

Bir Anadolu Şehrinde Psikiyatri Kliniğine Başvuran Hastaların Hastalık Açıklama ve Çare Arama Davranışları

Patients' Who Admitted to Psychiatry Clinic in a Anatolian City Explanation Models for their Illness and Help-Seeking Behavior

Gülcan Güleç¹, Çınar Yenilmez², Fırat Ay³

¹Yrd.Doç.Dr., ²Doç.Dr., ³Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran hastaların ruhsal sorunları açıklama ve çare arama davranışlarının genel niteliklerinin belirlenmesi ve bu davranışların sosyodemografik özellikler ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvurmuş olan hastalar ardışık olarak çalışmaya alındı. Sosyodemografik veri formu, Hastalık Modeli Anlama anketi uygulandı. **Bulgular:** Çalışma 104 kadın, 31 erkek toplam 135 kişi üzerinde yürütüldü. Çalışma grubunun ortalama yaşı 38.28 ± 14.18 'di. Çalışma grubunun %73.3'ünün psikiyatriste kendi kararı ile geldiği saptandı. Tıp dışı uygulamalara en sık başvuru nedeni ise çaresizlik ve umut, kişisel inanç, yakınların yönlendirmesi olarak saptandı. Hastalığa yol açan etken olarak 'ailevi sorunları' kadınlar erkekler göre, 'iş yerindeki sorunları' ve 'kendi iç dünyası ile ilgili sorunları' erkekler kadınlara göre daha fazla bildirmektedir. Kırsalda yaşayanların kentte yaşayanlara göre daha fazla oranda tedaviyle bambaşka biri olma beklentisi, hastalıkla ilgili olarak ise ölüm korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Yine kırsalda yaşayanlar, tıp dışı uygulamalara başvurma nedeni olarak daha fazla oranda kişisel inanç, sağlık çalışanlarının tutumu, hekime güvensizlik bildirmiştir. **Sonuç:** Ruhsal bozukluğu olan kişilerin ruh sağlığı profesyonellerine başvurularının artması, ruh sağlığı çalışanlarının akıl hastalığı kavramı ve akıl hastalıklarının tedaviyle iyileşebileceği konusunda toplumu bilgilendirmelerini gerektirmektedir. Bu çalışmanın sonuçları, tıbbi çare arama davranışı konusunda bilgilendirilecek ya da yönlendirilecek öncelikli grupların, kırsal alanda yaşayanlar, düşük eğitim seviyesine sahip olanlar ve erkekler olduğunu göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Çare arama, hastalık açıklama modeli, psikiyatrik bozukluk.

(*Klinik Psikiyatri 2011;14:131-142*)

SUMMARY

Objectives: In this study, we aimed to determinate patients' explanation models for their mental illness and help-seeking behavior and evaluate the relationship between these behaviors and socio-demographic characteristics in outpatients who admitted to psychiatry clinic. **Method:** Outpatients who admitted to psychiatry clinic were recruited consecutively for the study. Sociodemographic data form and Symptom Attribution Questionnaire were applied to patients. **Results:** The study included 135 patients (104 female and 31 male). The mean age of the sample was 38.28 ± 14.18 years. Among the patients 73.3% of them were admitted to psychiatry clinic with their own decision. The most common reasons of applications to non-medical methods were despair and hope, personal beliefs and orientation of relatives. The results showed that the women were more likely to report 'family problems' as a cause of their illness as compared to men whereas men were more likely to report 'workplace problems' and 'personal problems' as the cause when compared to women. The patients living in rural area were more likely to report that expectation of 'become quite different' related to the treatment and 'fear of death' related to the illness. In addition, they were more likely report that 'religion', 'the attitudes of the health workers' and 'distrust of the doctor' as the reasons for application to non-medical methods. **Conclusion:** It is needed to enhance medical help seeking behavior for people with mental disorders. Community should be informed in terms of mental disorders and their treatment by the professionals. Results of these study showed that especially low-educated person, persons who living in rural area and men should be informed primarily about these subjects.

Key Words: Help-seeking, illness explaining models, psychiatric disorders.

GİRİŞ

Kişinin düşünce, duygu ve davranışlarında olağan olmayan, beklenilmeyen bir farklılığın ortaya çıkması bütün kültürlerde ruhsal hastalık olarak tanımlanmaktadır (Candansayar 2001). Hastalanan birey, süreç üzerinde kontrol kazanabilmek için, yaşantıları ve bilgisi doğrultusunda nedensel bir açıklama geliştirmektedir (Terman ve Miles 1936). Bu açıklama sürecine bireyin kendisi, özneliği, bedeni, dünya ve yaşam hakkındaki görüşleri katkıda bulunmaktadır. Bireyin farklı anlam dünyası ve öznel yaşantısı bireyin çektiği acılara yönelik tepkisini şekillendirmektedir (Ünal 2000).

Kişinin, deneyimlediği hastalık yaşantısına verdiği anlam, aynı zamanda kişinin çare arama tarzını etkilemektedir (Kirmayer ve ark. 1999). Hastalığın nasıl algılandığı, nasıl yaşantılandığı ve nasıl başa çıkıldığı kültürel yapılanma ile de ilişki göstermektedir (Kaya ve Ünal 2006). Günümüzde dünya üzerinde yaşayan tüm insan toplulukları kuşaklar boyunca çok fazla sayıda çeşitli sağlık sorunları ile karşılaşmış ve bu sorunlara çözüm aramışlardır. Bu süreçte hatalı tedaviler, yanlış tutumlar kültürel evrim içinde elenerek yerlerini daha sağlıklı ve uyumlu tepkilere bırakmıştır (Güleç 2000).

