

Depresyon ile İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği

Dr. Erol ÖZMEN¹, Dr. Kültegin ÖGEL², Dr. Cumhuri BORATAV³, Dr. Afşın SAĞDUYU⁴,
Dr. Tamer AKER⁵, Dr. Defne TAMAR⁶

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, halkın depresyon ile ilgili bilgi ve tutumunu ve bunu etkileyen sosyodemografik etmenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma, 2000 yılında İstanbul'un 24 ayrı ilçesinde yaşayan 707 yetişkin ile, evlerinde yüz yüze görüşme yolu ile gerçekleştirilmiştir. Halkın depresyona yönelik tutumuna sosyodemografik etmenlerin etkisini belirlemek için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %78.9'unun tanımlanan depresyon olgusunda bir ruhsal hastalık bulunduğunu düşündüğü görülmüştür. Sosyal sorunlar (%86.6) ve kişilik zayıflığı (%68.2) etiyojide en çok sorumlu tutulan etmenlerdir. Örneklemin %43.3'ü depresyonlu kişilerin saldırgan olduğunu, %22.8'i depresyonlu hastaların toplum içinde serbest dolaşmamaları gerektiğini belirtmiştir. Depresyon olgusunun tedavisinde katılımcıların %51.9'u bir doktora gidilmesi gerektiğini belirtmiştir. Depresyonun bir hastalık olduğunu düşünen katılımcıların %94.5'i depresyonun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu, %54.9'u depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etkiler yaptığını düşünmektedir. Tutumu en çok etkileyen etmenin yaş olduğu görülmüştür.

Sonuç: Elde edilen sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde toplum içinde depresyona bir hastalık olarak bakıldığı, ancak sosyal bir sorun olarak algılanma eğiliminin bulunduğu, depresyonun ilaçla tedavi edilebildiği düşünülüyor olmakla birlikte ilaçlarla ilgili yanlış bilgilerin bulunduğu, depresyonlu hastaların toplum içinde kabul edilebilirliklerinde tereddütlerin bulunduğu görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, tutum, bilgi

SUMMARY: The Knowledge and Attitudes of the Public Towards Depression: An Istanbul Population Sample

Objective: To assess the public's knowledge and attitudes towards depression and associated sociodemographic factors.

Method: The survey was conducted in 2000 using face-to-face interviews in the homes of 707 adults in 24 different districts of İstanbul. Logistic regression analysis was used to assess the influence of sociodemographic factors on attitudes toward depression.

Results: The results indicate that 78.9% diagnosed the depression vignette as a mental disorder. 86.6% of the sample considered "social environmental factors" and 68.2% "weak personality" to be as the cause of depression. 43.3% of the population thought that people with depression are aggressive, and 22.8% believe that their freedom should be restricted. 51.9% percent of the subjects thought that the patient defined in the vignette should consult a physician. 94.5% percent of the respondents who thought of depression as an illness believe that depression is treatable and 54.9% of the respondents consider that the drugs used to treat depression have serious side effects. When the effect of sociodemographic factors on community attitudes was analysed by logistic regression, age was found to have the most significant influence on community attitudes towards depression.

Conclusion: The results suggest that the public identifies depression as an illness, has a tendency to perceive depression as a social problem, believes that depression could be treated by drugs, has incorrect knowledge about drugs and treatment, and is in doubt about the acceptance of depressive patients in society.

Key Words: Depression, attitudes, knowledge

Bu çalışmada, PAREM (Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi) tarafından planlanarak yürütülen ve Astra Zeneca İlaç Firması tarafından desteklenen RUTUP (Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması Projesi)'tan elde edilen verilerden yararlanılmıştır.

¹Prof., Celal Bayar Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Manisa. ²Doç., ⁶Uzm., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

³Yrd. Doç., Kırıkkale Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Kırıkkale. ⁴Doç., Başkent Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Ankara. ⁵Doç., Kocaeli Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD., İzmit.

GİRİŞ

Günümüzde hala halkın ruhsal hastalıklar ile ilgili birçok olumsuz düşünce, tutum ve davranışa sahip olduğu görülmektedir (Byrne 1999). Bu durum toplum içinde yaygınlık hızı yüksek olan depresyon için de söz konusudur. Örneğin, İngiltere’de 1991 yılında yapılan bir çalışmada depresyonun nedeni olarak işsizlik, aileden birinin ölümü ve bir ilişkinin bozulması gibi sosyal etmenlerin görüldüğü, depresyonlu hastanın damgalanma endişesi ile doktora başvurmaya çekinebileceğinin ve antidepresanların bağımlılık yaptığının düşünüldüğü gözlenmiştir (Priest ve ark. 1996). Yine İngiltere’de 1998 yılında yapılan bir çalışmada halkın ciddi psikiyatrik hastalıklar ile ilgili görüşleri araştırılmış ve ciddi depresyonlu hastaların başkaları için tehlikeli ve davranışlarının öngörülemez olduğu, bu hastaların kendilerini kontrol edemeyeceği, iyileşmelerinin güç olduğu yargılarının bulunduğu belirlenmiştir (Crisp ve ark. 2000). Avustralya’da 1995 yılında yapılan bir çalışmada halkın depresyonu bir ruhsal rahatsızlık olarak tanıyabildiği, ancak tedaviyle ilgili yanlış bilgilere sahip olduğu gözlenmiştir (Jorm ve ark. 1997a).

Bugüne kadar ülkemizde halkın ruhsal hastalıklar ile ilgili tutumunu araştıran geniş boyutlu bir araştırma yapılmamıştır. Yapılan araştırmalarda, çalışmaya alınan kişilerin sosyal yakınlık içeren ortamlarda akıl hastası ile etkileşimi azaltma eğiliminde oldukları (Arkar 1991); anksiyete nevrozu/depresyonu olan kişileri, paranoid şizofreni olgularına göre daha mutlu, daha verimli, daha iyi, daha çağdaş, daha temiz, daha az tehlikeli, daha sık rastlanan şeklinde değerlendirdiği (Arkar 1992); paranoid şizofreni olgusunun, anksiyete nevrozu/depresyon olgusuna göre daha fazla oranda bir akıl hastalığı olarak görüldüğü ve sosyal mesafe konulduğu, daha fazla fiziksel yük getiren ve kötü prognoza sahip bir hastalık olarak değerlendirildiği (Arkar ve Eker 1996) belirtilmiştir.

