

Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri

Stress coping strategies of depressive patients

Zengibar ÖZARSLAN, Nurhan FİSTİKCI, Ali KEYVAN, Zeynep Işıl UĞURAD, Sefa SAYGILI

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada, majör depresyon hastalarının stres ile başa çıkma tutumlarının sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini, psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, ardışık olarak seçilmiş unipolar majör depresyon hastaları (n=50) ile sağlıklı kontrollerden (n=50) oluşturulmuştur. Katılımcılara DSM-IV-TR Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), sosyodemografik veri formu uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda gruplar arası başa çıkma tutumları alt maddelerinden pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, şakaya vurma, geri durma, plan yapma kontrol grubunda anlamlı olarak daha yüksek iken depresyon grubunda kabullenme, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı alt maddeleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Her iki grup için duygusal odaklı başa çıkma toplam puanları birbirine yakın iken fonksiyonel olmayan başa çıkma toplam puanı depresyon grubunda daha yüksek, problem odaklı başa çıkma toplam puanı kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Depresyon hastalarının olumsuz başa çıkma tutumlarının fark edilip yeniden yapılandırılması, olumlu olanların ise desteklenmesi hastalığın seyiri açısından daha etkili sonuçlar verebilir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Başa çıkma tutumları, Stres

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to compare stress coping strategies of major depressive patients with those of healthy controls.

Patients and Method: The sample of the study was composed of consecutively selected unipolar major depressive patients applying to the Psychiatry Out-Patient Clinic (n=50) and healthy controls (n=50). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Coping Strategies with Stress (COPE), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and sociodemographic data form were applied to the participants.

Results: While positive reframing, the use of instrumental social support, active coping, humor, and restraint items of the COPE were statistically significantly higher in the control group, acceptance, behavioral disengagement and substance use items were statistically significantly higher in the depression group. While the emotionally centered coping total score was close in both groups, the dysfunctional coping total score was higher in the depression group, and the problem-centered coping total score was higher in the control group.

Conclusion: Recognizing and reconstructing the negative coping attitudes of patients with depression and reinforcing the positive ones would yield more efficient results in terms of the progress of the disorder.

Key words: Depression, Coping strategies, Stress

Giriş

İnsanlar yaşamlarının her anında bedensel ve ruhsal pek çok uyarılarla karşı karşıya kalmaktadır ve bu uyarılar bireyin içinde bulunduğu denge ve uyum durumunu etkileyebilmektedir. Yaşanan olay kişiye sıkıntı verecek, yeniden uyum sağlamasını gerektirecek, alıştığı yaşam ve çözüm biçimlerini sorgulatacak veya değiştirecek nitelikteyse, birey bu zorlu olayın üstesinden gelmek ve yeniden rahatlayıp uyum sağlamak için çabalayacaktır [1,2]. Bu noktada stres ve başa çıkma kavramları önem kazanmaktadır [2].

Baş çıkmanın iki temel işlevi vardır. Birincisi, sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını kullanarak

Zengibar Özarslan
Arnavutköy Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

Nurhan Fistikci (✉), Ali Keyvan
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,
İstanbul, Türkiye
e-mail: nurhanfistikci@gmail.com

Zeynep Işıl Uğurad
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

Sefa Saygılı
Serbest Psikiyatrist, İstanbul, Türkiye

Gönderilme/Submitted: 30.06.2013 - Kabul/Accepted: 15.08.2013

strese neden olan problemlerle başa çıkmayı sağlayan “problem temelli başa çıkma”, ikincisi ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını içeren “duygusal temelli başa çıkma”dır [3-5].

Problem temelli başa çıkma, problemin çözümü için gerekli adımları uygulama, farklı fikirleri değerlendirme, problemin çözümü için fikirler üretme gibi öğeleri ve sorunun çözümü için verilen bilinçli çabaları içerir [6,7]. Duygusal temelli başa çıkma ise, kişi stresörlerin anlamını değiştirerek veya stresörlerin neden olduğu duyguları yöneterek kendi duygularını tanımasını, ifade etmesini, zorlu durumlar karşısında yaşanan duygusal stresin azaltılmasını ve duygusal streslerle başa çıkarak, kendisini daha iyi hissetmesini sağlar [2,5,7,8]. Ayrıca, sorun çözmeye farklı bir bakış açısı getirerek, kendisinin potansiyel karar vermesini sağlamış olur [5,7].

