

## Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları

E. Oryal TAŞKIN,<sup>1</sup> Ebru GÜRLEK YÜKSEL,<sup>2</sup> Artuner DEVECİ,<sup>3</sup> EroI ÖZMEN<sup>4</sup>

---

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmada, bir psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona ilişkin bilgi ve tutumları ile bunları etkileyen etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırma Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalarla yürütülmüştür. Araştırmaya sistematik örnekleme yöntemi ile seçilen 200 hasta alınmıştır. Araştırmada depresyona yönelik tutumları belirlemek için Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi (PAREM) tarafından geliştirilen anket formunun 32 maddelik depresyon alt bölümü bir madde eklenerek kullanılmıştır. Aynı zamanda yazarlar tarafından geliştirilen sekiz maddelik sosyodemografik bilgi formu ve deneklerin hastalık özellikleri ile hastalıkları konusundaki bilgi ve düşüncelerini değerlendiren beş maddelik bir anket formu da uygulanmıştır. **Bulgular:** Deneklerin %83.5'i depresyonun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığına inanmaktadır. Katılımcıların %50.5'i depresyonlu birisi ile evlenmeyeceğini, %28'i de depresyonlu kişilerin saldırgan olabileceğini düşündüğünü belirtmiştir. Depresif nöbet içinde olan denekler "Fatma Hanım'da bedensel bir hastalık vardır" ( $p=0.030$ ), "Depresyonlu olanlar tam olarak düzelmez" ( $p=0.003$ ) ve "Depresyonlular saldırgan olur" maddelerine ( $p=0.029$ ) daha yüksek oranda "katılıyorum" yanıtı; "Depresyonlu bir kişiyle birlikte çalışabilirim" ( $p=0.004$ ) ve "Depresyonlu bir kişi ile evlenebilirim" maddelerine ( $p=0.014$ ) daha düşük oranda "katılıyorum" yanıtı vermiştir. **Sonuç:** Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar depresyon ve depresyon sağaltımı konusunda genel halka göre daha doğru bilgilere sahiptir. Hastaların çoğu depresyonun sosyal sorunlar ile ilişkili olduğuna inanmaktadır. Hastaların depresyonu olan hastalara yönelik yaklaşımları genel halktan daha olumlu ve daha hoşgörülüdür. Ancak depresif nöbet içindeki hastalar, depresyonu olan hastalara karşı daha olumsuz ve ayrımcı tutumlara, daha fazla sosyal mesafe isteğine sahiptir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:100-108)

**Anahtar sözcükler:** Depresyon, damgalama, etiketleme, halkın tutumu

## Attitudes of patients attending a psychiatric outpatient clinic towards depression

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to determine the knowledge and attitudes of patients attending a psychiatric outpatient clinic towards depression and factors that influenced them. **Methods:** This study is carried out on patients who attending Psychiatric Outpatient Clinic of Celal Bayar University Hospital. The study was carried out in 200 subjects who have been selected by systematic sampling method. In this study, a 32-item questionnaire designed for rating the attitudes toward depression by PAREM (Psychiatric Research and Education Centre) was used by adding one item to find out the attitudes toward depression. In addition, a 8-item sociodemographic questionnaire designed by authors and a 5-item questionnaire which was designed by authors and included the

---

<sup>1</sup> Yrd.Dr., <sup>3</sup> Doç.Dr., <sup>4</sup> Prof.Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa

<sup>2</sup> Uzm. Dr. Bornova Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi, İZMİR

**Yazışma adresi/Address for correspondence:**

Yrd.Doç.Dr. E. Oryal TAŞKIN, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa

**E-mail:** oryaltaskin@yahoo.com

**Anatolian Journal of Psychiatry** 2009; 10:100-108

patients knowledge and opinions about their illness and illness characteristics of patients were applied. **Results:** Most of the subjects (83.5%) believed that "depression due to social problems". Half of subjects stated that they would not get married with a person with depression (50.5%). Twenty-eight of subjects stated that patients with depression might be aggressive. The patients suffering from a depressive episode toward depression answered the items "Mrs. F. has a somatic disease" ( $p=0.030$ ), "Persons with depression don't recover completely" ( $p=0.003$ ) and "persons with depression are aggressive" ( $p=0.029$ ) as "I agree" more than the patients not suffering from a depressive episode; but answered the items "I can work with a person with depression" ( $p=0.004$ ) and "I would get married to a person with depression" as "I agree" less than the patients not suffering from a depressive episode. **Conclusions:** Psychiatric outpatients have more correct knowledge than lay people about depression and treatment of depression. Most of the patients believed that depression is associated with social problems. Attitudes of the psychiatric outpatients toward patient with depression are more positive and more tolerant than lay people. However, patients with depressive episode have more negative and discriminative attitudes toward patients with depression and desire for social distance from patients with depression. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:100-108)