Çare arama davranışı; sorunun fark edilmesi, kabul edilmesi, tedavilerle temasa geçilmesi gibi basamakları içermektedir (Kırpınar 2002). Bu arayış tıbbi sağlık hizmetlerinin verildiği merkezlerde olabileceği gibi hocalar, büyücüler ve bitkisel şifacılar gibi tıp dışı kişilerle temas biçiminde de olabilmektedir (Bahar ve ark. 2010, Özkorumak ve ark. 2006). Cinsiyet, yaş, etnisite, hastalık belirtileri, eşlik eden fiziksel hastalık, ruhsal hastalığın farkında olma, tanı hakkında bilgilenme, medikasyonun etkinliği hakkındaki şüphe gibi nedenler bireylerin ruh sağlığı merkezlerinden yararlanmalarında potansiyel engeller oluşturmaktadır (Riedel-Heller ve ark. 2005). Ayrıca, sıra bekleme ve randevu almaya gerek olmaması, verilen hizmetin bedelinin düşük olması, kullanılan araç gerecin hastanın ya da uygulayıcının elinin altında olması gibi nedenlerden dolayı, geleneksel tedavilerden yararlanmanın modern tedavilerden yararlanmadan çok daha kolay olduğu öne sürülmektedir. Bu nedenle modern sağlık hizmetlerinin varlığına rağmen toplulukların kendi geleneksel-dinsel

inanç ve uygulamalarını sürdürme eğiliminde oldukları bildirilmektedir (Kaya ve Ünal 2006, Güleç 2000). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ruhsal bozukluğu olan ve bir devlet hastanesinde yatarak tedavi gören hastaların neredeyse tümünün daha önce tıp dışı tedavilere başvurduğunu saptanmıştır (Kırpınar 1992). Erzurum'da yapılan bir diğer çalışmada, psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların %14.7'sinin geleneksel tedavilere başvurdukları bildirilmektedir (Özer ve ark. 1995).

Geleneksel çare arama davranışının nedenleri kadar sonuçları da psikiyatri alanında çalışan ve bu alanda çare arayan insanları etkilemektedir. Hastaların geleneksel yardım arama başvuruları psikiyatri birimlerine ulaşmayı geciktirdiği gibi, verilen psikiyatrik tedavinin kesilmesinde de bir etken olabilmektedir. Ruhsal yakınmaları olan bireylerle tedavi işbirliğinin sağlanabilmesi için, hastaların hastalığını açıklama modelini, ailenin ve içinde yaşadığı toplumun bu tür sorunlarla başa çıkma mekanizmalarını bilmenin önemi vurgulanmaktadır (Ünal ve ark. 2001). Çeşitli bölge ve yerleşim yerlerindeki ruhsal hastalıklara yönelik tutumların bilinmesinin, yapılacak ruh sağlığı planlamalarının ayrıntılara göre ayarlanabilmesi ve halkın modern tıbbı yaklaştırılmasını sağlama bakımından büyük yararları olduğu da bildirilmektedir (Bahar ve ark. 2010, Kırpınar 1992). Bu çalışmada konuyla ilgili çalışmalara katkı sağlamak için, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğine ayaktan başvuran ve ayaktan izlenen hastaların ruhsal sorunları açıklama ve çare arama davranışlarının genel niteliklerinin belirlenmesi ve bu davranışların sosyodemografik özellikler ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örnekleme:

Çalışmaya 15 Ocak - 1 Mayıs 2010 tarihleri arasında ESOGÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine ilk kez, ayaktan başvuran hastalar ardışık olarak alındı. Hastalar polikliniğe başvurduklarında yürütülecek çalışma konusunda bilgilendirilerek yazılı izinleri alındı. Çalışmaya katılmayı rededen hasta olmadı. Uygulama için etik kuruldan izin alındı. Başvuranların çalışmaya kabul edilmesinde yaşlarının 18 ve üzerinde olması, soruları yanıtlama-

bilecek zihinsel ve fiziksel yeterliliklerinin bulunması koşulları arandı. Genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluğu olan hastalar, değerlendirme anında madde etkisi ya da yoksunluk bulguları nedeniyle bilişsel yetilerinde sorun olabilecek alkol- madde bağımlılığı bulunan hastalar, bunun yanında mental retardasyon ve demansı olan hastalar çalışmaya alınmadı. Bipolar afektif bozukluk ve şizofreni gibi kronik hastalığı olan bireylerin hastalığı algılama, açıklama ve çare arama davranışları nörotik hastalığı olan bireylerden farklı olabileceği için bu iki tanı grubundaki bireyler çalışma dışında bırakıldı. Bipolar afektif bozukluk ve şizofreni hastalığı olan bireyler için benzer bir çalışma ayrıca planlandı. Çalışmaya katılan hastalar DSM-IV tanı ölçütlerine göre düzenlenmiş SCID-I ile değerlendirilerek tanı kondu.

Çalışma 104 kadın, 31 erkek olmak üzere toplam 135 kişi üzerinde yürütüldü. Çalışma grubunun ortalama yaşı 38.28 ± 14.18 'di. Çalışma grubunun %56.3'ü (n=76) evli, %80.7'si (n=109) şehirde yaşıyor, %30.3'ü (n=41) ücretli-maaşlı çalışıyordu. Çekirdek aile yapısına sahip kişiler çalışma grubunun %64.4 (n=87) iken, %48.9'u (n=66) 1-8 yıl eğitim düzeyine sahipti. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve aldıkları tanıların dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sosyodemografik veri formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan bu form olan, hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, aile yapısını araştıran soruları içermektedir.

SCID-I: First ve ark. (1997) tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre birinci eksen bozuklukların saptanması için yapılandırılmış tanı koyucu bir klinik görüşme aracıdır. Tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlamak amacıyla belirtilerin sistematik olarak araştırılmasını sağlayacak nitelikte hazırlanmıştır. Böylece DSM-IV tanı ölçütlerinin taranması kolaylaştırılarak, tanının güvenilirliğinin ve geçerliğinin artırılması amaçlanmıştır. Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır.

Hastalık Modeli Anlama Anketi (HMAA): HMAA, Kleinman'ın (1978) hastalık açıklama modelinden yararlanılarak Ünal ve ark. (2001) tarafından hazır-

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

Cinsiyet	
Kadın	104 (%77.04)
Erkek	31 (%32.96)
Yaş	
	38.28 ± 14.18
Medeni durum	
Evli	76 (%56.3)
Bekar	41 (%30.4)
Boşanmış/dul	18 (%13.3)
Yaşadığı yer	
Kent	109 (%80.7)
Köy/kasaba/ilçe	26 (%19.3)
Çalışma durumu	
Ücretli-maaşlı çalışıyor	41 (%30.4)
Çalışmıyor	94 (%69.7)
Aile yapısı	
Çekirdek	87 (%64.4)
Geniş	37 (%27.4)
Bilinmiyor	10 (%7.4)
Eğitim	
1-8 yıl	66 (%48.9)
9 yıl ve üzeri	69 (%51.1)
Ailede hastalık öyküsü	
Yok	99 (%73.3)
Var	36 (%26.7)
Tanı	
Depresyon	68 (%50.4)
Uyum bozukluğu	15 (%11.1)
Anksiyete bozukluğu	14 (%10.4)
Mikst anksiyete depresyon	14 (%10.4)
Konversiyon bozukluğu	6 (%4.4)
Sosyal fobi	4 (%3.0)
Obsesif kompulsif bozukluk	4 (%3)
İnsomnia	2 (%1.5)
Diğer*	8 (%5.6)

