

Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın depresyona ilişkin tutumları

Firdevs SEYFE ŞEN,¹ E. Oryal TAŞKIN,² Erol ÖZMEN,³
Ömer AYDEMİR,⁴ M. Murat DEMET⁵

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, kırsal kesimdeki halkın depresyona ilişkin tutumları ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırma, Manisa ilinin merkeze bağlı bir köyünde gerçekleştirilmiştir. Alınma ölçütlerini karşılayan toplam 245 kişiden ulaşılabilen 230'u denek olarak alınmış, yüz yüze görüşme yöntemiyle Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi (PAREM) tarafından geliştirilmiş olan anketin 10 maddelik sosyodemografik bilgi formu ve 32 maddelik depresyon alt bölümü uygulanmıştır. **Sonuçlar:** Deneklerin %79.8'i depresyonu "bir hastalık olmaktan çok, herkesin zaman zaman içine düşebileceği bir durum" olarak değerlendirmiştir. Etiyolojik neden olarak en sık sosyal sorunlar (%86.1) gösterilmiştir. Sağaltım için en çok doktora (%51.0), doktorlar içinde de psikiyatriste (%41.3) başvuru önerilmiştir. Deneklerin %75.0'i (n=156) depresyonlu birisi ile evlenmeyeceğini, %71.6'sı (n=149) da depresyonluların kendi yaşamlarıyla ilgili doğru karar alamayacaklarına inandıklarını belirtmişlerdir. **Tartışma:** Kırsal kesimde depresyonun bir hastalık olarak öneminin kavranması yetersiz gibi görülmektedir. Etiyolojide ilk sırada sosyal sorunlar sorumlu tutulmuştur. Depresyon sağaltımı konusunda kırsal kesimde yaşayan halkın bilgisi yetersizdir. Halk, yaşanan sosyal sorunların çözülmeden depresyonun iyileşmeyeceği inancını taşımaktadır. Halk hastalarla yakınlık kurma konusunda isteksiz, belirli bir mesafeyi korumaktan yana olmak üzere reddedici tutumlara sahiptir. Kırsal kesimde depresyonlu hastaları ve hastalığı etiketleme daha belirgindir. Bunun dışında sosyodemografik etmenler depresyona yönelik tutumlar üzerinde önemli bir etkiye sahip görünmemektedir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:133-143*)

Anahtar sözcükler: Depresyon, etiketleme, halkın tutumu, kırsal bölge

The public attitudes towards depression in a rural area in Turkey

SUMMARY

Objective: In this study, it is aimed to determine the public's attitudes and their correlates towards depression in rural area. **Methods:** The study is carried out a village in Manisa City in Turkey. 230 subjects were applied the public survey form which consists of 10 items screening demographic and health status and 32 items rating attitudes towards depression. **Results:** Four fifth of subjects stated that depression was a condition which everyone may experience sometimes (79.8%). Majority of subjects stated the social problems as main etiological factor (86.1%). More than half of subjects stated that the patients with depression should apply a physician for treatment of their condition (51%). Three fourth of subjects stated that they would not get married with a person with depression (75%). **Conclusions:** The public believes that depression do not remit unless the social problems, which are stated as main etiological factor, are dissolved. They are reluctant to establish an intimacy with the patient and have rejective attitudes in order to keep a

¹ Uzm.Dr., Turgutlu Devlet Hastanesi, MANİSA

² Uzm.Dr., ³ Prof.Dr., ⁴ Doç.Dr., ⁵ Yrd.Doç.Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MANİSA
Dr. E. Oryal TAŞKIN, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MANİSA
e-posta: oryaltaskin@yahoo.com

certain distance with them. Stigmatizing depression and the patient with depression are more evident in rural area. The demographic factors seem to have not an important effect on attitudes towards the depression. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2003; 4:133-143)

Key words: Depression, public's attitude, and stigmatization, rural area

GİRİŞ

Ruhsal hastalıklara ilişkin tutumları araştıran çalışmalarda genel olarak halkın ruhsal hastalığı olanlara karşı olumsuz tutumların bulunduğu ve ruhsal hastalıkları tanınmanın yetersiz olduğu görülmüştür.¹⁻³ Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise, ruhsal hastalıkları tanıma oranının son yıllarda belirgin olarak arttığı, fakat olumsuz tutumların sürdüğü ve halkın bu hastalarla sosyal yakınlıktan çekindikleri görülmüştür.⁴⁻⁸ İngiltere'de 1991 yılında yapılan bir çalışmada halkın depresyonlu hastanın etiketlenme endişesi ile doktora başvurmayacağına çekinebileceğini ve antidepresanların bağımlılık yaptığını düşündüğü görülmüştür.⁹ İngiltere'de 1998 yılında yapılan başka bir çalışmada da halkın ağır depresyonu olan hastaların başkaları için tehlikeli, davranışlarının öngörülemez olduğu, bu hastaların kendilerini kontrol edemeyeceği, iyileşmesinin güç olduğu görüşünde olduğu belirlenmiştir.¹⁰ Avustralya'da 1995 yılında yapılan bir çalışmada halkın bir ruhsal rahatsızlık olarak depresyonu tanıyabildiği ancak sağaltımıyla ilgili yanlış bilgilere sahip olduğu gözlenmiştir.² Yapılan çalışmalarda depresyon sağaltımında halkın ilk başvuru yeri olarak pratisyenleri ve danışmanları seçtiği, bunları psikiyatrist ve psikolog seçeneğinin izlediği; sağaltım yöntemi olarak ise en çok psikoterapinin seçildiği, bunu özel diyet, vitaminler, tatil ve kendi kendine yardım kitapları gibi standart olmayan sağaltım yöntemlerinin izlediği, halkın psikotrop ilaçları yararlıdan çok zararlı olarak değerlendirdiği ve farmakoterapinin genellikle reddedilen bir yöntem olduğu görülmüştür.^{9,11,12}