**Key words:** depression, stigmatization, labeling, public's attitude

## GİRİŞ

Ruhsal bozukluklara ilişkin tutumların araştırıldığı çok sayıdaki çalışmada, halkın ruhsal bozuklukları yeterince tanıyabildiği, fakat ruhsal bozukluğu olanlara karşı tutumlarının olumsuz olduğu, insanların bu hastalarla sosyal yakınlık kurmaktan çekindiği görülmüştür. Bu kaçınmanın önemli nedenlerinden biri, depresyonu olan hastalar da dahil olmak üzere halkın ruhsal bozukluğu olan kişileri tehlikeli ya da saldırgan kişiler olarak algılamalarıdır.<sup>1-4</sup> Ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik bu olumsuz ve reddedici tutumların yanında halkın hastalıklar ve sağaltımları konusundaki bilgilerinin de genellikle yetersiz ve yanlış olduğu görülmektedir.<sup>2-7</sup>

Toplumun ruhsal bozukluklarla ilgili tutumları, kişilerin çare arama davranışında, hekimle ilişkisinde ve sağaltıma uyumunda önemli rol oynar.<sup>8,9</sup> Ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz tutumlar, sağaltım için başvuruyu ve sağaltım sürecini olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>10</sup> Literatürde hastaların damgalanma endişesi ile psikiyatri servislerine başvurmaktan çekindikleri,<sup>11-14</sup> bazı kişilerin ruh sağlığı merkezlerine başvurduklarını gizleme gereksinimi duydukları bildirilmektedir.<sup>15</sup> Damgalanma algısı sağaltım açısından önemli bir engel olarak değerlendirilmekte,<sup>16</sup> damgalanmanın sağaltımdan daha hoşnutsuz olma ile de ilişkili olduğu bildirilmektedir.<sup>17</sup> Türkiye'de toplumun ruhsal bozukluklara yönelik tutumların araştırıldığı çok sayıda yayın olmakla birlikte, ruh sağlığı merkezlerine başvuranların tutumları ile ilgili yayınlar oldukça azdır. Oysa psikiyatri uygulamalarında tatmin edici bir sağaltım, hastayla işbirliği içinde olmakla olasıdır.<sup>18</sup> Bu işbirliğinin sağlanabilmesi için psikiyatri hizmetlerini kullanan kesimin ruhsal bozukluklar konusundaki bilgi ve tutumlarının bilinmesi gerekmektedir. Bu bilgiler, daha başarılı bir

sağaltım yanında, daha fazla psikiyatrik yardım alabilmeyi sağlamada ve ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında da yol gösterici olacaktır. Bu nedenlerle bu çalışmada, bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların depresyona ilişkin bilgi ve tutumları ve bunları etkileyen etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Çalışmanın örneklemini, Celal Bayar Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve ayaktan sağaltım gören hastalar arasından sistematik rasgele örneklem yöntemi ile belirlenen 200 hasta oluşturmuştur. Her gün için ilk başvuran hasta birinci olarak kabul edilmiş ve çalışmaya alınmış, sonraki her on birinci hasta da çalışmaya alınmıştır. Böylece her gün, her on hastadan biri örnekleme oluşturmuştur. Bu hastalardan birinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi ya da diğer alınma ölçütlerini karşılamaması durumunda bir sonraki hasta çalışmaya alınmıştır. Deneklerin çalışmaya alınabilmesi için psikiyatri polikliniğine başvurması, çalışmaya katılmayı kabul etmesi, 18 yaş ve üzerinde olması, soruları yanıtlayabilecek zihinsel ve fiziksel yeterlilikte olması koşulları aranmıştır. Bu nedenle herhangi bir psikotik bozukluk, demans, manik nöbet ya da zihinsel engelli tanıları konan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

### Kullanılan araçlar

Araştırmada, Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi (PAREM) araştırmacıları tarafından<sup>4</sup> geliştirilen ve 'Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması' projesinde kullanılan,

anket formunun 32 maddelik depresyon alt bölümü kullanılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak anketin depresyonu tanıma ile ilgili bölümüne bir madde eklenmiştir ('depresyon ruhsal bir hastalıktır'). Anket formunun depresyon kısmının ilk bölümde DSM-IV'te<sup>19</sup> tanımlandığı şekliyle majör depresif bozuklukta görülen belirtilerin bulunduğu bir olgu örneği verilerek, deneklerin bu olgu ile ilgili altı soruyu yanıtlamaları istenmiş, ikinci bölümdeki 27 soru ile verilen olgu örneğinin depresyon için bir örnek olduğu da söylenerek doğrudan depresyon ile ilgili tutumlar araştırılmıştır. Birinci bölümdeki dört ve ikinci bölümdeki 25 soruda maddeler derecelendirilmiş (katılıyorum, kısmen katılıyorum, pek katılmıyorum, katılmıyorum, fikrim yok), birinci ve ikinci bölümdeki kişiler soruda ise maddeler açıklanmış yanıtlar biçiminde düzenlenmiştir. PAREM anketi dışında, araştırmacılar tarafından geliştirilen sekiz maddelik sosyodemografik bilgi formu ve deneklerin hastalık özellikleri ile hastalıkları konusundaki bilgi ve düşüncelerini değerlendiren beş maddelik bir anket formu uygulanmıştır.