Problem temelli yaklaşım aktiftir ve stresi azaltarak veya ortadan kaldırarak problemin çözümünü etkileyen davranışsal ya da psikolojik tepkilerdir. Duygusal temelli yaklaşım ise edilgen başa çıkmanın kullanımını ve stresli durumlar sonucunda ortaya çıkan olumsuz duyguları kontrol altına almaya çalışarak stresörlerden uzaklaştıran davranışları içerir [4].

Stresle başa çıkma tutumları bedensel hastalıklarda da önem arz eden bir kavramdır. Organ yetmezliği gibi kronik, yeti yitimine neden olan tıbbi hastalıklarda durumun kabullenilmesi, çözüm için plan yapılması düşük depresyon düzeyleri ile ilişkili iken kendini suçlama ve davranışsal olarak boş verme yüksek depresyon düzeyleri ile ilişkilidir [9,10]. Bu bağlamda kişinin stres yaratan çeşitli durumlar karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek tedavi hedeflerinin ve terapötik etkinliğin belirlenmesine yardımcı olacaktır [4]. Bu klinik araştırma depresyon hastaları ile sağlıklı kontrol grubunun stresle başa çıkma tutumlarını belirlemek ve karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Hastalar ve Yöntem

Çalışmanın uygulaması 15.07.2010-10.11.2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu çalışma tek merkezli çalışma olup psikiyatri polikliniğine ayaktan başvurup tek uçlu majör depresyon tanısı konulan hastalar ile gönüllü sağlıklı kontroller araştırılmıştır. Çalışmaya 50 tek uçlu majör depresyon hastası ve bu grupta kadın erkek sayısı ve yaşları aynı olacak şekilde eşleştirilmiş 50 sağlıklı katılımcı dahil edilmiştir.

Kliniğimize başvurup majör depresyon tanısı alan hastalar ardışık olarak çalışmaya alınmıştır. 18 yaşından küçük 65 yaşından büyük olanlar, okuma yazması olmayanlar ölçek doldurmayı engelleyecek düzeyde zeka geriliği, psikotik bozukluk, geçirilmiş veya aktif mani-hipomani atağı gibi fiziksel veya ruhsal hastalığa sahip olanlar çalışma dışı tutulmuştur.

Hastalara ve kontrol gruplarına çalışmaya alınmadan önce gerekli zaman ayrılp bilgilendirme yapılarak onam formu imzalatılmıştır. Çalışmanın amacı ve ölçeklerin

nasıl doldurulması gerektiği hakkında bilgi verilmiştir. İlgili hastaneden araştırmayı yapabilmek için etik kurul onayı alınmıştır. Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının dördüncü elden geçirilmiş baskısı (DSM-IV-TR) Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin (Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I)) majör depresyon ve bipolar bozukluk modülleri kullanılarak hastalarda tek uçlu majör depresyon tanısı doğrulanmış, kontrol grubunda ise yaşam boyu psikiyatrik bozukluk olmadığı yine SCID-I ile araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada beş veri toplama aracı kullanılmıştır. Sosyodemografik bilgi formu, SCID-I: DSM-IV-TR Eksen I, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (Coping Strategies with Stress (COPE)) aracılığı ile veriler toplanmıştır.

Sosyodemografik bilgi formu: Hastanın yaş, eğitim düzeyi, meslek bilgileri, medeni durumu, maddi durumu, gibi konuları sorgulayan soruların yer aldığı araştırmacı tarafından hazırlanmış formdur.

SCID-I: DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID-I)) : SCID-I, First ve arkadaşları [11] tarafından DSM-IV-TR için uyarlanan tanısal görüşme formudur. SCID-I’in Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öztürkçügil ve arkadaşları tarafından 1999’da yapılmıştır [12].

