

# Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları

Dr. Afşın SAĞDUYU<sup>1</sup>, Dr. Tamer AKER<sup>2</sup>, Dr. Erol ÖZMEN<sup>3</sup>, Dr. Şükrü UĞUZ<sup>4</sup>, Dr. Kültegin ÖGEL<sup>5</sup>,  
Dr. Defne TAMAR<sup>6</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin inanç ve tutumlarını belirlemektir.

**Yöntem:** Araştırma, İstanbul, İzmir ve Adana'da, Mayıs-Eylül 2002 tarihleri arasında, psikiyatri polikliniklerine başvuran toplam 98 şizofreni hastası yakınına, Ruhsal Hastalıklarda Tutum projesi için geliştirilen anket formu uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular:** Şizofreni olgusu tanımlanarak verildiğinde, hasta yakınlarının tamamı olgunun ruhsal bir hastalığa işaret ettiğini belirtmiştir. Buna karşın, şizofreni isim olarak verildiğinde, bu terimin bir akıl hastalığına işaret ettiğini belirtenlerin oranı %76.5'de kalmıştır. Şizofreni etiolojisinden sorumlu tutulan faktörler arasında sosyal sorunlar (%62.9) ve kişilik zayıflığı (%65.3) öne çıkmakta olup, hasta yakınlarının tamamına yakını şizofreninin tedavisi için tıbbi yöntemleri ve doktorlar içinde de psikiyatrları tercih etmektedir. Hasta yakınlarının %72.2'si şizofrenlerin saldırgan olduğunu, %91.8'i de kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağını düşünmektedir. Örnekleme alınan ilin İstanbul olmasının ve "şizofreniyi" hastalık, akıl ya da ruh hastalığı olarak görmenin sosyal mesafe puanlarını olumsuz yönde yordadığı görülmüştür.

**Sonuç:** Hasta yakınları şizofreni kavramı açıldığında ruhsal bozukluğu tanımlayabilmekle birlikte, şizofreni terimi ile yeterli ve doğru ölçüde tanışık değildir. Hastalık, akıl ya da ruh hastalığı etiketi, şizofrenisi olan hasta yakınlarının üzerinde bile sosyal mesafe ve tutumları etkileyen bir özelliktir. Alınan sonuçlar ruhsal bilgilendirme programlarının geliştirilerek uygulanması, diğer yandan da tedavi uygulamalarında psikososyal yaklaşımlara daha fazla yer verilmesi yönünde hasta yakınlarının taleplerini hekimlerin dikkatine sunmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Şizofreni, tutum, sosyal mesafe, etiketleme

## SUMMARY: Relatives' Beliefs and Attitudes towards Schizophrenia: An Epidemiological Investigation

**Objective:** To examine relatives' beliefs and attitudes towards schizophrenia.

**Method:** Data were derived from the demographic and schizophrenia modules of the questionnaire developed for the survey called "Attitudes Towards Mental Disorders". The questionnaire was administered 98 adult relatives of schizophrenic patients who had participated in psychiatric outpatient treatment programs in İstanbul, İzmir and Adana.

**Results:** Although all identified the case described as a mental disorder, only 76.5% determined the term schizophrenia as a mental disorder. Social problems (62.9%) and weakness of will (65.3%) were the most commonly endorsed causes of schizophrenia. Almost all of the respondents preferred medical methods and psychiatrists for the treatment of schizophrenic patients. 72.2% of the sample held the opinion that people with schizophrenia are dangerous and 91.8% believed that these patients could not take responsibility for their own lives. The attitudes of the subjects living in İstanbul and those who stated that "schizophrenia is an illness or a mental disorder" were more negative than the others with respect to social distance characteristics.

**Conclusion:** Most of the relatives of schizophrenic patients identified a mental disorder when a schizophrenia case was described, but they had insufficient information about the term schizophrenia. Labeling patients as mentally ill had a negative effect on relatives' attitudes towards schizophrenia. The results of this study underlined the need for education programs for the relatives of patients, and the demands of the relatives concerning treatment modalities with psychosocial components.

**Key Words:** Schizophrenia, attitude, social distance, stigmatization

<sup>1</sup>Doç., Başkent Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Ankara. <sup>2</sup>Doç., Kocaeli Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Kocaeli. <sup>3</sup>Doç., Celal Bayar Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Manisa. <sup>4</sup>Doç., Çukurova Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Adana. <sup>5</sup>Doç., <sup>6</sup>Uzm., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

## GİRİŞ

Sağlık inançları modeline göre, tıbbi tedaviye uyumda hastalığa ilişkin algı ve inançların belirleyici rolü vardır (Becker ve Maiman 1975). Bu modelin günümüzde odaklandığı konular, sağlıkla ilgili davranışların ardında yattığı düşünülen nesnel normlar, inançlar ve tedavi uyumuna motivasyon gibi sosyal etkenlerdir (Ried ve ark. 1985). Örneğin hastalığın etiyojisine ilişkin inançlar, belli bir tedavi yöntemine olan yaklaşımı da etkileyebilmektedir. Çoğunluğun belli bir hastalığın ortaya çıkmasında psikososyal modeli benimsemesi, psikoterapiye ilgiyi artırırken, farmakolojik tedavi yöntemlerinden uzak durulmasına neden olabilir.