Yaş, cinsiyet, eğitim, ırk, sosyal sınıf, kültür, meslek ve hastalıkla önceden tanışıklık gibi etmenlerin ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar üzerine etkileri incelendiğinde, birbirinden farklı hatta çelişen sonuçların bildirildiği görülmektedir. Depresyonlu hastalara karşı, daha yaşlı ve eğitim düzeyi daha düşük olanların tutumlarının daha olumsuz olduğunu bildiren çalışmalar yanında,^{3,13} yaşlıların daha hoşgörülü olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.^{12,14} Eğitim açısından ise, genellikle eğitim düzeyi arttıkça tutumların daha olumlu olduğu görülmüştür.^{15,16} Cinsiyetin etkilerine

bakıldığında da genellikle kadınların tutumlarının erkeklerden daha olumlu olduğu görülmektedir.¹⁷

Bugün için Türkiye'de halkın depresyon ile ilgili tutumunu araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Halkın depresyonlu hastalara karşı paranoid şizofreni hastalarına göre daha olumlu tutumlara sahip olduğu görülmüştür.¹⁸ İstanbul'da yapılan bir çalışmada, depresyonun kişisel ve sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkan bir hastalık olarak görüldüğü ve depresyonlu hastalara saldırgan olabilen, toplumda serbest dolaşmamaları gereken kişiler olarak bakanların azımsanmayacak oranda olduğu; antidepresan ilaçlarla ilgili bilgi düzeyinin yetersiz olduğu bildirilmektedir.⁶

Toplumun depresyonla ilgili tutumları, kişilerin çare arama davranışını, hekimle ilişkisini ve tedavi uygulamalarına uyumunu etkilemektedir.^{16,19} Bu nedenle toplumun depresyonla ilgili tutumlarının belirlenmesi, her türlü eğitim programının hazırlanmasında ve ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmada, kırsal kesimde yaşayan halkın depresyona ilişkin tutumları ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırma, Manisa ili merkez ilçeye bağlı Sancaklı Çeşmebaşı Köyü'nde 2000 yılının Ekim ayında gerçekleştirilmiştir. Sancaklı Çeşmebaşı Köyü, bir ilkokul dışında başka okulu bulunmayan, geçim kaynağının tarıma dayalı olan ve sanayileşmenin olmadığı, kendi içine kapalı bir köydür. Çalışmaya köyün tamamı alınmıştır. Deneklerin araştırmaya alınabilmesi için, köyde yaşıyor olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek, 18 yaş ve üzerinde olmak ve soruları yanıtlayabilecek zihinsel ve fiziksel yeterlilikte olmak koşulları aranmıştır. Bu koşulları karşılayan toplam 245 kişiden ulaşılabilen 230'u denek olarak alınmış olup bunlardan 22 deneğe ait verilerde yanlış ya da eksik kodlama görüldüğünden değerlendirme aşamasında çalışmadan çıkartılmış, kalan 208 deneğin verileri kullanılmıştır.

Kullanılan araç

Araştırmada, Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi (PAREM) tarafından planlanarak yürütülen "Ruhsal Hastalıklar İle İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması" projesinde (RUTUP) kullanılan, PAREM araştırmacıları tarafından^{6,7} geliştirilen anket formunun 32 maddelik depresyon alt bölümü kullanılmıştır. Ankette demografik ve sağlık bilgileri ile ilgili 10, depresyon ile ilgili 32 soru bulunmaktadır. Bu çalışmada depresyon alt bölümünden elde edilen veriler kullanılmıştır. Anket formunun depresyon kısmı iki ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde DSM-IV'te²⁰ tanımlandığı şekliyle majör depresif bozuklukta görülen belirtilerin bulunduğu bir olgu örneği verilerek, deneklerin bu olgu ile ilgili 6 soruyu yanıtlamaları istenmiş, ikinci bölümdeki 26 soru ile verilen olgu örneğinin depresyon için bir örnek olduğu da söylenerek doğrudan depresyon ile ilgili tutumlar araştırılmıştır. Birinci bölümdeki 4 ve ikinci bölümdeki 24 soruda maddeler derecelendirilmiş (katılıyorum, kısmen katılıyorum, pek katılmıyorum, katılmıyorum, fikrim yok), birinci ve ikinci bölümdeki 2'şer soruda ise maddeler açıklanmış yanıtlar biçiminde düzenlenmiştir. İkinci bölümde bulunan 26 maddeden son 8 madde, yalnız "depresyon bir hastalıktır" maddesine "katılıyorum" ya da "kısmen katılıyorum" yanıtını veren deneklere sorulmuştur.

