

Akıl Hastalarının Sosyal Red Durumunun Hasta Ailesi Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması[#]

Ayşe TUNA

ÖZET

Araştırmanın amacı; toplumun ruh hastalarını sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerini belirlemektir. Araştırmanın evrenini Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Ayakta Psikiyatrik Tedavi Ünitesi (APTÜ), Psikoz ve Nevroz Kliniklerinde yatarak veya ayakta tedavi gören hastaların 18-60 yaş ve üzerindeki 52'si kadın, 64'ü erkek 116 yakını ile ailesinde ruh hastası bulunmayan 18-60 yaş ve üzerinde 48'i kadın, 61'i erkek 109 birey oluşturmuştur. Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla deneklerin bireysel özelliklerini içeren Anket Formu-1, Ruh Hastası Aileleri Sorun Belirleme Anket Formu-2 (RHASBA), örnek vakalar (anksiyete nevrozuldepresyon, paranoid şizofreni) ve Arkar tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) kullanılmıştır. Araştırmanın verileri bilgisayarda SPSS programı ile yüzdeleme, varyans analizi, "X²" ve "t" testlerinden yararlanılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucunda; ailesinde ruh hastası bulunmayanların, ailesinde ruh hastası bulunanlara göre ruh hastalarını daha fazla reddedebildikleri, toplumun bu reddedici yaklaşımı karşısında hasta yakınlarının olumsuz yönde etkilenedikleri ama hastalığı gizleme yoluna gitmedikleri ve psikotik bozukluğu olan hastaların nevroitik bozukluğu olanlara göre daha fazla reddedildikleri saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Sosyal red, ruh hastası, aile, tutum, sosyal mesafe, toplum

Düşünen Adam; 1999, 12 (3): 50-61

SUMMARY

The aim of this study was to determine the effects of social rejection on the families of the patients. The subjects were chosen among the patients who were treated at the in-patient and out-patient psychiatry clinics of Bakırköy state hospital for psychiatric and neurological diseases, the family members of 52 female and 64 male, total 116 patients (age 18 to 60) were interviewed. The control group consisted of 48 female and 61 male individuals (age 18-60) who did not have a psychiatric patient in the family. Data were collected using questionnaire-1 concerning the individual characteristics of the subjects, questionnaire-2 concerning the family problems of psychiatric patient (Psychiatric Patient's Family Problems Checklist), and Social Distance Scale developed and validated by Arkar. The statistical analysis was performed using SPSS program; percentage, one way analysis of variance, "X²" and "t" tests were applied the results showed that individuals without a psychiatric illness in the family rejected the psychiatric patients socially more than those who had a patient in the family. The patients families were found to be negatively influenced by this social unacceptance, however they did not choose to conceal the illness. It was also found that psychotic patients were more rejected compared to neurotic patients.

Key words: Social rejected, mental patient, family, attitudes, social distance, community

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, **Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Hizmet İçi Eğitim Koordinatörlüğü

GİRİŞ

Romalı felsefeci Çıçero sormuştur: "Neden bedeninin bakımı ve korunması için bir sanat ortaya çıkmıştır da, ruhun iyileştirilmesi için bir sanat gereksinmesi derinden hissedilmemiştir ya da bunun üzerine düşünülmemiştir?"

Uzun yıllar sağlık ve hastalık "fiziksel rahatsızlık" ya da "iyi oluş hali" olarak algıladığı için bireyi etkileyen ruhsal ve sosyal faktörler gözardı edilmiştir. Bireyi biyopsikososyal bir çerçevede ele alan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı; "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" biçiminde tanımlamıştır (14,42).

Bu bütüncül model yaklaşımına dayanarak ruh sağlığını tanımlayacak olursak; "kişinin kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olmasıdır" diyebiliriz (10,14,40,53,54,55).

Oysa tüm dünyada yakın zamana kadar ruh sağlığı denildiğinde hep ciddi ruh hastaları akla gelmiş ve bunlar toplum dışında tutulmaya çalışılarak uzak yerlerde depolanmaları düşünülmüştür. Bu hastaların aileleri, yakın çevreleri her zaman gözardı edilmiştir. Ruh hastalarının aile, yakın çevre ve toplumdan ayrı düşünülemediği, geleneksel merkezi hastanelerin dışında, yaşadığı yerde tedavi ve kabul görmeleri, topluma yeniden kazandırılmaları 1960'lı yıllardan sonra araştırmacıların dikkatini çekmeye başlamıştır (3,40).