Sağlık inançları modelinin bakış açısından şizofreni hastalığı ele alınacak olursa, şizofreninin tanımı, etiyojisi ve tedavisi hakkında, hastaların, yakınlarının ve toplumun görüş ve yargılarının birçok açıdan önemli olabileceği akla gelmektedir. Şöyle ki, hastalığın farklı boyutları ile doğru tanınması, tedavide doğru adresin bulunması için şarttır. Ruh sağlığı çalışanlarından önce aile, arkadaşlar, birlikte çalışılan kişiler, polis ve tabii ki kişinin kendisi ruhsal bozukluğun ilk belirtileriyle yüzleşir ve ne yapılması gerektiğine karar verir. Örneğin, hasta ve içinde bulunduğu çevre şizofreniyi Allah'ın verdiği bir dert ve ceza olarak görüyorsa ya da cinlere bağlıyorsa, doktora gelmeyecek ya da getirilmeyecek, folklorik-geleneksel yöntemler tercih edilebilecektir. Diğer yandan, ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları da, başta yakınları olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilişkilidir (Morrison ve ark. 1993). Örneğin bu hastaların saldırgan oldukları ve etraflarına zarar verebilecekleri yaygın olarak düşünülüyor ise olasılıkla toplumdan tecrit edilmiş bir yaşam süreceklerdir. Dolayısıyla tedavi için gelinen adres doğru olsa bile, hastalığa bakış açısı ve tutumlar doğrudan tedaviye yantı ve hastalığın gidişini etkileyecektir.

Yukarıda sıralanan nedenlerin ışığında, şizofreni hastalarının daha doğru teşhis edilerek etkili tedavi edilebilmeleri için, başta hasta yakınları olmak üzere, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesi gerektiği söylenebilir. Bu yazıda, önce yurt dışında, daha sonra da ülkemizde hasta yakınları ve toplum üzerinde yapılmış başka araştırmalardan alınan sonuçlar verildikten

sonra; çalışmamızda elde edilen ve hasta yakınlarının şizofreniyeye bakışını ve tutumlarını yansıtan sonuçları verilecek, bu sonuçlar yorumlanarak önerilerde bulunulacaktır.

İlk olarak Whatley'in çalışmasında (Arkar 1991), hastaların toplumda kabul edilmemesinin sosyal mesafeyi olumsuz yönde etkilediği gösterilmiş ve ruhsal bozukluklarda "sosyal mesafe" kavramı ortaya konmuştur. Sosyal mesafe, halkın ruhsal bozukluğu olan hastalarla sosyal ortamlarda birlikte olmayı kabullenme derecesini gösterir. Sosyal psikiyatrinin ve epidemiyolojik araştırmaların öncülerinden olan Shirley Star'ın 1950'li yıllarda 3000'nin üzerinde A.B.D. vatandaşı üzerinde yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre (Star 1955), halk tanımlanan ruhsal hastalık olgularını çok düşük oranda belirleyebilmekte ve ruhsal hastalıklar tehdit içeren, korku veren, mantıklı düşüncüyü ve özgür idareyi kaldıran durumlar olarak görülmektedir. Daha sonra yapılan pek çok araştırmanın genel sonuçları da ruhsal hastalıkların tehlikeyle ilişkilendirildiği yönündeki ön yargıların artmakta olduğuna ve etiketlenmenin bu bireylerin yaşamlarını olumsuz etkilemeye devam ettiğine işaret etmiştir (Link ve ark. 1997, Markowitz 1998, Pescosolido ve ark. 1999, Crisp ve ark. 2000).

Hasta yakınlarının şizofreniyeye ilişkin tutumlarının incelendiği geniş ölçekli araştırmalardan alınan başlıca bulgular ise şöyle özetlenebilir. Almanya ve Avusturya'da, 788 şizofreni yakını üzerinde yapılan bir araştırmada (Angermayer ve Matschinger 1996), 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. Araştırmanın diğer ilgi çeken bir sonucu da, Avusturya grubunda, hasta yakını anne olduğundan beyin bozukluğu ya da genetik faktörlerin hastalığın ortaya çıkmasıyla daha büyük oranda ilişkilendirildiğidir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, yine Almanya'da 1490 birey üzerinde yapılan başka bir araştırmanın sonuçlarıyla kıyaslanmış (Angermayer ve Matschinger 1994) ve hasta yakınlarının toplumdaki diğer bireylere göre şizofreniyi daha büyük oranda biyolojik faktörlere bağlama eğiliminde olduğu görülmüştür.

**TABLO 1.** Örneklemin Demografik Özellikleri.

	İstanbul		İzmir		Adana		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	24	60.0	18	52.9	13	54.2	55	56.1
Kadın	16	40.0	16	47.1	11	45.3	43	43.9
<b>Yaş grupları</b>								
16-25	2	5.0	4	11.8	5	20.8	11	11.2
26-35	7	17.5	9	26.5	3	12.5	19	19.4
36-45	10	25.0	7	20.6	4	16.7	21	21.4
46-55	14	35.0	8	23.5	6	25.0	28	28.6
55 üstü	7	17.5	6	17.6	6	25.0	19	19.4
<b>Medeni durum</b>								
Evli	30	75.0	20	58.8	17	70.8	67	68.4
Eşi ölmüş	3	7.5	5	14.7	1	4.2	9	9.2
Boşanmış	1	2.5	3	8.8	0	0	4	4.1
Hiç evlenmemiş	6	15.0	6	17.6	6	25.0	18	18.4
<b>Çalışma durumu</b>								
Çalışan	17	42.5	13	38.2	13	54.2	43	43.9
Ev kadını	11	27.5	11	32.4	6	25.0	28	28.6
İşsiz	6	15.0	3	8.8	1	4.2	10	10.2
Emekli	6	15.0	5	14.7	3	12.5	14	14.3
Öğrenci	0	0	2	5.9	3	12.5	3	3.1
<b>Eğitim<sup>a</sup></b>								
İlkokul	17	54.8	8	25.8	4	28.6	29	38.2
Ortaokul	4	12.9	9	29.0	1	7.1	14	18.4
Lise	5	16.1	9	29.0	1	7.1	15	19.7
Y. Okul-Üniversite	5	16.1	5	16.1	8	57.1	18	23.7
<b>Yakınlık derecesi</b>								
Anne-baba	2	7.7	3	8.8	4	18.2	10	10.5
Kardeş	17	43.6	9	26.5	11	50.0	37	38.9
Çocuk	17	43.6	14	41.2	4	18.2	35	36.8
Eş	2	5.1	8	23.5	3	13.6	13	13.7
<b>Kişiyeye göre yakının geçirdiği hastalık<sup>b</sup></b>								
Depresyon	1	2.6	2	5.9	0	0	3	3.2
Şizofreni	26	68.4	32	94.1	21	95.5	79	84.0
Diğer	11	28.9	0	0	1	4.5	12	12.8
<b>Örnekleme ruhsal tedavi görme:</b>								
Evet	2	5.0	6	17.6	1	4.2	9	9.2
Hayır	38	95.0	28	82.4	23	95.8	89	90.8

a: Eğitim ve il değişkeni arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olması, İstanbul grubuna bağlı;

b: Geçirdiği hastalık ve il değişkeni arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olması, İstanbul grubuna bağlı.