### Uygulama

Uygulama, hastayı poliklinikte izleyen hekimi dışındaki bir psikiyatri uzmanı ya da asistanı tarafından yüz yüze görüşme yolu ile yapılmıştır. Görüşmede formların doldurulmasından önce DSM-IV majör depresif nöbet ölçütleri kullanılarak hastanın nöbet içinde olup olmadığı değerlendirilmiştir.

### Değerlendirme

Değerlendirmede, 'kısmen katılıyorum' ve 'pek katılmıyorum' yanıtları çok düşük oranda olduğundan, 'kısmen katılıyorum' 'katılıyorum'a; 'pek katılmıyorum' ise 'katılmıyorum'a yakın kabul edilerek değerlendirilmiştir. 'Fikrim yok' yanıtı ise dağılımda kullanılmış, ancak sosyodemografik verilerin ve ruhsal bozukluk ve sağaltımla ilgili özelliklerin anket içindeki maddelere olan etkilerinin incelendiği analizde değerlendirme dışı bırakılmıştır. Sonuçlar SPSS-10.0 istatistik programında oluşturulan veri tabanına aktarılmıştır. Anket maddelerine verilen yanıtlar için dağılım dökümleri yapılmış, sosyodemografik değişkenlerin, sağlık ve sağaltım özelliklerinin maddelere olan etkilerinin incelenmesinde Lojistik Regresyon yöntemi kullanılmıştır. Açıklanmış yanıtların bulunduğu sağaltımla ilgili dört maddede yanıtların dağılım dökümleri yapılmış, yanıtlara sosyodemografik değişkenlerin etkisinin incelendiği analizde bu maddeler değerlendirme dışı bırakılmıştır. Lojistik regresyon analizinde,

sosyodemografik değişkenler Tablo 1'de gösterildiği üzere '1' ve '0' değerlerinin verildiği dikotom değişkenler olarak yeniden kodlanmıştır. Yaşın etkisini değerlendirmek için denekler daha önce yapılmış olan çalışmalarla karşılaştırma yapabilmek amacı ile<sup>3,11</sup> yaşlarına göre 45 yaş ve altı ile 45 yaş üstü olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Benzer şekilde kadın/erkek, evli olan/evli olmayan, ilköğretim ve altı/ilköğretim ve üstü, çalışan/çalışmayan, kent merkezinde oturan/kent merkezi dışında oturan karşılaştırılması yapılmıştır. Benzer şekilde bozukluk özelliklerinin karşılaştırılması için de ilk kez başvuranlar/kontrol görüşmelerine gelenler, depresif bozukluk tanıları konanlar (majör depresif nöbet, distimik bozukluk ve BTA depresif bozukluk tanıları)/diğer bir bozukluk tanıları olanlar karşılaştırılmıştır. Ayrıca görüşme yapıldığı sırada halen depresif nöbet içinde olan ve olmayan karşılaştırılması yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi için her anket maddesi tek tek bağımlı değişken olarak alınıp 'katılıyorum' yanıtı '1', 'katılmıyorum' yanıtı '0' olarak kodlanmıştır. Analiz için bağımlı değişken olarak alınan her anket maddesi için, bağımsız değişken olarak tüm sosyodemografik veriler ve ruhsal hastalığa ilişkin veriler birlikte alınmış, 'enter yöntemi' ile anket maddeleri üzerine olan etkileri incelenmiştir. Tüm değişkenler için '0' kodlananlar referans grup olarak alınmıştır.

### BULGULAR

**Katılımcıların demografik özellikleri:** Katılımcıların yaş ortalaması 38.34±13.20 (aralık: 18-73) olarak bulunmuştur. Örneklemin sosyodemografik özellikleri, Tanıl dağılımı ve hastalıkları ile ilgili özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Depresyonu tanıma ve depresyon kavramına bakış:** Katılımcıların %84'ü (s=168) tanımlanan depresyon olgusunda ruhsal bir bozukluk olduğunu belirtmiştir. Depresyonu 'bir hastalık' olarak gören katılımcıların oranı %92.5 (s=185), depresyonu 'ruhsal bir hastalık' olarak gören katılımcıların oranı ise %86 (s=172) olarak bulunmuştur. Depresyonu olanların 'akıl hastası' olduğunu düşünenlerin oranı ise %3.5'tir (s=7) (Tablo 2).

**Depresyon etiolojisine bakış:** Katılımcıların %84.5'i (s=169) tanımlanan olgu öyküsündeki durumun yaşanan sosyal sorunlardan kaynaklandığını belirtirken, depresyonun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını düşünenlerin oranı da %83.5'tir (s=166) (Tablo 2).

