, S.(1999). The Place of Culture in DSM-IV. *Journal of Nervous And Mental Disease*, 187(8),457-464.

Millon, T. (2009). A Brief of History of Psychopathology. P.H. Blaney & T. Millon (Ed.) *Oxford Textbook of Psychopathology* (p.3-34). New York: Oxford University Press.

Mio, J.S., Barker-Hackett, L. & Tumambing, J. (2006). *Multicultural Psychology: Understanding our Diverse Communities* (p:225-261). Boston: McGraw Hil.

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., Hamlin, B. & Kindig, D.A.(2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington: The National Academies Press.

http://hospitals.unm.edu/health_literacy/pdfs/HealthLiteracyExecutiveSummary.pdf

Norris, F.H., Krzysztof, K., Conrad, M.L. Inman, G.L. & Murphy, A.D.(2002). Placing age differences in cultural context: a comparison of the effects of age on PTSD after disasters in the United States, Mexico and Poland. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(3):153-173.

Oates, M.(2003). Understanding the grief process: A first step to helping clients. *TCA Journal*, 31(1), 29-39.

Okasha, A., Saad, A., Khalil, A.H. & Dawla, A.S.(1994). Phenomenology of obsessive compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive Psychiatry*, 35 (3):191-197.

Okutan, N. (2010). Eşcinsellere Yönelik Tutumlar: cinsiyetçilik, Romantik İlişkilerle İlgili Kalıp Yargılar ve Yetişkin Bağlanma Biçimleri Açısından bir Değerlendirme. Yüksek Lisan Tezi (Ankara Üniversitesi, Sosyal bilimler Enstitüsü).

Önsüz, F., Topuzoğlu, A., İkişik, H. & Kavuş, M. (2009). Marmara Depreminden Altı Yıl Sonra Sapanca'da Travma Sonrası Stres ve Anksiyete Bozukluklarının Değerlendirilmesi. *New/Yeni Symposium Journal*, 47 (4) :167-177.

Özan, S., Aras, Ş., Şemin, S. & Orçın, E. (2004). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin cinsel tutum ve davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1):27-39.

Özbaş, D., Küçük, L., Buzlu, S. (2008). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam*, 21(1-4):14-23.

Özbek, A. (1971). *Sosyal Psikiyatri'ye Giriş*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Özcan, M., Uğuz, F., Çilli, A.S. (2006). Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4) :276-285.

Özçetin, A. (2000). Diyarbakır Bölgesinde Yas ve Din İlişkisi. *Düşünen Adam*, 13 (1):12-18.

Özdemir, H. & Rezaki, M. (2007). Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi-12. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(1): 13-21.

Özmen, E., Ögel, K., Boratav, C., Sağduyu, A., Aker, T. & Tamar, D. (2003). Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul Örneği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 89-100.

Özmen, H.E. (1999). Cinsel Mitler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 2:49-53.

Öztürk, M.O. & Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul.

Öztürk, M.O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, HYB Yayın Birliği: İstanbul

Parker, G., Gladstone, G. & Chee, T.K. (2001). Depression in the Planet's Largest Ethnic Group: The Chinese. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (6): 857-864.

Peen, J.P., Schoevers R.A., Beekman, A.T., Dekker, J (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 121: 84–93.

Peen, J., Dekker, J., Schoevers A., Have, E.M, Graaf, A., Beekman. (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology* (2007) 42:984–989 DOI 10.1007

Pektaş, İ., Bilge, A. & Ersoy, M.A. (2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:43-48.

Petersen, J.L.& Hyde, J.S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993-2007. *Psychological Bulletin*, 136,21-38.

Plante, T.G. (2005). *Contemporary Clinical Psychology*. Canada: John Wiley & Sons Inc, (s. 33-46).

Poongothai, S., Pradeepa, R., Ganesan, A. & Mohan, V. (2009). Prevalence of Depression in Large Urban South Indian Population: the Chennai Urban Rural Epidemiology Survey (CURES-70). *Plos One*, 4(9):1-6.

Range, L. (2005). Abnormality: Psychological Models (Ed). N. A. Piotrowski, *Psychology Basics (Magill's Choice)* (s: 5-13). A.B.D: Salem Pr.Inc.

Reavley, N.J., Cvetkovski, S., Jorm, A.F.& Lubman, D.I. (2010). Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44:729-735.

Rege, S.A. (2009). Culture and Anxiety Disorders. S. Eshun & R.A.R., Gurung (Ed.). *Culture and Mental Health: Sociocultural Influences, Theory and Practice*. (s.181-196). United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Rogler, L.H. & Cortes, D.H. (1993). Help seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *American Journal of Psychiatry*, 150:554-61.

Rubin, S.S., Malkinson, R.& Witztum, E.(2003). Trauma and bereavement: Conceptual and clinical issues revolving around a relationship. *Death Studies*, 27,1-3.

Rubinstein, G.(1995). The decision to remove homosexuality from the DSM: Twenty years later. *American Journal of Psychotherapy*, 49 (3):416-427.

Sadock, B.J & Sadock V. A. (2009). *Klinik Psikiyatri El Kitabı*. (çev Ed: A. Bozkurt). Ankara: Güneş Tıp Kitapları.

Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, Ş., Ögel, K.& Tamar, D. (2003). Şizofrenisi olan hasta yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3):203-212.

Samouilhan, T. & Joseph, S.(2010). University student's beliefs about the causes and treatments of mental illness. *South African Journal of Psychology*, 40 (1):74-89.

Samuk, F.(2002). Psikiyatrinin Tarihçesi. *Cerrahpaşa Psikiyatri*. (s:1-9). E.İlkay (Ed). İstanbul: İ.Ü. Basım ve Yayınevi.

Savaş,H.A., Yumru, M .,Görol, L. & Özen, M.E. (2006). Türkiye'nin Güneydoğusunda Psikiyatrik Hastalıklar Bağlamında Psikiyatri ve Psikoloji İle İlişkili Bilgi ve Tutumlar: Gaziantep Şehrinden Bir Kesit. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:40-149.

Sır, A., Bayram, Y. & Özkan, M. (1998). Zoraki İç Göçün Ruh Sağlığına Etkileri Üzerine Bir Ön Çalışma. *Psikiyatri Dergisi*, 2:83-88.

Sin, M.K., Jordan, M.& Park,J. (2011). Perceptions of depression in Korean American immigrants. *Mental Health Nursing*, 32:177-183.

Soydan, H. (1996). Using The Vignette Method in Cross-Cultural Comparisons. L.Hantrais & S.Mangen (Ed). *Cross-National Research Methods in The Social Sciences* (s: 120-128). London: Castel Imprit.

Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S. & Semiz, O.(2006). Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2):93-104.

Stern, G.& Kruckman, L.(1983). Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique. *Social Science and Medicine*, 17(15):1027-1041.

Sue, S., Sue, D.W., Sue,L.& Takeuchi, D.T. (1995). Psychopathology among Asian Americans: A model minority? *Cultural Diversity and Mental Health*, 1:39-51.

Swami, N. (2012). Mental Health Literacy of Depression: Gender Differences and Attitudinal Antecedents in a Representative British Sample, *PLoS ONE*,7(11):e49799.

Swami, V., Papanicolaou, A. & Furnham, A. (2011). Examining mental health literacy and its correlates using the overclaiming technique. *British Journal of Psychology*, 102,662-675.

Şahin, Ö.,Türkcan, S.A., Belene, A. & Yeşilbursa, D.C. (2009). Somatizasyonda Kültürel ve Sosyolojik Faktörler. *New/Yeni Symposium Journal*, 47(4).

Şen, S. F., Taşkın, O., Özmen, E., Aydemir, Ö. & Demet, M.(2003). Türkiye’de Kırsal Kesimde Yaşayan Halkın Depresyona İlişkin Tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:133-143.

Şentürk, G.E. (2006). Ortaöğretim kurumlarına devam eden öğrenciler ile bu kurumda çalışan öğretmenler ve yöneticilerin cinsellikle ilgili yanlış inanışla bilgi ve inanışlarının belirlenmesi ve bir uygulama. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*

Şimşek, Z., Ak, D., Altındağ, A. ve Güneş, M.(2008). Prevalence and predictor of mental disorders among woman in Şanlıurfa, Southeastern Turkey. *Journal of Public Health*, 3(4):487-493.

Taşkın, O., Şen, F.S., Aydemir, Ö., Demet, M, Özmen (2006). Türkiye’de kırsal kesimde depresyonlu hastalıklara yönelik tutumlar. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8 (1)

Taşkın, O., Şen, F.S., Aydemir, Ö., Demet, M, Özmen, E. & İçelli, İ. (2002). Türkiye’de kırsal kesimde yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3) :205-214

Throckmorton, W. (1998). Attemp to Modify Sexual Orientation: A Review of Outcome Literature and Ethical Issues. *Journal of Mental Health Counseling*, 20:283-304.

Timimi, S.(2011). Campaign to Abolish Psychiatric diagnostic Systems such as ICD and DSM (CAPSID). 09.01.2013 tarihinde www.criticalpsychiatry.net adresinden indirildi.

Tiwari, S.K. & Wang, J.L. (2006). Ethnic differences in mental health service use among White Chinese, South Asian and Southeast Asian population living in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43:866–871

Torun, F., Torun, S.D. & Özyayın, A.N. (2011) Erkeklerde Cinsel Mitlere İnanma Oranları ve Mitlere İnanmayı Etkileyen Faktörler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:24-31

Turan, M., Çilli, A.S., Aşkın, R., Herken, H., Telcioğlu, M. & Kucur, R. (1999). Cage Testi ile Alkol Kullanımı Üzerinde Epidemiyolojik Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri*, *Klinik Psikiyatri*, 2:217-221.

Turner, L.W., Hunt, S.B., Dibirezzo, R. & Jones, C. (2004). *Health Belief Model*, 16.08.2012 tarihinde <http://www.jblearning.com/samples/0763743836/Chapter%204/>

Ünal, S. (2000). Psikiyatrik uygulamalarda sosyokültürel duyarlılık. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(4):225-230.

Vance, C.S. (1999). Anthropology Rediscovered Sexuality: A Theoretical Comment. R.Parker & P.Aggleton (Ed.). *Culture, Society and Sexuality*. (s.39-54). London: UCL Press.

VanVoorhies, B.W., Fogel, J., Houston, T.K., Cooper, L.A., Wang, N.Y. & Ford, D.E. (2006). Attitudes and illness factors associated with low perceived need for depression treatment among young adults, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 746 -754 .

Wang, J.L. (2003). Rural-urban in the prevalence of major depression and associated impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 : 19–25

Wang, X., Shinfuku, G.L., Zhang, N., Zhao, C. & Shen, Y. (2000). Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in North China. *American Journal of Psychiatry*, 157:1260-1267.

Weeks, D.J. (1999). Discourse, Desire and Sexual Deviance: Some Problems in a History of Homosexuality. Parker & P.Aggleton (Ed.). *Culture, Society and Sexuality*. (s.116-142). London: UCL Press.