Uygulama

Anket iki psikiyatri son yıl asistanı ve sekiz tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencisi tarafından uygulanmıştır. Öğrenciler çalışma öncesi uygulama konusunda eğitilmiştir. Deneklerle yüz yüze görüşmeler yapılmış, maddelerle ilgili yanıtlar elde edilirken yanıtları içeren kartlar kullanılmıştır. Okuma yazması olmayan deneklerde kartlar kullanılmamıştır.

Değerlendirme

Değerlendirmede "kısmen katılıyorum", "katılıyorum"; "pek katılmıyorum" ise, "katılmıyorum" a yakın kabul edilerek bu dört yanıt "katılıyorum" ve "katılmıyorum" olarak ikili değerlendirilmiştir. "Fikrim yok" yanıtı ise dağılımda kullanılmış, ancak yanıtlara sosyodemografik değişkenlerin etkisinin incelendiği analizde değerlendirme dışı bırakılmıştır. Açıklanmış yanıtların bulunduğu sağaltımla ilgili dört maddede, yanıtların dağılım dökümleri yapılmış, yanıtlara sosyodemografik değişkenlerin etkisinin incelendiği analizde bu 4 madde değeren-

dirme dışı bırakılmıştır. Sonuçlar SPSS-PC 9.0 istatistik programında oluşturulan veri tabanına aktarılmıştır. Anket maddelerine verilen yanıtların dağılımları sıklık olarak verilmiştir. Yanıtlara sosyodemografik değişkenlerin etkisinin incelenmesinde ise lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Yaşın etkisini değerlendirmek için, denekler daha önce yapılmış olan çalışmalarla karşılaştırma yapabilmek amacı ile²¹ yaşlarına göre 45 yaş ve altı ve 45 yaş üstü olmak üzere iki gruba ayrılarak analiz yapılmıştır. Benzer şekilde eğitim için okur-yazar olmayanlar ve yalnızca okur-yazar olanlar eğitimsiz grup olarak, ilköğretim ve daha üst eğitim kurumu mezunları da eğitilmiş grup olarak birleştirilmiş, eğitilmiş - eğitilmiş olmayan gruplar ile analiz yapılmıştır. Medeni durum açısından boşanmış/dul ve bekarlardan oluşan iki grup birleştirilmiş ve değerlendirmede evli - evli olmayan karşılaştırılması yapılmıştır. Kendilerinde ya da yakınlarında bir ruhsal hastalık olan denekler ruhsal hastalıklarla tanışmış denekler olarak tanımlanmış ve analizde ruhsal hastalıklarla tanışmış olanlarla olmayanların yanıtlarındaki farklılık değerlendirilmiştir. Kırsal alanda çalışmayan olarak belirtilen deneklerin çoğunu ev kadınları oluşturduğundan ve kadınlar gerek tarla işleri gerek hayvancılıkta eşlerine yardım ettiklerinden meslek değişkeni analizde kullanılmamıştır. Lojistik regresyon analizi için her anket maddesi tek tek bağımlı değişken olarak alınmış, "katılıyorum" yanıtı "1", "katılmıyorum" yanıtı "0" olarak kodlanmıştır. Bağımsız değişken olarak alınan sosyodemografik değişkenlerde 45 yaş ve altı olanlar, hastalıkla tanışık olmayanlar, kadınlar, bekarlar, eğitimsizler "0" olarak kodlanmış ve referans grup olarak alınmıştır. Bağımlı değişken olarak alınan her anket maddesi için, bağımsız değişken olarak alınan sosyodemografik değişkenlerin tümü tek aşamada analize alınmış ve maddeler üzerine olan etkileri incelenmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması 40.52±15.99 (en az 18, en çok 85) olarak bulunmuştur. Örneklemi oluşturan 208 katılımcının sosyodemografik özellikleri, özgeçmişlerinde ruhsal tedavi görme ve soygeçmişlerinde ruhsal hastalık bulunma özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Deneklerin sosyodemografik ve özgeçmişlerindeki ve soygeçmişlerindeki ruhsal hastalık özellikleri

	Sayı	%
<i>Yaş grupları</i>		
18-25	38	18.3
26-35	55	26.4
36-45	45	21.6
46-55	29	13.9
55 üzeri	41	19.7
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	100	48.1
Erkek	108	51.9
<i>Medeni durum</i>		
Evli	160	76.9
Bekar	48	23.1
<i>Çalışma durumu</i>		
Çalışan	88	42.3
Ev kadını	89	42.8
İşsiz	17	8.2
Emekli	5	2.4
Öğrenci	9	4.3
<i>Eğitim</i>		
Okur yazar değil	55	26.4
Okur yazar	7	3.4
İlkokul	129	62.0
Orta öğretim	17	8.2
<i>Yapılandırılmış eğitim alma</i>		
Eğitimsiz	62	29.8
Eğitimli	146	70.2
<i>Deneklerde ruhsal tedavi</i>		
Evet	8	3.8
Hayır	200	96.2
<i>Yakınlarında ruhsal hastalık</i>		
Evet	17	8.2
Hayır	191	91.8
<i>Ruhsal hastalıklarla tanışıklık</i>		
Hastalıkla tanışmış olanlar	25	12.0
Hastalıkla tanışmamış olanlar	183	88.0