**Tablo 1.** Deneklerin sosyodemografik ve ruhsal bozuklukları ile ilgili özellikleri\*

Özellikler	Sayı	%
Yaş grupları		
18-45 <sup>(1)</sup>	136	68.0
46 ve üzeri <sup>(0)</sup>	64	32.0
Cinsiyet		
Kadın <sup>(0)</sup>	151	75.5
Erkek <sup>(1)</sup>	49	24.5
Medeni durum		
Evlenmiş <sup>(1)</sup>	154	77.0
Hiç evlenmemiş <sup>(0)</sup>	46	23.0
Çalışma durumu		
Çalışan <sup>(1)</sup>	55	27.5
Ev kadını <sup>(0)</sup>	84	42.0
İşsiz <sup>(0)</sup>	9	4.5
Emekli <sup>(0)</sup>	25	12.5
Öğrenci <sup>(0)</sup>	27	13.5
Eğitim**		
Okuryazar değil <sup>(0)</sup>	1	0.5
Okuryazar <sup>(0)</sup>	2	1.0
İlkokul <sup>(0)</sup>	58	29.0
Orta öğretim <sup>(1)</sup>	91	45.5
Yüksek okul <sup>(1)</sup>	47	23.5
Algılanan sosyoekonomik düzey		
Alt <sup>(0)</sup>	34	17.0
Orta-üst <sup>(1)</sup>	166	83.0
Yaşanan yer		
İl <sup>(1)</sup>	132	66.0
İl dışı <sup>(0)</sup>	68	34.0
Yakınlarında ruhsal bozukluk		
Evet <sup>(1)</sup>	76	38.0
Hayır <sup>(0)</sup>	124	62.0
Tanı dağılımı		
Depresif bozukluklar <sup>(1)</sup>	86	43.0
Anksiyete bozuklukları <sup>(0)</sup>	76	38.0
Somatoform bozukluklar <sup>(0)</sup>	26	13.0
Diğer <sup>(0)</sup>	12	6.0
Depresif nöbet varlığı***		
Depresif nöbet var <sup>(1)</sup>	42	21.0
Depresif nöbet yok <sup>(0)</sup>	158	79.0
Ruhsal tedavi süresi		
İlk geliş <sup>(0)</sup>	65	32.5
Kontrol <sup>(1)</sup> (8.52±12.87 ay)	135	67.5

\* Özelliklerin sağındaki üst simgeler, regresyon analizi için dikotom değişkenler haline getirmek için yapılan yeniden kodlama sonrası verilen değerlerdir.

\*\* Bir katılımcının bilgisi eksik, toplam sayı 199'dur.

\*\*\* Depresif nöbetteki üç deneğin tanısı "bipolar bozukluk, son nöbet depresif"tir.

**Depresyon sağaltımına bakış açısı:** Tanımlanan olgu için önerilen sağaltım seçeneklerine verilen yanıtlarda, 'öncelikle doktora başvurmak gerektiğini' belirtenlerin oranı %66.5 (s=133), gidilecek doktorun da psikiyatrist olması gerektiğini düşünenlerin oranı %94 (s=188) olarak bulunmuştur (Tablo 3). Deneklere 'depresyon geçirdiklerinde' öncelikle ne yapacakları sorulduğunda katılımcıların %72 (s=144) ile ilk sırada 'doktora giderim' yanıtını verdikleri, hekim seçiminde de %77.5 (s=155) oranı ile psikiyatrist seçeneğinin ilk sırada olduğu görülmüştür (Tablo 3). Depresyonun tedavi edilebilir bir bozukluk olduğunu düşünenlerin oranı %98.5 (s=197), sağaltımın ilaçlarla yapılması gerektiğini belirtenlerin oranı %90.5 (s=181), psikoterapi ile yapılması gerektiğini belirtenlerin oranı %89.5 (s=179) olarak bulunmuştur (Tablo 2).

**Depresyonu olan hastaya yaklaşım ve sosyal ilişki kurma özellikleri:** Deneklerin %52.5'i (s=105) "depresyonluların kendi yaşamlarıyla ilgili doğru karar alamayacaklarına inandıklarını", %50.5'i (s=101) "depresyonlu birisi ile evlenmeyeceğini", %28'i (s=56) de "depresyonlu kişilerin saldırgan olabileceğini" düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 4).

**Sosyodemografik değişkenlerin ve ruhsal hastalık özelliklerinin anket maddelerine verilen yanıtlara etkisi:** Sosyodemografik değişkenler ve hastanın depresyon tanısının olup olmaması, anketi yanıtladığında depresif nöbet içinde olup olmadığı ve sağaltım süresi gibi hastalıkla ilgili özelliklerin anket sorularının yanıtlarına etkisi lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında 29 maddeden 10'unda anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 5). Görüşme yapıldığında depresif nöbet içinde olan denekler 'Fatma Hanım'da bedensel bir hastalık vardır' (p=0.030), 'Depresyonlu olanlar tam olarak düzelmez' (p=0.003) ve 'Depresyonlular saldırgan olur' maddelerine (p=0.029) daha yüksek oranda 'katılıyorum' yanıtı; 'Depresyonlu bir kişi ile birlikte çalışabilirim' (p=0.004) ve 'Depresyonlu bir kişi ile evlenebilirim' maddelerine (p=0.014) daha düşük oranda 'katılıyorum' yanıtı vermiştir.