Ruh hastalarının merkezi hastaneler dışında bakım ve tedavisinin gerekliliği, özellikle sınırlı kaynaklara sahip, gelişmekte olan ülkeler için daha belirgindir. Ruh hastalarının yaşadığı ortamda tedavi ve rehabilitasyonu, ailenin ve toplumun ruh hastaları ve hastalıklarını sosyal kabulü konusunu da beraberinde getirmektedir. Ailenin ve toplumun ruh hastalarına yaklaşımları; ruh hastalıklarının önlenmesi, erken zamanda belirlenmesi, tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonu ile doğrudan ilişkilidir (3,4,7).

Yerel bakım yaklaşımlarının başarıya ulaşabilmesi için ailenin, yakın çevrenin ve daha geniş anlamda toplumun ruh hastalarını sosyal red veya kabul derecesini ve bunların hasta ailesi üzerindeki etkilerini,

ruh sağlığı ekibinin ve ekibin önemli bir üyesi olan psikiyatri hemşirelerinin bilmesi gerekmektedir. Böylece hemşireler bakımında bu konuyla ilgili öncelikleri saptamada, verdikleri hizmetin etkinliğini belirlemede ve ruh hastalarının sosyal rededilmesi söz konusuysa bunun azaltılmasında ve hasta ailesinin bakıma aktif olarak katılımını sağlamada daha etkili olabileceklerdir.

Araştırmanın amacı

Bu çalışmayla toplumun ruh hastalarını sosyal red durumunu belirleyerek bu durumun hasta aileleri üzerindeki etkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Elde edilecek sonuçlar psikiyatri hemşirelerinin, ruh sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla ailenin ve toplumun eğitimi için gerekli stratejileri geliştirmelerinde ve ruh hastalarının sosyal uyumunu sağlamada atılacak adımların ne olacağına karar vermede ışık tutabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın hipotezleri

1. Ailesinde ruh hastası olmayanlar, ailesinde ruh hastası olanlara göre ruh hastalarını daha fazla reddedebilmektedirler.
2. İçinde ruh hastası olan aileler, toplumun reddedici yaklaşımları karşısında olumsuz yönde etkilenebilirler.
3. Toplumun bu yaklaşım karşısında hasta yakınları hastalığı gizleme yoluna gidebilmektedirler.
4. Psikotik bozukluğu olan hastalar, nevrotik bozukluğu olanlara oranla daha fazla reddedilebilmektedirler.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmamız, toplumun ruh hastalarını sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla planlanarak, Kasım 1994-Haziran 1996 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Ayakta Psikiyatrik Tedavi Ünitesi (APTÜ), Psikoz ve Nevroz Kliniklerinde yatarak veya ayaktan tedavi gören hastaların yakınları ile İs-

tanbul il sınırları içinde yaşayan, ailesinde ruh hastası bulunmayan ve herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan kişiler oluşturmuştur.

Örneklem grubu ise, basit rastlantısal yöntemle seçilen 18-60 yaş ve üzerinde 52'si kadın, 64'ü erkek 116 hasta yakını ile ailesinde ruh hastası bulunmayan 18-60 yaş ve üzerinde 48'i kadın, 61'i erkek 109 kişi oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu-1, yine araştırmacı tarafından geliştirilen, Ruh Hastası Aileleri Sorun Belirleme Anket (RHASBA) Formu-2, Örnek vakalar; 1) Paranoid şizofreni, 2) Anksiyete nevrozu/depresyon ve Arkar tarafından geliştirilen Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) kullanılmıştır.

Anket Formu-1; iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm; hasta yakınları ve ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, sosyal güvence gibi bireysel özellikleri içermektedir. İkinci bölüm ise; hasta yakınlarının hasta ve hastalığına ilişkin sorulardan oluşmuştur.

