

Hemşirelerin Depresyona Ve Depresyon Hastalarına Karşı Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma

Altan Eşsizoglu*, Özden Arısoy**

ÖZET

Ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşireler ile genel hastanelerde çalışan hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına yönelik tutumlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Bakırköy Ruh Sağlığı Hastanesi'nden 70, Şişli Etfal Hastanesi'nden 30 olmak üzere 100 hemşireyle görüşme yapılmış, deneklere 111 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır.

Bakırköy grubu depresyonu hastalık olarak değerlendirirken, Şişli grubu depresyonu hastalık olarak değil, zaman zaman herkesin içine düştüğü bir durum olarak değerlendirmiştir. Şişli grubu Bakırköy grubuna göre daha fazla oranda depresyonun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını düşünmektedir. İki grup depresyonu olan kişileri tehlikeli bulmamakta, depresyonu olan kişilere karşı sosyal mesafe koymamaktadır. İki grup depresyonun düzelenebileceğini düşünmekte, ortam değişikliğinin depresyonun düzelmesine önemli katkılarda bulunabileceğini belirtmekte, sosyal sorunlar düzelmeden depresyonun düzelmeyeceğini ifade etmektedir.

Şişli grubunun depresyonu hastalık olarak değil zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durum olarak görmesi Şişli grubunun depresyonu olağanlaştırıcı tutumuyla ilişkili olabilir ve Şişli grubunun depresyonu tanıyamamasına yol açabilir. Bu sebeple Şişli grubunun depresyon konusunda bilgilendirici eğitim almasının uygun olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Tutum, Hemşire

Attitudes of Nurses towards Depression and Depressive Patients: A Comparative Study

SUMMARY

To determine and compare mental health nurses' and general hospital nurses' beliefs and knowledge about the etiology and treatment of depression and their attitudes towards depressive patients.

70 nurses working in a mental health hospital and 30 nurses working in a general hospital were interviewed face to face with a questionnaire developed by Psychiatric Research and Education Center in Turkey.

The attitudes of both groups were positive towards depression and depressive patients. But while mental health nurse group accepted depression as a disorder the general hospital nurse group did not consider depression as a disorder but rather as an emotional state everyone can fall into from time to time in their lives. General hospital nurse group thought that stressful life events caused depression more than compared to mental health nurse group. They both considered depression as a treatable illness and they both thought that depression cannot be completely cured without resolving social problems. Non of the groups hold the opinion that people with depression were dangerous and they put less social distance towards depressive patients.

Especially the general hospital nurse group did not consider depression as a disorder while considering schizophrenia as a mental disorder. This positive and accepting attitude might cause the general hospital nurse group to underrecognize depression. So this may indicate a need for a theoretical educational programme about depression for the general hospital nurse group.

Key Words: Depression, Attitude, Nurse

* Dicle Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri A.D. / Diyarbakır

** Abant İzzet Baysal Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri A.D. / Bolu

GİRİŞ

“Tutum” yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün nesne ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici bir etkiye sahip ruhsal ve sinirsel hazırlık durumudur. Bir grup hakkındaki bilgimiz ne kadar azsa başkalarının o grup hakkındaki fikirlerini o kadar kolay kabul ederek, bir iki özellikten ibaret bir tiplendirmeye ya da kalıplaştırmaya yöneliriz. Ancak iyi tanıdığımız grup ve kişiler hakkında kalıp tutum geliştirmeye ihtiyacımız yoktur (1). Ruh sağlığında belirgin bozukluğu olan insanlar, toplum içerisinde çoğunluktan farklı olduklarını konuşma ve hareketleri ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda bazı tutumların oluşmasına neden olmuştur. Ruh sağlığı sorunlarına duyarlı bir toplumun oluşabilmesinde, toplumun ve sağlık hizmeti verenlerin ruhsal hastalıklara bakışı ve tutumları çok önemlidir (2).

Ruhsal hastalara ve hastalıklara bakış açısı ile ilgili çalışmalar önceleri toplumun bakış açısına odaklanmış, daha sonraları ise psikiyatrik hastalıkların tanısından, tedavisinden ve hastaların bakımından sorumlu olanların bakış açılarını ve tutumlarını belirlemeye yönelmiştir (3-5).

