

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

SAMSUN İLİNDE
AİLE HEKİMLERİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARINA KARŞI TUTUMLARI
VE
HEKİMLİK UYGULAMALARI

Uzmanlık Tezi

Hazırlayan
Dr. Servet AKER

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN

Samsun / 2008

TEŞEKKÜR

Tez çalışmalarım sırasında yardımlarını esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerine, Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Ömer Böke'ye, Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden Dr. Hatice Öz, Dr. Erdinç Özoğlu, Dr. Kaan Durukan ve Dr. Dilek Ünver'e, Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalışanlarına, ayrıca sonsuz sabrından dolayı tez danışmanım Prof. Dr. Yıldız Pekşen'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Servet Aker

İÇİNDEKİLER	SAYFA NO
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO DİZİNİ	V
ÖZET	VI
ANAHTAR SÖZCÜKLER	VI
ABSTRACT	VII
KEY WORDS	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Şizofreni	6
2.1.1. Şizofreni nedir?	6
2.1.2. Şizofreni tanı ölçütleri	8
2.1.3. Şizofreni alt tipleri	9
2.1.4. Şizofrenide prevalans ve insidans	10
2.1.5. Şizofrenide seyir ve prognoz	11
2.1.6. Şizofreni bir halk sağlığı sorunu mudur?	12
2.2. Ruhsal hastalığı olanlara karşı tutumlar ve stigma	14
2.2.1. Damgalama (Stigmatizasyon)	15
2.2.2. Etiketleme (Labelling)	22
2.2.3. Sosyal mesafe	22
2.2.4. Ruhsal hasta ve hastalıklara yönelik tutumları belirleyen etmenler	23
2.2.4.1. Sosyodemografik etmenler	24
2.2.4.1.1. Yaş	24
2.2.4.1.2. Cinsiyet	25
2.2.4.1.3. Eğitim	25
2.2.4.1.4. Medeni durum	26
2.2.4.1.5. Meslek	26

2.2.4.1.6. Sosyal sınıf	27
2.2.4.1.7. Dini inançlar	27
2.2.4.1.8. Kültür	28
2.2.4.1.9. Sonuç	31
2.2.4.2. Diğer etmenler	31
2.2.4.2.1. Hastalık konusundaki bilgi	31
2.2.4.2.2. Ruhsal hastalığı olan kişilerle kişisel deneyim – temas	32
2.2.4.2.3. Psikopatoloji tipi	33
2.2.4.2.4. Kitle iletişim araçları	34
2.2.4.2.5. Sonuç	35
2.2.4.3. Damgalanan hastaların özelliklerinin damgalamaya etkisi	35
2.2.5. Ruhsal hastalığı olanlara karşı tutumlar ve damgalamanın önemi	36
2.2.6. Sağlık çalışanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara karşı tutumları ve damgalamanın önemi	39
2.3. Ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili belgelerde birinci basamak sağlık hizmetleri	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Çalışma Evreni	42
3.2. Anket Formu	42
3.2.1. Ruhsal hastalıkla ilgili genel bir araştırma mı yapılacak yoksa belli bir hastalık mı araştırılacak?	43
3.2.2. Olgu örneği verilecek mi?	43
3.2.3. Anket mi yoksa ölçek mi kullanılacak?	44
3.3. Anketin Uygulanışı	47
3.4. İstatistiksel Analiz	48
4. BULGULAR	49
4.1. Araştırma grubunun tanımlanması	49
4.2. Araştırma grubundaki hekimlerin kendilerinde veya yakınlarında psikiyatrik bir hastalığın olma durumu	50
4.3. Şizofreni hastalarına karşı sosyal mesafe ve sosyal izolasyon	51

4.4. Şizofreni hastalarına karşı duyulan korku	56
4.5. Şizofreni hastalığının nedenleri konusundaki düşünceler	59
4.6. Şizofreni hastalığının tedavisi konusundaki düşünceler	59
4.7. Hekimlerin şizofreni hastalarını tedavi ve takip etme istekleri	62
4.8. Araştırma grubundaki hekimlerin şizofreni hastalığı konusundaki hekimlik uygulamaları	65
5. TARTIŞMA	66
5.1. Şizofreni hastalarına karşı sosyal mesafe ve sosyal izolasyon	66
5.2. Şizofreni hastalarına karşı duyulan korku	71
5.3. Şizofreni hastalığının etyolojisi konusundaki tutumlar	73
5.4. Şizofreni hastalığının tedavisi konusundaki tutumlar	76
5.5. Hekimlerin şizofreni hastalarını tedavi ve takip etme isteği	78
5.6. Hekimlerin şizofreni hastalığı çerçevesinde hekimlik uygulamaları	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
7. KAYNAKLAR	84
8. EKLER	99
Ek I. Samsun İlinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Şizofreni Hastalarına Karşı Tutum Anketi	99

Tablo I. Çalışmaya Katılan Aile Hekimlerinin, Yanıtladıkları Anketlerdeki Vakaların Özelliklerine Göre Dağılımı.	49
Tablo II. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin, Mezun Oldukları Tıp Fakülteleri Ve Mezuniyet Yıllarına Göre Dağılımı.	50
Tablo III. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Tanısı Konulmuş Bir Hasta İle Farklı Düzeylerdeki İlişkiden Rahatsızlık Duyup Duymama Durumları – Samsun 2008.	53
Tablo IV. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Tanısı Konulmuş Bir Hasta İle Hangi Düzeyde Bir Yakınlaşmaya İzin Verip Vermeyecekleri – Samsun 2008.	54
Tablo V. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Tanısı Konulmuş Bir Hastada Rahatsızlık Duydukları Bir Durumu Ortadan Kaldırabilmek İçin Çaba Harcayıp Harcamama Durumları – Samsun 2008.	55
Tablo VI. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Tanısı Konulmuş Bir Hastanın Sosyal İzolasyonuna Bakışı– Samsun 2008.	57
Tablo VII. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Hastalarına Karşı Duydukları Korkular- Samsun 2008.	58
Tablo VIII. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Hastalığının Etyolojisi Konusundaki Düşünceleri - Samsun 2008.	60
Tablo IX. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Hastalığının Tedavisi Konusundaki Düşünceleri - Samsun 2008.	61
Tablo X. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Hastalığının Tanı Ve Tedavisini Yapabilme Konusundaki Düşünceleri - Samsun 2008.	63
Tablo XI. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Hastalarının Tedavisinin Düzenlenmesi Konusundaki Düşünceleri - Samsun 2008.	64
Tablo XII. Hekimlerin, Vakada Belirtilen Hasta Muayene Olmak İçin Kendilerine Geldiğinde İzleyecekleri Yol.	65

ÖZET

Bu araştırma ile Samsun ilinde birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin, şizofreni hastalığı konusundaki tutumlarını ve hekimlik uygulamalarını saptamak amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya, Nisan 2008 tarihinde Samsun ilinde aile hekimi olarak görev yapan 342 hekimden 327'si (%95,9) katılmıştır. Hekimlere, psikiyatristlerin katkı ve önerileri doğrultusunda hazırlanan iki farklı şizofreni vakasından birinin sunulduğu anket formu uygulanmıştır. Vakaların ilki klinik görünüm olarak hafif bir şizofreni vakasını, ikincisi ağır bir şizofreni vakasını tanımlamaktadır. Oluşturulan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların bazı demografik ve mesleki bilgilerini sorgulamaya yöneliktir. İkinci bölüm katılımcıların ruhsal hastalığı olanlara yönelik tutumlarını ve hekimlik pratiklerini öğrenmeye yöneliktir ve 61 ifade ve sorudan oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin %64,8'i erkek, %35,2'si kadındır. Hekimlerin %97,3'ü kardeşlerinin bu kişilerle evlenmesinden, %94,5'i bu kişilerin çocuklarının kreş öğretmeni olmasından rahatsızlık duyacaklarını, %78,9'u bu kişilere evlerini kiraya vermeyeceğini, %74,6'sı bu kişiler berber olsa bu kişilere saçlarını kestirmeyeceğini belirtmektedir. Hekimlerin %74,1'i bu kişilerin “ne zaman ne yapacağı belli olmayan kişiler” olduğunu düşünmektedir ve hekimlerin %47,7'si bu kişilerle herhangi bir ortamda baş başa kalmak istememektedir. Aile hekimleri şizofreni hastalığının etyolojisinde en sık biyolojik nedenleri (%91,7) sorumlu tutmuş ve tedavi için en çok ilaç kullanma (%96,7) seçeneğini önermiştir. Aile hekimlerinin, %73,7'si şizofreni hastasını muayene ettiğinde tanı koyabileceğini, %13,4'ü ise şizofreniyi tedavi edebileceğini düşünmektedir. Şizofreni vakalarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebileceğine inananlar, aile hekimlerinin ancak %10,7'dir.

Aile hekimleri, toplumda yaygın olarak var olan şizofreni hastalarına karşı sosyal mesafe isteği ve sosyal izolasyon taleplerini, toplumla birlikte paylaşmaktadır. Aile hekimlerinin, şizofreni etyolojisi ve tedavisi konusundaki görüşleri bilimsel temellidir ancak aile hekimleri şizofreni hastalarını takip ve tedavi etmek konusunda istekli değildirler.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmeti, aile hekimi, şizofreni, damgalama.

ABSTRACT

The aim of this research was to determine the attitudes towards schizophrenia of family physicians' providing primary health care in the Turkish province of Samsun.

In this descriptive study, three hundred-twenty seven (95.9%) of the 342 physicians serving as family doctors in the province of Samsun participated in the study in April 2008. Physicians were administered a questionnaire, prepared in the light of psychiatrists' participation and advice, containing one of two schizophrenia cases. The first was a clinically mild-appearance case of schizophrenia, while the second was a serious case. The questionnaire consisted of two parts. The first section was intended to elicit various demographic and professional data from the participants. The second part consisted of 61 questions and was intended to elicit information about the participants' attitudes towards mental illness and their medical activities.

Of the physicians participating in the study, 64.8% were male and 35.2% female; 97.3% stated they would be uneasy if a sibling were to marry such people, and 94.5% that they would be uneasy if such people were to be their children's kindergarten teachers, 78.9% stated they would be unwilling to rent property to them and 74.6% said they would not allow such people to cut their hair. A further 74.1% of physicians thought that such patients are completely unstable, and 47.7% of physicians would be unwilling to be left alone with them under any circumstances. A majority (91.7%) of physicians considers biological causes to be the most frequent factors in the etiology of schizophrenia, and 96.7% recommended drugs to treat the disease. In addition, 73.7% of family doctors considered that they could diagnose schizophrenia at examination; with 13.4% thinking they could treat it. Only 10.7% of family doctors thought that cases of schizophrenia could be treated in primary health care institutions, however.

Family physicians share society's widespread desire for schizophrenia patients to be socially isolated and kept at a distance. There is a scientific basis to family physicians' views regarding the etiology and treatment of schizophrenia, but family doctors are reluctant to follow up and treat schizophrenia patients.

Key Words: Primary healthcare institutions, family physicians, schizophrenia, stigmatization.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, daha sağlıklı ve daha iyi bir dünyada yaşamak bütün insanların ve bütün ülkelerin özlemidir. Etkin, ulaşılabilir, ücretsiz ve kaliteli bir sağlık sistemi nitelikli bir toplum için vazgeçilemezdir. Devletlerin en önemli görevi vatandaşlarının sağlıklı bir ortamda yaşamasını sağlamak ve bunun için gerekli altyapıyı oluşturmaktır.

Dünya Sağlık Örgütü; sağlığı, “hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Bu tanımın modern ve çağdaş yönü, hastalığı belirtiler boyutuna sıkıştırmaması ve insanı psikolojik ve sosyal yönüyle bir bütün olarak ele almasıdır. Bedenen sağlıklı olmak, sağlığın yalnızca bir boyutudur. Ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak ise birbiriyle sıkı sıkıya bağlı ve beden sağlığını da etkileyen kavramlardır.

Ruh sağlığı ve insan yaşamındaki önemi uzun yıllar hep göz ardı edilmiş bir konudur. İnsanlar sağlıklı olmaktan, daha çok bedenen sağlıklı olmayı anlamaktadır ve doktora, ancak bedensel sağlıklarında bir bozukluk olduğunu düşündüklerinde gitmektedirler. Ruhsal bozukluk denildiğinde ise sadece “delilik” ve “akıl hastalığı” gibi kavramlar anlaşılmaktadır.

Bugün ülkemizde 500 binden fazla ağır derecede ve en az 6–7 milyon da tedavi gerektiren orta ve hafif şiddette ruhsal bozukluk tanısı alabilecek birey olduğu tahmin edilmektedir (1). Ruhsal hastalıklar yaygın görülmelerinin yanı sıra toplumsal yükü de ağır olan hastalıklardandır ve ruhsal hastalığı olanlarda yüksek fiziksel hastalık birlikteliği önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bireylerin hastalıklarına tanı konamaması, uygun tedavi olanaklarından yararlanamaması veya tedavilerinin gecikmesi yalnızca tıbbi değil sosyal ve ekonomik kayıplara da yol açabilmektedir.

Güçlü bir ruh sağlığı politikası etkili sağlık hizmetleri sisteminin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu doğrultuda uzun vadeli, kalıcı ve tutarlı bir ulusal ruh sağlığı politikasının geliştirilmesi ilk adım olarak kabul edilmektedir. Ulusal ruh sağlığı politikasının önemli ayaklarından biri de ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonudur.

Ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine, özellikle birinci basamağa entegrasyonu, bu hizmetlerin daha geniş bir kitleye ulaştırılmasını sağlayabildiği gibi

ruhsal hastalıkların erken tanınması, erken tedavisi ve hastalarda oluşabilecek olası yeti yitiminin de önüne geçebilir. Böylelikle; toplumda oluşabilecek sosyal sorunlar ortadan kaldırılabildiği gibi gereksiz tetkikler, yanlış teşhis ve tedaviler ve yeti yitiminden kaynaklanan masrafların ortadan kalkması ve toplum kaynaklarının daha verimli kullanılması sağlanabilir.

Ulusal ruh sağlığı politikası geliştirilmesi çalışmalarının önündeki önemli engellerden biri de ruhsal hasta ve hastalıklara karşı toplumda oluşan önyargılar ve beraberinde gelişen damgalamadır.

Ruhsal hasta ve hastalıklara karşı tutumlar, yıllardır üzerinde çalışılan önemli bir konu olmuştur. Özellikle toplumun ruhsal hastalıklara bakış açısı üzerinde çok çalışılmıştır. Türkiye’de ve dünyada yapılan çalışmalarda damgalamanın görünümüleri ve sonuçları üzerinde ayrıntılı olarak durulmuştur. Bu sonuçların belki de en önemlilerinden biri, tedavi arama davranışının veya tedavinin sürdürülmesinin damgalanma korkusu nedeniyle yapılamamasıdır. Toplumda tedavi başvurularının nereye yapılacağı hakkında önemli bilgi eksiklikleri vardır. Tedavi başvurularının yeterince sağlandığını varsaysak bile, tedavi kurumlarında çalışanların tutumlarının ne olacağı bir soru işareti olarak kalmaktadır. Bu yerlerde çalışan kişiler hekim bile olsalar, yaşadıkları toplumun bir parçasını temsil etmekte ve tutum, önyargı veya damgalama eğilimleri de kendi kültürlerinin özelliklerini içerebilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda özellikle birinci basamak tedavi kurumlarında çalışan hekimlerin şizofreni hastalarına karşı tutumları özel bir önem taşımaktadır. Burada çalışan hekimlerin tutumları da yalnızca kendi uygulamalarına değil, etkileşimde bulundukları insanlara da genelleşebilecektir. Birinci basamak hekimi toplum için önemli bir modeldir. Bu modelin özelliklerini anlayabilmek için birinci basamak tedavi hizmetlerinde çalışan hekimlerin şizofreni hastalarına karşı tutumlarını değerlendirmeye yönelik bir çalışma planlanmıştır.

Bu araştırma ile Samsun ilinde birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin, şizofreni hastalığı konusundaki tutumlarını ve hekimlik uygulamalarını saptamak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirgesi'ne göre; "İrk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetilmeksizin herkesin, erişilebilecek en yüksek sağlık düzeyine ulaşması temel haklarından biridir" (2).

TC. 1982 Anayasasının 56. maddesinde "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler" denmektedir (3).

Ülkeler, toplumun sağlığının olabilecek en üst düzeye çıkarılması amacına ulaşmak için farklı yapılanmalarla sağlık hizmeti sunmaktadır. Ancak sınırlı sayıda kaynakla tüm sağlık sorunlarını çözmek her zaman olası değildir. Önemli olan bu gereksinimler arasından öncelikli olanları seçip, eldeki kaynakları bu önceliklere göre kullanmak ve mümkün olan en yüksek hizmet verimliliğine ulaşmaya çalışmaktır.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergede, sağlık çalışanlarından, bölgelerinin öncelikli sağlık sorunlarını saptamaları istenmekte ve kaynakların öncelikli olarak bu sorunlara yönlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (4).

Dünyanın birçok ülkesinde, sağlık yatırım ve harcamalarının dağılımı, genellikle sağlık gereksinimlerinden çok, politik karar süreçlerine ve önceki yıllardaki bütçe dağılımına göre yapılmaktadır.

Halk sağlığı ve sağlık planlaması açısından bakıldığında, sağlık gereksinimlerinin değerlendirilip, kaynak dağıtımı sürecinde karar mekanizmalarına yardımcı olabilecek bilimsel yöntemlerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Halk sağlığı anlayışının önemli ayaklarından biri sağlık sorunlarının toplum için bir sorun olup olmadığının saptanması ve kaynakların bu yöne doğru aktarılmasıdır. Toplum için önemli bir sorun olduğu tespit edilen sorunların çözümleri için çağdaş organizasyonlar oluşturmak ise sağlık yöneticilerinin önemli görevlerinden biridir.

Hastalıklardan hangisinin daha önemli sorun olduğuna gelindiğinde yanıtlar bakış açısına göre değişmektedir. Bir hasta için gerçekte önemsiz de olsa kendi hastalığı en önemli hastalıktır. Çalıştığı hastanenin dört duvarı dışında ne olduğunu düşünmeye alışamamış hekim için, en önemli hastalık tanı ve tedavisi güç olan veya nadir görülen olgulardır. Ülke veya bir başka deyimle toplum için en önemli hastalığın ne olduğunun

yanıtını, sosyal tıbbın büyük kuramcısı Alfred Grotjahn (1869–1931) vermiştir. Grotjahn, hastalıkların önem sırasını saptamak için “En çok öldüren, en çok sakat bırakan ve en sık görülen hastalıklar toplum için en önemli hastalıklardır” kuralını koymuştur (5).

Günümüzde sağlık gereksinimleri çoğunlukla epidemiyolojik veriler, özellikle mortalite değerleri göz önüne alınarak yapıla gelmektedir. Ancak sadece epidemiyolojik verilere dayanan sağlık gereksinimi değerlendirme yöntemleri, ölümle sonlanmayan sakatlık ve işlev kaybı durumlarından kaynaklanan sağlık gereksinimlerini yakalamaktan uzaktır.

Zamana bağlı sağlık durumu ölçütleri konusunda altmışlı yıllardan beri süregelen bilimsel çalışmaların ve tartışma sürecinin ardından 1993 yılında tamamlanıp yayınlanan “Küresel Hastalık Yüğü” çalışması ile ortaya atılan “hastalık yükü” kavramı ve bu kavramın temel ölçütü olarak DALY (Disability Adjusted Life Years-İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı), sağlık planlamacılarına, toplumsal sağlık gereksinimlerini daha geniş anlamda saptamayı olası kılan yeni bir yaklaşım getirmiştir (6).

Çalışmacılar bu sürecin amacını üç önemli başlıkta toplamışlardır (7).

1. Ulusal ve uluslararası sağlık politikalarının geliştirilmesi sürecinde, karar alma ölçütlerine ölümcül olmayan sağlık sorunlarının da katılmasını sağlamak
2. Epidemiyolojik değerlendirme sürecini politikadan olabildiğince soyutlamak, sağlık gereksinimlerini bilimsel kanıtlara dayalı olarak göstermenin yolunu açmak
3. Ortak bir hastalık yükü geliştirerek, hastalık ve kaza gibi doğrudan biyolojik nedenlerle, çevresel ve sosyoekonomik eşitsizlik gibi dolaylı nedenlere bağlı, prematür ölüm (erken ölüm) ve ölümle sonuçlanmayan sağlık durumlarının topluma getirdiği yükü hesaplamak

Buradan da anlaşıldığı gibi DALY kavramı, çeşitli hastalıkların neden olduğu prematür ölümler ile ölümle sonuçlanmayan, ancak uzun dönemli sakatlık ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün tek bir ölçüt ile değerlendirilebilmesini amaçlamaktadır. DALY bir kişinin erken ölmesi nedeni ile kaybetmiş olduğu yıllar ile herhangi bir rahatsızlık nedeni ile sakat olarak sürdürdüğü yaşam yıllarının birlikte ifade edildiği bir ölçüttür.

Diğer bir deyişle, DALY insidans / prevalans perspektifine bağımlı kalarak hem çeşitli hastalıkların neden olduğı erken ölümlerden dolayı kaybedilen yaşam yılları, hem de ölümlerle sonuçlanmayan durumlarda hastalık, kaza veya yaralanmanın neden olduğı işlev kaybı ve sakatlıkları bir arada değerlendirmeye yarar. DALY hem maliyet hem de sağlık etkilerinin beraberce kullanıldığı bir ölçüt olduğundan farklı sağlık girişimleri sonucu ilave sağlıklı bir yaşam yılı üretebilmek için gerekli maliyetlerin karşılaştırılmasına yardımcı olmaktadır.

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, mortalitenin giderek azalması ve yaşam boyu değişik derecelerde işlev kaybına neden olan kronik hastalıkların giderek yaygınlaşması, önerilen bu hastalık yükü kavramının önemini daha da arttırmaktadır.

Hastalık yükü yaklaşımının bir diğer önemli avantajı, ülkeler arası karşılaştırmalara olanak sağlaması ve sağlık sistemlerinin performansı konusunda bilgiler sunabilmesidir.

DALY hesaplanmasında; önce nüfustaki erken mortaliteden dolayı kaybedilen yaşam yıllarının toplamı bulunup daha sonra sakatlıkla kaybedilen yaşam yılları ile toplanır ve

$DALY = (YLL + YLD)$ ile ifade edilir. Bu formüle göre;

$DALY = \text{Years of Life Lost (Kaybedilen Yaşam Yılı=YLL)} + \text{Years Lost with Disability (Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı= YLD)}$ anlamını taşır.

Kavram yeni olmasına rağmen birçok ülke hastalık yükü hesaplamaları konusunda çalışmalar yürütmektedir. Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesi birlikte “Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi” kapsamında “Hastalık Yükü” hesaplaması yapmış ve bunu 2004 yılı final raporu ile yayınlamıştır (8).

Bu rapor incelendiğinde, DALY’e ve YLD’ ye neden olan ilk on hastalık içinde ruhsal hastalıklar ve şizofreni dikkat çekmektedir. Şizofreni; ulusal düzeyde YLD’ ye neden olan hastalıkların yüzde dağılımında, %2,3’lük oranı ile dokuzuncu sırada, 15–49 yaş grubunda DALY’e neden olan hastalıkların yüzde dağılımında, %1,9’luk oranı ile 10. sırada yer almaktadır.

1.1.Şizofreni

1.1.1.Şizofreni nedir?

Şizofreni her toplumda ve sosyoekonomik düzeyde görülebilen tanımı, klinik belirtileri ve seyri bakımından çeşitlilik gösteren ağır bir ruhsal bozukluktur. Şizofreni, bireyin düşünce, duyu, hareket, algılama sürecini etkiler. Bu hastalıkta; öğrenme, yargılama, çalışma becerisi ve kişiler arası ilişkiler gibi zihinsel ve sosyal işlevlerin değişik alanlarında belirgin bozulmalar olabilmektedir (9).

Şizofreni insana acı veren, zorlayıcı ve karmaşık bir psikiyatrik bozukluktur. Hastalığın temel semptomları hastalar arasında yüksek oranda değişiklik göstermektedir. Bu semptomlar; varsanılar, sanrılar, dezorganize konuşma ve davranış, uygunsuz duygulanım, bilişsel kayıplar, psikososyal işlevsellikte bozulmadır. Birçok vakada semptomların başlangıcı sinsidir. Genellikle klinik tablo öncesinde yavaş yavaş gelişen sosyal geri çekilme, azalmış ilgi ve merak, dış görünüş ve hijyende değişiklikler, bilişsellikte değişiklikler, garip ve tuhaf davranışlarla karakterize prodromal evre görülür (9).

Hastalık insanlık tarihi kadar eskidir. Eski çağ Sanskrit ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde belirtiler gösteren ruh hastalarının tanımlandığı bildirilmektedir. Orta çağ Avrupa'sında şeytana tutulmuş diye bilinen ruh hastalarının önemli bir bölümünün şizofrenik olduğu kuşkusuzdur (10).

Hastalık ilk kez biçimsel olarak Benedict Morel tarafından 13–14 yaşlarında başlayıp bilişsel yozlaşma ile otistik yaşamaya başlayan bir vakanın tanımlamasında kullanılmış ve “dementia precox” olarak adlandırılmıştır. Daha sonra 1896 yılında bir Alman psikiyatristi olan Emil Kraepelin akıl hastalıklarını yıkımla gidenler (dementia precox) ve gitmeyenler (manik depresif psikoz) olmak üzere iki büyük grupta toplayarak sınıflandırma yapmıştır. Kraepelin bu kavram ile ilerleyici zihinsel yıkımı vurgulamak istemiştir.

1911 yılında İsviçreli bir psikiyatrist olan Eugen Bleuler şizofreni kavramını ilk olarak ortaya atmıştır. Bleuler'e göre şizofrenide temel sorun çağrışımların bozulmasıdır. Hezeyan ve halüsinasyonlar bu çağrışım bozukluğuna ikincil olarak ortaya çıkmaktadır. Bleuler tüm vakaların demansla sonlanmadığını, seyirlerinin değişken olabileceğini ileri sürmüştür. Hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya “schisme” önem vererek “schizophrenia”, yani “zihin bölünmesi, yarılması” adını

önermiş ve zamanla bu terim tutmuştur. Bleuler şizofrenide dört belirtinin temel semptom olduğunu belirtmiştir. Bunlar 4A belirtisi olarak bilinen; otizm, ambivalans, çağrışımlarda bozukluk ve uygunsuz affektir. 1930’larda Kurt Schneider şizofreni için patognomonik olarak kabul edilen birincil sıra belirtileri tanımlamıştır. Bunlar; tartışan, yorum yapan, emir veren işitsel halüsinasyonlar, somatik halüsinasyonlar, düşünce çekilmesi, düşünce yayılması, düşünce okunması, sanrılı algılama, duygu ve davranışların başkalarının etkisi altında olduğu yaşıntısıdır. Schneideryan bulgular DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı sistemini büyük ölçüde etkilemiştir (11).

Hastalık bireyin toplum içindeki işlevselliğini, kişiler arası ilişkiler geliştirmesini olumsuz yönde etkiler. Klinik görünümü önemli ölçüde değişiklik gösterir.

1970’lerde Strauss şizofrenik semptomların pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve ilişkilendirme bozuklukları olarak üç spesifik semptom kümesinde toplandığını bildirmiştir. Carpenter bu üç semptom alanını psikotik semptomlar, bilişsel semptomlar ve negatif semptomlar olarak sınıflamıştır.

Günümüzde şizofreni tek bir hastalık olarak görülmemekte, kanserde olduğu gibi çok değişik etyolojiler, klinik türler, gidiş ve sonlanış gösteren, değişik sağaltım yolları olabilen bir bozukluk kümesi olarak kabul edilmektedir (10).

Şizofreni sıklıkla 15–45 yaşları arasında başlar. Son yıllarda çok geç başlangıçlı şizofreni vakaları üzerine yayınlar bulunmakla birlikte, erkek hastaların %61,6’sında, kadın hastaların %47,0’sinde hastalık belirtileri 25 yaşına kadar ortaya çıkmış olur (10).

Şizofreni semptomları genelde genç erişkin yaşta başladığından, bozukluk hasta ve ailesinin yaşam sürecindeki beklentilerini çok fazla değiştirebilmektedir. Bu yaşlar her iki cinsin de potansiyel olarak üretken olduğu ve üretkenlik açısından hastalığın en kötü etkilendiği dönemdir. Kadınlarda başlama yaşı erkeklere göre 5–10 yaş daha yüksektir, 25–30 yaşları arasında ilk kez hospitalize edilen şizofreni hastalarının çoğu erkektir. Geç başlangıçlı şizofreni hastalarında ise kadınların erkeklere oranı daha yüksektir (12,13).

Yüzyılı aşkın süredir, çok sayıda çalışmada, şizofreni etyolojisi ile ilgilenilmektedir. Etiyoloji üzerinde görüşler eskiden beri “organik” ve “psikososyal” olmak üzere iki ana kümede toplanarak tartışıla gelmiştir. Son 20–30 yıldır şizofreni giderek artan bir yaygınlıkla, beynin bir gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir.

Hastalığın asıl nedeninin henüz kanıtlanamamış bir beyin bozukluğu olduğu görüşü yaygın olsa da bu hastalığın ortaya çıkışında ve zaman zaman görülen alevlenmelerinde çevresel ve ruhsal etkenlerin varlığı küçümsenmemektedir (10). Ayrıca, hastalığın başlamasında etkili psikososyal etmenler bulunabilir, ancak bunların varlığı şart değildir.

Önemli bir sorun da, oluş nedeni olarak bildirilen etkenlerin gerçekten neden mi, yoksa hastalığın gidişi sırasında ortaya çıkan durumlar mı olduğu sorusudur. Bugüne dek bildirilen birçok biyokimyasal bulgunun etyolojik neden olmaktan çok sonuç olabileceği görülmüştür (10).

2.1.2. Şizofreni tanı ölçütleri

Şizofreni tanısı için, çoğunluk tarafından kabul edilmiş olan DSM-IV TR'deki tanı kriterleri kullanılmaktadır. DSM-IV şizofreninin tanısasal temelini üç ana belirti grubu üzerine kurmuştur. Bunlardan birincisi sanrılar, varsanılar, çağrışımda ve duygulanımda bozukluklar ile dezorganizasyon belirtilerinin varlığıdır. İkincisi bu vakalarda okul, iş, kişiler arası ilişkiler ve kendine bakımda yıkım olmasıdır. Üçüncü koşul ise en az 6 aylık bir sürenin olmasıdır. Diğer ölçütler ise diğer tanı grupları ile ilişkileri belirtir.

ICD -10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) tanı kılavuzu DSM-IV'e büyük oranda benzemektedir. ICD -10 da altı aylık süre koşulu bulunmamakla birlikte prodromal dönem kabul edilmektedir.

DSM-IV'e göre şizofreninin tanı ölçütleri:

A. Karakteristik semptomlar: Bir aylık dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. Hezeyanlar (sanrılar)
2. Hallüsinasyon (varsanılar)
3. Dezorganize (karmakarışık) konuşma
4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
5. Negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamamazlık) ya da avolasyon.

B. Toplumsal / mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır.

C. Süre: Bu bozukluğun süre giden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal ya da residüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da residüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır; çünkü ya aktif evre semptomları ile birlikte aynı zamanda majör depresif, manik ya da mikst epizotlar ortaya çıkmamıştır ya da aktif evre semptomları sırasında duygudurum epizotları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve residüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının – genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilgisi: Otistik bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konulabilir (14).

2.1.3. Şizofreni alt tipleri

Şizofreninin özgün belirtilerinin neler olduğu, bozukluğun sınırları, alt tipleri ve bu alt tiplerin nasıl belirlenebileceği, ilişkili olduğu fizyopatolojik etkenler, gidişi ve tedavisi gibi konular hala yeterince açık değildir.

ICD–10 da şizofreni 10 alt gruptur. DSM-IV’den farklı olarak post şizofrenik depresyon ve basit şizofreni yer almıştır. Ayrıca bu gruplara uymayanlar için başka ve belirlenmemiş tanı grupları bulunmaktadır. DSM-IV’de ise şizofreni beş alt gruba ayrılır: (14).

1. Paranoid Tip
2. Dezorganize Tip
3. Katatonik Tip
4. Farklılaşmamış Tip
5. Residüel Tip

2.1.4. Şizofrenide prevalans ve insidans

DSÖ' nün on ülkede gerçekleştirdiği bir araştırmada, şizofreni yaygınlığının yüz binde 7 ile 14 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada şizofreni yaygınlığının farklı ülkelerde benzerlikler gösterdiği belirtilmektedir. Bu benzerliklerin özellikle Shneider'in birincil belirtilerinin kullanıldığı tanı ölçütleri ile ortaya çıktığı dikkat çekmektedir. Bu benzerlikler dışında 1953'te Böök İsveç'in kuzeyinde yıllık şizofreni yaygınlığını binde 17 gibi hayli yüksek bir oranda bildirmiştir. Yine Slovenya, Batı İrlanda, Kanada'daki Katolikler ve Hindistan'daki Tamil'lerde yüksek yaygınlık oranları bildirilmiştir (15).