İtalya’da, 30 merkezde tedavi edilen şizofreni hastalarının 709 yakını üzerinde yapılan bir araştırmada (Magliano ve ark. 2001), hasta yakınlarının hastalıkla baş etmede kendilerini yalnız hissetmekle 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. İngiltere’de 79 şizofreni yakını üzerinde yapılan bir

**TABLO 2.** Şizofrenisi Olan Hastaya İlişkin Sosyal Mesafe Özellikleri.

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Şizofren bir kişi ile birlikte çalışabilirim	59	60.2	36	36.7	3	3.1
Şizofren bir kişi ile evlenebilirim	19	19.4	72	73.5	7	7.1
Şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez	59	60.2	36	36.7	3	3.1
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermem	52	53.1	39	39.8	7	7.1
Şizofrenler saldırgan olurlar	70	71.4	25	25.1	2	2.0
Şizofrenler toplum içinde serbestçe dolaşmamalıdır	29	29.6	68	69.4	1	1.0

araştırmada (Sellwood ve ark. 2003), ilaç tedavisine uyum üzerinde duygu dışı vurumu ve psikoz belirtilerinin etkili olduğu, ancak hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin önemli bir etkisinin görülmediği belirlenmiştir. Çin’de kırsal bölgede şizofrenisi olan 326 hasta yakını üzerinde yapılan bir araştırmada da (Ran ve ark. 2003), ruhsal eğitim gruplarına alınan ailelerin hastalıkla ilgili bilgi ve tutumlarının olumlu yönde geliştiği, yalnız ilaç tedavisi verilen hastalara göre eğitim programına alınan ailelerin şizofrenili yakınlarının tedaviye uyumlarının artarak relaps oranlarının yarı yarıya düştüğü gösterilmiştir. Yapılan araştırmalar, sosyodemografik faktörlerin şizofreniye karşı olan inanç ve tutumlar üzerinde etkisinin ise önemli düzeyde olmadığına, ancak eğitimi yükseldikçe tutumların daha olumsuz olduğuna ve sosyal mesafenin artabildiğine işaret etmektedir (Nunnally 1961, Frunham ve Rees 1988, Jorm ve ark. 1997, Bhugra 1989).

Ülkemizde şizofrenisi olan hasta yakınlarının hastalığa ilişkin inanç ve tutumları üzerinde yeterince çalışılmamış olup; yazının bu bölümünde konuyla ilgili kısıtlı bulgular ve karşılaştırmalarda yararlı olacağı düşünülerek kentsel ve kırsal kesimdeki halkın şizofreniye ilişkin tutumlarının incelendiği iki kapsamlı çalışmanın sonuçları kısaca verilecektir. Bir üniversite hastanesinde psi-

kiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 42 hastanın yakınlarının, ruhsal bozukluğu olmayan ve diğer kliniklerde tedavi gören 42 hastanın yakınları ile kıyaslandığı bir çalışmada (Arkar 1992), deneklerin anksiyete nevrozu/depresyonu olan kişileri paranoid şizofreni olgularına göre daha mutlu, daha verimli, daha iyi, daha çağdaş, daha temiz, daha az tehlikeli, daha sık rastlanan şeklinde değerlendirdikleri görülmüştür. Ruhsal hastalığı bulunan bir yakını olan denekler, tanımlanan ruhsal bozukluk olgularını, diğer gruba göre daha fazla oranda gergin, masum, güvenilir ve dürüst olarak nitelendirmişlerdir. Polat ve arkadaşlarının (2000) 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 duyguları daha yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. İstanbul’un farklı sosyoekonomik ve kültürel düzeyde katmanlarını temsil eden 24 ilçesinde, 707 yetişkin üzerinde yapılan bir araştırmada (Sağduyu ve ark. 2001), örneklemin %77’sinin şizofreniyi bir ruhsal hastalık olarak tanımladığı, etiolojide 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’nin sosyal sorunlarda düzelmeye olmadan bir iyileşme olmayacağına 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. Manisa’nın kırsal kesiminde 208 yetişkin üzerinde yapılan bir araştırmada ise (Taşkın ve ark. 2002), deneklerin üçte ikisine yakınının şizofreniyi bir akıl hastalığı olarak değerlendirdiği, etiolojide en önemli görülen nedenin dörtte üçü geçen bir oranla sosyal sorunlar olduğu, tedavi için doktorlara, doktorların da içinde psikiyatlara