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) : Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerini ölçmek amacıyla Beck tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır [13]. Kesme puanının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir [14].

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bu ölçek Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek üzere hazırlanmıştır. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerliliği Ulusoy tarafından 1993 yılında yapılmıştır [15].

Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (Coping Strategies with Stress (COPE)): Stresli durumlar karşısında kullanılan başa çıkma stratejilerini belirlemek için Carver ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. COPE 15 alt ölçekten oluşmaktadır: 1. Aktif baş etme, 2. Geri durma, 3. Plan yapma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Diğer meşguliyetleri bastırma, 6. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 7. Dini olarak baş etme, 8. Şakaya vurma, 9. Duygusal sosyal destek kullanımı, 10. Kabullenme, 11. Davranışsal olarak boş verme, 12. Madde kullanımı, 13. İnkâr, 14. Zihinsel boş verme, 15. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma. Her alt ölçekten toplam 4-16 arasında puan alınabilmektedir. Bu alt ölçeklerden ilk

beşinin puanlarının toplamı sorun odaklı başa çıkma puanını, 6-10. alt ölçek puanlarının toplamı duygusal odaklı başa çıkma puanını, son beş alt ölçek puanlarının toplamı ise fonksiyonel olmayan başa çıkma puanını vermektedir. Türkçe psikometrik inceleme çalışması Ağargün tarafından yapılmıştır [4].

Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS 16.0 programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki-kare, gerekli yerlerde Fisher Kesin Ki-kare testi uygulanmıştır. İki gruba ait nicel veriler içeren değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik varsayım sağlandığında bağımsız örneklem için Student's t testi, parametrik varsayımın sağlanmadığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyon analizi için Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Sonuçların istatistiksel anlamlılığı için $p < 0,05$ düzeyi esas alınmıştır.

Bulgular

Çalışmamızda yer alan katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, depresyon hastalarının % 60'ının kadın, % 40'ının erkek; kontrol grubunun % 60'ının kadın, % 40'ının erkek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan depresyon grubunun yaş ortalamaları $31,46 \pm 8,43$; kontrol grubunun yaş ortalamaları ise $33,18 \pm 9,24$ 'dür. Her iki grubun yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=0,97; p=0,33$). Kontrol grubunun % 26'sı ilkököl, %10'u ortaokul, % 36'sı lise ve % 28'i yüksekokul mezunu olarak saptanmıştır. Depresyon grubunun ise % 2'si okur-yazar, % 38'i ilkököl, % 18'i ortaokul, % 28'i lise ve % 14'ü yüksekokul mezunu idi. Hasta ve kontrol grubu arasında eğitim durumları dağılımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=6,10; p=0,19$) Kontrol grubunun % 66'sı evli iken, bu oran depresyon grubunda % 54 olarak bulunmuştur. Bekar olma durumu kontrol grubunda % 32 iken, depresyon grubunda % 40'dır. Kontrol grubunda boşanma durumu yok iken, bu oran depresyon grubunda % 2'dir. Kontrol grubunda dul katılımcı yok iken, depresyon grubunda % 4 olarak görülmüştür. Birlikte yaşama durumu kontrol grubunda % 2, depresyon grubunda ise birlikte yaşama durumu saptanmamıştır. Hasta ve kontrol grubunun medeni durum dağılımları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=5,04; p=0,28$). Katılımcıların çalışma durumu değerlendirildiğinde depresyon grubunun %56'sının çalıştığı, kontrol grubunun ise %80'inin çalıştığı görülmüştür. Çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=6,61; p=0,01$). Kontrol grubunda intihar düşüncesi yok iken, depresyon grubunda bu oran % 36 olarak saptanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=21,95; p < 0,001$). Kontrol

grubunda alkol kullanımı % 12 iken, depresyon grubunda bu oran % 16 olarak saptanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=0,38; p=0,33$). Kontrol grubunda madde kullanımı yok iken, depresyon grubunda bu oran %4 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=2,04; p=0,24$). Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo I'de özetlenmiştir.