## TARTIŞMA

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyon kavramını araştıran maddelere verdikleri yanıtlara bakıldığında yüksek oranda 'depresyonun bir hastalık' ve 'ruhsal hastalık olarak' tanımlandığı görülmüştür. Bu oranlar hem aynı

## 104 Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları

**Tablo 2.** Depresyonu tanıma, depresyona kavramına bakış, depresyon etiyojisine ve sağaltımına ilişkin maddelere verilen yanıtlar

	Katılıyorum sayı	%	Katılmıyorum sayı	%	Fikrim yok sayı	%
Fatma Hanım'da bedensel bir hastalık bulunmaktadır	46	23.0	140	70.0	14	7.0
Fatma Hanım'da ruhsal bir hastalık bulunmaktadır	168	84.0	25	12.5	7	3.5
Depresyon aşırı üzüntü halidir	182	91.0	13	6.5	5	2.5
Depresyon bir ruhsal zayıflık halidir	166	83.0	28	14.0	6	3.0
Depresyon bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur	171	85.5	21	10.5	4	2.0
Depresyon ruhsal bir hastalıktır	172	86.0	24	12.0	4	2.0
Depresyonu olanlar akıl hastasıdır	7	3.5	193	96.5	-	-
Depresyon bir hastalıktır	185	92.5	12	6.0	3	1.5
Fatma Hanım'ın bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır	114	57.0	59 (29.5)	27	(13.5)	
Fatma Hanım'ın bu durumu yaşadığı sosyal sorunlardan (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) kaynaklanmaktadır	169	84.5	23 (11.5)	8	(4)	
Depresyon sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailesel sorunlar gibi) nedeniyle ortaya çıkar	167	83.5	26 (13)	7	(3.5)	
Depresyon bulaşıcıdır	5	2.5	191 (95.5)	4	(2)	
Depresyon doğuştan gelen bir hastalıktır	11	5.5	183 (91.5)	6	(3)	
Ortam değişikliği (tatile çıkmak gibi) depresyonun geçmesine önemli katkıda bulunur	135	(67.5)	56 (28)	9	(4.5)	
Depresyonlu olanlar tam olarak düzelmez	39	(19.5)	148 (74)	13	(6.5)	
Hacı ya da hocalar depresyonun geçmesini sağlayabilir	7	(3.5)	190 (95.5)	3	(1.5)	
Sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailesel sorunlar gibi) çözülmeden depresyon geçmez	118	(59)	73 (36.5)	9	(4.5)	
Depresyon tedavi edilebilir bir hastalıktır	197	(98.5)	1 (0.5)	2	(1)	
Depresyon ilaçla tedavi edilebilir bir hastalıktır	181	(90.5)	7 (3.5)	12	(6)	
Depresyon psikoterapi (konuşma tedavisi) ile tedavi edilebilir bir hastalıktır	179	(89.5)	4 (2)	17	(8.5)	
Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilir	70	(35.5)	73 (36.5)	57	(28.5)	
Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yaparlar	84	(42)	54 (27)	62	(31)	

anketin kullanıldığı kırsal ve kentsel alandaki çalışmalarda bulunanlardan,<sup>4,5</sup> hem de daha önceki, başka kültürlerde genel halkın katılımcı olarak alındığı çalışmalarda bulunanlardan<sup>6,9</sup> daha yüksektir. Bu sonuçlar, ruhsal bozukluklar ya da psikiyatri ile tanışıklığın depresyonun tanınması konusunda olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir. Öte yandan depresyonu olan kişileri 'akıl hastası' olarak tanımlayan denek sayısı çok düşük orandadır (%3.5). Aynı madde

için verilen kırsal ve kentsel kesim örneklemi-  
deki oranlar sırasıyla %44.7 ve %13.4'tür.<sup>4,5</sup>  
Depresyonun tanınması ve bir 'ruhsal hastalık'  
olarak değerlendirilmesi aynı anketin kullanıldığı  
diğer çalışmalardan daha yüksekken, 'akıl has-  
talığı' olarak tanımlanmasının düşük oranlarda  
kalmamasının olası bir nedeni, bu etiketin damga-  
layıcı içeriğinin daha yüksek olmasıdır.<sup>3,5,20</sup> Öte  
yandan depresyonu olağanlaştırma eğilimi de  
diğer çalışmalardan<sup>4,5</sup> daha yüksek oranlarda

**Tablo 3.** Tanımlanan olgu ve deneklerin kendileri için sağaltım ve başvurulacak doktor seçimleri

	Sayı	%
<b>Olgu öyküsü için önerilen sağaltım ve hekim seçimleri</b>		
Öncelikle bir doktora gitmesi gerekmektedir	133	66.5
Öncelikle güçlü olması gerekmektedir. İsterse bu durumu aşabilir	35	17.5
Öncelikle bir tatile çıkması, bulunduğu ortamdan uzaklaşması gerekmektedir	17	8.5
Öncelikle yaşadığı şartların düzeltilmesi gerekmektedir	14	7.0
Diğer	1	0.5
<hr/>		
Sağlık ocağı doktoru	7	3.5
İç hastalıkları doktoru	5	2.5
Ruh sağlığı ve hastalıkları doktoru	188	94.0
Doktora gitmesine gerek yok	-	-
Diğer	-	-
<hr/>		
<b>Katılımcıların kendileri için sağaltım ve hekim seçimleri</b>		
Tatile çıkardım	17	8.5
Doktora giderdim	144	72.0
Dini yardım arardım	2	1.0
Hiçbir şey yapmazdım	34	17.0
Diğer	3	1.5
<hr/>		
Sağlık ocağı doktoru	7	3.5
Ruh sağlığı ve hastalıkları doktoru	155	77.5
İç hastalıkları doktoru	14	7.0
Beyin cerrahı	1	0.5
Nörolog	21	10.5
Hiçbir doktora gitmezdim	-	-
Diğer	2	1.0