Literatürde ender olarak çok düşük şizofreni yaygınlık oranları da bildirilmiştir. Eaton ve Weil 1955'teki çalışmalarında Kuzey Amerika'daki bir grupta şizofreni yaygınlığının oldukça düşük olduğunu belirtmişlerdir. Ancak 1980'de Murphy aynı grupta bu oranı desteklememiştir. Torrey ve arkadaşları ise Papua Yeni Gine'de yaptıkları 1974'de yayınlanan araştırmalarında şizofreni yaygınlığının çok düşük olduğunu bildirmiştir. Şizofreni yaygınlığında büyük oranlarda farklılığa işaret eden bu verilerin; kullanılan tanı ölçütlerinin çeşitliliği, genetik yatkınlıklar, göç gibi faktörlerle ilgili olabileceği düşünülmektedir (15).

Londra'da gerçekleştirilen bir araştırmada binde 5,13 gibi yüksek bir nokta yaygınlık (point prevalence) saptanmıştır. Sözü edilen araştırmada bu oran Londra'nın yoğun göç alan alt sosyo-ekonomik özelliklere sahip bölgesinde yapılmış olup, sosyodemografik özelliklerin hastalık yaygınlığını etkilediğine işaret etmektedir (15). Ancak, çeşitli çalışmaların ortak sonucu dünyada şizofreni için noktasal prevalansın yüz binde 100 ila 1700 arasında olduğudur (13).

Şizofreninin 1970'ler öncesinde, toplumdaki sıklığının (insidans) yüz binde 17–57 aralığında olduğu bildirilmekteydi. Daha sonraki çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hafner ve Reiman; 1970'de Almanya Manheim'da yaptıkları bir çalışmada,

şizofreni sıklığının yüz binde 54 olduğunu bildirmiştir. Wing ve Fryers ise 1976'da Londra'daki çalışmalarında hastaneye ilk müracaat eden hastalar arasında şizofreni sıklığının yüz binde 11–14 olduğunu saptamışlardır. Goldacre ve arkadaşları 1994 tarihli bir araştırmada şizofreni sıklığını kadınlar için yüz binde 11,4, erkekler için ise yüz binde 15,1 olarak bildirmektedir. İtalya'da yapılan bir başka saha çalışmasında, İtalya'nın kırsal alanı Portogruaro'da 8 yıllık bir dönemde şizofreni sıklığı binde 2 gibi yüksek bir oranda saptanmıştır (15). Şizofreni insidansı ile ilgili çalışmalarda, yüz binde 10 ila 54 arasında oranlar verilmektedir (13).

Şizofreni gibi uzun prodromal dönemi olan bir hastalıkta hastalığın ne zaman başladığının belirlenmesi için sıklık (insidans) kavramı yeterince tanımlayıcı olmamaktadır. Bu nedenle son yıllarda psikiyatrik epidemiyolojide hayat boyu yaygınlık (lifetime prevalence) ve hayat boyu hastalanma riski (lifetime morbid risk) kavramlarının daha belirleyici olduğu düşünülmektedir.

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının (lifetime prevalence) yüzde 1–1,4 arasında olduğu belirtilmektedir. Yaşam boyu hastalanma riski (lifetime morbid risk) ise her iki cins için yüzde 0,5 ile 1,6 (ortalama yüzde 1) olarak düşünülmektedir (13,15).

2.1.5. Şizofrenide seyir ve prognoz

Şizofreni yaygın yeti yitimi yapan bir durum olduğu için çalışmaların çoğu; tam düzelme, tekrar hastaneye yatış gereksinimi, pozitif ve negatif semptomların derecesi, kişiler arası ilişkilerin kalitesi, çalışma yetisi ve mortalite gibi belirleyicilere odaklanmıştır. Birçok çalışma tam iyileşmeyi araştırmıştır. Bu da tüm semptomların tamamen düzelmesi, ilaca gereksinim kalmaması, en yüksek prepsikotik işlevselliğini kazanması ve kendisi ailesi ve diğerleri tarafından ruhsal olarak hasta görülmemesini içermektedir. Altı araştırmacı bu tanımda küçük değişiklikler yaparak % 19–30 arasında tam iyileşme oranları bildirmişlerdir (9,16).

En ideal izlem çalışmaları ilk atak hastalarını en az beş yıl süreyle takip eden prospektif çalışmalardır. Varolan en kapsamlı uzun dönemli çalışmalar özetlendiğinde, hastaların %15-20'sinde nüks gelişmeksizin tam iyileşme sağlandığı görülmektedir. Hastaların %15'i ilk atağı etkin olarak asla atlatamayacak, semptomatik kalarak uzun dönemli yoğun sosyal ve medikal desteğe gereksinim duyacaktır. Bu iki kutup arasında

yer alan hastaların büyük bölümü ilk atağı kısmen atlatacak fakat hastalık öncesi fonksiyon düzeyine ulaşamayacak, gelecekte tekrarlayan ataklar geçirecek ya da bu iki süreci birlikte yaşayacaktır.

Hastalığın başlangıcında tedavi edilmeden geçen psikotik semptomların süresinin daha sonraki hastalık sürecini etkileyebileceği bilinmektedir. İlk psikotik epizodun antipsikotik tedavisi belirgin olarak geciktiğinde, hastanın multiepizodik bir seyrinin olması ve yaşamının geri kalanında daha fazla gün hastanede geçirme olasılığı artmakta ve tam iyileşme olarak tanımlanan bir sonuca daha az sahip olmaktadır.

Rehospitalizasyon oranları şizofreni hastalarında yüksektir. Çalışmalar hastaneden çıkarıldıktan sonra hastaların %40-50'sinin ilk yıl içinde, %85'inin ise herhangi bir zamanda tekrar hospitalize edileceği gerçeğini göstermektedir.

Rehospitalizasyon, hastalığın seyrinden çok başka değişkenlere bağlıdır. Hastaneye kabul politikalarına, toplumun sosyal destek ve kaynaklarının ne kadar etkin kullanıldıklarına bağlı olarak, hastane dışında başarıyla yaşayan birçok psikotik hasta vardır. Residüel yıkım devam etmekle birlikte, psikotik olmayan hemen hemen tüm hastalar hospitalize edilmeden kalmaktadır (9,16).

2.1.6. Şizofreni bir halk sağlığı sorunu mudur?

Şizofreni görünürde yüksek insidansa sahip değilse de, erken yaşta başlaması, sık tekrarlama ve kronik seyretmesi nedeniyle nispi olarak yüksek bir prevalansa sahiptir. Hastalığın mental ve sosyal yetersizliğe yol açıyor olması, tüm dünyada hastalığı pahalı ve çokça külfetli yapar. Şizofreninin külfeti çoktur ve bu külfetin birçok nedeni vardır. Yalnızca etkilenenlerin değil aynı zamanda onların yakınları, arkadaşları ve yaygın olarak toplumu ilgilendirir.

Şizofreninin; topluma maliyetini doğrudan ve dolaylı maliyetler olarak iki başlıkta toplamak gerekir.

Doğrudan maliyetler ilaç ve tedavi gibi giderleri, dolaylı maliyetler ise hastanın hastalığa bağlı erken ölümü, işgücü kaybı, hastaya bakan aile üyelerinin işgücü kaybı gibi giderleri kapsar. Ayrıca her iki gider grubuna da girmeyen sosyal bakım hizmetleri, işsizlik sigortası giderleri, ceza yargısı giderleri gibi giderleri de maliyet hesabında dikkate almak gerekir.

Wyatt ve arkadaşları; ABD’de 1991 yılında şizofreni nedeniyle kaybın 19 milyar dolar doğrudan, 46 milyar dolar da üretim kaybı nedeniyle dolaylı olmak üzere toplam 65 milyar dolar olduğunu hesaplamıştır. Toplamın %71’ini oluşturan dolaylı kayıplar doğrudan kayıplara eklendiğinde, milyonlarca insanı ve ailelerini etkileyen bu durumun finanssal yükü daha kapsamlı olarak görünebilir (17).

Özkıyım girişimi şizofreni hastalarında sık görülür. Türkiye’de yapılan iki farklı çalışmada şizofreni hastalarında özkıyım girişimi öyküsü sıklığı %37,0 ve %32,1 olarak saptanmıştır (18,19). Bir başka çalışmada ise şizofreni hastalarının %12’sinde özkıyım düşüncesinin saptandığı belirtilmektedir (20). Özkıyım girişiminin hastane yatışlarını ve sağlık masraflarını arttırdığı ve erken mortaliteye neden olduğu belirtilmektedir.

Şizofreniyle ilgili yapılan son çalışmalar, hastalığın hem hasta hem de ailesi için zorluklar ve üretkenlik kaybına yol açtığını, düşük yaşam kalitesine ve ikincil mental sorunlara neden olduğunu ortaya koymaktadır. DSÖ 2005 yılı raporuna göre; nöropsikiyatrik hastalıklar, tüm dünyada, YLD kayıplarının %31,7’sinden, DALY kayıplarının %27,5’inden sorumlu tutulmaktadır. Yine aynı rapora göre şizofreni hastalığı, tüm dünyada YLD kayıplarının %2,8’inin, DALY kayıplarının %2’sinin nedenidir (21).

Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi final raporu incelendiğinde; şizofreninin, ulusal düzeyde YLD’ye neden olan ilk on hastalığın yüzde dağılımında %2,3 ile dokuzuncu sırada, kentsel alanda YLD’ye neden olan ilk on hastalığın yüzde dağılımında %2,4 ile dokuzuncu sırada, ulusal düzeyde DALY’e neden olan ilk on hastalığın 15–49 yaş grubunda yüzde dağılımında %1,9 ile 10. sırada, kentsel alanda DALY’e neden olan ilk on hastalığın 15–49 yaş grubunda erkek cinsiyete göre yüzde dağılımında %2,0 ile dokuzuncu sırada olduğu görülmektedir.

Bu bilgiler ışığında; şizofreni, aşağıda belirtilen beş önemli özelliği nedeniyle bir halk sağlığı sorunudur.

- I. Şizofreni yaygın görülen bir sağlık sorunudur.
- II. Şizofreni ağır yeti yitimine sebep olabilmektedir.
- III. Şizofreni toplumsal yükü ağır bir hastalıktır.
- IV. Şizofreniyle mücadele etmenin etkin yöntemleri bulunmaktadır.
- V. Hastalar, aileleri ve toplum açısından kabul edilebilir tedaviler mevcuttur.

Günümüzde; tüm dünyada, ruhsal hastalıkların ve özellikle şizofreninin erken tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonu ile ilgili çeşitli teorik ve pratik sorunlar tartışılmaktadır. Yeni ortaya atılan kuramlar, yeni tedavi şekilleri, kullanıma yeni sokulan ilaçlar çerçevesinde çalışma ve tartışmalar sürmekte iken, başlangıçta bu tartışmaların dışında kalan ancak zamanla tartışmaların ana belirleyicilerinden biri haline gelen bir kavram, tartışmaların odağına oturmuştur. Bu kavram stigmatizasyon (damgalama)'dur.

Stigmatizasyon konusundaki çalışmalara olan ilgi giderek artmaktadır. Çünkü ruhsal hastalıkların stigmatizasyonu, hastalıkların tüm tedavi ve rehabilitasyon sürecini olumsuz etkileyebilmekte, tedavi sürecinde aşılması gereken önemli bir sorun olarak dikkat çekmektedir. Genel olarak ruhsal hastalığı olanlara yönelik, özellikle de şizofreni hastalarına yönelik olumsuz tutumlar ve stigmatizasyon, hastalıkların erken tanısını ya da erken dönemde tedaviye başlanmasını, hastaların tedavi için hekime başvurmadaki kararlılığını, hastanın tavsiye edilen tedaviyi uygulayıp uygulamamasını, yatarak tedaviyi kabul edip etmemesini, rehabilitasyon hizmetlerine katılıp katılmamasını ve eski işlevselliğine dönebilmesini doğrudan ya da dolaylı olarak olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum, zaten hastalık yükü ağır olan şizofreni gibi hastalıkların toplumsal yükünü hem sosyal hem de ekonomik anlamda daha da arttırabilmektedir.

2.2. Ruhsal hastalığı olanlara karşı tutumlar ve stigma

Her toplumun, ruhsal hasta ve hastalıklara karşı, çeşitli değişkenler tarafından şekillendirilmiş kendine özgü tutumları vardır. Bu tutumlar, hastalıkların seyrinde hastalığın özellikleri kadar önem taşır.

Tutum; Latince kökeninde “harekete hazır” anlamına gelmektedir ve “yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumu” olarak tanımlanabilir (22). Bu tanıma göre tutum, bireyin davranışlarını yönlendirici bir unsur olarak ele alınmaktadır. Ayrıca, yaşantı ve deneyimlerle örgütlendiği belirtilerek tutumun bir öğrenme süreci sonunda oluştuğu belirtilmektedir. Allport tutumu temelde belirli bir yönde davranmaya hazırlık ya da

eğilim olarak görmekte ve onun davranışa ilişkin olarak verebileceği bilgileri vurgulamaktadır.

Tutumların bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç ögesi vardır ve bu ögeler arasında iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır. Buna göre bireyin bir konu hakkında bildikleri ona olumlu bakmasını gerektiriyorsa (bilişsel öge), birey o objeye karşı olum duygulara sahiptir (duygusal öge) ve bunu sözleri ya da davranışları ile (davranışsal öge) ortaya koyar.

Sosyal bilimlerdeki pek çok kavram gibi tutum kavramıyla da ilgili tam bir görüş birliği oluşmamıştır. Bunun sonucu, tutumun geleneksel tanımlarından her biri tutumun ne olduğuna ilişkin az da olsa farklı bir kavramlaştırma içermekte ya da tutumun farklı bir yönünü vurgulamaktadır. Bu tanım ve açıklamalardan yola çıkarak, tutumlarla ilgili şu özellikler sıralanabilir.

- 1.Tutumlar doğuştan gelmez, sonradan yaşanılarak kazanılır. Birey toplumsallaşırken kültürel olarak, yaşantılar yoluyla öğrenilir.
- 2.Tutumlar geçici değildir, belli bir süre devamlılık gösterir.
- 3.Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkide bir düzenlilik olmasını sağlar. Öğrenme süreci içinde derece derece biçimlendiğinden, insanın çevresini anlamasına da yardımcı olurlar.
- 4.İnsan ve obje ilişkisinde, tutumların belirlediği bir yanlılık ortaya çıkar, birey bir objeye ilişkin tutum oluşturduktan sonra, ona yansız bakamaz.
- 5.Bir objeye ilişkin olumlu ya da olumsuz bir tutumun oluşması, ancak o objenin başka objeler ile karşılaştırılması sonucu olasıdır.
- 6.Kişisel tutumlar gibi toplumsal tutumlar da vardır.
- 7.Tutum bir tepki şekli değil, daha çok bir tepki gösterme eğilimidir.
- 8.Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilir (22).

2.2.1. Damgalama (Stigmatizasyon)

Damga (stigma) ilk olarak Klasik Yunan'da, ahlaki açıdan garip veya kötü olduğu düşünülen dışlanmış gruplar için kullanılmış bir terimdir. Stigma, sözcük olarak “yara, iz, işaret” anlamına gelmekle birlikte, daha çok “kara leke” anlamında kullanılmaktadır (23,24). Damga, bir kişi ya da grup için utanılması gereken bir durumun varlığı ya da normal dışı olarak, kabul edilemezliğin belirtisi olarak değerlendirilmektedir.

Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle de damgalanan kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Önce damgalanan ve ardından tüm olumsuzlukların atfedildiği bu kişiler daha sonra toplumdan uzaklaştırılır, yalıtılır, yok edilmek için çaba gösterilir ya da yok olması için kendi haline bırakılır. Damgalamanın amacı ve sonucu ayırmak ve dışlamaktır. Damgalama, etiketleme ile başlamakta, ayrımcılık ve dışlama ile sonlanmaktadır. Etiketleme olduğuunda, etiketlenen kişinin kimliği ve özellikleri artık çok da önemli değildir. Toplum, etiketlenen bireyi gerçek kimliği ve gerçek davranışlarından bağımsız olarak algılar ve tutumlarını buna göre düzenler. Genel olarak bakıldığında damgalama, bazı gruplara ya da hastalara karşı toplumun tavır alması, onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür (24).

Becker'a göre, toplumsal gruplar, oluşturdıkları kurallara uymayanları dışarıdakiler olarak etiketler ve sapmayı yaratırlar. Gruplara ait kurallar, grup için uygun olan davranışı tanımlamaktadır ve bu kurallara uyulmaması bu kişiyi dışarıdaki yapmaya yetmektedir. Gruplara ait kurallar oluşturulurken, güce sahip olan kişilerin kararları belirleyicidir, ancak yine de kurallar grupla birlikte oluşturulur. Sonuçta sapma, kişilerin eylemlerinin bir niteliği değil, kuralların ve yaptırımların uygulanmasının sonucudur. Etiketin başarıyla uygulandığı kişi de sapmış olarak tanımlanır (25).

Goffman damgalamayı sosyolojik bir terim olarak ilk tanımlayan kişidir. Goffman; damgayı "sahip olunan nitelikler ve toplumda kabul edilmiş değerler arasındaki özel bir ilişki biçimi" olarak tanımlamaktadır. Bu ilişki biçimi negatiftir ve toplumdaki kabul edilmiş değerlerle sahip olunan nitelikler uyuşmadığı zaman, damga ortaya çıkmaktadır (26). Goffman; damgalanan bireye daha az değer verildiğini, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir olduğunu ve neredeyse insan gibi algılanmadığını ifade etmiştir (27). Toplumsal kabulden çıkartılan herhangi birisi, damgalanmıştır (26).

Goffman'a göre damga sabit bir özelliği yansıtmaktan öte, değer kaybı ilişkisini yansıtmaktadır ve üç tip halinde sınıflandırılabilir. Bunlar; bedensel, ahlaki ve kabilesel stigmatdır (28).

Goffman, günlük söylemlerimizde bile özgün anlamından farklılaşmayan, sakat insan, gayri meşru çocuk, deli adam gibi damgalama sözcüklerini kullandığımızı

belirtir. Bireylerin günlük söylemlerine dikkat ettiğimizde, genellikle kendisinin farklı ve güçlü olduğunu belirtmek istediğinde karşısındaki kişileri şu ya da bu şekilde etiketlediklerini ve onları ötekileştirdikleri görülebilmektedir. Goffman'a göre damga güç gibi ilişkisel bir fenomendir. Damga, toplumlar ya da sosyal gruplar, cezalandırılması gerektiği konusunda fikir birliği ettikleri hoşnutsuzlukları başarılı bir biçimde ussallaştırdıklarında ortaya çıkmaktadır. Bu tür bir ussallaştırma ya da etik gerekçeler, damgalanmış bireylerin tehlikeliliğini ve bayağılığını göstermek için kullanılan bir ideoloji ya da damga teorisidir (26).

Sosyal karşılaşmalarda ilk izlenimler, karşılaşılan kişinin tahmin ve beklentilerini taşıyan sosyal bir kimliği inşa etmeye yardım etmekte önemlidir. Verdiğimiz izlenimlerden habersiz olabiliriz ve bizim sosyal kimliğimiz, bizim asıl olan kimliğimizle aynı olmayabilir. Bir stigmanın algısı, diğerlerinin beklentilerini azaltır, kişiye kuşkuyla bakılmasına ve ahlaki bir çöküntüye neden olur. Stigma, genellenebilir, bundan dolayı kör insanların aynı zamanda sağır oldukları varsayılır. Yine de, beklentiler, çoğunlukla tutarlı değildir. Stigma geçmiş suçlar için ceza olarak açıklanabilir (26).

Günümüzde insanlar, çok sayıdaki iletişim ağıyla birçok sinyal ve imajla bombardıman edilmekte ve iletişim kaynaklarından gelen verilerden kaynaklanan anksiyete, bireyleri her zamankinden daha fazla kategorize etmeye ve ayrımcı davranmaya zorlamaktadır (27). Bu yüzden, pek çok grup ve hasta çeşitli boyutlarda ve derecelerde toplum tarafından damgalanmaktadır. En sık damgalanmaya maruz kalanlar evsizler, göçmenler, homoseksüeller, sokak çocukları, engelliler ve çeşitli hastalıkları olanlardır. Hasta grupları içinde AIDS'liler, tüberkülozlular, lepralılar, sifilizliler, epilepsi hastaları, kanserliler ve herhangi bir ruhsal hastalığı olanlar çeşitli düzeylerde damgalanmaya maruz kalmaktadırlar (29).

Damgalama pek çok grup ve hastalık için görülse de, erken çağlardan bu yana damgalama ve etiketlemeye en fazla maruz kalanlar herhangi bir ruhsal hastalığı olanlardır. Çünkü zihin ile akıl, insanların ayırt edici özelliklerindendir ve onların tamamen ya da kısmen kaybı, eğer doğaüstü güçlerin bir işareti olarak sayılmıyorsa, genellikle son derece rahatsız ve tehdit edici bir durum şeklinde yorumlanır (28,30).

Ruhsal hastalığa karşı oluşan stigmatizasyonu “Bireyin, ruhsal durumunun toplumun kabul ettiği normlar düzeyinde olmaması yüzünden, ayrımcılığa uğraması ve sistemli olarak sosyal ilişkilerden dışlanması” şeklinde tarif etmek olasıdır (30).

Ruhsal hastalığı olanların damgalanması ve toplumdan dışlanması insanlık tarihi kadar eskidir ve insanların evrimsel gelişimi ile yakından ilişkilidir. İnsanlık tarihinin karanlık (bilgisizlik – güçsüzlük) dönemlerinde, ruhsal hastalığı olanların anlaşılmaz, açıklanamaz belirtileri insanların korkuya kapılmalarına neden olmuştur (31). Hastalardaki farklı, uygun olmayan, beklenmedik davranış ve düşünceler toplumda korku ve huzursuzluk yaratmış ve toplum düzeninin devamı için kontrol dışı olabilen hasta dışlanmıştır.

Damgalanmanın antropolojik bir varsayımına göre; tarihin derinliklerine bakıldığında, doğa karşısında yaşam alanı kurmak ve korumak için insanlar birlikte yaşamak zorunda kalmışlardır. Yaşam koşulları zorlaştığında bir takım katı disiplin kurallarının uygulanması zorunludur ve bu kurallara uymayanlar sıkı şekilde denetlenir. Ancak kuralların çiğnenmesine neden olan öyle bir faktör vardı ki bu denetlenememiştir. Bunlar psikiyatrik hastalıklardır. Böylece psikiyatrik hastalığı olanlar ilkel topluluklarda damgalanmak suretiyle soyutlanmıştır (32).

Ruhsal hastalığı olanlar o zamandan bu yana hala insanları korkutmaya, tedirginlik yaratmaya ve insanların gözünde toplum düzenini bozabilecek bir tehdit olarak algılanmaya devam etmektedir.

İnsanoğlunun en temel gereksinimlerinden biri, düzensiz ve beklenmedik olan şeylerden kaçma, her şeyin önceden bilinmesi isteği, neyin ardından neyin olacağını bilme arzusudur. İnsan diğer bireylerle olan ilişkilerinde de aynı beklentiyi taşır. İnsanlar için ilişkilerde ve yaşamda belirsizlikler arttıkça yaşam güçleşir (24). İnsanlar olayların ve ilişkilerin kendi kontrollerinde olduğunu bildikleri sürece daha az korku duyarlar. Olayları şansa, kadere, ya da başkalarının gücüne bağlayanlar daha sık korku duyarlar (33). Toplumun ruhsal hastalığı olanlara karşı tutumları, hastaların “ne yapacağı belli olmayan”, “tehlikeli”, “her an zarar verebilir” kişiler olarak algılanmaları ile başlar (34-40). Hastaların önceden kestirilemeyen davranışları toplumun düzen algısını zedeler ve anksiyete yaratır. Oluşan anksiyete toplumun düzen gereksiniminin tekrar kurulabilmesi için hastanın dışlanması ve toplumdan yabancılaşma sürecini başlatır. Bu süreç ayrımcılığın başlangıcıdır.

İnsanın bebeklik dönemindeki gelişim süreci incelendiğinde, insanların ve toplumun belirli grupları ve hastaları neden dışladığı, ötekileştirdiği ve damgaladığının kökenlerini anlamak olasıdır. İnsan, bebeklik döneminde tümgüçlü bir yaşantının içindedir ve anne memesini kendi bedeninin bir uzantısı olarak görür. Ancak zaman içinde yavaş yavaş bir dış dünyanın da olduğunun ve bu dünya üzerinde tümgüçlü olmadığının ayırdına varmaya başlar. Gereksinimlerin giderilmesi için başkalarına muhtaçtır ve bu tümgüçlü narsistik düşlerin yıkılması demektir ve bu da anksiyete yaratır. Ayrıca gereksinimlerinin giderilmesi için belli bir düzene gereksinim vardır ve belirsizlik, korkulması ve dışlanması gereken bir durumdur. Benlik onu bölen, ayıran, kesintiye uğratan bütün ötekileri, yabancıları ayırır, dışlar ve kötü olarak algılar. Benlik tümgüçlü olmadığı düşüncesinin incinmişliğinin öfkesini yansıtabileceği somut nesnelere, düşmanlara gereksinim duyar. Bu dönemden itibaren bu düşmanlar, öcü, iğneci, şeytan, cüzzamlı, deli olarak ve değişerek devam eder (41).

Ruhsal hastalığı olanlara karşı ayrımcılık, damgalama ve dışlama değişik toplum ve kültürlerde yaygın olarak görülmektedir. İnsanlardaki bu damgalama eğiliminin yüzyıllar boyunca pek de değişikliğe uğramadan devam ediyor olmasının en önemli nedenlerinden biri bireylerin ve toplumun gereksinimlerini karşılıyor olmasıdır. Damga sokaktaki insana gereksinim duyduğu basit açıklamayı sağlamakta, düşmanca tutumları için mazeret oluşturmakta ya da kişisel çatışmalarını başkasına yansıtmasına yardım etmektedir. Birey açısından bakıldığında, ruhsal hastalığı olanların damgalanmasının temel nedeni hastanın tehlikeli olduğu ve kendisine zarar verebileceği düşüncesidir ve bu korku kişiseldir. Toplum açısından bakıldığında ise, korku salan, düzeni bozan, huzursuzluk yaratan, toplumsal yaşam için tehdit oluşturan kişilerin toplumsal yaşam dışına çıkartılması gerekliliği ruhsal hastalığı olanların damgalanmasının temel nedenidir. Zarar görme korkusu, gerek kişisel gerek toplumsal açıdan bakıldığında damgalamanın altında yatan nedendir. Hastaların ne yapacağı bilinmeyen tehlikeli kişiler olduğu düşüncesi ve inancı, hastalara karşı oluşan korkuyu besler ve damgalamanın temelinde yatan en önemli düşüncedir (42-44).

Burada sorulması gereken soru neden tüm psikiyatrik hastalıkların tehlikelilik ile ilişkilendirildiğidir. Şizofreni gibi psikotik hastalıklarda, hastaların görünümü ve davranışları tekin olmayan kişi izlenimini yaratıyor olabilir. Fakat klinik görünüm

olarak böyle bir tabloyu hiçbir şekilde yansıtmayan psikiyatrik hastalığı olanlar bile ruhsal hastalık etiketi taşıdıklarında tehlikeli olarak algılanabilmektedir.

Kocabaşoğlu'na göre ise damgalamanın kaynağında psikojenik, ekonomik ve evrimsel faktörler rol oynamaktadır.

1. Psikojenik faktörler: İnsanlar genellikle başkalarının kötülüklerini istememekle beraber, başkalarının kötü durumlarını kendilerini daha iyi hissetmek için kullanmak arzusundadırlar. Bununla birlikte, tehditlere, başarısızlıklara veya çatışmalara maruz kalan, kendilerine güvenleri az olan insanlar başka kişileri daha küçük görme, horlama eğiliminde olmaktadır. Bu kendi güvensizliklerini gizlemek için geliştirilen bir savunma mekanizmasıdır. Çok geniş çalışmalar yapılmamış olmakla beraber, ruhsal hastalığı olan kişilerden korkan ve daha fazla dışlayıcı, kısıtlayıcı davranan kişilerin düşük özsaygılı, dış kontrol odaklı ve yüksek anksiyete düzeyi olan kişiler olduğu ifade edilmektedir (33). Daha zeki ve daha olumlu kişisel algısı olan bireylerin ruhsal hastalık ve hastaya karşı daha olumlu tutumlara sahip olduğu görülmüştür (45). Hastalarla sosyal ilişki kurma eğiliminin, kişinin kendi imajı ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir (46). Arıkan ve Akman, ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanmasında yapay özgecilik, karşıt tepki kurma ve bölme gibi savunma düzeneklerinin kullanıldığını, damgalama ve dışlamada, özellikle tehlikelilik algısı olduğunda nesnel gerçeklik-benlik çatışması yanında üstbenlik-benlik çatışmasının da bulunduğunu ileri sürmektedir (31).

2. Ekonomik faktörler: Ekonomik değişimlerin damgalama üzerine etkili olduğu savunulmaktadır. Bu konuda en eski araştırma 1882–1930 yılları arasında ABD’de siyahların linç edilmeleri ile ekonomik indeks arasındaki ilişkidir. Yıllar içerisinde ekonomi kötüleştikçe daha çok siyah linç edilmiş, ekonominin toparlamasıyla, iş kaynaklarının artmasıyla linç edilme olayları azalmıştır. Bu günlerde ayrımcılığın ifadesi linç etmek olmayabilir ancak ayrımcılık çok farklı platformlarda çok farklı şekillerde uygulanmaktadır (27).

3. Evrimsel faktörler: Damgalamayı, insanların üreme-yaşayabilme içgüdülerine ve genetik faktörlere bağlayan araştırmacılar olmakla beraber, damgalamada genetik faktörlerin hiçbir etkisinin olmadığını savunan çok sayıda araştırmacı bulunmaktadır (27,47).

Toplumların ruhsal hastalıkları olanları damgalamasının altında yatan nedenlerinden biri de kişilerin bu hastalıklara kendilerinin de yakalanabileceği düşüncesinin yarattığı korkudur. Kendisinin de hastalanabileceğini yadsıyan kişi aynı zamanda hastaları farklı, öteki durumuna yerleştirir. Bu yadsıma damgalamada önemli rol oynar (48). Hastalanabileceği korkusu, hastaların yalıtılmasında ve sanki insan dışı bir varlıkmiş gibi algılanmasında önemli bir etkide bulunur. Hastalar ne kadar yalıtılır, yabancılaştırılır ve dışlanır ise hastalanma korkusu o kadar azalır (49).

Ruhsal hastalığı olanlara karşı oluşan damgalamanın Corrigan’a göre üç bileşeni vardır (34).

Stereotipler: Stereotipler, birey, grup veya topluluk hakkında sahip olunan temellendirilmemiş kanaatler, kalıp yargılardır. Stereotipler, temsil ettiği gerçeğe çok az uyan, gözlem yapmadan tanımı oluşturulmuş sabit bir izlenimi yansıtan inançlar/davranışlardır. Bu çerçevede, stereotipler, diğer bir bireyi veya bireyler grubunu tanımlamak için kullandığımız basitleştirilmiş betimsel kategoriler olarak tanımlanabilir. Bu kavram insan gruplarının ortak görüşünü temsil eder. Toplumlardaki ruhsal hasta stereotipi pek çok araştırmada gösterildiği gibi “ tehlikeli”, “ne yapacağı belli olmaz” stereotipidir (34-40,50).

Önyargılar: Önyargı; bireylerin, bir nesne, konu ya da olgunun olumlu veya olumsuz olduğunu gösterecek herhangi bir araştırma yapmaksızın, hızlı bir biçimde, o nesne, konu ya da olgu hakkında fikir bildirmeye ve davranış geliştirmeye hazır olduklarını yansıtan tutumdur. Önyargılar stereotipleri destekler ve ikisi birlikte duygusal reaksiyonlara neden olur. Önyargılar sonucu hastalara karşı oluşan duygular genellikle korku ve öfkedir (34).

Ayrımcılık: Toplumdaki bir birey ya da alt grubun türlü önyargılar ve damgalama nedeniyle, sahip olduğu toplumsal hak ve çıkarlarından mahrum edilerek dışlanmasıdır.

Bireyler herhangi bir durumla karşılaştıklarında, bunu stereotiplere ve önyargılara göre değerlendirirler ve bu değerlendirme sonucu ortaya çıkan bilişsel ve duygusal yanıtlar davranışa yansır. Bu davranış ruhsal hastalığı olanlara karşı ayrımcılık ve dışlayıcı tavır almaktır (42).

Damgalama, ruhsal hastalık etiketi ile başlamakta, ayrımcılık ve dışlama ile sona ermektedir. Ruhsal hastalık etiketi olumsuz stereotipleri etkinleştirir. Sonuçta hastaların özelliklerine, klinik durumuna bakılmaksızın tehlikeli ve ne yapacağı belli olmaz kişi

olarak algılanırlar. Bu algı korku uyandırır ve hastanın sosyal olarak reddedilmesi ile sonlanır.

2.2.2. Etiketleme (Labelling)

Bazı durumlarda görülen ya da algılanan bir davranış damgalamanın başlangıcı olabileceği gibi bazen de sadece ruhsal hastalık ya da şizofreni etiketi (label) damgalamaya neden olabilir.

