

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları

Derya ÖZBAŞ *, Leyla KÜÇÜK **, Sevim BUZLU ***

ÖZET

Amaç: Ruhsal sorunu olan hastaların tedaviye uyumunun ve hastalıklarının seyrinin olumlu olabilmesi için hasta yakınlarının hastalığa karşı tutumlarının bilinmesi önemlidir. Bu çalışmada, ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip aile üyelerinin hastalığa ilişkin tutumlarının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan hastası ya da polikliniğe başvuran hastası olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 138 hasta yakını oluşturmuştur. Hasta yakınlarına bilgi formu ve Ruhsal Hasta/Hastalıklara İlişkin Görüşler Ölçeği uygulanmıştır. Çalışma verileri bilgisayarda SPSS programı ile yüzdeleme, t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testlerinden yararlanılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hasta yakınlarının çoğunluğu 40-50 yaş grubunda (n:41, % 29.7), evli (n:99, % 71.7), kadın (n:88, % 63.8), orta öğrenim mezunu (n:50, % 36.2), ev hanımı (n:53, % 38.4) idi. Hastaların çoğunluğunun tanısı duygudurum bozukluğu (n:66, % 47.8), hastalık süresi 1-5 yıl arasında (n: 48, % 34.8), hastaneye başvuru sayısı 2 ve üzeri (n:115, % 83.3) idi. RHİG ölçeğinin puan ortalaması 153.28±26.97 bulundu. Eğitim düzeyi ile RHİG ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulundu (F:3,534, p:0,032). Hastalığı akraba çevresinin bilme durumu ile bireylerarası etiyoloji boyutu arasında (t:2.084, p:0.03), hastalığı arkadaş çevresinin bilme durumu ile bireylerarası etiyoloji boyutu arasında (t:2.224, p: 0.028) ve hastalığı komşuların bilme durumu ile bireyler arası etiyoloji boyutu arasında (t:2.156, p: 0.033) anlamlı bir ilişki bulundu.

Sonuç: Bu çalışmada ruhsal hastalıklara karşı tutumun eğitim düzeyi, hastalığın akraba, arkadaş çevresinin ve komşuların bilmesi ile ilişkili olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Ruhsal bozukluk, tutum, hasta aileleri

Düşünen Adam; 2008, 21(1-4):14-23

ABSTRACT

Attitudes of Families Towards Mental Disorders Who Have Family Members With Mental Disorders

Objective: To know attitudes of psychiatric patients' relatives towards mental disorders are important for compliance in the treatment and prognosis of the illness. This study aimed to determine attitudes of families towards mental disorders who have family member with mental disorders.

Method: The sample of the study consisted of 138 patients' relatives who accepted to participate in the study and had psychiatric inpatient and outpatient at İstanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty. Patients' relatives were evaluated by using Information Form and Opinions About Mental Illness Scale (OMI). Research data was evaluated statistically computed with SPSS using the percentage, One Way Variance Analysis (ANOVA) and t-tests.

Results: Most of the patients' relatives were in the 40-50 age group (n:41, 29.7 %), married (n:99, 71.7 %), female (n:88, % 63.8), house wife (n:53, 38.4 %) and graduated from secondary school (n:50, 36.2 %). Most of the patients' diagnosis were mood disorders (n:66, 47.8 %), illness time was between 1-5 years (n: 48, 34.8 %), number of admission to hospital was 2 and more (n:115, 83.3 %). Mean scores of OMI was 153.28±26.97. Significant relationship was found between education level and OMI scale mean score (F:3,534, p:0,032). Significant relationship was found between "diagnosis was known by relatives" and interpersonal etiology sub-scale (t:2.084, p:0.03), "diagnosis was known by friends" and interpersonal etiology sub-scale (t:2.224, p:0.028) and "diagnosis was known by neighbor" and interpersonal etiology sub-scale (t:2.156, p: 0.033).

Conclusion: It was determined that there is a relationship between the attitudes towards mental disorders and education level, "diagnosis was known by relatives, friends and neighbor".

Key words: Mental disorder, attitude, patient families

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, * Araş. Gör., **, Yrd. Doç. Dr., *** Prof. Dr.

GİRİŞ

Damgalama, bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir ^(1,2). Damgalamadan en fazla etkilenen gruplardan biri psikiyatri hastalarıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması, bu kişilerin tedaviye uyum göstermelerinde sorunlara yol açtığı gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla yüz yüze kalmalarına neden olabilmektedir ^(3,4). Damgalama, hastanın tedaviye başvurmasını ve rehabilitasyon programlarına katılmasını engellemekte ve dolayısıyla da onların toplum dışında kalmalarına yol açabilmektedir ^(1,5). Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar, ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalandığını ve dışlandığını göstermektedir ⁽⁶⁻⁹⁾.