Tutum çalışmaları genel olarak halkın ruh hastalıklarına olumsuz baktığını ya da bu hastaları reddettiklerini ortaya koymuş, eğitim ve ekonomik düzeyi daha düşük kişilerin daha az hoşgörülü olduklarını göstermiştir (6). Tutum ile ilgili olarak 1950 ve 1960’lı yıllarda yapılan ilk çalışmalar ruhsal hastalıklara sahip kişilerle yakın ilişkide bulunmanın olumsuz tutumları azalttığını ortaya koymuştur (7). Araştırmacılar yakın ilişkinin, hastayı bir gruba ait görmenin ötesinde bir birey olarak tanımayı sağlaması ile olumsuz tutumları azalttığını öne sürmüştür. Bir ilişkinin olumlu olmasında ilişkiye geçen iki tarafın sosyal statülerinin eşit olmasının, ilişki için gönüllü olmalarının, ilişkinin kazanımlara neden olmasının ve ilişkinin yoğun ve memnuniyet verici olmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir (7). Ayrıca ruhsal hastalıklarla ilgili doğru bilgilendirme de olumsuz tutumları azaltabilir. Mas ve Hatim, ruhsal hastalıklar hakkında bilgisi ve hastalarla

kontaklı olan son sınıf tıp öğrencilerinin bu konuda hiç bilgisi olmayan birinci sınıf tıp öğrencilerine göre ruhsal hastalığı olan hastalara karşı çok daha az etiketleyici tutumlara sahip olduklarını saptamışlar ve bilgilendirilmenin ruhsal hastalıklara karşı hoşgörüyü arttırdığını belirtmişlerdir (8). Ancak zaman ilerledikçe ruhsal hastalıkları tanıma oranında belirgin bir artış görülmekle birlikte, olumsuz tutumların devam ettiğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (9-11).

Koruyucu tedavi ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinin etkin ve verimli olması, toplumun tüm kesimlerinin, özelde de ruh sağlığı alanında çalışanların ruhsal bozukluklar ve ruhsal sorunlu bireylere karşı tutumlarının olumlu yönde olmasına bağlıdır. İnsancıl tutumların, düzeltici bir ilişkinin en önemli ögesi olduğu söylenebilir. Kabullenici, destekleyici tutumların hastayı rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici, tedaviye katılımı sağlayıcı yönü varken, tersine tutumlar hastayı toplumdan uzaklaştırmakta, tedavi ve bakımı olumsuz yönde etkilemektedir (7).

Caine ve Smail psikiyatrik hastaların bakımından sorumlu hemşirelerin iki farklı tutum sergilediklerini belirlemişlerdir. Araştırmacılar hastalara daha uzak bir mesafe koyan grubun organik tedavileri ve katı bir servis disiplini benimsediklerini, hastalara daha az mesafe koyan grubun ise hastalarla yakın ilişki kurduklarını ve tedaviyle daha yakından ilgilendiklerini saptamışlardır (12). Hastalar ve hasta yakınlarının kendilerine daha yakın hissettiklerini ifade ettikleri (13) hemşireler, psikiyatrik hastalara sahip olan kişiler ve yakınları ile psikiyatri hekimleri arasında ilişkide köprü görevi gördükleri söylenebilir.

Haytural ve Atalay, hemşirelerin %50,7’si zorunlu işler dışında hastaları ile iletişim kurmadıklarını, hastalarla iletişim kurduğunu ifade eden hemşirelerin ise yalnızca %7,2’si hastayı dinlemek, duygu ve düşüncelerinin ifadesini sağlamak amacıyla iletişime girdiklerini belirtmişlerdir (14). Kırılancık, 1984 yılında yaptığı yayınlanmamış doktora tezinde, hemşirelerin görevlerinin medikal tedavinin

yerine getirilmesi, hastanın günlük işlerinin yürütülmesi, gözlem yapma ve hastayı kontrol etme şeklinde sınırlı olduğunu düşündüklerini ve hastanın duygusal gereksinmelerini karşılama da oldukça önemli olduğu halde hastalarla fazla zaman geçirmeyi istemediklerini, hastaları zaman zaman itici bulduklarını saptamıştır.