Etiketleme kuramına göre; genel anlamda ruhsal hastalık daha özelde ise şizofreni etiketi ile etiketlenen kişilerin davranışları ne olursa olsun bu kişilere karşı olumsuz ya da istenmeyen toplumsal tepkilere maruz kalabildiğini belirtmek için kullanılmaktadır. Etiketleme olduğunda, kişinin kimliği, özellikleri çok da önemli değildir. Etiketlenen kişi normal dışı davranışlar göstermese bile sadece etiket nedeni ile önyargılı ve ayrımcı tutumlara maruz kalabilir. Toplum ruhsal hastalık etiketi taşıyan kişiyi gerçek kimliği ve davranışlarından bağımsız olarak değerlendirir ve tutumlarını önceden varolan stereotiplere göre düzenler (34,35,51,52). Olumsuz tutum, yargı ve reddetme eğiliminde hasta kişinin davranışlarından bağımsız olarak etiketlemenin doğrudan etkili olduğu belirtilmektedir (24). Etiket olmadığında ise aynı tablonun sosyal olarak kabulü daha fazladır.

Ruhsal hastalık etiketi ile kişinin tehlikeli olarak algılanması, kişiden korkmanın artması ve daha fazla sosyal mesafe isteği doğrudan ilişkilidir (34,51,53). Damgalama, ayrımcılık ve sosyal yönden reddedilme etiketleme ile başlayan sürecin sonucudur (34,35). Bir kişi psikiyatrik açıdan hasta olarak tanımlandıktan sonra toplumda, o kişi ile iletişimi kesme, reddetme ve dışlama eğilimleri özellikle de kişisel yakınlık ve sosyal sorumluluk gerektiren durumlarda çok daha fazladır (34,35,46,52,54-60). Bu kişilerin iş bulmaları ya da iş yaşamları, kişisel ilişkileri ve okul yaşamları bu etiket nedeniyle olumsuz yönde etkilenir.

2.2.3. Sosyal mesafe

Etiketlenen ve ardından damgalanan bireyler bunu izleyen süreçte ayrımcılığa maruz kalırlar ve sosyal yönden reddedilirler.

Toplum hastaları zaman zaman yalnızca hastalık etiketi, zaman zaman hastaların toplumla bağlarının zayıflığı nedeniyle, ama en çok da gerçek veya varsayılan

tehlikelilik inancı tahmin edilemez davranışları ve garip, pis görünümleri nedeniyle reddetme eğilimi içindedir. Halkın ruhsal hastalığı olan kişilerle yakın ilişkiler içinde olmaktan kaçınmaları ve toplum ile hastaların olması gerektiği, gibi yakınlaşamamaları sosyal mesafe kavramının doğmasına neden olmuştur. Sosyal mesafe, kişilerin sosyal ilişkilerinde ruhsal hastalığı olanların katılımını ne kadar kabul ettiklerinin derecesidir (60). Bu konuda yapılan çalışmalarda, halkın genellikle hastalar ile kişisel bağlantı gerektiren durumlarda daha mesafeli olmak gerektiği duyduğunu göstermektedir. Whatley akıl hastası olarak tanımlanmış hastalarla sosyal yakınlık içeren ortamlarda etkileşimi kesme eğilimi içinde olduğunu, buna karşın görel olarak daha genel, kişisel olmayan ortamlarda hastaların daha fazla kabul gördüğünü söylemektedir. Whatley bireylerle hastaların özellikle ego içeren ortamlarda etkileşimi kesme eğiliminde olduğunu belirtmektedir (60,61). Trute'nin araştırması da bu görüşü desteklemektedir (46). Yapılan çok sayıda çalışmada toplumun ruhsal hastalığı olan kişilerle sosyal yakınlıktan çekindiği ve arada belirli bir mesafe bırakmaktan yana reddedici tutumlar sergiledikleri görülmüştür. Çarpıcı olan 10–20 yıllık izlem çalışmalarında aradan geçen onca zamana rağmen hastaların sosyal yönden reddedilmesinde olumlu yönde bir değişimin saptanmamış olmasıdır (46,62). Değişen zamana ve sağlık politikalarına rağmen toplumlardaki reddedici tutumlar değişmemektedir. Daha da önemlisi, hastanın rahatsızlığı ile ilişkili “sapkın” diye tanımlanan davranışları ortadan kalktıktan sonra bile stigmanın devam etmesidir (30).

Kültüre bağlı olarak şiddeti değişmekle birlikte her toplumda ruhsal hastalığı olanların sosyal yönden reddedildiği ve insanların özellikle “ego içeren” ortamlarda bu kişilerden uzak kalma eğiliminde olduğu artık bilinen bir gerçektir. Bununla birlikte hastaların sosyal yönden reddedilmeleri ya da dışlanmaları bazı değişkenlerden etkilenmektedir.

2.2.4. Ruhsal hasta ve hastalıklara yönelik tutumları belirleyen etmenler

İnsanların, ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin tutumlarını belirleyen birçok etmen bulunmaktadır. Tutumları etkileyen en önemli etmen kültür olmakla birlikte, başka birçok değişken tutumların oluşmasında rol oynar. Sosyodemografik değişkenler, bireylerin hastalık konusundaki bilgileri, bireylerin hasta kişilerle kişisel deneyim yaşama durumu, hastalığın psikopatoloji tipi gibi birçok etmen ruhsal hasta ve

hastalıklara yönelik tutumlar üzerinde etkili olabilmektedir. Bunlardan başka, yasa ve mahkemeler, devlet politikaları ve kitle iletişim araçlarının da tutumların oluşmasında belirgin bir etkisi bulunmaktadır (42,63).

2.2.4.1. Sosyodemografik etmenler

Sosyodemografik etmenlerin tutumlar üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda genelde birbiri ile çelişen sonuçlar bildirilmektedir. Genel kanılardan biri, daha yüksek sosyal sınıfların, daha genç ve daha iyi eğitilmiş bireylerin ruhsal hastalıkları olanları daha kolay kabul ettikleri ve daha hoşgörülü oldukları yönündedir (33,46,59,64,65). Ancak bunun tersine daha az eğitilmiş ve daha yaşlı olmanın özellikle daha fazla hoşgörülü olma ile ilişkili olduğunu bildiren yayınlar da bulunmaktadır (36,57,66,67). Dahası sosyodemografik etmenlerin tutumlar üzerinde herhangi bir fark yaratmadığına ya da küçük farklara neden olduğuna ilişkin bilgiler de bulunmaktadır (35,37,55,68-71). Aslında sadece sosyodemografik etmenlere bakarak ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ve toplumsal davranışları değerlendirmek yetersiz gibi durmaktadır. Tutumlar sosyodemografik değişkenlerden çok ruhsal hastalıkların birey ve toplumların zihnindeki izlenimlere bağlı olarak kendini göstermektedir (65). Şizofreni özelinde bakıldığında pek çok çalışma ve araştırmacı sosyodemografik değişkenlerin tutumlar üzerinde bir etkisi bulunmadığı yönünde görüş bildirmektedir (58,66,69,70,72).

2.2.4.1.1. Yaş

Birçok çalışmada, tutumları en fazla etkileyen sosyodemografik etmenlerden birinin yaş olduğu belirtilmekte ve daha genç olmak olumlu tutumlarla ilişkilendirilmektedir (46,59,65,73,74). Çok sayıda çalışmada, yaşlı olanların genç olanlara oranla, ruhsal hastalıklar konusunda daha bilgisiz ve kötümser oldukları, etiketlenme ve toplum baskısı konusunda daha endişeli oldukları, hastaların tehlikeli olabileceği inancını daha fazla yaşadıkları (55,58,71,75-78), ve artan yaşla birlikte hastalara olan hoşgöründe azalma olduğu saptanmıştır (65). Genel kanı bu yönde olmakla birlikte, daha yaşlı olmanın daha olumlu tutumlara sahip olmakla koşut olduğunu bildiren çalışmalar (33,57,67) ve yaştan tutumlar üzerine etkisi olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (37,66,68-70,79-81).

Bu çelişkili sonuçlar, artan yaşın her zaman olumsuz tutumlarla ilişkili olmayabileceğini düşündürmektedir. Finlandiya’da yapılan geniş çaplı bir çalışmada yaşlı erkekler ile genç kadınların daha olumlu tutumlara sahip olduğu saptanmıştır(82).

Sonuç olarak; yaşın etkisi çalışmanın yapıldığı örnekleme, çalışma tasarımına ve kullanılan istatistiksel analize göre farklılık göstermektedir. Yaşın tutumların oluşumunda tek başına etkili olmadığı, bu konuda kesin bir yargıya ulaşmanın zor olduğu söylenebilir.

2.2.4.1.2. Cinsiyet

Çok sayıda çalışmada genel olarak, karşıt çalışmalar bulunmakla birlikte (56,83), kadınların erkeklere göre ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu, erkeklerin daha hoşgörüsüz ve sosyal yönden kısıtlayıcı olduğu bildirilmektedir. Kadınların ruhsal hastalığı olanlara karşı daha esnek, hoşgörülü ve insancıl baktığı, damgalama eğilimlerinin erkeklere oranla daha düşük olduğu ifade edilmektedir (33,35,55,58,66,78,84,85). Türkiye’de psikiyatri dışı hekimler ile yapılan bir çalışmada, erkek hekimlerin şizofreni hastalarını daha saldırgan olarak değerlendirdiği görülmüştür (86).

Ruhsal hastalıkların etyolojisine ait inançların cinsiyetten etkilenip etkilenmediği konusunda çelişkili çalışmalar bulunmaktadır (55,81,87). Aralarında bir fark olmadığını söyleyen çalışmalar olduğu (57) gibi kadınların etyolojide doğüstü güçleri sorumlu tutma inancının daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar da bulunmakta ve bu inanç dinsel etkilere bağlanmaktadır (88).

Çalışmaların bazılarında ise tutumların oluşunda cinsiyetin etkili olmadığı bildirilmektedir (36,54,69,70,73,79,89-91).

Sonuç olarak; cinsiyetin tutumlar üzerine etkisi konusunda tam bir görüş birliği yoksa da kadınların erkeklere oranla tutumlarının daha olumlu olabildiği kanısı daha kuvvetli gibi durmaktadır.

2.2.4.1.3. Eğitim

Belirli bir düzeydeki genel eğitimin temelde benzer tutumları geliştireceği yönündeki görüşler bu konuda genel eğilimi oluşturmaktadır (90,92) ancak pek çok değişkende olduğu gibi bu konuda da tam bir görüş birliği yoktur. Yüksek eğitim

düzeının ruhsal hastalıklar konusunda daha fazla bilgi sahibi olma ile ilişkili olduğu, iyi eğitilmişlerin tutumlarının daha olumlu olacağı konusunda genel bir yargı oluşmuştur (55,87,93). Yüksek eğitim düzeyindeki bireyler ruhsal hastalığı olanlar karşısında daha az korku duymakta, tehlikelilik algısı ve önyargılarda belirgin azalma görülmekte bu da sosyal kabulü kolaylaştırmaktadır (35,59,65,77,83,94,95).

Eğitimin etkileri konusunda genel olarak; eğitimin artmasıyla hastalıklar konusunda bilginin arttığı, hastalara yaklaşımın daha insancıl ve bilimsel olduğu (46,57,59,83,94), etyolojide kişisel ve sosyal nedenlerin daha az biyolojik nedenlerin daha fazla ifade edildiğı, iyileşme konusunda daha iyimser olunduğu (58,76,95), tedavi için tıp dışı seçeneklerin daha az kullanıldığı konusunda uzlaşmıştır (76,96).

Daha az sayıdaki çalışmada ise eğitim seviyesinin artması ile tutumların daha da olumsuzlaştığı, sosyal mesafenin arttığı yönünde bilgiler bulunmaktadır (67). Özellikle şizofreni ile ilgili tutumların eğitim düzeyi arttıkça daha olumsuz olma eğiliminde olduğu, kişilerin hastalarla yakın ilişki içinde olmaktan uzak durduklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır (58,66,97). Burada diğer ruhsal hastalıkların aksine şizofreni hastalığında yüksek eğitimin tutumları olumsuz etkilediğinden bahsedilebilir.

2.2.4.1.4. Medeni durum

Pek çok çalışmada medeni durum ile tutumlar arasındaki olası ilişki çalışılmamıştır. Ancak bu konuda bilgi bulunan çalışmaların çoğunda medeni durumun bir etki yaratmadığı bildirilmektedir (69,79-81,98).

Evli olan veya çocuğı olan kişilerin şizofreni hastalarına karşı olumsuz tutumlar sergilediklerini söyleyen çalışmalar bulunmaktadır (37,83). Ancak burada nedenin evli olup olmamaktan ziyade insanların şizofreni hastalarını tehlikeli olarak algılayıp algılamamaları ile ilişkilendirilmesi daha doğru gibi durmaktadır.

2.2.4.1.5. Meslek

Mesleki statünün tutumlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Üst düzey meslek gruplarında ruhsal hastalıkların oluşumunda doğaüstü güçlere inanma oranlarının daha düşük, sağaltım sonuçları konusunda daha iyimser yaklaşımlar sergiledikleri (64) ve daha olumlu sayılabilecek tutumlar içinde oldukları saptanmıştır (99,100). Ancak Wolf yaptığı bir çalışmada, daha yüksek sosyal ve mesleki sınıftakilerin ruhsal hastalıklarla

ilgili tutumlarının daha olumlu olduğunu ancak bu durumun bu kişilerin sosyal açıdan beğenilme isteği ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (101). ABD’de yapılan bir çalışmada avukatların, doktor, öğretmen ve rahiplere göre ruhsal hastalığı olanlara karşı daha olumsuz tutumlar sergiledikleri saptanmıştır (102).

Her ne kadar üst düzey meslek gruplarında tutumların daha olumlu olduğu belirtilmekte ise de bu farkın meslekten mi eğitim düzeyinden mi yoksa meslek grupları arasındaki olası demografik farklardan mı kaynaklandığını açıklamak pek de olanaklı görünmemektedir.

2.2.4.1.6. Sosyal sınıf

Daha düşük sosyal sınıf, kırsal kesimde yaşıyor olma ya da düşük sosyoekonomik düzey hastalara konulan sosyal mesafeyi, etiketleme davranışını, ruhsal hastalıklar ile ilgili etyolojik inançları ve prognoza ilişkin inançları olumsuz yönde etkilemektedir. Kırsalda yaşayanların ruhsal hastalıklar konusunda yeterli bilgileri olmadığı, sağaltımı önemsemedikleri, tıp dışı sağaltım seçeneklerini daha sık kullandıkları ve hasta reddi ve damgalamanın daha belirgin olduğu söylenmektedir (30,52,54,58,64,69,73,78,79,83,95, 103). Alt sosyal sınıftakiler diğerlerine göre ruhsal hastalıkları daha fazla “leke” gibi küçük düşürücü görme eğilimindedir.

Düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel sınıflara mensup olanlar ya da kırsalda yaşayanlar hem damgalanma endişesini en yoğun yaşayan gruptur hem de kendileri ve başkalarını en çok damgalayan grubu oluştururlar (42).

2.2.4.1.7. Dini inançlar

Dini inançların tutumlar üzerine etkisini araştıran az sayıda çalışma olmakla birlikte, bu çalışmalarda dini inançların ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarda etkili olduğu belirtilmektedir.

Savaşır’a göre özellikle eğitim düzeyi düşük, alt toplumsal sınıfa ait bireylerde ruhsal hastalıkların dini yönelimle değerlendirilmesi ve dinsel inanışlarla hastalıklar arasında bağ kurulması sık karşılaşılan bir durumdur (104). Bu tutum bireylerin hastalıkların etyolojisi konusundaki inançlarını ve sağaltım seçeneklerini etkilemektedir (87,88). Dinsel inançları yüksek bireylerde etyolojide doğaüstü güçlere inanma daha sık

görülmekte ve bu bireyler tıp dışı sağaltım seçeneklerine daha sık başvurumaktadırlar (71,105,106).

Ruhsal hastalıklara yönelik tutumları belirleyen, dinlerin öğretilerinden çok kişilerde dini inançlarının varlığı ya da yokluğudur. İsrail’de yapılan bir çalışmada en dindar İsraillilerin, ruhsal hastalığı olanlara karşı en az hoşgörü gösteren ve en az yardımsever grup olduğu saptanmıştır (59). Katı bir ahlaki düşünce hastalara daha az hoşgörülü olmakta tek başına yeterli gibi görünmektedir (65). Görünen o ki dinin kendisinden çok, hangi din olduğunun önemi olmaksızın, katı ya da bağnaz bir din inancının varlığı ruhsal hastalıklara daha katı ve dogmatik bir yaklaşım ile ilişkilidir.

2.2.4.1.8. Kültür

Ruhsal bozukluk belirtileri duygu ve düşünceleri ifade eden söz ve davranışlar ile dışa yansıdığından, ruhsal bozukluklar temelde, biyolojik belirteç ve bulgularla değil, duygu, düşünce ve davranış değişimleri ile kavramsallaştırılır. Bireyde ruhsal bozukluk belirtileri söz ve davranışlara dökülürken, kişi, kendi sözel ve davranışsal birikimini kullanır. Kuşkusuz bu birikim, kişinin içinde yetiştiği ve yaşamakta olduğu kültürün izlerini taşır. Kültür, içinde olduğu toplumun yaşam biçimini belirler, kişinin gerçekliği algılayış, yorumlayış, tanımlayış biçimini ve bu gerçeklikle ilişkisinin özelliklerini belirler. Gerçekliğin bir parçası olan ruhsal bozukluklara yönelik düşünce, tutum ve davranışlar da, hiç kuşkusuz içinde bulunulan kültürel ortam tarafından biçimlenir (66,107).

İnsanların hastalıkları algılama biçimleri, içinde yaşadıkları toplumların kültürel yapısı, toplumsal yargı ve değerler ile yakından ilişkilidir (108-110). Her toplumun ruhsal hastalıklar ile ilgili kendine özgü tanımlamaları, stereotipleri, tutumları ve duruşları vardır (111). Genel olarak ruhsal hastalıklara yönelik davranışlar kültürel bilgide yerleşmiştir ve bu nedenle toplum üyelerinin davranışları genel itibari ile birbirine benzemektedir (65).

Ruhsal hastalıkların tanınması, etyolojik inançlar, sağaltım seçenekleri ve hastalara karşı tutumları içinde yaşanan kültür önemli düzeyde etkilemektedir.

Bir toplumda patolojik olarak kabul edilen bir davranış başka toplumlarda normal olarak algılanabilmektedir. Anormallik kavramı farklı kültürlerde farklı değerlendirilebilmektedir. Örneğin; yapılan bir çalışmada Nijerya halkının, Asya,

Avustralya ve Kuzey Amerika halklarına göre psikiyatrik semptomları daha az oranda ruhsal hastalık olarak tanıdıkları saptanmıştır (112).

Ruhsal hastalıkların etyolojisine ait inançlar toplumlarda önemli farklılıklar gösterir (113). Ruhsal hastalıkları, Amerikalılar zorluklardan kaynaklanan sağaltılabilen ve terapi ile iyileşebilen bir hastalık olarak görürken, Almanlar bu hastalıkları kalıtsal, sağaltımı güç hastalıklar olarak görmektedir (62). Nijerya ve Etiyopya'da ise ruhsal hastalıkların etyolojisi konusunda mistik öğeler hala ön plandadır (71,114).

Hastalıkların etyolojisine ait inançlar, sağaltım seçeneklerini de etkilemektedir. Özellikle doğaüstü ya da dinsel inançlara olan yakınlık beraberinde sağaltımda tıp dışı seçeneklerin daha sık kullanılmasını getirmektedir. Tıp dışı sağaltım seçenekleri batı toplumlarında daha nadir görülmektedir (105,115).

Değişik toplumların ruhsal hastalıkları algılama biçimleri yanında onları damgalama eğilimleri de büyük farklılıklar göstermektedir. Yapılan bir çalışmada İngiliz toplumunun Rus toplumuna oranla daha olumlu tutumlara sahip olduğu saptanmıştır (93). İngiltere'de yaşayan Kıbrıslı Rumlarla İngilizlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise Kıbrıslıların sosyal yönden daha kısıtlayıcı ve daha otoriter tutumlara sahip oldukları saptanmıştır. Bu yaklaşımın altında yatan etmenin, Kıbrıslıların ruhsal hastalığı olanları daha saldırgan ve daha aptal olarak algılamaları olduğu gösterilmiştir (116). Çok benzer kültürlere sahip oldukları sanılan İrlanda ve İngiltere halkları üzerinde yapılan bir çalışmada İrlandalıların daha olumsuz tutumlara sahip olduğu belirtilmiştir (73).

Kanada'da yaşayan Çinlilerde yapılan bir çalışmada, ailelerin ruhsal hastalığı olan aile üyesini saklamak için çaba harcadıkları, bunu başaramadıkları noktada ise aile üyesini dışladıkları saptanmıştır (42). Shibre bir makalesinde; Çin toplumunun mental hastalıkların atalara veya tanrılara yeterince uygun hareket etmemekten kaynaklandığını düşündüğünü, bu yüzden böyle bir hastalığa sahip olan ailelerde yoğun bir utanç duygusu yaşandığını ve bu duygunun yıkıcı etkilere neden olduğunu söylemektedir (71). En ilginç çalışma İsrail'de Rahav tarafından bildirilen çalışmadır. İsrail'de herhangi bir zamanda ruh sağlığı hastanelerine kabul edilenlerin kimlik bilgileri belirlenmiş ve bu kişilerin daha sonra devlet hizmetlerinde çalışmaları engellenmiştir. Burada devlet aracılığı ile kişilerin damgalanması ve dışlanması söz konusudur (59).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda; şizofreniye yönelik olumsuz tutumların diğer toplumlara oranla daha az olduğu, hastalara yönelik daha kabullenici bir davranışın sergilendiği belirtilmiş bunun da Türk kültüründeki geleneksel hoşgörü zihniyetinden kaynaklandığı ifade edilmiştir (83). Ancak son yıllarda yapılan çalışmalarda tutumların diğer toplumlardan çok da farklı olmadığı, bunun ise yüzünü batıya dönen Türkiye’nin tutumlarının batıya benzemesi ile açıklanabileceği söylenmiştir (54).

Triandis’in tutumlar konusundaki kültürel farkların açıklanmasında getirdiği yorum şudur: “Tutumlarda en önemli fark yaratan etmen, toplumun bireyci ya da kolektivist oluşudur. Bireyci toplumlarda tutumlar daha olumlu, kolektivist toplumlarda ise daha olumsuzdur. Çünkü kolektivist toplumlarda toplumsal ve kültürel kimlik duygusu daha önemlidir, bu nedenle halk toplum tarafından dışlanmaktan, damgalanmak ve yalıtılmaktan çok korkmaktadır. Bu korku da daha çok dışlama ve uzaklaştırma gereksinime neden olmaktadır ve sonuçta tutumlar olumsuz yönde gelişmektedir. Buna bağlı olarak aile bireylerinde ortaya çıkan hastalık aile tarafından yadsınmakta ya da daha fazla saklanmaktadır. (116). Bu teori aslında Türkiye’de kırsal bölgelerde ruhsal hastalık etiketinden korkma ve hastalara karşı daha fazla sosyal mesafe isteğini açıklayabilme özelliğindedir. Lemkau ve Crocetti ise bu teoriye “Para medeniyeti ile kirlenmemiş gruplarda ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar daha olumludur” önermesi ile karşı çıkmaktadır (97).

Bazı yazarlar, yirminci yüzyılda batı tipi uygarlığın temel ilkelerinin tüm dünyada yayılmasının özellikle şizofreniye yönelik damgalamayı arttırdığını belirtmektedir. Bu yazarlara göre “batı toplumunda bireyin kendi geleceğini kendisinin kurması, kendi ayaklarının üzerinde durması esastır.” “Birey” olmak teşvik edilirken bireyin değeri ne kadar “başarılı” olduğuyla ölçülmektedir. Sağlıklı bireyi kendini geliştirmeye zorlayan bu sistem şizofreni hastalığı nedeniyle toplumdaki yarışma temposuna ayak uyduramayan bireyi hızla dışlamaktadır. Başarısızlık ayıplanacak bir şeydir ve batı toplumunda “kaybedenlere yer yoktur”. Türkiye’de, özellikle büyük şehirlerde sokaktaki evsizlerin (büyük çoğunluğu residüel tip şizofreni hastasıdır) sayısındaki dikkat çeken artış, benzer anlayışın ülkemizde de yaygınlaşması ile bağlandırılmaktadır (29).

Değişik kültürlerin, ruhsal hastalıklara karşı tutumları farklılık gösterebilir. Ancak şizofreni için kültürün hemen hiç etkili olmadığını belirten çalışmalar da vardır (117).

Paranoid şizofreni farklı kültürlerde en kolay tanınan, en olumsuz tutumların oluştuğu hastalıktır ve psikopatoloji ağırlaştıkça kültürler arası farklar azalmakta ve tutumlar olumsuzlaşmaktadır (52,54,69,92,97,111,117-119).

2.2.4.1.9. Sonuç

Ruhsal hastalıklara yönelik tutumların araştırıldığı çalışmalara bakıldığında, bazı etmenlerin kişilerin tutumlarını etkilediği sonucuna varmak olasıdır. Ancak göz ardı edilmemesi gereken durum bu çalışmaların çoğunun birbiri ile çelişen sonuçlar ortaya koymasındır. Sosyodemografik etmenlerin tutumlar üzerine etkisi teker teker incelendiğinde sonuçlar şaşırtıcı ve yanıltıcı olabilir. Burada unutulmaması gereken ruhsal hastalıklara yönelik tutumların tek bir sosyodemografik etmenle açıklanamayacak kadar karmaşık olduğu ve insanın evrimsel gelişimi ile yakından ilişkili olduğu gerçeğidir.

2.2.4.2. Diğer etmenler

Sosyodemografik özellikler dışında başka bazı özelliklerin de tutumlar üzerinde etkili olabildiği bilinmektedir. Bunlardan önemli olan bazıları şunlardır; hastalık konusundaki bilgi, hasta kişilerle kişisel deneyim yaşama ve temas, psikopatoloji tipi, kitle iletişim araçları ve hastaların kişisel özellikleri (63).

2.2.4.2.1. Hastalık konusundaki bilgi

Ruhsal hastalıklar konusundaki bilgi düzeyi ile tutumlar arasındaki ilişki çok net değildir. Bazı durumlarda ruhsal hastalıklar konusunda daha doğru bilgi sahibi olmak daha olumlu tutumlara neden olurken, bazen de özellikle bazı hastalıklar için daha fazla bilgi sahibi olmak daha olumsuz ve reddedici tutumlara neden olabilmektedir. Burada ana belirleyici psikopatoloji tipi ve kişinin daha önceki bilgilerinin ne olduğudur.

Toplumun ruhsal hastalıklar konusunda doğru olarak bilgilendirilmesinin tutumları olumlu yönde etkileyeceğini ve hastaların toplum tarafından daha kolay kabulünün sağlanacağını bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (34,35,37,44,84, 120). Çalışmalarda ruhsal hastalıklara yönelik tutumların yanlış bilgilendirilmekten kaynaklandığı, bu kişilerin tehlikeli olmadıkları, suç oranlarının genel toplumla aynı

oranlara sahip olduğu bilgisinin doğru yollarla aktarımının sosyal mesafe isteğini belirgin olarak azaltacağı vurgulanmaktadır.

Öte yandan İngiltere’de yapılan bir çalışmada, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik yeterli bilgiye sahip olduğu ve damgalama eğiliminin bilgisizlikten kaynaklanmadığı söylenmektedir (36). Türkiye’de üniversite öğrencileri ve hemşireler üzerinde yapılan iki farklı çalışmada da benzer şekilde bilgi düzeyi ile damgalama arasında belirgin bir paralellik saptanmıştır (121,122).

Her zaman bilgi düzeyinin iyi olması, damgalamayı ve sosyal mesafeyi azaltmamaktadır (116). Topluma kuramsal bilgi vermektense, hastaların acayip, tehlikeli yaratıklar olmadığını, onların da insan olduğunu ve tablonun da kişilik yapısından çok sağaltımı olanaklı bir hastalık olduğu bilgisini vermek, olumlu tutumların oluşmasında daha etkili gibi durmaktadır.

2.2.4.2.2. Ruhsal hastalığı olan kişilerle kişisel deneyim - temas

Ruhsal hastalığı olanlarla bireysel temas kurmanın ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumları azaltmada yararlı olduğu, bu tip ilişkinin önyargıların aşılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (56,93,107,123-125) İtalya’da yapılan bir çalışmada; şehirdeki akıl hastanesi yakınında yaşıyan kişilerin şehrin başka bir bölgesinde yaşıyanlara oranla hastaları daha az stigmatize ettikleri saptanmıştır (126). Ancak bireysel doğrudan ilişki kurmanın her zaman daha çok kabullenmeye neden olmadığı, bazen de daha olumsuz ve reddedici tutumlara neden olabildiğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (36,37,98). Burada asıl etkiyi yaratan hastalarla temas değil hastanın psikopatoloji tipidir (119,127-129). Segal’e göre hastalarla bireysel temas “iki ucu keskin bir bıçak” gibidir. Yıkıcı davranış gösteren ve şiddet içeren hastalarla bireysel temas olumsuz tutumların oluşumunda etkili olabilmektedir (46). Depresyonlu bir hasta ile temas “psikiyatrik hastalığı olanların tehlikeli olduğu” inancında belirgin gerilemeye neden olurken, ağır bir şizofreni hastası ile temas bu inancın artmasına neden olmaktadır (36). Benzer şekilde, Türkiye’de sağlık yüksek okulu öğrencileri ile yapılan iki farklı çalışmada, depresyonlu hasta ile temas tutumları değiştirmez iken şizofreni hastası ile temas tutumları olumsuz yönde etkilemiştir (81,98).

Bir diğer çalışma alanı ise hasta yakınlarıdır. Ailede ruhsal hastalığı olan birinin bulunması, hastalara karşı tutumda önemli değişimlere neden olabilmektedir (122).

Ancak bu durum her zaman olumlu yönde değildir. Hastalığın getirdiği fiziksel ve duygusal yük, hasta yakınlarındaki suçluluk duygusu, hasta yakınlarının hastalarla birlikte damgalanması ya da yalıtılması tutumlar üzerinde etkili olabilmektedir.

Şizofreninin etyolojisi konusundaki inançlar üzerine yapılan bazı çalışmalar ilginç sonuçlar ortaya koymuştur. Toplumun genelinde, şizofreni etyolojisinde psikososyal etmenleri sorumlu tutma eğilimi ön planda görülürken (57,69,70,83), şizofreni ailelerinde yapılan çalışmada özellikle annelerin etyolojide biyolojik nedenleri sorumlu tuttuğu, yanlış eğitim seçeneğinin tümüyle reddedildiği görülmektedir (130). Bu sonucun, ailelerin etyolojik faktörlerden biyolojik etmenleri ön plana çıkartarak, hastalığın oluşumunda kendi rollerini dışlamayı ve suçluluk duygusundan kurtulmayı amaçladıkları düşünülmektedir (130). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, hastalığın oluşunda kendi rolü olduğunu düşünen aileler suçluluk, başka nedene bağlayanlar ise öfke duygularını daha yoğun yaşamaktadır (131).

2.2.4.2.3. Psikopatoloji tipi

Psikopatoloji tipi ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar üzerinde doğrudan etkilidir. Daha ağır psikopatolojiye sahip olan hastalar daha hafif seyirli hastalığı olanlara göre daha belirgin olarak damgalanmaktadır (55,79,83,98,132,133). Belirtilerin şiddetinin, sürekliliğinin, belirgin olarak görünür olmasının daha olumsuz tutumlarla doğrudan ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (36,58,132). En çok reddedilen ya da dışlanan ve damgalanan hasta grubu şizofreni hastalarıdır (34,38,52,64,69,83,88,98, 117-119,123,127,129,134).

Şizofreni psikiyatrik hastalıklar içinde stigmanın en yoğun yaşandığı hastalıktır ve belki de şizofreni psikiyatrik hastalıklar içinde en ürkütücü olandır. Bunda hastalığın gidiş özelliğinin diğerlerine göre daha olumsuz olması ve yakın zamanlara kadar tedavi imkânlarının kısıtlılığı kadar kelimenin taşıdığı stigmanın da önemli rolü vardır.

Ayrıca gözden kaçmaması gereken bir diğer durum; 20. yüzyılda bilgi birikiminin patlama yapması ve bu durumun eğitim sistemine de etkileridir. Öğrenilecek şeyler arttıkça bunları sistemli biçimde öğrenebilmek giderek zorlaşmaktadır. Benzer şekilde iş bulmak için gerekli nitelikler de giderek yükselmektedir. Şizofreni hastalığı olan kişiler hastalığın kognitif işlevlerde yol açtığı bozukluk nedeniyle özellikle lise ve yüksek okulların eğitim programlarına devam etmekte zorlanmaktadır. Sonuçta,

şizofreni hastalığı olan bireyler kendilerinden beklenen eğitimi tamamlamak ve iş bulmakta zorlanmaktadır ki bu da hastalığın üzerindeki damgayı arttırmaktadır.

Şizofreni ve diğer ruhsal hastalıklara ilişkin damga batı toplumlarında daha belirgindir. Amerika’da son beş yılını tamamen iyi durumda ve çalışarak geçirmiş bir psikiyatrik hastanın toplumca kabul edilmesi aynı durumdaki bir eski mahkûma göre güç olmaktadır (63). Batı ülkeleriyle karşılaştırıldığında ülkemizde psikotik hastalara karşı geleneksel bir hoşgörü olduğunu söyleyebiliriz. Ancak ülke nüfusunun üçte birinin yaşadığı üç büyük şehirde batı kültürünün etkisi giderek artmaktadır. Batıda damgayı doğuran ve yaşatan etkenler ülkemizde de giderek yer etmektedir.