Diğer* (Kimlik karmaşası, Özgül fobi, Post Travmatik Stres Bozukluğu, Distimi, Panik, Akut stres bozukluğu, Anoreksiya nevroza)

lanmıştır. Ankette hastanın kimin önerisi ile psikiyatriste geldiği, hastalığa yol açan etken ve hastalığın neden şimdi ortaya çıktığına yönelik düşüncelerinin neler olduğu, hastanın daha önce başvurduğu uygulamaları, ailesinden biri hasta olsa nasıl çözüm arayacağı, çevreden biri rahatsızlansa diğerlerinin ne yapacağına yönelik düşünceleri, nasıl bir tedavi beklediği, tedaviden beklentisinin ne olduğu, hastalık ile ilgili korkusunu ve eğer başvurduysa tıp dışı uygulamalara başvurma nedenlerini araştıran 10 soru bulunmaktadır. Hastalara ankette sorulan her soruya birden fazla cevap verebilecekleri belirtilmiştir. Hastaların ankette verilen şıklar dışındaki düşünceleri olduğunu ifade etmelerine olanak sağlamak amacıyla, her soru için "diğer" şıkkı bulunmaktadır.

İstatistik:

Çalışmanın sonunda sosyodemografik değişkenlere ve HMAA'ya verilen cevaplara frekans analizi uygulandı. Ayrıca hastaların cinsiyet, aile yapısı, yaşadıkları yer, çalışma durumu, eğitim, ailede ruhsal hastalık öyküsü değişkenlerine göre hastalık modeli açıklama anketine verdikleri yanıtlar kare testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edildi.

BULGULAR

Hastalık Modeli Anlama Anketinin (HMAA) her bir sorusuna verilen en sık üç yanıt değerlendirildiğinde; "Psikiyatriste gelmenizi kim önerdi" sorusuna 99 kişi (%73.3) "benim fikrim", 55 kişi (%40.7) "ailem" 29 kişi (%21.5) "diğer doktorlar" yanıtını vermiştir. "Hastalığınıza yol açan en önemli etken sizce neydi" sorusuna 77 kişi (%57.0) "ailevi sorunlar", 75 kişi (%55.5) "kendi sorunlarım", 33 kişi (%24.4) maddi sorunlar biçiminde yanıtlamıştır. "Sizce hastalığınız niçin şimdi ortaya çıktı" sorusuna ise 85 kişi (%62.9) "yılların birikimi", 33 kişi (%24.4) "yakın çevre ilişkilerinin bozulması", 24 kişi (%14.4) "ekonomik sebepler" cevaplarını vermiştir. "Bu yakınmalar için daha önce başvurduğunuz uygulamalar nelerdir" sorusuna 75 kişi (%55.5) "psikiyatriste gitmek", 45 kişi (%33.3) "kendimi telkin ettim", 24 kişi (%17.7) "psikiyatrist dışı doktora gittim" yanıtını verirken, "Ailenizden birinde bu yakınmalar olsa nasıl çözüm ararsınız"

sorusuna 110 kişi (%81.4) "psikiyatriste gitmek", 31 kişi (%22.9) "kendini telkin etmesini öneririm", 17 kişi (%12.5) "bitkisel tıp" biçiminde yanıtlamıştır. "Çevreden biri rahatsızlansa diğerleri ne önerirdi" sorusuna 94 kişi'nin (%69.6) psikiyatriste gitmeyi, 39 kişi'nin (%28.9) kendini telkin etmeyi, 27 kişi'nin ise (%20) şifacıya gitmeyi önerdiği belirtilmiştir. "Nasıl bir tedavi bekliyorsunuz" sorusuna 77 kişi (%57.0) "ilaçla", 76 kişi (%56.2) "konuşarak (terapi)", 74 kişi (%54.8) "her ikiside olabilir" yanıtı vermiştir. "Alacağınız tedaviden en önemli beklentiniz nedir" sorusuna 119 kişi (%88.1) "iyileşmek", 68 kişi (%50.3) "eski ben olmak", 49 kişi (%36.2) "çevremle uyumlu olmak" yanıtını vermiş, "Hastalığınız hakkında en büyük korkunuz nedir" sorusunu 51 kişi (%37.7) "bakıma muhtaç duruma gelmek", 45 kişi (%33.3) "hafızamı kaybetmek", 44 kişi (%32.6) "kendime zarar vermek" biçiminde yanıtlamıştır. "Eğer başvurduysanız tıp dışı uygulamalara başvurma nedenleriniz nelerdir" sorusuna 30 kişi (%22.2) "çaresizlik ve umut", 19 kişi (%14.0) "kişisel inancım", 12 kişi (%8.9) "yakınlarımla yönlendirmesi" yanıtını vermiştir. Örneklem grubunun HMAA'ya verdiği tüm cevapların ve tıp dışı uygulamalara başvuru nedenlerinin dağılımı Tablo 2'de gösterilmektedir.

HMAA'ya verilen yanıtların cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 3'de, yaşadıkları yere göre karşılaştırılması Tablo 4'de, eğitim süresine göre karşılaştırılması ise Tablo 5'de gösterilmektedir.

HMAA'ya verilen yanıtlar çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında; "çalışmayanlar"ın her hangi bir işte ücretli-maaşlı "çalışanlara" göre daha fazla oranda arkadaş/komşu önerisi ile psikiyatriste gittiği saptandı ($\chi^2=3.89$, $sd=1$, $n=135$, $p<0.05$). Hastalığa yol açan etken olarak yine çalışmayanların, çalışanlara göre daha yüksek oranda kendi iç dünya sorunlarını ($\chi^2=7.51$, $sd=1$, $n=135$, $p<0.01$) bildirdiği, hastalığın neden şimdi ortaya çıktı sorusuna ise yine çalışmayanların çalışanlara göre daha fazla oranda "bilmiyorum" ($\chi^2=5.49$, $sd=1$, $n=135$, $p<0.05$) yanıtını verdiği saptandı.