Depresyonu tanıma ve depresyon kavramına bakış açısı

Katılımcıların %66.3'ü (s=138) tanımlanan depresyon olgusunda ruhsal bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Depresyonu "bir hastalık" olarak gören katılımcıların oranı %62.0 (s=129) olarak bulunmuştur. Depresyonu olanların akıl hastası olduğunu düşünen katılımcıların oranı ise %44.7'dir (s=93). Katılımcıların depresyonu tanıma ve depresyon kavramına bakış açısı ile ilgili maddelere verdikleri yanıtların oranları ve maddelere göre dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Depresyonu tanıma, depresyona kavramına bakış ve depresyon etiyolojisine ilişkin maddelere verilen yanıtlar

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Fatma Hanım'da bedensel bir hastalık bulunmaktadır	91	43.8	83	39.9	34	16.3
Fatma Hanım'da ruhsal bir hastalık bulunmaktadır	138	66.3	42	20.2	28	13.5
Depresyon aşırı üzüntü halidir	165	79.3	17	8.2	26	12.5
Depresyon bir ruhsal zayıflık halidir	146	70.2	30	14.4	32	15.4
Depresyon bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur	166	79.8	20	9.6	22	10.6
Depresyonlular akıl hastasıdır	93	44.7	92	44.2	23	11.1
Depresyon bir hastalıktır	129	62.0	54	26.0	25	12.0
Fatma Hanım'ın bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır	127	61.1	49	23.6	32	15.4
Fatma Hanım'ın bu durumu yaşadığı sosyal sorunlardan (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) kaynaklanmaktadır	166	79.9	30	14.4	12	5.8
Depresyon sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) nedeniyle ortaya çıkar	180	86.5	17	8.2	11	5.3
Depresyon bulaşıcıdır	36	17.3	138	66.3	34	16.3
Depresyon doğuştan gelen bir hastalıktır (*)	25	24.8	87	59.4	21	15.8

(*) Bu madde yalnız "Depresyon bir hastalıktır" maddesine "katılıyorum", "kısmen katılıyorum" ve pek katılmıyorum" yanıtını verenlere (n=133) sorulmuştur.

Depresyon etiyolojisine bakış açısı

Katılımcıların %79.3'ü (s=165) tanımlanan olgu öyküsündeki durumun yaşanan sosyal sorunlardan kaynaklandığını belirtirken depresyonun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını düşünen katılımcıların oranı da %86.1 (s=179) bulunmuştur. Depresyon etiyolojisine ilişkin maddelere verilen

yanıtlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Depresyon sağaltımına bakış açısı

Tanımlanan olgu öyküsü için önerilen sağaltım seçeneklerine verilen yanıtlarda, öncelikle doktora başvurmak gerektiğini belirtenlerin oranı %60.6 (s=126), gidilecek doktorun da psikiyatrist olması

Tablo 3. Tanımlanan olgu için sağaltım ve başvurulacak doktor önerileri

	sayı	%
Öncelikle bir doktora gitmesi gerekmektedir	127	61.1
Öncelikle güçlü olması gerekmektedir. İsterse bu durumu aşabilir	27	13.0
Öncelikle tatile çıkması, bulunduğu ortamdan uzaklaşması gerekmektedir	24	11.5
Öncelikle yaşadığı şartların düzeltilmesi gerekmektedir	27	13.0
Diğer	3	1.4
Sağlık ocağı doktoru	53	25.5
İç hastalıkları doktoru	36	17.3
Ruh sağlığı ve hastalıkları doktoru	111	53.4
Doktora gitmesine gerek yok	5	2.4
Diğer	3	1.4

Tablo 4. Deneklerin "Depresyon geçirdiğinizi düşünseydiniz öncelikle ne yapardınız?" sorusuna verdikleri yanıtlar ve doktora gidecek olsalar ilk başvuru için doktor seçimleri (*)

	sayı	%
Tatile çıkardım	15	11.3
Doktora giderdim	104	78.2
Dini yardım arardım	7	5.3
Hiçbir şey yapmazdım	3	2.3
Diğer	4	3.0
Sağlık ocağı doktoru	20	15.0
Ruh sağlığı ve hastalıkları doktoru	85	63.9
İç hastalıkları doktoru	8	6.0
Beyin cerrahı	13	9.8
Nörolog	3	2.3
Hiçbir doktora gitmezdim	3	2.3
Diğer	1	0.8

(*) Bu madde yalnız "Depresyon bir hastalıktır" maddesine "katılıyorum" ve "kısmen katılıyorum" ve "pek katılmıyorum" yanıtını verenlere (n=133) sorulmuştur

gerektiğini söyleyenlerin oranı %53.4 (s=111) olarak bulunmuştur (Tablo 3). "Depresyon geçirdiklerinde" öncelikle ne yapacakları sorulduğunda katılımcıların % 51.0 (s=106) ile ilk sırada "doktora giderim" yanıtını verdikleri, doktora gitmek isterlerse ise %41.3 (s=86) oranı ile en çok seçilen doktorun psikiyatrist olduğu görülmüştür (Tablo 4). Katılımcıların %76.0'sı (s=158) sosyal sorunlar

çözülmeden depresyonun geçmeyeceğine inandığını belirtmiştir. Depresyonun tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranı %53.8 (s=112), depresyon sağaltımında kullanılan ilaçların bağımlılık yaptığını belirtenlerin oranı %32.7'si (s=68), depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etkiler yaptığını inananların oranı %32.7 (s=68) bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Depresyon sağaltımına ve depresyonlu hastalara yaklaşım ve sosyal ilişki ile ilgili maddelere verilen yanıtlar