Tablo I. Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri

	Hasta (n=50)	Kontrol (n=50)	χ^2	t	p
Yaş (ort±ss)	31.46 ±8.43	33.18 ±9.24		0.97	>0,05
Cinsiyet (%)					
Kadın	60	60			
Erkek	40	40			>0,05
Eğitim Durumu (%)					
Okur-yazar	2	-			
İlkokul	38	26			
Ortaokul	18	10			
Lise	28	36	6.10		>0,05
Yüksekokul	14	28			

ort±ss: ortalama±standart sapma

Hastaların yaşam boyu ortalama majör depresif atak sayısı $2,2 \pm 1,5$, son atağın ortalama süresi $2,0 \pm 1,3$ ay idi. Depresyon hastalarının ortalama BDÖ puanı $31,7 \pm 10,2$, kontrol grubunun BDÖ puanı ortalaması $5,0 \pm 3,3$ idi. İki grubun BDÖ ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark anlamlıydı ($z=-8,62; p < 0,001$). BAÖ puanı karşılaştırmalarında depresyon grubunun ortalama puan değeri $28,08 \pm 13,19$ olup, kontrol grubunun ortalama puanı $2,06 \pm 7,20$ 'dir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=-7,78; p < 0,001$).

Kontrol Grubu ile Depresyon Grubunun Stres ile Başa Çıkma Tutumu (COPE)

Kontrol grubu ile depresyon grubunun COPE alt ölçekleri açısından değerlendirilmesinde pozitif yeniden değerlendirme, aktif başa çıkma, plan yapma alt maddeleri kontrol grubunda depresyon grubuna göre yüksekti ve fark anlamlı idi ($p < 0,001$). Davranışsal olarak boş verme ve kabullenme depresyon grubunda kontrol grubuna göre yüksekti ve farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$). Ayrıca, yararlı sosyal destek kullanımı, şakaya vurma alt ölçekleri kontrol grubunda depresyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunurken, geri durma ve madde kullanımı alt ölçekleri depresyon grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Diğer alt maddelerden olan zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, dini olarak başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı, diğer meşguliyetleri bastırma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kontrol grubu ile depresyon grubunun COPE maddeleri açısından karşılaştırılması Tablo II'de sunulmuştur.

Tablo II. Hasta ve kontrol gruplarının Başa Çıkma Tutumu maddeleri açısından karşılaştırılması

	Grup	Katılımcı Sayısı	Ort.	±ss	t	P
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	Kontrol	50	13,80	1,96	4,604	<,001*
	Hasta	50	11,72	2,52		
Zihinsel Boşverme	Kontrol	50	9,60	2,56	-,781	,437
	Hasta	50	9,96	2,02		
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Kontrol	50	11,60	2,60	,667	,506
	Hasta	50	11,22	3,07		
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Kontrol	50	12,16	2,66	2,244	,027*
	Hasta	50	10,72	3,68		
Aktif Başa Çıkma	Kontrol	50	12,92	2,05	4,109	<,001*
	Hasta	50	10,90	2,81		
İnkâr	Kontrol	50	7,36	3,16	-,607	,545
	Hasta	50	7,74	3,10		
Dini Olarak Başa Çıkma	Kontrol	50	12,60	3,28	-1,934	,056
	Hasta	50	13,74	2,58		
Şakaya Vurma	Kontrol	50	8,76	3,36	2,631	,010*
	Hasta	50	7,08	3,02		
Davranışsal Olarak Boşverme	Kontrol	50	6,06	2,41	-4,781	<,001*
	Hasta	50	8,68	3,03		
Geri Durma	Kontrol	50	9,16	2,41	-3,447	<,001*
	Hasta	50	10,82	2,40		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Kontrol	50	11,50	2,81	1,397	,165
	Hasta	50	10,64	3,32		
Madde Kullanımı	Kontrol	50	4,84	2,27	-3,509	<,001*
	Hasta	50	7,14	4,04		
Kabullenme	Kontrol	50	9,18	2,59	-3,906	<,001*
	Hasta	50	11,38	3,02		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Kontrol	50	11,04	2,11	1,154	,251
	Hasta	50	10,50	2,55		
Plan Yapma	Kontrol	50	13,04	2,29	4,350	<,001*
	Hasta	50	10,84	2,75		