Witteman, C.,Bolk, L.& Hutschemaeker, G. (2011). Development of the illness perception questionnaire. *Journal of Mental Health*, 20(2):115-125.

Wong, Y.J.,Tran, K.K., Kim, S.H.,Kerne,V.V.H.& Calfa,N.A.(2010).Asian Americans' lay beliefs about depression and professional help seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 66(3): 317-332.

Yorulmaz, O. (2009). A Comprehensive Model for Obsessive –Compulsive Disorder : A Cross-Cultural Investigation of Cognitive and Other Vulnerability Factors. Doktora Tezi (Ortadoğu Teknik Üniversitesi).

Yuchtman-Yaar, E. & Alkalay, Y.(2007). Religious zones, economic development and modern value orientations: Individual versus contextual effects. *Social Science Research*, 36,789-807.

Zengin-Dağıdır, F.(2010). Toplum-Temelli Hizmetler: Tanım, Hizmet Şekilleri. (Ed) F.Z.Dağıdır. *Toplum İçinde Yaşam Herkesin Hakkı: Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Kişiler için Toplum Temelli Hizmetler*,İstanbul http://www.rusihak.org/images/files/toplum_icinde_yasamak_rusihak.pdf

EK A

Odak Grup /Sosyodemografik Bilgi Formu

Lütfen aşağıda yer alan soruları okuyup yanıtlayınız ya da sorular için yer alan seçeneklerden sizin için uygun olan seçenekleri işaretleyiniz .

Örnek işaretleme (x)

Tarih:

1.ad-soyad :.....

2. Yaş:

3.cinsiyet : 1. () kadın 2. () erkek

4.eğitim :

1. () okuma-yazma bilmiyor
2. () okur yazar
3. () ilkokul
4. () ortaokul
5. ()lise
6. ()yüksek okul
- 7.() üniversite

5.medeni durumunuz

6. Ailenizin bir aylık toplam geliri yaklaşık olarak ne kadardır?

7.Ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.() düşük 2. () orta 3. ()yüksek

8.Medeni durumunuz nedir?

1.() evli 2. () bekar 3. () boşanmış 4. () eşi vefat etmiş

9. Çocuğunuz var mı?

10. Mesleğiniz:

11. Oturduğunuz ev ;

1. () kira
2. () kendi evi
3. () anne/babaya ait
4. () kayınvalide /kayınpedere ait

12. Yaşamanızın çoğu nerede geçmiştir?

1. () köy 2. () kasaba 3 () kent/şehir 4. () diğer.....

13. İstanbul'a hangi bölgeden göç ettiniz?

1. (). Karadeniz bölgesi
2. () güneydoğu anadolu bölgesi
3. () doğu anadolu bölgesi
4. () iç anadolu bölgesi
5. () akdeniz bölgesi
6. () ege bölgesi
7. () marmara bölgesi
8. () diğer.....

14. Hiç psikiyatri doktoruna gittiniz mi?

- 1.() evet 2.() hayır

15.Hiç psikolojik danışmanlık ve terapi desteği aldınız mı?

- 1.() evet 2. () hayır

16.dini inanışınızı nasıl tanımlarsınız?

- 1.() dini inancı olmayan biriyim.
- 2.() dinin gereklerine pek inanmayan biriyim.
3. () inançlı ama dinimin gereklerini pek yerine getirmeyen biriyim.
- 4.() dinimin gereklerini yerine getirmeye çalışan dindar biriyim.
5. () dinimin tüm gereklerini yerine getiren oldukça dindar biriyim.

ODAK GRUP ÇALIŞMASI

İÇERİK

Size göre PSİKOLOJİK SAĞLIK nedir?

Size göre PSİKOLOJİK HASTALIK nedir?

PSİKOLOJİK OLARAK SAĞLIKLI İNSAN NASILDIR?

1

Bu kişinin hemen her gün, gün boyunca yapmakta olduğu günlük işlerine karşı ilgisi belirgin bir şekilde azalmıştır. Ağlamaklı yüz ifadesi ile kendini üzgün ya da boşlukta gibi hissetmektedir. Geceleri uykuya dalmakta zorlanmakta, sabahları ise yataktan kalkmakta zorlanmaktadır. Kendini yorgun, bitkin hissetmektedir. Her gün değersizlik ve aşırı suçluluk duyguları hissetmektedir.

ETRAFINIZDA BÖYLE DURUMLAR YAŞAYAN KİŞİLER VAR MI?

BU KİŞİYİ SAĞLIKLI BİR KİŞİ OLARAK MI TANIMLARSINIZ?

BU KİŞİNİN NE YAPMASINI ÖNERİRSİNİZ?

SİZCE BU KİŞİNİN BUNLARI YAŞAMASININ YA DA BU ŞEKİLDE HİSSETMESİNİN NEDENLERİ NELERDİR?

2

Bu kişi hemen her gün, günlük hayatında ortaya çıkan olay ve etkinlikler hakkında aşırı endişe, huzursuzluk ve üzüntü yaşamaktadır. Aynı zamanda kendisinin ya da yakınlarının başına kötü şeyler geleceği gibi beklentiler içindedir. Gün içinde sıklıkla kas ağrısı, kalp çarpıntısı, ağızda kuruluk, terleme, kolay yorulma gibi sıkıntılar yaşamaktadır. Uykuya dalmakta zorlanmakta ve uyandığında dinlemediğini hissetmektedir.

3

Bu kişi doğum yaptıktan bir süre sonra sürekli kendini üzgün, karamsar, değersiz hissetmektedir. Bebeğin bakımı ve diğer günlük işlerini yapma konusunda isteksizdir, dikkatini toparlamakta zorluk yaşamaktadır. Günlük yaşamından eskisi kadar keyif almamaktadır. Cinsel yaşamı ile ilgili olarak da isteksizlik yaşamaktadır.

4

Bu kişi yaşamını tehdit eden, sarsıcı ve beklenmedik bir olay yaşamıştır. Bu olay sonrasında aşırı korku ve çaresizlik duyguları yaşamakta, olaya ilişkin anıları rahatsızlık verecek düzeyde sık sık aklına gelmekte, olayı anımsatan yer, kişi ya da bir nesne karşısında bu olayı sanki tekrardan yaşıyormuş gibi hissetmektedir. Günlük hayatında yemek ve uyku düzeni bozulmuştur, uykuya dalmakta güçlük çekmektedir. Her gün yaptığı işlere karşı ilgisi azalmış, bir geleceği olmadığı düşünceyi içindedir.

5

Bu kişi, haz almak amacıyla cinsel organlarını genellikle erotik fanteziler eşliğinde elle, orgazm noktasına varana kadar uyarır. Bazen bu uyarılmayı sağlayabilmek için vibratör, şişme bebek vb. nesnelere de kullanabilir.

6

Bu kişinin aklına istemediği halde sürekli bir takım düşünceler gelmektedir . Kişi bu düşüncelerin saçma olduğunu bilse de, üzerinde durmamaya çalışsa da bu düşünceler endişe ve sıkıntı vermeye devam eder. Kişi, bu endişe ve sıkıntıyı azaltmak için bazı davranışları yapmak zorunda hisseder. Yaptığı bu davranışlar çok fazla zamanını aldığı için günlük hayatında yapması gereken diğer işlere zaman bulmakta güçlük yaşar.

Örnek: düşünce: ellerim çok kirli yıkamazsam mikrop kapıp ölüürüm.

Davranış: ellerin temizlendiğine emin oluncaya dek ellerini yıkama.

7

Bu kişi, sevdiği bir yakının ölümünün ardından üzüntü, keder duygularını yaşamaktadır. Sıklıkla ağlamakta, günlük işlerini yaparken zorlanmaktadır. İştahu azalmıştır ve kilo kaybetmektedir. Uykuya dalmada güçlük, uyuyamama, erkenden uyanma vb durumlar yaşamaktadır. Sosyal yaşama katılmaktan çekinir, ama başkalarının yatıştırıcı ve rahatlatıcı telkinlerinden memnuniyet duyabilir.

8

Bu kişi kendi cinsiyetinden olan hemcinsine karşı duygusal bir yakınlık hissetmektedir. aşk duygusu ile birlikte hemcinsini cinsel olarak da çekici bulmakta,

hemcinsi ile cinsel bir yaşamı düşünmekten keyif almakta ve hemcinsi ile cinsel aktiviteler içine girebilmektedir.

9

Bu kişi, hemen hemen her akşam alkollü içki içmektedir. İçki içmesi sebebiyle iş yerindeki ve evdeki başlıca sorumlulukları yerine getirmede zorluk yaşamaktadır. İçkiliyken araba kullanabilmekte, her zamankinden farklı olarak olumsuz davranışlar sergileyebilmekte, bu olumsuz davranışları sebebiyle yasal olarak da sıkıntılar yaşayabilmektedir.

NİCELİKSEL ARAŞTIRMA ONAM FORMU

Bu anket formu, Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Psikolog Yıldız BİBER tarafından, Yeditepe Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Yrd. Doç. Dr. Esin UZUN OĞUZ danışmanlığında yapılan, yetişkin bireylerin psikolojik hastalık ve psikolojik sağlık ile ilgili algılarını inceleyen yüksek lisans tez araştırması için hazırlanmıştır.

*Bu araştırmada katılımcının kimlik (ad-soyad vb.) bilgilerine **gerek duyulmamaktadır**. Araştırma sırasında etik bir ihlale sebebiyet vermemek için hazırlanmış olan bu belge, anket formundan ayrı bir yerde diğer katılımcı belgeleriyle birlikte muhafaza edilecektir.*

Bu anket formunda vermiş olduğunuz bütün bilgiler gizli tutulacak ve bu araştırmanın amaçları dışında kullanılmayacaktır.

Katılımcı bu anket formunu kendi isteği ile doldurmayı kabul etmektedir.

Katılımcının imzası:.....

Tarih:.....

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Psikolog Yıldız BİBER

Yrd. Doç. Dr. Esin UZUN OĞUZ

Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji

*Yeditepe Üniversitesi Fen-Edebiyat
Fakültesi*

Yüksek Lisans Öğrencisi

Psikoloji Bölümü

ybiber22@gmail.com

esin.uzun@yeditepe.edu.tr

Niceliksel Araştırma/Sosyo Demografik Bilgi Formu

Lütfen aşağıdaki sorularda, sizin için uygun olan seçenekleri işaretleyiniz (X).