Toplumun depresyonla ilgili tutumları depresyonlu kişinin bunu fark edebilmesini, çare arama davranışını, hekimle ilişkiye giriş biçimini, tedavi uygulamalarına uyumunu etkilemektedir (Jorm ve ark. 2000, Angermeyer ve ark. 1999, Byrne 1999). Diğer yandan halka yönelik eğitim programlarının halkın farkında oluşunu arttırdığı ve depresyonla ilgili tutum ve davranışlarında

olumlu değişiklikler yarattığı gözlenmiştir (Paykel ve ark. 1998, Ögel ve ark. 1996). Bu nedenle, toplumun depresyonla ilgili tutumlarının belirlenmesi, her türlü eğitim programının hazırlanmasında, birincil, ikincil ve üçüncül koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmada halkın depresyon ile ilgili bilgi, tutum ve davranışının ve bunu etkileyen sosyodemografik değişkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırmada Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Derneği (PAREM) tarafından planlanarak yürütülen “Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması” (RUTUP) projesi verilerinden yararlanılmıştır. Bu proje kapsamında araştırmacılar tarafından 5 ayrı bölüm ve 142 sorudan oluşan bir anket formu geliştirilmiştir. Ankette demografik bilgiler ve sağlık bilgileri ile ilgili 18, depresyon ile ilgili 32, şizofreni ile ilgili 32, deprem sonrası ruhsal durum ile ilgili 31 ve sigara-madde alışkanlıkları ile ilgili 29 soru bulunmaktadır.

Anket formunun depresyon kısmı iki ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde DSM-IV’de (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanımlandığı şekliyle major depresyonda görülen belirtilerin tanımlandığı bir olgu örneği verilerek, çalışmaya katılan kişilerin bu vaka ile ilgili 6 soruyu yanıtlamaları istenmiştir. İkinci bölümde ise verilen vaka örneğinin depresyon için bir örnek olduğu da söylenerek 26 soru ile doğrudan depresyon ile ilgili halkın bilgi ve tutumu araştırılmıştır. Birinci bölümdeki 4, ikinci bölümdeki 24 soruda maddeler ile ilgili yanıtlar derecelendirilmiş (katılıyorum, kısmen katılıyorum, pek katılmıyorum, katılmıyorum, fikrim yok) ve birinci bölümdeki 2, ikinci bölümdeki 2 soruda ise yanıtlar çeşitli önermeler biçiminde düzenlenmiştir. İkinci bölümde bulunan 26 sorudan 8’i yalnız “depresyon bir hastalıktır” sorusuna “katılıyorum” ya da “kısmen katılıyorum” yanıtı veren hastalara sorulmuştur.

Araştırma, İstanbul’un 24 ilçesinde, 2000 yılının Haziran ayında gerçekleştirilmiştir. 32 ilçesi bulunan İstanbul’un merkezine uzak olan 8 ilçe araştırmaya dahil edilmemiştir. İlçeler birincil örneklem kümesi olarak belirlenerek, her ilçeden

TABLO 1. Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri ile Özgeçmişlerinde Ruhsal Tedavi Görme ve Soygeçmişlerinde Ruhsal Hastalık Bulunma Durumlarına Göre Dağılımı (İstanbul, 2000).

	n	%		n	%
Yaş grupları			Sosyoekonomik sınıf		
18-25	183	25.9	Yüksek	67	9.5
26-35	256	36.2	Ortanın üzeri	264	37.3
36-45	145	20.5	Ortanın altı	244	34.5
46-55	76	10.7	Düşük	132	18.7
55 üstü	47	6.7			
Cinsiyet			Ruhsal tedavi görme durumu		
Erkek	364	51.5	Evet	47	6.6
Kadın	343	48.5	Hayır	660	93.4
Medeni durum			Yakınlarında ruhsal hastalık olma durumu		
Evli	503	71.1	Evet	77	10.9
Eşi ölmüş	16	2.3	Hayır	630	89.1
Ayrı	2	0.3			
Boşanmış	11	1.6			
Hiç evlenmemiş	175	24.7			
Çalışma durumu			Ruhsal hastalığı olan yakınının akrabalık düzeyi		
Çalışan	373	52.8	Anne-baba	10	13.0
Ev kadını	233	32.9	Kardeş	18	23.4
İşsiz	31	4.5	Çocuk	5	6.5
Emekli	35	4.9	Eş	8	10.4
Öğrenci	35	4.9	Diğer	36	46.7
Öğrenim durumu			Ruhsal hastalığı olan yakınının tanısı		
İlkokul	27	3.8	Depresyon	30	39.0
Ortaokul	325	46.0	Şizofreni	8	10.4
Lise	108	15.3	Diğer	39	50.6
Yüksekokul-Üniversite	247	34.9			

örnekleme alınan kişi sayısı ilçenin nüfus ağırlığına göre hesaplanmıştır. Araştırmaya alınan ilçelerde bulunan tüm sokaklar kaydedilerek rastgele örnekleme yöntemi ile seçim yapılmış ve yine her sokaktan aynı yöntemle seçilen hanelere gidilmiştir. Bulunmayan hanenin ve okul, dükkan gibi binaların yerine bir sonraki binaya geçilmiştir. Hanede bulunan ve 15 yaşını doldurmuş kişiler arasından çalışmaya katılmayı kabul eden ve soruları yanıtlayabilecek zihinsel yeterlilikte olan kişiler araştırmaya alınmıştır. Denekler hanede bulunanlar arasından yine rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş, erkek ve kadın oranları arasındaki eşitliği gözetebilmek amacıyla hafta sonu ve akşamları da hane ziyaretleri yapılmıştır. Araştırmaya 707 kişi alınmış olup, örneklemin sosyodemografik özellikleri, özgeçmişte ruhsal tedavi görme ve soygeçmişte ruhsal hastalık bulunma durumları Tablo 1’de verilmiştir.