**TABLO 3.** Şizofreniyi Tanıma, Etiyolojisi ve Tedavisine İlişkin İnançlar.

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Şizofreniyi tanıma</b>						
● A'da ruhsal hastalık vardır	98	100.0	0	0	0	0
● Şizofrenler akıl hastasıdır	75	76.5	20	20.4	3	3.1
● Şizofreni bir hastalıktır	95	96.9	2	2.0	1	1.0
● A'da bedensel hastalık vardır	18	18.4	80	81.7	0	0.0
● Şizofreni aşırı üzüntü halidir	47	48.0	48	49.0	3	3.1
● Şizofreni ruhsal zayıflık halidir	80	81.6	17	17.3	1	1.0
● Şizofreni bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur	34	34.7	60	61.7	4	4.1
<b>Şizofreni etiyojisi</b>						
● A'nın bu durumu kişilik zayıflığı nedeniyledir	64	65.3	29	29.6	5	5.1
● A'nın bu durumu yaşadığı sosyal sorunlar nedeniyledir	61	62.9	35	36.1	1	1.0
● Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	69	70.4	27	27.6	1	1.0
● Şizofreni bulaşıcıdır	4	4.1	90	91.8	4	4.0
● Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	26	27.4	57	60.0	12	12.6
<b>Şizofreni tedavisi</b>						
● Tedavi edilebilen bir hastalıktır	76	80.0	12	12.6	7	7.4
● İlaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır	83	87.4	7	7.4	5	5.3
● Psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır	69	72.6	22	22.1	5	5.3
● Tam olarak düzelmez	11	11.2	77	78.6	11	11.2
● Tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilirler	64	67.4	18	18.9	13	13.7
● Tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yaparlar	82	86.3	7	7.4	6	6.3
● Hacı ya da hocalar iyileşmesini sağlayabilir	92	93.9	5	5.1	1	1.0
● Sosyal sorunlar çözülmeden iyileşmez	50	51.0	46	46.9	2	2.0
● Ortam değişikliği iyileşmede önemli katkılarda bulunur	41	41.8	53	54.1	4	4.1

A: Tanımlanan şizofreni olgusu (Ahmet bey)

başvurulması gerektiğini düşünenlerin oranının örneklemin üçte ikisini bulduğu, deneklerin yarısının şizofrenlerin saldırgan olabileceğini ve toplum içinde serbestçe dolaşmaması gerektiğini düşündüğü, üçte ikisine yakınının böyle bir komşusu olmasından rahatsız olacağı ve birlikte çalışmak istemediği belirlenmiş, sosyodemografik faktörlerin şizofreniyeye yönelik tutumları fazla etkilemediği saptanmıştır.

## YÖNTEM

### Denekler

Bu araştırma, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İzmir Devlet Hastanesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri polikliniklerinde, Mayıs-Eylül 2002 tarihleri arasında, şizofreni tanısıyla tedavi edilen toplam 98 hastanın yakınları üzerinde yapılmıştır. Araştırma örneklemini İstanbul'dan 40, İzmir'den 34, Adana'dan 24 hasta yakını oluşturmuştur. Örnekleme alınan bireylerde 15 yaşın

üzerinde olma, ruhsal bir bozukluğun ve araştırmada kullanılan anket sorularına yanıt verebilecek ölçüde bilişsel işlev kaybının bulunmaması koşulu aranmıştır. Örneklemin sosyodemografik özellikleri bulgular bölümünde verilmiştir.

### Araç

Bu çalışmada, Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi tarafından planlanarak yürütülen RUTUP projesi (Ruhsal Hastalıklarda Tutum Projesi) için geliştirilmiş anket formunun (Sağduyu ve ark. 2001), demografik-sağlık bilgileri ve şizofreni bölümlerinden elde edilen bilgiler kullanılmıştır. Söz konusu anket geliştirilirken, bireylerin, ruhsal sorunlara tanı, etiyojisi ve tedavi gibi boyutlarıyla, bakış açılarının, tutumlarının ve ön yargılarının belirlenmesi hedeflenmiştir. Anket formu 5 ayrı bölüm içinde toplanan 143 sorudan oluşmaktadır: Demografik ve sağlık bilgileri (18 soru), depresyon (33 soru), şizofreni (32 soru), depresyon sonrası ruhsal durum (31 soru) ve sigara-madde alışkanlıkları (29 soru). Şizofre-

**TABLO 4.** Sosyal Mesafe, Tanı, Etiyoloji ve Tedaviye İlişkin İnanç ve Tutumları Sorgulandığı Maddelerden Alınan Puan Ortalamaları, Diğer Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Değerleri.

	Ortalama <sup>a</sup>	Standart sapma	Minimum-maksimum	Cronbach-alfa
Sosyal mesafe	2.74	0.18	0-6	0.86
Tanı	4.83	0.14	1-7	0.81
Etiyoloji	2.43	0.14	0-5	0.85
Tedavi	5.19	0.17	0-8	0.79

a: Yüksek ortalamalar olumlu yönde inanç-tutum göstermektedir.

ni bölümü iki ana başlıktan oluşmaktadır: İlk kısımda DSM-IV'e göre (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) paranoid tipte bir şizofreni olgusu tanımlanmış, ardından da tanımlanan olguya (Ahmet bey) ilişkin 6 soru yöneltilmiştir. İkinci kısımda ise, 'Yukarıda anlatılan Ahmet Bey şizofreniye bir örnektir. Şimdi size şizofreni ile ilgili bazı sorular soracağım. Cevaplarınızı bu karttaki ifadelerden "katılıyorum" "kısmen katılıyorum" "pek katılmıyorum" "katılmıyorum" şeklinde ifade ediniz. Herhangi bir görüşünüz yoksa "fikrim yok" deyiniz, şeklinde bir açıklama yapıldıktan sonra, 24 soru yöneltilmiştir. Bu kısımda yer alan sorularla, şizofreninin tanımı, etiyolojisi ve tedavisi üzerine olan bilgilerin, diğer yandan da sosyal mesafe bağlamında hastalığa ilişkin tutumların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Her bölümde yer alan sorular bireye anketör tarafından sorulmakta ve alınan yanıtlara uygun seçenek işaretlenmektedir. Seçenekler, soruda belirtilen ifadeye "katılıyorum: 1, kısmen katılıyorum: 2, pek katılmıyorum: 3, katılmıyorum: 4, fikrim yok: 5" şeklinde düzenlenmiştir.