2.2.4.2.4. Kitle iletişim araçları

Ruhsal hastalıklar ile daha önceden deneyimi olmamış kişiler için medya özellikle de televizyon ruhsal hastalık kavram ve imgeleri için bir kaynak oluşturur (135). Yapılan bir çalışmada toplumdaki “ruhsal hastalığı olanlar saldırgan olur” şeklindeki inancın daha çok medyada çıkan saldırganlık ve şiddet içerikli haberlerden kaynaklandığı gösterilmiştir (36). Basında çıkan haberler halkın ruhsal hastalıklar konusunda bilgi edinmesindeki en yaygın ve önemli kaynaktır. Ancak ne yazık ki medyada ruhsal hastalıklarla ilgili haberler açıkça olumsuz imajlar çizer. Hastalar özellikle sevimsiz, yetersiz ve tehlikeli olarak sunulmaktadır (136). Medyada yer bulan sağlık haberlerinin %62’sinin ruhsal hastalıklarla ilişkili şiddet olaylarını kapsadığı söylenmektedir (135). Medyanın toplum için yarattığı ve sunduğu ruhsal hastalık tablosu şiddet ile iç içedir (37). Toplumda, şiddet algısı ve tehlikelilik endişesi zaten üst düzeydedir ve medya yaptığı ve sunduğu haberlerle bunu körüklemektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada, televizyon dizilerinde saldırganlık gösteren kahramanların 6/7’sinin bir ruhsal hastalık sahibi olarak gösterildiği saptanmıştır. Bu durum yinelendikçe sıradan izleyicinin zihninde “ruh hastaları saldırgandır” yargısı netleşecektir. Benzer şekilde “prime time” daki dizilerde 100 olumlu tipe karşın ruhsal hastalık sahibi 106 karaktere yer verildiği görülmektedir Bunların çoğu da “kötü adam” rolünü üstlenmektedir (137).

Türkiye’de online olarak yayınlanan ve kelime tarama olanağı veren 12 ulusal gazetede şizofreni kelimesinin tarandığı bir çalışmada; şizofreni kelimesinin %44,1

oranında mecazi (metaforik) anlamda kullanıldığı, içinde şizofreni kelimesinin geçtiği yazıların %28,3'ünde kelimenin olumsuz anlamda kullanıldığı saptanmıştır (138).

Byrne'e göre medyadaki sunum hastalık ve kişilik arasındaki ayrımları ortadan kaldırır, kurmaca ve yapay sunumlarla toplumdaki ruhsal hastalık ve hasta stereotipinin sürmesini sağlar ve adeta onu ölümsüzleştirir (135). Bu nedenle de "medyanın ruhsal hastalıklar hakkındaki yanlış ve zararlı bilgilendirmesi halkın ruh hastalığına ilişkin tutumunu olumsuz yönde etkilemektedir" görüşü baskın görüştür (33,37,132,135).

2.2.4.2.5. Sonuç

Ruhsal hastalık konusunda daha fazla bilgi vermek ya da daha bilgili olmak tutumların her zaman daha olumlu olacağı anlamına gelmemektedir. Dahası şizofreni gibi hastalıklar için daha fazla bilgili olmak daha olumsuz ve daha reddedici tutumlara neden olabilmektedir. Burada ana belirleyici, hastadaki psikopatoloji tipidir. Bu açıdan bakıldığında ruhsal hastalıklar konusunda genel bilgi vermek yerine var olan önyargıları giderici bilgilerin verilmesi konusundaki yaklaşım daha sonuç alıcı gibi durmaktadır. Olumsuz tutumların değiştirilmesinde medya ve özellikle televizyon önemli bir araç olarak kullanılabilir.

2.2.4.3. Damgalanan hastaların özelliklerinin damgalamaya etkisi

Yukarıda sayılan etmenler dışında, ruhsal hastalığı olanların özellikleri de damgalama üzerinde etkili olabilmektedir. İletişim kurma konusunda becerisi düşük olan ve sosyal izolasyon içinde bulunan hastalar için tutumlar daha olumsuz olma eğilimindedir. Damgalanan bireylerin özelliklerine bakıldığında, erkek hastaların, gözlenebilir bozukluğu olanların, garip ve rahatsız edici davranışları olanların, davranışları önceden kestirilemeyen, belirtileri süreklilik gösteren, bir azınlık grubu üyesi olanların, toplumla bağları zayıflamış olanların ve hastanede yatarak tedavi görmüş hastaların damgalanmaya daha fazla maruz kaldığını göstermektedir (58,59,62,99,139). Hastaların kullandıkları ilaçların oluşturduğu yan etkiler ve hastalarda gözlenen negatif belirtiler de tutumlar üzerinde olumsuz etki yaratabilmektedir. Ancak bu konuda damgalanmayı ve dışlanmayı en fazla etkileyen etmenin hastanın günlük yaşamda sosyal, mesleki ve ekonomik olarak var olup olmamasının olduğu belirtilmiştir. Toplumun hasta kişiye yönelik damgalama eğilimi,

eğer kişi bu sosyal rolleri başararak toplum içinde varolursa azalmaktadır (32). Bazı belirtiler, hastanın kişisel bakımının kötüleşmesine, görünüm olarak kişinin pis ve dağınık görünmesine ve sosyal becerilerde zayıflamaya yol açabilir. Bu görünüm hastaların daha fazla damgalanması ve dışlanmasına yol açacaktır (135).

2.2.5. Ruhsal hastalığı olanlara karşı tutumlar ve damgalamanın önemi

Günümüzde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerindeki hızlı gelişmeler sayesinde beklenen yaşam süresi giderek yükselmektedir. Hastalıklar ile ilgili geçmiş deneyimlerimiz, bize koruyucu girişimlerin, hastalığın erken dönemde tanınmasının ve tedavi edilmesinin hastalıkların morbidite ve mortalite hızlarını önemli derecede etkilediğini göstermektedir.

Tıbbın pek çok dalında koruyucu hizmetlerle ilgili çalışma ve girişimler önemli bir konuyken, ruh sağlığı hizmetlerinde henüz benzer bir sonuç elde edilememiştir. Çünkü ruhsal hastalıkların nedenleri konusunda günümüzde yeterince bilgi bulunmamaktadır, etyolojide birden çok etmen sorumlu tutulmaktadır, çoğu zaman ruhsal hastalıkların biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları birbirinden ayırt edilememektedir ve bu bileşenler kişiden kişiye farklılık göstermektedir (42).

Diğer yandan ruh sağlığı hizmetlerinin her aşamasını etkileyen etmenlerin başında, toplumun bu hastalara karşı tutumları gelmektedir (135). Toplumun ruhsal hastalıklar ile ilgili tutumları, kişilerin bu hastalıkları fark edebilmesini, çare arama davranışını, hekimle ilişkiye giriş biçimini, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına uyumunu doğrudan etkileyebilmektedir (42,70,83). Eksik, yanlış ve çarpıtılmış bilgilerden ve ruhsal hastalıklar ile ilgili kalıp yargılardan etkilenen olumsuz tutumlar, ruhsal hastalıkların erken tanısını ya da erken dönemde tedaviye başlanmasını, tedavi için hekime başvurmadaki kararlılığını, hastanın tavsiye edilen tedaviyi uygulayıp uygulamamasını, yatarak tedaviyi kabul edip etmemesini, rehabilitasyon hizmetlerine katılıp katılmamasını ve sosyal bir birliktelik içinde toplumla yeniden kaynaşması ve eski işlevselliğine dönebilmesini doğrudan etkileyebilmektedir (24,33,49,59,78,135, 140, 141).

Hastalıkların erken tanınması, erken dönemde tedavi edilmesini ve işlev kaybı olmadan fonksiyonların geri kazanılmasını sağlar. Hastalıkların erken tanınması, hastaların belirtiler ortaya çıktığında tıbbi çare aramasıyla ve belirlenen risk gruplarının

belirli aralıklarla hastalık yönünden taranmasıyla olasıdır. Günümüzde ruhsal hastalıklarda çare arama davranışını engelleyen en önemli engel ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlar ve damgalamadır (78). Toplumda bulunan damgalanma endişesi, psikiyatri servislerini ve sağlık hizmetlerini kullanma konusunda çekince yaratmaktadır. Bu nedenle psikiyatrik hastalıklarda başvuru olması gerekenden geç yapılmaktadır. Toplumdaki damgalamayı hisseden ve kendini damgalayan kişi, belirtilerin başlangıç döneminde belirtileri yadsıyabilmekte ve bu belirtilere çare aramamakta ya da kendi kendine tedavi etmeye kalkışmaktadır. Sonuçta hastanın aile içi ve sosyal ilişkilerinde çeşitli sorunlar ortaya çıkmakta, hasta gelir kaybına uğramakta ve tedavideki gecikme nedeniyle hastalık seyri kötüleşmektedir (135). Bu yüzden ruhsal hastalıkların erken tanısının konulabilmesinin ön koşulu toplumda ve sağlık personelindeki ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumların ve damgalanmanın engellenmesidir.

Kendisinde belirtileri fark eden kişinin çare aramak için nereye başvuracağını kişinin ve toplumun ruhsal hastalıklar ile ilgili tutumları belirlemektedir. Hastanın içinde yaşadığı kültürde yaşadığı şeyin bir rahatsızlık olarak düşünülmemesi, hastanın damgalanmaktan korkması ya da rahatsızlığının her hangi bir duruma ikincil olarak geliştiğine inanması çare arama davranışının yönünü belirleyebilmektedir (78,142,143). Ayrıca toplumların hastalıkların etyolojisi ve tedavisine ilişkin tutumları, hastaları çare arama davranışında tıbbi ya da tıbbi olmayan hangi yöntemi kullanacaklarını yakından etkileyebilmektedir. Tıbbi olmayan çare arama davranışı ise tedavinin başlanmasında gecikmelere neden olabilmektedir (72,105). Ruhsal hastalıkların etyolojisinde bireysel psikolojik faktörlerin sorumlu tutulması, hastalıkların “karakter zayıflığı” ya da “kişisel yetersizlik” olarak algılanması, bu rahatsızlık için bir şey yapılamayacağı inancının doğmasına bu da çare arama davranışının engellenmesine neden olmaktadır. Hastalıkların bireysel kabahat olarak değerlendirilmesi, hastanın durumu nedeniyle utanç duymasına, kendini suçlamasına ve çevresindeki kişilerce olumsuz tutumların artmasına neden olmaktadır (35).

Hastalık tüm belirtileri ile ortaya çıktıktan sonra hastalığın tedavi edilmesi ve olası yeti yitimlerinin sınırlandırılması gerekir. Ancak ruhsal hastalıklara yönelik toplumda var olan olumsuz tutumlar, doktora başvuran hastanın tavsiye edilen tedaviyi uygulamamasına, hastaneye yatışı kabul etmemesine, işini bırakmasına, poliklinik

izlemlerine uyum göstermemesine ve tanıyı yadsıyarak hekim hekim dolaşmasına neden olabilmektedir (135).

Kişiye bir ruhsal hastalık tanısı konulması hastayı etkilemektedir. Aslında her psikiyatrik tanı bir bakıma bir etikettir. Kullanılan psikiyatrik tanı ağırlaştıkça hem hasta hem de hasta yakınlarına yönelik olumsuz tutumlarda belirgin bir artış görülür. Olumsuz tutumlar ya hastalığın tümüyle gizlenmesine ya da doktor takibi ve tedavisinin sonlandırılmasına neden olabilir.

Hastalık nedeniyle ortaya çıkan yeti yitiminin, hastanın yaşam kalitesine etkisinin en aza indirilmesi, hastalıkların tedavisindeki önemli aşamalardan biridir. Ruhsal hastalıkların rehabilitasyonu yalnız yeti yitimini önlemekle kalmaz aynı zamanda yinelemeyi de önlemektedir. Ancak toplumlarda ve sağlık personelinde ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar rehabilitasyon işlemlerinin önünde en önemli engellerden biridir.

Ayrıca ruhsal hastalığı olanlara karşı oluşan olumsuz tutumların hastalığın tekrarını ve şiddetini arttırdığı bilinmektedir (144).

Ruhsal hastalığı olanlar toplumun kendilerine karşı olumsuz duygularından yoğun şekilde etkilenirler. Hastalar stigmatizasyon ve bunun doğurduğu sonuçlarla baş ederken ya “sosyal uyum için çaba harcarlar” ya da “yadsıma” gibi savunma mekanizmalarını kullanırlar. Savunma mekanizmaları beraberinde hastanın yalnızlaşmasını ve toplumdan soyutlanmasını getirir (30). Damgalandıklarını fark ettiklerinde herkesten farklı olduğu duygusunu yaşamaya başlarlar. Beraberinde gelen utanma duygusu hastalarda tedaviyi sürdürmeme, izolasyon ve destek sistemlerini kullanamama sonucunu yaratır. Zamanla hastalar sosyal ilişkilerden çekilir ve çalışma, üretme yeteneklerini yitirirler (30,52,145, 146). Kendini damgalama tedavi için başvurmada çekinceler yaratır bu da klinik tabloyu ağırlaştırır (49).

Damgalama ve damgalanma algısı, ruhsal hastalıkların sağaltımında önemli bir engeldir. Sağlık çalışanları hastalarının sağaltımında etkili olabilmek için damgalama ve damgalanma algısı ile baş etmek için çaba harcamak zorundadır.

Olaya şizofreni özelinde bakıldığında önemli bir ayrıntı ile karşılaşmaktayız. Klorpromazinin 1950’li yıllarda kullanıma girmesi ile iyileşemez olarak kabul edilen şizofreni hastaları hastanelerden taburcu edilmeye başlanmış ve bu kişilerin merkezi hastaneler dışında sağaltımı ve hastanın yaşadığı yerde kabulü gittikçe önem kazanan

bir konu haline gelmiştir (147). Böylece toplumun şizofreniye ilişkin tutumları, hastaların sağaltım ve prognozunda daha önemli bir duruma gelmiştir. Artık, toplumun, ruhsal hastalıkların etyolojisi, sağaltımı ve prognozu konusundaki tutumlarının niteliği, hastaların sağaltımı ve prognozunda etkin bir rol oynamakta ve hastaların yaşam alanlarını belirlemektedir. Toplumun bu hastalara karşı önyargılı, dirençli, karşı koyucu ya da anlayışlı, destekleyici ve işbirliği yapıcı tutumlarından hangisini sergiliyor oldukları, hastaların tüm sağaltım öyküsünü baştan sona belirleyebilmektedir.

2.2.6. Sağlık çalışanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara karşı tutumları ve damgalamanın önemi

Ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde yalnızca toplumun tutum değil, yöneticilerin ve sağlık çalışanlarının özellikle hekimlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları önemlidir. Ruh sağlığı konusuna gereken önemin verilmesinde ve öncelikle ele alınmasında politikacıların, yakın ilişkileri nedeniyle toplumu iyi tanıyan ve olumlu tutumların gelişmesinde topluma rol modeli olan hekimlerin tutumları öncelikle değerlendirilmelidir. Bu durum aynı zamanda etik açıdan, hak ettiği sağlık bakım hizmetini eksiksiz almayı bekleyen ruh sağlığı sorunu olan birey açısından değerlendirilmeli ve hekimlerin tutum ve değer yargılarının sunduğu hizmete etkisi göz ardı edilmemelidir.

Hekimlerin ruhsal hasta ve hastalıklara karşı tutumları yaptıkları iş nedeniyle iki açıdan büyük önem taşımaktadır.

I. Hekimlerin, hastalara karşı olası olumsuz tutumları hastaları ile aralarında olması gereken profesyonel ilişkiyi zedeleyebilir. Hekimlerin ruhsal hastaları damgalamaları ve onları kabul etmekten imtina etmeleri hem etik bir sorunu beraberinde getirir hem de sağlık sisteminin işleyişine zarar verir.

II. Hekimler, hem ruhsal hastalıkların sağaltımında etkili olabilmek, hem de toplumun olumlu tutumları kazanması ve tedavinin önemli aşamalarından biri olan sosyal desteğin sağlanmasında, olumsuz tutumlarla baş etmek için çaba göstermek zorundadır. Hekimler gösterecekleri olumlu tutumlar ile hem topluma rol model olabilirler hem de hastalarının toplumla kaynaşarak tedavilerin sağlanmasını sağlayabilirler.

2.3. Ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili belgelerde birinci basamak sağlık hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergede ‘‘Ruh sağlığı hizmetlerinin, sağlık hizmetlerinin bütününe entegre edilmiş olarak birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer alması gerektiği’’ belirtilmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin arttırılması ve toplumun tümüne ulaştırılması açısından bu hizmetlerin birinci basamağa entegre edilmesi, ikinci ve üçüncü basamak tarafından desteklenen bir hizmet modeli uygulanarak kurumlar arası işbirliği içinde yürütülmesi gerekmektedir (4)

Dünya Sağlık rgt 1977 yılında dünyadaki tüm insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat yaşayabilmeleri için yapılması gerekenler ‘‘21. Yüzyılda Herkes için Sağlık-21 Hedef’’ adı verilen bildirgeyi yayınlamıştır. DSÖ –Avrupa Bölge Ofisi 1980 yılında Avrupa için politikaları belirlemiş ve 1984 yılında Avrupa için sağlık hedeflerini yayınlamıştır. Lizbon’da 1991 yılında toplanan bölge komitesi bu hedefleri yeniden gözden geçirerek gncelleştirmiştir. Söz konusu bildirmede belirlenen 21 hedeften altıncısında ‘‘Ruh Sağlığının Geliştirilmesi’’ başlığı altında ‘‘2020 yılına kadar, insanların psikososyal iyilik hali geliştirilmeli ve ruh sağlığı sorunları olan insanların ulaşabileceği daha kapsamlı hizmetler oluşturulmalıdır’’ denmektedir (148).

TC. Sağlık Bakanlığı 2001 yılında ‘‘Sağlık 21-Herkese Sağlık-Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri’’ adlı belgeyi yayınlamıştır. Bu belgede ‘‘Ruh Sağlığının Geliştirilmesi’’ başlığı altında ‘‘2020 yılına kadar, ruh sağlığı hizmetlerinin sağlık ocağı hizmetlerine entegrasyonunu tamamlamak’’ ve ‘‘2020 yılına kadar, ruhsal sorunları olanların sağlık kuruluşları ve danışma merkezlerine başvurularını iki katına çıkarmak’’ iki önemli hedef olarak sunulmaktadır.

TC. Sağlık Bakanlığı 2003 yılında ulusal ruh sağlığı politikasını belirlemek için bir çalışma başlatmış ve 2006 yılında TC. Ruh Sağlığı Politikası adı altında ulusal ruh sağlığı politikasının ana hatlarını belirlemiştir. Burada ‘‘Ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde önerilen ‘‘en iyi klinik uygulama yöntemi,’’ planlanacak olan sistemin birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olması gerekliliğidir. Hastaların ilk temas noktaları birinci basamak sağlık kuruluşları olacaktır. Hastaların tanı ve tedavileri öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yapılacaktır.’’ denmektedir. 204 sayfalık bu yayında 107 kez birinci basamak sağlık kuruluşuna atıfta bulunulmaktadır.

Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi raporu öneriler bölümünde “Sağlık Hizmeti sunumunda, tedavi ve koruyucu ruh sağlığı hizmetleri birlikte ele alınabilmeli,” “Ruh sağlığı, kitle iletişim araçları ile tanıtılmalı ve toplumun ruh sağlığı konusunda yanlış bilgilendirmesine yol açan yayın, gösteri ve uygulamalara karşı önleyici tedbirler alınmalıdır. Özellikle risk gruplarına, yöneticilere, sağlıkla ilgili diğer sektör ve kuruluşlara yönelik olarak ruh sağlığı konusunda eğitim ve tanıtım çalışmaları sürdürülmelidir.” “Özellikle ruh sağlığı alanında da birinci basamak hizmet veren pratisyen hekimlerin, bilgilendirilmesi gerekmektedir.” denmektedir.

Sağlık planlayıcıları son yıllardaki çalışmaları ve raporları ile ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve takibinde birinci basamak hekimlerinin etkin rol oynaması ve hizmetin birinci basamağa yayılması gerektiği üzerinde durmaktadır. Ancak; birinci basamak hekimlerinin bu konuda etkin rol oynamalarının yolu, hekimlerin ruhsal hastalıklara karşı bütün olumsuz tutumlardan arınmasını zorunlu kılmaktadır. Hastalara karşı olumsuz tutumlar, görev alma isteğini belirgin olarak azaltabilecek ve ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer alması sürecine ve verilecek hizmetin kalitesine ciddi sekte vurabilecektir. Ayrıca aile hekimliği uygulaması ile kişinin sürekli tek hekimle iletişim içinde olması hekimin şizofreni hastasına karşı tutumunu daha önemli hale getirmektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Evreni

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini, 2008 yılı Samsun Sağlık Müdürlüğü verilerine göre, Samsun il merkezi ve ilçelerinde aile hekimi olarak hizmet veren toplam 342 hekim oluşturmaktadır.

Aile hekimi; 24.11.2004 tarihinde kabul edilen, 09.12.2004 tarihli 25665 sayılı resmi gazetede yayınlanan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”da “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir” şeklinde tanımlanmıştır.

Samsun ili, Sağlık Bakanlığı tarafından bu kanunda belirtilen pilot uygulama yapılacak iller kapsamına alınmış ve 01.03.2007 tarihinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Samsun 342 aile hekimliği bölgesine ayrılmış olup, 01.03.2008 tarihi itibarı ile bu bölgelerin tamamında aile hekimleri görev yapmaktadır.

3.2. Anket Formu

Tutum Latince kökeninde “harekete hazır” anlamına gelmektedir. Yıllardır farklı kuramsal yaklaşımlara göre çeşitli tutum tanımlamaları yapılmıştır. Bu tanımlamaların ortak özelliği, tutumların doğrudan gözlenebilen bir özellik olmayıp ancak bireyin gözlenebilen davranışından yola çıkılarak dolaylı olarak saptanabilen bir özellik olduğu gerçeğidir. Diğer yandan bazı durumlarda tutumun davranışa yansımayaabileceği gerçeği her zaman akılda tutulmalıdır.

Sonuçta tutum gözlenebilen bir davranış değil, davranışa hazırlayan bir eğilimi ifade eder ve bu nedenle ölçülmesi ve değerlendirilmesi zor bir kavramdır. Tutum araştırmalarının taşıdığı bu genel özellik ruhsal hastalıklara yönelik tutum araştırmaları için de geçerlidir. Doğrudan ölçülemeyecek ve gözlenemeyecek olan tutumları ölçmek ve değerlendirmek amacıyla çeşitli araçları geliştirilmesi gerekmektedir. Buradaki sorun geliştirilen aracın araştırılmak istenen tutumları belirlemek için uygun olup

olmadığıdır. Kullanılan araçlarla elde edilen bilgilerden “kestirimde bulunarak”, “çıkarıyarak” ve “tahmin ederek” tutumlara ulaşmak mümkün olabilmektedir. Ancak bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının nasıl ölçüleceği konusunda herkesin görüş birliği içinde olduğu bir yöntem bulunmamaktadır. Bu nedenle ruhsal hastalıklara yönelik araştırmalara başlamadan önce bazı soruların yanıtlanması gerekir.

3.2.1. Ruhsal hastalıkla ilgili genel bir araştırma mı yapılacak yoksa belli bir hastalık mı araştırılacak?

Ruhsal hastalıklara karşı tutum araştırmalarında eğer genel bir araştırma yapılacak ise iki sorun ile karşılaşılacaktır.

Hangi kavramın kullanılacağı bu araştırmalarda ciddi bir sorundur. Çünkü bu araştırmalarda kullanılan “ruhsal hastalık”, “akıl hastalığı”, “zihin hastalığı” kavramları günlük yaşamda ve araştırmalarda her biri farklı anlamlar taşımakta ve damgalayıcı etkilerinin birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Seçilecek kavram sonuç üzerinde etkili olabilmekte ve sonuçların sadece seçilecek kavram ile sınırlı olduğu göz ardı edilirse yanlış yorumlara gidilebilmektedir.

Ruhsal hastalıklar ile ilgili genel bir araştırma yapıldığında elde edilen sonuçlardan yola çıkılarak özgül bir hastalık (şizofreni, depresyon vb.) ile ilgili yorumlarda bulunulması olası değildir.

Bu iki durum göz önüne alınarak genel bir ruh sağlığı tutum araştırması yapılmasından öte özgül bir hastalığa yönelik tutum araştırması yapılmasına karar verilmiştir.

3.2.2. Olgu örneği verilecek mi?

Ruh sağlığı tutum çalışmalarında karşılaşılan önemli sorunlardan biri de olgu örneği verilip verilmeyeceğidir. Olgu örneği verilmeyen çalışmaların önemli sınırlılıklarından biri çalışmada kullanılan hastalığın çalışmaya katılanlar tarafından kendi algı ve deneyimlerine göre kavramlaştırılması ve sonuçların o kişilerin o hastalığı algılamaları ile şekillenmesidir. Bu durum sonuçların yorumlanmasında sıkıntı yaratmaktadır. Bu durum göz önüne alınarak olgu örneği üzerinden çalışılmaya karar verilmiştir.

Olgu örnekleri üzerinden yapılan çalışmalarda, nasıl bir vakanın verileceği, vaka şiddetinin ne olacağı, klinik tabloda hangi belirtilerin yer alacağı, tek mi yoksa birden fazla mı vakanın verileceği, vakanın cinsiyetinin ne olacağı önem taşımaktadır.

a. Hafif klinik tablolı olgu örnekleri ile ağır klinik tablolı olgu örneklerine yaklaşım farklılık taşımaktadır.

b. Klinik tabloda yer alan belirtiler tutumları etkileyebilmektedir.

c. Bazı çalışmalarda olgu örneğinin cinsiyetinin sonuçları etkileyebildiği belirtilir iken bazı çalışmalarda ise cinsiyetin etkisinin olmadığı ifade edilmektedir.

d. Birden fazla olgu örneği ile olan çalışmalarda eğer aynı katılımcıya birden fazla olgu örneği verilir ise ikinci vakaya yönelik tutumların ilk vakadan etkilenebildiği belirtilmektedir.

Bu sorunların aşılabilmesi amacıyla biri hafif, biri ağır klinik tablo olmak üzere klinik tablosu farklı iki olgu örneği üzerinde çalışılmasına, her katılımcıya tek bir olgu örneği verilmesine, vakaların yarısının erkek yarısının kadın cinsiyet olarak hazırlanmasına karar verilmiştir.

3.2.3. Anket mi yoksa ölçek mi kullanılacak?

Tutum araştırmalarında en çok tartışılan konulardan biri ölçme aracının nitelikleridir. Tutumların genel özellikleri göz önüne alındığında tüm kültür ve toplum kesimleri için geçerli bir ölçeğin geliştirilmesi olanaksız gibi görünmektedir. Ruh sağlığı tutum araştırmalarında kullanılan çok sayıda ölçek bulunmaktadır. Ancak bunlardan sadece ikisinin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır ve bu ölçeklerin geçerlik güvenirlik çalışmaları ile ilgili ciddi sorunlar göze çarpmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde, Türkçe olarak hazırlanmış ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış ruhsal hasta ve hastalıklara yönelik tutumları saptamaya yönelik bir ölçek bulunamamıştır.

Önemli bir diğer sorun da, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarda olumludan olumsuz (ya da tersi) doğru bir süreklilikten söz edilmesinin mümkün olmamasıdır. Böyle bir sıralama yapıldığında ruhsal hastalıklara yönelik tutumların yapısından kaynaklı olarak olumludan olumsuz sıralama aralıklarının eşit olacağından ya da bir "0" noktasından söz edilemez. Bu nedenle bu tip araştırmalarda Likert tipi bir ölçek kullanılıp kullanılamayacağı ile ilgili ciddi tartışmalar vardır. Ayrıca Mc'Pherson ve

Cocks ruhsal hastalıklara yönelik tutumların standart ölçme araçları ile puanlanamayacak kadar kompleks olduğu görüşünü aktarmaktadır (22).

Tüm bu sorunlar göz önüne alındığında, anket hazırlama tekniklerine uygun olarak hazırlanmış, tutumun araştırılmak istenen özellikleri ile ilgili yeterli sayıda madde içeren, anlatılmak isteneni ifade eden, amaca uygun sonuçlar verebilen ve en önemlisi Türk kültür yapısına uygun bir anket ile çalışmanın daha uygun olacağına karar verilmiştir.

Anket formu hazırlarken; PAREM (Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi) tarafından oluşturulan “Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutum Araştırması” anket formu, Arıkan’ın “Sosyal Mesafe Skalası” ve “Tehlikelilik Skalası”, Arkar ve Eker’in “Akıl Hastalarına Karşı Tutum Ölçeği”, İngiltere’de 2003 yılı “Akıl Hastaları Tutum Araştırması Anket Formu” (Attitudes To Mental İllness 2003 England), Taylor ve Dear’ın “The Community Attitudes Toward Mentally Ill Scale” (Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği, Türkçe Uyarlaması Bağ), Cohen ve Struening’in “Opinions About Mental İllness İdeology Skala “ (Türkçe uyarlaması Arıkan) formlarından yararlanılmıştır (134,149-154).

Olgu örnekleri; yukarıda belirtilen anket ve ölçeklerdeki örnekler dikkate alınarak, 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerinin katkıları ve önerileri doğrultunda hazırlanmıştır. Oluşturulan iki farklı olgu öyküsünden; ilki klinik görünüm olarak hafif bir şizofreni vakasını, ikincisi ağır bir şizofreni vakasını tanımlamaktadır. Her iki olgu öyküsü de iki paragraflık bir tanımlama içermektedir ve öykülerin ilk paragrafları aynıdır. İkinci paragraflar klinik görünümün hafif veya ağır olarak tanımlanabilmesi amacıyla farklı hazırlanmıştır. Öyküleri anlatılan vakaların cinsiyetlerine bağlı yan tutmaları önlemek amacıyla öykülerin yarısı erkek yarısı kadın olarak tanımlanmıştır. Erkek olarak tanımlanmış öyküde Ahmet Yılmaz, kadın olarak tanımlanmış öyküde Ayşe Yılmaz adı kullanılmıştır. Sonuçta dört farklı öykü ortaya çıkmıştır. Vaka I ve II klinik görünüm olarak hafif, vaka III ve IV ise ağır bir şizofreni vakasını tanımlamaktadır. Vaka I ve III tanımlanırken erkek, vaka II ve IV tanımlanırken kadın olarak tanımlanmıştır.

Olgu örnekleri;

Vaka I ve II: “....., 32 yaşında, bekar, memur, ailesi ile birlikte oturuyor. İki yıl önce çevresindekilerden şüphelenmeye, kimseye güvenmemeye, eski kız/erkek

arkadaşının yaşamını kontrol ettiğini, kız/erkek arkadaşının evde olan biten her şeyden haberi olduğunu, televizyon aracılığı ile kendisiyle mesajlaştığını düşünmeye başlamış. Kardeşinin ve annesinin kız arkadaşıyla arasını bozmaya çalıştığını düşündüğü için kardeşine küfür etmiş, yumruk atmış ve tehdit etmiş. Kulağına kendisine emir veren sesler geliyormuş. Zaman zaman bu seslerle konuşuyor ve onlara tepki gösteriyormuş. Bir süre sonra işe gidememeye başlamış. Evden çıkmıyor, kimseyle görüşmüyor, uyuyamıyor ve sabaha kadar sıkıntılı bir şekilde evde dolaşıyormuş.

Ailesi tarafından doktora götürülmüş, şizofreni teşhisi konularak hastaneye yatırılmış. Üç hafta yattığı hastaneden üç ay önce taburcu olmuş.

Şimdi iyileşmiş görünmekte, işine gitmekte ve hayatını sorunsuz sürdürebilmektedir.”

Vaka III ve IV: “....., 32 yaşında, bekâr, memur, ailesi ile birlikte oturuyor. İki yıl önce çevresindekilerden şüphelenmeye, kimseye güvenmemeye, eski kız/erkek arkadaşının yaşamını kontrol ettiğini, kız/erkek arkadaşının evde olan biten her şeyden haberi olduğunu, televizyon aracılığı ile kendisiyle mesajlaştığını düşünmeye başlamış. Kardeşinin ve annesinin kız arkadaşıyla arasını bozmaya çalıştığını düşündüğü için kardeşine küfür etmiş, yumruk atmış ve tehdit etmiş. Kulağına kendisine emir veren sesler geliyormuş. Zaman zaman bu seslerle konuşuyor ve onlara tepki gösteriyormuş. Bir süre sonra işe gidememeye başlamış. Evden çıkmıyor, kimseyle görüşmüyor, uyuyamıyor ve sabaha kadar sıkıntılı bir şekilde evde dolaşıyormuş.

Çalıştığı kurumun resmi isteği ile Samsun Ruh Sağlığı Hastanesi'nde yatarak şizofreni teşhisi ile tedavi görmüş. Altı hafta yattığı hastaneden üç ay önce taburcu olmuş. Tedaviye kısmen yanıt alınabilmiş. Halen raporlu, görev yapmıyor. Aile desteği zayıf. Kendine bakımı azalmış. Banyo yapmaya isteksiz. Kişisel hijyeni bozuk. Günde 3 paket sigara içiyor. Daha çok yalnız vakit geçiriyor. Hastalığa karşı kısmi içgörüsü var, ilaçlarını kullanıyor. Genel tutum ve davranışlarından doktor olmayanlar da ruhsal bir hastalığı olduğu sonucunu çıkarabilir. Doktora gittiğinde bekletilmekten çok rahatsız oluyor. On onbeş dakika bile beklese muayene eden doktorun odasına giriyor, kendisinin beklediğini bildiriyor.”