Anket Formu-2; hasta yakınlarının, hasta ve hastalık nedeni ile yaşadıkları güçlükleri, düşüncelerini ve hissettiklerini tanımlayıcı 31 maddeden oluşan Ruh Hastası Aileleri Sorun Belirleme Anket Formu (RHASBA), literatür bilgisi ve bu konuda yapılan çalışmalar doğrultusunda hazırlanarak uygulanmadan önce uzman görüşüne sunulmuştur (Uzmanlar: Prof. Dr. Çaylan Pektekin, Doç. Dr. Emin Ceylan, Doç. Dr. Duran Çakmak). Ankette yer alan maddelerin güvenilirlik derecesi Cronbach's Alpha yöntemi ile 0.85 olarak bulunmuştur (17-19,26,40,49).

Araştırmada her deneğin sadece birine cevap verdiği iki örnek vaka kullanılmıştır. Bunlar paranoid şizofreni ve anksiyete nevrozu/depresyonu tanımlayan Star'ın tanınmış örnek vakalardır. Örnek vakalara herhangi bir psikiyatrik tanı yazılmamıştır. Her örnek vakayı Arkar tarafından geliştirilen ve kişi ile ruh hastası arasında tercih edilen sosyal mesafeyi ölçmek için geliştirilen Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) takip etmiştir. Arkar tarafından Cronbach's Alpha yöntemi ile sınıanan ölçeğin 0.88 güvenilirlik katsayısı

verdiği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur. Ölçek 7 dereceli Likert tipi cevaplanan 14 maddeden oluşmaktadır (3).

Değerlendirme cetveli

1. Kesinlikle rahatsız etmez.
2. Rahatsız etmez.
3. Pek rahatsız etmez.
4. Farketmez.
5. Biraz rahatsız eder.
6. Rahatsız eder.
7. Kesinlikle rahatsız eder; ifadelerini içermektedir (3).

Verileri toplamak için, araştırmanın amacı deneklere anlatılmış ve araştırmaya katılma deneğin isteğine bırakılmıştır. Veriler bireysel görüşme yoluyla araştırmacı tarafından toplanarak, IBM uyumlu bilgisayarda SPSS programı ile yüzdeleme, tek yönlü varyans analizi, "X²", "t" testlerinden yararlanılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir (1,63).

Tablo 1'de görüldüğü gibi hasta/yakınlarının hasta ve hastalığına ilişkin düşünceleri, hissettikleri ve yaşadıkları sorunların dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının % 65.5'i (76) toplumun daha ılımlı ve anlayışlı davranmalarını istediklerini, % 63.8'i (74) hastalara kendi hayatlarını yönlendirme hakkının verilmesini, % 62.1'i (72) evde huzursuzluk olduğunu, % 55.2'si (64) hastalara, davranışlarının sorumluluğu kazandırıldığı takdirde daha çabuk iyileşebileceğini ve % 51.7'si (60) hastaların tedavi etmenin en iyi yolunun yaşadıkları toplumu düzeltmek olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 2'de hasta yakınlarının Sosyal Mesafe Ölçeğine verdikleri cevapların dağılımına bakıldığında, % 76.6'sı (89) örnek vakada verilen ruh hastasıyla okey, tavla, iskambil kağıdı gibi oyun oynamaktan, % 75.9'u (88) işyerinde aynı çatı altında bulunmaktan, % 71.5'i (83) bu kişiye evlerini kiraya vermekten kesinlikle rahatsızlık duyacaklarını belirtirken, % 64.8'i (75) bu kişinin işlettiği bakkal dükkanından alışveriş yapmaktan, % 63.7'si (74) belediye otobüsünde yanyana oturmaktan kesinlikle rahatsızlık duymayacaklarını belirtmişlerdir.