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ortam değişikliği (tatile çıkmak gibi) depresyonun geçmesine önemli katkıda bulunur	132	63.5	63	30.3	13	6.3
Depresyonlu olanlar tam olarak düzelmez	89	42.8	86	41.3	33	15.9
Hacı ya da hocalar depresyonun geçmesini sağlayabilir	69	33.2	128	61.5	11	5.3
Sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) çözülmeden depresyon geçmez	158	76.0	30	14.4	20	9.6
Depresyon tedavi edilebilen bir hastalıktır (*)	100	82.7	24	10.6	9	6.8
Depresyon ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır (*)	82	69.9	39	21.0	12	9.0
Depresyon psikoterapi (konuşma tedavisi) ile tedavi edilebilen bir hastalıktır (*)	74	68.4	48	23.3	11	8.3
Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilir (*)	58	50.4	34	18.8	41	30.8
Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yaparlar (*)	59	49.6	34	20.3	40	30.1
Depresyonlu hastalar toplum içinde serbest dolaşmamalıdır	89	42.8	92	44.2	27	13.0
Depresyonlu bir kişiyle birlikte çalışabilirim	94	45.2	98	47.1	16	7.7
Depresyonlu bir kişi ile evlenebilirim	36	17.3	156	75.0	16	7.7
Depresyonlu bir komşu olması beni rahatsız etmez	94	45.2	104	50.0	10	4.8
Evim olsa depresyonlu birisine kiraya vermem	119	57.2	83	39.9	6	2.9
Depresyonlular saldırgan olur	105	50.5	82	39.9	22	10.6
Depresyonlular kendi yaşamlarıyla ilgili doğru kararları alamaz	149	71.6	46	22.1	13	6.3

(*) Bu madde yalnız "Depresyon bir hastalıktır" maddesine "katılıyorum", "kısmen katılıyorum" ve "pek katılmıyorum" yanıtını verenlere (n=133) sorulmuştur.

Tablo 6. Sosyodemografik özellikler ve sağlık öz - soygeçmişin tutumlar üzerine etkisinin araştırıldığı lojistik regresyon analizi sonuçları

	p	B	R	Odds oranı	%95 güven aralığı
<i>"Depresyonlu bir kişiyle birlikte çalışabilirim."</i>					
Medeni durum	0.0349	0.7673	0.0960	2.1539	1.0559 - 4.3937
<i>"Depresyon bir hastalıktır."</i>					
Cinsiyet	0.0038	0.9970	0.1697	2.7101	1.3804 - 5.3206
<i>"Depresyon ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır."</i>					
Yaş	0.0162	-2.1607	-0.1693	0.1152	0.0198 - 0.6708
Eğitim	0.0026	-3.2098	-0.2310	0.0404	0.0050 - 0.3270

Depresyonlu hastaya yaklaşım ve sosyal ilişki kurma özellikleri

Deneklerin %75.0'i (s=156) depresyonlu birisi ile evlenmeyeceğini, %71.6'sı (s=149) da depresyonlu-ların kendi yaşamlarıyla ilgili doğru karar alamayacaklarına inandıklarını belirtmişlerdir. Bu maddelere verilen yanıtların dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir.

Demografik özelliklerin, özgeçmişte ruhsal tedavi görmenin ve soygeçmişte ruhsal hastalık bulunma durumunun yanıtlara etkisi: Lojistik regresyon analizi sonuçları

Cinsiyet, yaş, eğitim ve ruhsal hastalık ile tanışıklık değişkenlerinin anket sorularının yanıtlarına etkisi lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında 28 sorudan 3'ünde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 6). "Depresyon bir hastalıktır" maddesine katılıyorum yanıtı verme olasılığının erkeklerde daha yüksek olduğu (p=0.0038); "depresyon ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır" maddesine katılıyorum yanıtı verme olasılığının 45 yaş altında (p=0.0162) ve yapılandırılmış bir eğitim almamış olanlarda daha yüksek olduğu (p=0.0026); "depresyonlu birisi ile çalışabilirim" maddesine "katılıyorum" yanıtı verme olasılığının evli olanlarda daha yüksek olduğu (p=0.0349) görülmüştür.

TARTIŞMA

Bu araştırmanın, tutum konusundaki pek çok alan çalışmasından farklı olarak posta aracılığı ile değil, yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılması, yazarlar-

dan ikisinin veri toplama aşamasında aktif olarak çalışmaları, deneklerin anketteki soruları yanıtlarken gerçekten içten davrandıklarının gözlenmesi bu çalışma için bir avantajdır. Araştırmanın Türkiye'nin batısındaki küçük bir köyde yapılmış olması ise çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Sonuçlar tüm ülkeye genellenemeyeceği için benzer çalışmaların Türkiye'nin diğer bölgelerinde de yapılması ve bu konudaki verilerin artmasıyla tüm Türkiye için daha doğru ve yeterli bilgilere ulaşmak olanaklı olacaktır. Öte yandan, araştırmanın yapıldığı köyün bağlı olduğu kent merkezinde bir "Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi" bulunmasının elde edilen sonuçları nasıl etkilediği ayrı bir çalışma konusu olmakla birlikte; köyün konumu ve ulaşım olanakları, köylülerin yaşayış alışkanlıkları ve eğitim ya da iş için bile köy dışına çok fazla çıkmıyor olmaları ve köyde ruhsal bir hastalık geçirenlerin oranının %3.8 olması gibi özelliklerin varlığı, bu durumun sonuçları etkilemediğini düşündürmektedir. Yöntem bölümünde de belirtildiği gibi köy kendi içine kapalı ve oldukça izole bir köydür.