Ruhsal sorunlu bireyler sağlık elemanlarının tutumlarına karşı çok duyarlıdır. Depresif hastaların çoğu kendilerini hemşirenin zamanını harcamayacak kadar değersiz hissedebilir. Bu nedenle, özellikle hastalarla yakından ve uzun süreli ilişki içindeki hemşirelerin tutumları bu hastalar üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı takınılan olumlu ve olumsuz tutumlar en açık biçimiyle hasta-hemşire ilişkisinde açığa çıkar (7). Ruh sağlığı çalışanlarının yarısından fazlasını oluşturan hemşireler, rehabilitasyondan, hastane ortamının düzenlenmesinden ve verilen hizmetleri birçoğundan sorumlu olmasına rağmen hemşireler de akıl hastalıklarıyla ilgili toplumdaki yanlış inanışlardan etkilenirler. Buna rağmen, ruhsal sorunları olan kişilere karşı tutumlarla ilgili bir çok çalışma daha çok psikiyatri hekimlerinin, pratisyen hekimlerin ve halkın bakış açılarını karşılaştırmaya odaklanmış, hemşireler ise bu alanda yapılmış çalışmaların birçoğuna dahil edilmemiştir (15).

Bu çalışmanın amacı, özellikle ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin depresyona bakış açılarını ve tutumlarını belirlemek ve psikiyatrik hastalıklara sahip olan kişilerle daha az ilişkisi olan genel hastanelerde çalışan hemşirelerin tutumlarıyla karşılaştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu amaçla ruh sağlığı hastanesi olarak Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (BRSHH) ve genel hastane olarak Şişli Etfal Hastanesi seçilmiştir. BRSHH'den genel psikiyatri servislerinde en az bir yıldır çalışan 70, Şişli Etfal Hastanesi'nden daha önce psikiyatri servisinde çalışmamış, kurumunda en az bir yıldır çalışan 30 olmak üzere toplam 100 hemşire ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Çalışmamıza BRSHH genel psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin tümü alınmış çalışmaya katılmayı reddeden olmamıştır. Şişli

Etfal Hastanesi'nde psikiyatri servisi dışındaki tüm yataklı kliniklerde görev yapmakta olan ve çalışmamızın işleme kriterlerine uygun 30 hemşireye ulaşılmış, ulaşılan hemşirelerin tümü katılmayı kabul etmişlerdir. Bu çalışmada araştırmacılar tarafından deneklere Parem tarafından geliştirilmiş, 4 ayrı bölüm ve 111 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Ankette demografik veriler ve sağlık bilgileri ile ilgili 18, şizofreni ile ilgili 32 soru bulunmaktadır.

Anket formunun depresyon kısmı iki ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 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 deneklerin bilgi ve tutumu araştırılmıştır. Birinci bölümdeki 4, ikinci bölümdeki 24 soruda maddeler ile ilgili yanıtlar "katılıyorum", "kısmen katılıyorum", "pek katılmıyorum", "fikrim yok" şeklinde derecelendirilmiş ve birinci bölümdeki 2, ikinci bölümdeki 2 soruda ise yanıtlar çeşitli önermeler şeklinde düzenlenmiştir. İkinci bölümdeki 26 sorudan 8'i sadece "depresyon bir hastalıktır" önermesine "katılıyorum" ya da "kısmen katılıyorum" yanıtını verenlere sorulmuştur.

Alınan sonuçlar SPSS-PC 8.0 istatistik programında oluşturulan veri tabanına aktarılmıştır. Sorulara verilen yanıtlar sıklık belirtilerek değerlendirilmiş, her iki grup sosyodemografik verilerden yaş, toplam çalışma yılı ve bulunduğu kurumda çalışma yılı açısından t-testi, diğer sosyodemografik veriler açısından ise ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Sorulara verilen yanıtlardan "katılıyorum" yanıtı "1", katılmıyorum yanıtı ise "0" olarak kodlanmış ve her iki grup bu yanıtlar açısından ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik veriler:

Bakırköy grubunun yaş, toplam çalışma yılı ve bulunduğu kurumda çalışma yılı ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Bakırköy grubunda evli olanların oranı yüksektir. İki grup arasında eğitim seviyesi, aylık gelir, kadro durumu, ruhsal tedavi öyküsü ve yakınlarında geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü açısından fark bulunmamıştır.