1. Cinsiyet : ()Kadın ()Erkek 2. Yaşınız:
3. Eğitim: ()Okur-yazar ()Ortaokul ()Yüksekokul ()Yüksek lisans veya üzeri
()İlkokul ()Lise ()Üniversite
4. Medeni Durum: ()Eveli ()Bekar ()Boşanmış ()Eşi vefat etmiş
5. Evlilik şekli: ()Resmi Nikah ()İmam Nikahı ()Nikah olmadan birlikte yaşama
6. Çocuğunuz var mı? ()Yok ()Var ise - Kaç tane çocuğunuz var?.....
7. alışıyor musunuz? ()Hayır ()Evet ise -İşiniz:.....
8. Ailenizin aylık geliri ne kadardır?.....
9. Ailenizin gelir düzeyini 1- 5 arasında değerlendiriniz. (Uygun sayıyı yuvarlak içine alınız.)
- 1 2 3 4 5
Düşük Yüksek
10. Oturduğunuz ev: ()Kira ()Kendi Evi ()Aileye ait
11. Evde alışan ocuk var mı? ()Evet ()Hayır
12. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?..... 13. Kimlerle yaşıyorsunuz?.....
14. Yaşamınızın çoğunu nerede geçirdiniz? ()Köy ()Kasaba ()şehir ()Büyükşehir
15. Kaç yıldır İstanbul'da yaşıyorsunuz?.....
16. İstanbul'a hangi bölgeden göç ettiniz? (göç etmediyseniz 20.. sorudan devam ediniz !)
- ()Karadeniz ()Güneydoğu ()Doğu Anadolu ()Marmara
()İçanadolu ()Akdeniz ()Ege ()Diğer.....
17. Kimlerle birlikte göç ettiniz? ()Eş ve ocuklarla ()Kardeşlerle ()Akrabalarla
()Anne-baba ve kardeşlerle ()Yalnız ()Diğer.....
18. Başlıca göç etme nedeniniz? ()İş bulmak ()Akraba sorunları ()Terör/Savaş
()Toprağını kaybetme ()Evlilik ()Eğitim
19. Göç etmeden önce İstanbul'da tanıdığınız kimseler var mıydı? ()Hayır ()Evet
-cevabınız Evet ise -Kimler:

20. Çocuk/Çocuklar ile olan ilişkinizden kadar memnunsunuz? İşaretleyiniz (X)

Hiç memnun değilim ()	Ara sıra memnunum ()	Memnunum ()	Çoğunlukla memnunum ()	Her zaman memnunum ()
------------------------	-----------------------	--------------	-------------------------	------------------------

21. Dini inancınızı nasıl tanımlarsınız?

- () Dinimin bütün gereklerini yerine getiren oldukça dindar biriyim.
() Dinimin gereklerini yerine getirmeye çalışan dindar biriyim.
() İnançlı ama dinimin gereklerini pek yerine getirmeyen biriyim.
() Dinin gereklerine pek inanmayan biriyim.
() Dini inancı olmayan biriyim.

22. Kadınlar için;

Erkekler için;

- Başörtü takıyor musunuz? () Hayır () Evet -Cevabınız Evet ise, () Kendi isteği ile () Eşinin isteği ile () Anne-babasının isteği ile () Diğer.....	-Eşiniz başörtü takıyor mu? () Hayır () Evet -Cevabınız Evet ise, () Kendi isteği ile () Sizin isteğiniz ile () Anne-babasının isteği ile () Diğer.....
--	---

23. Kitap okur musunuz? () Evet () Hayır

24. İnternet kullanır mısınız? () Evet () Hayır

25. Gazete okur musunuz? () Evet () Hayır

26. Yemek için dışarıya çıkar mısınız? () Evet () Hayır

27. Kahveye gider misiniz? () Evet () Hayır

28. Kendinizi 1-5 arasında değerlendiriniz. (Uygun sayıyı yuvarlak içine alınız)

1 - 2 - 3 - 4 - 5
Geleneksel Modern

29. Hiç psikiyatri doktoruna gittiniz mi? () Evet () Hayır

30. Hiç psikolojik danışmanlık /terapi desteği aldınız mı? () Evet () Hayır

SCL-90 Sorun Tarama Listesi

Aşağıda insanların bazen sahip olduğu yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her bir cümleyi dikkatlice okuyun. Okuduğunuz her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere son on beş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan sizin için uygun olan rakamı işaretleyiniz. Hiçbir maddeyi atlamayınız!

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

<i>Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyarak, değerlendiriniz.</i>		Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça Fazla	İleri Derecede
1	Baş ağrısı	0	1	2	3	4
2	Sinirlilik ya da içinin titremesi	0	1	2	3	4
3	Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoşça gitmeyen düşünceler	0	1	2	3	4
4	Baygınlık veya baş dönmesi	0	1	2	3	4
5	Cinsel arzu ve ilginin kaybı	0	1	2	3	4
6	Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	0	1	2	3	4
7	Herhangi bir kimsenin düşüncelerimizi kontrol edebileceği fikri	0	1	2	3	4
8	Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	0	1	2	3	4
9	Olayları anımsamada güçlük	0	1	2	3	4
10	Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler	0	1	2	3	4
11	Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	0	1	2	3	4
12	Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
13	Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	0	1	2	3	4
14	Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	0	1	2	3	4
15	Yaşamınızın sonlanması düşünceleri	0	1	2	3	4
16	Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	0	1	2	3	4
17	Titreme	0	1	2	3	4
18	Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi	0	1	2	3	4
19	İştah azalması	0	1	2	3	4
20	Kolayca ağlama	0	1	2	3	4
21	Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
22	Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	0	1	2	3	4
23	Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	0	1	2	3	4
24	Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	0	1	2	3	4
25	Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	0	1	2	3	4
26	Olanlar için kendini suçlama	0	1	2	3	4
27	Belin alt kısmında ağrılar	0	1	2	3	4

28	İşlerin yapılmasında erteleme duygusu	0	1	2	3	4
29	Yalnızlık hissi	0	1	2	3	4
30	Karamsarlık hissi	0	1	2	3	4
31	Her şey için çok fazla endişe duyma	0	1	2	3	4
32	Her şeye karşı ilgisizlik hali	0	1	2	3	4
33	Korku hissi	0	1	2	3	4
34	Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali	0	1	2	3	4
35	Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi	0	1	2	3	4
36	Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	0	1	2	3	4
37	Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	0	1	2	3	4
38	İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma	0	1	2	3	4
39	Kalbin çok hızlı çarpması	0	1	2	3	4
40	Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
41	Kendini başkalarından aşağı görme	0	1	2	3	4
42	Adale (kas) ağrıları	0	1	2	3	4
43	Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	0	1	2	3	4
44	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
45	Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	0	1	2	3	4
46	Karar vermede güçlük	0	1	2	3	4
47	Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	0	1	2	3	4
48	Nefes almada güçlük	0	1	2	3	4
49	Soğuk veya sıcak basması	0	1	2	3	4
50	Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelere kaçınma durumu	0	1	2	3	4
51	Hiçbir şey düşünememe hali	0	1	2	3	4
52	Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	0	1	2	3	4
53	Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	0	1	2	3	4
54	Gelecek konusunda ümitsizlik	0	1	2	3	4
55	Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	0	1	2	3	4
56	Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	0	1	2	3	4
57	Gerginlik veya coşku hissi	0	1	2	3	4
58	Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	0	1	2	3	4
59	Ölüm ya da ölme düşünceleri	0	1	2	3	4
60	Aşırı yemek yeme	0	1	2	3	4
61	İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4
62	Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	0	1	2	3	4

63	Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	0	1	2	3	4
64	Sabahın erken saatlerinde uyanma	0	1	2	3	4
65	Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali	0	1	2	3	4
66	Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	0	1	2	3	4
67	Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	0	1	2	3	4
68	Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
69	Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	0	1	2	3	4
70	Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
71	Her şeyin bir yük gibi görünmesi	0	1	2	3	4
72	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
73	Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4
74	Sık sık tartışmaya girme	0	1	2	3	4
75	Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	0	1	2	3	4
76	Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	0	1	2	3	4
77	Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
78	Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	0	1	2	3	4
79	Değersizlik duygusu	0	1	2	3	4
80	Size kötü bir şey olacmış duygusu	0	1	2	3	4
81	Bağırma ya da eşyaları fırlatma	0	1	2	3	4
82	Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	0	1	2	3	4
83	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
84	Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
85	Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
86	Korkutucu türden düşünce ve hayaller	0	1	2	3	4
87	Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4
88	Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama	0	1	2	3	4
89	Suçluluk duygusu	0	1	2	3	4
90	Aklınızdan bir bozukluğu olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4

BEM CİNSİYET ROLLERİ ENVANTERİ

Aşağıdaki özelliklerin her birinin sizi tanımlama bakımından ne kadar uygun olduğunu düşününüz. Her özelliğin karşısına, size uygun gelen rakamı işaretleyiniz (X).

No		1 Hiç Uygun Değil	2 Uygun Değil	3 Bazen Uygun Değil	4 Kararsız ım	5 Bazen Uygun	6 Uygun	7 Her Zaman Uygun
1.	Ağırbaşlı, Ciddi	1	2	3	4	5	6	7
2.	Ailesine Karşı Sorumlu	1	2	3	4	5	6	7
3.	Anlayışlı	1	2	3	4	5	6	7
4.	Baskın, Tesirli	1	2	3	4	5	6	7
5.	Başkalarının İhtiyaçlarına Duyarlı	1	2	3	4	5	6	7
6.	Boyun Eğen	1	2	3	4	5	6	7
7.	Cana Yakın	1	2	3	4	5	6	7
8.	Cömert	1	2	3	4	5	6	7
9.	Çocukları Seven	1	2	3	4	5	6	7
10.	Duyularını Açığa Vurmayan	1	2	3	4	5	6	7
11.	Duygusal	1	2	3	4	5	6	7
12.	Erkeksi	1	2	3	4	5	6	7
13.	Etkileyici, Güçlü	1	2	3	4	5	6	7
14.	Fedakar	1	2	3	4	5	6	7
15.	Girişken	1	2	3	4	5	6	7
16.	Gönül Alan	1	2	3	4	5	6	7
17.	Gözü Pek	1	2	3	4	5	6	7
18.	Haksızlığa Karşı Tavrı Alan	1	2	3	4	5	6	7
19.	Hassas	1	2	3	4	5	6	7
20.	Hırslı	1	2	3	4	5	6	7
21.	İdealist	1	2	3	4	5	6	7
22.	İncinmiş Duyguları Tamir Etmeye İstekli	1	2	3	4	5	6	7
23.	Kaba Dil Kullanmayan	1	2	3	4	5	6	7
24.	Kadınsı	1	2	3	4	5	6	7
25.	Kendi İhtiyaçlarını Savunan	1	2	3	4	5	6	7
26.	Kendine Güvenen	1	2	3	4	5	6	7
27.	Kuralcı, Katı	1	2	3	4	5	6	7
28.	Lider Gibi Davranan	1	2	3	4	5	6	7
29.	Mantıklı	1	2	3	4	5	6	7
30.	Merhametli	1	2	3	4	5	6	7
31.	Namuslu	1	2	3	4	5	6	7
32.	Otoriter	1	2	3	4	5	6	7
33.	Riski Göze Almaktan Çekinmeyen	1	2	3	4	5	6	7
34.	Sadık	1	2	3	4	5	6	7
35.	Saldırgan	1	2	3	4	5	6	7
36.	Sevecen	1	2	3	4	5	6	7
37.	Sıkılğan	1	2	3	4	5	6	7
38.	Sözünde Duran	1	2	3	4	5	6	7
39.	Tatlı Dilli	1	2	3	4	5	6	7
40.	Yumuşak, Nazik	1	2	3	4	5	6	7

VİNYETLER

- 1) 35 yaşında bir kadın olan A., bir süredir kendini değersiz hissediyor, severek ve isteyerek yaptığı ev işlerine karşı ilgisi azalmış olan A., geceleri uykuya dalmakta güçlük çekiyor, sabahları da yataktan kalkmakta zorlanıyor. Kendisini sürekli yorgun ve isteksiz hissediyor ve bütün bunlardan dolayı kendini suçluyor. Evden dışarı hiç çıkmak istemiyor.