Anketin uygulaması yüz yüze görüşme ile bir araştırma şirketinin anketörleri tarafından yapılmıştır. Anketörler çalışma öncesi araştırmacılar tarafından eğitilmiş ve yaptıkları pilot uygulamalar denetmenler tarafından gözden geçirilmiştir. Pilot uygulamalar araştırma kapsamında değerlendirilmemiştir. Belli bir tutarlığın sağlanabilmesi için anketörlerin sayısı 8’le sınırlı tutulmuş, araştırma herhangi bir yanlılığa izin vermemek için çok kısa ve ana hatlarıyla anlatılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme yapılırken yanıtların derecelendirilmiş olduğu (katılıyorum, kısmen katılıyorum, pek katılmıyorum, katılmıyorum, fikrim yok) sorularda “katılıyorum” ve “kısmen katılıyorum” yanıtları birleştirilerek “katılıyorum” olarak, “katılmıyorum” ve “pek katılmıyorum” yanıtları birleştirilerek “katılmıyorum” olarak ele alınmıştır. Yanıtların çeşitli önermeler biçiminde olduğu sorularda ise doğrudan elde edi-

TABLO 2. Katılımcıların Depresyon ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı (İstanbul, 2000).

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Depresyon aşırı üzüntü halidir	624	88.3	53	7.5	30	4.2
Depresyon bir ruhsal zayıflık halidir	539	76.2	115	16.3	53	7.5
Depresyon sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) nedeniyle ortaya çıkar	636	90.0	50	7.1	21	3.0
Ortam değişikliği (tatile çıkmak gibi) depresyonun geçmesine önemli katkılarda bulunur	594	84.0	84	11.9	29	4.1
Depresyonu olanlar tam olarak düzelmez	166	23.5	476	67.3	65	9.2
Hacı ya da hocalar depresyonun geçmesini sağlayabilir	88	12.4	588	83.2	31	4.4
Sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) çözülmeyen depresyon geçmez	549	77.7	128	18.1	30	4.2
Depresyonlu hastalar toplum içinde serbest dolaşmamalıdır	161	22.8	510	72.1	36	5.1
Depresyonlu bir kişi ile birlikte çalışabilirim	380	53.7	284	40.2	43	6.1
Depresyonu olan bir kişiyle evlenebilirim	197	27.9	457	64.6	53	7.5
Depresyonlu bir komşu olması beni rahatsız etmez	481	68.0	195	27.6	31	4.4
Evim olsa depresyonu olan bir kişiye kiraya vermem	304	43.0	333	47.1	70	9.9
Depresyonlu kişiler saldırgan olur	306	43.3	317	44.8	84	11.9
Depresyonlu kişiler kendi hayatları ile ilgili doğru karar alamaz	545	77.1	128	18.1	34	4.8
Depresyon bulaşıcıdır	33	4.7	643	90.9	31	4.4
Depresyonu olanlar akıl hastasıdır	101	14.3	568	80.3	38	5.4
Depresyon bir hastalıktır	451	63.8	219	31.0	37	5.2
Depresyon tedavi edilebilen bir hastalıktır*	467	66.1	23	3.3	4	0.6
Depresyon ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır*	291	41.3	143	20.2	60	8.5
Depresyon psikoterapi (konuşma tedavisi) ile tedavi edilebilen bir hastalıktır*	443	62.7	25	3.5	26	3.7
Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilirler*	307	43.4	58	8.2	129	18.2
Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etkiler yaparlar*	271	38.2	59	8.3	164	23.2
Depresyon doğuştan gelen bir hastalıktır*	33	4.6	428	60.3	33	4.6
					n	%
Depresyon geçirdiğinizi düşünseydiniz ne yapardınız?*						
Tatile çıkardım					143	28.9
Doktora giderdim					319	64.7
Dini yardım arardım					13	2.6
Hibir şey yapmazdım					11	2.2
Diğer					8	1.6
Doktora gitmeye karar verseydiniz aşağıdakilerden hangisine öncelikle başvururdunuz?*						
Sağlık ocağı doktoru					8	1.6
Dahiliyeci					6	1.2
Psikiyatri doktoru					452	91.6
Beyin cerrahisi doktoru					10	2.0
Nöroloji doktoru					4	0.8
Hiçbir doktora gitmezdim					12	2.4
Diğer					2	0.4

*"Depresyon bir hastalıktır" sorusuna "katılmıyorum" ve "fikrim yok" yanıtı verenlere (n=213) bu sorular sorulmamıştır.

len sonuçlar verilmiş ve bu veriler diğer istatistiksel analizde kullanılmıştır.

Alınan sonuçlar SPSS-PC 8.0 istatistik programında oluşturulan veri tabanına aktarılmıştır. Anket sorularına verilen yanıtlar sıklık belirtilerek değerlendirilmiştir; sosyodemografik özelliklerle

rinin, özgeçmişte ruhsal tedavi görme ve soygeçmişte ruhsal hastalık bulunma durumunun halkın depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlarına etkisini araştırmak amacıyla lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Lojistik regresyon analizi uygulanırken yanıtları derecelendirilmiş 28 anket sorusu bağımlı değişken olarak; cinsiyet, çalışma duru-

TABLO 3. Katılımcıların Depresyon Olgu Örneği ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı (İstanbul, 2000).

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Fatma Hanım'da bedensel bir hastalık bulunmaktadır	202	28.6	428	60.5	77	10.9
Fatma Hanım'da ruhsal bir hastalık bulunmaktadır	558	78.9	98	13.9	51	7.2
Fatma Hanım'ın bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır	482	68.2	158	22.3	67	9.5
Fatma Hanım'ın bu durumu yaşadığı sosyal sorunlardan (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) kaynaklanmaktadır	612	86.6	60	8.5	35	5.0
Bu durumdan kurtulmak için Fatma Hanım'ın öncelikle bir doktora gitmesi gerekmektedir					366	51.9
Öncelikle güçlü olması gerekmektedir, isterse bu durumu aşabilir					146	20.7
Öncelikle bir tatile çıkması, bulunduğu ortamdan uzaklaşması gerekmektedir					60	8.5
Öncelikle yaşadığı şartların düzeltilmesi gerekmektedir					127	18.0
Diğer					5	0.5
Fikrim yok					3	0.4
Fatma Hanım doktora gitmek isterse;						
Öncelikle sağlık ocağı doktoruna gitmelidir					18	2.5
Öncelikle dahiliye (iç hastalıkları) doktoruna gitmelidir					25	3.5
Öncelikle psikiyatri (ruh sağlığı ve hastalıkları) doktoruna gitmelidir					610	86.3
Doktora gitmesini gerektiren bir durum bulunmamaktadır					48	6.8
Diğer					2	0.3
Fikrim yok					4	0.6