**Tablo 4.** Depresyonlu hastalara yaklaşım ve sosyal ilişki ile ilgili maddelere verilen yanıtlar

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Depresyonlu hastalar toplum içinde serbest dolaşmamalıdır	12	6.0	184	92.0	4	2.0
Depresyonlu bir kişiyle birlikte çalışabilirim	161	80.5	38	19.0	1	0.5
Depresyonlu bir kişi ile evlenebilirim	95	47.5	101	50.5	4	2.0
Depresyonlu bir komşum olması beni rahatsız etmez	160	80.0	39	19.5	1	0.5
Evim olsa depresyonlu birisine kiraya vermem	50	25.0	144	72.0	6	3.0
Depresyonlular saldırgan olur	56	28.0	135	67.5	9	4.5
Depresyonlular kendi yaşamlarıyla ilgili doğru kararları alamaz	105	52.5	91	45.5	4	2.0

bulunmuştur (depresyonu 'aşırı üzüntü hali' ya da 'herkesin zaman zaman yaşayacağı bir durum' olarak değerlendirmek). Bu durumun nedeni, hastaların 'ruhsal hastalık etiketi' alma

ve damgalanma korkusundan kaynaklanıyor olabilir. Daha önceki birçok çalışmada, toplumda ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik olumsuz tutumların bulunduğu, damgalamanın ve ayırım-

**Tablo 5.** Sosyodemografik özellikler ve hastalıklarla ilgili değişkenlerin tutumlar üzerine etkisinin araştırıldığı lojistik regresyon analizi sonuçları

	p	B	R	OR	%95 GA
<i>'Fatma Hanımda bedensel bir hastalık bulunmaktadır'</i>					
Epizot (var)	0.030	1.909	0.180	6.745	1.204-37.784
Yaşanılan yer (il merkezi)	0.027	-1.485	-0.184	0.226	0.060-0.848
<i>'Fatma Hanımın bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır'</i>					
Yaş (45 yaş altı)	0.047	1.321	0.134	3.748	1.020-13.769
Sağaltım süresi (Kontrol)	0.020	1.971	0.176	7.179	1.350-38.155
<i>'Fatma Hanımın bu durumu yaşadığı sosyal sorunlardan kaynaklanmaktadır'</i>					
Eğitim (ilkokul üstü)	0.037	-2.528	-0.183	0.080	0.007-0.856
<i>'Depresyonlu olanlar tam olarak düzelmez'</i>					
Epizot (var)	0.003	2.730	0.272	15.336	2.505-93.878
<i>'Depresyonlu bir kişiyle birlikte çalışabilirim'</i>					
Epizot (var)	0.004	-2.206	-0.241	0.110	0.024-0.498
<i>'Depresyonlu bir kişi ile evlenebilirim'</i>					
Epizot (var)	0.014	-1.958	-0.186	0.141	0.029-0.675
Algılanan sosyoekonomik düzey (orta-üst)	0.023	2.917	0.165	18.495	1.490-229.64
<i>'Depresyonlular saldırgan olur'</i>					
Epizot (var)	0.029	1.556	0.160	4.741	1.169-19.230
<i>'Depresyonlu bir komşum olması beni rahatsız etmez'</i>					
Sağaltım süresi (Kontrol)	0.007	2.145	0.222	8.542	1.786-40.852
<i>'Depresyon ruhsal bir hastalıktır'</i>					
Cinsiyet (erkek)	0.009	-4.006	-0.300	0.018	0.001-0.375
<i>'Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilir'</i>					
Cinsiyet (erkek)	0.025	2.299	0.187	9.967	1.341-74.074

cılığın yaygın olduğu gösterilmiş ve depresyon geçirdiği bilinen kişilerin toplumda bazı dezavantajlar yaşadıkları bildirilmiştir.<sup>16,21-25</sup>

Depresyonun etiolojisi ile ilgili olarak katılımcıların büyük bir bölümünün depresyonun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını düşündüğü görülmüştür. Daha önceki birçok çalışmada da, etiolojide yine en çok sosyal sorunlar ve yaşam olayları sorumlu tutulmuştur.<sup>4,5,7,26-30</sup> Bu sonuçlar toplumların kültürden ve sosyal sınıftan bağımsız olarak depresyonu sosyal sorunlara bağlama eğiliminde olduğunu düşündürmektedir.