Bu durum, (tek bir seçenek işaretleyiniz) (X)

- tedavi edilemeyecek bir hastalık
- tedavi edilebilir bir hastalık
- hastalık olarak tanımlanacak bir durum değil

Bu kişinin ne yapması gerekiyor? (tek bir seçenek işaretleyiniz) (X)

- hastaneye yatarak tedavi olmalı aile/eş/arkadaş desteği almalı
- ayaktan ilaçla tedavi olmalı kendi kendini düzeltmeli
- terapi /danışmanlık desteği almalı zamanla geçer, beklemeli
- kendini oyalayacak şeyler bulmalı bir şey yapmasını gerektirecek bir sorun yok

- 2) 35 yaşında evli bir kadın olan H., kendini cinsel olarak uyarılmış hissettiği zamanlarda cinsel tatmin yaşamak isteyebiliyor, yalnızsa kendini rahatlatmak için eliyle cinsel organını uyarıyor ve bu uyarılmadan haz alıyor.

Bu durum, (tek bir seçenek işaretleyiniz) (X)

- tedavi edilemeyecek bir hastalık
- tedavi edilebilir bir hastalık
- hastalık olarak tanımlanacak bir durum değil

Bu kişinin ne yapması gerekiyor? (tek bir seçenek işaretleyiniz) (X)

- hastaneye yatarak tedavi olmalı aile/eş/arkadaş desteği almalı

- () ayaktan ilaçla tedavi olmalı () kendi kendini düzeltmeli
- () terapi /danışmanlık desteği almalı () zamanla geçer, beklemeli
- () kendini oyalayacak şeyler bulmalı () bir şey yapmasını gerektirecek bir sorun yok

- 3) 38 yaşında erkek olan D., ailesi ile birlikte bir trafik kazası geçiriyor ve yaralanıyor. Kaza sırasında korku ve çaresizlik hissediyor. Bugünlerde arabaya binmesi gerektiğinde kaza anını tekrar yaşıyormuş gibi hissediyor, ailesi tekrar trafik kazası geçirecek diye endişeleniyor, uyku uyumakta güçlük çeken D., kimselerle görüşmek istemiyor, geleceğe yönelik de bir umutsuzluk içinde.
- 4) 36 yaşında bir kadın olan N., evde yangın çıkabileceğini düşünerek endişe yaşıyor. Kendini rahatlatmak için ütü, kombi gibi elektrikli aletleri defalarca kontrol ediyor ama yine de yangın düşüncesini kafasından atamıyor. Evden çıktıktan sonra elektrikli aletleri kontrol etmek için geri dönüyor. Bu düşüncelerin saçma olduğunu bilse de sık sık yapmakta olduğu işi bırakıp evdeki elektrikli aletleri kontrol ediyor.
- 5) S. çalışan bir erkek. İşyerinde tanışmış olduğu bir erkek arkadaşı var. Birbirlerinden hoşlanıyorlar ve birbirlerini cinsel olarak çekici buluyorlar. Erkek arkadaşıyla romantik anlar yaşayan S., cinsel içerikli paylaşımlardan da keyif alıyor.
- 6) Z., evli bir erkek. Her akşam evinde içki içiyor. İçmeye başladığında, daha çok kendi halinde sessizce duran Z., içkiyi fazla kaçırdığında, evdekilerle kavga ediyor. İçtiği günlerde genellikle sabah uyanamıyor, işine geç kalıyor.
- 7) 32 yaşında bir kadın olan E., ailesi ile birlikte ciddi bir tren kazası geçiriyor ve yaralanıyor. Kaza sırasında, korku ve çaresizlik yaşıyor. Kazadan bu yana trafiğe çıkması gerektiğinde kaza anını tekrar yaşıyormuş gibi oluyor, ailesi de tekrar kaza geçirecekmiş gibi korkuyor. Uyku uyumakta güçlük çeken E., kimselerle görüşmek istemiyor, geleceğe yönelik de bir umutsuzluk hissediyor.
- 8) Evli ve 36 yaşında bir erkek olan I., kendini cinsel olarak uyarılmış hissettiği zamanlarda cinsel tatmin yaşamak isteyebiliyor, yalnız ise kendini rahatlatmak için eliyle cinsel organını uyarıyor ve bu uyarılmadan haz alıyor.

- 9) 32 yaşında bir erkek olan R., mikrop kapabileceği düşüncesiyle endişe yaşıyor. Kendisini rahatlatmak için gün içerisinde ellerini sürekli yıkıyor. Günün büyük bir kısmını el yıkayarak geçiren R., bunun saçma olduğunu bilse de yaşadığı endişeye ve el yıkama ihtiyacına engel olamıyor. Ellerini yıkamak için yapmakta olduğu işleri sık sık yarım bırakmak zorunda kalıyor.
- 10) Lohusalık döneminde olan 25 yaşındaki C., bebeğin bakımıyla kendisi ilgilenemediği için eşinden ve ailesinden destek alıyor. Bebeğine bakamayacağını düşünüp endişe yaşıyor ancak bebeğine karşı ilgisi yokmuş gibi görünüyor. Gün içinde oldukça üzgün ve genellikle ağlıyor. Gelecekte de hiçbir şeyin iyi olmayacağını düşünüyor.
- 11) 30 yaşında bir erkek olan F., ağır yaralıların olduğu bir trafik kazasına şahit oluyor. Korkuyor ve çaresizlik hissediyor. Kazadan sonra trafiğe çıkması gerektiğinde kaza anını tekrar yaşıyormuş gibi hissediyor. Yakınlarını bir trafik kazasında kaybedebileceğini düşünerek endişe yaşayan F., uyku uyumakta güçlük çekiyor. İnsanlardan uzak kalmayı tercih eden F., genel olarak geleceğe yönelik bir umutsuzluk içinde...
- 12) 25 yaşında bekar bir kadın olan K., kendini cinsel olarak uyarılmış hissettiği zamanlarda cinsel tatmin yaşamak isteyebiliyor, yalnızsa kendini rahatlatmak için eliyle cinsel organını uyarıyor ve bu uyarılmadan haz alıyor.
- 13) A., evli bir kadın. Her akşam evde içki içiyor. İçmeye başladığı sıralarda kendi halinde, sessizce duran A., içkiyi fazla kaçırdığında önemsiz şeylerden evdekilere bağırebiliyor, kavga çıkarıyor. İçtiği günlerde genellikle sabah uyanamıyor, işine geç kalıyor.
- 14) 37 yaşında, erkek olan B., bir süredir kendini değersiz hissediyor, severek ve isteyerek yaptığı işlerine karşı ilgisi azalmış. Geceleri uykuya dalamayan B., sabahları da yataktan kalkmakta zorlanıyor. Kendisini sürekli isteksiz ve yorgun hisseden B., bütün bunlardan dolayı kendini suçluyor. Evden dışarı hiç çıkmak istemiyor.
- 15) 24 yaşında bekar bir erkek olan M., kendini cinsel olarak uyarılmış hissettiği zamanlarda cinsel tatmin yaşamak isteyebiliyor, yalnız ise kendini rahatlatmak için eliyle cinsel organını uyarıyor ve bu uyarılmadan haz alıyor.

- 16) 27 yaşında kadın olan G, ağır yaralıların olduğu büyük bir trafik kazasına şahit oluyor. Kaza sırasında korkuya kapılan ve çaresiz hisseden G., kazadan beri , trafiğe çıkması gerektiğinde aynı şeyleri tekrar yaşıyormuş gibi hissediyor, yakınlarını trafik kazasında kaybetme korkusu yaşıyor. Uyku uyumakta güçlük çeken G., geleceğe yönelik bir ümitsizlik içinde. Kimselerle görüşmek istemiyor.
- 17) Y., çalışan bir kadın. İş yerinde tanıştığı bir kız arkadaşı var. Birbirlerinden hoşlanıyorlar ve birbirlerini cinsel olarak çekici buluyorlar. Arkadaşıyla romantik anlar yaşayan Y., kız arkadaşıyla cinsel içerikli paylaşımlardan da keyif alıyor.

Sizin eklemek istedikleriniz:

.....

.....

.....

.....

Anket formunda yer alan sorular bitmiştir. İlginiz ve emeğiniz için teşekkür ederiz.