### Uygulama

Mayıs-Eylül 2002 tarihleri arasında, üç kuruma ait psikiyatri polikliniğine yapılan ardışık başvurular içinden, hastaları ile birlikte gelen ve örnekleme alınma koşullarını karşılayan bireylere araştırmaya katılmaları için teklifte bulunmuş, İstanbul grubundan vakti olmadığı için katılmayacağını belirten 3 kişi dışında kalan 98 hasta yakınına psikiyatri asistanları tarafından yüz yüze görüşme yoluyla anket formları uygulanmıştır. Ruhsal ve bilişsel değerlendirmeler psikiyatri uzmanları tarafından klinik görüşme yoluyla yapılmıştır. Anket formlarını veren psikiyatri asistanlarına herhangi bir yanlılığa izin vermemek için araştırma çok kısa ve ana hatlarıyla anlatılmış ve çalışma öncesinde kendilerine eğitim

verilerek pilot uygulamalar yapılmıştır. Pilot uygulamalar araştırmacılar tarafından gözden geçirilmiş ve araştırma kapsamında değerlendirilmemiştir.

### İstatistikler işlemler

Alınan sonuçlar SPSS-PC 11.0 istatistik programında oluşturulan veri tabanına aktarılmıştır. Bireylerin şizofreni hakkındaki düşünce, inanç ve tutumlarını belirlemek için, sorular, "taniyla ilgili", "etiyojolojiyle ilgili", "tedaviyle ilgili" ve "sosyal mesafeyle ilgili" olmak üzere 4 alt gruba ayrılmıştır. Tanımlayıcı analizlere göre "kısmen katılıyorum" ve "pek katılmıyorum" yanıtları düşük frekansta olup; "katılıyorum" ve "kısmen katılıyorum" grupları ile "katılmıyorum" ve "pek katılmıyorum" grupları birleştirilerek değerlendirilmeler yapılmıştır. Bu çalışmada kullanılan veriler için frekans dökümleri, sosyodemografik kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla ki-kare testi, iki gruba ait ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için t testi yapılmıştır. Şizofreni tanısı, etiyolojisi ve tedavisine ilişkin inançlarla, sosyal mesafeyi değerlendiren her bir maddeden alınan puanlar toplanarak; tanı, etiyoloji, tedavi ve sosyal mesafe puanları elde edilmiştir. Bu işlem yapılırken "katılıyorum" ve "katılmıyorum" şeklindeki seçenekler, olumlu ya da doğru yöndeki inanç ve tutumlara işaret ediyor ise 1, olumsuz ya da yanlış yöndeki inanç ve tutumlara işaret ediyor ise 0 olarak puanlanmıştır. Sosyal mesafe puanlarını yordayan demografik, tanı, etiyoloji ve tedaviyle ilgili inanç özelliklerini incelemek için, "geriye doğru eleme" yöntemi kullanılarak çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analizin bağımlı değişkeni sosyal mesafeyi değerlendiren maddelerden alınan toplam puanın ortalamasıdır. Bağımsız değişkenleri şizofreni tanısı, etiyolojisi ve tedavisine ilişkin maddelerden alınan puan ortalamaları ile demografik değişken-

**TABLO 5.** Şizofrenisi Olan Hastaya İlişkin Sosyal Mesafe Puanını Yordayan Demografik ve Hastalığa İlişkin İnanç Özellikleri.

	P değeri	Regresyon katsayısı	P. korelasyon katsayısı	%95 güven aralığı
Örnekleme alınan il <sup>a</sup>	0.001	1.974	0.573	1.286/2.662
Şizofreni tanısına ilişkin inançlar <sup>b</sup>	0.012	-0.414	-0.302	-0.732/-0.095

a: Örnekleme alınan il İstanbul ise 0, İzmir-Adana ise 1 olarak kodlanmıştır. b: Şizofreni tanısına (ve sosyal mesafeye) ilişkin inançlara ait puanlar hesaplanırken, herbir madde doğru ya da olumlu yönde inanç ve tutumlara işaret ediyorsa 1, aksi halde 0 olarak kodlanmıştır.

ler oluşturmaktadır (örnekleme alınan il: İstanbul 0, İzmir-Adana 1; cinsiyet: erkek: 0, kadın: 1; yaş ortalaması, medeni durum: evli olmayan 0, evli 1; çalışma durumu: çalışmayan 0, çalışan 1; okula gidilen yıl ortalaması, ruhsal hastalık geçirmiş olan kişiyle akrabalık derecesi; diğer yakınlar 0, çocuğu 1). Bu istatistiksel değerlendirmeler yapılırken, anket formunun şizofrenisi olan hastalara ilişkin sosyal mesafe, hastalığı tanıma, etiyojisi ve tedavisi hakkındaki inanç maddelerinde belirtilen ifadelere “fikrim yok” yanıtı veren birey sayısı genellikle 5’in altında olduğu için, “fikrim yok” yanıtları dışarıda bırakılmıştır.

## BULGULAR

### Örneklemin demografik özellikler

Örneklemin, illere göre, demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Sosyoekonomik durumun incelendiği soruya sadece 34 kişi (%34.6) yanıt verdiği için, bu değişkene ait bilgiler tabloya dahil edilmemiştir.