Aile yapısına göre karşılaştırma yapıldığında; çekirdek aileden gelenlerin geniş aileden gelenlere göre daha fazla oranda hastalığın ortaya çıkış sebebi olarak kendi iç dünya sorunlarını ($\chi^2=4.04$, $sd=1$, $n=124$, $p<0.05$) ve ankette tanımlanan

Tablo 2. Hastalık modeli anlama anketine verilen yanıtlar

Psikiyatriste gelmenizi kim önerdi		Bitkisel tıp	17 (%12.5)
Benim fikrim	99 (%73.3)	Şifacı (hoca, türbe, yatır, muska, özel dua)	11 (8.1)
Ailem	55 (%40.7)	Psikiyatri dışı doktorlara gitmek	9 (%6.6)
Diğer doktorlar	29 (%21.5)	Meditasyon	7 (%5.2)
Arkadaş/komşu	25 (%18.5)	Akupunktur	3 (%2.2)
İş çevresi	3 (%2.2)	Su terapisi	3 (%2.2)
Medya	2 (%1.5)	Halk tıbbı (kurşun dökme, sülük)	2 (%1.5)
Diğer	2 (%1.5)	Çare arayışım olmaz	2 (%1.5)
Hastalığa yol açan en önemli etken sizce neydi		Diğer	3 (%2.2)
Ailevi sorunlar	77 (%57.0)	Çevreden biri rahatsızlansa diğerleri ne önerir	
Kendi iç dünyam ile ilgili sorunlar	75 (%55.5)	Psikiyatriste gitmeyi	94 (%69.6)
Maddi sorunlar	33 (%24.4)	Kendini telkin	39 (%28.9)
Olumsuz çocukluk yaşantıları	26 (%19.2)	Şifacı	27 (%20.0)
Arkadaş ilişkileri ile ilgili sorunlar	20 (%14.8)	Psikiyatrist dışı doktor	18 (%13.3)
İş yerindeki sorunlar	15 (%11.1)	Bitkisel tıbbı	10 (%7.4)
Doğüstü güçler (cin, büyü, nazar, şeytan)	11 (%8.1)	Halk tıbbı	6 (%4.4)
Diğer	35 (%25.9)	Önerisi olmaz	5 (3.7)
Sizce hastalığınız niçin şimdi ortaya çıktı		Su terapisi	2 (%1.5)
Yılların birikimi	85 (%62.9)	Akupunktur	1 (% 0.7)
Yakın çevrem ile ilişkilerimin bozulması	33 (%24.4)	Meditasyon	1 (%0.7)
Ekonomik sebepler	24 (%17.7)	Diğer	1 (%0.7)
Bilmiyorum	23 (%17.0)	Nasıl bir tedavi bekliyorsunuz	
Diğer	30 (%22.2)	İlaçlar	77 (%57.0)
Daha önce başvurduğunuz uygulamalar neler		Konuşarak (terapi)	76 (%56.2)
Psikiyatriste gitmek	75 (%55.5)	Her ikisinde olabilir	74 (%54.8)
Kendimi telkin ettim	45 (%33.3)	Bilmiyorum	12 (%8.9)
Psikiyatri dışı doktorlara gitmek	24 (%17.7)	Hastaneye yatarak	10 (%7.4)
Çare arayışım olmadı	20 (%14.8)	Diğer	2 (%1.5)
Şifacı (hoca, türbe, yatır, muska, özel dua)	19 (%14.0)	Alacağınız tedaviden beklentiniz nedir	
Bitkisel tıp	9 (%6.6)	İyileşmek	119 (%88.1)
Halk tıbbı (kurşun dökme, sülük)	3 (%2.2)	Eski ben olmak	68 (%50.3)
Meditasyon	1 (%0.7)	Çevremle uyumlu olmak	49 (%36.2)
Diğer	7 (%5.9)	İşlerimi yapabilir hale gelmek	48 (%35.5)
Ailenizden birisinde olsa nasıl çözüm ararsınız		Hayatımda değişiklik yapmak	37 (%27.4)
Psikiyatriste gitmek	110 (%81.4)	Bambaşka biri olmak	26 (%19.2)
Kendimi telkin ettim	31 (%22.9)	Diğer	8 (%5.9)
		Hastalığınız ile ilgili en önemli korkunuz	
		Bakıma muhtaç hale gelmek	51 (%37.7)

Hafızamı kaybetmek	45 (%33.3)
Kendime zarar vermek	44 (%32.6)
Başkalarına zarar vermek	42 (%31.1)
Delirmek	41 (%30.3)
Korkum yok	21 (%15.5)
Ölüm	20 (%14.8)
Diğer	18 (%13.3)
Tıp dışı uygulama başvuru nedenleriniz	
Çaresizlik ve umut	30 (%22.2)
Kişisel inancım	19 (%14.0)
Yakınlarımla yönlendirmesi	12 (%8.9)
Hekime güvensizlik	10 (%7.4)
Ekonomik yetersizlik	9 (%6.6)
Tıbbi tedavinin sonuçsuz kalması	8 (%5.9)
Sağlık hizmetlerine ulaşma güçlüğü	6 (%4.4)
Geleneklerin etkisi	6 (%4.4)
Sağlık çalışanlarının tutumu	5 (%3.7)
Merak	4 (%3.0)
Tıp dışı uygulamadan yarar görme	2 (%1.5)
Medyanın yönlendirmesi	1 (%0.7)

nedenler dışında kalan diğer nedenleri ($x^2= 5.19$, $sd=1$, $n=124$, $p<0.05$) bildirdiği saptandı. Daha önce başvurulmuş uygulamalardan "diğer doktorlara gitmek" seçeneği, geniş ailelerden gelenlerde çekirdek ailelerden gelenlere göre daha fazla oranda bildirildi ($x^2=4.08$, $sd=1$, $n=124$, $p<0.05$). Çekirdek ailelerden gelenlerin "ilaç tedavisini" geniş aileden gelenlere göre daha yüksek oranda beklediği ($x^2=6.39$, $sd=1$, $n=124$, $p<0.01$), geniş ailelerden gelenlerin ise "hastaneye yatarak tedavi olmaya" ilişkin beklentilerinin çekirdek aileden gelenlere göre daha fazla yüksek olduğu saptandı ($x^2= 4.32$, $sd=1$, $n=124$, $p<0.05$).