Sağlık inançları modeline göre, tıbbi tedaviye uyumda hastalığa ilişkin algı ve inançların belirleyici rolü vardır ^(10,11). Bu modelin günümüzde odaklandığı konular, sağlıkla ilgili davranışların ardında yattığı düşünülen nesnel normlar, inançlar ve tedaviye uyumda motivasyon gibi sosyal etkenlerdir. Örneğin hastalığın etiyojisine ilişkin inançlar, belli bir tedavi yöntemine olan yaklaşımı da etkileyebilmektedir. Hastalığın farklı boyutları ile doğru tanınması, tedavi ve bakımda doğru adresin bulunması için şarttır. Ruh sağlığı çalışanlarından önce aile, arkadaşlar, birlikte çalışılan kişiler ve elbette kişinin kendisi ruhsal bozukluğun ilk belirtileriyle yüzleşir ve ne yapılması gerektiğine karar verir. Örneğin, hasta ve içinde bulunduğu çevre hastalığı Tanrı'nın verdiği bir dert ve ceza olarak görüyorsa ya da cinlere bağlıyorsa, doktora gelmeyecek ya da getirilmeyecek, geleneksel yöntemler tercih edilebilecektir ⁽¹⁰⁾. Diğer yandan, ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmala-

rı da, başta yakınları olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilişkilidir ⁽¹²⁾. Örneğin, bu hastaların saldırgan oldukları ve etraflarına zarar verebilecekleri yaygın olarak düşünülüyor ise toplumdan tecrit edilmiş bir yaşam süreceklerdir. Dolayısıyla tedavi için geline adres doğru olsa bile, hastalığa bakış açısı ve tutumlar doğrudan tedaviye uyumu ve hastalığın gidişini etkileyecektir.

Akıl hastalıklarının toplum içinde ilk olarak farkına varma ve akıl hastası olarak etiketleme, bu konuda çare aramak için karar aşaması, iyileştirme için hastane veya benzeri kurumlara başvurma, tedavinin bir parçası olarak rol oynama, hasta kişinin hastaneye yatmadan evde kalması ve ayakta takip edilmesi ve eğer yattıysa hastaneden eve dönüşünden sonra tekrar uyum sağlanması gibi durumlarda ailenin ve çevrenin önemli etkileri olabilmektedir ⁽¹³⁾.

Almanya ve Avusturya'da, 788 şizofreni yakını üzerinde yapılan bir araştırmada, hasta yakınlarının yarıya yakınının şizofreninin ortaya çıkmasından ruhsal yapıdaki zayıflığı sorumlu tuttuğu görülmüş, bunu hastalığın beynin bir rahatsızlığı olduğu düşüncesinin izlediği belirlenmiş, şizofreni etiyojisinde ilk etken olarak psikososyal faktörleri görenlerin oranının ise % 10 ve daha düşük düzeylerde kaldığı dikkati çekmiştir ⁽¹⁴⁾.

İtalya'da, 30 merkezde tedavi edilen şizofreni hastalarının 709 yakını üzerinde yapılan bir araştırmada, hasta yakınlarının hastalıkla baş etmede kendilerini yalnız hissettikleri ve bununla beraber akıl hastanelerini uygun tedavi seçeneği olarak görmedikleri, bu hastaların oy kullanma haklarının olması gerektiğini düşündükleri, ancak evlenmelerine ve çocuk sahibi olmalarına sıcak bakmadıkları belirlenmiştir ⁽¹⁵⁾.

Bir üniversite hastanesinde psikiyatri kliniğinde

yatarak tedavi gören 42 hastanın yakınlarının, ruhsal bozukluğu olmayan ve diğer kliniklerde tedavi gören 42 hastanın yakınları ile kıyaslandığı bir çalışmada; deneklerin anksiyete /depresyonu olan kişileri paranoid şizofreni olgularına göre daha mutlu, daha verimli, daha iyi, daha çağdaş, daha temiz, daha az tehlikeli, daha sık rastlanan şeklinde değerlendirdikleri görülmüştür⁽⁷⁾. Polat ve ark.'nın ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınları üzerinde yaptıkları araştırmaya göre de ailelerin büyük kısmında, başta anne, baba ve kardeşlerde olmak üzere, reddedilme ve etiketlenme korkusu nedeniyle hastalığı gizleme eğilimi bulunmakta, şizofrenisi olan hasta yakınlarında ise duygudurum bozukluğu olan hasta yakınlarına göre suçluluk duygularının daha yoğun bir şekilde yaşandığı belirtilmiştir⁽¹⁶⁾. Diğer bir araştırmada, örneklemin % 77'sinin şizofreniyi bir ruhsal hastalık olarak tanımladığı, etiyojide en önde görülen nedenlerin % 54 ile stresli yaşam koşulları ve % 52 ile kişilik zayıflığı olduğu, % 71 oranında doktorların, onların da içinde % 92 oranında psikiyatrların hastalığa çare olarak görüldüğü, örneklemin % 20'sinin şizofreninin tamamen iyileşmeyeceğine ve % 41'inin sosyal sorunlarda düzelme olmadan bir iyileşme olamayacağına inandığı, şizofreninin ruhsal bir hastalık olduğuna inananların % 59'unun şizofreniyi tedavi edilebilir bir hastalık olarak gördüğü, % 58'inin psikoterapi ile, % 32'sinin ilaçla tedavi edilebileceğini düşündüğü, bu grubun % 45'inin tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceğine, % 25'inin de ciddi yan etkilere neden olabileceğine inandığı, örneklemin % 26'sının şizofrenlerin tehlikeli olduğunu ve toplum içinde serbest bırakılmaması gerektiğini düşündüğü, eğitim ve sosyoekonomik düzey düştükçe bu hastalara yaklaşımın olumsuz yöne kaydığı belirlenmiştir⁽¹⁷⁾. Manisa'da yapılan diğer bir araştırmada ise, örneklemin yarısının şizofrenlerin saldırgan olabileceğini ve toplum içinde serbestçe dolaşmaması

gerektiğini düşündüğü, 2/3'ye yakının böyle bir komşusu olmasından rahatsız olacağı ve birlikte çalışmak istemediği belirlenmiş, sosyodemografik faktörlerin şizofreniyeye yönelik tutumları fazla etkilemediği saptanmıştır⁽¹⁸⁾.