EK B
Odak Grup Görüşme Bulguları II: Psikolojik Hastalık/Sağlık Tanımları

Psikolojik sağlık	Psikolojik hastalık
Dengeli (3,0)	Mental retardasyon (1,0)
Takıntısız (3,0)	İçsel, anlaşılmaz bozukluklar (2,0)
Olumlu düşünen (6,0)	İçsel kararsızlıklar/çatışmalar (1,1)
Dini bütün (1,0)	Korkular (1,0)
Allah'a isyan etmeme (1,0)	Sağlıklı düşünememe (6,1) Huzursuzluk (6,1)
Kendisi için doğrusunu seçebilen (5,0)	Saldırganlık (3,0) Uyku bozuklukları (5,0)
Huzurlu (3,0)	Hayattan zevk alamama (5,0) İsteksizlik (1,0)
Mutlu (5,0)	Kendine ve başkasına zarar verme (7,0)
Sağlıklı düşünen, mantıklı düşünen (13,0)	Halüsinasyonlar (1,0)
Sağlıklı karar verme (6,0)	Normal olanın dışına çıkmak (1,0)
Çok sakin (1,0)	İnsanın kendi mantığına sahip çıkamaması (1,0)
Kendisiyle barışık olma (7,0)	Sorumluluklarını yapamama (2,0)
Ruh halinin düzgün olması (5,0)	Tedirginlik, endişe (1,0)
Ruh sağlığı yerinde olan (2,0)	Kararsızlık (2,0) Mutsuzluk (3,0)
Akli dengesi yerinde olan (1,0)	Aşırı çekingenlik (4,0) Utangaçlık (1,0)
Başkalarının ruh halini bozmamak(2,0)	Birikimlerin patlaması (3,0)
Keyif alan (1,0)	Mükemmele ulaşmaya çalışmak (1,0)
Dayanaklı (1,0)	Geçmişte yaşananları hak etmediğini düşünme (1,0)
Rahat olmak (1,1)	Aklını kaçırmak (1,0) Bakırköy'e yatmak (1,0)
Kafasının rahat olması (1,0)	Ortama uygun olmayan konuşma (2,1)
Sabırlı (3,0)	Aşırı gülme (3,0) Aşırı ağlama (5,0)
Dik duran (2,0)	Hırçınlık (1,0) -Sinir bozukluğu (2,0)- Aniden sinirlilik (2,0)
Zorlanmayan (1,0)	Yerleşik düzenin bozulmasına neden olma (1,0)
Kendini ifade eden (6,0)	Zihnin karışık olması(1,0) Karışık duygular içinde olma (1,0)
Dilediği gibi yaşayan (1)	Düşünce yeteneğini kaybetme (2,0)
Ortamı neşelendiren (5,0)	İnsanların kendini sevmediğini düşünme (1,0)
Beden sağlığının yerinde olması (2,0)	İntikam almak isteme (1,0)
Uyku uyuyabilen (1,0)	Sağlıkla ilgili konuları kafaya takma (3,0)
Herkes gibi tepki veren (3,0)	Yemek yememe (2,0)
Kendine faydalı olabile (1,0)	Olumsuz şeyler düşünme (3,0)
Toplumsal kurallara uygun davranma (1,1)	Başkalarını fazla önemseme (1,0)
Öfkesini kontrol eden (7,0)	Kendini yetersiz hissetme (1,0)
Hareketlerini kontrol eden (1,1)	Duygu ve davranışların uyumsuzluğu (1,2)
Aklı ile bedenini aynı anda kullanan (1,0)	Hayata uyum sağlayamama (1,0)
Kendine yetebilme (4,0)	Yaşam kalitesinin düşmesi (1,0)
Elindekilerle yetinmeyi bilme (1,0)	Sağlıklı karar verememe (2,0)
Kendini keşfetme (2,0)	Başkalarına verimli olamama (3,0)
Empati kurma (5,0)	Kendisine ve çevresine faydası olmayan (1,0)
Göz teması kurma (2,0)	Kendine güvenmeme, yapamayacağını düşünme (1,0)
Hayatta başarılı olma (3,0)	Elinde olmayan, istem dışı hareketler (1,0)
Dertlerini yansıtmama (1,0)	Sorunlarla başa çıkamama (1,1)
Sorunlarla baş edebilme (7,1)	Geçmişin olumsuzluklarını düşünme (1,0)
Ortamla ilişkisini kesmeme (1,1)	Ruh sağlığının bozulmasından bir önceki aşama (1,0)
Sorunlar karşısında çözüm üretme (1,1)	Günlük işlerini yapamama (3,0)
Uygun duygulanım (2,1)	Takıntılı, saplantılı düşünceler (3,1)
Mutlu olduğu şeyleri yapabilme (2,0)	Öfkesini kontrol edememe (2,0)
Sosyal olarak dışa dönük olma (1,0)	Ruh sağlığının yerinde olmaması (2,0)
Kararlarının arkasında durabilme (1,0)	Şiddet gösterme (1,0)
Etrafına karşı verimli olma (3,0)	Başarısız olma (1,0)
Ulaşamayacağı şeyleri kabullenme (1,0)	Çift kişilikli olma (1,0)
Önyargılı olmama, doğru algılayabilme (1,0)	Şizofren (1,1)
Hiç travma yaşamamış olma (1,0)	Sorunlara garip tepkiler verme (1,2)
Çevresinden destek alabilme (1,0)	Hastalık hastası olma (3, 2)
	Yorgunluk (1,0) Bunalım (1,0) Tek yönlü bakma (1,0)
	Aşırı titizlik, temizlik(3,0) Takıntılı davranışlar (1,0) Tikleri olması (1,0)
	Kalıtımsal hastalıklar; hiperaktivite, öğrenme güçlüğü (1,0)
	Alınganlık (2,0) İçte kapanma (2,0) Konuşmak istememe (5,1)

Odak Grup Çalışması Depresyon Bulguları

Katılımcıların verdiği yanıt sayısı parantez içinde cinsiyetlerine göre sırayla verilmiştir. (kadın, erkek)

DEPRESYON TANIMI	SEBEPLERİ	PATOLOJİ Mİ DEĞİL Mİ	ÇÖZÜMÜ
-Erteleme (2,0)	-evlilik sorunları (9,0)	-kesinlikle patoloji (14,2)	- içgörü/farkındalık (2,2)
-Boş verme (1,0)	-mevsimsel (1,0)	-geçici patoloji (6,0)	-kendinin fark edip düzeltmesi (1,0)
-Suçluluk(3,1)	-yalnız yaşama (3,0)	-o kadar sağlıksız değil (2,1)	-kendini tanıma (2,2)
-Değersizlik(5,1)	-boş ve aylak olma (4,0)	-sağlıklı bir kişi (2,0)	-
-Uykuya dalamama (8,0)	-kendini gerçekleştirememe (1,2)	-hastalık değil, sağlıksız bir durum (2,0)	aktivite/meşguliyet (6,0)
-Yataktan kalkamama(4,1)	-günlük işlerin sıklığı (3,0)	-oynuyor, psikolojik rahatsızlık değil (1,0)	-psikolojik yardım/terapi (20,3)
-Pişmanlık (2,0)	-yaşadığı olaylar (5,1)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-akran desteği (7,1)
-Karamsarlık(1,0)	-fazla sorumluluk alma (2,0)	-rahatsızlık değil (1,0)	-psikiyatrik destek (1,0)
-Tedirginlik(1,0)	-olayları abartma (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-konuşması (5,0)
-Yorgunluk(1,1)	-ilişki sorunları (2,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-sosyalleşmesi (4,0)
-İştahsızlık (2,0)	-iş ile ilgili sorunlar (2,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-psikolojik destek önermem (1,0)
-Şımarıklık (1,0)	-bir başkasını üzme, sinir etmek için(1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-zamana ihtiyacı var (1,0)
-Aşırı yeme (1,0)	-kendini rahatlatmak (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-kendi ihtiyaçlarını göz ardı etmemesi(1,0)
-Keder (2,0)	-rutin yaşamak (4,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-rahatsızlık veren şeylerden uzak durma (2,0)
-Melankoli (1,0)	-sosyal hayatın olmaması(1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-eşinden destek görmesi (1,0)
-Üzüntü (3,1)	-kocanın eve katkısının az olması (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-el işi kursuna gitsin (2,0)
-Günlük işlere ilgisizlik (5,1)	-Konforun insanları şımartması (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-farklı kurslara gitsin (1,0)
-Mahcubiyet (0,1)	-geçmiş aile yaşamında sorunlar (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-doğayla baş başa kalsın (1,0)
-Temizlik (1,0)	-Şiddet görme (2,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-roman okusun (1,0)
-İçe kapanma (3,2)	-sevilmediğini hissetme (4,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-kafasına taktığı şeyleri takmasın (1,0)
-Bunalmış (1,0)	-etrafa özenme (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-yeni hedefler belirlesin (1,0)
-Vazgeçmiş (1,0)	-Yakınlardan destek alamama (6,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-son çözüm olarak terapi(3,0)
-Çaresizlik(2,0)	-Pişman olacağı bir şey yapma(1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-ilk çözüm olarak terapi(1,0)
-Başka şeye aşırı bağlılık(1,0)	-Sosyal olarak dışlanma(2)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Öfkeli (2,0)	-Çocukken sevgi görmeme (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Takıntı(1,0)	-Çocukluğunu yaşayamamak(1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Halsiz (1,0)	-Çocukken anne baba baskısı (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Uyumak isteme(2,0)	-Çocuk sahibi olamama (3,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Keyif alamama(1,0)	-Çevre ve ailenin baskısı (2,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Mutsuzluk (1,1)	-Kendini ifade edememe(1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Antidepresan kullanma (1,0)	-Başkalarından takdir alamama (3,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Pasif görünme (1,0)	-Yetersiz hissetme(1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Ağlamaklı yüz ifadesi (1,0)	-Toplumsal roller (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Sitem etme(1,0)	-Çocuklarıyla yaşadığı sorunlar (3,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Depresyon(1,2)	-Travma yaşamış olma(3,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Yaşam isteğinin olmaması(0,1)	-Ekonomik sıkıntılar (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Başarısızlık(0,1)	-Bencil olmak(1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
-Sıkıntılı bir dönem(0,1)	-Geçmiş birikimler (2,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-İş dışı zaman bulamama(1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-Çevresi ile yaşadığı sorunlar (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-Yalnızlık hissetme (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-Sevgilisinden ayrılma (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-Sorumluluklarını yerine getirememe(1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-İşsizlik (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-Seçimlerinden memnun olmama (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-Başarısız olma (1,1)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-Sıkıntılı bir dönem geçirme (0,1)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-Kişilik özelliği haline gelmesi (0,1)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-başa çıkmanın getirdiği yorgunluk (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-olayların kontrolünde olmadığını görme (1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-erkekse maddi konular (2,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-
	-Erkekse büyük bir sorun yaşamıştır(1,0)	-devam ettiği sürece sağlıklı değil (1,0)	-