mu, yaş, eğitim, sosyoekonomik düzey, özgeçmişte ruhsal tedavi görme, soygeçmişte ruhsal hastalık bulunma değişkenleri de bağımsız değişken olarak alınmıştır. Bağımlı değişken olarak alınan bilgi ve tutumu araştırmaya yönelik sorulara “fikrim yok” yanıtını verenler değerlendirme dışı tutulmuştur. Bağımsız değişkenlerden cinsiyet, kadın/erkek; özgeçmişte ruhsal tedavi, bulunma/bulunmama; soygeçmişte ruhsal tedavi, bulunma/bulunmama; çalışma durumu, çalışan/çalışmayan; yaş, 55 yaş ve altı/55 yaş üstü; eğitim, ilkokul/ilkokul üstü; sosyoekonomik düzey düşük/orta ve üst şeklinde sınıflandırılmıştır. Bağımlı değişken olarak alınan sorulara verilen yanıtlar “katılıyorum” yanıtı “1”, “katılmıyorum” yanıtı ise “0” olarak kodlanmıştır. Bağımsız değişkenlerde cinsiyet için “kadın”, özgeçmişte ruhsal tedavi için “bulunmama”, soygeçmişte ruhsal tedavi için “bulunmama”, çalışma durumu için “çalışmayan”, yaş için “55 yaş ve altı”, eğitim için “ilkokul üstü”, sosyoekonomik düzey için “düşük” referans grubu olarak alınmıştır. Lojistik regresyon analizi her bir bağımlı değişken için (bilgi ve tutumu araştırmaya yönelik her bir

soru için) ayrı ayrı ve değişkenlerin tümü eşzamanlı olarak analize katılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Depresyon kavramına toplumun bakış açısı

Depresyon ile ilgili sorularda anketi yanıtlayanların %63.8'i (n= 451) depresyonun bir hastalık olduğunu belirtmekle birlikte, %91.4'ü (n=646) depresyonun bir hastalık olmadığını, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durum olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Depresyonun akıl hastalığı olduğunu düşünenlerin oranı ise %14.3'tür (n=101) (Tablo 2).

Katılımcıların %88.3'ü (n=624) depresyonun aşırı üzüntü hali olduğunu, %76.2'si (n=539) depresyonun ruhsal zayıflık hali olduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Örnek olgu ile ilgili sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde katılımcıların tanımlanan olguda bir ruhsal hastalık olduğunu düşünenlerin oranı %78.9 (n=558) iken, bedensel bir hastalık bulunduğunu düşünenlerin oranı %28.6'dır (n= 202) (Tablo 3).

TABLO 4. Sosyodemografik Özellikler ve Öz-Soygeçmişte Ruhsal Hastalık Öyküsünün Tutumlar Üzerine Etkisinin Araştırıldığı Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.

	B	p	R	Odd's Ratio	%95 Alt	Güven aralığı Üst
Depresyonlu kişiler saldırgan olur						
Eğitim	0.4777	0.0209	0.0621	1.6124	1.0749	2.4187
Cinsiyet	0.4505	0.0345	0.0535	1.5691	1.0333	2.3828
Yaş	0.9872	0.0106	0.0725	2.6836	1.2590	5.7205
Fatma hanımın bu durumu kişilik zayıflığından kaynaklanmaktadır						
Özgeçmişte ruhsal tedavi görme	-0.7341	0.0327	-0.0599	0.4799	0.2447	0.9412
Yaş	1.9903	0.0068	0.0863	7.3176	1.7319	30.9189
Çalışma durumu	-0.5066	0.0387	-0.0564	0.6025	0.3727	0.9741
Depresyonlu hastalar toplum içinde serbest dolaşmamalıdır						
Yaş	0.7142	0.0394	0.0551	2.0426	1.0351	4.0306
Eğitim	0.5683	0.0149	0.0729	1.7653	1.1173	2.7890
Fatma hanımda bedensel bir hastalık bulunmaktadır						
Soygeçmişte ruhsal hastalık bulunma	0.5662	0.0306	0.0582	1.7615	1.0545	2.9426
Eğitim	0.5887	0.0072	0.0813	1.8016	1.1727	2.7678
Çalışma durumu	-0.4455	0.0486	-0.0489	0.6405	0.4114	0.9973
Depresyon bir ruhsal zayıflık halidir						
Cinsiyet	-0.6025	0.0238	-0.0715	0.5474	0.3246	0.9232
Depresyon bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur						
Cinsiyet	-0.9695	0.0341	-0.0903	0.3793	0.1547	0.9300
Depresyonu olanlar tam olarak düzelmez						
Eğitim	0.4694	0.0399	0.0550	1.5990	1.0218	2.5023
Sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) çözülmeden depresyon geçmez						
Yaş	1.2056	0.0489	0.0535	3.3388	1.0060	11.0814
Depresyonlu hastalar kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamaz						
Yaş	2.2825	0.0252	0.0678	9.8007	1.3274	72.3630
Ortam değişikliği (tatile çıkmak gibi) depresyonun geçmesine önemli katkılarda bulunur						
Soygeçmişte ruhsal hastalık bulunma	1.3853	0.0231	0.0789	3.9962	1.2096	13.2023
Depresyon bir hastalıktır						
Çalışma durumu	-0.5898	0.0061	-0.0808	0.5545	0.3638	0.8451
Depresyon psikoterapi (konuşma tedavisi) ile tedavi edilebilen bir hastalıktır*						
Soygeçmişte ruhsal hastalık bulunma	-1.1448	0.0190	-0.1340	0.3183	0.1223	0.8283
Depresyon ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır*						
Soygeçmişte ruhsal hastalık bulunma	0.7947	0.0281	0.0716	2.2138	1.0890	4.5007

*"Depresyon bir hastalıktır" sorusuna "katılmıyorum" ve "fikrim yok" yanıtını verenlere (n=213) bu sorular sorulmamıştır.