Bu bağlamda, ruh hastalarının daha doğru teşhis edilerek etkili tedavi edilebilmeleri için, başta hasta yakınları olmak üzere, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesi gereklidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin hastalığa ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan ve polikliniğe başvuran hastaların aile üyeleri oluşturmuştur. Örneklemini ise, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisi'nde yatan hastası ya da polikliniğe başvuran hastası olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 138 hasta yakını oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM-4 tanı ölçütlerine göre ruhsal hastalık tanısı almış aile bireyine sahip olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- 18 yaşından büyük olmak,
- Kendisinde ruhsal bir bozukluk tanısı olmamak.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmaya katılanlarla birebir görüşmelerle toplanmıştır. Her görüşme yaklaşık 30 dk. sürmüştür. Veri toplama aracı olarak

hastaların aile üyelerinin bireysel, ailesel ve hastalıkla ilgili özelliklerine yönelik bilgi formu ve Ruhsal Hasta/Hastalıklara İlişkin Görüşler Ölçeği (RHİG) kullanılmıştır. Bilgi formu araştırmacı tarafından literatür ışığında oluşturulmuştur. Ruhsal Hasta/Hastalıklara İlişkin Görüşler Ölçeği Cohan ve Struening tarafından 1963 yılında geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması 1986 yılında Arıkan tarafından yapılmıştır ⁽¹⁹⁾. Likert tipi 51 maddeyi içeren ölçek ruhsal hasta ve hastalıklarına ilişkin görüş ve tutumları beş boyutta ölçmektedir. Bunlar; otoriterlik boyutu, koruyuculuk kollayıcılık boyutu, ruh sağlığı ideolojisi boyutu, sosyal kısıtlayıcılık boyutu ve bireylerarası etiyoloji boyutudur. Ölçekteki her bir maddenin puanı kesinlikle katılıyorum (1 puan) ve kesinlikle katılmıyorum (6 puan) arasında değişmekte ve puanlar yükseldikçe ruhsal hasta/ hastalıklara ilişkin görüş ve tutumlar olumsuzlaşma eğilimi göstermektedir.

RHİG; ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin görüş ve tutumları beş boyutta ölçmektedir.

VERİLERİN ANALİZİ

Veriler bilgisayarda SPSS programı ile yüzdeleme, t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testlerinden yararlanılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hasta yakınları ile görüşülemediği nedeniyle amaçlanan örneklem büyüklüğüne ulaşılamamıştır. Bu nedenle araştırma sonucunun genellenememesi araştırmanın sınırlılığıdır.

BULGULAR

Hasta Yakınına İlişkin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (n=138)

Bireysel Özellikler	n	%
Yaş		
19-28	30	21,7
29-39	33	23,9
40-50	41	29,7
51-60	28	20,3
60 yaş ve üzeri	6	4,3
Medeni Durum	99	71,7
Evli	31	22,5
Bekâr	8	5,8
Dul		
Cinsiyet	88	63,8
Kadın	50	36,2
Erkek		
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	4	2,9
İlkokul	40	29,0
Ortaöğretim	50	36,2
Üniversite	44	31,9
Meslek		
İşsiz	5	3,6
İşçi	8	5,8
Serbest meslek	10	7,2
Ev hanımı	53	38,4
Memur	25	18,1
Emekli	22	15,9
Diğer	13	9,4
Boş	2	1,4

Otoriterlik	Ruh hastalarının normal insanlardan farklı, onlardan aşağı olduğu görüşünü yansıtmaktadır.	1, 6, 9, 11, 16, 19, 21, 39, 43, 46, 48. maddeler
Koruyuculuk kollayıcılık	Ruh hastalarına karşı gösterilen koruyucu ve insancıl yaklaşımın derecesini gösterir.	2, 12, 17, 18, 22, 26, 27, 32, 34, 36, 37, 40, 47, 49. maddeler
Ruh sağlığı ideolojisi	Ruh sağlığı alanında çalışanların felsefesini yansıtır. Buna göre ruhsal bozuklukların başka hastalıklardan farkı yoktur.	3, 13, 23, 28, 31, 33, 38, 44, 50. maddeler
Sosyal kısıtlayıcılık	Ruh hastalarının toplumu korumak hastane içi ve hastane dışında kısıtlanmaları gerektiğini yansıtır.	4, 7, 8, 14, 24, 29, 41, 42, 45, 51. maddeler
Bireylerarası etiyoloji	Ruh hastalarının özellikle çocukluk çağındaki bozuk anne, baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak sevgi ve ilgisizlikten ortaya çıktığı inancını yansıtır.	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35. maddeler

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının demografik özellikleri incelendiğinde; çoğunluğunun 40-50 yaş grubunda (n:41, % 29.7), evli (n:99, % 71.7), kadın (n:88, % 63.8), ortaöğrenim mezunu (n:50, % 36.2), ev hanımı (n:53, % 38.4) olduğu görülmüştür.