Depresyon kartında bahsedilen kişinin KADIN olduğunu düşünenler: 16

Depresyon kartında bahsedilen kişinin ERKEK olduğunu düşünenler: 0

Odak Grup Çalışması YAB Bulguları

YAB TANIM	SEBEP	PATOLOJİ	ÇÖZÜM
eş sağlığı endişesi (1,0)	-baba dayacağı (1,0)	-sağlıklı değil (24,4)	-ilaç (5,0)
-çarpıntı(7,0)	-çocuklukta değer verilmeme (4,0)	-sağlıklı (2,0)	-belki terapi (5,0)
-kas ağrısı(7,0)	-anababa tarafından itilip kakılma(4,0)	-saplantılı bir insan (1,0)	-hareket etsin (2,0)
-panik atak(4,1)	-genetik (1,0)	-toparlayabilmesi	-şartları değiştirsin (1,0)
-takıntı(3,0)	-eşten kötü muamele(1,0)	Kişinin elinde olan bir durum (3,0)	-dikkatini dağıtsın (3,0)
-paranoya (1,0)	-yakın ölümü(9,1)	-çok sağlıksız değil (1,0)	-kesin terapi (15,0)
-uyuyamama (4,1)	-ani hastalık(3,1)	-geçici ise sağlıksız değil(1,1)	-akran desteği(4,0)
-terleme (1,0)	-ayrılık(3,0)		-doktora gitsin, düzelmeyorsa terapi (3,0)
-heyecan (1,0)	-gelecek kaygısı(1,1)		-kendini rahatlatıcı şeyler yapmak(1,0)
-birinci kartın devamı (3,1)	-yaşam şartlarının değişmesi (2,0)		-ailesi ile konuşması(3,0)
-karamsarlık (3,0)	-yakınlarını kaybetme korkusu(7,0)		-grup terapisi(1,0)
-kendini dinleme (2,0)	-yakınlarının üzüldüğünü görme (1,0)		-en son çözüm terapi(2,0)
-agresif hareketler(1,0)	-travma yaşamış olması (3,0)		-meşguliyet(2,1)
-gerginlik(2,0)	-sarsıcı olay yaşaması (9,0)		-üzerine gitsin(1,0)
-sinirlilik(1,0)	-ilişkilerde yaşanan sıkıntılar (4,0)		-zamana ihtiyacı var(1,0)
-sevdiklerini kaybetme korkusu (3,0)	-aile içi şiddet (1,0)		-aile terapisi(1,0)
-kolay yorulma (1,1)	-madde kullanımı (1,0)		-aile desteği(1,0)
-saplantı(1,0)	-monotonluk (1,0)		-sorunun kaynağı ne ise onu halletsin (0,3)
-özgüvensiz (1,0)	-kişilik özellikleri (1,0)		-spor yapsın(0,1)
-korku (1,0)	-iletişime kapalı olma (1,0)		-kendinden daha kötü durumda olan kişileri görsün (0,1)
-şok duygusu(1,0)	-güvensizlik (1,0)		
-kontrol etme isteği(1,0)	-kendini bir başkasının yerine koyma (1,0)		
-mutsuzluk(1,0)	-sevgiyi kaybetme korkusu (1,0)		
-küçük şeyleri büyütme(2,0)	-içine atma, biriktirme(2,0)		
-endişe(4,0)	-fiziksel sıkıntılar yaşama(1,0)		
-aşırı tepkiler verme(2,0)	-maddi sıkıntılar yaşama(1,1)		
-kendine zarar verme(1,0)	-yalnızlık korkusu (1,0)		
-etrafına zarar verme(1,0)	-insanlardan darbe yemek (2,0)		
-felaket tellalı(1,0)	-değer verdiği bir şeyi kaybetmek (1,1)		
	-kayıplara ilişkin anıları hatırlamak(1,0)		
	-depresyon (1,0)		
	-eşinin ailesi ile ilgili sorunlar(1,0)		
	-eşle ilgili sorunlar(2,0)		
	-çocuklar ile ilgili sorunlar (1,0)		
	-tevekkül eksikliği (2,0)		
	-her şeyin üstesinden gelebileceğini düşünmek (1,0)		
	-çocukken fazla sorumluluk alma(2)		
	-çocuklukta maddi sıkıntılar (1,0)		
	-geçmişte yaşadığı sıkıntılar (1,0)		
	-öncesinde çok yıpranmış olması (1,0)		
	-işsizlik (1,0)		
	-öyle yetiştirilmiş olma (1,0)		

YAB yaşayan kişinin KADIN olduğunu düşünenler: (6,0)

YAB yaşayan kişinin ERKEK olduğunu düşünenler: (1,0)

Odak Grup Çalışması: Doğum Sonrası Depresyon Bulguları

DOĞUM SONRASI DEPRSYON	SEBEP	PATOLOJİ/DEĞİL	ÇÖZÜM
-üzgün (3,0)	-yeni yaşam düzeni travması (10,0)	-hastalık değil (12,0)	-eş desteği (15,0)
-karamsar (5,0)	-destek eksikliği (10,0)	-geçici bir his (13,2)	-ev işi dışında keyif alacağı şeyler (1,0)
-değersizlik hissi (5,0)	-iş yükünün artması (7,0)	-hastalık (7,2)	-eşiyile dayanışmamayı kaybetmemek(2,0)
-İşlerden sıkılma (1,0)	-bedensel değişimler (6,1)	-aşılabilir, psikolojik desteğe ihtiyacı yok (2,0)	-eşe cinsel olarak yaklaşma (1,0)
-sinirlenme (2,0)	-eşin ilgisinin bebeğe kayması (7,0)	-normal bir şey, her bayan yaşıyor (1,0)	-kendini telkin (1,0)
-sürekli ağlama (2,0)	-zor hamilelik (2,0)	-bebeğe isteksizlik varsa psikolojik problem (1,0)	-çevreden destek alma (6,0)
-hassas olma (1,0)	-hormonlar (6,0)	-mutlu olması lazım, üzülüyor sağlıklı değil (0,1)	-psikolojik yardım (10,2)
-doğum sonrası - depresyon (4,0)	-evde geçirilen sürenin artması (1,0)		-hayata dönsün, bu olaydan sıyrılınsın (1,0)
-doğum psikolojisi(1,0)	-çocuğun getirdiği sorumluluklar (7,0)		-çocuğuyla etkileşime girmesi (1,0)
-lohusalık bunalımı (7,0)	-bebeğin bakımı ile ilgili endişeler (3,1)		-ailenin destek olması (7,0)
-lohusalık depresyonu (1,0)	-tek başına olma (1,0)		-doğum öncesi psikolojik destek (2,0)
-doğum sendromu (3,0)	-bebeğe zaman ayıramama (1,0)		-psikolojik yardım (9,2)
-hamilelik psikolojisi (1,0)	-kalabalık /büyük aile (1,0)		-eşi ile birlikte destek alması (1,0)
-hamilelik sendromu (1,0)	-eşle ilgili sorunlar (5,1)		-eşin cinsellik ile ilgili adım atması ,(2,0)
-yalnızlık (1,0)	-istemeden çocuk sahibi olma (4,1)		-bir psikiyatriye ayrıracağı zamanı eşine ayırınsın (1,0)
-bilinçsiz bir insan (1,0)	-aile sorunları (2,0)		-terapi desteği tavsiye etmem (3,0)
-bencillik (1,0)	-doğum stresi (3,0)		-spor yapsın, kilo versin (1,1)
-hırçınlık (1,0)	-geç yaşta doğum yapmak (1,0)		-çatlak olmasın diye krem sürsün (1,0)
-korku (1,0)	-ilgisiz kalmak (3,0)		-devam ederse terapi desteği (2,0)
-kıskançlık (1,0)	-kendini değerli hissetmeme (1,0)		-eşi ile konuşma, paylaşma (1,0)
-bebeğe zarar verme (1,0)	-annenin sağlıklısız bir çocukluk dönemi geçirmesi (1,0)		-ailenin bu konu ile ilgili bilgi alması (2,0)
-bebeğin bakımında zorlanma (1,0)	-doğum öncesi psikolojik bir hastalığı olması (2,3)		-hiçbir şeyi kafasına takmasın (2,0)
-yorgunluk (1,0)	-kendini düşünme (1,0)		-anneden destek alma (1,0)
-dikhati toplamakta zorluk (1,0)	-zor doğum (2,0)		-kız kardeşlerden destek alma (1,0)
-boşluk hissi (1,0)	-ailenin ilgisinin bebeğe kayması (2,0)		-güçlü olsun (2,0)
-huzursuzluk (1,0)	-ailenin destek olduğunu fark edememe, yanlış anlama (1,0)		
-cinsel isteksizlik (2,0)	-çocuk yetiştirme tutumlarının değişmesi (1,0)		
-eşiyile ilgilenmemsi (1,0)	-doğum yapmış olması (1,0)		
-diğer çocuklarıyla ilgilenmemesi (1,0)	-eşinin kendini beğenmeyeceği korkusu (1,0)		
	-eşinin anlayışsız olması (1,0)		
	-bebeğin ölümü (2,0)		
	-bebeğin hastalanması (1,0)		
	-çevrenin nasıl davranacağını bilmemesi (1,0)		
	-aile baskısı görme (1,0)		
	-sosyal yaşamının azalması (2,0)		
	-zorla evlendirilmiş olma (0,1)		
	-eşinden eziyet görme (0,1)		
	-eşi tarafından aldatılma (0,1)		
	-şımarklık (1,0)		
	-günümüzün getirdiği romantizm beklentisinin gerçekleşmemesi (0,1)		
	-çocuk sahibi olmak ile ilgili bakış açısının geçmişten bugüne değişmiş olması (1,0)		
	-algıların değişmiş olması: eskiden çocuğun yardımcı gibi görünmesi; şimdi çocuğun bir yük gibi görünmesi (1,0)		

Odak Grup Çalışması TSSB Bulguları

TSSB TANIM	SEBEP	PATOLOJİ/DEĞİL	ÇÖZÜM
-korku (6,0)	-taciz (1,0)	-patolojik (18,1)	-psikolojik destek (14,0)
-yeniden yaşama (6,0)	-tecavüz (3,0)	-destek alırsa atlatılabilir (4,0)	-farklı bir yere gitmek, uzaklaşmak (3,0)
-kendini soyutlama (1,0)	-yakın ölümü (8,0)	-rahatsızlık değil (3,0)	-kabullenmek (1,1)
-evden çıkmama (1,0)	-çocukken anne babanın boşanması (2,0)	-gayet normal (1,0)	-günlük tutmak (1,0)
-geleceği olmadığı düşüncesi (1,0)	-kanser (2,0)	-üç sene hala devam ediyorsa ciddi patoloji (1,0)	-yakın birinden destek almak (1,1)
-çaresizlik(4,0)	-trafik kazası (3,0)	-geçici bir rahatsızlık (2,0)	-pozitif bakmak (1,0)
-stres (1,0)	-işten atılma (1,0)	-orta halli (1,0)	-aile desteği (5,0)
-uykusuzluk (1,0)	-ihanet (1,0)	-aşırı ise psikolojik hastalık (1,0)	-ilaç desteği (7,0)
-ağlama(1,0)	-alt yapısal sorunlar (4,0)	-büyük bir darbe yemek (4,0)	-tevekkül, iman, din (2,0)
-yemek yememe (2,0)	-büyük bir darbe yemek (4,0)	-kaza (3,0)	-psikolojik kitaplar okuma (1,0)
-konuşamama (2,0)	-hayatını güvence altında hissetmemesi (4,0)	-çok ilerlemiş bir durum değil (1,0)	-ölümü kabullenmek (2,0)
-halüsinasyon (1,0)	-evliliğe adım atmak (gelişimsel görevler) (1,0)	-biraz sağlığını kaybetmiş (1,0)	-dört dörtlük psikolojik tedavi (4,0)
-suçluluk duygusu (1,0)	-yaşadığı olayın tekrar etmesi (2,0)	-sağlıklıdır (3,3)	-unutturmak (1,0)
-intihar (1,0)	-çocuğunu kaybetmiş olma (1,0)	-ciddi ruhsal bir çöküntü içinde (1,0)	-telkin etmek (1,1)
-evden kaçma (1,0)	-beklenmedik olay yaşaması (9,0)	-tepki vermesi sağlıklı olduğunu gösterir. (0,1)	-belki terapi (1,0)
-ilerlemiş bir safha (1,1)	-hayata bakış açısının olgun olmaması (1,0)	-	-çevreni kişiye anlayış göstermesi (1,0)
-karamsar (1,0)	-güçsüz olmak(3,0)	-	- gerekirse yatarak tedavi (1,0)
-sağlıklı karar alamaz (2,0)	-daha önce bir şeyleri kaybetmeyi öğrenmemiş olması (1,0)	-	-dokordan destek almak (1,0)
-travma (1,0)	-kişilik özellikleri (2,0)	-	-psikiyatriye gitmek (1,0)
-kaygı, endişe (1,0)	-karakter zayıflığı (2,0)	-	-arkadaşıyla paylaşın (0,1)
-ciddi ruhsal çöküntü (1,0)	-tekdüze yaşamak (1,0)	-	-sorunun kaynağını öğrensin (0,1)
	-savaş (1,0)	-	
	-depresyon vb doğal afetler (1,0)	-	
	-uzun süre yalnızlık hissi (1,0)	-	
	-uzun süre korku ve çaresizlik yaşamış olmak (2,0)	-	
	-yaşadıklarını kimseye anlatmamış olması (2,0)	-	
	-aileden baskı görmek (1,0)	-	
	-aile içi şiddete maruz kalmak (2,0)	-	
	-yaşadığı olayı engelleyememiş olması (2,0)	-	
	-kendini aciz görme (2,0)	-	
	-şiddet (1,0)	-	
	-çocuğunu kaybetme korkusu (1,0)	-	
	-ilk defa yaşamış olmak (1,0)	-	
	-birisini kaybetme korkusu yaşamış olması (1,0)	-	
	-eş ile ciddi sorunları olması (1,0)	-	