Her iki grubun da mesleklerini yaparken kendilerini güvende hissetmedikleri, mesleki

açından kendilerini bilgili buldukları saptanmış ancak aralarında belirgin fark bulunmamıştır. Bakırköy grubu mesleki doyum açısından daha az tatmin olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan her iki grubun sosyodemografik açıdan karşılaştırılmaları tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Çalışmaya katılan iki grubun sosyodemografik açıdan karşılaştırılması

	BRSSH (n=70)		ŞİŞLİ ETFAL (n=30)		t-test	sd	P
Yaş	31,04±7,43		26,27±5,57		3,158	98	0,002
Toplam çalışma yılı	11,29±7,34		6,73±5,76		3,017	98	0,003
Medeni durum					13,901	1	0,000
Evli	40	57,1	5	16,7			
Bekar	30	42,9	25	83,3			
Eğitim seviyesi					1,503	1	0,220
Meslek lisesi	35	50	19	63,3			
Lisans ve AÖ	35	50	11	36,7			
Aylık gelir					3,701	1	0,054
750 milyondan az	23	32,9	16	53,3			
750 milyondan fazla	47	67,1	14	46,7			
Mesleğinizi yaparken kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					0,571	1	0,450
Az	54	77,1	21	70,0			
İyi	16	22,9	9	30,0			
Mesleki tatmininiz ne düzeyde?					6,332	1	0,012
Az	51	72,9	14	46,7			
İyi	19	27,1	16	53,3			
Mesleğiniz konusunda kendinizi ne kadar bilgili hissediyorsunuz?					2,322	1	0,128
Az	22	31,4	5	16,7			
İyi	48	68,6	25	83,3			
Daha önce ruhsal bir tedavi gördünüz mü?					0,592	1	0,441
Evet	4	5,7	3	10,0			
Hayır	66	94,3	27	90,0			
Yakınlarınız arasında ruhsal hastalık geçiren var mı?					0,325	1	0,568
Evet	15	21,4	8	26,7			
Hayır	55	78,6	22	73,3			

Tutumlar:

Uygulanan ankette cevaplar depresyonda nedensellik, sosyal mesafe, tehlikelilik, düzelme ve tedavi ile ilgili tutumları içerecek şekilde alt başlıklara ayrılmıştır.

Nedensellik ile ilgili tutumlar

Şişli grubu depresyonun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını düşünmekte, bir hastalık olarak değil zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durum olarak değerlendir-

mekte, depresyonun bir hastalık olduğunu düşünmemektedir. Bakırköy grubu ise depresyonun bir akıl hastalığı olarak değerlendirmektedir. Her iki grup depresyonun bir ruhsal zayıflık ve aşırı üzüntü hali olduğunu düşünmektedir. Depresyonda nedensellik ile ilgili tutumların karşılaştırılması tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. Depresyonda nedensellik ile ilgili tutumların karşılaştırılması

	BRSHH (n=70)		ŞİŞLİ ETFAL (n=30)		Chi-square	sd	P
	n	%	n	%			
Depresyon aşırı üzüntü halidir.					3,628		0,057
Katılıyorum	62	88,6	22	73,3			
Katılmıyorum	8	11,4	8	26,7			
Depresyon bir ruhsal zayıflık halidir.					0,227		0,634
Katılıyorum	50	71,4	20	66,7			
Katılmıyorum	20	28,6	10	33,3			
Depresyon sosyal sorunlar nedeni ile ortaya çıkar.					4,762		0,029
Katılıyorum	60	85,7	30	100,0			
Katılmıyorum	10	14,3	0	0,0			
Depresyon bir hastalık değil zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur.					11,864		0,001
Katılıyorum	41	58,6	28	93,3			
Katılmıyorum	29	41,4	2	6,7			
Depresyonu olanlar akıl hastasıdır.					4,050		0,044
Katılıyorum	13	18,6	1	3,3			
Katılmıyorum	57	81,4	29	96,7			
Depresyon bir hastalıktır.					21,224		0,000
Katılıyorum	68	97,1	19	63,3			
Katılmıyorum	2	2,9	11	36,7			

Sosyal mesafeyle ilgili tutumlar

Her iki grup depresyonu olanların toplum içinde serbest dolaşmaları, depresyonu olan bir kişi ile birlikte çalışmak, depresyonu olan bir komşunun olması, depresyonu olan bir kişi ile evlenebilme konularında benzer oranlarda

olumlu bir tutumlar sergilemişlerdir. Evini depresyonu olan bir kişiye kiraya verme konusunda ise Bakırköy grubu olumsuz bir tutum sergilemiştir. Depresyonda sosyal mesafe ile ilgili tutumların karşılaştırılması tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Depresyonda sosyal mesafe ile ilgili tutumların karşılaştırılması