Depresyonu tanıma ile ilgili maddelere verilen yanıtlara bakıldığında, katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin depresyonu bir hastalık olarak gördüğü ve yine üçte ikisinin tanımlanan olgudaki klinik tabloda bir ruhsal hastalık bulunduğunu düşündüğü görülmüştür. Depresyonu tanımanın ve bir hastalık olarak görmenin daha yüksek oranda olması arzu edilen bir durum olmakla birlikte araştırmanın kırsal kesimde yapıldığı düşünülecek olursa bu bulgular katılımcıların depresyonu yeterince tanıdığı ve bir hastalık olarak gördüğü söylenebilir.

Özmen ve arkadaşlarının⁶ aynı anket formunu kullanarak İstanbul'da yaptıkları bir çalışmada da benzer oranların elde edilmesi bu görüşü desteklemektedir. Bununla birlikte depresyonlu kişileri akıl hastası olarak görenlerin oranı kırsal kesimde (%44.7) kentsel kesime (%14.3) göre belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, hastalığı tanımanın kırsal ve kentsel kesimde farklı olmadığını ama kırsal kesimin depresyonu "akıl hastalığı" ile ilişkilendirdiğini göstermektedir. Türkçe'de "akıl hastası" teriminin küçük düşürücü ve aşağılayıcı bir anlam taşıdığı²² ve kırsal kesim için etiketleme ve etiketlenmenin daha önemli olduğu^{21,23,24} bilgileri göz önüne alındığında; bu bulgular kırsal kesimin depresyon hastalarını etiketleme eğilimi içinde olduğunu düşündürmektedir. Benzer şekilde kırsal kesimin ruhsal hastalıkları daha fazla etiketleme eğiliminde olduğu bulgusu aynı örnekleme yapılan şizofreniye ilişkin tutumların araştırıldığı çalışmada da bildirilmiştir.⁸

Katılımcıların yaklaşık dörtte üçünün depresyonu "aşırı üzüntü hali" ve "ruhsal zayıflık hali" olarak değerlendirmesi ve depresyona zaman zaman her insanın içine düşebileceği bir durum olarak bakması kırsal kesimde yaşayan halkın depresyonu olağanlaştırma eğilimi taşıdığını düşündürülebilir. Ancak Özmen ve arkadaşlarının⁶ yaptığı çalışmada İstanbul'da depresyona "aşırı üzüntü hali" olarak bakanların oranının %88.3, depresyonu bir "ruhsal zayıflık hali" olarak görenlerin oranının %76.2 ve depresyona zaman zaman her insanın içine düşebileceği bir durum olarak düşünenlerin oranının %91.4 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar kırsal kesimde depresyonu olağanlaştırma eğiliminin görece daha zayıf olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda ve aynı anket formunun kullanıldığı Özmen ve arkadaşlarının⁶ İstanbul örnekleminde yaptıkları çalışmada elde edilen bulgular, tanımlanan depresyon olgusunda bir ruhsal hastalık düşünme oranının Türkiye'de daha yüksek olduğunu göstermektedir. 1990 yılında yapılan bir çalışmada bu oranın Batı Almanya'da %33, Doğu Almanya'da %25,¹⁹ 1995 yılında Avustralya'da² %72 olduğu görülmüştür. Bu farklılığın olası en önemli nedeni çalışmaların çok farklı yıllarda yapılmış olmasıdır. Ülkemizde son yıllarda basın-yayın organlarında depresyon ve ruhsal hastalıklar ile ilgili tanıtım programlarının belirgin olarak artmış olması sonucu etkileyen bir etmen olabilir.

Depresyonun etiyojisi ile ilgili sorulara katılım-

cıların yanıtları incelendiğinde büyük bir bölümünün depresyonun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını düşündüğü ve yaklaşık üçte ikisinin de tanımlanan depresyon kliniğinin kişinin kişilik yapısının zayıflığından kaynaklandığını belirttiği, çok azının ise depresyona doğuştan gelen bir hastalık olarak baktığı görülmüştür. Özmen ve arkadaşlarının⁶ İstanbul örnekleminde yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olması, Türkiye'de hem kırsal, hem de kentsel kesimde depresyonun kişisel ve sosyal sorunlardan kaynaklandığının düşünüldüğünü göstermektedir. Bu sonuçlar yurt dışında yapılan çalışmalarla da uyumludur.^{9,12,25} Bu bulgular toplumların kültürden ve sosyal sınıftan bağımsız olarak depresyonu sosyal sorunlara bağlama eğiliminde olduğunu düşündürmektedir.