Anket formu iki ana bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm katılımcıların bazı demografik ve mesleki bilgileri ile ruhsal bir hastalığının olup olmama durumunu öğrenmeye yöneliktir ve sekiz sorudan

oluşmaktadır. Hekimlerin veya yakınlarının ruhsal hastalıklarının olup olmadığını öğrenmeye yönelik hazırlanan iki soru anketin yanıtlanmasında önyargılar oluşturmamak amacıyla anketin sonuna eklenmiştir.

İkinci bölüm katılımcıların ruhsal hastalığı olanlara yönelik tutumlarını ve hekimlik pratiklerini öğrenmeye yöneliktir ve 61 ifade ve sorudan oluşmaktadır. Ruhsal hastalığa yönelik tutumları araştıran bölüm 46 ifadeden oluşmaktadır. 46 ifadenin 27'si sosyal mesafe ve izolasyon, altısı hastalık nedeni, üçü hastalara karşı korku, 10'u hastalığın tedavisi ile ilgili tutumları ölçmek amaçlıdır. Belirtilen ifadeye katılımcıların katılma derecesi altı dereceli bir yanıt skalası ile tanımlanmaya çalışılmaktadır. Skalada belirtilen ifadeler ifadenin durumuna göre değişmekle birlikte ifadeye kesinlikle katılmakla, ifadeye kesinlikle katılmamak arası bir yelpazeyi ifade etmektedir. Hekimlik pratiğini öğrenmeyi amaçlayan bölüm 15 soru ve ifadeden oluşmaktadır. İfadeler hakkındaki yorumları içeren bölümler, kapalı uçlu çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

3.3. Anketin Uygulanışı

Anketler oluşturulduktan sonra Samsun Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile Sağlık Bakanlığı'ndan çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır.

Samsun Sağlık Müdürlüğü'nden aile hekimlerinin listesi alınmış ve listedeki hekimler erkek - kadın hekimler olarak iki ayrı gruba ayrılmıştır. Oluşturulan erkek ve kadın hekim listelerinde hekimler, Aile Sağlığı Merkezi (ASM) numaralarına göre sıralanmıştır. Oluşan listelerde ilk hekimden başlayarak hafif klinikli erkek vakalı anket, ağır klinikli erkek vakalı anket, hafif klinikli kadın vakalı anket, ağır klinikli kadın vakalı anket olmak üzere anketlerin dağılımı sağlanmıştır. Her anket ayrı bir zarfa konulmuş, üzerine hangi hekime ait olduğu, ASM numarası ve çalıştığı yerlerin bilgilerini içeren etiket yapıştırılmış ve zarfların ağzı yapıştırılmıştır.

Samsun Sağlık Müdürlüğü'nün 07-09 Nisan 2008 tarihlerinde düzenlemiş olduğu eğitim toplantılarında anketler hekimlere uygulanmıştır. Hekimler bu toplantılara yaklaşık 100'er kişilik üç ayrı grup olarak katılmıştır. Sabah toplantı öncesi, toplantıya gelen hekimlere toplantı salonu girişinde adlarına hazırlanmış zarflar verilmiş ve zarfları toplantı öncesi açmamaları istenmiştir. Hekimler toplantı salonunda toplandıklarında çalışma ve anket hakkında bilgi verilmiş ve zarfları açmaları

istenmiştir. Çalışmanın gönüllülük esasına dayandığı, isterlerse anketleri yanıtlamadan iade edebilecekleri belirtilmiştir. Anketler hekimler tarafından yaklaşık 15 dakikada yanıtlanmıştır. Yanıtlama sonrası anketler topluca toplanmıştır.

Sözü edilen toplantılara 342 aile hekiminden 316'sı (%92,4) katılmıştır. Toplantılara çeşitli gerekçelerle katılmayan 26 hekime ise tek tek ulaşılmaya çalışılmıştır. Toplantıda ulaşılamayan hekimlere ya çalıştıkları birime ziyarette bulunularak ya da telefonla ulaşılmıştır. Ziyaretine gidilen hekimlere anket formları bırakılmış ve ertesi gün uğranılarak anket formları teslim alınmış, telefonla ulaşılan hekimlere e-posta aracılığıyla anket formları gönderilmiş ve elektronik ortamda anketleri doldurmaları sağlanmıştır. Aile hekimlerinden 327'i (%95,90) anket formlarını eksiksiz doldurmuş ve teslim etmiş, 12'i (%3,50) çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, üçü (%0,87) ise çalışmaya katılmayı kabul etmiş, anket formlarını doldurmuş ancak yanıtları güvenilir bulunmadığı için tarafımızdan çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Anket formlarından elde edilen veriler SPSS for Windows 12,0 istatistik paket programına aktararak analiz edilmiştir. Ölçümle elde edilen veriler ortalama $\pm$ standart sapma olarak, ifadelerle verilen yanıtlar yüzde olarak ifade edilmiştir.

Hafif vakalı anketlerde hekimlerin verdiği yanıtlarla, ağır vakalı anketlerde hekimlerin verdiği yanıtların karşılaştırılmasında Ki Kare Testi kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda beklenen en küçük değer beşin altında ise Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma grubunun tanımlanması

Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerin, yanıtladıkları anketlerdeki vakaların özelliklerine göre dağılımı Tablo I’de sunulmuştur.

Tablo I. Çalışmaya Katılan Aile Hekimlerinin, Yanıtladıkları Anketlerdeki Vakaların Özelliklerine Göre Dağılımı.

	Anketlerdeki Vaka Örnekleri									
	Hafif Klinik					Ağır Klinik				TOPLAM
	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Cinsiyet										
Erkek	56	26,4	52	24,5	53	25,0	51	24,1	212	100,0
Kadın	28	24,4	29	25,2	29	25,2	29	25,2	115	100,0
TOPLAM	84	25,7	81	24,8	82	25,1	80	24,4	327	100,0

Araştırmaya katılan 327 aile hekiminin 212’si (%64,8) erkek, 115’i (%35,2) kadındır. Erkek hekimlerin yaş ortalaması $38,42 \pm 6,77$ yıl, kadın hekimlerin yaş ortalaması $35,30 \pm 4,49$ yıl, tüm hekimlerin yaş ortalaması ise $37,32 \pm 6,24$ yıldır.

Hekimlerden 260’ı (%79,5) evli, 53’ü (%16,2) hiç evlenmemiş, 12’si (%3,7) boşanmış, birinin (%0,3) eşi ölmüş ve biri (%0,3) de eşinden ayrı yaşamaktadır. Hekimlerin 230’u (%70,4) en az bir çocuk sahibidir ve çocuk sahibi olan hekimlerde, çocuk sayısı ortalaması $1,67 \pm 0,68$ ’dir.

Aile hekimlerinin mezun oldukları tıp fakülteleri ve mezuniyet yıllarına göre dağılımı Tablo II’ de sunulmaktadır.

Tablo II. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin, Mezun Oldukları Tıp Fakülteleri ve Mezuniyet Yıllarına Göre Dağılımı.

	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Mezun Olunan Tıp Fakültesi						
Ondokuz Mayıs Üniversitesi	111	52,4	63	54,8	174	53,2
Karadeniz Teknik Üniversitesi	10	4,7	10	8,7	20	6,1
Atatürk Üniversitesi	15	7,1	4	3,5	19	5,8
İstanbul Üniversitesi (Çapa)	15	7,1	4	3,5	19	5,8
İstanbul Üniversitesi (Cerrahpaşa)	10	4,7	3	2,6	13	4,0
Ankara Üniversitesi	7	3,3	4	3,5	11	3,4
Cumhuriyet Üniversitesi	6	2,8	5	4,3	11	3,4
Diğer Üniversiteler (17 Farklı Ün)	38	17,9	22	19,1	60	18,3
Mezuniyet Yılı						
1984 ve öncesi	20	9,4	1	0,9	21	6,4
1985–1989	21	9,9	11	9,6	32	9,8
1990–1994	52	24,5	26	22,6	78	23,9
1995–1999	51	24,1	41	35,6	92	28,1
2000–2004	59	27,8	29	25,2	88	26,9
2005 ve sonrası	9	4,3	7	6,1	16	4,9
TOPLAM	212	100,0	115	100,0	327	100,0

4.2. Araştırma grubundaki hekimlerin kendilerinde veya yakınlarında psikiyatrik bir hastalığın olma durumu

Aile hekimlerinin 48'i (%14,7) kendisinin, 129'ü (%39,4) aile bireylerinden herhangi birinin, 151'i (%46,2) kendisi ya da aile bireylerinden en az birinin geçmişte ya da şu an ilaç kullanmalarını gerektirecek herhangi bir psikiyatrik hastalığının olduğunu belirtmiştir.

Geçmişte ya da şu an aile bireylerinden herhangi birinin ilaç kullandığını belirten 129 kişiden 32'si (%24,8) anne ya da babasının, 12'si (%9,3) eşinin, dördü (%3,1) çocuklarından en az birinin, 37'si (%28,6) kardeşlerinden en az birinin, 43'ü (%33,3) hala-teyze-amca-dayı gibi yakın akrabalarından en az birinin, 20'si (%15,5) kuzen, yenge gibi daha uzak akrabalarından herhangi birinin, 14'ü (%10,8) birden çok yakınının psikiyatrik bir ilaç kullandığını belirtmiştir. İlaç kullanan akrabaların hangi ilaçları kullandığına bakıldığında 100'ünün (%77,5) antidepresan, 37'sinin (%28,6) antipsikotik, 25'inin (%19,4) anksiyolitik ilaç kullandığı görülmektedir.

Kendisinin geçmişte ya da şu an herhangi bir psikiyatrik ilaç kullandığını belirtenlerin 42'si (%87,5) antidepresan, dokuzu (%18,75) anksiyolitik, altısı (%12,5) antipsikotik kullandığını ifade etmiştir.

4.3. Şizofreni hastalarına karşı sosyal mesafe ve sosyal izolasyon

Aile hekimlerine, anket formunda yer alan şizofreni vaka örneğini dikkate alarak, bazı ifadelerle hangi ölçüde katılıp katılmadıkları sorulmuştur.

Aile hekimlerinin, şizofreni hastalığı olan bir kişinin sosyal hayata katılımını ne oranda kabul ettiklerini, bu kişilerle hangi düzeyde bir ilişkiden rahatsızlık duyacaklarını anlamaya yönelik ifadelerle vermiş oldukları yanıtların yüzde dağılımı Tablo III' de sunulmuştur.

Yanıtlar incelendiğinde, hekimlerin %97,3'ü kardeşlerinin bu kişilerle evlenmesinden, %94,5'i ise bu kişilerin çocuklarının kreş öğretmeni olmasından rahatsızlık duyacaklarını belirtmektedir. Hekimlerin en az rahatsızlık duydukları durum %16,2'lik oran ile bu kişilerin hekimlerle aynı sokakta bir eve taşınmış olması durumudur. Hekimlerin %50'den fazlası, vakada belirtilen kişinin kardeşleriyle evlenmesinden, çocuklarının kreş öğretmeni olmasından, oturdukları apartmanda bu kişilerin kapıcı olmasından, aynı apartmanda kapı komşusu olmasından, şehirlerarası otobüste yan yana yolculuk yapmaktan ve aynı işyerinde aynı odayı paylaşmaktan rahatsızlık duyacaklarını belirtmektedir.

Hekimlerin, vakada belirtilen hastayla, hangi düzeydeki ilişkiden daha fazla rahatsızlık duymakta olduklarına dair yanıtları dikkate alınarak yapılan sıralama, vakanın hafif ya da ağır olması durumunda değişmemektedir (Tablo III). Ancak, hekimlerin hafif klinikli vakada belirtilen hastaya göre, ağır klinikli vakada belirtilen hastayla her düzeydeki temastan daha fazla rahatsızlık duyduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu konudaki iki ayrıklı durumdan ilki, hekimlerin klinik durum ne olursa olsun bu kişilerin kardeşleriyle evlenmesinden benzer ve yüksek oranda rahatsızlık duymakta olduğudur ($p>0,05$) (Tablo III). Ayrıca, hekimlerin şizofreni hastasının çocuğunun kendi çocuğu ile aynı sınıfta olmasından rahatsızlık duyma dereceleri aynıdır ($p>0,05$) (Tablo III).

Aile hekimlerinin, hastalarla hangi düzeyde bir yakınlaşmaya izin vereceklerini anlamaya yönelik ifadelerle vermiş oldukları yanıtların yüzde dağılımı Tablo IV’de sunulmuştur.

Yanıtlar incelendiğinde, hekimlerin %78,9’u bu kişilere evlerini kiraya vermeyeceğini, %74,6’sı bu kişiler berber olsa bu kişilere saçlarını kestirmeyeceğini belirtmektedir. Aile hekimleri eğer bir aile toplantısında bu kişiler ile karşılaşsalar ise, hekimlerin ancak %57,2’si bu kişilerle “memleket meseleleri hakkında” sohbet edebileceğini, %58,1’i ise kağıt oyunu oynayabileceğini belirtmiştir.

Hekimlerin, vakada belirtilen hastayla, hangi tür yakınlaşmadan daha fazla rahatsızlık duymakta olduğuna dair yanıtları dikkate alınarak yapılan sıralama, vakanın hafif ya da ağır olması durumunda değişmemektedir (Tablo IV). Ancak, hekimlerin hafif klinikli vakada belirtilen hastaya göre, ağır klinikli vakada belirtilen hastayla her düzeydeki yakınlaşmadan daha fazla rahatsızlık duymakta olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo IV).

Aile hekimlerinin, rahatsızlık duydukları durumları ortadan kaldırmak için ne kadar çaba harcayacaklarını anlamaya yönelik ifadelerle vermiş oldukları yanıtların yüzde dağılımı Tablo V’ de sunulmuştur.

Yanıtlar incelendiğinde, hekimlerin %94,6’sı bu kişilerin kardeşleri ile evlenmesi söz konusu olduğunda, bu evliliği önlemek için çaba harcayacağını belirtmiştir. Hekimlerde, bu kişiler çocuklarının kreş öğretmeni olsa bu kişilerin öğretmenlikten çıkartılması için çaba harcayacağını belirtenlerin oranı %42,8’dir. Ancak, dikkat çekici olan 24 (%7,3) hekimin çaba harcamayacağını belirtmiş olmasına rağmen, böyle bir durumda çocuklarını okuldan alacakları yönünde bir ibareyi anketlere not olarak düşmeleridir.

Hekimlerin, vakada belirtilen hasta ile ilgili, rahatsızlık duydukları durumları ortadan kaldırmak için ne kadar çaba harcayacaklarına yönelik yanıtları dikkate alınarak yapılan sıralama, vakanın hafif ya da ağır olması durumunda değişmemektedir (Tablo V). Ağır klinikli vakada belirtilen hastadan duyulan rahatsızlığı ortadan kaldırmak için, hekimler, hafif klinikli vakadaki hastaya göre, daha çok çaba harcayacaklarını belirtmektedirler. Ancak, hekimlerin yanıtları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo V).

Tablo III. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Tanısı Konulmuş Bir Hasta İle Farklı Düzeylerdeki İlişkiden Rahatsızlık Duyup Duymama Durumları – Samsun 2008.

İlişki biçimleri	Tüm Vakalar						Hafif Klinikli		Ağır Klinikli		X ²	p
	I	II	III	IV	V	VI	I-II-III	IV-V-VI	I-II-III	IV-V-VI		
1. Kardeşinizin bu kişi ile evlenmek istemesi	59,4	31,8	6,1	0,9	1,2	0,6	95,8	4,2	98,8	1,2		>0,05
2. Bu kişinin çocuğunuzun kreş öğretmeni olması	57,8	27,8	8,9	2,5	1,8	1,2	91,5	8,5	97,5	2,5	4,58	<0,05
3. Bu kişinin apartmanınızda kapıcı olarak çalışması	17,5	37,6	18,4	12,5	11,9	2,1	61,8	38,2	85,2	14,8	22,85	<0,05
4. Bu kişinin kapı komşunuz olması	13,8	35,2	20,8	13,1	15,6	1,5	58,8	41,2	80,9	19,1	17,84	<0,05
5. Bu kişi ile şehirlerarası otobüste yan yana oturmak	20,2	26,9	22,0	17,4	11,0	2,5	54,5	45,5	84,0	16,0	33,11	<0,05
6. Bu kişi ile aynı işyerinde aynı odayı paylaşmak	12,6	31,5	22,9	15,6	15,0	2,4	55,2	44,8	79,0	21,0	21,04	<0,05
7. Bu kişinin geleceğini öğrendiğiniz bir aile toplantısına katılmak	5,5	19,6	18,7	16,8	34,8	4,6	30,3	69,7	57,4	42,6	24,40	<0,05
8. Bu kişi ile belediye otobüsünde yan yana oturmak	3,7	21,7	17,7	16,5	30,9	9,5	26,7	73,3	59,9	40,1	36,75	<0,05
9. Bu kişinin işlettiği bakkal dükkanından alışveriş etmek	4,6	20,8	15,0	17,7	32,1	9,8	27,3	72,7	53,7	46,3	23,72	<0,05
10. Bu kişi ile aynı çatı altında çalışıyor olmak	1,8	12,2	12,5	19,0	45,6	8,9	18,2	81,8	35,2	64,8	11,24	<0,05
11. Bu kişinin çocuğunun, sizin çocuğunuzla aynı sınıfta olması	3,4	9,2	12,8	18,0	42,2	14,4	23,0	77,0	27,8	72,2	0,73	>0,05
12. Bu kişinin sizin sokağınızda bir eve taşınması	0,6	6,7	8,9	14,4	53,8	15,6	11,5	88,5	21,0	79,0	4,72	<0,05

Kesinlikle Rahatsız Eder - I
Rahatsız Eder - II
Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Eder - III
Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Etmez - IV
Rahatsız Etmez - V
Kesinlikle Rahatsız Etmez - VI

Tablo IV. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Tanısı Konulmuş Bir Hasta İle Hangi Düzeyde Bir Yakınlaşmaya İzin Verip Vermeyecekleri – Samsun 2008.

İlişki biçimleri	Tüm Vakalar						Hafif Klinikli		Ağır Klinikli		X ²	p
	I	II	III	IV	V	VI	I-II-III	IV-V-VI	I-II-III	IV-V-VI		
1. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?	28,5	32,4	18,0	9,8	10,1	1,2	71,5	28,5	86,4	13,6	10,03	<0,05
2. Bu kişiye saçınızı kestirir ya da yaptırır mısınız?	24,5	32,7	17,4	9,2	14,7	1,5	62,4	37,6	87,0	13,0	24,86	<0,05
3. Bu kişiyle dertleşir misiniz?	15,0	33,9	21,5	12,2	15,9	1,5	62,4	37,6	78,4	21,6	9,24	<0,05
4. Bu kişiyle memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?	5,2	19,6	18,0	11,3	40,7	5,2	31,5	68,5	54,3	45,7	17,36	<0,05
5. Bu kişiyle iskambil kağıdı ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?	8,6	20,8	12,5	16,5	34,9	6,7	30,3	69,7	53,7	46,3	18,38	<0,05

* Yanıt skalası ifadelerle göre değişmektedir.

I- Kesinlikle olumsuz II- Olumsuz III- Emin değilim ama galiba olumsuz IV- Emin değilim ama galiba olumlu V- Olumlu VI- Kesinlikle olumlu

Tablo V. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Tanısı Konulmuş Bir Hastada Rahatsızlık Duydukları Bir Durumu Ortadan Kaldırabilmek İçin Çaba Harcayıp Harcamama Durumları – Samsun 2008.

İlişki biçimleri	Tüm Vakalar					
	I	II	III	IV	V	VI
1. Kız (erkek) kardeş bu kişi ile evlenmek isterse bu evliliği önlemek için çaba harcama	44,4	38,3	11,9	2,1	2,4	0,9
2. Bu kişi çocuğumun kreşinde öğretmen olsa onu işten çıkartmak için çaba harcama	7,7	16,8	18,3	20,8	30,3	6,1
3. Bu kişi oturduğum binada bir eve taşınsa onu evden çıkartmak için çaba harcama	1,5	6,4	12,6	22,3	46,5	10,7

	Hafif Klinikli Vakalar		Ağır Klinikli Vakalar		X ²	p
	I-II-III	IV-V-VI	I-II-III	IV-V-VI		
1	92,1	7,9	96,9	3,1	2,74	>0,05
2	37,6	62,4	48,1	51,9	3,73	>0,05
3	16,4	83,6	25,3	74,7	3,44	>0,05

Kesinlikle Çaba Harcardım - I
Çaba Harcardım - II
Emin Değilim Ama Galiba Çaba Harcardım - III
Emin Değilim Ama Galiba Çaba Harcamazdım - IV
Çaba Harcamazdım - V
Kesinlikle Çaba Harcamazdım - VI

Aile hekimlerinin, şizofreni hastalığı olan bir kişinin sosyal yaşama katılımını ne oranda kabul ettiklerini, bu hastaların hangi oranda sosyal izolasyonunu istediklerini öğrenmeye yönelik ifadeler vermiş oldukları yanıtların yüzde dağılımı Tablo VI’ da sunulmuştur.

Yanıtlar incelendiğinde, hekimlerin yarısından fazlası bu kişilerin evlenmesine izin verilmemesi gerektiğini ve ancak doktor raporu ile iyileştikleri kanıtlanırsa oy kullanabilmesi gerektiğini düşünmektedir. Hastaların toplum için bir yük olduğunu düşünenlerin oranı ise %23,8’dir.

Hekimlerin, vakada belirtilen hastanın sosyal yaşama katılımını ne ölçüde kabul ettiklerine yönelik yanıtları dikkate alınarak yapılan sıralama, vakanın hafif ya da ağır olması durumunda değişmemektedir (Tablo VI). Hekimler, ağır klinikli vakada belirtilen hastaya karşı, hafif klinikli vakada belirtilenden daha kısıtlayıcı ve damgalayıcı tutum sergilemektedir. Ancak, bu fark “hasta yeterince tedavi olmazsa ağrısız bir operasyonla kısırlaştırılmalıdır” yönündeki ifade dışında istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ağır klinikli vakaya yanıt veren hekimler arasında “hasta kısırlaştırılmalıdır” yönündeki ifadeye verilen destek hafif klinikli vakaya yanıt veren hekimlerden istatistiksel olarak daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo VI).

Hekimlere, çalışmanın sonunda vakada belirtilen hastadan bağımsız olarak “Şizofreni hastalarına karşı daha hoşgörülü ve daha anlayışlı olmalıyız” ifadesine ne oranda katılıp katılmadıkları sorulmuştur. Hekimlerin %78,9’u bu ifadeye katıldığını belirtir iken %21,1’i bu ifadeye katılmadığını belirtmiştir.

4.4. Şizofreni hastalarına karşı duyulan korku

Aile hekimlerinin, şizofreni hastalarına karşı duydukları korkunun düzeyini saptamak amaçlı hazırlanan ifadeler verdikleri yanıtlar Tablo VII’ da sunulmuştur.

Hekimlerin %74,1’i bu kişilerin “ne zaman ne yapacağı belli olmayan kişiler” olduğunu düşünmektedir ve hekimlerin %47,7’si bu kişilerle herhangi bir ortamda baş başa kalmak istememektedir.

Yanıtlar incelendiğinde, kliniğin ağırlaşmasının hekimlerin hastalara duydukları korkuyu arttırmakta olduğu görülmektedir. Hekimlerin “bu kişilerin ne zaman ne yapacağı bilinmez kişiler olduğu” yönündeki ifadeye verdikleri destek ağır klinikli vaka ile karşılaşan hekimlerde daha yüksektir ($p<0,05$). Bu kişilerle herhangi bir ortamda

Tablo VI. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Tanısı Konulmuş Bir Hastanın Sosyal İzolasyonuna Bakışı – Samsun 2008.

İfadeler	Tüm Vakalar						Hafif Klinikli		Ağır Klinikli		X ²	p
	I	II	III	IV	V	VI	I-II-III	IV-V-VI	I-II-III	IV-V-VI		
1. İyileşmiş görünse bile evlenmesine izin verilmemelidir.	7,3	24,2	19,0	16,2	26,6	6,7	46,1	53,9	54,9	45,1	2,57	>0,05
2. Ancak doktor raporu ile düzeldiği kanıtlanırsa oy kullanabilmelidir.	7,3	34,0	9,5	9,8	31,8	7,6	47,3	52,7	54,3	45,7	1,62	>0,05
3. Tedavi edildiği yerler yerleşim yerlerinden uzakta olmalıdır.	4,3	12,2	8,9	12,5	47,4	14,7	21,8	78,2	29,6	70,4	2,15	>0,05
4. Yeterince tedavi olmazsa ağrısız bir operasyonla kısırlaştırılmalıdır.	3,4	8,9	12,2	11,3	41,6	22,6	17,6	82,4	31,5	68,5	7,81	<0,05
5. Sürekli polis takibinde olmalıdır.	1,5	4,0	8,2	8,6	58,1	19,6	12,1	87,9	15,4	84,6	050	>0,05
6. Bu kişiler toplum için büyük bir yükür.	1,8	11,3	10,7	15,0	47,7	13,5	20,0	80,0	27,8	72,2	2,31	>0,05

Kesinlikle Katılıyorum - I
Katılıyorum - II
Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum - III
Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum - IV
Katılmıyorum - V
Kesinlikle Katılmıyorum - VI

Tablo VII. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Hastalarına Karşı Duydukları Korkular - Samsun 2008

İfadeler	Tüm Vakalar					
	I	II	III	IV	V	VI
1. Bu kişinin ne zaman ne yapacağı belli olmaz.	11,3	43,2	19,6	11,9	12,5	1,5
2. Bu kişi ile herhangi bir ortamda yalnız başıma kalmak istemezdim.	6,7	20,2	20,8	14,1	33,9	4,3
3. Bu kişi sokağımızda bir evde oturuyor olsa çocuğumun yalnız başına dışarı çıkmasına izin vermezdim.	2,4	4,9	7,1	10,1	47,4	28,1

	Hafif Klinikli Vakalar		Ağır Klinikli Vakalar		X ²	p
	I-II-III	IV-V-VI	I-II-III	IV-V-VI		
1	64,2	35,8	84,0	16,0	16,5	<0,05
2	38,8	61,2	56,8	43,2	10,61	<0,05
3	30,3	69,7	38,9	91,1	2,66	<0,05

Kesinlikle Katılıyorum - I
Katılıyorum - II
Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum - III
Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum - IV
Katılmıyorum - V
Kesinlikle Katılmıyorum - VI

yalnız başına kalmak istemeyen hekimlerin oranı ağır klinikli vaka formunu yanıtlayanlarda daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo VII).

4.5. Şizofreni hastalığının nedenleri konusundaki düşünceler

Aile hekimlerinin, şizofreni hastalığının etyolojisi konusundaki düşünceleri Tablo VIII' de sunulmuştur.

Aile hekimleri şizofreni hastalığının etyolojisinde en sık %91,7 oranı ile biyolojik nedenleri, %45,9 oranı ile çevresel ve sosyal sorunları sorumlu tutmaktadır. Hastalığın, Allah'ın bu kişilere bir cezası olduğunu düşünenlerin oranı ise %2,7' dir.

Belirtilen etyolojik nedenlere, ağır klinikli vaka ile hafif klinikli vakada hekimlerin katılma oranlarının sıralaması benzerdir. Ağır vakalı anket formunu yanıtlayan hekimler etyolojik nedenlerden çevresel - sosyal sorunlara ve çocukluk dönemi sorunlarına hafif vakalı anket formunu yanıtlayanlardan daha fazla oranda katılmaktadır ($p<0,05$). Hastalığı kişilik zayıflığına bağlayanların oranı ağır klinik vakalı anket formunu yanıtlayanlarda daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo VIII).

4.6. Şizofreni hastalığının tedavisi konusundaki düşünceler

Aile hekimlerinin, şizofreni hastalığının tedavisi konusundaki düşünceleri Tablo IX' de sunulmuştur.

Hekimler şizofreni hastalığının iyileşebilmesi için ilaç kullanması (%96,7) ve hastalara rehberlik edilmesi gerektiğini (%93,6) düşünmektedir. Hasta hastaneye yatırılmalıdır diyenlerin oranı %74,3, elektroşok uygulanmalıdır (Elektrokonvülsif tedavi -EKT) diyenlerin oranı ise %35,1' dir. Klinik farklı olsa da hekimlerin tedavi için önerdikleri yöntemlerin sıralaması değişmemektedir (Tablo IX). Sadece, ağır klinik vakalı anketi yanıtlayanlarda “hasta hastaneye yatırılmalıdır” ve “elektroşok uygulanmalıdır” diyenlerin oranı hafif klinik vakalı anketi yanıtlayanlardan istatistiksel olarak daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo IX).

Tablo VIII. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Hastalığının Etiyolojisi Konusundaki Düşünceleri - Samsun 2008.

Etiyolojik faktörler	Tüm Vakalar						Hafif Klinikli		Ağır Klinikli		X ²	p
	I	II	III	IV	V	VI	I-II-III	IV-V-VI	I-II-III	IV-V-VI		
1. Nörobiyolojik ve genetik gibi biyolojik nedenler	24,8	54,4	12,5	3,4	4,0	0,9	91,5	8,5	92,0	8,0	0,00	>0,05
2. Sosyal ve çevresel sorunlar (işsizlik, yoksulluk, aile sorunları)	4,9	26,6	14,4	11,3	33,6	9,2	37,0	63,0	54,9	45,1	10,62	<0,05
3. Çocukluk dönemindeki sorunlar	5,2	23,2	17,1	11,9	33,1	9,5	33,9	66,1	57,4	42,6	18,15	<0,05
4. Kişilik zayıflığı ve irade eksikliği	2,8	8,0	6,1	6,7	48,6	27,8	10,3	89,7	23,5	76,5	9,19	<0,05
5. Çok çalışma	0,3	2,4	2,8	5,5	59,9	29,1	5,5	94,5	5,6	94,4	0,00	>0,05
6. Allah'ın onun ya da ailesinin bir hatası nedeniyle verdiği ceza	0,6	0,6	1,5	3,7	32,1	61,5	3,6	96,4	1,9	98,1		>0,05

Kesinlikle Katılıyorum - I
Katılıyorum - II
Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum - III
Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum - IV
Katılmıyorum - V
Kesinlikle Katılmıyorum - VI

Tablo IX. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Hastalığının Tedavisi Konusundaki Düşünceleri - Samsun 2008

Tedavi yöntemleri	Tüm Vakalar						Hafif Klinikli		Ağır Klinikli		X ²	p
	I	II	III	IV	V	VI	I-II-III	IV-V-VI	I-II-III	IV-V-VI		
1. İlaç kullanmalı	36,4	56,9	3,4	0,3	2,1	0,9	94,5	5,5	98,8	1,2	3,27	>0,05
2. Konuşmak, rehberlik etmek gerekir	36,4	51,1	6,1	0,9	4,9	0,6	92,7	7,3	94,4	5,6	0,16	>0,05
3. Psikoterapi uygulanmalı	28,4	55,4	6,4	3,7	5,8	0,3	88,5	11,5	92,0	8,0	0,67	>0,05
4. Sosyal sorunlarının çözülmesi gerekir	16,8	52,3	14,4	6,7	9,5	0,3	81,8	18,2	85,2	14,8	0,67	>0,05
5. Hastaneye yatmalı	17,1	45,9	11,3	9,5	15,0	1,2	67,3	32,7	81,5	18,5	8,64	<0,05
6. Ortam değişikliği gerekir	8,0	32,4	24,5	12,5	21,4	1,2	60,6	39,4	69,1	30,9	2,60	>0,05
7. Elektroşok uygulanmalı	2,4	12,2	20,5	24,2	35,2	5,5	29,7	70,3	40,7	59,3	4,37	<0,05
8. İsterse bu durumdan kendi başına kurtulabilir	2,4	4,9	7,1	10,1	47,4	28,1	16,4	83,6	12,3	87,7	1,07	>0,05
9. Hocaya gitmesi ve okutulması gerekir.	0,6	1,6	2,4	2,8	26,9	65,7	3,6	96,4	5,6	94,4	0,31	>0,05
10. İyileşmesi için toplumun parçası olmaya devam etmeli	23,2	54,2	14,4	4,9	1,5	1,8	92,1	7,9	91,4	8,6	0,00	>0,05

Kesinlikle Katılıyorum - I
Katılıyorum - II
Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum - III
Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum - IV
Katılmıyorum - V
Kesinlikle Katılmıyorum - VI

4.7. Hekimlerin şizofreni hastalarını tedavi ve takip etme istekleri

Aile hekimlerinin, %73,7'si şizofreni hastasını muayene ettiğinde tanı koyabileceğini, %13,4'ü ise şizofreniyi tedavi edebileceğini düşünmektedir. Şizofreni vakalarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebileceğine inananlar, aile hekimlerinin ancak %10,7'sidir (Tablo X). Vakaların kliniklerinin farklı olması hekimlerin bu yöndeki düşüncelerini değiştirmemektedir ($p>0,05$) (Tablo X).

Aile hekimlerine, vakada belirtilen hastanın kendisine hasta olarak gelmesinin rahatsız edip etmeyeceği sorulduğunda, hekimlerin %17,1'i bu durumun kendilerini rahatsız edeceğini belirtmiştir. Ağır klinikli vakada bu oran %19,1 iken hafif klinikli vakada %15,2'dir ve aralarında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo XI). “Hastaların size takip ve tedavi olmak istemeleri sizi rahatsız eder mi?” sorusuna, hekimlerin %25,7'si rahatsız edeceğini belirtmektedir (Tablo XI). Vakaların kliniklerinin farklı olması hekimlerin rahatsız olma durumunu değiştirmemektedir ($p>0,05$) (Tablo XI).