*İstatistiksel olarak anlamlı, ort±ss: ortalama±standart sapma

Kontrol grubunun sorun odaklı başa çıkma tutumu puan ortalaması 58,32 ±8,03 iken depresyon grubu için puan ortalaması 53,78±10,23 olup, kontrol grubunda depresyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,05). Duygusal odaklı başa çıkma tutumu alt ölçeğinde her iki grup da birbirine yakın ortalama puanlar almıştır. Kontrol grubu 55,84 ±8,20 iken depresyon grubu için puan ortalaması 54,56 ±8,83'dür. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Fonksiyonel olmayan başa çıkma tutumu kontrol grubu için ortalama puan 39,46 ±8,4 iken depresyon grubu ortalama puanı ise 44,74 ±7,63 olup, depresyon grubunda kontrol grubuna göre

istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,01). Depresyon grubu ve kontrol grubunun COPE alt ölçekleri bakımından karşılaştırılması Tablo III'de verilmiştir.

Tablo III. Başa Çıkma Tutumu alt ölçeklerinin 3 başlıkta toplanarak karşılaştırılması

	Grup	Katılımcı Sayısı	Ort.	±ss	t	p
Problem Odaklı	Kontrol	50	58,32	8,03	2,468	,015*
	Hasta	50	53,78	10,23		
Duygusal Odaklı	Kontrol	50	55,84	8,20	,751	,454
	Hasta	50	54,56	8,83		
Fonksiyonel Olmayan	Kontrol	50	39,46	8,94	-3,177	,002*
	Hasta	50	44,74	7,63		

*İstatistiksel olarak anlamlı, ort±ss: ortalama±standart sapma

Hasta grubunda COPE ölçeğinin fonksiyonel olmayan başa çıkma, sorun odaklı başa çıkma, duygusal odaklı başa çıkma alt ölçekleri ile BAÖ ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). COPE ölçeğinin fonksiyonel olmayan başa çıkma alt ölçeği ile BDÖ ortalama puanları arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (r=0,34;p=0,01). COPE ölçeğinde duygusal sosyal destek kullanımı maddesi ile BDÖ ortalama puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0,38;p=0,006). BDÖ ile diğer COPE ölçeği maddeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). BAÖ ile COPE maddeleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Hasta grubunda COPE ölçeğinin fonksiyonel olmayan başa çıkma, sorun odaklı başa çıkma, duygusal odaklı başa çıkma alt ölçeklerinin her biri ile hastanın yaşı, depresif atak sayısı, son atağın ortalama süresi, intihar girişimi sayısı arasında yapılan korelasyon analizlerinin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tartışma

Stres verici durumlarda problem odaklı yöntemleri kullanmayı tercih edenlerin stres verici durumdan önce ve sonra depresyon düzeyleri düşüktür. Problem odaklı yaklaşımlardan yararlananlarla depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Uygun tekniklerle yönlendirilen kişilerin stres vericilere uygun tepkiler geliştirme ve depresyonlarıyla başa çıkma becerilerinin arttığı saptanmıştır [16]. Ülkemizde, depresif bozukluk tanısı özelinde stresle başa çıkma stratejileri yeterince çalışılmamıştır. Stresle başa çıkma ülkemizde daha çok kronik tıbbi hastalığı olan olgularda araştırılmıştır. Bizim çalışmamızda, aktif başa çıkmayı, yararlı sosyal desteği ve plan yapmayı sağlıklı kontrol grubu daha çok kullanırken, geri durmayı depresif hastalar kullanmaktadır. Bulduğumuz sonuçlar depresyon hastalarında yabancı literatürdeki araştırmalar ile uyumludur [17,18]. Yine çalışmamızda