Örnekleme alınan 98 kişinin 55’i erkek (56.1), 43’ü kadınlardan (%43.9) oluşmaktadır. Yaş ortalaması 43.61 (SS: 13.23) olup, erkek ve kadınlar arasında yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Bireylerin üçte ikisinden fazlası evli (67 kişi, %68.4), yarıdan fazlası ilköğretim düzeyinde eğitilmiş (43 kişi, %56.6) olup; medeni durum ve eğitim değişkeni ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Örneklemin yarıya yakını çalışanlar (43 kişi, %43.9), dörtte birinden fazlasını ev kadınları oluşturmaktadır (28 kişi, %28.6). Çalışma değişkeni ile cinsiyet arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2$ : 54.04, p: 001); erkeklerin %56.4’ü (31 kişi), kadınların %27.9’u (12 kişi) çalışanlar grubundadır. Örneklemin illere göre dağılımı ise şöyledir: 40 kişi İstanbul’dan

(%40.8), 34 kişi İzmir’den (%34.7), 24 kişi Adana’dan (%24.5) çalışmaya katılmıştır. Cinsiyet, medeni durum ve çalışma değişkenleri ile örnekleme alınan il değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Eğitim değişkeni ile arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ( $x^2$ : 18.009, p: .001); farklılığı oluşturan İstanbul ili olup, İstanbul grubundan 10 kişi (%32.3), İzmir grubundan 14 kişi (%45.2), Adana grubundan 9 kişi (%64.3) ilköğretim düzeyinin üzerinde eğitime sahiptir.

Ruhsal hastalık geçiren yakının, örnekleme oluşturan 35 kişide (%36.8) çocuk, 37 kişide (%38.9) kardeş, 23 kişide (%24.2) ana-baba-eş olduğu belirlenmiştir. 79 kişi (%84) bu yakınının geçirdiği hastalığın şizofreni olduğunu, 9 kişi de (%9.2) daha önce ruhsal tedavi gördüğünü belirtmiştir. Cinsiyet ile yakınlığın derecesi ve ruhsal bozukluk tanısı değişkenleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Daha önce ruhsal tedavi görme değişkeni ile arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2$ : 4.625, p: .032); 2 erkek (%3.6) ve 7 kadın (%16.3) daha önce ruhsal tedavi gördüğünü belirtmiştir. Örnekleme alınan il değişkeni ile yakınlığın derecesi ve daha önce ruhsal tedavi görme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Ruhsal bozukluk tanısı değişkeni ile örnekleme alınan il değişkeni arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2$ : 16.665, p: .002); farklılık İstanbul ilinden kaynaklanmakta olup, İstanbul grubundan 26 kişi (%68.4), İzmir grubundan 32 kişi (%94.1), Adana grubundan 21 kişi (%95.5) ruhsal hastalık geçiren yakınının şizofrenisi olduğunu belirtmiştir.

### Şizofrenisi olan hastaya ilişkin sosyal mesafe özellikleri

Hasta yakınlarının şizofrenisi olan hastaya ilişkin sosyal mesafe özellikleri Tablo 2’de verilmiştir.

### **Şizofreniyi tanıma, etiyolojisi ve tedavisine ilişkin inanç özellikleri**

Hasta yakınlarının şizofreniyi tanıma, etiyolojisi ve tedavisine ilişkin inanç özelliklerini sorgulayan anket sorularına verdiği yanıtlar Tablo 3’de verilmiştir.

Tanımlanan şizofreni olgusunun bu durumdan kurtulmak için öncelikle doktora gitmesi gerektiğini 89 kişi (%90.8), öncelikle güçlü olması gerektiğini 5 kişi (%5.1), öncelikle tatile çıkması ya da bulunduğu ortamdan çıkması gerektiğini 1 kişi (%1), öncelikle yaşanan şartların düzeltilmesi gerektiğini 3 kişi (%3.1) belirtmiştir. Olgu doktora gitmek isterse, 1 kişi (%1) dışında, tüm örneklem (97 kişi, %99), bunun psikiyatri doktoru olması gerektiğini belirtmiştir. “Şizofreni bir hastalıktır” ifadesine katılmayan ve fikri olmadığını belirtenler dışında kalan 95 kişi içinde, şizofreni geçirdiğini düşündüğünde, 89 kişi (%94.7) doktora gideceğini, 4 kişi (%4.3) tatile çıkacağını, 1 kişi (%1.1) dini yardım arayacağını belirtmiştir. Bu 95 kişi içinde, doktora gitmeye karar verilseydi bunun psikiyatri doktoru olacağını 92 kişi (%96.8), sağlık ocağı doktoru olacağını 2 kişi (%2.1), dahiliyeci olacağını 1 kişi (%1.1) belirtmiştir.

### **Şizofrenisi olan hastaya ilişkin sosyal mesafe puanını yordayan demografik ve hastalığı tanıma, etiyolojisi ve tedavisi hakkındaki inanç özellikleri**

Şizofrenisi olan hastaya ilişkin sosyal mesafe puanını yordayan demografik ve hastalığı tanıma, etiyolojisi ve tedavisi hakkındaki inanç özellikleri incelemek amacıyla regresyon analizi yapılırken, şizofrenisi olan hastaya ilişkin sosyal mesafe özelliklerinden Tablo 2’de yer alan ilk üç madde ile hastalığın tanısı ve tedavisi hakkındaki inanç özelliklerinden Tablo 3’de yer alan ilk üçer maddeye verilen “katılıyorum” yanıtları olumlu inanç ve tutumları belirlediği için 1 olarak kodlanmış; sosyal mesafe, tanı ve tedaviye ilişkin diğer maddeler ve etiyolojiye ilişkin maddelerin tümü olumsuz inanç ve tutumları belirlediği için, bu sorulara verilen “katılıyorum” yanıtları 0 olarak kodlanmıştır. Sosyal mesafe, tanı, etiyoloji ve tedaviye ilişkin inanç ve tutumların sorgulandığı maddelerden alınan puan ortalamaları, diğer tanımlayıcı istatistikler ve güvenilirlik değerleri Tablo 4’de; sosyal mesafe özelliklerini yordayan

demografik ve hastalığa ilişkin inanç özellikleri Tablo 5’de verilmiştir.

Demografik değişkenlerden örnekleme alınan il ve hastalığa ilişkin inanç özelliklerinden tanıyla ilgili olanlarına ait puan ortalamasının, sosyal mesafe puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Örnekleme alınan ilin İstanbul olması ve tanıyla ilgili inanç puanının yükselmesi, ki bu şizofreniyi bir hastalık, akıl ya da ruh hastalığı olarak görme eğilimini yansıtmaktadır, sosyal mesafe puanlarının düşmesine ve ilişkili tutumların olumsuz yönde değişmesine neden olmaktadır.