Şizofreni hastalarının organik bir neden için muayene olmaya gelmesi hekimlerin ancak %3,9'unu rahatsız etmekte iken, hekimlerin %26,3'ü yine de bu hastaların organik sorunlarının bir psikiyatrist tarafından çözümlenmesi gerektiğine inanmaktadır (Tablo XI). Kliniğin ağırlığı rahatsızlık durumlarını etkilememektedir ($p>0,05$) (Tablo XI).

Aile hekimlerine, “vakada belirtilen hasta muayene olmak için size gelse ne yaparsınız?” diye sorulmuştur. Aile hekimlerinin %70,0 hastayı muayene edip, uzman hekime sevk edeceğini ifade etmiştir. Muayene edip ilaç yazacağını söyleyenlerin oranı ise sadece %2,2'dir (Tablo XII). Vakanın kliniği hekimlerin bu yöndeki tutumlarını değiştirmemektedir ($X^2=3,23$, $p>0,05$).

Tablo X. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Hastalığının Tanı ve Tedavisini Yapabilme Konusundaki Düşünceleri - Samsun 2008

İfadeler	Tüm Vakalar						Hafif Klinikli		Ağır Klinikli		X ²	p
	I	II	III	IV	V	VI	I-II-III	IV-V-VI	I-II-III	IV-V-VI		
1. Şizofreni hastasına rahatlıkla tanı koyabilirim.	8,0	48,0	17,7	11,9	12,3	2,1	72,1	27,9	75,3	24,7	0,42	>0,05
3. Şizofreni hastasını rahatlıkla tedavi edebilirim.	0,9	4,5	8,0	20,2	52,0	14,4	14,5	85,5	12,3	87,7	0,34	>0,05
3. Şizofreni hastalığı birinci basamakta tedavi edilebilir.	1,2	4,6	4,9	18,0	54,5	16,8	11,5	88,5	9,9	90,1	0,09	>0,05

Kesinlikle Katılıyorum - I
Katılıyorum - II
Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum - III
Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum - IV
Katılmıyorum - V
Kesinlikle Katılmıyorum - VI

Tablo XI. Aile Hekimlerinin, Şizofreni Hastalarının Tedavisinin Düzenlenmesi Konusundaki Düşünceleri - Samsun 2008

İfadeler	Tüm Vakalar					
	I	II	III	IV	V	VI
1. Bu kişinin size hasta olarak gelmesi sizi rahatsız eder mi? ^a	1,8	5,8	9,5	11,3	45,3	26,3
2. Bu kişi tedavisini sizin düzenlemenizi ve sizin kontrolünüzde takip edilmeyi istiyor. Bu sizi rahatsız eder mi? ^a	4,0	10,7	11,0	13,7	40,7	19,9
3. Bu kişi akşamları sıkıntıları olduğunu bu nedenle size ulaşabilmek için telefon numaranızı istiyor. Telefon numaranızı verir misiniz? ^b	13,5	25,4	23,2	12,8	22,0	3,1
4. Bu kişinin kronik bronşiti olsa ve size bu nedenle muayene olmaya gelse, onu muayene etmek sizi rahatsız eder mi? ^a	0,9	1,8	1,2	3,7	46,2	46,2
5. Şizofreni tanısı konulmuş bir hastanın organik bir sorunu olduğunda bu sorunun onu takip eden psikiyatrist tarafından çözümlenmesi daha uygundur. ^c	9,8	13,1	3,4	5,5	47,4	20,8

	Hafif Klinikli Vakalar		Ağır Klinikli Vakalar		X ²	p
	I-II-III	IV-V-VI	I-II-III	IV-V-VI		
1	15,2	84,8	19,1	80,9	0,91	>0,05
2	24,8	75,2	26,5	73,5	0,12	>0,05
3	58,8	41,2	65,4	34,6	1,53	>0,05
4	3,0	97,0	4,9	95,1	0,36	>0,05
5	21,8	78,2	30,9	69,1	3,34	>0,05

^a I- Kesinlikle rahatsız eder VI- Kesinlikle rahatsız etmez	II- Rahatsız eder	III- Emin değilim ama galiba rahatsız eder	IV- Emin değilim ama rahatsız etmez	V- Rahatsız etmez
^b I- Kesinlikle vermem VI- Kesinlikle veririm	II- Vermem	III- Emin değilim ama galiba vermem	IV- Emin değilim ama galiba veririm	V- Veririm
^c I- Kesinlikle katılıyorum VI- Kesinlikle katılmıyorum	II- Katılıyorum	III- Emin değilim ama galiba katılıyorum	IV- Emin değilim ama galiba katılmıyorum	V- Katılmıyorum

Tablo XII. Hekimlerin, Vakada Belirtilen Hasta Muayene Olmak İçin Kendilerine Geldiğinde İzleyecekleri Yol.

İzlenecek yol	Vaka Klinik				TOPLAM	
	Hafif		Ağır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Muayene edip uzman doktora sevk etme.	116	70,3	113	69,8	229	70,0
Muayene edip onu anlamaya çalışıp ve önerilerde bulunma	39	23,7	33	20,4	72	22,0
Muayene etmeden uzman doktora sevk etme.	6	3,6	13	8,1	19	5,8
Muayene edip ve ilaç yazma	4	2,4	3	1,9	7	2,2
TOPLAM	165	100,0	162	100,0	327	100,0

Hekimlere “Şizofreni tanısı koyduğunuz bir hastayı hangi durumda uzman doktora sevk edersiniz?” sorusu yöneltilmiştir. Hekimlerin 236 ’sı (%86,5) bu soruya “hastayı her durumda sevk ederim” yanıtını vermiştir. Hekimlerin 42’si (%12,8) hasta saldırgansa, biri (%0,3) hastanın yakınları yoksa biri (%0,3) hastanın sosyal güvencesi yoksa hastayı sevk edeceklerini ifade etmektedir.

4.8. Araştırma grubundaki hekimlerin şizofreni hastalığı konusundaki hekimlik uygulamaları

Aile hekimlerinin son bir aydır günde gördükleri ortalama hasta sayısı $59,77 \pm 21,27$ ’dir (En az İki – En çok 120 , Ortanca = 60). Hekimlerin “Son bir aydır kaç şizofreni tanısı konmuş hasta gördünüz?” sorusunu verdikleri yanıtın ortalaması $1,58 \pm 1,88$ ’dir (En az 0 - En çok 20 , Ortanca=Bir).

Hekimlerin dokuzu (%2,8) son bir aydır en az bir hastaya şizofreni tanısı koyduğunu belirtmiştir. “Şizofreni düşündüğünüz hastalarınıza reçete yazdınız mı?” sorusuna hekimlerin ancak 57’si (%17,4) evet yanıtı vermiştir. Reçete yazan hekimler yazdıkları reçetelerdeki psikiyatrik ilaçların ortalama yüzde $14,70 \pm 13,59$ ’unun (En az Beş – En çok 50, Ortanca=10) tamamen kendilerine ait olduğunu belirtmiştir.

5. TARTIŞMA

Sağlığı ve hastalığı biyolojik, psikolojik ve sosyal bir bütünlük olarak tanımlarken içi giderek boşaltılmış bir tekerleme yinelenmek istenmiyorsa, hastalıkların toplumsal, kültürel boyutlarının daha yakından irdelenmesi gerekir.

Bir toplumdaki sağlığın gerçek durumunu belirleyen etkenler, o toplumun sosyoekonomik olanakları, ekolojik özellikleri, kültürel özellikleri olduğu kadar, o toplum içindeki sağlık hizmeti düzeneklerinin işleyiş biçimlerini de kapsar. Hayatın içinde sorun ve çözümler, genellikle sistematikleştirmeye çalıştığımız gibi, doğrusal bir bağlantı içinde bulunmaz. Yani gerçek durum, önce sorunların, hastaların ortaya çıkması, ardından da uygun çözümler, tedavi yolları ya da uygun sağlık hizmeti biçimleri bulunması biçiminde bir basitlik taşımaz. Hastalıklar ile onlara ilişkin alınan önlem ve başvuru çareleri arasında sıkı diyalektik bir ilişki bulunur. Toplum içindeki sağlık sorunlarının giderilmesi amacıyla yürütülen sağlık hizmetleri ve uygulanan geleneksel çareler, bizzat bu sağlık sorunlarının ya da hastalıkların oluşumu, ortaya çıkışları ve seyirleri üzerinde etkide bulunur. Bu karşılıklı etkileşimin belirleyicilerinin başında, toplumun hastalıklara ilişkin tutum ve davranışları gelir. Ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve davranışların bilinmesi bu bağlamda önem taşır.

Birinci basamakta görev yapan hekimler tedavi hizmetleri dışında koruyucu sağlık hizmetlerini de yürütmekten sorumludur. Bu nedenle sağlık sistemlerinin omurgasını oluştururlar. Birinci basamak hekimlerinin olaylar veya durumlar karşısındaki tutumları, önyargıları sağlık sisteminin işleyişinin belirleyicilerinden biridir. Birinci basamak hekimlerinin ruh sağlığı hizmetleri konusundaki görüşlerinin dikkate alınması kamu açısından son derece önemlidir.

5.1. Şizofreni hastalarına karşı sosyal mesafe ve sosyal izolasyon

Aile hekimlerinin, şizofreni hastalarına yönelik tutumlarını öğrenmeyi amaçlayan bu çalışmada, hekimlerin hastalara karşı duydukları sosyal mesafe isteği ve hastaların sosyal yaşamdan izolasyonunu ne oranda benimsediklerine yönelik tutumları, dört bölüm halinde irdelenmeye çalışılmıştır.

İlk bölüm hekimlerin hastalarla hangi düzeydeki ilişkiden ne oranda rahatsızlık duyduğunu öğrenmeye yöneliktir. İkinci bölüm hangi düzeyde ilişkiye izin

verebileceklerine yöneliktir ve buradaki tutum ifadeleri bir ölçüde eylemliliği de içerir. Üçüncü bölüm ise bu tutumların davranış olarak gerçek yaşama yansımaları da içeren, eylem öğeleri içeren ifadelerden oluşmaktadır. Dördüncü bölüm ise kişisel ilişkiler içermeyen daha genel ifadelerden oluşmaktadır ve şizofreni hastasına karşı bireysel ilişkilerin etkisinden arınık, şizofreniye yönelik önyargılarından köken alan sosyal izolasyon düşüncelerini içermektedir.

Bu çalışmaya katılan hekimlerin en çok rahatsızlık duydukları durum kişisel ilişkinin en yoğun olduğu “kardeş ile evlilik” durumudur ve hekimlerin %94,6’sı bu kişilerin kardeşleri ile evlenmesi söz konusu olduğunda, bu evliliği önlemek için çaba harcayacağını belirtmiştir. Kişisel ilişkinin daha yoğun olabildiği, kardeş ile evlilik ve çocuklarına kreş öğretmeni olma durumunda hekimlerin rahatsızlık duyma durumu, diğer ifadelerle göre daha çok “kesinlik” içermektedir. Hekimlerin hastalar ile kişisel bağlantı gerektiren durumlardan daha çok rahatsızlık duydukları, buna karşın görece olarak daha genel, kişisel olmayan ortamlarda karşılaşmaktan daha az oranda rahatsızlık hissettikleri görülmektedir.

Şizofreni hastalarına yönelik sosyal mesafe ve sosyal izolasyon istekleri hastanın kliniğinden kaynaklanabildiği gibi sadece şizofreni hastası etiketinden de kaynaklanıyor olabilir. Yanıtlar incelendiğinde, ağır klinik vakalı hastalarda, hafif klinik vakalı hastaya göre sosyal izolasyon ve sosyal mesafe isteklerinin daha belirgin olduğu görülmektedir. Ancak gözden kaçmaması gereken konu, hafif klinikli vakada tanımlanan vakanın klinik olarak oldukça iyi durumda olduğudur. “İyileşmiş görünen, işine giden ve hayatını sorunsuz sürdürebilen” bir şizofreni vakasında bile, hekimler belirgin olarak sosyal yönden kısıtlayıcıdır. Kişisel ilişkinin söz konusu olduğu durumlardaki önyargılar makul kabul edilebilse bile, hafif klinikli vakada, hekimlerin vakada belirtilen hastanın kısırlaştırılması gerektiğine inananların oranı %17,6, hastaların polis takibinde olması gerektiğine inananların oranı ise %12,1’dir.

Türkiye’de, ruhsal hastalıklara yönelik tutum araştırmaları yetmişli yıllardan itibaren yapılmaya başlamıştır. Özellikle doksanlı yıllardan sonra bu konuda yapılan çalışmalarda niceliksel ve niteliksel bir artış dikkat çekmektedir. Günümüze gelinceye dek bu konuda onlarca çalışma yapıldığı görülmektedir (155).

Yapılan bu çalışmalar, Türk toplumunda ruhsal hastalıklar konusunda yıllar içinde belirgin bir bilgi artışı olduğu yönündedir. Günümüzde, hem hastalıkların tanınması

hem de etyolojik nedenleri ve sağaltımı konusunda yetmişli yıllara göre halkın bilgi düzeyi belirgin olarak artmıştır. Ancak hastalara yönelik reddedici, dışlayıcı, ayrımcı ve kısıtlayıcı tutumlar yıllar içinde değişmeden varlığını sürdürmektedir. Sevindirici olan, hastalara yönelik tutumlarda, günümüzde hastaları cezalandırıcı eğilimlerin daha az bulunmasıdır. Geçen yaklaşık kırk yıl içinde halkın ruhsal hastalıkların etyolojisi, prognozu ve sağaltımı konusundaki bilgi artışı hastaların toplum tarafından kabulü konusunda çok önemli bir farka neden olmamıştır (155,156).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda ruhsal hastalığı olanlara karşı toplumda belirgin olarak sosyal açıdan reddedici tutumlar vardır. Bireyler, ruhsal hastalığı olanlarla yakınlık kurmak konusunda isteksizdir. Bu isteksizlik özellikle daha yakın ilişkiler kurmak gerektiğinde daha da belirginleşmektedir. Göreli olarak kişisel olmayan ortamlarda hastaların sosyal kabulü biraz daha fazladır. En fazla reddedici yaklaşım sosyal yakınlık ve sosyal sorumluluk gerektiren durumlar için görülmektedir. Toplumda, sosyal yakınlık gerektiren durumlar söz konusu olduğunda hasta kişi ile etkileşimi azaltma gereksinimi ve iletişimi kesme eğilimi artmaktadır (54,55,60,70,83, 90,95,111,119,129,152,155,157-160).

İki binli yıllara gelindiğinde araştırmacıların psikiyatrik hasta ve hastalıklara özellikle de şizofreni hastalarına karşı tutum çalışmalarına karşı ilgisinin arttığını görmekteyiz (155).

İstanbul’un 24 ilçesinde 707 kişilik bir örneklem grubu ile 2001 yılında yapılan çalışmada; örneklemin %46,8’i şizofreni hastası ile birlikte çalışmayacağını, %69,9’u şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini, %33,2’si şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olacağını, %43,0’ü evi olsa bir şizofrene kiraya vermeyeceğini, %25,7’si şizofreni hastalarının toplum içinde serbestçe dolaşmaması gerektiğini, %58,6’sı şizofrenlerin kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağını belirtmiştir (83).

Manisa ili kırsalında 2002 yılında yapılan bir çalışmada ise; katılımcıların %61,5’i şizofreni hastası bir komşusunun olmasından rahatsızlık duyacağını, %61,1’i bir şizofreni hastasıyla birlikte çalışmak istemediğini, %85,6’sı şizofreni hastası biriyle evlenmeyeceğini, %58,2’si evi olsa kiraya vermeyeceğini belirtmiştir (69).

Erzincan’da 2004 yılında 856 kişiden oluşan örneklem grubunda yapılan bir çalışmada, saldırganlığı olmayan bir şizofreni vakası tanımlanmış ve vakada belirtilen hasta ile ilgili tutumlar sorgulanmıştır. Çalışmaya katılanlardan vakada belirtilen hasta

ile komşu olmak istemediğini belirtenlerin oranı %66,0'dır. Katılımcıların, %85,2'si bu kişinin ailesinden biri ile evlenmesini istemediğini, %72,0'si bu kişi ile iş arkadaşı olmak istemediğini, %72,8'i evlerini bu kişiye kiralamayacağını, %70,8'i bu kişinin çocuklarının bakıcısı olmasını istemediğini, %63,1'i bu kişi ile kart oyunu oynamayacağını, %55,3'ü bu kişi ile sosyal toplantılara katılmak istemediğini, %51,3'ü belediye otobüsünde bu kişi ile yan yana oturmak istemediğini belirtmiştir (161).

Şizofreni hasta yakınlarıyla yapılan bir çalışmada ise, katılımcıların %60,2'si şizofren biri ile çalışabileceğini, %60,2'si şizofren bir komşusunun onu rahatsız etmeyeceğini, %19,4'ü bir şizofrenle evlenebileceğini belirtmiştir. Bu çalışmanın, diğer çalışmalardan farklılık göstermesinin nedeni, şizofreni hasta yakınları ile yapılmış olmasıdır. Ancak daha az olsa da hasta yakınlarının bile sosyal kısıtlılığı sergilemesi açısından önemlidir (70).

Alptekin ve arkadaşları (162) bir grup gencin şizofreniye yönelik tutum ve düşüncelerini araştırmıştır. Ankete katılanlarda olgunun şizofreni olduğunu bilmeden olguya yönelik düşünce %97,0 oranında, tutum %84,0 oranında olumlu iken, olgunun şizofreni hastası olduğunu öğrendikten sonra bu oran % 72,0 ve %54,0'e düşmüştür.

Türkiye'de son yıllarda, hekimlerin şizofreni hastalarına karşı tutumları ile ilgili de çalışmalar yapılmıştır. Aker ve arkadaşları (149), 2002 yılında birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısını beş büyük ilde (Adana, İstanbul, Trabzon, Diyarbakır, Bolu) 123 sağlık ocağında çalışan 245 birinci basamak hekime anket uygulayarak sorgulamıştır. Hekimlerin %96,7'si şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini, %80,0'i şizofreni hastası ile birlikte çalışmayacağını, %71,0'i şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olacağını, %73,7'si evi olsa bir şizofrene asla kiraya vermeyeceğini, %63,0'ü şizofreni hastalarının toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğini, %87,3'ü şizofrenlerin kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağını belirtmiştir.

Üçok ve arkadaşlarının (86) çalışmasında ise, şizofreniye yönelik önyargıların birinci basamak hekimlerinde daha yaygın görüldüğünden bahsedilmektedir. Hekimler, muayene ve tedavi ettikleri kişinin şizofreni hastası olmasının mesleki uygulamalarını etkilemeyeceğini bildirmekle birlikte komşuluk, sosyal ilişkiler gibi alanlarda ve hastayı potansiyel tehlike olarak görme konusunda hekimlerin olumsuz tutumlar sergiledikleri bildirilmektedir.

Yıldız ve arkadaşlarının (163) çalışmasında, şizofreni hastalarına karşı doğrudan olumsuz tutumlar (çevremde olmalarını istemem, çevreye zarar verirler, toplum dışında tutulmalıdırlar) %29,2 oranında görülürken, hastalık hakkındaki olumsuz yargı (genelde doğru karar veremezler, iyileşmezler) %57,4 oranında belirtilmektedir.

Hekimler dışında tıp fakültesi öğrencilerinde de bu konuyu irdeleyen çalışmalar yapılmıştır. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, intörn doktorların ancak %33,3'ü şizofreni hastası biriyle aynı işyerinde çalışabileceğini, %17,6'sı evlenebileceğini, %35,3'ü bu kişinin komşusu olmasının onu rahatsız etmeyeceğini, %52,9'u evi olsa bu kişiye evini kiraya vermeyeceğini belirtmektedir. İntörnlerin %55,6'sı şizofreni hastalarının toplum içinde rahatça dolaşmaması gerektiğini düşünmektedir ve intörn doktorların tamamı şizofreni hastalarının hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağına inanmaktadır (164).

Bu çalışmalardan farklı olarak hekimlerin şizofreni hastalarına karşı tutumlarının olumlu olduğunu bildiren kısıtlı sayıda da olsa çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; Ankara'da çeşitli meslek gruplarının ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada, hekimlerin tutumları olumlu olarak bildirilmektedir. Ancak tüm gruplar içinde taksi şoförlerinin en olumlu tutumlara sahip olması ilgi çekicidir. Şoförler, hastaları hekimlerden daha kabullenici tutumlar sergilemektedir (165).

Dünyanın değişik yerlerinde yapılan çalışmalarda da, halkın çok yüksek oranlarda şizofrenili hastaları kendileri ya da çevreleri için tehlikeli kişiler olarak algıladıkları, bu kişilerle sosyal yakınlık kurma konusunda isteksiz oldukları, hastalarla aralarında belli bir mesafeyi korumaktan yana reddedici tutumlara sahip oldukları bildirilmektedir (64,166). Hemen tüm kültürlerde benzer sonuçlar bulunmuştur. Rahav ve arkadaşlarının (59) İsrail'de yaptıkları çalışmada, ruhsal hastalıklara karşı aşırı bir reddediş ve derin bir endişe saptanmıştır. Katılımcıların yalnızca %6,0'sı hastaların kamu hizmetinde çalışabileceklerini belirtmiştir.

Bütün bu çalışmalar, insanların şizofreni hastaları ile bazı ilişkilerden daha fazla rahatsızlık duymakta olduğunu göstermektedir. Whatley, sosyal yakınlık içeren ortamlarda akıl hastası olarak tanımlanmış kimselerle etkileşimi kesme eğiliminin var olduğunu, bazı ortam ve koşullarda diğerlerine göre daha fazla sosyal mesafe koyma gereksinimi duyulduğunu buna karşın, göreceli olarak genel olan ve kişisel olmayan ortamlarda ise akıl hastasının daha fazla kabul gördüğünü, 1978 yılındaki bir

çalışmasında ifade etmiştir (61). Bu çalışmadan on yıl sonra yapılan tekrar çalışması da Whatley'in bu bulgusunu destekler niteliktedir (46). İnsanlar, evlilik, işyerinde aynı odayı paylaşma, saçını kestirme, ev kiralama ve dertleşme gibi ilişki biçimlerinde diğerlerine oranla daha yüksek sosyal mesafe koyma eğilimindedir. Daha az sosyal mesafe içeren ilişki biçimleri ise; kişinin işlettiği bakkal dükkânından alışveriş yapmak, aynı işyerinde farklı odalarda çalışmak, belediye otobüsünde yan yana yolculuk etmektir. Diğer bir ifade ile sosyal yakınlık içeren ortamlar (aynı işyerinde aynı odayı paylaşmak) sosyal sorumluluk gerektiren durumlar (ev kiralamak ve işe almak) etkileşimi azaltma yönünde bir eğilimi sağlar (60).

Artık araştırmacılar tarafından daha sık söylenen ve var olan durumu açıklamakta daha sık kullanılan bir ifade ilgi çekicidir: "Not In My Back Yard". "Benim özelim olmayan ya da beni ilgilendirmedeği sürece açık fikirli ya da toleranslı olabilirim" şeklinde Türkçe'ye aktarılabilen bu ifade ayrımcılığı ve damgalamayı yansıtmaları açısından anlamlıdır (167).

Bu çalışma göstermiştir ki; birinci basamak hekimleri toplumun şizofreni hastalarına karşı var olan olumsuz tutum ve önyargılarını paylaşmaktadır. Olumsuz tutumların bir kısmı hastalığının kliniğinden kaynaklanıyor olsa da önemli kısmı hastaların taşıdığı olduğu etiketten köken almaktadır.

5.2. Şizofreni hastalarına karşı duyulan korku

Toplumda; şizofreni hastalarının ne yapacağı bilinmeyen kişiler olarak tanımlanması sık karşılaşılan bir durumdur. Samsun'daki aile hekimleri, bu tanımlamaya %74,1 oranında katılmıştır. Hafif klinikli vaka da ise bu tanımlamaya katılma oranı %64,2'dir. Görünen o ki; hekimler klinikten bağımsız olarak şizofreni etiketi taşıyan her kişiyi ne yapacağı bilinmeyen kişiler olarak görmektedir. İyileşmiş görünen, işine giden ve hayatını sorunsuz sürdürebilen bir şizofreni hastasıyla bile hekimlerin %38,8'inin herhangi bir ortamda yalnız başına kalmak istememesi, şizofreni üzerindeki etiketi görmek açısından önemlidir. Hastanın kliniğinin ağırlığı hastaya karşı korkuyu arttırmaktadır ancak bu korku hastalığın kliniğinden bağımsızdır ve şizofreni etiketi ile oluşturulan korkulu mitlerle yakından ilişkilidir.

Şizofreni hastalarına karşı toplumda var olan tutumları saptamak amaçlı birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların ortak yanı, şizofreni hastalarının yüksek oranda

“tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmayan” kişiler olarak tanımlanmasıdır (34-36,51, 58, 69,83,111).

Link ve arkadaşlarının (168) yaptığı bir çalışmada; ABD halkının %61,0’inin hastaları çevresi için, %87,0’sinin ise kendileri için tehlikeli bulmakta olduğu görülmüştür. Bu nedenle halkın %63,0’ü şizofreni hastalarıyla aralarında belli bir sosyal mesafe olmasını istemektedir.

İngiltere’de genel nüfusu temsil eden 1800’e yakın yetişkin üzerinde yapılan bir araştırma, halkın %71,0’inin şizofreni hastalarını tehlikeli bulduğunu göstermiştir (36).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda dünyadaki çalışmalarla benzer özellikler göstermektedir. Manisa kırsalında yapılan çalışmada, katılımcıların %53,4’ü şizofreni hastalarının saldırgan olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %50,0’si hastaların toplum içinde rahatça dolaşmamaları gerektiğine inanmaktadır (69). İstanbul merkezinde yapılan başka bir çalışmada ise, şizofreni hastalarının saldırgan olduğuna inananların oranı %27,3 olarak bulunmuştur (83). Türk toplumunun yapısını anlamaya çalışan bir araştırmada, akıl hastasının saldırgan olabileceği düşüncesinin en çok rahatsızlık yaratan durum olduğu saptanmıştır (169).

Birinci basamak hekimleri ile yapılan çalışmalar da toplum örneklemleri ile yapılan çalışmalarda benzerlik taşımaktadır. Türkiye’nin değişik bölgelerindeki dokuz farklı ilde görev yapan toplam 88 pratisyen, uzman ya da asistan hekimle yapılan bir çalışmada, hekimlerin yarısının şizofreni hastalarını saldırgan ve tehlikeli kişiler olarak değerlendirmekte olduğu saptanmıştır. Hekimler hastaların sokakta oynayan çocuklara zarar verebileceğine inanmaktadır (86). İntörn doktorlarla yapılan bir çalışmada, intörnlerin %83,3’ünün şizofreni hastalarının saldırgan olduğuna inandığı bildirilmektedir (164).

Bu çalışmanın sonuçları, diğer çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde;

* Birinci basamak hekimleri, toplumun şizofreni hastalarına karşı duymuş olduğu korkuyu paylaşmaktadır.

* Hekimlerin hastalara karşı duydukları korku, sosyal mesafe ve sosyal izolasyon isteklerinin altında yatan neden gibi durmaktadır. Şizofreni hastalarının saldırgan oldukları ve etraflarına zarar verebilecekleri düşüncesi hastaların tecrit edilmiş bir yaşam sürmelerine katkı sağlamaktadır. Hekimlerin toplumla birlikte aynı düşünceyi

yaygın olarak taşıyor olması olasılıkla hastaların tecrit edilmişliklerine katkı sağlayacaktır.

5.3. Şizofreni hastalığının etyolojisi konusundaki tutumlar

Bu çalışmada; hekimler etyolojik nedenlerden en sık biyolojik nedenleri ön plana çıkartmıştır. Vakanın kliniği ne olursa olsun ilk planda düşünülen etyolojik neden biyolojik nedenlerdir. Sosyal-çevresel sorunlar ve çocukluk dönemi sorunları etyolojide diğer sorumlu tutulan nedenlerdir. Bu sıralama modern psikiyatri anlayışı açısından doğru bir sıralamadır. Vakanın kliniği bu sıralamayı değiştirmemektedir.

Sosyal-çevresel sorunlar, çocukluk sorunları ve hastalığın kişilik zayıflığından kaynaklandığı yönündeki bakış ağır klinikli vakada hafif klinikli vakaya göre daha çok destek bulmuştur. Ancak bu sonucu, hekimlerin hastalığın kliniğinde bu faktörlerin etkili olduğu yönünde bir anlayışın olduğu ifadesi olarak algılamamak gerekir. Aksine bu durumu; hafif klinikli vakada iyileşmenin nedeni olarak sosyal ve çevresel faktörlerin iyiliğinin etkili olduğu, çocukluk sorunlarının olmamasının iyileşme üzerine olumlu etkisinin olacağı yönündeki düşüncelerin ifadesi olarak okumak gerekmektedir.

Halkın şizofreni etyolojisine ilişkin inançlarının değerlendirildiği çalışmaların hemen hepsinde, ilk sırada psikososyal streslerin sorumlu tutulduğu görülmektedir. En çok gösterilen nedenler psikolojik zayıflık, kişilik yapısı, stres, işsizlik, aile ve iş yaşantısındaki sorunlar, ilişki sorunları ve bilinçdışı çatışmalar olmuştur (28,35,54,83, 105,117,147).

Bu çalışmaların birbirinden farklı kültürlerde ve bu kültürlerin farklı kesimlerinde yapılmış olması, toplumların kültürden ve sosyal sınıftan bağımsız olarak şizofreniyi sosyal ve psikolojik nedenlere bağlama eğiliminde olduğunu göstermektedir. Psikososyal stresleri sırası ile beyin hastalığı, genetik etmenler ve çok düşük oranda doğaüstü güçler yanıtları izlemektedir (38). Kültürel farklar bazen küçük farklılıklara da neden olabilir. Örneğin; Batı Almanya’da psikososyal (ailesel, kişisel) nedenler ön planda iken, Doğu Almanya’da sosyal sorunlar (işsizlik) daha çok sorumlu tutulmuştur (117).

Avustralya’da yapılan bir çalışmada şizofrenide en sık yaşam olayları, daha sonra kişilik yapısı ve kalıtım sorumlu tutulmuştur. Bu çalışmada şizofreniyi daha iyi

tanımlayanlarda ve daha eğitimlilerde genetik faktörler daha fazla sorumlu tutulurken, kişilik yapısı daha az neden olarak ileri sürülmüştür (66).

Almanya’da 3000’i aşkın yetişkin üzerinde yapılan bir toplum taramasında, halkın %50’yi aşan oranlarda şizofreninin psikososyal stresten kaynaklandığını düşündüğü, bunu %50’ye yakın oranla biyolojik etkenlerin izlediği belirlenmiştir. Hastalığı dinsel etkenlere ya da doğaüstü güçlere bağlayanların oranı ise %5,0’tir (72).

Link ve arkadaşları (168) 1996 yılında Genel Sosyal Toplum Taraması kapsamında 1500’e yakın ABD’li yetişkinle görüşmüştür. Katılımcıların %91,0’i hastalığın stresli yaşam koşullarından, %85,0’i beyindeki kimyasal düzensizlikten, %67,0’si genetik etkenlerden, %45,0’i ailenin yetiştirme yanlışlarından, %33,0’ü kişilik bozukluğundan kaynaklandığını belirtmiştir. Allah’ın takdiri olduğunu düşünenler ise %17,0 oranında kalmıştır.

Toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda görülen önemli bir ayrılık hasta yakınları ile yapılan çalışmalarda görülmüştür. Ailesinde şizofreni hastası bulunanlar biyolojik etmenleri psikososyal etmenlerden daha fazla sorumlu tutmaktadır. Yanlış eğitim, kişilik zayıflığı gibi etyolojik etmenler ailelerde, özellikle hasta annelerinde daha az ifade edilmiş ya da bu etmenler reddedilmiştir. Hasta yakınlarındaki bu farklılık kişilerin kendi sorumluluklarını yadsımaya yönelik olduğu ve bu nedenle organik etmenlere bağlama inancının daha ağır bastığı görülmüştür (147).

Türkiye’de psikiyatrik hastalıkların etyolojisi konusundaki çalışmalar 1970’li yıllara dek uzanır. Bu çalışmalarda, psikiyatrik hastalıkların etyolojisi konusunda kırsalda doğaüstü güçlerin sorumlu tutulmakta olduğu, kentsel kesimde ise soyaçekim ve beyin hastalığının sorumlu tutulduğu görülmektedir (147,155).

Erzincan’da 2004 yılında 856 kişiden oluşan örneklem grubunda yapılan bir çalışmada, etyolojide genetik %61,8, yaşam olayları %64,4, stresli çalışma ortamı %65,2, anne baba sevgisizliği %56,5, ahlaksız yaşam %8,3 oranında şizofreni hastalığından sorumlu tutulmuştur (161).

İstanbul’un 24 ilçesinde 707 kişilik örneklem grubu ile yapılan bir çalışmada; tanımlanan şizofreni olgusundaki yakınmalar, örneklemin %52,0’sinde kişilik zayıflığına bağlanmış, %54,3’ünde yaşanan sorunlardan kaynaklandığı düşünülmüştür. Anketi yanıtlayanların %46,0’sı şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle

ortaya çıktığını, %3,0'ü bulaşıcı olduğunu belirtmiştir. Şizofreninin bir hastalık olduğunu düşünenlerin %8,9'u doğuştan geldiğine inanmaktadır (83).