Depresyon sağaltımına ilişkin maddelere verilen yanıtlar katılımcıların depresyonun sağaltımı ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Depresyonun hastalık olduğunu düşünen katılımcıların ancak üçte ikisi depresyonun tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu düşünmektedir. Elde edilen bulgular depresyonun standart sağaltım yöntemleri konusunda katılımcıların yeterli bilgiye sahip olmadığını, sağaltım açısından ilk başvuru seçeneğinin hekim, hekimler içinde de psikiyatristler olarak gösterilmesine karşın, halkın depresyonun iyileştirilmesinde ortam değişikliği ve sosyal sorunların çözülmesini de yararlı bir girişim olarak gördüğünü, depresyonun sağaltımında geleneksel iyileştiricilerin de yararlı olacağını düşündüğünü göstermektedir. Özmen ve arkadaşlarının⁶ İstanbul örnekleminde yaptığı çalışmada elde edilen bulgular ile birlikte incelendiğinde kentsel kesimde de depresyon sağaltımında en yararlı olduğu düşünülen girişimlerin ortam değişikliği ve sosyal sorunların çözümü olduğu, kırsal kesimde depresyonun sağaltılabilen bir hastalık olduğunu düşünenlerin belirgin olarak daha az olduğu, depresyonun sağaltımında geleneksel iyileştiricilerin yararlı olacağını düşünenlerin kırsal kesimde yaklaşık üç kat daha fazla olduğu, kırsal kesimde psikoterapinin yararlı olduğunu düşünenlerin belirgin olarak daha az olduğu, depresyon sağaltımında kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceğini ve ilaçların ciddi yan etkilere sahip olduğunu düşünenlerin çok farklı olmakla birlikte biraz daha az olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar kırsal kesimde yaşayanların depresyon sağaltımı konusunda bilgilerinin daha yetersiz olduğunu, depresyonun prognozu konusunda daha olumsuz bakış açısına sahip olduğunu ve depres-

yonun sağaltımında geleneksel iyileştiricilere daha fazla rol biçtiğini göstermektedir.

Katılımcıların önemli bir bölümü depresyon geçirirse, ilk seçenek olarak doktora gitmeyi tercih edeceğini; doktor olarak da psikiyatri uzmanını seçeceğini bildirmiştir. Tanımlanan olgu örneğinde de ilk seçenekler aynı olmakla birlikte oranlar daha düşüktür. Elde edilen bulgular kırsal kesimde yaşayanların çare arama konusunda doğru bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte, aynı anketin kullanıldığı kentsel alanda yapılan çalışmayla⁶ karşılaştırıldığında hekim başvurusu oranları kırsal kesimde daha yüksek iken (kentsel alanda %64.7, kırsal alanda %78.2), kırsal alanda psikiyatriste başvuru oranı daha düşüktür (kentsel alanda %91.6, kırsal alanda %63.9). Sağlık ocağı doktoruna başvurulması gerektiğini düşünenlerin kırsal kesimde daha yüksek olduğu bilgisi de göz önüne alındığında sağlık sorunları için sağlık ocağını kullanma alışkanlığının kırsal kesimde daha yerleşmiş olması psikiyatriste başvuru oranını düşüren bir etmen olabilir. Bu oranlardaki farklılığın bir diğer nedeni de, kırsal kesimde psikiyatriste başvurunun yaratacağı etiketlenme endişesi de olabilir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular katılımcıların depresyonlu hastalara karşı ayrımcı ve etiketleyici bir yaklaşıma sahip olduğunu düşündürmektedir. Katılımcıların yarıya yakını evini depresyonu olan birisine kiraya vermeyeceğini, depresyonlu bir komşudan rahatsızlık duyacağını, depresyonlu biriyle çalışmak istemediğini belirtmiştir. Tüm maddeler içinde en olumsuz yaklaşım ise "depresyonlu bir kişi ile evlenebilirim" maddesinde görülmüştür. Katılımcıların %75'i bu önermeye "katılmıyorum" yanıtı vermiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda,^{4,26} olduğu gibi bu çalışmada da daha fazla kişisel yakınlık gerektiren durumlarda katılımcıların daha fazla reddedici tutumlara sahip olduğu görülmüştür. Yine deneklerin yarısı depresyonluların saldırgan olabileceklerini, yaklaşık dörtte üçü de depresyonlu kişilerin yaşamları ile ilgili doğru kararlar alamayacaklarına inandıklarını belirtmiştir. Aynı anketin kullanıldığı kentsel kesimde yapılan çalışmanın⁶ sosyal mesafeyi değerlendiren

maddelere verilen yanıtlar ile kırsal kesimde yapılan bu çalışmadaki maddelere verilen yanıtlar karşılaştırıldığında, yedi maddenin altısında kırsal kesimdeki yanıtlar daha olumsuz ve daha reddedici. Düşük sosyal sınıf ya da düşük sosyoekonomik düzeyin hastalara koyulan sosyal mesafeyi ve etiketleme davranışını olumsuz yönde etkilediği sık tekrarlanan bir bulgudur.^{23,24}

Demografik ve sağlık durumu ile ilgili değişkenlerin katılımcıların depresyon ile ilgili düşünce, bilgi ve tutumuna etkisi araştırıldığında demografik özelliklerin ve hastalıkla tanışıklığın katılımcıların depresyon ile ilgili düşünce, bilgi ve tutumunu etkilemediği görülmüştür. Bu sonuç, küçük yerleşim birimlerinin kültürel açıdan daha homojen bir yapıya sahip olmalarından kaynaklanabilir. Özmen ve arkadaşlarının⁶ kentsel alanda yaptıkları çalışmada etkilemenin daha çok sayıdaki maddede olması bu görüşü desteklemektedir. Literatürde sosyodemografik değişkenlerin ve ruhsal hastalık ile tanışıklığın ruhsal hastalıklarla ilgili tutuma etkisi tartışmalı olup belirli bir sonuca ulaşılammıştır.²⁷⁻²⁹