Deneklerin çoğunun depresyonun sağaltılabilir bir hastalık olduğunu, sağaltımda ilaçlar ve psikoterapinin yararlı olduğunu düşündükleri görülmüştür. Bu oranlar aynı anketin kullanıldığı kentsel ve kırsal kesim çalışmalarından daha yüksektir. Ayrıca bu örneklemin depresyon sağaltımı konusundaki bilgilerinin de diğer çalışmalardakilere göre daha doğru olduğu görülmüştür.<sup>4,5</sup> Bunun en önemli nedeni, hastaların psikiyatri ve bozuklukla tanışık olmaları ve belki de kendi deneyimleri nedeniyle bu konuda

bilgilenmiş olmaları olabilir. Özellikle sosyal sorunlar çözülmeden depresyonun iyileştirilemeyeceği inancının diğer örneklem gruplarından daha düşük olmasının nedeni, hastaların sağaltıma yanıt vermeleri ve sorunların sürmesine karşın iyileşmeleri olabilir.

Depresyonu olan hastalara yaklaşım ve sosyal ilişki kurma konusundaki maddelere verilen yanıtlara bakıldığında, deneklerin birçok çalışmadakinin aksine oldukça olumlu tutumlara sahip olduğu görülmektedir. Aynı anketin kullanıldığı önceki çalışmalar göz önüne alındığında, en önemli fark bu maddelerde ortaya çıkmıştır.<sup>4,5</sup> Hastaların depresyonu olan kişileri genel halka göre daha fazla kabul etmelerinin ya da ayrımcı davranmamalarının nedeni, kendilerinin bu ayrımcılığa ya da damgalanmaya maruz kalmış olmaları olabilir. Bu durumun diğer bir nedeni de, bozukluklarla tanışıklık nedeniyle bu konuda daha fazla bilgi sahibi olmaları olabilir. Yine de depresyonu olan birisi ile evlenme konusunda hastalarda da bir tereddüt bulunmaktadır.

Sosyodemografik değişkenlerin ve deneklerin ruhsal bozukluk özelliklerinin anket maddelerine verilen yanıtlara etkisi incelendiğinde; 10 maddede istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Sosyodemografik değişkenlerden yaş bir, eğitim düzeyi bir, algılanan sosyoekonomik düzey bir, cinsiyet iki ve yaşanan yer değişkeni bir maddede farka neden olmuştur. Bu sonuçlarla, sosyodemografik değişkenlerin depresyona yönelik tutumlarda önemli bir farka neden olmadığını söylemek olasıdır; çünkü farklı değişkenler 33 maddelik ankette ancak bir ya da iki maddede farka neden olmuştur. Deneklerin hastalıkları ve hastalıklarının özelliklerinin etkisi incelendiğinde de görüşme yapıldığı dönemde nöbet içinde olmanın üçü sosyal mesafe ile ilgili olmak üzere beş maddede, kontrol ya da ilk geliş olmanın da iki maddede fark yarattığı görülmüştür. Hastanın tanısının depresyon olup olmaması ise, farka yol açmamaktadır. Nöbet içinde olan denekler depresyonu olan birisiyle birlikte çalışma ve depresyonu olan birisi ile evlenme konusunda daha olumsuz ve reddedici tutumlara sahiptir. Ayrıca 'depresyonluların saldırgan olduğu' inancını da daha fazla taşımaktadır. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, depresyon geçirmenin değil, depresif nöbet içinde olmanın depresyonu olan hastalara yönelik tutumlarda olumsuz yönde etkili olduğunu söylemek olasıdır. Depresyonun olup olmasının bir fark yaratmayıp nöbet içinde olmanın böyle bir farka yol açmasının en olası nedeni, depresif nöbet içindeyken kişilerin gerek kendileri, gerekse dış dünyayı daha olumsuz algılaması, bozukluğun bir klinik özelliğinin sonucudur. Nöbet içinde olmanın depresyonun sağaltılabilirliği konusunda da daha kötümser olmaları da bu görüşü desteklemektedir. Çalışmalarda depresyonu olan hastalarda depresyon şiddeti ile damgalanma algısı<sup>31</sup> ve kendini

damgalama eğilimleri arasında güçlü bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir.<sup>32</sup> Depresyon tanısı konmasa bile, hastalarda depresif belirtilerin varlığının damgalanma kaygısını artırdığı bilinmektedir.<sup>33</sup> Bu bulgular, poliklinik uygulamalarında psikiyatristlerin, hastaların bu özelliklerini göz önünde bulundurmaları gerektiğini ve sağaltım sürecinde damgalama ve damgalanma algısının/kaygısının getireceği sorunları akılda tutmaları açısından önemlidir. Bir başka önemi de, toplum örneklemleri çalışmaları, depresyonun yaygın görülen bir tablo olması nedeni ile, bu durumun araştırma sonuçlarını etkileyebilecek olmasıdır. Bu nedenle genel popülasyonda yapılan çalışmalarda deneklerdeki depresif nöbetin varlığının dikkate alınması daha doğru sonuçlara ulaşmayı sağlayacaktır.