Hasta yakınlarının hastalığına ilişkin bilgilerine bakıldığında; çoğu hastanın tanısının duygudurum bozukluğu olduğu (n:66, % 47.8), hastalık süresinin 1-5 yıl arasında olduğu (n: 48, % 34.8), hastaneye başvuru sayısının 2 ve üzeri olduğu (n:115, % 83.3) görülmektedir.

Hastanın yakınlık derecesi eş (n:34, % 24.6), çoğunluğu hasta ile birlikte yaşayanlar (n:90, % 65.2), hasta ile birlikte yaşama süresi 21 yıl ve üzeri olanlar (n:47, % 34.1), hastalığı aile çevresinin bilme durumu (evet - n:133, % 96.4), hastalığı akraba çevresinin bilme durumu (hayır - n:72, % 52.2), hastalığı komşularının bilme durumu (hayır - n:100, % 72.5), hastalığı arkadaşlarının bilme durumu (hayır - n:98, % 71), hastane ya da benzeri bir kurumda sürekli barındırılma isteği (hayır - n:128, % 92.8) olanlar oluşturmuştur.

Tablo 1. Ruh hastaları ve ruh hastalıklarına ilişkin görüşler ölçeğinden alınan puan ortalamaları.

Ruh hastaları ve ruh hastalıklarına ilişkin görüşler ölçeği	X	SD	Min. X Max.
Otoriterlik boyutu	34,18	7,63	15-63
Koruyuculuk-kollayıcılık boyutu	42,18	8,10	22-71
Ruh sağlığı ideolojisi boyutu	24,34	6,83	11-61
Sosyal kısıtlayıcılık boyutu	33,51	7,44	15-55
Bireylerarası etiolojisi boyutu	19,32	6,41	7-42
Toplam puan	153,28	26,97	77-276

RHİG ölçeği toplam puanı 77 ile 276 arasında değişmekte olup, ortalaması 153.28±26.97'dir. Otoriterlik boyutu puanı 15 ile 63 arasında değişmekte olup, ortalaması 34.18±7.63'tür. Koruyuculuk kollayıcılık alt boyutu puanı 22 ile

71 arasında değişmekte olup, ortalaması 42.18±8.10'dur. Ruh sağlığı ideolojisi boyutu puanı 11 ile 61 arasında olup, ortalaması 24.34±6.83'tür. Sosyal kısıtlayıcılık boyutu puanı 15 ile 55 arasında olup, ortalaması 33.51±7.44'tür. Bireylerarası etioloji boyutu 7 ile 42 arasında değişmekte olup, ortalaması 19.32±6.41'dir. Örneklem grubunun, ruhsal hastalıklara karşı orta düzeyin üzerinde olumsuz görüş ve tutum sergilediği bulunmuştur.

Hasta yakınlarının yaşı, medeni durumu, cinsiyeti, mesleği ile RHİG Ölçeği Puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, eğitim düzeyi ile RHİG Ölçeği Puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (F:3,534, p:0,032).