TARTIŞMA

Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarla sosyodemografik özelliklerin ilişkisini inceleyen araştırmalar çelişen sonuçlar bildirmekte, bu konuda tam bir görüş birliği bulunmamaktadır (Taşkın ve

Özmen 2004, Sağduyu ve ark. 2003, Yaşan ve Gürgeç 2004). Çalışmamızdaki hastaların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında, %77.03'ü kadınlardan oluşmaktadır. Arslantaş ve ark.'nın (2010) çalışmalarında kadın/erkek oranı 2/3 olarak bildirilmiştir. Ünal ve ark.'nın (2001) çalışmasında K/E oranı 2.6 olarak saptanmıştır. Bu bulgu çalışmamızdan elde edilen bulgular ile benzerdir. Kadınların erkeklerden daha çok yardım arayışı içinde oldukları çeşitli araştırmalarda bildirilmiştir (Bhugra 1989, Leaf ve ark. 1987). Bu durumun kadınlarda ruhsal sorunların erkekler göre daha fazla oranda saptanmasına, erkeklerin kadınlara göre sorunlarını daha çok inkar etmesine ya da yardım arama konusunda isteksiz davranmalarına bağlı olabileceği ileri sürülmektedir (Bekaroğlu 1995, George ve ark. 1989, Rogler ve Cortes 1993). Ayrıca kadınların sorunlarını daha iyi tanıdıkları bu nedenle tüm sağlık hizmetlerinden erkeklerden daha çok faydalandıkları da ileri sürülmektedir (Bekaroğlu 1995, George ve ark. 1989, Rogler ve Cortes 1993).

Çalışmamızda psikiyatriste en sık başvuru nedeni Ünal ve ark.'nın (2001) çalışmasında elde edilen bulgulara benzer şekilde hastanın kendi fikri, ailesi ya da diğer doktorların önerisi ile olmaktadır. Aile üyeleri ya da kişinin sosyal yaşantısındaki diğer önemli kişiler, kişinin çare arama davranışının şekillenmesinde önemli bir role sahiptirler (Tze-Pin ve ark. 2008). Çalışmalarda kadın ve erkekte çare arama davranışının belirleyicilerinin farklı olduğu, ancak ilk olarak her iki cinsin de yardım aramak için en yakın arkadaşı veya yakın bir akrabayı seçtikleri ileri sürülmektedir (Bekaroğlu 1995, George ve ark. 1989, Rogler ve Cortes 1993). Bu çalışmada ise kadınların erkekler göre daha fazla oranda komşu-arkadaş önerisi ile psikiyatriste başvurdukları saptanmıştır.

Bu çalışmada hastalığa yol açan en önemli etken olarak her iki cinstede ailevi sorunlar bildirilirken, kadınlar ailevi sorunları erkekler göre daha fazla dile getirmekte, erkekler ise iş yeri sonunu ve kendi iç dünya sorununu kadınlara göre daha fazla ifade etmektedir. Bu çalışmaya benzer olarak Kaya ve Ünal'ın (2006) olgu senaryosu kullandıkları bir çalışmada da, kadın olgu için sorun kaynağı evlilik ve kişiler arası sorun, erkekler için iş-ekonomik sorunlar gösterilmiştir. Yazarlar,

Tablo 3. HMAA'ya verilen yanıtların cinsiyete göre karşılaştırılması sonucunda anlamlı farklılık çıkan maddeler

	Kadın (n= 104)		Erkek (N=31)		p	x ²
	N	%	N	%		
Psikiyatrist öneren (komşu-arkadaş)						
Evet	24	23.08	1	3.23	<0.001	4.20
Hayır	80	76.92	30	96.77		
Hastalığa yola açan etken (ailevi sorun)						
Evet	69	66.35	8	25.81	<0.05	14.20
Hayır	35	33.65	23	74.19		
Hastalığa yola açan etken (iş yeri sorunu)						
Evet	8	7.69	7	22.58	<0.05	5.36
Hayır	96	92.31	24	77.42		
Hastalığa yola açan etken (iç dünya sorunu)						
Evet	20	19.23	15	48.39	<0.01	9.11
Hayır	84	80.77	16	51.61		
Neden şimdi ortaya çıktı? (yılların birikimi)						
Evet	71	68.27	14	45.16	<0.05	4.52
Hayır	33	31.73	17	54.84		
Ailede yakınma olsa ne önerir (meditasyon)						
Evet	3	2.88	4	12.90	<0.05	4.84
Hayır	101	97.12	27	87.60		
Hastalıkla ilgili korku (kendine zarar verme)						
Evet	39	37.5	5	16.13	<0.05	4.64
Hayır	65	62.5	26	83.87		
Hastalıkla ilgili korku (korku yok)						
Evet	12	11.54	9	29.03	<0.05	5.52
Hayır	92	88.46	22	70.97		

sonuçların, kadın için kendilik saygı ve duygusunun büyük ölçüde kişilerarası ilişkilerle, erkekler için iş ve meslek alanıyla ilişkili olduğu düşüncelerini yansıttığını ileri sürmüşlerdir.

Bu çalışmada hastaların daha önce %14'ünün şifacı, %6.6'sının bitkisel tıp, %2.2'sinin halk tıbbı, %0.7'sinin meditasyona başvurdukları saptanmıştır. Hastalara sorulan "daha önce başvurduğunuz uygulamalar nelerdir" sorusu ile "ailede bir kişide benzer yakınmalar olsa ne önerirdiniz" sorusuna

verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında; psikiyatriste yönlendirme oranları artarken, diğer doktorlara yönlendirme, kendini telkin, çare arayışında bulunmama oranları azalmaktadır. Ancak, hastaların %12.5'ü bitkisel tıp, %8.1'i şifacı, %5.2'si meditasyon, %2.2'si akupunktur, %2.2'si su terapisi, %1.5'i de halk tıbbını önereceklerini bildirmiştir. Ülkemizde ve değişik kültürlerde, psikiyatrik problemi olan hastalarda yerel tedavilere sık başvurulduğunun saptandığı bildirilmektedir ((Kırpınar 1992, Plotnikoff ve ark. 2002, Roder ve Opalic 1987).