Tablo 1. Hasta yakınlarının RHASBA'ne verdikleri cevapların dağılımı (n:116)*

Ruh hastası aileleri sorun belirleme anketi (RHASBA)		n	%	Sıra no
1	Evde huzursuzluk olması	72	62.1	3
2	Utandırılması	12	10.3	21
3	Bıkılması	14	12.1	20
4	Misafirlğe gelinmemesi	20	17.2	13
5	Komşuların şikayetçi olması	18	15.2	15
6	İnsanların hastaneye yatırılmasını istemeleri	17	14.2	16
7	Misafir geldiğinde odasına kapatılması	4	3.4	31
8	Onunla yaşamının çok zor olması	33	28.4	9
9	Misafirlğe götürülmemesi	17	14.7	17
10	Alışverişe gönderilmemesi	8	6.9	26
11	Belediye otobüsünde bakışlardan rahatsız olunması	12	10.3	24
12	Yakınlarını küçük düşürmesi	16	13.8	19
13	Belediye otobüsünde yanına oturmak istememesi	8	6.9	27
14	Onunla alay edilmesi	12	10.3	23
15	Şehirlerarası otobüslerde yanına oturmak istenmemesi	5	4.3	30
16	İş verilmemesi	19	16.4	14
17	İnsanların konuşmak istememesi	11	9.5	25
18	İşyerinde arkadaşlarının dışlanması	7	6.0	28
19	Kızının/oğlunun evlendirmek istenmemesi	12	10.3	22
20	Sürekli barınabileceği bir kurumda kalmasının iyi olacağı	16	13.8	3
21	Ev sahibinin evden çıkmasını istemesi	6	5.2	9
22	Çocukları olumsuz etkilemesi	39	33.6	8
23	İnsanların kaba davranışları iyileşmesini engellemesi	24	20.7	11
24	Toplum yıkıcı yönde muamele ediyor olması	20	17.2	12
25	Toplum anlayışlı davranırsa evde daha çabuk iyileşmesi	40	34.5	7
26	Hayatlarını yönlendirme hakkı verilirse çabuk iyileşmesi	74	63.8	2
27	Tedavi etmenin en iyi yolu önce toplumu düzeltmektir	60	51.7	5
28	Davranış sorumluluğu kazandınlırsa çabuk iyileşmesi	64	55.2	4
29	Ahlaki açıdan yargılanmaması	49	42.2	6
30	Sorunların insanların yaklaşımından kaynaklanması	26	22.4	10
31	Toplumun daha ılımlı ve anlayışlı davranması	76	65.5	1

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 2. Hasta yakınlarının SMÖ'ne verdikleri cevapların dağılımı (n:116)

Sosyal mesafe ölçeği (SMÖ)	1		2		3		4		5		6		7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Belediye otobüsünde yanyana oturmak	74	63.7	7	6.0	3	2.6	6	5.2	4	3.4	11	9.5	11	9.5
Şehirlerarası otobüste birarada olmak	63	54.3	7	6.0	6	5.2	3	2.6	7	6.0	8	6.9	22	19.0
Bu kişinin bakkal dükkanından alışveriş yapmak	75	64.8	6	5.2	2	1.7	4	3.4	12	10.3	5	4.3	12	10.3
Apartmanda kapıcı olarak çalıştırmak	56	48.3	7	6.0	1	.9	1	.9	17	14.6	7	6.0	27	23.3
Bu kişiye evini kiraya vermek	-	-	9	7.8	4	3.4	6	5.2	6	5.2	8	6.9	83	71.5
Birlikte bir aile toplantısına katılmak	72	62.1	10	8.6	3	2.6	4	3.4	3	2.6	6	5.2	18	15.5
Oyun oynamak	-	-	9	7.8	2	1.7	9	7.8	1	.9	6	5.2	89	76.6
Memleket meselelerini konuşmak	56	48.3	9	7.8	4	3.4	7	6.1	7	6.0	5	4.3	28	24.1
Dertleşmek	54	46.5	11	9.5	1	.9	9	7.8	6	5.2	3	2.6	32	27.5
Komşu olmak	63	54.3	10	8.6	-	-	8	6.9	11	9.5	6	5.2	18	15.5
Saç kestirmek	37	31.9	10	8.6	7	6.0	8	6.9	6	5.2	9	7.8	39	33.6
İşyerinde aynı odada çalışmak	-	-	12	10.3	8	6.9	6	5.2	10	8.6	8	6.9	70	60.4
İşyerinde aynı çatı altında bulunmak	-	-	5	4.3	3	2.6	6	5.2	7	6.0	7	6.0	88	75.9
Kızkardeşinizle evlenmek istemesi	14	12.1	4	3.4	4	3.4	10	8.6	10	8.6	13	11.2	61	52.7