Hastaların hastalığına ilişkin bilgiler ile RHİG ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında hastalık tanıları, hastalık süresi ve hastaneye başvuru sayısı ile RHİG ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Hasta yakınının hastalığa ilişkin bilgiler ile RHİG ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastanın yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama, birlikte yaşama süresi, hastalığı aile çevresinin bilme durumu ve hastane ya da benzeri bir kurumda sürekli barındırılma isteği ile RHİG ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, hastalığı akraba çevresinin bilme durumu ile bireyler arası etioloji boyutu arasında (t:2.084, p:0.03), hastalığı arkadaş çevresinin bilme durumu ile bireylerarası etioloji boyutu arasında (t:2.224, p: 0.028) ve hastalığı komşuların bilme durumu ve bireyler arası etioloji boyutu arasında (t:2.156, p: 0.033) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 2. Hasta yakıma ilişkin bireysel özellikler ile RHİG ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Bireysel özellikler	Otoriter boyutu Ort±Sd	Koruyuculuk- kollayıcılık boyutu Ort±Sd	Ruh sağlığı ideolojisi boyutu Ort±Sd	Sosyal kısıtlayıcılık boyutu Ort±Sd	Bireylerarası etiyojoloji boyutu Ort±Sd	Toplam puan Ort±Sd
Yaş						
19-28	35.76±9.00	42.13±10.92	24.00±9.32	35.30±8.57	19.56±7.77	155.53±35.93
29-39	33.57±7.38	42.30±7.78	25.24±5.31	32.09±6.73	18.60±5.55	151.81±23.47
40-50	32.80±6.26	42.24±7.49	23.24±4.87	33.02±7.01	18.68±6.11	150.00±23.90
51-60	35.32±8.49	42.32±6.46	25.92±7.87	34.60±7.81	20.42±6.29	158.60±26.60
60 yaş ve üzeri	33.83±5.94	40.83±6.58	21.16±5.41	30.66±5.42	21.33±6.86	147.83±14.24
F	F: 0.864	F: 0.045	F: 1.130	F: 1.152	F: 0.564	F: 0.555
P	p: 0.488	p: 0.996	p: 0.345	p: 0.335	p: 6.89	p: 0.696
Medeni Durum						
Evli	33.48±7.99	41.64±7.83	24.31±6.26	33.01±7.72	18.87±6.38	151.33±28.17
Bekâr	34.96±5.85	43.19±9.31	24.19±8.68	35.03±7.16	19.48±6.01	155.67±23.75
Dul	39.87±7.23	45.00±6.25	25.25±6.40	33.87±3.97	24.25±6.94	168.25±19.33
F	F: 2.876	F: 0.939	F: 0.078	F: 0.878	F: 2.672	F: 1.627
P	p: 0.060	p: 0.393	p: 0.925	p: 0.418	p: 0.073	p: 0.200
Cinsiyet						
Kadın	33.67±7.34	41.21±7.58	24.31±6.26	32.97±7.00	18.80±6.33	150.67±25.57
Erkek	35.10±8.12	43.90±8.77	24.19±8.68	34.46±8.15	20.24±6.51	157.90±28.97
T	t: 1.057	t: 1.886	t: 0.084	t: 1.125	t: 1.265	t: 1.520
P	p: 0.292	p: 0.061	p: 0.933	p: 0.263	p: 0.208	p: 0.131
Eğitim Durumu						
Okuryazar değil	31.11±6.29	40.09±6.70	22.79±5.16	31.70±7.29	17.88±7.12	144.59±24.69
İlkokul	34.72±8.19	43.28±9.55	24.94±7.60	34.22±7.19	21.02±6.54	158.18±30.68
Ortaöğretim	35.65±7.91	43.04±7.33	25.20±7.26	34.52±7.72	18.84±5.07	156.43±22.80
Üniversite						
F	F: 2.621	F: 2.209	F: 1.682	F: 1.953	F: 3.069	F: 3.534
P	p: 0.076	p: 0.114	p: 0.190	p: 0.146	p: 0.05	p: 0.032
Meslek						
İşsiz	34.60±3.36	45.60±7.16	25.80±4.14	35.00±3.24	24.00±7.10	165.00±19.13
İşçi	34.00±13.77	42.00±15.06	26.00±9.35	32.87±12.00	21.87±10.06	156.75±58.23
Serbest meslek	36.70±5.20	44.50±11.94	26.30±5.73	34.30±7.37	21.80±5.59	163.60±25.77
Ev hanımı	33.00±7.09	39.81±6.92	23.54±6.27	32.24±7.48	17.75±5.99	146.35±25.18
Memur	35.48±7.83	45.56±4.84	24.64±5.64	34.68±8.18	19.32±5.64	159.68±21.58
Emekli	34.04±7.27	42.31±6.99	23.09±5.97	33.72±5.44	20.40±7.18	153.59±21.76
Diğer	34.61±8.86	42.61±9.69	25.84±11.85	34.61±7.48	18.53±4.85	153.38±27.00
Boş	35.50±6.36	39.50±2.12	25.50±3.53	38.00±7.07	20.00±7.07	158.50±13.43
F	F: 0.445	F: 1.596	F: 0.516	F: 0.494	F: 1.374	F: 1.078
P	p: 0.872	p: 0.142	p: 0.821	p: 0.838	p: 0.222	p: 0.381

TARTIŞMA

Ruhsal bozuklukların tanınmasında, tedavi ve rehabilitasyonunda, başta hasta yakınları olmak üzere, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesi önemlidir. Diğer yandan, toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin inanç ve tutumlarını doğru ve olumlu yönde değiştirebilmek için yapılacak eğitim ve bilgilendirme aktivitelerinin

organize edilebilmesi için, tutumlara ilişkin mevcut durumun belirlenmesi yararlı olacaktır.

Bu bulgular incelendiğinde, hastaların % 34.8'inin tedavi süresinin 1-5 yıl arasında ve % 83.3'ünün hastaneye başvuru sayısının 2 ve üzerinde olduğu görülmektedir. Eker bir çalışmada DSÖ tarafından yapılan bir araştırmanın sonuçlarına yer vermiştir. Bu çalışmada, toplum içinde ruh-