Sonuç olarak, kırsal kesimde depresyonun öneminin kavranması yetersiz gibi görülmektedir. Tanıma açısından kırsal kesimle kentsel kesim arasında önemli bir fark yoktur. Ancak kırsal kesimde hastaları ve hastalığı etiketleme daha belirgindir. Depresyon etiyolojisine yönelik değerlendirmede deneklerin büyük bir bölümü etiyolojide ilk sırada sosyal sorunları sorumlu tutmuştur. Depresyon sağaltımı konusunda kırsal kesimde yaşayan halkın bilgisi yetersizdir. Yine de en azından ilaç kullanımının reddedilmemesi olumlu bir bulgudur. Gerek kentsel, gerek kırsal kesimde yaşayan halk, yaşanan sosyal sorunların çözülmeden depresyonun iyileşmeyeceği inancını taşımaktadır. Depresyonlu hastalara ilişkin sosyal mesafe ve sosyal reddedilme konusunda genel olarak kırsal kesimde olumsuz tutumlar baskındır. Halk, depresyonlu hastalarla arasında belirli bir mesafeyi korumaktan yana görüş bildirmektedir. Kişisel yakınlık gerektiren durumlar en çok reddedici tutuma yol açan durumlardır. Bunun dışında sosyodemografik etmenlerin depresyona yönelik tutumlar üzerinde önemli bir etkisi bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Hillert A, Sandmann J, Ehming SC, Weisbecker H, Keplinger HM, Benkert O: The general public's

cognitive and emotional perception of mental illness: an alternative to attitude-research. Guimon J,

- Fischer W, Sartorius N (eds): *The Images of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*'ta. Basel, Karger, 1999, s.56-71.
2. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P: "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *MJA* 1997; 166:182-186.
 3. Socall DW, Holtgraves T: Attitudes toward the mentally ill: the effects of label and beliefs. *Sociol Q* 1992; 33:435-445.
 4. Arkar H: Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam* 1991; 4:6-9.
 5. Eker D, Arkar H: Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Bir gözden geçirme. Karancı N (ed): *Farklılıkla Yaşamak*. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997, s.67-85.
 6. Özmen E, Ögel K, Boratav C, Sağduyu A, Aker T, Tamar D: Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul örneği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 140:89-100.
 7. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D: Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:99-110.
 8. Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İçelli İ: Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13:205-214.
 9. Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts M: Lay people's attitudes to treatment of depression: Result of opinion poll for defeat depression campaign just before its launch. *BMJ* 1996; 318:858-859.
 10. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ: Stigmatisation of people with mental illnesses. *British J Psychiatry* 2000; 177:4-7.
 11. Angermeyer MC, Matschinger H: Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94:326-336.
 12. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P: Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:143-148.
 13. Morrison M, de Man AF, Drumheller A: Multidimensional locus of control and attitudes toward mental illness. *Percept Mot Skills*, 1994; 8: 1281-1291.
 14. Neff JA, Husaini BA: Lay images of mental illness: Social knowledge and tolerance of the mentally ill. *J Community Psychol* 1985; 13:3-12.
 15. Clark AW, Binks NM: Relation of age education to attitudes toward mental illness. *Psychol Rep* 1996; 19:649-650.
 16. Jorm AF, Christensen H, Medway J, Korten AE, Jacomb PA: Public beliefs system about the helpfulness of interventions for depression: Associations with history of professional help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:211-219.
 17. Morrison M, de Man AF, Drumheller A: Correlates of socially restrictive and authoritarian attitudes toward mental patients in university students. *Soc Behav Pers* 1993; 21:333-338.
 18. Arkar H: Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3:243-248.
 19. Angermeyer MC, Matschinger H, Reidel-Heller SG: Whom to ask for help in case of a mental disorder? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:202-210.
 20. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, dördüncü baskı (DSM-IV) E Köroğlu (Çev.). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
 21. Bhugra D: Attitudes towards mental illness: a review. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80:1-12.
 22. Üçok A: Şizofreni: Damga ve mitler. *Psikiyatri Dün-yası* 1999; 3:67-71.
 23. Arkar H, Eker D: Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. *Int J Soc Psychiatry* 1994; 40:205-213.
 24. Flakerud JH, Kviz F: Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34:229-233.
 25. Angermeyer MC, Matschinger H: Lay beliefs about mental disorder: a comparison between the Western and the Eastern parts of Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:275-281.
 26. Trute B, Tefft B, Segall A: Social rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989; 24:69-76.
 27. Brändli H: The image of mental illness in Switzerland. Guimon J, Fischer W, Sartorius N (eds): *The Images of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Basel, Karger, 1999, s.29-37.
 28. Rahav M, Struening EL, Andrews H: Opinions on mental illness in Israel. *Soc Sci Med* 1984; 19:1151-1158.
 29. Sellick K, Goodear J: Community attitudes toward mental illness. The influence of contact and demographic variables. *Aust N Z J Psychiatry* 1985; 19:293-298.