Manisa ili kırsalında bir toplum örneklem grubu ile yapılan çalışmada; şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını düşünenlerin oranı %76,9 olarak bulunmuştur. Anketi yanıtlayanların %52,0'si hastalığı kişilik zayıflığına bağlamış, %13,5'i şizofreninin bulaşıcı olduğunu belirtmiştir. Şizofreninin bir hastalık olduğunu düşünenlerin %28,3'ü doğuştan geldiğine inanmaktadır (69).

Aker ve arkadaşları (158), 2002 yılında birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısını beş büyük ilde (Adana, İstanbul, Trabzon, Diyarbakır, Bolu) 123 sağlık ocağında çalışan 245 birinci basamak hekimine anket uygulayarak sorgulamıştır. Tanımlanan şizofreni olgusundaki yakınmaları, hekimlerin %42,7'si kişilik zayıflığına bağlamıştır. Anketi yanıtlayan birinci basamak hekimlerinin %37,7'si şizofreninin sosyal sorunlar nedeni ile ortaya çıktığını, %10,3'ü bulaşıcı olduğunu belirtmiştir. Şizofreninin bir hastalık olduğunu düşünenlerin %67,7'si şizofreninin doğuştan gelen bir hastalık olduğuna inanmaktadır. Bir başka çalışmada ise pratisyen hekimler, şizofreni etyolojisi için ilk sırada organik nedenleri sorumlu tutmuştur.

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, tıp öğrencilerinin şizofreni etyolojisi ile ilgili düşünceleri sorgulanmıştır. Altıncı sınıf öğrencileri şizofreniyi %44,4 oranla doğuştan gelen bir hastalık olarak tanımlamış ve öğrencilerin %66,7'si şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını ifade etmiştir (164).

Bu çalışma, hekimlerin eğitim süreci ve hekimlik deneyimleri nedeniyle toplumun şizofreni hastalığının etyolojisindeki tutumlarını paylaşmadığını göstermesi nedeniyle anlamlıdır. Hekimler hastalığın etyolojisi konusunda bilimsel temelleri olan bilgi ve tutumlara sahiptirler.

5.4. Şizofreni hastalığının tedavisi konusundaki tutumlar

Bu çalışmada; hekimler tedavi seçeneklerinden en çok ilaç kullanmayı ön plana çıkartmıştır. Rehberlik hizmetleri ve psikoterapi diğer seçeneklerdir. Klinik ağırlaştıkça hastaneye yatırılma seçeneği daha çok ön plana çıkartılmıştır. Ancak hafif klinikli vakada da hastaneye yatırılmalıdır diyenlerin oranı %67,3'dür. Bu oran

iyileşmiş bile olsa bu hastaların sosyal hayattan nasıl izole edilmek istendiğinin bir bulgusu olarak dikkat çekicidir.

Toplum örnekleminde, 1990'lı yıllarda birçok farklı ülkede yapılan çalışmalara bakıldığında, halkın şizofreni sağaltımı konusundaki tutum ve inançlarının, psikiyatristlerden oldukça farklı olduğu görülmektedir. Çalışmalarda halkın büyük bir çoğunluğunun şizofreni için ilk sağaltım yöntemi olarak psikoterapiyi seçtiği ve psikotrop ilaçlara karşı olumsuz bir yaklaşım içinde oldukları çalışmalardaki ortak bulgudur. Pek çok çalışmada şizofreni için ilk sağaltım seçimi psikoterapi olurken, ikinci seçenek sıklıkla özel diyet, vitaminler, tatil, yoga gibi standart olmayan tedavi yöntemleridir. Çalışmalarda özellikle psikotrop ilaçların kullanımına karşı bir direnç olduğu, standart olmayan sağaltım yöntemlerinin daha güvenilir bulunduğu görülmüştür. Amerika'da halkın sağaltıma gerek olmadığını, kişinin kendi çabası ile iyileşebileceğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Halk şizofreni için ilaç sağaltımı ya da gözetim gibi standart psikiyatrik yöntemleri yararlıdan çok zararlı olarak değerlendirmektedir. Avrupa'da ise giderek sağaltımda psikoterapi seçiminin arttığı görülmektedir (62,66,72,74,117,147).

Almanya'da 3000'i aşkın yetişkin üzerinde yapılan bir toplum taramasında, tedavi seçenekleri arasında psikoterapiyi önerenlerin oranının %50'yi aştığı, psikofarmakolojinin ise %20,0 ile en alt sırada bulunduğu belirtilmiştir (72).

Avustralya'da kentsel ve kırsal kesimdeki 2000'i aşkın yetişkin üzerinde yapılan bir araştırmada, tedavide antipsikotiklerin yararının olacağını düşünenlerin oranı %23,0, zararı olacağına inananların oranı ise %34,0 olarak bulunmuştur. İlaç dışı tedaviler arasında en çok önerilenler fiziksel-sosyal aktivite artışı ve meditasyon gibi tıp dışı yöntemlerdir. Psikoterapiyi yararlı bulanların oranı %55,0 iken, hastaneye yatış ve EKT büyük oranda zararlı bulunmaktadır (66).

Güney Afrika'daki halkın ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgilerinin belirlenmesinin amaçlandığı bir çalışmada, toplumun bu hastalıklarda psikoterapiyi ilaç tedavisi yerine daha çok tercih ettiği saptanmıştır (170).

Türkiye'de halkın psikiyatrik hastalıkların tedavisi konusundaki düşünceleri araştırmacıların yetmişli yıllarda ilgi alanına girmiştir. Türkiye'deki ilk toplum örneklemleri çalışmalarda hastaların hastanelere yatırılarak sağaltılması gerektiği düşüncesi

yaygındır. Ancak bu yerler hastane-hapishane karışımı yerler olarak tanımlanmaktadır (155).

İstanbul örneklemleri çalışmada; şizofreninin bir hastalık olduğunu düşünenler arasında, tedavi edilebildiğine inananlar %58,6, ilaçla tedavi edilebileceğini belirtenler %32,3, psikoterapi ile tedavi edilebileceğini belirtenler %57,7 oranındadır. Geleneksel ya da folklorik tedavilerle şizofreninin iyileşebileceğini düşünenler %3,7, sosyal sorunlar çözülmeden şizofreninin düzelmeyeceğini belirtenler %40,5 oranındadır (83).

Manisa örneklemleri çalışmada, hastalık sağaltımında ilaç önerisi %68,5 oranında bulunmuştur. Katılımcıların %70,7'si sosyal sorunlar çözülmeden şizofreninin geçmeyeceğine inandıklarını belirtmişlerdir (69).

Aker ve arkadaşlarının (158) birinci basamak hekimleriyle yaptıkları çalışmada, hastaların ilaçla tedavi edilebileceğini belirtenler %90,0, psikoterapi ile tedavi edilebileceğini belirtenler %56,3 oranındadır. Hacı ya da hocaların şizofreninin iyileşmesini sağlayabileceğini düşünenlerin oranı %3,0, sosyal sorunlar çözülmeden şizofreninin düzelmeyeceğini belirtenler %26,3 oranındadır. %1,0'lık kesim ise hastanın öncelikle güçlü olması gerektiğini, iyileşme için ortamdan uzaklaştırılması ya da yaşanan koşulların düzeltilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Ankara belediye il sınırları içindeki dokuz ayrı sağlık grup başkanlığına bağlı sağlık ocaklarında çalışan 178 pratisyen hekimle yapılan bir çalışmada, saldırgan paranoid şizofreni vakası tanımlanmış ve hekimlere bu hastanın tedavisi ile ilgili düşünceleri sorulmuştur. Olası tedavi yöntemleri sıralanmış ve “hasta belirtilen tedavi yöntemi ile tedavi olursa daha sağlıklı olma şansı ne kadardır” diye sorulmuştur. Yanıtlar “hiç yoktur” dan “çok yüksektir” e uzanan yedi aralıklı Likert tipi bir skaladır. Hekimler tedavi seçeneklerinden, ilaca %82,0, bireysel danışmanlığa %81,0, aile danışmanlığına %80,8, psikoterapiye %76,5 ve EKT'ye %40,0 oranında destek vermiştir (171).

Pratisyen hekimler ile yapılan başka bir çalışmada ise, sağaltım için en çok hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir görüşü ön plana çıkmıştır (172).

İntörn doktorlara şizofreni vakasının tedavisi için belirtilen tedavi yöntemlerine ne oranda katıldıkları sorulmuştur. İntörnlerin %94,4'ü ilaç tedavisinin, %50,0'si psikoterapinin, %33,3'ü ortam değişikliğinin, %27,8'i sosyal sorunların düzeltilmesinin hastalığın düzeltilmesine önemli katkılarda bulunacağına inanmaktadır. İntörn

doktorların %5,9'u "hacı hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir" demektedir (164).

Bu çalışmada hekimler tedavi konusunda bilimsel olarak değerlendirilebilecek bir tedavi sıralaması sunmuşlardır. Bu sonuçlar, hekimlerin hastalığın tedavisi konusundaki görüşlerini yansıtmaları açısından önemlidir. Hekimler hangi tedavinin daha verimli ve uygun olduğu konusunda bilimsel bir duruş sergilemektedir. Ancak tek olumsuzluk hafif vakada belirtilen hastanın hastaneye yatması gerektiği konusundaki tutumlarıdır. Bu durum hastalara karşı duyulan korku ve sosyal izolasyon isteğinin yansıması olarak değerlendirilmelidir.

5.5. Hekimlerde şizofreni hastalarını tedavi ve takip etme isteği

Aile hekimlerinin, %73,7'si şizofreni hastasını muayene ettiğinde tanı koyabileceğini, %13,4'ü ise şizofreniyi tedavi edebileceğini düşünmektedir. Şizofreni vakalarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebileceğine inananlar, aile hekimlerinin ancak %10,7'dir. Vakaların kliniklerinin farklı olması hekimlerin bu yöndeki düşüncelerini değiştirmemektedir.

Şizofreni hastalarının organik bir neden için muayene olmaya gelmesi hekimlerin ancak %3,9'unu rahatsız etmekte iken, hekimlerin %26,3'ü yine de bu hastaların organik sorunlarının bir psikiyatrist tarafından çözülmesi gerektiğine inanmaktadır.

Aile hekimlerine, vakada belirtilen hastanın kendisine hasta olarak gelmesinin rahatsız edip etmeyeceği sorulduğunda, hekimlerin %17,1'i bu durumun kendilerini rahatsız edeceğini belirtmiştir. "Hastaların size takip ve tedavi olmak istemeleri sizi rahatsız eder mi?" sorusuna, hekimlerin %25,7'si rahatsız edeceğini belirtmektedir.

Aile hekimlerinin ifadeleri her ne kadar böyle ise de iki bulgu dikkat çekicidir.

* Hekimler şizofreni hastalarının organik bir neden için muayene olmaya gelmesinin kendilerini rahatsız etmeyeceğini ifade etseler de, yine de bu hastaların organik sorunlarının bir psikiyatrist tarafından çözülmesi gerektiğine inanmaktadır.

* Aile hekimlerinin şizofreni hastalarını sevk etme yönünde bir eğilim içinde oldukları görülmektedir.

Hekimlerin psikiyatrik hastalığı olanları pek sevmediği eskiden beri bilinen bir durumdur (23). Birinci basamakta çalışan hekimler, psikiyatrik hastalığı olan kişilerle

uğraşmak istememekte ve psikiyatrik hastalıkların sağaltımının kendilerinin görevi olmadığına inanmaktadır (173-174).

Kocaeli il merkezinde görevli 195 pratisyen hekimin katıldığı bir çalışmada, hekimlerin psikotik bozukluğu olan hastalara sağaltım başlama ve izleme konusunda isteksiz oldukları görülmüştür. Çalışmaya katılan hekimlerin %82,0'si şizofreni hasta grubunun birinci basamakta tedavi edilmesinin mümkün olamayacağını ifade etmiştir. Hekimlerin ancak %15,7'si psikotik bozukluğa sahip hastaların tedavisine başlayabileceğini belirtmiştir. Ayrıca %73,3'ü psikotik hastaları takip etmek istemediğini ifade etmiştir. Pratisyen hekimlerin önemli bir kısmı psikotik bozukluğu olan hastaları ilk tedavi eden hekim olmak istememiştir (163).

Eskişehir il merkezindeki sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimler ile yapılan bir çalışmada, hekimlere “psikiyatrik hastalıklardan hangilerini rahatlıkla tedavi edebilirsiniz?” diye sorulmuş ve hekimlerin tamamı bu soruya “şizofreni hastasını tedavi edemem” diye yanıtlamıştır. Ayrıca bu hekimlere “hangi psikiyatrik hastalık konusunda eğitim almak istersiniz?” diye sorulduğunda en az oranda şizofreni ile ilgili eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu hekimlerin şizofreni hastalarını tedavi etme konusundaki isteksizliğine bağlanmıştır (175).

Toews ve arkadaşlarının (176) yaptığı bir çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin %59,2'si şizofreni hastalarını ilk değerlendirmeleri için uzmana sevk edeceklerini ve sonraki takiplerini kendilerinin yapabileceklerini, %24,5'i de tedavisini tamamen uzmana bırakacaklarını, kendilerinin sadece hastaların tıbbi sorunlarıyla ilgilenebileceklerini bildirmişlerdir.

Mirabi ve arkadaşları (177) ise çeşitli meslek gruplarından olan ve akıl hastalarına hizmet veren elemanların çoğunluğunun kronik akıl hastalarını tedavi için tercih etmediklerini göstermiştir.

Fas'ta 100 pratisyen hekimle yapılan bir çalışmada hekimlerin %2,0'si psikiyatri hastalarını değerlendirmeyi reddetmektedir. Hasta ajite ise %35,0'i muayeneyi reddetmektedir (167).

Diğer yandan, araştırmacıların bazıları hekimlerin şizofreni hastalarının sağaltımı konusunda en azından bir kısmının istekli olduğunu belirtmektedir (158). Buna karşın birçok ülkede yapılan çeşitli çalışmalarda özellikle gelişmiş ülkelerde psikiyatri dışı

hekimlerin ruh sağlığı ile ilgili sorunlarla pek ilgilenmediği ve ilgilenmek de istemediği görülmüştür

Birinci basamak hekimlerinin şizofreni hastalarının tedavisi ve takibi konusunda istekli olmamalarının altında yatan birçok neden olabilir.

* Hekimler bu hastalarla uğraşmak istemiyor olabilirler.

* Hekimler şizofreni konusunda bilgi eksikliği hissettikleri için bu hastalarla karşılaşmak istemiyor olabilirler.

* Çalışma yoğunlukları nedeniyle bu hastaları takip etmekte zorluk yaşıyor olabilirler

* Zaman azlığı ve çalışılan mekân yetersizlikleri bu isteksizliğin altında yatan neden olabilir.

* Ya da hekimler şizofreni hastalarından duydukları korku ve bu hastalarla herhangi bir şekilde ilişkide olmama istekleri nedeniyle bu konuda imtina gösteriyor olabilirler.

Bu çalışma; bu nedenlerden hangisinin hekimlerin tedavi ve takip isteksizliğini en çok etkilediğini saptamak için uygun bir çalışma değildir. Ancak hekimlerin, şizofreni hastalığının etyolojisi ve tedavisi konusundaki bilimsel duruşları ve sosyal mesafe isteğini belirten ifadeleri göz önüne alındığında, hekimlerin hastalar konusundaki mesafe isteğinin tedavi ve takip isteksizliğinde önemli rol oynadığını söyleyebiliriz.

Uzman hekimlerin olmadığı/ulaşılamadığı yerlerde ya da hastaların psikiyatristlere gitmek istemedikleri durumlarda pratisyen hekimlerin şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalar için önemli roller üstlenmesi kaçınılmazdır. Süreğenleşme ve yeti yitimine yol açma eğilimi yüksek olan bu hastalık grubunun tedavisinde psikiyatrik tedavi birimleri tek başlarına yeterli olamamaktadır. Bu nedenle tedavi sürecinde yalnızca psikiyatristlerin değil, aile hekimlerinin, pratisyen hekimlerin önemli roller üstlenmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. Ancak var olan durum, bu konuda aşılması gereken ciddi sorunlar olduğunu göstermektedir.

5.6. Hekimlerin şizofreni hastalığı çerçevesinde hekimlik uygulamaları

Samsun'da çalışan aile hekimleri günde yaklaşık 60 hasta görmektedir. Hasta sayısı hekimin çalıştığı birime bağlı olarak farklılık göstermektedir.

Aile hekimlerinin “Son bir aydır kaç şizofreni tanısı konmuş hasta gördünüz?” sorusunu verdikleri yanıtın ortalaması $1,58 \pm 1,88$ ’dir. Hekimlerin dokuzu son bir aydır en az bir hastaya şizofreni tanısı koyduğunu belirtmiştir. “Şizofreni düşündüğünüz hastalarınıza reçete yazdınız mı?” sorusuna hekimlerin ancak %17,4’ü “”evet”” yanıtı vermiştir. Reçete yazan hekimler yazdıkları reçetelerdeki psikiyatrik ilaçların yaklaşık %15’i tamamen kendilerine aittir.

Yıldız ve arkadaşlarının birinci basamak hekimleri ile yaptıkları çalışmada, son altı ay içerisinde hekimlerin sadece %12,8’inin herhangi bir antipsikotik ilacı ilk kez kendi endikasyonlarıyla yazdıklarını bildirmektedir. Antipsikotik ilaç yazımı genelde reçete tekrarı şeklinde gerçekleşmektedir (163).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda, şizofreni hastalığına diğer psikiyatrik hastalıklara göre görece daha az karşılaşılmaktadır. Denizli il sınırları içinde bulunan 65 sağlık ocağının 3 aylık süredeki başvuru kayıtları incelenmiş ve tüm başvuruların %0.09’una psikotik bozukluk tanısı konulduğu saptanmıştır (178). Benzer şekilde Eskişehir il merkezinde bulunan 14 sağlık ocağının 1 yıllık poliklinik kayıtları incelenmiş ve tüm başvurular içinde şizofreni başvurularının %0.10 kısmını oluşturduğu görülmüştür (179).

Şizofreni hastaları birinci basamak sağlık hizmetlerine tıbbi sorunlarla başvurabilecekleri gibi sadece psikiyatrik hizmet almak için de başvurabilirler. Şizofreni gibi ağır ruhsal sorunları olan hastaların önemli bir kısmının eğer sistemleşmiş bir tedavi ağı yoksa birinci basamak sağlık kuruluşlarına gelmeyip genelde özelleşmiş kliniklerde ve uzmanlar tarafından tedavi edildiği bildirilmektedir. Ülkemizde de psikiyatrik hastalığı olanların birinci basamak yerine öncelikle psikiyatri uzmanına başvurma eğiliminin daha yaygın olduğu bildirilmektedir (49).

Bu çalışma, diğer çalışmalarda ifade edildiği gibi şizofreni hastalarının birinci basamak sağlık kuruluşlarından yeterince yararlanmadığı bilgisi ile uyumlu sonuçlar vermektedir

Bu durumun olası nedenleri arasında; ülkemizde genel olarak var olan uzman doktora gitme eğilimi, sağlık sisteminin uygun biçimde işlemiyor olması, pratisyen hekimlerin halkın bu konudaki gereksinimlerini karşılamıyor olması ya da halk içinde ruhsal hastalıkların tedavisinde pratisyen hekime rol biçilmemesi olabileceği gibi

hekimler arasında oldukça yaygın olan bu hastalarla “uğraşmama” eğilimi de rol oynuyor olabilir.

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar için, bozukluğun erken tanınması ve tedaviye bir an önce başlanması çok büyük önem taşımaktadır. Tedavinin gecikmesi, hastalığın gidişinin daha kötü olmasına, depresyon ve intihar riskinde artışa, hastanın psikososyal gelişiminde duraklamaya, okul/mesleki işlevselliklerinde bozulmaya yol açar. Hastaneye yatış sayısı ve süresi artar ve tedavi giderleri yükselir.

Psikotik bir ilk atak, kimi kez tanı koydurucu bütün belirti ve bulgularıyla açıkça gözlenebilir, ancak kimi kez de bozukluğun erken ve uyarıcı belirtilerinin varlığı ile yavaş yavaş ilerler. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin ve sağlık çalışanlarının şizofreni ve psikotik bozukluklar konusunda eğitilmiş ve istekli olmaları, bu bozuklukların erken veya uyarıcı belirtilerinin tanınmasına hizmet eder ve dolayısıyla erken müdahale şansını artırır. Bu belirtilerin fark edilmesi durumunda ya da hasta/aile bunları bir sorun olarak görmeye başladığında, ilk bağlantı kurulan kişiler birinci basamak hekimi olabilir. Birinci basamak hekiminin tutumu, bilgisi, donanımı, serüvenin gidişini etkileyecek denli önemlidir.

Ağır psikiyatrik hastalığı olan hastaların çoğu hekime ulaşmakta zorluk çekmektedir. Bu nedenle ülke genelinde yaygın hizmet veren birinci basamak sağlık kurumları ve bu kurumların hekimleri hizmetin toplum geneline yayılmasında özel önem taşımaktadır.

Bu nedenle birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Ancak bu konuda alınması gereken daha çok yol olduğu açıktır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Samsun ilinde aile hekimleri ile yapılan bu çalışma,

- Aile hekimlerinin, toplumda yaygın olarak var olan şizofreni hastalarına karşı sosyal mesafe isteği ve sosyal izolasyon taleplerinin toplumla birlikte paylaşılmakta olduğunu,
- Aile hekimlerinin, şizofreni etyolojisi ve tedavisi konusundaki görüşlerinin bilimsel temelli olduğunu,
- Aile hekimlerinin şizofreni hastalarını takip ve tedavi etmek konusunda istekli olmadıklarını,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde şizofreni hastalarına yönelik hizmetlerin yeterince yer almadığını göstermektedir.

Bu bulgular ışığında,

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ruh sağlığı hizmetleri entegre edilmek isteniyorsa, öncelikle hekimlerin bu konuda istekli olmalarının sağlanması gerekmektedir. Hekimlerin direnç göstereceği bir uygulamanın gerçek hayatta doğru ve verimli çalışması pek olası değildir. Hekimlerin psikiyatrik hasta ve hastalıklara karşı önyargılarını ortadan kaldırmadan hekimlerin bu konuda istekli olması beklenmemelidir.

2. Hekimlerin şizofreni hastasına karşı tutumlarından bahsederken gerçekçi olmak gerekir. Olumlu tutum değişikliği derken amaçlanan gerçekçi olmayan ve sahte bir yakınlık beklentisi olmamalıdır. Hekimlerin tüm yaşam olaylarından kaynaklanan tutumlarının bir anda değişmesi, aniden olumlu tutumlar sergilemeleri beklenmemelidir.

3. Uzun vadede, tıp eğitiminde ruhsal hastalığı olanlara yönelik tutumları değerlendirmeye yönelik, yapılandırılmış, mezuniyet öncesi ve sonrası özel programlar oluşturulmalıdır.

4. Kısa vadede ise birinci basamak hekimlerinin gerektiğinde ikinci-üçüncü basamak sağlık kurumlarından psikiyatrik hastalıkların tanı, tedavi ve takibi konusunda yeterli destek ve yardımı almaları sağlanmalıdır. Aile hekimleri psikiyatrik hasta ile uğraşırken yalnız kalmamalı ve yalnız kalmayacağını da bilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ikinci-üçüncü basamak arasındaki işbirliği ve eşgüdümün sağlanması hekimlerin önyargılarını yenmelerinde katkı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR:

1. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara, 2006.
2. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirgesi, <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/trk.htm>; 01.09.2007.
3. TC. Anayasa 1981, <http://www.tbmm.gov.tr/Anayasa.htm>; 01.09.2007.
4. TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge, <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/mevzuat/saghizyurutulmesiyonergesi.pdf>; 01.09.2007.
5. Fişek N. Türkiye'nin sağlık sorunları ve çözüm yolları. Prof. Dr. Nusret Fişek Kitaplaşmamış Yazıları – I Sağlık Yönetimi http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/18.html; 01.09.2007
6. World Bank World Development Report 1993: investing in health Oxford. Oxford University Press, 1993.
7. Murray JL, Acharya AK. Understanding DALY's. Journal of Health Economics 1997; 16: 703–730.
8. TC. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Raporu. Aralık 2004.
9. Tav Ş. Şizofreni tedavisinde direkt maliyeti belirleyen değişkenlerin karşılaştırmalı değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2006.
10. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. Basım, Feryal Matbaası Ankara 2002.
11. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt I. Hekimler Yayın Birliği Ankara 1997: 321–325.
12. Ceylan ME. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri – Şizofreni. I. Cilt, II. Baskı İstanbul 2002: 14–17.
13. Işık E. Güncel Şizofreni. Format Matbaacılık, I. Baskı, Ankara 2006.
14. DSM IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı Dördüncü Baskı, (United States By American Psychiatric Association-Amerikan Psikiyatri Birliği) (Çeviri: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği Ankara 1998.
15. Arıhan G. Şizofreni Epidemiyolojisi. Şizofreni Dizisi 1998; 2: 64–74.

16. Nasrallah HA, Donald J, Smeltzer MA. Şizofreni güncel tanı ve tedavi kitabı (Çeviri Ed. Alptekin K), AND Yayıncılık, I. Baskı İstanbul 2005.
17. Wyatt RJ, Henter I, Leary MC, Taylor E. An economics evaluation of schizophrenia–1991. Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1995; 30(5): 196–205.
18. Uslu A, Sevinçok L. Bir grup şizofrenik hastada özkıym düşünceleri ve depresyon. 3P Dergisi 2000; 8: 266–273.
19. Uzun Ö, Özgen F, Algül A, Özşahin A, Battal S. Şizofrenide intihar girişimi. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Antalya 2000: Kongre Bildiri Kitabı.
20. Evren CE, Evren B, Erkıran M. Şizofrenili hastalarda özkıym düşüncesi: pozitif, negatif belirtiler, depresyon ve içgörüyle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4): 255–264.
21. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. Global mental health I no health without mental health. Lancet 2007; 370(8): 859–877.
22. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Nobel Yayıncılık, Ankara 2002: 65–98.
23. Bryne P. Stigma of mental illness: changing minds, changing behaviour. British Journal of Psychiatry 1999; 174: 1–2.
24. Taşkın O. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. 3P Dergisi. 2004; 12 (Ek 3): 5–12.
25. Bakacak AG. Modern dönemde Becker ve Goffman'ın yaklaşımlarında etiketlenmiş suçlu anlayışı ve günümüzdeki yansımaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi - Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2002.
26. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1963.
27. Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Sitigmatizasyon. Yeni Symposium 2003; 41(4): 190–192.
28. Marshall G. Sosyoloji Sözlüğü (Çeviri; Akınhay O, Kömürcü D). Bilim ve Sanat Yayınları Ankara 1999. (Oriijinal Basım Yılı 1994).
29. Üçok A. Şizofreni hastası neden damgalanır? Klinik Psikiyatri 2003; Ek 1: 3–8.

- 30.** Yıldız E. Akıl hastalıklarının stigmatizasyonunda sosyoekonomik faktörlerin rolü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2002.
- 31.** Arıkan K, Akman B. Akıl hastası karşısında kullanılan savunma mekanizmaları ve stigmatizasyon. 9. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Malatya 2002: Kongre Bildiri Kitabı 212–217.
- 32.** Arıkan K, Uysal O, Şenocak M, Dirican A, Oran O, Erdem I. The information on social and occupational outcome in mental illness on the attitudes of students in Turkey. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2000; 7(4): 320–325.
- 33.** Morrison M, de Man AF, Drumheller A. Correlates of Socially restrictive and authoritarian attitudes toward mental patients in university students. *Soc Behav Pers* 1993; 22(4): 333-338.
- 34.** Angermayer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorders. *Acta Psychiatry Scand* 2003; 108: 304–309.
- 35.** Angermayer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2003; 38: 526-534
- 36.** Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatization of people with mental illness. *Brit J Psychiatry* 2000; 177: 4–7.
- 37.** Penn DL, Komman S, Mansfield M, Link BG. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophr Bull* 1999; 25 (3): 437-446.
- 38.** Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido A. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health* 1999; 89(9): 1328-1333.
- 39.** Morrison M, de Man AF, Drumheller A. Multidimensional locus of control and attitudes toward mental illness. *Percept Mot Skills* 1994; 8: 1281-1291.
- 40.** Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations on rejection. *Am Social Rev* 1987; 52: 96-112.
- 41.** Kaptanoğlu C. Tarihsel ve psikodinamik yönleriyle ayrımcılık ve damgalama. 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Ankara 2003: Kongre Bildiri Kitabı 52–53.

42. Taşkın O, Özmen E. Sosyodemografik etmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkileri. 3P Dergisi 2004; 12 (Ek 3): 13–24.
43. Akman B. Bireylerin kullandığı savunma mekanizmalarının akıl hastalıklarının stigmatizasyonu ile ilişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2001.
44. Berksun OE. Akıl hastalıklarına yönelik tutumların önemli belirleyicileri: bilgi ve eğitim. Türkiye Klinikleri J Psychiatry 2004; 5:112–115
45. Johannsen WJ. Attitudes toward mental patients (a review of empirical research) Mental Hygiene 1969; 53 (2): 218–228.
46. Trute B, Tefft B, Segall A. Social rejection of the mentally ill: A replication study of public attitude. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1989; 24: 69–76.
47. Haghighat R. A unitary theory of stigmatisation. Br J Psychiatry 2001; 178: 207–215.
48. Heginbotham C. UK mental health policy can alter the stigma of mental illness. Lancet 1998; 352(26): 1052-1053.
49. Özmen E, Taşkın O. Ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ruh sağlığı hizmetlerine etkisi. 3P Dergisi 2004; 12 (Ek 3): 83–92.
50. Karancı AV, Kökdemir D. Akıl hastası: tanımlaması yarattığı rahatsızlık ve davranışları ile başa çıkma. Kriz Dergisi 1994; 3(1–2): 237–240
51. Socall DW, Holtgraves T. Attitudes toward the mentally ill: the effect of label and beliefs. Social Q 1992; 33: 435–445.
52. Arkar H, Eker D. Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. The International Journal of Social Psychiatry 1994; 40(3): 205-213.
53. Cumming J, Cumming E. On the stigma of mental illness. Community Ment Health J 1965; 1(2): 135–143.
54. Taşkın EO, Şen FS, Aydemir O, Demet MM, Özmen E, İçelli İ. Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38: 586–592.
55. Özmen E, Ögel K, Boratav C, Sağduyu A, Aker T, Tamar D. Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul Örneği. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(2): 89–100.

56. Chung KF, Chen Ey, Liu CS. University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *Int J Soc Psychiatry* 2001; 47(2): 63–72.
57. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 143–148.
58. Bhugra D. Attitudes towards mental illness: a review. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 1–12.
59. Rahav M, Struening EL, Andrews H. Opinions on mental illness in Israel. *Soc Sci Med* 1984; 19: 1154–1158.
60. Arkar H. Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam* 1991; 4(3): 6–9.
61. Trute B, Loewen A. Public attitudes toward the mentally ill as function of prior personal experience. *Soc Psychiatry* 1978; 13: 79-84.
62. 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. Guimon J, Fisher W, Sortorius N (ed) *The images of madness. The public facing mental illness and psychiatric treatment*. Basel 1999: 56–71.
63. Taşkın O, Özmen E. Ruhsal hastalıklara yönelik tutumları etkileyen etmenler: bilgi, temas, etiket, psikopatoloji tipi, medya. *3P Dergisi* 2004; 12 (Ek 3): 25–40.
64. Nieradziec K, Cochrane R. Public attitudes towards mental illness- the effects of behaviour, roles psychiatric labels. *The Int J of Social Psychiatry* 1985; 31: 23–33.
65. Neff JA, Husaini BA. Lay images of mental illness: social knowledge and tolerance of the mentally ill. *J Community Psychol* 1985; 13: 3-12.
66. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B, Pollitt P, Christensen H, Henderson S. Helpfulness of interventions for mental disorder: beliefs of health professionals compared with the general public. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 233-237.
67. Sellick K, Gooder J. Community attitudes toward mental illness: The influence of contact and demographic variables. *Aust NZJ Psychiatry* 1985; 19: 293-298.
68. Al Adawi S, Doral ASS, Al Smiley SS, Al Gharfry DA, Al Noobi BZ, Al Salmi A. Perception of and attitude towards mental illness in Oman. *Int J Soc Psychiatry* 2002; 48(4): 305-317.

69. Taşkın EO, Şen FS, Aydemir O, Demet MM, Özmen E, İçelli İ. Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13: 205–214.
70. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(3): 203–212.
71. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(6): 299-303.
72. Angermayer MC, Matschinger H. Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89(382): 39-45.
73. O’Mahony PD. Attitudes to the mentally ill: A trait attribution approach. *Soc Psychiatry* 1979; 14: 95-105.
74. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B, Pollit P, Christensen H, Henderson S. Belief about the helpfulness of interventions for mental disorders: A comparison of general practitioners, psychiatrists and clinical psychologists. *Aust NZJ Psychiatry* 1997; 31: 844-851.
75. Maclean U. Community attitudes to mental illness in Edinburgh. *Br J Preventive and Soc Med* 1969; 23: 45–52.
76. Angermayer MC, Matschinger H, Riedel Heller SG. Whom to ask for help in case of mental disorder? Preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 202-210.
77. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public’s view of the competence, dangerousness and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Publ Health* 1999; 89: 1339-1345.
78. Leaf BJ, Bruce ML, Tischler GL, Holzer CE. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Community Psychol* 1987; 15: 275–284.
79. Şen SF, Taşkın EO, Özmen E, Aydemir Ö, Demet MM. Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın depresyona ilişkin tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4(3): 133–143.