Depresyonun etiolojisine toplumun bakış açısı

Katılımcıların %90.0'ı (n=636) depresyonun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkan bir durum

olduğunu belirtmişlerdir. Depresyonun doğuştan gelen bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranı ise %6.7'dir (n=33) (Tablo 2). Örnek olgu ile ilgili sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde katı-

lımcıların %68.2'sinin (n=482) bu durumun kişinin kişilik yapısının zayıflığından kaynaklandığını, %86.6'sının (n=612) ise bu durumun kişinin yaşadığı sosyal sorunlardan kaynaklandığını düşündüğü saptanmıştır (Tablo 3).

Depresyonlu hastanın toplum içinde yaşamına toplumun bakış açısı

Katılımcıların depresyonlu hastanın toplum içindeki yaşamlarına bakış açıları ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde %22.8'inin (n= 161) depresyonlu hastaların toplum içinde serbest dolaşmamaları gerektiğini, %40.2'sinin (n=284) depresyonlu bir kişi ile birlikte çalışmayacağını, %64.6'sının (n=457) depresyonlu bir kişiyle evlenmeyeceğini, %27.6'sının (n=195) depresyonlu bir komşusunun olmasının kendisini rahatsız edeceğini, %43.0'ının (n = 304) evi olsa evini depresyonlu bir kişiye kiraya vermeyeceğini, %43.3'ünün (n= 306) depresyonlu kişilerin saldırgan olduğunu, %77.1'inin (n=545) depresyonlu kişilerin hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağını; ve %4.7'si (n= 33) depresyonun bulaşıcı olduğunu düşündükleri saptanmıştır.

Depresyonda çare arama davranışına toplumun bakış açısı

Tanımlanan depresyon olgusunun tedavisi konusunda katılımcıların %51.9'u (n= 366) bir doktora gidilmesi gerektiğini belirtirken, %47.7'si (n= 338) doktor dışındaki önerilerin uygun olacağını belirtmiştir. Tanımlanan depresyon olgusunun doktora gitmeye karar vermesi durumunda ise katılımcıların büyük bir kısmı (%86.3, n=610) öncelikle bir psikiyatriste gidilmesi gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 3).

“Depresyon geçirdiğinizi düşünseydiniz öncelikle ne yapardınız?” sorusuna katılımcıların %28.9'u (n=143) “tatile çıkardım”, %64.7'si (n=319) “doktora giderdim”, %2.6'sı (n=13) “dini yardım arardım”, %2.2'si (n=11) “hiçbir şey yapmazdım” yanıtını vermişlerdir. “Doktora gitmeye karar verseydiniz hangisine yönelik başvururdunuz?” sorusuna ise katılımcıların %1.6'sı (n=8) “sağlık ocağı doktoru”, %91.6'sı (n=452) “psikiyatri doktoru”, %1.2'si (n=6) “dahiliyecisi”, %2.0'ı (n=10) “beyin cerrahisi doktoru”, %0.8'i (n=4) “nöroloji doktoru”na başvuracağını, %2.4'ü (n=12) hiçbir doktora başvurmayacağını belirtmiştir (Tablo 2).

Depresyonun tedavisine toplumun bakış açısı

Depresyonun bir hastalık olduğunu düşünen katılımcıların depresyonun tedavisi konusuna bakış açıları incelendiğinde katılımcıların %94.5'i (n=467) depresyonun tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu, %58.9'unun (n= 291) ilaçla tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu, %89.7'sinin (n= 443) depresyonun psikoterapi (konuşma tedavisi) ile tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu belirttikleri görülmüştür. Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etkiler yapacağını düşünenlerin oranı %54.9 (n=271) iken, bağımlılık yapacağını düşünenlerin oranı %62.1'dir (n=307) (Tablo 2).

Ortam değişikliğinin depresyonun geçmesine önemli katkıda bulunacağını düşünenlerin oranı %84.0 (n= 594), sosyal sorunlar çözülmeden depresyonun geçmeyeceğini düşünenlerin oranı %77.7 (n=549), hacı ya da hocaların depresyonun geçmesini sağlayabileceğini düşünenlerin oranı %12.4'dür (n= 88). Depresyonun tam olarak düzelmeyeceğini düşünenlerin oranı ise %23.5 (n=166) bulunmuştur.

Sosyodemografik değişkenlerin, özgeçmişte ruhsal tedavi görmeyen ve soygeçmişte ruhsal hastalık bulunma durumunun yanıtlara etkisi

Cinsiyet, çalışma durumu, yaş, eğitim, sosyo-ekonomik düzey, özgeçmişte ruhsal tedavi görme, soygeçmişte ruhsal hastalık bulunma değişkenlerinin her bir soruya yanıtların etkisi lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında 28 sorudan 13'ünde anlamlı sonuçlar elde edildiği bunların 5'inde yaşın, 4'ünde soygeçmişte ruhsal hastalık bulunmanın, 4'ünde eğitimin, 3'ünde cinsiyetin, 3'ünde çalışma durumunun, 1'inde özgeçmişte ruhsal tedavi görmeyen elde edilen sonuçları etkilediği görülmüştür (Tablo 4).

Yaşın anlamlı olarak etki yaptığı soruların hepsinde “katılıyorum” yanıtını verme olasılığı 55 yaştan yukarı olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Soygeçmişte ruhsal hastalık bulunmanın anlamlı olarak etki yaptığı soruların birinde (“depresyon psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır”) “katılıyorum” yanıtını verme olasılığının soygeçmişinde ruhsal hastalık öyküsü bulunanlarda daha düşükken diğer üç soruda yüksek olduğu görülmüştür. Cinsiyetin anlamlı olarak etki yaptığı soruların birinde (depresyonlu

kişiler saldırgan olur) “katılıyorum” yanıtını verme olasılığının erkeklerde, diğer ikisinde ise kadınlarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Eğitimin anlamlı olarak etki yaptığı soruların hepsinde “katılıyorum” yanıtını verme olasılığı ilkökul mezunlarında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışma durumunun anlamlı olarak etki yaptığı soruların hepsinde “katılıyorum” yanıtını verme olasılığının çalışmayanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Özgeçmişinde ruhsal hastalık bulunmanın anlamlı olarak etki yaptığı soruda “katılıyorum” yanıtını verme olasılığının özgeçmişinde ruhsal hastalık bulunmayanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