Tablo 3. Hastaların hastalığına ilişkin bilgiler ile RHİG ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hastalığa ilişkin bilgiler	Otoriter boyutu Ort±Sd	Koruyuculuk-kollayıcılık boyutu Ort±Sd	Ruh sağlığı ideolojisi boyutu Ort±Sd	Sosyal kısıtlayıcılık boyutu Ort±Sd	Bireylerarası etioloji boyutu Ort±Sd	Toplam puan Ort±Sd
Hastalık tanıları						
Duygudurum	34.21±7.08	41.43±7.82	24.56±5.91	33.28±7.41	18.83±6.19	152,33±25,98
Psikotik	35.10±7.36	42.70±5.93	24.55±9.95	33.90±6.43	22.40±7.98	156,80±22,14
Anksiyete ve nevroitik	32.68±7.58	41.72±7.67	22.68±5.13	32.63±7.33	17.45±4.79	147,18±22,66
Diğer	33.50±4.43	40.50±8.81	23.75±6.07	36.50±6.95	17.50±3.00	151,75±17,21
Bilmiyor	32.00±5.09	40.14±9.83	21.57±5.12	36.28±7.25	20.00±5.35	150,00±16,61
Boş	35.84±10.84	45.89±10.43	26.42±8.25	33.26±9.24	20.10±7.22	161,52±41,27
F	F: 0.519	F: 1.063	F: 0.859	F: 0.402	F: 1.538	F: 0,680
P	p: 0.762	p: 0.384	p: 0.511	p: 0.847	p: 0.182	p: 0,640
Hastalık süresi						
1 yıldan az	33.36±9.86	41.97±9.89	23.92±6.41	33.84±8.13	18.92±6.40	152.02±33.49
1-5 yıl	35.85±6.30	43.45±7.02	24.62±7.56	34.33±6.48	20.08±6.32	157.58±21.56
6-10 yıl	34.00±6.35	42.06±7.77	24.26±6.63	33.73±6.82	18.73±6.90	152.80±23.78
11-15 yıl	33.30±5.29	40.50±5.19	22.40±3.94	33.70±7.80	20.60±6.89	150.50±21.05
16-20 yıl	32.00±10.66	40.00±10.80	28.00±10.03	32.00±9.72	19.28±6.57	151.28±43.69
21 yıl ve üzeri	30.40±6.02	38.80±6.45	24.00±2.73	23.60±6.42	16.20±3.63	133.00±18.38
F	F: 0.934	F: 0.596	F: 0.601	F: 2.042	F: 0.523	F: 0.852
P	p: 0.461	p: 0.703	p: 0.699	p: 0.077	p: 0.759	p: 0.515
	33.77±9.17	44.21±9.21	26.56±6.23	33.34±8.63	18.34±6.32	156.63±34.57
	34.35±7.32	41.78±7.85	23.89±6.89	33.54±7.22	19.52±6.43	152.78±25.49
t	t: 0.328	t: 1.31	t: 2.962	t: 0.014	t: 0.641	t: 0.611
P	p: 0.743	p: 0.190	p: 0.088	p: 0.907	p: 0.425	p: 0.542

sal hastalıkların farkına varma oranında ve tedavi için geleneksel yöntemlerden çok modern kurumlara başvurmada artış olduğu görülmüştür (13). Bu da araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu durum, son yıllarda ruhsal hastalıkların farkına varılmasında ve tedavi için daha modern kurumlara başvurulmasında önemli gelişmeler olduğu ile ilişkilendirilebilir.

Hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun eş olması, yakınlarının ruhsal hastalık tanısı almış olmasının aile yaşantılarını olumsuz yönde etkilemedikleri doğrultusunda olumlu bir bulgudur ve sosyal destek açısından oldukça önemlidir. Çünkü ruhsal hastalıkların tedavisinde aile ile işbirliği sağlamak tedavi sürecine katkı sağlayacaktır ve hastanın bu sürece uyumunu arttıracaktır (20). Bu çalışmada hastanın hastalığının aile çevresi tarafından bilinip diğer akraba çevresi, komşular ve arkadaşları tarafından bilinmemesi

toplumumuzun kültürel yapısı ile de ilişkilendirilebilir. Tuna'nın (2) çalışmasında, hastaların rahatsızlığını kimlerin bildiğine bakıldığında çoğunlukla aile çevresinin bildiği daha az oranda da arkadaş çevresinin bildiği sonucu araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Hasta yakınlarının çoğu (% 90) hasta bireyle sürekli birlikte yaşadıklarını belirtmiştir. Yıldız'ın (21) çalışmasında, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğu aileleriyle birlikte yaşamakta ya da aile üyeleriyle belirgin bir etkileşim içerisinde bulunmaktadır sonucu, araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Son yıllarda hastanelerde tedavinin yerini sosyal bakımın aldığı ve psikiyatrik rehabilitasyonun önem kazandığı göz önüne alındığında, hasta yakını ile birlikte yaşıyor olması ve tedavi sürecine hasta yakınının da katılıyor olması olumlu bir gelişmedir.