Tablo 4. HMAA'ya verilen yanıtların yaşadıkları yere göre karşılaştırılması sonucunda anlamlı farklılık çıkan maddeler

	Kırsal (N= 26)		Kent (N=109)		p	x ²
	N	%	N	%		
Ailede yakınma olsa-psikiyatriste gitme						
Evet	17	65.38	93	85.32	<0.05	5.40
Hayır	9	34.62	16	14.68		
Tedavi beklentisi-bambaşka olmak						
Evet	10	38.46	16	14.68	<0.01	7.58
Hayır	16	61.54	93	85.32		
Hastalıkla ilgili korku-ölüm						
Evet	11	42.31	9	8.26	<0.001	19.14
Hayır	15	57.69	100	91.74		
Tıp dışı uygulama-kişisel inanç						
Evet	7	26.92	12	11.01	<0.05	4.36
Hayır	19	73.08	97	88.99		
Tıp dışı uygulama-sağlık çalışanı tutumu						
Evet	3	11.54	12	11.01	<0.05	5.50
Hayır	23	88.46	97	88.99		
Tıp dışı uygulama-hekime güvensizlik						
Evet	5	19.23	5	4.80	<0.05	6.51
Hayır	21	80.77	104	95.20		

Türkiye'de ilk başvuruda geleneksel tedaviye (hoca, şeyh, yatır, büyücüfalcı) götürülme oranının zaman içinde azaldığı yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (Kırpınar 1990, Birsöz 1997, Kırpınar ve ark. 1994, Kılıç ve ark. 1992). Ancak halen sıklıkla hem tıbbi hemde tıp dışı çare yollarına birlikte başvurulduğu bildirilmektedir (Bekaroğlu 1995). Hekime başvuran hastaların %20'si daha sonra geleneksel tedaviye de başvurmaktadır (Kırpınar ve ark. 1994). Ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların %14.7-%57.5 arasında değişen oranlarda geleneksel ya da dinsel yöntemlerle çare arayışında oldukları bildirilmektedir (Kırpınar 2002, Özkorumak ve ark. 2006, Yaşan ve Gürgen 2004, Gür ve Özkan 2002, Ünal ve ark. 2007, Uğuz ve ark. 2007, Güleç ve ark. 2006). Toplumda zamanla tıp modeli ağırlık kazanmakla birlikte

bireyselleşmenin artması yanında toplumcu yapının devamı, eğitim ve gelir düzeyinin düşüklüğü nedeniyle popüler ve geleneksel tedavi yöntemlerine başvurunun da devam ettiği gözlenmektedir (Ünal ve Kaya 2006). Güleç ve ark.'nın (2006) çalışmasında hem Türkiye'de hemde Almanya'daki Türklerin benzer oranlarda tıp dışı çare arayışları içinde olduğu, tıp dışı çare arama davranışı olarak en sık şifacıların (hoca, türbe, yatır, muska, özel dua) tercih edildiği saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Yaşan ve Gürgen'in (2004) belirttiği gibi en sık "dini motif taşıyan kişi ve mekanlar"ın tıp dışı çare arama başvuru yeri olduğu görülmektedir (Bahar ve ark. 2010 Kırpınar 1992, Yaşan ve Gürgen 2004, Kardels ve ark. 2001, Güleç ve ark. 2006, Gür ve Özkan 2002). Bu çalışmada geleneksel tedavilere başvuru oranı %57.5 ile

Tablo 5. HMAA'ya verilen yanıtların eğitimlerine göre karşılaştırılması sonucunda anlamlı farklılık çıkan maddeler

	1-8 yıl eğitim (N=66)		9 ve üzeri yıl eğitim (N=69)		p	x ²
	N	%	N	%		
Hastalığa yol açan-diğer						
Evet	11	16.67	24	34.78	<0.05	4.86
Hayır	55	83.33	45	65.22		
Hastalık neden şimdi-ekonomik neden						
Evet	10	15.15	23	33.33	<0.05	5.69
Hayır	56	84.85	46	66.67		
Ailede yakınma olsa -psikiyatriste gitme						
Evet	46	69.70	64	92.75	<0.001	10.41
Hayır	20	30.30	5	7.25		
Ailede yakınma olsa -diğer doktora gitme						
Evet	8	12.12	1	1.45	<0.05	6.13
Hayır	58	87.88	68	98.55		
Nasıl tedavi-ilaç						
Evet	32	48.48	45	65.22	<0.05	3.85
Hayır	34	51.52	24	34.78		
Hastalık ile ilgili korku-bakıma muhtaç olma						
Evet	32	48.48	19	27.54	<0.05	5.44
Hayır	34	51.52	50	72.46		

karşılaştırıldığında nispeten düşük olsa da, meditasyon, akupunktur, su terapisi, bitkisel terapi gibi güncel yöntemlerin ruhsal bozuklukları olan hastaların gündeminde olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada en sık tıp dışı çare arama nedeni olarak çaresizlik ve umut, sağlık hizmetlerine ulaşma güçlüğü, yakınların yönlendirmesi sayılmakla birlikte kırsal bölgede yaşayanlar kentte yaşayanlara göre daha fazla oranda kişisel inanç, sağlık çalışanların tutumu, hekime güvensizlik nedeni ile tıp dışı çare aradıklarını bildirmişlerdir. Tıp dışı çare arama nedenlerinde yaşadığı yer dışındaki demografik değişkenler açısından farklılık saptanmamıştır. Hastalığa bağlı oluşan yetersizlik ve çaresizlik duygularının insanları farklı yöntem arayışlarına itebildiği, Özkorumak ve ark. (2006)

tarafından da ileri sürülmektedir. Bahar ve ark. (2010) çalışmamızdan farklı olarak yerleşim yeri, yaş, cinsiyet ve ekonomik düzey gibi demografik verilerle tıp dışı geleneksel yöntemlere başvurma arasında ilişki saptamadıklarını bildirmişlerdir. Bir çalışmada hekim dışı kişilere başvuru nedenlerini incelendiğinde, ilaç kullanmayı istememe oranı %41.5 olarak belirlenmiştir. Hekim tedavisinden yarar görmediklerini ifade edenlerin yüzdesi de yüksek (%36.8) bulunmuştur. Yazarlar bu bulgunun hekimlerin hastalara, hastalık seyri ve tedavisi hakkında bilgilendirme yapmalarının önemini ortaya çıkardığını ileri sürmektedir (Bahar ve ark. 2010).