	BRSHH (n=70)		ŞİŞLİ ETFAL (n=30)		Chi-square	sd	p
	n	%	n	%			
Depresyonu olanlar toplum içinde serbest dolaşmamalıdır.					0,238		0,625
Katılıyorum	7	10,0	4	13,3			
Katılmıyorum	63	90,0	26	86,7			
Depresyonu olan bir kişi ile çalışabilirim.					0,162		0,687
Katılıyorum	61	87,1	27	90,0			
Katılmıyorum	9	12,9	3	10,0			
Depresyonu olan bir kişi ile evlenebilirim.					2,357		0,125
Katılıyorum	28	40,0	17	56,7			
Katılmıyorum	42	60,0	13	43,3			
Depresyonlu bir komşum olması beni rahatsız etmez.					1,518		0,218
Katılıyorum	53	75,7	26	86,7			
Katılmıyorum	17	24,3	4	13,3			

Tehlikelilikle ilgili tutumlar

Her iki grup depresyonu olanların yüksek ve benzer oranda saldırgan olmadıklarını düşünmektedir. Şişli grubunun tamamı depresyonun bulaşıcı olmadığını düşünmekte

ancak Bakırköy grubunun küçük bir kısmı depresyonu bulaşıcı olarak değerlendirmektedir. Depresyonda tehlikelilik ile ilgili tutumların karşılaştırılması tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Depresyonda tehlikelilik ile ilgili tutumların karşılaştırılması

	BRSHH (n=70)		ŞİŞLİ ETFAL (n=30)		Chi-square	sd	p
	n	%	n	%			
Depresyonu olanlar saldırgan olur.	13	18,6	6	20,0	0,028		0,867
Katılıyorum	57	81,6	24	80,0			
Katılmıyorum					2,256		0,133
Depresyon bulaşıcıdır.	5	7,1	0	0,0			
Katılıyorum	65	92,9	30	100,0			
Katılmıyorum							

Düzelmeyle ilgili tutum

Her iki grup yüksek ve benzer oranlarda depresyonun tam olarak düzelebileceğini düşünmektedir. Depresyonda düzelme ile ilgili tutumların karşılaştırılması tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Depresyonda düzelme ile ilgili tutumların karşılaştırılması.

	BRSHH (n=70)		ŞİŞLİ ETFAL (n=30)		Chi-square	Sd	p
	n	%	n	%			
Depresyonu olanlar tam olarak düzelmez.					0,014		0,905
Katılıyorum	11	15,7	5	16,7			
Katılmıyorum	59	84,3	25	83,3			

Tedaviyle ilgili tutumlar

Her iki grup depresyonun tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu düşünmektedir. Yine her iki grup ortam değişikliğinin depresyonun düzelmesine önemli katkılarda bulunduğunu, sosyal sorunlar çözülmeden depresyonun düzelmeyeceğini düşünmektedir. Depresyonda tedavi ile ilgili tutumların karşılaştırılması tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. Depresyonda tedavi ile ilgili tutumların karşılaştırılması.

	BRSHH (n=70)		ŞİŞLİ ETFAL (n=30)		Chi-square	Sd	p
	n	%	n	%			
Ortam değişikliği depresyonun geçmesine önemli katkılarda bulunur.					0,227		0,634
Katılıyorum	58	82,9	26	86,7			
Katılmıyorum	12	17,1	4	13,3			
Sosyal sorunlar çözülmeden depresyon geçmez.	48	68,6	23	76,7	0,668		0,414
Katılıyorum	22	31,4	7	23,3			
Katılmıyorum							

Ayrıca; her iki grup da depresyonu olanların kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararlar alamayacaklarını düşünmekle birlikte Bakırköy grubunda bu oran daha yüksektir ($p=0,01$).

TARTIŞMA

Tutumlar, kişinin yaşamı boyunca edindiği deneyimler sonucunda gelişen, hem duyguyu hem bilgiyi içeren, bilinçli veya bilinçdışı olabilen tepkilerdir. Tutumlar zaman içerisinde pek fazla değişikliğe uğramaz ve genellikle davranışları belirlerler (18). Ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlık personelinin ruhsal rahatsızlığı bulunan hastalara karşı olan tutumlarının toplumun tutumundan daha olumsuz olduğunu belirtmiştir (16). Sağlık personelinin olumsuz tutumları hastaların yardım arayışını zorlaştırabileceği gibi, hastaneye yatışlarını ve tanılarının konmasını geciktirebilir (17).