Tablo 4. Hasta yakınının hastalığa ilişkin bilgiler ile RHİG ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Hasta yakınının hastanın hastalığına ilişkin bilgileri	Otoriter boyutu Ort±Sd	Koruyuculuk-kollayıcılık boyutu Ort±Sd	Ruh sağlığı ideolojisi boyutu Ort±Sd	Sosyal kısıtlayıcılık boyutu Ort±Sd	Bireylerarası etyoloji boyutu Ort±Sd	Toplam puan Ort±Sd
Hastanın yakınlık derecesi						
Anne	33.56±7.00	43.68±9.28	23.20±7.44	33.44±6.98	19.30±5.12	153.52±27.95
Baba	34.90±7.48	40.00±4.47	25.60±5.25	32.40±3.59	21.56±6.91	152.20±16.38
Kardeş	35.18±6.65	42.18±8.13	24.06±5.22	34.50±6.55	20.18±6.35	157.50±24.48
Çocuk	33.86±8.39	41.63±6.82	22.13±4.59	32.81±7.43	17.76±7.49	150.63±24.60
Eş	33.82±9.43	42.91±9.69	24.94±7.66	34.85±8.66	19.03±4.52	154.29±36.74
Diğer	34.58±6.28	41.29±7.16	25.90±7.73	32.45±7.95		152.06±19.77
F	F: 0.141	F: 0.456	F: 1.047	F: 0.476	F: 0.892	F: 0.142
P	p: 0.982	p: 0.808	p: 0.393	p: 0.793	p: 0.488	p: 0.982
Hasta bireyle birlikte yaşama						
Evet	33.91±8.26	42.47±8.60	23.72±6.19	33.51±7.54	19.16±6.95	152.78±29.04
Hayır	34.70±6.35	41.64±7.13	25.50±7.84	33.52±7.35	19.62±5.31	154.22±22.86
F	t: 0.583	t: 0.573	t: 1.460	t: 0.007	t: 0.159	t: 0.298
P	p: 0.561	p: 0.568	p: 0.147	p: 0.994	p: 0.691	p: 0.766
Birlikte yaşama süresi						
1 yıldan az	30.83±3.71	41.50±9.62	25.50±4.84	34.00±6.95	19.66±9.24	151.50±29.17
1-5 yıl	30.44±6.36	36.66±7.85	20.11±3.58	30.55±7.40	15.11±5.71	132.88±24.17
6-10 yıl	38.00±13.69	45.33±11.39	25.77±10.61	36.77±9.45	22.44±10.24	168.33±45.76
11-15 yıl	31.16±8.08	43.83±10.75	23.50±5.46	30.33±5.57	16.83±2.48	145.66±28.08
16-20 yıl	34.21±6.58	46.00±5.15	24.42±4.39	32.35±5.91	18.78±6.75	155.78±19.67
21 ve üzeri	34.34±8.00	42.02±8.21	23.53±6.11	34.23±7.79	19.57±6.38	153.70±27.26
Boş	34.82±6.36	41.55±7.18	25.61±7.89	33.42±7.40	19.72±5.32	154.36±23.09
F	F: 1.149	F: 1.575	F: 1.070	F: 0.836	F: 1.227	F: 1.473
P	p: 0.338	p: 0.159	p: 0.384	p: 0.544	p: 0.297	p: 0.192
Hastalığı aile çevresinin bilme durumu						
Evet	34.36±7.70	42.30±8.16	24.29±6.91	33.60±7.55	19.47±6.46	153.75±27.27
Hayır	29.60±3.43	39.20±6.22	25.60±4.61	31.20±2.94	15.40±2.70	141.00±13.15
F	t: 1.373	t: 0.838	t: 0.418	t: 0.706	t: 1.399	t: 1.038
P	p: 0.172	p: 0.403	p: 0.677	p: 0.481	p: 0.164	p: 0.301
Hastalığı akraba çevresinin bilme durumu						
Evet	34.72±8.08	42.24±8.40	24.46±6.52	34.21±7.79	20.50±6.51	156.15±28.48
Hayır	33.69±7.22	42.13±7.88	24.22±7.15	32.87±7.11	18.25±6.16	150.66±25.43
F	t: 0.792	t: 0.075	t: 0.212	t: 1.054	t: 2.084	t: 1.195
P	p: 0.429	p: 0.941	p: 0.833	p: 0.294	p: 0.039	p: 0.234
Hastalığı komşuların bilmesi						
Evet	34.15±7.55	44.57±7.78	25.78±7.05	34.65±7.38	21.21±6.75	160.39±26.98
Hayır	34.20±7.70	41.28±8.08	23.79±6.71	33.08±7.46	18.61±6.16	150.59±26.61
t	t: 0.029	t: 2.163	t: 1.542	t: 1.113	t: 2.156	t: 1.926
P	p: 0.977	p: 0.032	p: 0.125	p: 0.268	p: 0.033	p: 0.056
Hastalığı arkadaş çevresinin bilmesi						
Evet	35.02±8.21	42.90±8.28	24.37±6.11	34.07±7.16	21.20±6.27	157.57±24.61
Hayır	33.84±7.40	41.89±8.06	24.32±6.14	33.28±7.58	18.56±6.34	151.54±27.81
t	t: 0.821	t: 0.657	t: 0.038	t: 0.563	t: 2.224	t: 1.194
P	p: 0.413	p: 0.512	p: 0.970	p: 0.574	p: 0.028	p: 0.235
Hastane ya da benzeri bir kurumda sürekli barındırılma isteği						
Evet	35.70±5.86	40.90±6.50	21.80±4.58	31.70±5.03	18.50±6.25	148.60±18.35
Hayır	34.07±7.76	42.28±8.23	24.53±6.95	33.65±7.60	19.39±6.44	153.65±27.55
t	t: 0.648	t: 0.520	t: 1.222	t: 0.799	t: 0.422	t: 0.569
P	p: 0.518	p: 0.604	p: 0.224	p: 0.426	p: 0.674	p: 0.570