TSSB yaşayan kişinin KADIN olduğunu düşünenler: (10,0)

TSSB yaşayan kişinin ERKEK olduğunu düşünenler: (3,0)

Odak Grup Çalışması Mastürbasyon Bulguları

MASTÜRBASYON	SEBEP	PATOLOJİ/DEĞİL	ÇÖZÜM
-yalnız (1,0)	-tatmin etmeyen cinsel ilişkiler (8,0)	-bekar erkek, normal (2,0)	-çift terapisi (4,0)
-cinsel hayata düşkün (1,0)	-haz alıyor olması (0,1)	-evli kadın, normal (5,0)	-bireysel terapi
-sapık (5,0)	-yetersiz cinsellik (1,0)	değil (3,0)	-sevgili bulmak
-takıntı (1,0)	-kadınlarda aşırı cinsel uyarılmışlık(1,0)	-evli erkek, cinsellikte sorun varsa, normal (3,0)	(2,0)
-çarpıklık (1,0)	-seks hayatının olmaması(1,0)	-hem evli hem mutlu ise patolojik (1,0)	- kadınsa eş desteği (2,0)
-bastırılmış duygular (1,0)	-çocukluk dönemi cinsel taciz	-yaptığı şey doğru değil (1,0)	-erkekse terapi (1,0)
-koşullanma (1,0)	-engellilik (1,0)	-erkek normal (4,0)	-psikiyatrik destek (1,0)
-iğrenç bir durum (1,0)	-eşcinsellik(2,0)	-kadın, patolojik(3,0)	- öneriyi gerek yok (4,0)
-suçluluk duygusu(1,0)	-cinsel dürtüleri kontrol edememe (1,0)	-çok sağlıklı değil(1,0)	-partneri ile birlikte çözsün (1,0)
-içe kapanıklık(1,0)	-özgüven eksikliği (2,0)	-evli erkekse patolojik (3,0)	-bekarsa bireysel danışmanlık hattı (1,0)
-saplantı(1,0)	-zorla evlendirilme(1,0)	-patolojik değil (10,1)	-patolojik (7,1)
-ihtiyaç(1,0)	-hormonal bozukluk(1,0)	-sürekli ise patolojik (2,0)	-çocuklukta aile eğitimi (2,0)
-saçma (2,0)	-eşine karşı cinsel isteksizlik(1,0)	-arada birse patolojik değil (1,0)	-okuyup araştırmak (1,0)
-sıkıntıyı halletme (0,1)	-cinsel hayata düşkün olma (2,0)	-alet kullanması patolojik (8,1)	-cinsel danışmanlık (3,0)
	-erotik şeyleri fazla izlemesi (2,0)	-ergense normal (1,0)	-bekarsa mutlaka evlensin (2,0)
	-doğal cinsellik ihtiyacı (2,0)	-partneri varsa normal değil (1,0)	-okulda cinsel eğitim (1,0)
	-eşinden haz almaması (1,0)	-evli, sürekli ise patolojik (1,0)	-günde 15 defa ise terapi desteği (1,0)
	-eşinin rahatsız olması (2,0)	-evli, erkek normal (1,0)	-tedavi olsun (2,0)
	- hayal gücünün zenginliği (1,0)	-psikolojik bir şey değil nefis ve zevk meselesi (1,1)	- cinsel terapi (1,0)
	- istediği kişiyi alamaması (1,0)	-bekarsa, patolojik (2,0)	- eşle konuşarak çözme (2,0)
	-erkekse, kendini tatmin etmek (1,0)	-evli ise, patolojik (2,0)	- eşlerden ayrılışın (1,0)
	-cinsellik ile ilgili toplum baskısı (3,0)	-çocuksa patolojik(1,0)	-
	-kişinin uyarılma noktalarını daha iyi bilmesi (2,0)	-fikrim yok, bilemeyiz (4,2)	
	-iş ile ilgili problemler (1,0)		
	-cinselliği merak etmesi (5,0)		
	-çocuklukta sevgisiz yaşam (2,0)		
	-eşi ile konuşamama (3,0)		
	-kişilik özellikleri (dengesiz..) (1,0)		
	-erkekse, genetik yapının farklı olması (1,0)		
	-aileden öğrenme (1,0)		
	-ergenlik (1,0)		
	-alışkanlık haline gelmesi (1,0)		
	-erkeklerde aşırı cinsel uyarılmışlık(1,0)		
	-psikolojik bozukluğun olması(1,0)		
	-porno yayınların aldatıcı olması(1,0)		
	-bebeklikten itibaren öğrenme (2,0)		
	-eşi ile sorunlar yaşama (2,0)		
	-erkekse kadından beklediği ilgiyi görememe (1,0)		
	-kadınsa, erkekte beklediği ilgiyi görememe (1,0)		
	-erken boşalma (1,0)		
	-özenme (1,0)		
	-erkeklerin ihtiyaçlarının olması (1,0)		
	-evli kadınsa, eşi ile iletişim problemi olması (0,1)		

Mastürbasyon yapan kişinin KADIN olduğunu düşünenler: (2,1)

Mastürbasyon yapan kişinin ERKEK olduğunu düşünenler: (14,0)

Odak Grup Çalışması OKB Bulguları

OKB TANIM	OKB SEBEP	PATOLOJİ	ÇÖZÜM
-el yıkamak (8,1) -duş almak (3,0) -vesveseli (2,0) -panik atak (1,0) -yüz yıkamak (2,0) -sürekli temizlik (4,0) -temizlik hastası (5,0) -düzen hastası (1,0) -takıntı (5,1) -mükemmeliyetçi (1,0) -düşüncesini yönetemeyen (1,0) -zayıf olmak (1,0) -endişe (2,0) -titiz (3,0) -para yıkama (1,0) -gerçekçi olmayan tepkiler (1,0) -saplantı (2,0) -gerçek olmayan düşünce (1,0) -rahatlayamama (2,0) -mikrop kapma korkusu (1,0) -obsesif bir insan (1,0) -kapıları kontrol etme (1,0)	-anne titizliği (2,0) -endişeli ve güvensiz ortamda büyüme (2,0) -boşta kalma (4,0) -olumsuz deneyimler (6,1) -ölüm korkusu (1,0) -travma yaşama (2,0) -çocukluk tacizi (1,0) -baş edememenin yan etkisi (coping deficits) (3,0) -stresli yaşam olayı (7,1) -doğuştan(2) -kötü cinsel deneyim (2,0) -tecavüz (1,0) -yakınının ölümü (2,0) -kocaya gidememe, evde kalma (1,0) -anne baskısı (1,0) -kendini karşıdakinden yüksek görme (1,0) -aile geçmişi (2,0) -aileden öğrenme (1,0) -geçmiş ile yaşayan bir toplum olma (1,0) -genetik (1,1) -yıllardır altta yatan şeyler (1,0) -bekar ve çocuksuz olmak (1,0) -ilgi çekmek için(2,0) -kendine vakit ayıramama (1,0) -dikkat etmeme (2,0) -unutkanlık (1,0) -kendine güvenememe (1,0) -şiddet görme (1,0) -eşin ailesi ile sorunlar (1,0) -sürekli korku yaşama (tehlike durumunun devam etmesi) (1,0)	-sağlıklı olabilir (3,0) -hafif patoloji, atlatılabilir (4,0) -patolojik (23,2) -uzun sürüyorsa patolojik (1,0) -hayatı etkiliyorsa patolojik (2,0) -konuşarak halledilecek bir şey değil(1,0) -psikolojik bozukluk değil saplantı (1,0) -baş edilmesi güç bir durum (2,0)	-meşguliyet (4,0) -işe başlama (1,0) -yardım alabilir (10) -yazabilir (1,0) -aşırıysa psikolojik yardım (1,0) -sert çıkmak(1,0) -ilaç tedavisi (6,1) -akran desteği (2,0) -psikolojik destek (7,0) -sosyal aktiviteler (2,1) -arkadaşlarla vakit geçirme (1,0) -umursamaz olma (1,0) -düşüncelerle uzlaşsın, kabul etsin (1,0) -düşüncelerin saçma olduğu konusunda bilinçlendirmek (1,0) -psikolojik tedavi görmesine gerek yok, kendi isteği ile yapıyor (1,0) -düşüncelerinin gerçekliğini sınısasın (1,0) -dikkat ederek o şeyi yapsın (2,0) -özgüveni kendi kazansın (1,0) -kendince çaba harcasın (1,0) -doktora gitsin, psikiyatriye gitsin (0,1) -bir şey önerilmez (0,1)

OKB yaşayan kişinin KADIN olduğunu düşünenler: 11

OKB yaşayan kişinin ERKEK olduğunu düşünenler: 1

Odak Grup Çalışması Yas Dönemi Bulguları

YAS TANIM	SEBEP	PATOLOJİ/DEĞİL	ÇÖZÜM
-endişe (1,0)	-kabullenememe (2,0)	-sağlıklı (21,2)	-sabır (2,0)
-üzüntü (5,1)	-hayatın baştan sona	-beden sağlığını	-kendini silkelemek (1,0)
-özlem (2,0)	değişmesi (2,0)	da riske ediyorsa	-yakınlarından destek
-acı çekmek (1,0)	-özlem (4,0)	buna hakkı yok	(11,2)
-bedenen çökmek (1,0)	-kişisel özellikler (1,0)	(1,0)	-isyan etmemek (3,0)
-zevk alamama (1,0)	-geri gelmeyeceğini bilmesi	-2-3 aydan sonra	-dua etme (1,0)
-bencillik (1,0)	(4,0)	patolojik (1,0)	-yıllarca devam ediyorsa
-kendi için üzülme (1,0)	-kayı ile ilgili elinde olmayan	-1-2 yıldan sonra	terapi (1,0)
-yalnız kalma (1,0)	bir üzüntü yaşaması (3,0)	patolojik (1,0)	-dini inanç (3,0)
-ağlama (5,0)	-ölebileceğini düşünme (6,0)	-sağlıklı değil (3,0)	-islami araştırsın (1,0)
-uyuyamama (4,0)	-hayatının sonunun geldiğini	-üzüntüsünü	-telkin alamıyorsa terapi
-yalnızlık hissi (2,0)	düşünmesi (2,0)	gösteriyorsa	(1,0)
-iştahsızlık (1,0)	-ani ölüm yaşamış olması (1,0)	sağlıksız (1,0).	-konuşmak (2,0)
-içki içme (1,0)	-empati yapıyor olması (1,0)	-zamanla atlatılabilir	-psikolojik yardım (7,0)
-intihar (1,0)	-yalnızlık hissetmesi (1,0)	(1,0)	-iyimser olmak (1,0)
-çaresizlik (1,0)		-evdekilere faydası	-psikolojik desteğe gerek
-öfke (1,0)		dokunmazsa	yok (2,0)
-keder (1,0)		sağlıksız (1,0)	-yalnız kalmaması (1,0)
		-geçici bir süre	-yakınları yoksa terapi
		(4,0)	(1,0)
			-zaman tanımak (1,0)
			-öneriye gerek yok,
			zamanla geçiyor bu
			durum (1,0)
			-ilaç desteği (1,0)