- 80.** Özmen E, Taşkın EO, Özmen D, Demet MM. Hangi etiket daha damgalayıcı: ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(1): 47–55.
- 81.** Özmen E, Özmen D, Taşkın EO, Demet MM. Sağlık yükseköğrencilerinin depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4(2): 87–97.
- 82.** Laine A, Lehtinen B. Attitudes toward mental illness and their relationship to social structure and mental hospital bed utilization in two finish rural communities. *Soc Psychiatry* 1973; 8: 117-123.
- 83.** Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12: 99–110.
- 84.** Brandli H. The image of mental illness in Switzerland. Guimon J, Fischer W, Sortorius N (ed) *The images of madness. The public facing mental illness and psychiatric treatment.* Basel 1999: 20–28
- 85.** Doğan O, Kılıçkap Z, Çelik G, Çorapçıoğlu A. Psikiyatri stajının tıp fakültesi öğrencilerinin ruh hastalarına karşı tutumlarına etkisi I. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1994; 16: 206–210.
- 86.** Üçok A, Erkoç Ş, Ataklı C, Polat A. Psikiyatri dışındaki hekimlerin şizofreniye ilişkin tutumları. 5. Bahar Sempozyumları Antalya 2001: Kongre Bildiri Kitabı 46.
- 87.** Eskin M. Rural population's opinion about the causes of mental illness, modern psychiatric help sources and traditional healers in Turkey. *Int J Soc Psychiatry* 1989; 35: 324-328.
- 88.** Hutchinson G, Neehall JE, Simeon DT, Littlewood R, Perceptions about mental illness among pre-clinical medical students in Trinidad & Tobago. *West Indian Med J* 1999; 48(2); 81-84
- 89.** Norman RMG, Malla AK. Adolescents' attitudes towards mental illness: relationship between components and sex differences. *Soc Psychiatry* 1983; 18: 45–50.
- 90.** Eker D. Effect of type cause on attitudes toward mental illness and relationship between the attitudes. *Int J Soc Psychiatry* 1985; 31: 243–251.
- 91.** Birdoğan SY, Berksun OE. Tıp fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. *Kriz Dergisi* 2002; 10(2):1–7.

- 92.** Malla A, Shaw T. Attitudes towards mental illness: the influence of education and experience. *Int J Social Psychiatry* 1987; 33(1): 33–41.
- 93.** Shulman N, Adamas B. A comparison of Russian and British attitudes toward mental health problems in the community. *Int J Soc Psychiatry* 2002; 48(4): 266–278.
- 94.** Jorm AF, Christensen H, Medway J, Korten AE, Jacomb PA. Public beliefs system about the helpfulness of interventions for depression: Associations with history of professional help seeking. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2000; 35: 211-219.
- 95.** Dünder ES, Aldanmaz F, Oğuz A, Oğuzkaya N. Kayseri ve yöresinde akıl hastasının algılanması ile ilgili görüş ve düşüncelerin belirlenmesi ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kayseri 1994: Kongre Bildiri Kitabı 523–528.
- 96.** Özer H, Coşkun İ, Kırkpınar İ. Psikiyatri poliklinik hastalarında tıp dışı kişilere başvuru davranışının bazı özellikleri. 4. Anadolu Psikiyatri Günleri Konya 1995: Kongre Bildiri Kitabı 136–142.
- 97.** Lemkau PV, Crocetti GM. An urban population's opinion and knowledge about mental illness. *Am J Psychiatry* 1962; 118: 692-700.
- 98.** Taşkın EO, Özmen D, Özmen E, Demet MM. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofreni ile ilgili tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2003; 40(1–2): 5–12.
- 99.** Rabkin JG. Opinions about mental illness: A review of the literature. *Psychol Bull* 1972; 77(3): 153-171
- 100.** Uçman P. Attitudes of psychiatric personnel and the therapeutic milieu. *Hacettepe Medical Journal* 1983; 16: 191-197.
- 101.** Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 183–190.
- 102.** Halpert HP. Surveys of public opinions and attitudes about mental illness. *Public Health Report* 1965; 80(7): 589–597.
- 103.** Flaskerud JH, Kviz F. Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources. *Hosp and Community Psychiatry* 1983; 34(3): 229-233.
- 104.** Savaşır Y. Türk toplumunun araştırma yapılan geleneksel ve sosyal değişime uğramış kesimlerinde ruh hastasının algılanması ve nedenleri hakkındaki inançlar. 7. Milli Nöropsikiyatri Kongresi Ankara 1971: Kongre Bildiri Kitabı 293–312.

- 105.** Srinivasan TN, Thara R. Beliefs about causation of schizophrenia: do Indian families believe in supernatural causes? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(3): 134-140.
- 106.** Dündar ES, Oğuz A, Aldanmaz F. Dini tutumların akıl hastasının algılanması, akıl hastalığının nedenleri, tedavisi ve iyileşmesi üzerine etkisi. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi İstanbul 1995: Kongre Bildiri Kitabı 66.
- 107.** Küey L. Ruhsal bozukluklara ilişkin halkın tutum ve davranışları. *Kriz Dergisi* 1995; 3 (1-2): 172-174
- 108.** Ünal S, Özcan Y, Emul HM, Çekem AB, Elozan HB, Sezer Ö. Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(4): 222-229.
- 109.** Ünal S. Psikiyatrik uygulamalarda sosyokültürel duyarlık. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(4): 225-230.
- 110.** Dündar SE, Oğuz A, Aldanmaz F. Halkın psikoz, paranoid bozukluk ve depresyona yönelik tutumları ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kriz Dergisi* 1995; 3(1-2): 275-283.
- 111.** Eker D. Attitudes toward mental illness: recognition, desired social distance, expected harden and negative influence on mental health among Turkish freshmen. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1989; 24: 46-150.
- 112.** Erinosh O, Ayonrinde A. A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies. *Psychiatry* 1978; 48: 403-410.
- 113.** Sheik S, Furnham A. Across-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35(7): 326-334.
- 114.** Akighir A. Traditional and modern Psychiatry: A survey of opinions and beliefs amongst people in Plateau State of Nigeria. *Int J Soc Psychiatr* 1982; 28: 203-209.
- 115.** Tabassum R, Macaskill A, Ahmad I. Attitudes towards mental health in an urban Pakistani community in the United Kingdom. *Int J Soc Psychiatry* 2000; 46(3): 170-181.

- 116.** Papadopoulos C, Leavey G, Vincent C. Factor influencing stigma. Acomparison of Greek–Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 430-434.
- 117.** Angermayer MC, Matschinger H. Lay beliefs about mental disorder: A comparison between the Western and the Eastern parts of Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 5: 275-281.
- 118.** Eker D, Arkar H. Experienced Turkish nurses' attitudes toward mental illness and the predictor variables of their attitudes. *International Journal of Social Psychiatry* 1991; 37(3): 214-222.
- 119.** Arkar H. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3(4): 243–248.
- 120.** Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River P, Uphoff Wasowski K. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizopr Bull* 2002; 28: 293-309.
- 121.** Kocadere M, Eryavuz A, Çalışkan Z, Süataç A. Üniversite öğrencilerinin ruhsal bozukluğu olan kişiler hakkındaki tutumları. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Antalya 2003: Kongre Bildiri Kitabı 142–143.
- 122.** Akdede BBK, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkiz B, Nazlı E, Özsin E, Piri Ö, Saraç E. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium* 2004; 42(3): 113–117.
- 123.** Roman PM, Floyd HH. Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. *Soc Psychiatry* 1981; 16: 21-29.
- 124.** Olson JM, Zanna MP. Attitudes and attitude change. *Ann Rev Psychol* 1993; 44: 117–154.
- 125.** Angermayer MC, Matschinger H. Social distance toward the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med* 1997; 27(1): 131-141.
- 126.** Vezzoli R, Archiati L, Buizza C, Pasqualetti P, Rossi G, Pioli R. Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a nothern Italian town. *Eur Psychiatry* 2000; 16: 451–458.

- 127.** Arkar H, Eker D. Influence of a 3 Week psychiatric training programme on attitudes toward mental illness in medical students. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1997; 32: 171–176
- 128.** Arkar H, Eker D. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar; psikiyatri stajının etkisi. *3P Dergisi* 1998; 6(49): 263–270.
- 129.** Arkar H, Eker D. Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1992; 27: 151–155.
- 130.** Angermayer MC, Matschinger H. Relatives' beliefs about causes of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 199-204.
- 131.** Karancı AN. Şizofren hasta yakınlarının dünyası: nedensel atıflar, yükler ve umutlar. *Şizofreni Yazıları* 2000; 1(1): 6–12.
- 132.** Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 176–181.
- 133.** Ertuğrul A, Uluğ B. Şizofreni hastalarında damgalanma ve belirtileri ile ilişkisi. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi Marmaris 2002: Kongre Bildiri Kitabı 135–137.
- 134.** Arkar H, Eker D. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar; verilen neden tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(3): 191–197.
- 135.** Bryne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. *Journal of the Royal Society Medicine* 1997; 90: 618–621.
- 136.** Wahl OF. Mass media images of mental illness: A review of the literature. *J Community Psychol* 1992; 20:351.
- 137.** Üçok A. Şizofreni: damga ve mitler. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 3(3): 66–71.
- 138.** Böke O, Aker S, Alptekin Aker A, Sarısoy G, Şahin AR. Schizophrenia in Turkish newspapers. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2007; 42(6): 457-461.
- 139.** Rabkin JG. Public attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Schizopr Bull* 1974; 10: 9.
- 140.** Thara R, Srinivian TN. How stigmatising in schizophrenia in India? *International Journal of Social Psychiatry* 2000; 46: 135–141.
- 141.** Heginbothom C. UK mental health policy can alter the stigma of mental illness. *Lancet* 1998; 352(26): 1052-1053.

- 142.** Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (1): 5–10.
- 143.** Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *Br J Psychiatry* 1989; 154: 201-206.
- 144.** Sussman S. The community's response to mentally ill people: can be improved. *Br Medical Journal* 1997; 314 (7079): 458.
- 145.** Bilgili M. Psikiyatrik olgularda toplumsal yargı. *Kriz Dergisi* 1995; 3 (1,2): 195–198.
- 146.** Link BG, Mirotznik J, Cullen F. The effectiveness of stigma coping orientation: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior* 1991; 32: 302–320.
- 147.** Taşkın O. Şizofreniye yönelik tutumlar ve damgalama. *3P Dergisi* 2004; 12 (Ek 3): 41–50.
- 148.** http://undp.un.org.tr/who/doc_pdf/health21_tr.pdf; 01.09.2007
- 149.** Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D, Boratav C, Liman O. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3(1): 5-13.
- 150.** Arıkan K, Uysal O. Emotional reactions to the mentally ill are positively influenced by personal acquaintance. *Israel Journal Psychiatry Relat Sci* 1999; 36(2): 100–104.
- 151.** Arıkan K, Uysal O, Çetin G. Public awareness of the effectiveness of psychiatric treatment may reduce stigma. *Israel Journal Psychiatry Relat Sci* 1999; 36(2): 95–99
- 152.** Bağ B, Ekinçi M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005; 3(1): 107–127.
- 153.** Arıkan Ç. Psikiyatrik tedavi kurumlarında staj yapmış olmanın ruh hastaları ve hastalıklarına karşı tutum değişikliği yaratmadaki rolü. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Meslek Yüksek Okulu öğrencileri üzerinde yapılmış bir araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Ankara 1986.
- 154.** http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_076516. 01.09.2007.

- 155.** Taşkın O, Özmen E. Ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar: Türkiye çalışmalarının gözden geçirilmesi. 3P Dergisi 2004; 12 (3): 229–238.
- 156.** Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik bilgi ve inançlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 215–223.
- 157.** Özbek A. Akıl hastasına karşı toplum. Nöropsikiyatri Arşivi. 1970; 7: 73–76.
- 158.** Sarı Ö, Arkar H, Alkın T. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: etiketlemenin etkisi. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Antalya 2000: Kongre Bildiri Kitabı 405–407.
- 159.** Eker D, Arkar H. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Bir gözden geçirme. Karancı N. (ed) Farklılıkla yaşamak. Türk Psikologlar Derneği Yayınları Ankara 1997: 67–85.
- 160.** Polat A, Çok A, Genç A, Aksüt D. Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde stigma. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Antalya 2000: Kongre Bildiri Kitabı 339–340.
- 161.** Bağ B, Yılmaz S, Kırkpınar I. Factors influencing social distance from people with schizophrenia. Int J Clin Pract. 2006; 60(3): 289–294.
- 162.** Alptekin K, Belkiz B, Nazlı E, Özsin E, Pırıl Ö, Saraç E. Bir grup gencin şizofreniye yönelik tutum ve düşünceleri. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi 2001: Kongre Bildiri Kitabı.
- 163.** Yıldız M, Önder ME, Tural Ü, Balta Hİ, Koçalım N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(2):106–115.
- 164.** Yanık M, Şimşek Z, Katı M, Nebioğlu M. Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. Yeni Symposium 2003; 41(4): 194–199.
- 165.** Birinci F, Sayıl I. Çeşitli meslek gruplarının akıl hastalarına yönelik tutumları. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi İzmir 2004: Kongre Bildiri Kitabı 769–771.
- 166.** Grenley JR. Social factors, mental illness, and psychiatric care: recent advances from a sociological perspective. Hospital and Community Psychiatry 1984; 35: 813–820.
- 167.** Mantar A, Ulaş H, Alptekin K. Ruh sağlığı alanında çalışanlarda damgalama. (Stigma Editör Taşkın O.) Meta Basım Matbaacılık İzmir 2007: 224–232.

- 168.** Link B, Struening E, Rahav M. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of man with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 177–190.
- 169.** Karancı N, Kökdemir D. Akıl hastası: tanımlaması yarattığı rahatsızlık ve davranışları ile başa çıkma. *Kriz dergisi* 1995; 3(1–2); 237–240.
- 170.** Hugo CJ, Boshoff DE, Traut A, Zungu-Dirwayi N, Stein DJ. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 715–719.
- 171.** Arı F. Temel sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumları. Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi 2003.
- 172.** Coşkun İ, Anaç Ş, Özer H, Kırpınar İ. Pratisyen hekimlerin psikiyatrik hastalıklar hakkındaki bilgi ve tutumları. 6. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongresi Erzurum 1997: Kongre Bildiri Kitabı 239–243.
- 173.** Gürlek YE, Taşkın O. Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 113–121.
- 174.** Ögel K, Çakan S, Kaynak M, Aydın O. Pratisyen hekimlerin ruhsal bozukluklar ile depresyon hakkındaki tutumları ve hasta hekim ilişkisini etkileyen etmenler. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi İzmir 1998: Kongre Bildiri Kitabı 297.
- 175.** Yenilmez Ç, Ayrancı Ü, Kaptanoğlu C. Eskişehir ili birinci basamak sağlık kurumlarındaki hekimlerin psikiyatrik hizmet, tanı ve tedavilere karşı tutumları. *Türkiye’de Psikiyatri*. 2002; 4(1): 14–23.
- 176.** Toews J, Lockyer J, Addington D. Improving the management of patients with schizophrenia in primary care: assessing learning needs as a first step. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 617–622.
- 177.** Mirabi M, WeinmanML, Magnetti SM, Keppler KN. Professional attitudes toward the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry* 1985; 36: 404–405.
- 178.** Sağduyu A, Özmen E. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukluklar: pratisyen doktor tanıları, verilen tedaviler, eğitimin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(3): 176–184.

179. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(2): 87–98.

EK I. Anket Formu

Bu anket, birinci basamak ruh sağılığı hizmetleri konusunda hekimlik pratiğinizle ilgili bazı tutumları değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Anket 66 sorudan oluşmaktadır ve yanıtlanması yaklaşık 15 dakika sũreacaktır.

Vermiş olduğunuz içten, doğru yanıtlar ve yanıtsız madde bırakmamakta gũsterdięiniz ȳzen, araştırma açısından son derece ȳnemlidir.

Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli tutulacak ve bilimsel amağlar dışında kullanılmayacaktır.

Katılımlınız için teřekkũr ederiz.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakũltesi Halk Sağılığı AD.

Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın

Yaş:

Mezun Olduğu Tıp Fakũltesi: niversitesi Tıp Fakũltesi

Mezuniyet Yılı:

Medeni Durum: ☐ Evli ☐ Eşi ȳlmũř ☐ Ayrı ☐ Boşanmış ☐ Hiç evlenmemiş

Çocuk Sayısı: ☐ Yok ☐ Bir ☐ İki ☐ ç ☐ Dȳrt veya daha fazla

Şimdi size gerçek bir hastadan esinlenerek oluşturulmuş bir öykü sunacak ve bazı ifadeler hakkındaki görüşlerinizi soracağız. Lütfen ifadeleri dikkatli bir şekilde okuduktan sonra üzerinde çok fazla düşünmeden, ilk aklınıza gelen, size en uygun görülen seçeneği işaretleyiniz. Tercihlerinizin kesinliğini her sorudaki altı kutudan yalnız bir tanesini işaretleyerek gösteriniz.

Şunu biliniz ki; burada, yanlış ya da doğru yanıtlar yoktur ve biz, yalnızca sizin bu konulardaki görüşünüzle ilgilenmekteyiz.

“Ahmet Yılmaz, 32 yaşında, bekar, memur, ailesi ile birlikte oturuyor. 2 yıl önce çevresindekilerden şüphelenmeye, kimseye güvenmemeye, eski kız arkadaşının yaşamını kontrol ettiğini, kız arkadaşının evde olan biten her şeyden haberi olduğunu, televizyon aracılığı ile kendisiyle mesajlaştığını düşünmeye başlamış. Kardeşinin ve annesinin kız arkadaşıyla arasını bozmaya çalıştığını düşündüğü için kardeşine küfür etmiş, yumruk atmış ve tehdit etmiş. Kulağına kendisine emir veren sesler geliyormuş. Zaman zaman bu seslerle konuşuyor ve onlara tepki gösteriyormuş. Bir süre sonra işe gidememeye başlamış. Evden çıkmıyor, kimseyle görüşmüyor, uyuyamıyor ve sabaha kadar sıkıntılı bir şekilde evde dolaşıyormuş.

Ailesi tarafından doktora götürülmüş, şizofreni teşhisi konularak hastaneye yatırılmış. Üç hafta yattığı hastaneden 3 ay önce taburcu olmuş.

Şimdi iyileşmiş görünmekte, işine gitmekte ve hayatını sorunsuz sürdürebilmektedir.”

1. Bu kişi ile belediye otobüsünde yan yana oturmak sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| ☐ Kesinlikle
Rahatsız
Eder | ☐ Rahatsız
Eder | ☐ Emin Değilim Ama
Galiba Rahatsız
Eder | ☐ Emin Değilim Ama
Galiba Rahatsız
Etmez | ☐ Rahatsız
Etmez | ☐ Kesinlikle
Rahatsız
Etmez |
|---|---|--|---|--|--|

2. Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta yan yana oturmak sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| ☐ Kesinlikle
Rahatsız
Eder | ☐ Rahatsız
Eder | ☐ Emin Değilim Ama
Galiba Rahatsız
Eder | ☐ Emin Değilim Ama
Galiba Rahatsız
Etmez | ☐ Rahatsız
Etmez | ☐ Kesinlikle
Rahatsız
Etmez |
|---|---|--|---|--|--|

3. Bu kişi, sokağınızda bakkal dükkanı işletiyor olsa, ondan alışveriş etmek sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| ☐ Kesinlikle
Rahatsız
Eder | ☐ Rahatsız
Eder | ☐ Emin Değilim Ama
Galiba Rahatsız
Eder | ☐ Emin Değilim Ama
Galiba Rahatsız
Etmez | ☐ Rahatsız
Etmez | ☐ Kesinlikle
Rahatsız
Etmez |
|---|---|--|---|--|--|

4. Bir apartman dairesinde oturduğunuzu düşünelim. Bu kişinin apartmanınızda kapıcı olarak çalışması sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| ☐ Kesinlikle
Rahatsız
Eder | ☐ Rahatsız
Eder | ☐ Emin Değilim Ama
Galiba Rahatsız
Eder | ☐ Emin Değilim Ama
Galiba Rahatsız
Etmez | ☐ Rahatsız
Etmez | ☐ Kesinlikle
Rahatsız
Etmez |
|---|---|--|---|--|--|

5. Bu kişinin geleceğini öğrendiğiniz bir aile toplantısına katılmak sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| ☐ Kesinlikle
Rahatsız
Eder | ☐ Rahatsız
Eder | ☐ Emin Değilim Ama
Galiba Rahatsız
Eder | ☐ Emin Değilim Ama
Galiba Rahatsız
Etmez | ☐ Rahatsız
Etmez | ☐ Kesinlikle
Rahatsız
Etmez |
|---|---|--|---|--|--|

6. Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| ☐ Kesinlikle Rahatsız Eder | ☐ Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Etmez | ☐ Rahatsız Etmez | ☐ Kesinlikle Rahatsız Etmez |
|---|--|--|---|---|--|

7. Bir çocuğunuz olduğunu farz edelim. Bu kişinin çocuğunun, sizin çocuğunuzla aynı sınıfta olması sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| ☐ Kesinlikle Rahatsız Eder | ☐ Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Etmez | ☐ Rahatsız Etmez | ☐ Kesinlikle Rahatsız Etmez |
|---|--|--|---|---|--|

8. Bu kişi ile aynı işyerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| ☐ Kesinlikle Rahatsız Eder | ☐ Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Etmez | ☐ Rahatsız Etmez | ☐ Kesinlikle Rahatsız Etmez |
|---|--|--|---|---|--|

9. Bu kişi ile aynı işyerinde ama farklı odalarda çalıştığınızı farz edelim. Bu kişi ile aynı çatı altında bulunmak sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| ☐ Kesinlikle Rahatsız Eder | ☐ Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Etmez | ☐ Rahatsız Etmez | ☐ Kesinlikle Rahatsız Etmez |
|---|--|--|---|---|--|

10. Bu kişinin sizin sokağınızda bir eve taşınması sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| ☐ Kesinlikle Rahatsız Eder | ☐ Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Etmez | ☐ Rahatsız Etmez | ☐ Kesinlikle Rahatsız Etmez |
|---|--|--|---|---|--|

11. Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişi ile evlenmek istemesi sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| ☐ Kesinlikle Rahatsız Eder | ☐ Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Etmez | ☐ Rahatsız Etmez | ☐ Kesinlikle Rahatsız Etmez |
|---|--|--|---|---|--|

12. Bir çocuğunuz olduğunu farz edelim. Bu kişinin çocuğunuzun kreş öğretmeni olması sizi rahatsız eder mi?

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| ☐ Kesinlikle Rahatsız Eder | ☐ Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Eder | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Etmez | ☐ Rahatsız Etmez | ☐ Kesinlikle Rahatsız Etmez |
|---|--|--|---|---|--|

13. Kiraya vermeyi istediğiniz bir eviniz olduğunu farz edelim. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?

- | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|------------------------------------|---|
| ☐ Kesinlikle Kiralamam | ☐ Kiralamam | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Kiralamam | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Kiralarım | ☐ Kiralarım | ☐ Kesinlikle Kiralarım |
|---|------------------------------------|--|--|------------------------------------|---|

14. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kağıdı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?

- | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|----------------------------------|---|
| ☐ Kesinlikle Oynamam | ☐ Oynamam | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Oynamam | ☐ Emin Değilim Ama Galiba Oynarım | ☐ Oynarım | ☐ Kesinlikle Oynarım |
|---|----------------------------------|--|--|----------------------------------|---|

15. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?

- ☐ Kesinlikle Sohbet Etmem ☐ Sohbet Etmem ☐ Emin Değilim Ama Galiba Sohbet Etmem ☐ Emin Değilim Ama Galiba Sohbet Ederim ☐ Sohbet Ederim ☐ Kesinlikle Sohbet Ederim

16. Eğer bu kişiyi tanısaydınız, ona günlük sıkıntılarınızı anlatıp, onunla dertleşir miydiniz?

- ☐ Kesinlikle Dertleşmem ☐ Dertleşmem ☐ Emin Değilim Ama Galiba Dertleşmem ☐ Emin Değilim Ama Galiba Dertleşirim ☐ Dertleşirim ☐ Kesinlikle Dertleşirim

17. Bu kişi bir kuaför / berber olsa, ona saçınızı kestirir miydiniz? ya da yaptırır mıydınız?

- ☐ Kesinlikle Kestirmem ☐ Kestirmem ☐ Emin Değilim Ama Galiba Kestirmem ☐ Emin Değilim Ama Galiba Kestiririm ☐ Kestiririm ☐ Kesinlikle Kestiririm

18. Kız kardeşiniz bu kişi ile evlenmek isterse, bu evliliği önlemek için çaba harcar mıydınız?

- ☐ Kesinlikle Çaba Harcarım ☐ Çaba Harcarım ☐ Emin Değilim Ama Galiba Çaba Harcarım ☐ Emin Değilim Ama Galiba Çaba Harcamam ☐ Çaba Harcamam ☐ Kesinlikle Çaba Harcamam

19. Bu kişi çocuğunuzun kreşinde öğretmen olsa, onu işten çıkartmak için çaba harcar mıydınız?

- ☐ Kesinlikle Çaba Harcarım ☐ Çaba Harcarım ☐ Emin Değilim Ama Galiba Çaba Harcarım ☐ Emin Değilim Ama Galiba Çaba Harcamam ☐ Çaba Harcamam ☐ Kesinlikle Çaba Harcamam

20. Bu kişi oturduğunuz binada bir eve taşınrsa, onu evden çıkartmak için çaba harcar mıydınız?

- ☐ Kesinlikle Çaba Harcarım ☐ Çaba Harcarım ☐ Emin Değilim Ama Galiba Çaba Harcarım ☐ Emin Değilim Ama Galiba Çaba Harcamam ☐ Çaba Harcamam ☐ Kesinlikle Çaba Harcamam

21. Bu kişilerin tedavi edildiği yerler yerleşim yerlerinden uzakta olmalıdır.

- ☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

22. Bu kişi iyileşmiş görünse bile evlenmesine izin verilmemelidir.

- ☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

23. Bu kişi ancak doktor raporu ile düzeldiği kanıtlanırsa oy kullanabilmelidir.

- ☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

24. Bu kişi yeterince tedavi olmazsa ağrısız bir operasyonla kısırlaştırılmalıdır.

- ☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

25. Bu kişi sürekli polis takibinde olmalıdır.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

26. Bu tip kişiler toplum için büyük bir yükür.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

27. Bu kişinin içinde bulunduğu durum, kişilik zayıflığı ve irade eksikliğinden kaynaklanmaktadır.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

28. Bu kişinin içinde bulunduğu durum, çocukluk dönemindeki sorunlardan ve anne-babanın yeterince çocuğuyla ilgilenmemesinden, çocuklarını yeterince sevmemesinden kaynaklanmaktadır.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

29. Bu kişinin içinde bulunduğu durum, sosyal ve çevresel sorunlardan (işsizlik, yoksulluk, aile sorunları gibi) kaynaklanmaktadır.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

30. Bu kişinin içinde bulunduğu durum, nörobiyolojik ve genetik gibi biyolojik nedenlerden kaynaklanmaktadır.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

31. Bu kişinin içinde bulunduğu durum, Allah'ın onun ya da ailesinin bir hatası nedeniyle ona verdiği cezadır.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

32. Bu kişinin içinde bulunduğu durum çok çalışmasından kaynaklanmaktadır.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

33. Bu kişinin ne zaman ne yapacağı belli olmaz.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

34. Bu kişinin düzelmesi, tekrar eski sağlığına kavuşması için hastaneye yatması gerekir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

35. Bu kişinin düzelmesi, tekrar eski sağlığına kavuşması için ilaç kullanması gerekir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

36. Bu kişinin düzelmesi, tekrar eski sağığına kavuşması için kendisi ile konuşulması, rehberlik edilmesi gerekir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

37. Bu kişinin düzelmesi, tekrar eski sağığına kavuşması için elektroşok uygulanması gerekir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

38. Bu kişinin düzelmesi, tekrar eski sağığına kavuşması için sosyal sorunlarının çözülmesi gerekir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

39. Bu kişinin düzelmesi, tekrar eski sağığına kavuşması için ortam değışikliği gerekir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

40. Bu kişinin düzelmesi, tekrar eski sağığına kavuşması için psikoterapi görmesi gerekir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

41. Bu kişinin düzelmesi, tekrar eski sağığına kavuşması için toplumun bir parçası olmaya devam etmesi gerekir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

42. Bu kişinin düzelmesi, tekrar eski sağığına kavuşması için hocaya gitmesi veya okutulması gerekir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

43. Bu kişi güçlü olursa ve isterse bu durumdan kendi başına kurtulabilir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

44. Bu kişi sokağıımızda bir evde oturuyor olsa çocuğumun yalnız başına dışarı çıkmasına izin vermezdim.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

45. Bu kişi ile herhangi bir ortamda yalnız başıma kalmak istemezdim.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değılim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

46. Bu kişinin size hasta olarak gelmesi sizi rahatsız eder mi?

☐ Kesinlikle Rahatsız Eder ☐ Rahatsız Eder ☐ Emin Değılim Ama Galiba Rahatsız Eder ☐ Emin Değılim Ama Galiba Rahatsız Etmey ☐ Rahatsız Etmey ☐ Kesinlikle Rahatsız Etmey

47. Bu kişi tedavisini sizin düzenlemenizi ve sizin kontrolünüzde takip edilmeyi istiyor. Bu sizi rahatsız eder mi?

- ☐ Kesinlikle Rahatsız Eder ☐ Rahatsız Eder ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Eder ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Etmez ☐ Rahatsız Etmez ☐ Kesinlikle Rahatsız Etmez

48. Bu kişi akşamları sıkıntıları olduğunu bu nedenle size ulaşabilmek için telefon numaranızı istiyor. Telefon numaranızı verir misiniz?

- ☐ Kesinlikle Vermem ☐ Vermem ☐ Emin Değilim Ama Galiba Vermem ☐ Emin Değilim Ama Galiba Veririm ☐ Veririm ☐ Kesinlikle Veririm

49. Bu kişi muayenehanenize ruhsal sorunlarının muayenesi için geldi. Ne yaparsınız?

- ☐ Muayene eder, onu anlamaya çalışır ve önerilerde bulunurum.
☐ Muayene eder ve ilaç yazarım.
☐ Muayene eder, uzman doktora sevk ederim.
☐ Muayene etmeden uzman doktora sevk ederim
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

50. Şizofreni tanısı koyduğunuz bir hastayı hangi durumda uzman doktora sevk edersiniz?

- ☐ Her durumda sevk ederim. ☐ Saldırgansa sevk ederim.
☐ Yakınları yoksa sevk ederim. ☐ Sosyal güvencesi yoksa sevk ederim.
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

51. Bu kişinin kronik bronşiti olsa ve size bu nedenle muayene olmaya gelse, onu muayene etmek sizi rahatsız eder mi?

- ☐ Kesinlikle Rahatsız Eder ☐ Rahatsız Eder ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Eder ☐ Emin Değilim Ama Galiba Rahatsız Etmez ☐ Rahatsız Etmez ☐ Kesinlikle Rahatsız Etmez

52. Şizofreni tanısı konulmuş bir hastanın organik bir sorunu olduğunda bu sorunun onu takip eden psikiyatrist tarafından çözümlenmesi daha uygundur.

- ☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

53. Şizofreni hastalığı birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebilir.

- ☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

54. Şizofreni hastasına rahatlıkla tanı koyabilirim.

- ☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

55. Şizofreni hastasını rahatlıkla tedavi edebilirim.

- ☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

56. Şizofreni hastalarına karşı daha hoşgörölü ve daha anlayışlı olmalıyız.

- ☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılıyorum ☐ Emin Değilim Ama Galiba Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

57. Son bir aydır günde ortalama kaç hasta görüyorsunuz? / gün

58. Son bir ay içinde kaç şizofreni tanısı konmuş hasta gördünüz?

59. Son bir ay içinde hiç şizofreni tanısı koydunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır

60. Şizofreni düşündüğünüz hastalarınıza reçete yazdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

61. Şizofreni hastalarınıza yazdığınız reçetelerin (psikiyatrik reçetelerin) yüzde kaçını tamamen kendinize ait?

%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Geçmişte ya da şu an; ilaç kullanmanızı gerektirecek herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

☐ Yok ☐ Var

Eğer yanıtınız **EVET** ise Lütfen kullandığınız ilaç türünü belirtiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

☐ Antipsikotikler ☐ Antidepresanlar ☐ Anksiyolitikler ☐ Mood regülatörler

Geçmişte ya da şu an; akrabalarınızdan ilaç kullanmalarını gerektirecek herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?

☐ Yok ☐ Var

Eğer yanıtınız **EVET** ise Lütfen akrabalık derecenizi belirtir misiniz?

☐ Anne ya da Baba ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Kardeş ☐ Hala-Teyze-Amca-Dayı ☐ Diğer

Eğer yanıtınız **EVET** ise Lütfen kullandığınız ilaç türünü belirtiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

☐ Antipsikotikler ☐ Antidepresanlar ☐ Anksiyolitikler ☐ Mood regülatörler

Katılımınız İçin Teşekkür Ederiz.