TARTIŞMA

İstanbul’da seçilen bir örnekleme depresyon kavramına toplumun bakış açısı ile ilgili sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde katılımcıların üçte ikisinin depresyonu bir hastalık olarak değerlendirdiği ve toplum içinde depresyonu hastalık olarak görmeyenlerin azımsanmayacak oranda bulunduğu görülmektedir. Ancak tanımlanan olgu örneğinde ruhsal hastalık bulunduğunu belirtenlerin daha yüksek oranda olması, depresyon olarak nitelendirildiğinde depresyonu bir hastalık olarak görenlerin azaldığını göstermektedir. Bu durum toplum içinde “depresyonun klinik görünümü” ile bir terim olarak “depresyon”un özdeş tutulmuyor olmasından ve depresyonun her türlü zorlanma ya da demoralizasyonu ifade etmek için kullanılan bir kavram olmasından kaynaklanabilir. Depresyonun “ruhsal zayıflık hali” ve “aşırı üzüntü hali” olarak kavramlaştırılması da halkın depresyonu olağanlaştırma eğilimi taşıdığını göstermektedir. Diğer yandan “depresyon bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içinde düştüğü bir durumdur” cümlesine katıldığını belirtenlerin oranının çok yüksek olması da bu düşüncüyü destekler gibi görünmektedir.

Tanımlanan depresyon olgusunda bir ruhsal hastalık düşünme oranı yurtdışında yapılan çalışmalara elde edilen sonuçlardan daha yüksek bulunmuştur. 1990 yılında Almanya’da yapılan bir çalışmada bu oran Batı Almanya’da %33, Doğu Almanya’da %25 (Angermeyer ve ark. 1999), Avustralya’da 1995 yılında yapılan bir çalışmada ise %72 (Jorm ve ark. 1997a) bulunmuştur. Bu farklılığın ortaya çıkmasının muhtemelen en önemli nedeni çalışmaların çok farklı yıllarda (10

yıl ve 5 yıl önce) yapılmış olması olmakla birlikte kültürel etmenlerin de rolünün olabileceği unutulmamalıdır. Örneğin ülkemizde günlük uygulamalarda gözlenen psikososyal sorunlar için hasta rolüne girerek ikincil kazançlar elde etme yaklaşımı ülkemizde daha yüksek oranların çıkmasına neden olmuş olabilir.

Depresyonun etiyojisi ile ilgili sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde katılımcıların önemli bir kısmının depresyonun “kişilik zayıflığı” ve “sosyal sorunlar” nedeniyle ortaya çıktığını belirttiği, çok azının ise depresyona doğuştan gelen bir hastalık olarak baktığı gözlenmiştir. Bu bulgular ülkemizde depresyonun kişisel ve sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkan bir hastalık olarak görüldüğünü, depresyonun gelişiminde genetik etmenlerin rolünün olabileceğinin sık olarak düşünülmediğini göstermektedir. Elde edilen sonuçlar yurtdışında yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlarla uyumluluk göstermektedir (Angermeyer ve Matschinger 1999, Priest ve ark. 1996, Jorm ve ark. 1997b, Kuyken ve ark. 1992). 1990 yılında yapılan bir çalışmada depresyonun etiyojisinde katılımcıların yaklaşık yarısının “iradesizliğin”, üçte birinin “kalıtımın”, dörtte üçünün de “ailesel ve işle ilgili sorunların” rolü olduğunu düşündüğü; depresyonun etiyojisinde doğüstü güçlerin rolü olduğunu düşünenlerin oranının %7’yi geçmediği görülmüştür (Angermeyer ve ark. 1999).

Bu çalışmada elde edilen bulgular İstanbul’da yaşayan halkın depresyonlu hastalara karşı ayırıcı ve etiketleyici bir yaklaşıma sahip olduğunu düşündürmektedir. Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi depresyonlu bir kişiyle evlenmeyeceğini, yarısı depresyonlu bir kişiyle birlikte çalışmayacağını, yarısı depresyonlu bir kişiye evini kiraya vermeyeceğini, dörtte biri depresyonlu bir kişinin komşusu olmasının kendisini rahatsız edeceğini, yarısı depresyonlu hastaların saldırgan olduğunu ve dörtte biri de depresyonlu hastaların toplum içinde serbest dolaşmamaları gerektiğini belirtmiştir. Bu durum toplum içinde depresyonlu hastalara saldırgan olabilen, toplum içinde serbest dolaşmamaları gereken ve insani ilişkiler kurmaya çekinilen kişiler olarak bakanların azımsanmayacak oranda olduğunu düşündürmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar depresyonlu hastalara etiketleyici yaklaşımın yalnız toplumumuza özgü bir durum olmadığını göstermektedir. İngilte-

re’de 1998 yılında yapılan bir çalışmada, ciddi depresyonla ilgili olumsuz görüşlerin çok yaygın olduğu; katılımcıların %23’ünün depresyonlu hastaların başkaları için tehlikeli olduğunu, %56’sının depresyonlu hastaların davranışlarının öngörülemez olduğunu, %62’sinin depresyonlu kişilerle ilişki kurulamaz olduğunu, %19’unun depresyonlu hastaların kendilerine hakim olamayacağını düşündüğü görülmüştür (Crisp ve ark. 2000). Bu bulgular tanıya, hastalığın şiddetine ya da hastalıkta gözlenen belirtilere bakılmaksızın halkın ruhsal hastalığı bulunanlara karşı genel bir ayrımcı ve etiketleyici tutuma sahip olduğu görüşünü desteklemektedir.