Araştırmamızda depresyonu tanıma ile ilgili cevaplar incelendiğinde her iki grubun depresyonu aşırı üzüntü hali ve ruhsal bir zayıflık olarak düşündüğü ancak Şişli grubunun depresyonu bir hastalık olarak değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durum, Bakırköy grubunun ise depresyonu bir akıl hastalığı olarak değerlendirdiği görülmüştür. Şişli grubunun depresyonu bir hastalık olarak değerlendirmemesi bu gruptaki hemşirelerin genel bir hastanede çalışıyor olmaları ve depresyon hastaları ile daha az oranda karşılaşmaları ile açıklanabilir. Çok daha fazla oranda depresyon hastası ile karşılaşan Bakırköy grubundaki hemşirelerin depresyonu yüksek oranda tanımakla beraber bir akıl hastalığı olarak değerlendirmeleri kapalı servislerde çalışıyor olmaları ile açıklanabilir. Kapalı servislerde çalışan bu gruptaki hemşireler psikotik, katatonik ve özkıyım düşünceleri bulunan depresyon hastaları ile sıkça karşılaşmaktadırlar.

Depresyonda nedensellik ile ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde ise Şişli grubundaki hemşirelerin depresyonu daha fazla oranda sosyal sorunlara bağladıkları görülmüştür. İstanbul örneğinde yapılan bir çalışmada da toplumun depresyonu büyük oranda sosyal nedenlere bağladığı¹⁸ ancak Eker ve Akar'ın ise hemşirelerin ruhsal hastalıklara

sebebi olarak hem psikolojik hem organik nedenleri kabul ettiklerini saptamışlardır (19). Bizim çalışmamızda Şişli grubundaki hemşirelerin nedensellik ile ilgili olarak tıpkı toplum örneğindeki gibi sosyal sorunları sorumlu tutmaları depresyonu yeterince tanımamaları ve bir hastalık olarak değerlendirmemeleri ile ilişkili olabilir.

Akıl hastalarına mesafenin değerlendirildiği bir çalışmada bireylerin evlilik gibi kişisel yakınlık gerektiren, aynı iş ortamını paylaşma, işe alma veya evini kiraya verme gibi sosyal yakınlık gerektiren durumlarda bu tip rahatsızlıkları olan kişilerle ilişkiyi kesme eğiliminde oldukları saptanmıştır (9). Çalışmamızda her iki gruptaki hemşirelerin de depresyonu olanların saldırgan olmadığını düşündükleri görülmüştür. Sosyal mesafeyle ilgili sorulara verilen cevaplar değerlendirildiğinde her iki gruptaki hemşirelerin, depresyonu olanların toplum içinde dolaşabilecekleri, depresyonu olan bir kişi ile birlikte çalışabilecekleri, depresyonu olan bir komşularının olabileceğini, depresyonu olan bir kişiyle evlenebilecekleri yönünde benzer ve yüksek oranda olumlu tutumlar sergilemişlerdir. Ancak evini depresyonu olan bir kişiye kiraya verme konusunda Bakırköy grubundaki hemşirelerin olumsuz bir tutum sergiledikleri saptanmıştır. Ayrıca her iki grup depresyonu olanların kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararlar alamayacaklarını düşünmekle birlikte bu oran Bakırköy grubundaki hemşirelerde anlamlı olarak daha yüksektir. Bu sonuçlar aynı hemşire gruplarının şizofreni ile ilgili tutumlarını karşılaştırdığımız ve daha önce yayınladığımız tutumlarıyla kıyaslandığında çok daha olumludur (20). Bu durum depresyonun şizofreniye oranla daha fazla kabullenilen bir hastalık olmasıyla ilgili olabilir.

Düzelmeyle ilgili tutumlar değerlendirildiğinde her iki gruptaki hemşirelerin yüksek ve benzer oranda depresyonun tam olarak düzelebileceğini düşündüğü görülmüştür. Her iki grup depresyonu tedavi edilebilen bir hastalık olarak değerlendirmekte, ortam değişikliğinin depresyonun düzelmesine önemli katkılarda bulunduğunu belirtmekte ve sosyal sorunlar çözülmeden depresyonun düzelmeyeceğini ifade etmektedirler. Şişli grubundaki hemşirelerin depresyonun sosyal

sorunlar çözülmeyen düzelmeyeceğine dair görüşleri, depresyonun sosyal nedenlerden kaynaklandığını düşünüyor olmaları ile paralellik göstermiştir.