Tablo 3'de ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerin ise % 63.3'ü (69) kızkardeşlerinin, ruh hastası bir kişiyle evlenmek istemesinden, % 61.5'i (67) okey, tavla, iskambil kağıdı gibi oyun oynamaktan ve evlerini kiraya vermektan kesinlikle rahatsızlık duyacaklarını belirtirken, % 57.9'u (63) bu kişinin işlettiği bakkal dükkanından alışveriş yapmaktan kesinlikle rahatsızlık duymayacaklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4'de görüldüğü gibi hasta yakınları ile ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerin Sosyal Mesafe Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ruh hastası bir bireyle şehirlerarası otobüste yedi saatlik yolculukta birarada olma (t:1.73, p<0.05), apartmanda kapıcı olarak çalıştırma (t:2.69, p<0.01), okey, tavla, iskambil kağıdı gibi oyunlar oynama (t:2.22, p<0.05), dertleşme (t:2.17, p<0.05), komşu

Tablo 3. Ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerin SMÖ'ne verdikleri cevapların dağılımı (n:109)

Sosyal mesafe ölçeği (SMÖ)	1		2		3		4		5		6		7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Belediye otobüsünde yanyana oturmak	50	45.9	16	14.7	4	3.7	8	7.3	11	10.1	7	6.4	13	11.9
Şehirlerarası otobüste birarada olmak	33	30.2	10	9.2	7	6.4	12	11.0	10	9.2	10	9.2	27	24.8
Bu kişinin bakkal dükkanından alışveriş yapmak	63	57.9	8	7.3	5	4.6	8	7.3	8	7.3	6	5.5	11	10.1
Apartmanda kapıcı olarak çalıştırmak	31	28.4	8	7.3	4	3.7	6	5.5	11	10.1	11	10.1	38	34.9
Bu kişiye evini kiraya vermek	-	-	6	5.5	5	4.6	13	11.9	5	4.6	13	11.9	67	61.5
Birlikte bir aile toplantısına katılmak	48	44.1	12	11.0	6	5.5	13	11.9	12	11.0	7	6.4	11	10.1
Oyun oynamak	-	-	13	11.9	7	6.4	9	8.3	5	4.6	8	7.3	67	61.5
Memleket meselelerini konuşmak	43	39.4	9	8.3	9	8.3	14	12.8	9	8.3	5	4.6	20	18.3
Dertleşmek	31	28.4	7	6.4	7	6.4	17	15.7	7	6.4	8	7.3	32	29.4
Komşu olmak	32	29.4	13	11.9	8	7.3	10	9.2	15	13.8	12	11.0	19	17.4
Saç kestirmek	22	20.2	7	6.4	6	5.5	8	7.3	8	7.3	8	7.3	50	46.0
İşyerinde aynı odada çalışmak	-	-	14	12.8	9	8.3	13	11.9	6	5.5	14	12.8	53	48.7
İşyerinde aynı çatı altında bulunmak	-	-	8	7.3	10	9.2	10	9.2	10	9.2	7	6.4	64	58.7
Kızkardeşinizle evlenmek istemesi	7	6.4	4	3.7	6	5.5	11	10.1	13	11.9	9	8.3	69	63.3

Tablo 4. Hasta yakınları (grup 1) ile ailesinde ruh hastası bulunmayan (grup 2) deneklerin SMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sosyal mesafe ölçeği (SMÖ)	Gruplar	X	SD±	"t"	"p"
Belediye otobüsünde yanyana oturma	1 n:116 2 n:109	2.45 2.88	2.22 2.23	1.46	>0.05
Şehirlerarası otobüste birarada olma	1 n:116 2 n:109	2.97 3.86	2.49 2.43	1.73	<0.05
Bu kişinin bakkal dükkanından alışveriş yapma	1 n:116 2 n:109	2.44 2.56	2.20 2.17	.41	>0.05
Apartmanda kapıcı olarak çalıştırma	1 n:116 2 n:109	3.39 4.31	2.60 2.55	2.69	<0.01
Bu kişiye evini kiraya verme	1 n:116 2 n:109	6.15 5.97	1.59 1.57	.83	>0.05
Birlikte bir aile toplantısına katılma	1 n:116 2 n:109	2.53 2.95	2.34 2.16	1.36	>0.05
Oyun oynama	1 n:116 2 n:109	6.24 5.73	1.56 1.85	2.22	<0.05
Memleket meselelerini konuşma	1 n:114 2 n:108	3.20 3.28	2.57 2.34	.26	>0.05
Dertleşme	1 n:114 2 n:108	3.30 4.05	2.63 2.45	2.17	<0.05
Komşu olma	1 n:114 2 n:108	2.84 3.69	2.40 3.31	2.66	<0.01
Saç kestirmek	1 n:113 2 n:108	4.03 4.81	2.63 2.47	2.30	<0.05
İşyerinde aynı odada çalışma	1 n:114 2 n:108	5.79 5.44	1.79 1.88	1.40	>0.05
İşyerinde aynı çatı altında bulunma	1 n:114 2 n:108	6.37 5.76	1.36 1.73	2.92	<0.01
Kızkardeşinizle evlenmek istemesi	1 n:114 2 n:108	5.46 5.79	2.13 1.93	1.18	