Bu çalışmada tedavide ilaç tedavisi ya da terapi beklentileri benzer oranlardadır. Hatta çekirdek

aileden gelenler ve dokuz yıl ve üzeri eğitime sahip olanlar daha yüksek oranda ilaç tedavisi beklemekte, geniş aileden gelenler ise daha fazla oranda yatarak tedavi beklemektedir. Alınan tedaviden en önemli beklentiler ise iyileşmek, eski ben olmak, çevreyle uyumlu olmak en fazla oranda bildirilirken bambaşka biri olmak en az oranda bildirilmiştir. Ancak kırsal bölgeden gelenler tedavi sonucunda bambaşka biri olmayı kentte yaşayanlara göre daha fazla oranda bildirmektedir. Hastalıkla ilgili en önemli korku bakıma muhtaç hale gelmek, hafızayı kaybetmek, kendine zarar vermek olarak bildirilirken, kırsalda yaşayanlar ölüm korkusunu kentte yaşayanlara göre daha fazla, kendine zarar vermeyi kadınlar erkeklere oranla daha fazla bildirmektedir. Erkekler ise hastalıkla ilgili korkuları olmadığını kadınlara oranla daha fazla oranda bildirmektedir. Bu sonuçlar da, hastalık seyri ve sonuçları hakkında hastaların bilgilendirilmelerinin önemine dikkat çekmektedir. Erzurumda yapılan çalışmada hastaların %18.6'sı ruh sağlığı birimine başvururken %43.2'si başka uzmana %23.5'i pratisyene başvurmuştur (Kırpınar ve ark. 1994). Bizim çalışmamızda psikiyatri dışı hekime gitme oranı %17.7 iken bu hastalar ailede aynı yakınma olsa %6.6 oranında başka hekime yönlendireceklerini bildirmiştir. Başka doktora gitme geniş aileden gelenlerde çekirdek aileden gelenlere göre ve 9 yıldan az eğitime sahip olanlarda daha fazla eğitimi olanlara göre daha fazla oranda bildirilmiştir. Psikiyatri hizmetlerinin artması, halk tarafından daha fazla tanınması sonucu daha fazla oranda hastaları tıbbi çare arama davranışına yönlendirmektedir (Ünal ve ark. 2007). Yine Erzurumda panik bozukluğu hastaları ile yapılan bir çalışmada, olguların %34.7 si panik belirtileri için tıp dışı başvuruda bulunmuş, %26.9'u ise ilk olarak tıp dışı kişilere başvurmuştur. Önerilen tedavilerin etkisizliği daha sonraki başvuru nedenleri arasında sayılmaktadır (Oral 2005). Toplumun kültürel yapısındaki değişimlerle her yeni bilgi ile değişime uğramakta, bu nedenle hastalık açıklama modelleri de zaman içinde değişebilmektedir. Daha önceki tedavilerden elde edilen yarar, tedavi edenle kurulan güven ilişkisi toplumların hastalığı açıklama tarzını tıpsal açıklamalara kaydırabilmektedir (Ünal ve Kaya 2006).

Bu çalışmada, hastaların psikiyatri polikliniğine

başvurmadan önceki başvurdukları uygulamaların ne olduğu sorusuna hastaların %14.8'i çare arayışının olmadığı yanıtını vermiştir. Ancak bu durum değerlendirilen demografik özelliklere göre herhangi bir farklılık göstermemiştir. Ayrıca hastaların %33.3'ü kendini telkin ettiğini ifade ederken %22.9'u aileden bir kişide benzer yakınmaların olması durumunda kendisine telkin vermesini önerceğini belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %55.5'i daha önceki yakınmalarında psikiyatriste gittiklerini, %81.4'ü ailede benzer bir yakınma olsa psikiyatriste gitmeyi önerceklerini bildirmiştir. Dokuz yıl ve üzeri eğitime sahip olanlar olmayanlara göre, kentte yaşayanlar kırsalda yaşayanlara göre daha fazla oranda psikiyatriste gitmeyi önermektedir. Bunun en önemli nedeni, hastaların psikiyatri ve ruhsal bozuklukla tanışık olmaları ve belki de kendi deneyimleri nedeniyle bu konuda bilgilenmiş olmaları olabilir (Taşkın ve ark. 2009) On yıllık süreçte şizofreni, depresyon ve alkol bağımlılığına toplumun tepkisinin ne ölçüde değiştiğinin araştırıldığı bir çalışmada genel olarak doktordan tedaviyi kabul etme (1996 da %61, 2006 da %79) ve özellikle psikiyatristten alınan depresyon ve alkol bağımlılığı tedavisinin kabul edilmesiyle ilgili oranlarda (1996'da %75, 2006'da %85) artış saptanmıştır (Pescosolido ve ark. 2010).

Bu çalışmanın toplumda değil, bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğine başvuranlar üzerinde yapılmış olması en önemli sınırlılığdır. Tıp dışı tedavi uygulamalarından memnun olup tıbbi tedaviye başvurmayanlar bu çalışmada temsil edilememektedir. Ayrıca üçüncü basamak tedaviye başvuranların nisbeten daha şiddetli-dirençli yakınmaları olan hastalar olması olasıdır. Bu şiddet-direnç tıp dışı çare arama davranışlarından memnuniyetsizliğe neden olabileceği gibi, daha hafif yakınmaları olanların da üçüncü basamak bir hastaneye başvurmaları tıbbi çare arama konusundaki istekliliklerini yansıtmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmada Eskişehir bölgesinde bir psikiyatri kliniğine başvuran hastaların tıp dışı çare arama davranışının genel niteliklerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmada saptanan tıp dışı çare arama oranları şimdiye kadar ülkemizde saptanan

oranlara göre nispeten düşük olsa da, bu davranışın devam edeceğine yönelik belirtilerin saptanmış olması önemlidir. Tıbbi çare arama davranış sıklığının arttırılması, bunun yanında ruhsal bozukluğu olan kişiler için ruh sağlığı profesyonellerine başvuruların arttırılması için ruh sağlığı çalışanlarının akıl hastalığı kavramı, akıl hastalıklarının seyri ve tedaviyle iyileşebileceği konusunda toplumu bilgilendirmeleri gerekmektedir. Bu çalışmanın sonuçları özellikle kırsal alanda yaşayan,

düşük eğitim düzeyine sahip olan, geniş aileden gelenler ve erkeklerin bilgilendirme ve eğitim çalışmaları açısından öncelikli gruplar olduğunu göstermiştir.