Yüce ve arkadaşları yaptıkları çalışmada tutumları sosyodemografik farklılıkları dikkate alarak karşılaştırmış bekârların evlilere göre yüksek oranda depresyonu akıl hastalığı olarak görmediğini, zaman zaman her insanın başına gelebilecek bir durum olarak ifade ettiklerini, sosyal sorunları sorumlu tuttuklarını saptamışlardır. Çalışmacılar bu sonuçları bekârların depresyona yönelik yaklaşımının daha olağanlaştırıcı olduğu şeklinde yorumlamışlardır (2). Yaptığımız çalışmada da bekârların daha yüksek oranda bulunduğu Şişli grubundaki hemşireler benzer tutumlar sergilemişlerdir. Çalışmamızda sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldığında Bakırköy grubundaki hemşirelerin yaş, toplam çalışma yılı ve bulunduğu kurumda çalışma yılı ortalamaları ile evli olanların oranlarının Şişli grubundaki hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bakırköy grubunun yaş ortalamasının yüksekliği hem daha fazla evli olmalarını hem de uzun yıllardır çalışıyor olmalarını açıklamaktadır. Ayrıca aynı kurumda daha uzun süredir çalışıyor olmaları ve bu kurumun aynı zamanda bir ruh sağlığı hastanesi olması Bakırköy grubunun Şişli grubuna oranla çok daha fazla psikiyatrik hastayla temas etmesine yol açmış olabilir. Dolayısıyla Bakırköy grubunun hasta ve hastalıkla tanışıklık, temas, takip ve tedavi ile ilgili bilgilerinin bu tip hastalarla çok daha az oranda karşılaşan Şişli grubundan daha fazla olması Bakırköy grubunun depresyonu Şişli grubundan daha iyi tanımasını ve bir hastalık olarak değerlendirmesini açıklayabilir. Bu durum da hastalıkla tanışıklığın tutumları etkilediği görüşünü desteklemektedir.

Bugüne kadar tutumla ilgili yapılan araştırmaların bir kısmı ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgilenmenin ve bu tip hastalarla temasın olumsuz tutumları azalttığını bildirirken kimi araştırmalar da özellikle bu hastalıklarla uzun süre temas eden ve bu hastalıklarla ilgili bilgileri daha fazla olan profesyonel ruh sağlığı çalışanlarının tutumlarının daha olumsuz olduğunu öne

sürmüştür. Her ne kadar 1950 ve 1960'lı yıllarda yapılan çalışmalar ruhsal hastalıkları olan kişilerle ilişkide bulunmanın olumsuz tutumları azalttığını belirtse de, kurulan ilişkinin niteliklerinin de tutumları belirleyici olduğu bildirilmiştir (7). Daha önce yayınlanan çalışmamızda da belirttiğimiz üzere ilişkinin nitelikleri açısından bakıldığında; şizofreni hastaları ile yakın teması bulunan Bakırköy grubu hemşirelerinin hastalarla kurdukları ilişkinin yatış süresi ile sınırlı olması, sıklıkla gerilimli ve gönülsüz olması ve çalışma koşullarının bu hastalarla birey olarak ilişkide bulunmalarını engelleyecek düzeyde olması Bakırköy grubu hemşirelerinin şizofren hastalara karşı tutumlarını olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Ayrıca, kurulan ilişkide olumsuz tutumları azaltıcı etkisi bulunduğu ifade edilen faktörlerin bulunmuyor olması, hemşirelerin mesleklerini yaparken kendilerini güvende hissetmemeleri, özellikle Bakırköy grubunun mesleki tatminlerinin daha az olması, şizofreni hastalarına yönelik önyargılarının desteklenmesine yol açmış olabilir. Ancak çalışmamızın depresyonu bulunan hastalara karşı tutumlarla ilgili bu bölümünde her iki grupta bulunan hemşirelerin çok daha olumlu bir tutum sergiledikleri, depresyonu bulunanları tehlikeli ve saldırgan bulmadıkları, bu hastaların düzelebileceğini düşündükleri ve bu hastalara şizofren hastalara kıyasla daha az mesafe koydukları saptanmıştır. Ancak Şişli grubundaki hemşirelerin depresyonu bir hastalık olarak görmemeleri, depresyona olağanlaştırıcı bir tutum sergilemeleri etiketlemeyi azaltmakla birlikte hastalığın tanınmasını ve fark edilmesini zorlaştırabilir. Sağlık alanında çalışanların bu şekilde bir tutum sergilemeleri, depresyon hastalarının tedavi almasını geciktirip hastalığın kronikleşmesine yol açabilir.