Tablo 5. Hastanın bireysel özelliklerinin RHASBA ve SMÖ'ne etkisi (n:116)

Bireysel özellikler	RHASBA			SMÖ			
	n	X	SD±	n	X	SD±	
Hastanın yaşı							
14-25	39	.20	.15	39	3.54	.96	
26-37	44	.25	.18	42	4.13	1.20	F:2.44
38-49	19	.24	.16	18	4.22	1.09	
50 ve üzeri	13	.17	.13	13	4.70	1.44	p<0.05
Toplam	115	.23	.16	112	4.08	1.28	
Cinsiyeti							
Kadın	60	.18	.14	60	3.80	1.04	t:2.44
Erkek	56	.27	.18	53	4.38	1.46	p=0.01
Eğitimi							
Okur-yazar değil	10	.26	.17	10	4.20	1.41	
Okur-yazar	3	.27	.07	3	4.29	1.19	
İlkokul	36	.21	.13	35	3.81	1.15	F:.93
Ortaokul	17	.30	.20	15	4.61	1.43	
Lise	31	.25	.19	31	4.14	1.32	p>0.05
Yüksekokul	19	.12	.07	19	3.92	1.29	
Toplam	116	.23	.16	113	4.07	1.28	
Mesleği							
İşçi	11	.24	.10	11	3.64	1.11	
İşsiz	23	.37	.19	21	4.67	1.54	
Serbest	15	.15	.09	15	4.13	1.26	F:2.54
Ev hanımı	43	.20	.15	43	3.96	1.07	
Memur	9	.24	.17	9	4.62	1.52	p<0.05
Emekli	2	.23	.23	2	4.96	2.58	
Diğer	12	.12	.12	12	3.21	.73	
Toplam	115	.23	.16	113	4.07	1.28	
Hastalık süresi							
1 yıldan az	40	.16	.12	40	3.88	1.20	
1-5 yıl	39	.22	.12	37	4.31	1.35	F:.73
6-10 yıl	17	.32	.22	17	4.20	1.39	
11-15 yıl	11	.33	.22	10	3.67	.98	p>0.05
16-20 yıl	4	.26	.16	4	4.48	1.81	
20 yıldan fazla	4	.26	.14	4	4.11	1.40	
Toplam	115	.23	.16	112	4.08	1.28	
Yatış sayısı							
Hiç yatmadı	39	.17	.14	38	4.00	1.38	
1. yatış	30	.17	.12	29	4.04	1.20	F:.70
2-4 yatış	29	.26	.13	29	3.95	1.14	
5 ve üzeri	17	.37	.22	16	4.50	1.49	p>0.05
Toplam	115	.23	.16	112	4.07	1.29	