duygusal odaklı başa çıkma tutumlarından pozitif yeniden yorumlamayı, şakaya vurmaya kontrol grubu daha çok kullanırken, kabullenmeyi depresyon grubunun daha çok kullandığı görüldü. Dini olarak stres ile başa çıkma tutumu her iki grupta da yüksek oranda kullanılmaktaydı. Bu bulgu Tuncay ve arkadaşlarının 2008 [19] yılında yaptıkları ve diyabet hastalarında anksiyete ve başa çıkma arasındaki ilişkiyi araştırdıkları ve Çetinkaya ve arkadaşlarının 2008 [20] yılında kronik böbrek hastalarında yaptıkları dini baş etmenin en yüksek oranda kullanılan yöntem olduğu çalışmalarla benzeşmektedir [19,20]. Ayrıca bulgumuz, yapılan merkezin hasta popülasyonunun kültürel yapısıyla da ilgili olabilir. Çalışmamızın sonuçları depresyonu açıklayan modeller çerçevesinde değerlendirildiğinde, depresyonun motivasyon azalmasına neden olarak plan yapmak, harekete geçmek, çözüm aramak gibi yetenekleri geriletmediği de düşünülebilir.

Fonksiyonel olmayan başa çıkma tutumunda davranışsal olarak boş vermeyi ve madde kullanmayı depresyon grubu kontrol grubuna göre daha çok kullanırken, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurmaya, zihinsel boş vermeyi ve inkarı kullanmaları birbirine yakın düzeyde idi. Çalışmamızda Karlsen ve Bru'nun [21] çalışmasına benzer şekilde inkar ve davranışsal olarak boş vermenin diğer başa çıkma yollarından daha az kullanıldığı görülmüştür. Ancak bizim popülasyonumuzda zihinsel boş verme yöntemi her iki grup içinde ortalama düzeye yakın kullanılan stratejilerden biriydi. Tuncay ve arkadaşları da çalışmalarında inkar ve davranışsal boş verme puanlarının diğer yöntemlere göre düşük olduğunu saptamış ve bizim çalışmamıza benzer şekilde zihinsel boş verme puanları ortalamaya yakın bulunmuştur [19]. Tuncay ve arkadaşlarının çalışmasıyla bizim çalışmamız arasındaki bir diğer benzerlik de iki çalışmada da madde kullanımıyla başa çıkma yönteminin en az kullanılan yöntem olmasıdır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların depresyonlu annelerinde yapılan bir çalışmada bu kişilerin başa çıkma tutumu olarak en çok fonksiyonel olmayan başa çıkma tutumu kullandıkları bunların içinden de en sık inkar yolunu kullandığı dikkat çekmiştir. Zihinsel ve davranışsal boş vermenin de DEHB'li çocukların depresyonlu annelerinde çok kullanıldığı görülmüştür [22]. Levine ve ark. [23] inkarın stresle karşılaşıldığında erken dönemlerde yararlı olduğunu, ancak sonrasında başa çıkmayı güçleştirdiğini belirtmiştir. Yine DEHB'li çocukların depresyonlu annelerinde madde kullanımının fonksiyonel olmayan başa çıkma tutumu olarak yüksek ortalama puan aldığı görülmüştür [22].

Çalışmamızda başa çıkma tutumlarından problem odaklı başa çıkma tutumu kontrol grubunda daha çok kullanılırken fonksiyonel olmayan başa çıkma tutumunun ise depresyon grubunda daha çok kullanıldığı görülmüştür. Duygusal odaklı başa çıkma tutumu her iki grupta da ortalama puan olarak yüksek ve birbirine yakın olup sık kullanılmıştır. Bu sonuçlar literatür bilgisini desteklemektedir. [17,18].