Sonuç olarak, bu araştırma sağlık personelinin bir parçası olan hemşirelerin şizofren ve depresyonu bulunan hastalara ve bu hastalıklara karşı farklı tutumlar sergilediklerini ortaya koymuştur. Farklı psikopatoloji tiplerinin, farklı etiketlerin ortaya çıkması, ruhsal rahatsızlığın tanınması, hastalara sosyal mesafe konulması, tedavi edilmeleri ve tedavi seçenekleriyle ilgili tutumlar üzerinde

belirleyici etkisi bulunması beklenebilir bir durumdur. Dolayısıyla, klinik görünimleri farklı olan şizofreni ve depresyon gibi farklı ruhsal rahatsızlıkların hangi özellikleri nedeniyle farklı tutumların oluşmasına sebebiyet verdiklerinin daha ayrıntılı çalışmalarla aydınlatılması ve bu hastalıklarla ilgili eğitim programlarının bu veriler ışığında şekillenmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kağıtçıbaşı Ç. Tutumun değişmesine kavramsal yaklaşımlar, 1st edn. İstanbul: İnsan ve İnsanlar İstanbul Matbaası, 1988; 83-161.

2. Yüce S, Savaş HA, Ersoy MA ve ark. Sağlık Yüksek Okulu öğrencileri ve çalışan hemşirelerin depresyonu olan hastalara ilişkin tutumu. Türkiye'de Psikiyatri, 2005; 7(1): 7-14.

3. Scott DJ, Philip AE. Attitudes of psychiatric nurses to treatment and patients. British Journal of Medical Psychology, 1985; 58: 169-173.

4. Link BG, Phelan JC, Bresnehan M et al. Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. Am J Pub Health, 1999; 89(9):1328-1333.

5. Taskın EO, Seyfe Sen F, Aydemir O ve ark. Halkın şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(3): 205-214.

6. Arkar H, Eker D. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Verilen neden tipinin etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1996; 7: 191-197.

7. Weller L, Grunes S. Does contact with the mentally ill affect nurses' attitudes to mental illness? British Journal of Medical Psychology, 1988; 61: 277-284.

8. Mas A, Hatim A. Stigma in mental illness: attitudes of medical students towards mental illness, Med J Malaysia, Dec, 2002; 57(4): 433-444.

9. Arkar H. Akıl hastalarının sosyal reddedimi. Düşünen Adam, 1991; 4: 6-9.

10. Eker D, Arkar H. Akıl Hastalıkları ile ilgili tutumlar. Bir gözden geçirme: Farklılıklarla yaşamak. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997.

11. Karancı A, Kökdemir D. Akıl hastası tanımlaması, yarattığı rahatsızlık ve davranışları ile başa çıkma. Kriz Dergisi, 1995; 3: 237-240.

12. Caine TM, Smail DJ. Attitudes of Psychiatric Nurses to their role in treatment. British Journal of Medical Psychology, 1968; 41: 193-197.

13. Tessler RC, Gamache GM, Fisher GA. Patterns of contact of patients' families with mental health professionals and attitudes toward professionals. Hospital and Community Psychiatry, 1991; 42: 929-934.

14. Haytural H, Atalay M. Hemşirelerin bapımlı bağımsız işlevlerinden en çok hangilerini yerine getirdiklerinin saptanması. II: Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, 1990; 568-577.

15. Caldwell TM, Jorm A. Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: a comparison with psychiatrists and the public. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000; 34: 602-611.

16. Üçok A, Polat A, Sartorius N ve ark. Attitudes of psychiatrists towards patients with schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2004; 58(1): 89-91.

17. Aydın N, Yiğit A, İnandı T ve ark. Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital, Turkey. International Journal of Social Psychiatry, 2003; 49(1): 17-26.

18. Özmen E, Boratav C, Sağduyu A ve ark. Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar, İstanbul örneği. Türk Psikiyatri dergisi, 2003; 140: 89-100.

19. Eker D, Arkar H. Experienced Turkish nurses' attitudes towards mental illness and the predictor variables of their attitudes. Int J Soc Psychiatry, 1991; 37(3): 214-222.

20. Arısoy Ö, Eşsizoglu A. Genel ve ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin şizofreniye bakış açılarının karşılaştırılması. Düşünen Adam Dergisi, 2004; 17(3): 146-153.

Yazışma Adresi

Altan EŞSİZOĞLU

Dicle Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri A.D. / Diyarbakır

E-mail: altanessizoglu@mynet.com