olma (t:2.66, p<0.01), saç kestirme (t:2.30, p<0.05), işyerinde aynı çatı altında bulunma (t:2.92, p<0.01) durumlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Oyun oynama ve işyerinde aynı çatı altında bulunma durumlarında hasta yakınları daha fazla sosyal mesafe koyarken, diğer durumlarda ise ailesinde ruh hastası bulunmayanlarda sosyal mesafe koymanın daha fazla olduğu bulunmuştur. Diğer durumlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 5'de hastanın cinsiyeti (t:2.44, p=0.01) yaşı (F:2.44, p<0.05) ve mesleği (F:2.54, p<0.05) ile hasta yakınlarının SMÖ puan ortalamaları; hastanın cinsiyeti (t:2.93, p<0.01), eğitimi (F:2.77, p<0.05), mesleği (F:5.74, p<0.001), hastalık süresi (F:4.27, p<0.01), yatış sayısı (F:8.96, p<0.001) ile hasta yakınlarının RHASBA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak olumsuz yönde bir ilişki bulunmuştur. Hastanın yaşı arttıkça ve sırasıyla emekli, işsiz, memur olan hastaların yakınlarında sosyal mesafe koymanın ve erkek, eğitimi orta, okur-yazar, okur-yazar olmayan, işsiz, hastalık süresi 5-15 yıl ara-

Tablo 6. Hastanın hastalığı ile ilgili özelliklerinin RHASBA ve SMÖ puan ortalamalarına etkisi (n:116)

Hastalıkla ilgili özellikler		n	RHASBA			"t"	"p"	n	SMÖ		
			X	SD±	"t"				X	SD±	"t"
Tıbbi teşhisi	Psikoz	53	.29	.17	4.31		52	4.15	1.31	.59	
	Nevroz	57	.16	.13		<0.001	55	4.00	1.27		>0.05
Hastaneye kendi isteğiyle mi geldi?	Evet	74	.18	.14	4.22		72	3.90	1.16	1.90	
	Hayır	42	.30	.17		<0.001	41	4.37	1.45		>0.05
Eski sağlığına kavuşabilir	Evet	77	.18	.14	5.02		75	3.87	1.17	2.17	
	Hayır	33	.33	.19		<0.001	32	4.44	1.37		<0.05
Evde bakımı/ tedavisi ile ilgilenen	Var	81	.25	.17	2.74		79	4.16	1.31	1.10	
	Yok	35	.16	.12		<0.05	34	3.87	1.20		>0.05
Bakımı/ tedavisi ile ilgilenen kişi bu işi isteyerek yapıyor	Evet	64	.25	.17	.94		62	3.97	1.19	2.79	
	Hayır	17	.29	.18		>0.05	17	4.93	1.51		<0.01
Evde bakımı/ tedavisi ile baba ilgileniyor	Evet	15	.35	.20	3.31		14	4.80	1.69	2.31	
	Hayır	101	.21	.15		=0.001	99	3.97	1.19		<0.05
Evde bakımı/ tedavisi ile çocukları ilgileniyor	Evet	10	.28	.10	1.18		10	4.94	1.37	2.27	
	Hayır	106	.22	.17		>0.05	103	3.99	1.25		<0.05

sında ve yatış sayısı 5 ve üzerinde olan hastaların yakınlarında sorun yaşamının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 6'da hastanın hastaneye geliş şekli (t:4.22, p<0.001), eski sağlığına kavuşması (t:5.02, p<0.001), teşhisi (t:4.31, p<0.001), evde bakım/ tedavisi ile ilgilenen birisinin olup olmaması (t:2.74, p<0.01) ve babanın ilgilenmesi (t:3.31, p=0.001) ile RHASBA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Hastaneye zorla gelenlerde, eski sağlığına kavuşamaz diyenlerde, psikoz yakını olanlarda, evde bakım/ tedavisi ile ilgilenen var diyenlerde, babası ilgilenen hasta yakınlarında sorun yaşama daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastanın eski sağlığına kavuşması (t:2.17, p<0.05), evde bakım/ tedavisi zorunluluktan yapılması (t:2.79, p<0.01), evde bakım/ tedavisi ile babanın (t:2.31, p<0.05) ve çocukların (t:2.27, p<0.05) ilgilenmesi ile SMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Eski sağlığına kavuşamaz diyenlerde, evde bakım/ tedavisini zorunluluktan yapanlarda, evde bakım/ tedavisi ile babası ve çocukları ilgilenenlerde SMÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA

Hasta yakınlarının hasta ve hastalık ile ilgili düşünceleri, hissettikleri ve yaşadıkları sorunlara baktığımızda % 65.5'i (76) toplumun daha ılımlı ve anlayışlı davranmalarını istediklerini, % 63.8'i (74) hastalara kendi hayatlarını yönlendirme hakkının verilmesini, % 62.1'i (72) evde huzursuzluk olduğunu, % 55.2'i (64) hastalara davranış sorumluluğu kazandırdığı takdirde daha çabuk iyileşebileceğini, % 51.7'si (60) hastaları tedavi etmenin en iyi yolunun yaşadıkları toplumu düzeltmek olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 1).