Eğitim düzeyi yüksek olan hasta yakınlarının hastalara yönelik stigmatizasyonu daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça psikiyatrik bozukluklarla ilgili bilginin arttığı ve tutumların daha olumlu hale geldiği görüşünü destekleyen çeşitli araştırmalar vardır ^(2,14,22). Sağduyu'nun çalışmalarında ise, hasta yakınlarının eğitim düzeyini etkilemediği bulunmuştur ^(10,17). Öksüz ve ark.'nın ⁽²²⁾ çalışmasında da psikotik hastaların ailelerinde eğitim düzeyi ile tutum arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe stigmatizasyonun arttığının bulunması, eğitimin artmasının ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar üzerine olumlu bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Hastalığı akraba çevresinin bilme durumu ile bireyler arası etiyojoloji boyutu arasında (t:2.084, p:0.03), hastalığı arkadaş çevresinin bilme durumu ile bireyler arası etiyojoloji boyutu arasında (t:2.224, p: 0.028) ve hastalığı komşuların bilme durumu ve bireylerarası etiyojoloji boyutu arasında (t:2.156, p: 0.033) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bireylerarası etiyojoloji boyutu; ruh hastalıklarının özellikle çocukluk çağındaki bozuk anne, baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak sevgi ve ilgisizlikten ortaya çıktığı inancını yansıtır. Dolayısıyla bu sonuç, psikiyatrik bozukluğun oluşumunda çocukluk çağındaki bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak sevgi ve ilgisizlikten ortaya çıktığı görüşünü yansıtmaktadır. Holzinger ve ark.'nın ⁽²³⁾ şizofren hasta ve hasta yakınları ile yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının çoğunluğunun şizofreninin nedeni olarak psikososyal faktörleri düşündüğü, ancak bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisini düşünenlerin daha az olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ

Ruhsal hastalıklara karşı tutumun eğitim düzeyi, hastalığı akraba, arkadaş çevresinin ve komşula-

rın bilme durumu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Hastalığı akraba, arkadaş ve komşuları tarafından bilinen hastaların yakınlarının ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu ve hastalığın özellikle olumsuz anne baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutum eğilimi gösterdikleri düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda ruhsal hastalıkların özellikleri, diğer hastalara benzerlikleri ile ilgili toplum ve ailenin bilgilendirilmesi, ruhsal bozukluğu olan hastaların ailelerine yönelik destekleyici programlar hazırlanması ve bu aile bireylerinin yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik araştırmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Bostancı N: Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşlerinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2000.
2. Tuna A: Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması, Yüksek Lisans Tezi: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1997.
3. Bhugra D: Attitudes towards mental illness: a Review. Acta Psychiatr Scand 80:1-12, 1989.
4. Link BG, Struening EL, Rahav M ve ark.: On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. J Health Soc Behav 38:177-90, 1997.
5. Becker T, Thornicroft G, Leese M ve ark.: Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. Br J Psychiatry 171:15-19, 1997.
6. Arkar H: Akıl hastalarının sosyal reddedimi. Düşünen Adam 4:6-9, 1991.

7. Arkar H: Akıl hastaları ile ilgili tutumlar: Deneyim ve Psikopatoloji Tıpının Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 3:243-248, 1992.
8. Eker D, Arkar H: Attitudes towards mental illness: A review. Living with differences. N Karancı (Ed.), Ankara, Turkish Publication of Turkish Psychological Association, s.67-85, 1997.
9. Karancı A, Kokdemir D: Mentally ill: description, burden and coping with problems. Crisis 3:237-240, 1995.
10. Sağduyu A, Aker T, Özmen E ve ark.: Şizofrenisi olan hasta yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi 14(3):203-212, 2003.
11. Ay F: Temel hemşirelik kavramlar, İlkeler ve uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, p.44-45, 2007.
12. Morrison M, de Man AF, Drumheller A: Correlates of socially restrictive and authoritarian attitudes toward mental patients in university students. Soc Behav Personality 21:333-338, 1993.
13. Eker D: Ailenin ve toplumun akıl hastalıkları ile ilgili tutumları. Aile ve Toplum Dergisi 2(1):1, 1991.
14. Angermeyer MC, Matschinger H: Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 93:194-199, 1996.
15. Magliano L, Guarneri M, Fiorillo A ve ark.: A multicenter Italian study of patients' relatives' beliefs about schizophrenia. Psychiatr Serv, 52: 1528-1530, 2001.
16. Polat A, Üçok A, Genç A ve ark.: Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde stigma. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildirileri, Antalya, 2000.
17. Sağduyu A, Aker T, Özmen E ve ark.: Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi 12: 99-110, 2001.
18. Taşkın O, Seyfeşen F, Aydemir Ö ve ark.: Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi 13: 205-214, 2002.
19. Arıkan Ç, Özdemir V, Satır M ve ark.: İçinde ruh hastası olan ve olmayan ailelerin ruh hastası ve hastalıklarına yönelik tutumlarını karşılaştıran bir çalışma. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi (1988, Ankara), Tam Metin Kitabı, Ankara, 1989, s.411-415.
20. Bilgin B: Ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin ruhsal hasta ve hastalığa ilişkin görüşleri, Yüksek Lisans Tezi: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2007.
21. Yıldız M: Psikiyatrik rehabilitasyon, bireyden topluma ruh sağlığı, Ed. Sayıl I, Erler Matbaacılık, İstanbul, 2005.
22. Öksüz E, Vural H, Oflaz F: Aile bireylerinin psikiyatrik hastalara ilişkin tutumları. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi 1(3):11-20, 2005.
23. Holzinger A, Kilian R, Lindenbach: Patients' and Their Relatives' Causal Explanations of Schizophrenia. Soc Psychiatr Epidemiol 38:155-162, 2003.