Depresyonun hastalık olduğunu düşünen katılımcıların büyük bir kısmı depresyonun tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu, ilaçla ve psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Buna karşın katılımcıların büyük bölümü ortam değişikliğinin depresyonun geçmesine önemli katkıda bulunacağını ve sosyal sorunlar geçmeden depresyonun geçmeyeceğini düşündükleri saptanmıştır. Depresyonun bir hastalık olduğunu düşünen katılımcıların yarısından biraz fazlası ilaçların ciddi yan etkiler yaptığını ve bağımlılık yapabileceğini belirttikleri görülmüştür. Diğer yandan katılımcıların büyük bir kısmının depresyonun iyileştirilmesinde geleneksel tedavilere rol biçmediği gözlenmiştir. Elde edilen sonuçlarla 1991-1995-1997 yıllarında İngiltere’de (Priest ve ark. 1996, Paykel ve ark. 1998), ve 1995 yılında Avustralya’da (Jorm ve ark. 1997a) yapılan çalışmalarda elde edilen oranlar arasında farklılıklar olsa da anlam olarak (ilaç dışı tedavilerin etkili olduğu, ilaçların zararlı olduğu) benzerdir. Bu bulgular halkın depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlarla ilgili bilgi açığının bulunduğunu göstermektedir.

Depresyon geçirmesi durumunda katılımcıların üçte ikisi doktora gideceğini, ancak çok büyük bir kısmı doktora gitmeye karar verirse öncelikle bir psikiyatristi tercih edeceğini belirtmiştir. 1995 yılında Avustralya’da yapılan çalışmada depresyonlu olgu örneğine pratisyen hekimlerin yararlı olacağını düşünenlerin oranı (%83), bir psikiyatristin (%51) ya da psikologun (%49) yararlı olacağını düşünenlerden daha yüksek bulunmuştur (Jorm ve ark. 1997a). 1991 yılında İngiltere’de yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %60’ı depresyon geçirirlerse genel pratisyene başvuracaklarını belirtmiştir (Priest ve ark.

1996). Bu çalışmada elde edilen sonuç ülkemizde olduğu gözlenen uzman doktora gitme eğiliminden (Kılıç 1998) ve gelişmiş ülkelerde sağlık örgütlenmesinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha sağlıklı işlemekte olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sosyodemografik ve sağlık durumu ile ilgili değişkenlerin katılımcıların depresyon ile ilgili düşünce, tutum ve davranışlarına etkisi araştırıldığında soruların önemli bir bölümünde sosyodemografik özellikler ve sağlıkla ilgili durumların katılımcıların depresyon ile ilgili düşünce ve tutumunu etkilemediği gözlenmiştir. Bu bulgular ülkemizde sosyodemografik değişkenlerin ve hastalıkla tanışıklığın kendi başına ruhsal hastalıklar ile ilgili tutumu pek etkilemediğini düşündürmektedir. Etkilediği kadarıyla değerlendirildiğinde de 55 yaştan yukarı olanlar ile daha düşük eğitim düzeyine sahip olanların daha olumsuz ve etiketleyici bir yaklaşıma sahip olduğu, kadınların ise depresyonu daha olağan bir durum gibi görme eğilimine sahip olduğu görülmüştür. Literatürde ruhsal hastalıklarla ilgili tutuma sosyodemografik değişkenlerin ve ruhsal hastalık ile tanışıklığın etkisi konusu tartışmalı olup belli bir sonuca ulaşamamıştır. Bir çok çalışmada daha gençlerin, daha eğitimlilerin ve daha üst sosyal sınıflarda tutumların daha olumlu olduğu görülmekle birlikte (Johannsen 1969, Brandli 1999, Rahav ve ark. 1984) bazılarında da tam tersi bulgular elde edilmiştir (Sellick ve Goodear 1985). Sosyodemografik etmenlerin depresyonla ilgili tutumları etkilememesi tutumun oluşmasında ve sürmesinde tüm toplumu etkileyen kültürel etmenlerin daha belirleyici olduğunu düşündürmektedir.

Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde (1) halkın yaklaşık üçte birinin depresyonu bir hastalık olarak görmediği, (2) klinik olarak tanımlanmış depresyon olgusuna ruhsal hastalık olarak bakanların oranının daha yüksek olduğu; (3) depresyonun “ruhsal zayıflık hali” ve “aşırı üzüntü hali” olarak kavramlaştırıldığı; (4) depresyonun bir psikososyal sorun olarak algılanma eğiliminin yaygın olduğu; (5) depresyonlu hastalara karşı ayrımcı ve etiketleyici yaklaşımın toplum içinde yaygın olduğu ve yakın ilişki kurmayı gerektiren sosyal ilişkilerde bu tutumun daha da belirginleştiği; (6) halkın ancak yarısından biraz fazlasının depresyon için doktora başvurmak gerektiğini düşündüğü, ancak doktora gitmek gerekirse psi-

kiyatristin tercih edileceği (7) depresyonun iyileştirilmesinde sosyal koşulların düzeltilmesinin ve kişinin kendisiyle ilgili etmenlerin (“güçlü olmak”) önemsendiği; (8) depresyonun ilaçla tedavi edilebildiği düşünülüyor olmakla birlikte ilaçlarla ilgili yanlış bilgilerin bulunduğu görüşlerine ulaşılmıştır.

Ancak İstanbul örneğinde yürütülen bu çalışmada elde edilen sonuçların tüm topluma genellenmesi mümkün değildir. Daha genellenebilir

sonuçlara varılabilmesi için toplumun değişik kesimlerinde benzer araştırmaların yürütülmesine gereksinim bulunmaktadır. Halkın depresyonu bir hastalık olarak görme eğiliminin çare arama davranışını nasıl etkilediği de araştırılması gereken başka bir alandır. Diğer yandan depresyonlu hastalar ile ilgili halkın ayrımcılık ve etiketleme eğilimine yönelik ve ilaçlarla ilgili bilgilerini artırıcı kampanyaların yaygınlaştırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. baskı (DSM-V) (Çev: E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996.

Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG (1999) Whom to ask for help in case of mental disorder? Preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34:202-210.

Angeryemer MC, Matschinger H (1999) Social representation of mental illness among the public. *The Images of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Guimon J, Fischer W, Sartorius N (Eds) Basel, Karger, s. 20-28.

Arkar H (1991) Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam*, 4(3): 6-9.

Arkar H (1992) Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3:243-248.

Arkar H, Eker D (1996) Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: verilen neden tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7:191-197.

Brandli H (1999) The image of mental illness in Switzerland. *The Images of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Guimon J, Fischer W, Sartorius N (Eds), Basel, Karger, s. 29-37.