Yazışma adresi: Dr. Gülcan Güleç, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, gulganculec@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Arslandaş H, Gültekin BK, Söylemez A ve ark. (2010) Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalanmayla ilgili inanç, tutum ve davranışları, 11: 11-17.
- Bahar A, Savaş HA, Bahar G (2010) Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışının değerlendirilmesi. Yeni Symposium, 3:216-222.
- Bekaroğlu M (1995) Çare arama davranışı ve kültür. IV Anadolu Psikiyatri Günleri. Bilimsel Çalışmalar, Konya.
- Bhugra D (1989) Attitudes towards mental illness: a review. Acta Psychiatr Scand, 80:1-12.
- Birsöz S (1997) Türkiye'de depresyonların sosyokültürel özellikleri. Depresyon Dergisi, 2(1): 3-8.
- Candansayar S, Coşar B (2001) Kültürlerarası psikiyatri açısından ruh hastalığı kavramı. T Klin Psikiyatri, 2:21-30.
- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme kullanımı kılavuzu (SCIDI). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- First M, Spitzer R, Gibbon M ve ark. (1997) Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I). Washington DC, American Psychiatric Press.
- George LK, Blazer DG, Hughes DC ve ark. (1989) Fowler N. Social support and the outcome of major depression. J Psychiatry, 154: 478-85.
- Güleç C (2000) Anadolu kültüründe hastalık sağlık kavramlarına transkültürel bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi, 3: 34-39.
- Güleç H, Yavuz A, Topbaş M ve ark. (2006) Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Çare Arama Davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da Yaşayan Türkler Arasında Karşılaştırmalı Bir Ön Çalışma. Klinik Psikiyatri Dergisi, 9: 36-44.
- Gür H, Özkan A (2002) Kronik böbrek yetmezliği olan diyaliz hastaları ile psikiyatri hastalarında tıp dışı tedavi arayışları. Fırat Tıp Dergisi, 7:712-719.
- Kardels B, Perez GP, Beine KH (2001) Psychogenic seizures: Domain for a hoca? Psychiatr Prax, 28: 193-197.
- Kaya Y, Ünal S (2006) Psikotik bir hastalık durumunu açıklama ve çare arama davranışında cinsiyetin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7: 197-203.
- Kılıç C, Rezaki M, Üstün TB (1992) Ankara'da ruh sağlığı hizmetine ulaşım yolları. Türk Psikiyatri Dergisi, 3:190-198.
- Kırpınar İ (1990) Ruhsal sorunları olan kişilerin tedavi amacıyla tıp dışı kişi ve kurumlara başvurmaları ile ilgili bir araştırma. 26. Ulusal Psikiyatri Kongresi bildirisi, İzmir.
- Kırpınar İ (1992) Erzurum numune hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda ruhsal bozukluklar nedeniyle tıp dışı kişilere başvurma davranışı üzerine bir araştırma. Düşünen Adam, 1:13-17.
- Kırpınar İ, Çayköylü A, Kuloğlu M (1994) Erzurum'da ruh sağlığı birimlerine ulaşım yolları. Türk Psikiyatri Dergisi, 5:175-181.
- Kırpınar İ (2002) Psikiyatrik hastalarda paramedikal iyileştiriciler ve psikoterapiye etkisi. IX. Anadolu psikiyatri günleri. Kongre özet kitabı, 5-8 Haziran 2002, Adana, s.27-28.
- Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM (1994) Symptom attribution in cultural perspective. Can J Psychiatry, 39:584-595.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B (1978) Culture, illness, and care:clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Intern Med, 88: 251-258.
- Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL ve ark. (1987) The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. J Community Psychol, 15:275-84.
- Oral E (2005) Erzurum Atatürk üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri polikliniğine ayakta başvuran panik bozukluk hastalarında ruh sağlığı servislerine ulaşım yolları ve tıp dışı başvuruların değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 37: 39-42.
- Özer H, Coşkun İ, Kırpınar İ (1995) Psikiyatri poliklinik hastalarında tıp dışı kişilere başvuru davranışının bazı özellikleri. IV. Anadolu psikiyatri günleri bilimsel çalışmalar kitabı, Konya, s.130-140.
- Özkorumak E, Güleç H, Kose S ve ark. (2006) Depresyon hastalarında tıp dışı yardım arama davranışı: Aleksitimi bir etken olabilir mi? Klinik Psikiyatri Dergisi, 9:161-169.
- Plotnikoff GA, Numrich C, Wu C ve ark. (2002) Hmong shamanism, animist spiritual healing in Minnesota. Minn Med, 85: 29-34.
- Pescosolido BA, Martin JK, Scott Long J ve ark (2010) "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. Am J Psychiatry, 167:1321-1330.
- Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC (2005)

Mental disorders--who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40: 167-174.

Roder F, Opalic P (1987) Effect of the magic healer on Turkish psychiatric patients in West Germany-an evaluation of clinical examples. *Psychiatr Prax*, 14: 157-162.

Rogler LH, Cortes DH (1993) Help seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *Am J Psychiatry*, 150:554-61.

Sağduyu A, Aker T, Özmen E ve ark. (2003) Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14: 203-12.

Taşkın EO, Özmen E (2004) Sosyo demografik etmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkileri. *3P Dergisi*, 12: 13-24.

Taşkın EO, Yüksel EG, Deveci A ve ark. (2009) Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10: 100-108.

Terman LM, Miles CC (1936) Sex and personality: studies in masculinity and femininity. New York, Russell&Russell.

Tze-Pin N, Ai-Zhen J, Roger H ve ark.(2008) Health beliefs and

help seeking for depressive and anxiety disorders among urban Singaporean adults. *Psychiatr Serv*, 59:105-108.

Uğuz F, Karababa F, Aşkın R (2007) Obsesif kompulsif bozukluk için yardım aramada ilk başvuru yerlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*, 17:29-33.

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

Ünal S, Özcan Y, Emul HM ve ark. (2001) Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2: 222-229.

Ünal S, Kaya Y (2006) Psikoza açıklama ve çare arama davranışını etkileyen sosyal etkenler-Malatya örnekleme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9:138-147.

Ünal S, Kaya B, Yalvaç D (2007) Psicotik hastalarda hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. *Türk Psikiyatri Derg*, 18:38-47.

Yaşan A, Gürgen F (2004) Psikiyatri ve fizik tedavi polikliniklerine başvuran hastaların geleneksel yardım arama davranışının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 31: 20-28.