Yas döneminde olan kişinin KADIN olduğunu düşünenler: (3,0)

Yas döneminde olan kişinin ERKEK olduğunu düşünenler: (1,0)

Odak Grup Çalışması Eşcinsellik Bulguları

EŞCİNSELLİK	SEBEP	PATOLOJİ/ DEĞİL	ÇÖZÜM
- eşcinsellik (3,0) -ruh hastası (1,0) -ruhsal sağlığı bozuk (1,0) -akıl sağlığında noksanlık var (1,0) -psikolojiyi aşmış bir durum (1,0) -her şeyi yitirmiş (1,0) -ahlaka ters (1,0) -kanuna aykırı (1,0) -travesti (1,0) -tercih (3,0) - lezbiyen (3,0) - gey (1,0) - homoseksüel (1,0) -deli (2,0) -saçma (1,0)	-hormonal (8,0) -annenin başka cinsten çocuk istemesi (3,0) -kız/erkek gibi büyütülmek (7,2) -erkeklerde tecavüz (3,0) -doğuştan/içgüdüsel/genetik (6,2) -içinden öyle gelmesi (3,0) -fikrim yok (2,0) -kadın ise erkeklerden tiksirmek (6,0) -kadınsa erkeklerden korkmak, güvenmemek (1,0) -erkek ise kadından tiksirmek (1,0) -ensest ilişkiler (1,0) -çocukluk tacizi (2,0) -kadın için tecavüz (4,0) - eşcinsel içerikli filmler (2,0) -özenti, arkadaşlarına özenmek (3,0) -cinsel fantezi (4,0) -davranış bozukluğu (1,0) -madde kullanımı (2,0) -erkek tarafından aşağılanma, aldatılma (2,0) -hemcinslerin duygusal açıdan birbirlerini daha iyi tatmin etmeleri (2,0) - erkekse, ablalarla büyümek (1,0) -karşı cinsten intikam almak (1,0) -kadının çocukken baba ve dedesinden nefret etmesi (1,0) -çocukken anne babayı seks yaparken görmek (1,0) -teknolojinin gelişmesi (1,0) -yalnızlık (1,0) -hemcinsleriyle aynı şeyleri yapmaktan keyif alması (2,0) -karşı cinsle ilişkide hayal kırıklığı yaşaması (1,0) - evliliğin bitmesi (1,0) -şuurunun yerinde olmaması (2,0) -erkekse, kadından sıkılmak (1,0) -cinsel doyumsuzluk, tatminsizlik (1,0) -kimlik arayışı (1,0) -erkekse, anne ile kızsal etkinliklere katılmak (1,0) -kadınsa, erkeksi davranışlara özenme (1,0) -kişiliğinin bozuk olması (1,0) -travma yaşamış olması (2,0) -beyinle ilgili (1,0) -çocukken çok kısıtlanma (1,0) -çocukken hemcinsleriyle görüşme, büyüme (1,0) -kadınsa, bayanların daha titiz, özbakımı olması (1,0) -erkeğin, kadının çok olan taleplerini yerine getirmekte zorlanıp hemcinsine yönelmesi (1,0) -tehdit altında mecbur kalması (1,0) -aile/toplum tarafından dışlanma (0,1)	-patolojik (17,3) -çekinilesi bir durum (11,0) -patolojik değil (5,1) -başka kişinin psikolojisini bozmaya hakkın yok(1,0) -fikrim yok (6,0) - yaşamın sonraki yıllarında da ortay çıkabilir (1,0) -	-iyi bir tedavi (6,2) -öneriye ihtiyaç yok (6,0) -fikrim yok (4,0) -bilgim yok öneremem (1,0) -psikiyatrik destek (1,0) -psikolojik tedavi (5,0) -hastane yatışı (4,0) -rahatsız olmuyorsa tedaviye ihtiyaç yok (3,0) -etrafındakilerle paylaşma (2,0) -cinsel yaşam koçlarından destek alsın (1,0) -uzmandan yardım alsın (1,0) -kendi kendini tedavi etsin (1,0) - yasak olmaması lazım (1,0) -hormonlarıyla ilgili ilaç tedavisi (2,0) -karşı cinsle evlensin (1,0) -benden uzak dursun (0,1) -bir adada toplanıp yaşasınlar (0,1)

Eşcinsel kişinin KADIN olduğunu düşünenler: (9,0)
Eşcinsel kişinin ERKEK olduğunu düşünenler: (5,2)

Odak Grup Çalışması Alkol Bağımlılığı/Kötüye Kullanımı Bulguları

ALKOL TANIM	ALKOL SEBEP	PATOLOJİ/DEĞİL	ALKOL ÇÖZÜM
-evde huzursuzluk (1,0)	-erkeğin evlilik problemleri (4,0)	-patolojik (16,2)	-kendi aklında yenmesi (7,1)
-mantıklı biri değil (1,0)	-erkekse eşinden destek görememe (1,0)	-yoksunluk	- sonra hastane (2,0)
-bağımlı (4,0)	-kadınsa, düzensiz yaşam (1,0)	semptomu varsa	-ortam ve çevre değişikliği (2,0)
-alkolik (1,0)	-kadınsa ilgi çekmek için (1,0)	patolojik (2,0)	-tedavi olması (6,1)
-yasal sorunlar (1,0)	-kadınsa psikolojik sıkıntılardan (1,0)	-beynine	-alkol tedavisi (5,1)
-şiddet gösterme (4,0)	-sorumluktan kaçmak (2,0)	hükmedemiyorsa	-Amatem (5,0)
-abuk sabuk konuşma (1,0)	-içedönük olma (2,0)	sağlıklı değil (1,0)	sevdiği/önemsediği kişiden tavsiye alması (2,1)
-acizlik (1,0)	-kendini ifade edebilmek için (2,0)	- bağımlılık	-hiç bir şey önermem benden uzak olsun (1,0)
-bencilik(1,0)	-mutsuz çocukluk (1,0)	hastalıktır (2,0)	-psikiyatrik destek (1,0)
-takıntı(1,0)	-zayıf irade (2,0)	- çevresine zarar veriyorsa sağlıksız (3,1)	-konuşması (1,0)
-saplantı(1,0)	-kendini öldürmek için (1,0)	-psikolojik bir sorun yok (1,0)	-kuvvetli bir irade (1,0)
-tiryakilik(1,0)	-yakınını kaybetmek (1,0)	-düzgün içiyorsa sorun değil (3,0)	-psikolog desteği (4,0)
-alışkanlık(1,0)	-sevgiliden ayrılma (1,0)	-içki içmek bir bağımlılıktır,	-asla çözümü yok (1,0)
-dengesiz(1,0)	-dertlerini unutmak için (8,0)	psikolojik sorun değil (1,1)	-kişinin ev içinde yalnız bırakılması (2,0)
-çevresine zarar verme (1,0)	-kişisel farklılıklar (1,0)		-Bakırköy ya da Erenköy de yatsın, ciddi tedavi (2,0)
-haram (1,0)	-alışkanlık (6,1)		-dini temellerinin olması (2,0)
-çok konuşma (1,0)	-arkadaş çevresi (6,0)		-aile eğitimi (1,0)
-hareketlerini kontrol edememe(1,0)	-aileden görme/alışma (3,0)		-çevresine zarar veriyorsa tedavi olmalı (1,0)
- bilincin kapanması (1,0)	-erkekse işsizlik (1,0)		-kendini sevdirebilirsin (1,0)
-zayıflık (1,0)	-erkekse dostu hayatı yaşaması (1,0)		-alkolik değilse kendi aklında yensin (1,0)
-tercih (0,1)	-keyif almak (4,1)		-aile desteği (1,0)
	- stresli yaşam olayı (6,2)		-sorunun kaynağına ulaşsın (0,1)
	-çaresizlik (1,0)		
	-özgüven eksikliği (1,0)		
	-kişilik bozukluğu (2,0)		
	-karakter zayıflığı (2,0)		
	-can sıkıntısı (2,0)		
	- iş yerinde sıkıntılar (1,0)		
	-evlilik ile ilgili sorunlar (2,0)		
	-sevgiliden ayrılma (1,0)		
	-aile sorunları (1,0)		
	-çok sevindiği bir olay (4,0)		
	-medyadan öğrenme (1,0)		
	-‘çağdaş insan içki içer’ miti, özendirme (2,0)		
	-kendini rahatlatmak (1,0)		
	-bağımlılık haline gelmiş olması (3,0)		
	-sorunlarla savaşmak istememesi (1,0)		
	-inançsızlık (1,0)		
	-göç etmek zorunda kalma (1,0)		
	-‘erkek adam içer’ baskısından (1,0)		
	-sorunlarla baş edememesi (1,0)		
	- çocukken aileden sevgi görmeme (1,0)		

Alkol sorunu yaşayan kişinin KADIN olduğunu düşünenler: (0,0)

Alkol sorunu yaşayan kişinin ERKEK olduğunu düşünenler: (16,1)

ÖZGEÇMİŞ

1979 Bursa'da doğmuştur. 1997 yılında Haydarpaşa Lisesinden, 2002 yılında da Ege Üniversitesi Psikoloji Bölümünden mezun olmuştur. Aynı yıl Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gelişim Psikolojisi alanında yüksek lisans eğitimi sırasında 'Çalışan Ergenlerde Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Mekanizmaları' başlıklı çalışma yapmıştır.

2002-2009 yılları arasında işitme engelliler, otistikler, zihinsel engelliler gibi çeşitli engel grubunda yer alan yetişkin ve çocuklar ile bireysel eğitim programı alanında çalışmış, bu süre zarfında engelli kişilerin aileleri ile eğitim ve danışmanlık içerikli görüşmelere devam etmiştir.

2009 yılında İBB Sultanbeyli Kadın Aile Sağlığı Merkezi Psikolojik Danışmanlık Biriminde yetişkinlere bireysel görüşmelerle danışmanlık/terapi desteği vermeye başlamıştır. Bilişsel Davranışçı Terapi, Stratejik Aile Terapisi, Çözüm Odaklı Terapi eğitimleri ile birlikte halen bu merkezde danışmanlık/terapi desteği vermeye devam etmektedir.