### **TARTIŞMA**

Ruhsal bozuklukların tanınmasında, tedavi ve rehabilitasyonunda, başta hasta yakınları olmak üzere, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesi önemlidir. Diğer yandan, toplumun şizofreniyeye 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. Ülkemizde ise hasta yakınlarının şizofreniyeye ilişkin inanç ve tutumları üzerinde yeterince çalışılmamış olup, bu çalışma ile konuyla ilgili bilgilerin artırılması hedeflenmiştir.

Yüzde 56’sının erkeklerden oluştuğu araştırma örnekleminde, büyük oranda evliler, çalışanlar ve ilköğretim düzeyinde eğitimi olanlar bulunmaktadır. Örnekleme alınan bireylerin onda birine yakını daha önce ruhsal tedavi gördüğünü belirtmiş olup, tedavi görenlerin de büyük çoğunluğunun kadın olduğu dikkati çekmektedir. Bu demografik özellikleriyle, örneklemin genel olarak topluma benzediği söylenebilir. Örnekleme İstanbul’dan alınan bireylerin iki özelliği dikkati çekmektedir: İzmir ve Adana illerine göre, eğitim düzeyleri daha düşüktür; diğer yandan da bu çalışma, şizofrenisi olan hastaların yakınları üzerinde yapılmış olmasına karşın, üçte birine varan oranda yakınlarında şizofreni dışında bir ruhsal hastalık olduğunu belirtmişlerdir. Tüm örnekleme bakıldığında bu oran %84’e çıkmakla beraber, alınan sonuçlar, özellikle İstanbul grubunda azımsanamayacak sayıda hasta yakınının en azından konulan teşhis üzerinde yeterince bilgi sahibi olmayabileceğini akla getirmektedir.



Şizofreni olgusu tanımlanarak verildiğinde, hasta yakınlarının tamamı olgunun ruhsal bir hastalığa işaret ettiğini belirtmiştir. Buna karşın, şizofreni isim olarak verildiğinde, bu terim yarıya varan oranda aşırı üzüntü ve %81.6 oranında ruhsal zayıflık hali olarak anlaşılmış, bir akıl hastalığına işaret ettiğini belirtenlerin oranı ise %76.5'de kalmıştır. Bu bulgular, hasta yakınlarının şizofreni kavramı açıldığında ruhsal bozukluğu anlayabildiğini, ancak şizofreni terimiyle yeterli ve doğru ölçüde tanışık olmayabileceğini akla getirmektedir. Bulunan oranlar ise, daha önce aynı yöntem ve araçlar kullanılarak İstanbul'da yapılan araştırmadan elde edilenlere yakın (Sağduyu ve ark. 2001), Manisa'nın kırsal kesimde sosyokültürel düzeyi düşük kişiler üzerinde yapılan araştırmadan elde edilenlerden yüksektir (Taşkın ve ark. 2002).

Şizofreni etiolojisine bakış özelliklerinin incelendiği maddelere verilen yanıtlar gözden geçirildiğinde, gerek olgu şeklinde tanımlanarak verildiğinde, gerekse de terim olarak verildiğinde, hasta yakınlarının üçte iki kadarının şizofreninin sosyal sorunlardan kaynaklandığını düşündüğü ve yine üçte ikilik bir dilimin hastalığın nedeni olarak kişilik zayıflığını gördüğü ortaya çıkmıştır. Şizofreninin doğuştan gelen bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranı üçte birin altına inmekte, bulaşıcı olduğunu düşünenlerin oranı ise %4.1'de kalmaktadır. Bu bulgular hasta yakınlarının şizofreninin ortaya çıkmasında biyolojik faktörlerden çok psikososyal faktörleri ön plana çıkardığına işaret etmekte olup; hasta yakınlarının, İstanbul'un 24 ilçesinde yaşayan bireyler üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre (Sağduyu ve ark. 2001) daha yüksek oranda psikososyal etiyojolojiye önem verdikleri dikkati çekmektedir. Bu sonuçlar, yurt dışında yapılan araştırmalarda (Angermayer ve Matschinger 1994, Angermayer ve Matschinger 1996), hasta yakınlarının topluma göre biyolojik etiyojolojiyi daha ön planda tuttıkları bulgusu ve bunun hastalığın ortaya çıkmasında kendilerine sorumluluk yükleyen psikososyal modellere sıcak bakılmamasıyla ilişkili olduğu yorumu ile çelişmektedir. Öte yandan, hasta yakınlarının toplum örneğine göre psikososyal sorunları daha ön plana çıkarması, verilecek tedavilere yönelik beklenti ve isteklerini de yansıtmaya olabir.

Şizofreni tedavisine bakış özelliklerinin incelendiği maddelere verilen yanıtlar gözden geçiril-