Hasta grubunda COPE'un alt ölçeklerinin her biri ile hastanın yaşı, depresif atak sayısı, son atağın ortalama süresi, intihar girişimi sayısı arasında anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır. Bu bulgu depresif hastalarda saptadığımız stresle başa çıkma stratejilerinin devamlı ve yapısal bir özellik olmadığını, depresif atak yaşamının durumsal olarak kişilerde COPE ile ölçülen davranış değişikliklerine sebep olabileceğini düşündürmüştür. Sonuç olarak depresyonun tedavi edilmesi, kişinin motivasyon ve plan yapma yeteneklerini düzelterek başa çıkma tutumlarını olumlu etkileyerek, hastanın tedavisine tutunmasını kolaylaştırabilir.

Çalışmanın kesitsel özelliği, kısıtlı hasta sayısı, hastalarda bipolar bozukluk hariç eş tanıli durumları göz etmemesi en önemli kısıtlılıklarıdır.

Sonuç olarak depresyonda olumlu baş etme yollarının desteklenmesi ve olumsuz olanların ise uygun terapi zemininde fark ettirilip değiştirilmesi ile tedavisi daha etkili olabilecektir. Bu ve buna benzer çalışmaların daha geniş bir popülasyonda yapılması daha belirleyici sonuçlar vermesi açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Werden EM. Religious Identity as a Coping Resource. Doctoral dissertation, Miami University, Oxford, Ohio: 2001.
2. Basut E. Stres, başa çıkma ve ergenlik. Turk J Child Adolesc Ment Health 2006; 13: 31-3.
3. Kraaij V, Garnefski N, Maes S. The joint effects of stress, coping, and coping resources on depressive symptoms in elderly. Anxiety Stress Coping 2002; 15: 163-74. doi:10.1080/10615800290028468
4. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatr Derg 2005; 6: 221-26.
5. Shepherd JG. Coping Style as Mediator of health-related quality of life and depression after an acquired brain injury. Doctoral dissertation. Fielding Graduate University, Santa Barbara: 2007.
6. Lane AM, Jones L, Stevens MJ. Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes in self-efficacy. J Sport Behav 2002; 25: 331-45.
7. Baker JP, Berenbaum H. Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. Cogn Emot 2007; 21:95-118. doi:10.1080/02699930600562276
8. Frydenberg E. Coping competencies: What to teach and when? Theory Pract 2004; 43:14-22. doi:10.1353/tp.2004.0006
9. Ibrahim N, Chiew-Thong NK, Desa A, Razali R. Depression and coping in adults undergoing dialysis for end-stage renal disease. Asia Pac Psychiatry 2013;5: 35-40. doi:10.1111/appy.12042
10. Allman E, Berry D, Nasir L. Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature. J Cardiovasc Nurs 2009;24:106-17. doi:10.1097/JCN.0b013e318197a985
11. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders. Institute; New York: 1996. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1996.
12. Öztürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M Danacı AE, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin (SCID-I) Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:233-6.
13. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7: 3-13.
14. Aydemir Ö, Köroğlu E, (Editörler). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2000:33-7.
15. Ulusoy M. Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi. İstanbul,1993.

16. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1999.
17. Klostermann K, Chen R, Kelley ML, Schroeder VM, Braitman AL, Mignone T. Coping behavior and depressive symptoms in adult children of alcoholics. *Subst Use Misuse* 2011; 46:1162-8. doi:10.3109/10826080903452546
18. Nagase Y, Uchiyama M, Kaneita Y, et al. Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. *Psychiatry Res* 2009; 168:57-66. doi:10.1016/j.psychres.2008.03.024
19. Tuncay T, Musabak I, Gok DE, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual of Life Outcomes* 2008; 6:79-87 doi:10.1186/1477-7525-6-79.
20. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Depression, anxiety levels and coping strategies with stress in continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and hemodialysis (HD) patients in a university hospital. *Arc Neuropsychiatr* 2008; 45: 78-84.
21. Karlsen B, Bru E. Coping styles among adults with Type 1 and Type 2 diabetes. *Psychol Health Med* 2002;7:245-59. doi:10.1080/13548500220139403
22. Durukan İ, Erdem M, Evren T, Cöngöloğlu A, Yorbık Ö, Türkbay T. DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2008; 9:217-23.
23. Levine J, Warrenburp S, Kerns R, et al. The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosom Med* 1987; 49:109-17.