Sonuç olarak psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar depresyon ve depresyon sağaltımı konusunda genel halka göre daha çok, ya da daha doğru bilgilere sahiptir. Depresyon etiolojisi açısından psikiyatri hastalarının inançları genel halka benzer şekildedir ve ilk sırada sosyal sorunlar sorumlu tutulmaktadır. Kültürden ve sosyal sınıftan bağımsız olarak halk depresyonu sosyal sorunlara bağlama eğilimindedir. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyonu olanları ve bozukluğu damgalama eğilimi genel halka göre belirgin olarak daha düşüktür. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların, depresyonu olan hastalara yönelik tutumlarının toplumdan daha olumlu, daha hoşgörülü ve kabullenici olduğunu söylemek olasıdır. Sosyodemografik değişkenlerin ya da tanının bu tutumlar üzerinde önemli bir etkisi yoktur; ancak depresif nöbet içinde olmak, depresyonu olan hastalara karşı daha mesafeli, olumsuz ve ayrımcı tutumlara neden olmaktadır.

## KAYNAKLAR

- Hillert A, Sandmann J, Ehming SC, Weisbecker H, Kepplinger HM, Benkert O. The general public's cognitive and emotional perception of mental illness: An alternative to attitude-research. J Guimon, W Fischer, Sartorius N (Eds.), *The Images of Madness, The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*, Basel, Karger, 1999, p.56-71.
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177:4-7.
- Taskin EO, Sen FS, Aydemir O, Demet MM, Ozmen E, Icelli I. Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:586-592.
- Özmen E, Ögel K, Boratav C, Sağduyu A, Aker T, Tamar D. Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul örneği. *Turk Psikiyatri Derg* 2003; 140:89-100.
- Şen FS, Taşkın EO, Özmen E, Aydemir Ö. Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın depresyona ilişkin tutumları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2003; 4:133-143.



6. 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. *M J A* 1997; 166:182-186.
7. 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.
8. Jorm AF, Christensen H, Medway J, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B. Public beliefs system about the helpfulness of interventions for depression: Associations with history of professional help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2000; 35:211-219.
9. Angermeyer MC, Matschinger H, Reidel-Heller SG. Whom to ask for help in case of a mental disorder? *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1999; 34:202-210.
10. Becker T, Thornicroft G, Leese M, McCrone P, Johnson S, Albert M, et al. Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *Br J Psychiatry* 1997; 171:15-19.
11. Bhugra D. Attitudes towards mental illness: a review. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80:1-12.
12. Byrne P. Psychiatric stigma: Past, passing and to come. *J Royal Soc Med* 1997; 90:618-621.
13. Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the defeat depression campaign. *Br J Psychiatry* 1998; 173:519-522.
14. Ojeda VD, McGuire TG. Gender and racial/ethnic differences in use of outpatient mental health and substance use services by depressed adults. *Psychiatr Q* 2006; 77:211-22.
15. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL, Holzer CE. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Community Psychol* 1987; 15:275-284.
16. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Serv* 2001; 52:1615-1620.
17. Desai RA, Stefanovics EA, Rosenheck RA. The role of psychiatric diagnosis in satisfaction with primary care: data from the department of veterans affairs. *Med Care* 2005; 43:1208-1216.
18. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:479-481.
19. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, dördüncü baskı* (DSM-IV). E Köroğlu (Çev.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
20. Özmen E, Taşkın EO, Özmen D, Demet MM. Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Derg* 2004; 15:47-55.
21. Roeloffs C, Sherbourne C, Unützer J, Fink A, Tang L, Wells KB. Stigma and depression among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25:311-315.
22. Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Serv* 2003; 54:1105-1110.
23. Raguram R, Weiss MG, Channabasavanna SM, Devins GM. Stigma, depression and somatization in South India. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1043-1049.
24. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B, Pollitt P, Christensen H, et al. Helpfulness of interventions for mental disorder: beliefs of health professionals compared with the general public. *Br J Psychiatry* 1997; 171:233-237.
25. Social DW, Holtgraves T. Attitudes toward the mentally ill: the effects of label and beliefs. *Soc Q* 1992; 33:435-445.
26. Arsan C, Oğuz A, Öklü D. Nevrotiklerin rahatsızlıklarının doğası hakkında ne düşündükleri ve tedavi beklentileri. *Tıp Dünyası* 1984; 57:111-119.
27. Karancı AN. Patterns of depression in medical patients and their relationship with causal attributions for illness. *Psychoter Psychosom* 1988; 50:207-215.
28. Sims A. The scar that is more than skin deep: The stigma of depression. *Br J Gen Pract* 1993; 43:30-31.
29. 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 Psychiatric Epidemiol* 1997; 32:143-148.
30. Angermeyer MC, Matschinger H. Lay beliefs about mental disorder: a comparison between the Western and the Eastern parts of Germany. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1999; 34:275-281.
31. Pyne JM, Kuc EJ, Schroeder PJ, Fortney JC, Edlund M, Sullivan G. Relationship between perceived stigma and depression severity. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192:278-283.
32. Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Yen JY, Ko CH. Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatr Serv* 2005; 56:599-601.
33. Freidl M, Piralic Spitzl S, Aigner M. How depressive symptoms correlate with stigma perception of mental illness. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20:510-514.