diğinde şu bulgular dikkati çekmiştir: Hasta yakınlarının tamamına yakını şizofreninin tedavisi için tıbbi yöntemleri ve doktorlar içinde de psikiyatrları tercih etmekte, diğer yandan da tıbbi tedavi, özellikle de ilaç tedavisi ile, hastalığın iyileşeceğine inanmakta olup; bulunan oranların ülkemizde toplum üzerinde yapılan araştırmalardan alınan sonuçlara göre yüksek olması (Sağduyu ve ark. 2001, Taşkın ve ark. 2002), bu grubun doktorlarla daha yakın temas içinde eğitilerek daha sağlıklı bilgilere sahip olmasını yansıtmaya olabir. Öte yandan, tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceği ve ciddi yan etkilerinin olabileceğini düşünenlerin oranı, İstanbul halkı üzerinde yapılan çalışmaya göre (Sağduyu ve ark. 2001), belirgin bir şekilde yüksek olup; hekimlerin hasta yakınlarını ilaç tedavilerinin riskleri yönünden daha dikkatli ele almaları ve eğitmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının şizofreni hastasına olan sosyal mesafe tutumlarının sorgulandığı maddelerden, şizofren bir kişiyle birlikte çalışabileceğini, şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olmayacağını ve hastaların toplum içinde serbestçe dolaşabileceğini düşünenlerin oranı %60'ın üzerindedir. Buna karşın, hasta yakınlarının dörtte üçü ve daha fazlası, şizofrenisi olan kişilerin saldırgan olduğunu, böyle biriyle evlenmeyeceğini ve bu hastaların kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağını düşünmektedir. Alınan bu sonuçlar, hastalığın tanınması ve ele alınması bakımından topluma göre hasta yakınlarının çok daha olumlu bir tutum sergilemesine karşın, hastalığın tehlikeli olduğu yönündeki ön yargı ve inançların ülkemizde de hasta yakınları üzerinde bile etkili olmaya devam ettiğini destekler nitelikte olup, toplum gibi hasta yakınlarının da bilgilendirme ve eğitim gereksinimi içinde olduğuna işaret etmektedir. Yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu ruhsal bilgilendirmenin şizofreniye karşı tutum ve inançlar üzerinde olumlu yönde değişiklikler yarattığını, diğer yandan da buna bağlı olarak tıbbi tedaviye uyumun arttığını ve prognozun olumlu etkilendiğini göstermiştir. Alınan bu sonuçlar hasta yakınları ve topluma yönelik ruhsal bilgilendirme programlarının geliştirilmesi ve uygulanması için ruh sağlığı çalışanlarına iş düşüğünü göstermekte, diğer yandan da tedavi uygulamalarında psikososyal etkenlere daha fazla yer verilmesi yönündeki hasta yakını taleplerini dikkatine sunmaktadır.

Bu çalışmada, literatürde tutumlar üzerine olduğu bildirilen eğitim etkisi gözlenmemiş olup (Nunnaly 1961, Furnham ve Rees 1988, Crisp ve ark. 2000); sosyal mesafe ile ilgili maddelerden alınan toplam puan üzerinde yordayıcı etki gösteren tek demografik değişkenin yerleşim yeri olduğu saptanmıştır. İstanbul'dan örnekleme dahil edilen hasta yakınları, İzmir ve Adana gurubuna göre, sosyal mesafe ile ilgili maddelere diğer demografik değişkenlerden bağımsız bir şekilde olumsuz yanıt vermişlerdir. Benzer şekilde, şizofreniyi bir hastalık, akıl ya da ruh hastalığı olarak görmenin de sosyal mesafe puanları üzerinde olumsuz yönde yordayıcı etkiye sahip olduğu be-

lirlenmiştir. Bu bulgular, İstanbul'un ülkemizde belki de sosyokültürel değişimin en yoğun ve hızlı yaşandığı ilimiz olmasının ve "akıl hastalığı" etiketinin tutumlar üzerine olası olumsuz etkilerini yanıstıyor olabilir. Ancak alınan bu bulgulardan genel sonuçlar çıkarmak için örnekleme boyutu yeterli olmayıp; bulguların, temsil yeteneği yüksek örneklemler üzerinde, tutumları etkileyecek hastalık süresi ve konuyla ilgili eğitim alma gibi değişkenler de dikkate alınarak yapılacak araştırmalarla irdelenmeleri ve olası nedenlerinin incelenmesi, hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin inanç ve tutumları üzerine olan bilgilerimizi arttıracaktır.

## KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Çev: E. Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996.

Angermeyer MC, Matschinger H (1994) Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatr Scand*, 89 (suppl 382): 39-45.

Angermeyer MC, Matschinger H (1996) Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 93: 194-199.

Arkar H (1991) Akıl hastalığında sosyal rejeksiyon. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 4: 6-9.

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

Becker MH, Maiman LA (1975) Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*, 13: 10-24.

Bhugra D (1989) Attitudes towards mental illness: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 80: 1-12.

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

Furnham A, Rees J (1988) Lay theories of schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*, 34: 212-220.

Gaebel W, Baumann A, Witte AM ve ark. (2002) Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: Results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252: 278-287.

Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA ve ark. (1997) Helpfulness of interventions for mental disorder: beliefs of health professionals compared with the general public. *Br J Psychiatry*, 171: 233-237.

Link B, Struening E, Rahav M ve ark. (1997) 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*, 38: 177-190.

Magliano L, Guarneri M, Fiorillo A ve ark. (2001) A multicenter Italian study of patients' relatives' beliefs about schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 52: 1528-1530.

Markowitz F (1998) The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav*, 39: 335-347.

Morrison M, de Man AF, Drumheller A (1993) Correlates of socially restrictive and authoritarian attitudes toward mental patients in university students. *Soc Behav Personality*, 221: 333-338.

Nunnaly JC (1961) *Public Conceptions About Mental Health*. New York, s. 78.

Pescosolido BA, Monahan J, Link BG ve ark. (1999) The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Pub Health*, 89: 1339-1345.

Polat A, Üçok A, Genç A ve ark. (2000) Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde stigma. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildirileri, Antalya.

Ran MS, Xiang MZ, Chan CL ve ark. (2003) Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 69-75.

Ried LD, Oleen MA, Martinson OB ve ark. (1985) Explaining intention to comply with antihypertensive regimens. *J Soc Administr Pharm*, 3: 42-52.

Sağduyu A, Aker T, Özmen E ve ark. (2001) Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12: 99-110.

Sellwood J, Tarrrier N, Quinn J ve ark. (2003) The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychol Med*, 33: 91-96.

Star S (1955) The public's ideas about mental illness. *Annual Meeting of the National Association for Mental Health*, Indianapolis, USA.

Taşkın O, Seyfeşen F, Aydemir Ö ve ark. (2002) Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13: 205-214.