Byrne P (1999) Stigma of mental disorders-changing minds, changing behavior. *Br J Psychiatry*, 174:1-2.

Crisp AH, Gelder MG, Susannah R ve ark. (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*, 177: 4-7.

Johannsen WJ (1969) Attitudes toward mental patients: a review of ampirical research. *Mental Hygiene*, 53:218-228.

Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA ve ark. (1997a) “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *MJA* 166: 182-186.

Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA ve ark. (1997b) Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32:143-148.

Jorm AF, Christensen H, Medway J ve ark. (2000) Public belief systems about the helpfulness of interventions for depression: associations with history of depression and professional help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35:211-219.

Kılıç C (1998) Türkiye’de ruh sağlığı profili/erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*, N Erol, C Kılıç, M Ulusoy ve ark. (Hazırlayanlar), TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, s. 77-93.

Kuyken W, Brewin CR, Power MJ, Furnham A (1992) Causal beliefs about depression in depressed patients, clinical psychologists and lay persons. *Br J Med Psychol*, 65:257-268.

Ögel K, Kaynak M, Çakan S ve ark. (1996) Depresyon Günleri-1996. İstanbul, Medya Park Yayınları.

Paykel ES, Hart D, Priest RG (1998) Changes in public attitudes to depression during the defeat depression campaign. *Br J Psychiatry*, 173: 519-522.

Priest RG, Vize C, Roberts A ve ark. (1996) Lay people’s attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for defeat depression campaign just before its launch. *BMJ* 313:858-859.

Rahav M, Struening EL, Andrews H (1984) Opinions on mental illness in Israel. *Soc Sci Med*, 19:1154-1158.

Sellick K, Goodear J (1985) Community attitudes toward mental illness: the influence of contact and demographic variables. *Austr NZ J Psychiatr*, 19:293-298.

Ek 1:
I. BÖLÜM

Fatma Hanım, 38 yaşında, evli, 3 çocuklu bir ev kadını. Eşi memur. Fatma hanım, kendisini sürekli üzüntülü, neşesiz hissettiğini, sık sık ağladığını, eskiden severek yaptığı işleri artık yapmak istemediğini, geceleri uyuyamadığını, halsiz, iştahsız olduğunu, giderek zayıfladığını belirtmektedir. Birkaç aydır var olan bu durumunun son zamanlarda hemen hemen hergün olduğunu ve gün boyu sürdüğünü söylemektedir.

- D. 1) Fatma Hanım'da bedensel bir hastalık bulunmaktadır
 1 Katılıyorum 2 Kısmen Katılıyorum 3 Pek katılmıyorum 4 Katılmıyorum 5 Fikrim yok
- D. 2) Fatma Hanım'da ruhsal bir hastalık bulunmaktadır.
- D. 3) Fatma Hanım'ın bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır
- D. 4) Fatma Hanım'ın bu durumu yaşadığı sosyal sorunlardan (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) kaynaklanmaktadır
- D. 5) Bu durumdan kurtulmak için Fatma Hanım'ın

1	Öncelikle bir doktora gitmesi gerekmektedir
2	Öncelikle güçlü olması gerekmektedir, isterse bu durumu aşabilir
3	Öncelikle bir tatile çıkması, bulunduğu ortamdan uzaklaşması gerekmektedir
4	Öncelikle yaşadığı şartların düzeltilmesi gerekmektedir
Diğer: YAZINIZ:.....	

- D. 6) Fatma Hanım doktora gitmek isterse

1	Öncelikle sağlık ocağı doktoruna gitmelidir
2	Öncelikle dahiliye (iç hastalıkları) doktoruna götmelidir
3	Öncelikle psikiyatri (ruh sağlığı ve hastalıkları) doktoruna gitmelidir
4	Doktora gitmesini gerektiren bir durum bulunmamaktadır
Diğer: YAZINIZ:.....	

II. BÖLÜM

- D. 7) Depresyon aşırı üzüntü halidir.
- D. 8) Depresyon bir ruhsal zayıflık halidir.
- D. 9) Depresyon sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) nedeniyle ortaya çıkar.
- D. 10) Ortam değişikliği (tatile çıkmak gibi) depresyonun geçmesine önemli katkılarda bulunur.
- D. 11) Depresyonu olanlar tam olarak düzelmez.
- D. 12) Hacı ya da hocalar depresyonun geçmesini sağlayabilir.
- D. 13) Sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) çözülmeden depresyon geçmez.
- D. 14) Depresyonlu hastalar toplum içinde serbest dolaşmamalıdır.
- D. 15) Depresyonlu bir kişiyle birlikte çalışabilirim.
- D. 16) Depresyonu olan bir kişiyle evlenebilirim.
- D. 17) Depresyonlu bir komşu olması beni rahatsız etmez.
- D. 18) Evim olsa depresyonu olan bir kişiye kiraya vermem.
- D. 19) Depresyonlu kişiler saldırgan olur.
- D. 20) Depresyonlu hastalar kendi hayatları ile ilgili doğru kararları alamaz.
- D. 21) Depresyon bulaşıcıdır.
- D. 22) Depresyon bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur.
- D. 23) Depresyonu olanlar akıl hastasıdır.
- D. 24) Depresyon bir hastalıktır.
- D. 25) Depresyon tedavi edilebilen bir hastalıktır.
- D. 26) Depresyon ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır.
- D. 27) Depresyon psikoterapi (konuşma tedavisi) ile tedavi edilebilen bir hastalıktır.
- D. 28) Depresyon geçirdiğinizi düşünseydiniz ne yapardınız?

1	Tatile çıkardım
2	Dokora giderdim
3	Dini yardım arardım
4	Hiçbir şey yapmazdım
	Diğer YAZINIZ:.....

- D. 29) Doktora gitmeye karar verseydiniz aşağıdakilerden hangisine öncelikle başvururdunuz?

1	Sağlık ocağı doktoru
2	Psikiyatri doktoru
3	Dahiliyeciye
4	Beyin cerrahisi doktoruna
5	Nöroloji doktoruna
6	Hiçbir doktora gitmezdim
	Diğer YAZINIZ:.....

- D. 30) Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilirler.
- D. 31) Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etkiler yaparlar.
- D. 32) Depresyon doğuştan gelen bir hastalıktır .