Bu durum hasta yakınlarının hastalara karşı otoriter bir tutum içine girmediklerini, esnek düşünebildiklerini göstermektedir. Araştırma kapsamımızda yer alan hastaların yarısının lise ve yüksek okul mezunu olmasının buna neden olduğunu söyleyebiliriz. Gümüş'ün (38), hastaların eğitim durumları yükseldikçe hasta yakınlarının daha az otoriter ve kısıtlayıcı tutum gösterdiklerini belirtmesi de bunu destekler niteliktedir.

Hasta yakınlarının birinci sırada toplumdan anlayış istediklerini belirtmeleri bize; hasta yakınlarının uzak ve yakın çevrelerindeki insanlarla ciddi sorunlar yaşadıklarını düşündürmüş ve Johannsen'in (13), toplumun gösterdiği tavrın, hastaların aileleri ve iş-

leri üzerinde etkileri olduğunu, Buldukoğlu ve Tel'in (15) de ailede ruh hastasının varlığının ailenin sosyal ilişkilerine % 33 oranında olumsuz boyut kazandırdığını ve ailenin bunu daha çok kendilerini toplumdan soyutlama şeklinde yaşadıklarını belirtmeleri de bu düşüncemizi desteklemektedir.

Hastaların rahatsızlığını kimlerin bildiğine bakıldığında % 98.3'ünün aile çevresi, % 74.1'inin (86) akrabaları, % 64.7'sinin (75) komşuları, % 62.9'unun (73) arkadaş çevresinin bildiği saptanmıştır. Tablo 7'de görüldüğü gibi hastanın rahatsızlığının akrabalar (t:2.56, p<0.05), komşular (t:4.65, p<0.001) ve arkadaşlar (t:3.05, p<0.01) tarafından bilinmesi ile RHASBA puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yakın çevrede hastalık bilindiğinde sorun yaşama daha fazla olduğu bulunmuştur.

Philips, araştırmasında ruh hastalarının en yüksek oranda reddedildiği dönemin, hastaneye kabulde ortaya çıktığını saptamıştır. Bu kişilerin reddedilmesini, sağlık sorunlarının olmasından veya kendilerine bakamamalarından değil, bir psikiyatrist veya akıl hastanesi ile ilişkiye girmeleri sonucu "akıl hastası" veya "deli" olarak etiketlenmelerinin neden olduğu sonucuna varmıştır. Yani ruh hastası olmalarına rağmen bunu saklarsa açık bir reddetme ile karşılaşmayacaklarını belirtmiştir (13).

Buldukoğlu ve Tel (16) Sivas'da 30 hasta ile yaptıkları araştırmalarında hastaların % 80'inin eş, dost, akraba ilişkilerinin, ya rahatsız edici şekilde ilgilenecek ya da ilişkiyi kesme yoluyla olumsuz etkilendiğini, % 13'ünün sosyal izolasyon yaşadıklarını ve % 77'sinin hastalık nedeniyle aile ilişkilerinin boyut değiştirdiğini ve genellikle olumsuz boyut aldığını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar bizim bulgularımızı desteklemektedir.

Hasta yakınlarının SMÖ'ne verdikleri cevapların dağılımında % 76.6'sı (89) örnek vakada verilen ruh hastası ile okey, tavla, iskambil kağıdı gibi oyunlar oynamaktan, % 75.9'u (88) işyerinde aynı çatı altında bulunmaktan, % 74.5'i (83) bu kişiye evlerini kiraya vermekten kesinlikle rahatsızlık duyacaklarını belirtirken; % 64.8'i (75) bu kişinin işlettiği bakkal dükkanından alışveriş yapmaktan, % 63.7'si (74) belediye otobüsünden yanyana oturmaktan kesinlikle rahatsızlık duymayacaklarını belirtmişlerdir (Tablo

2). Hasta yakınlarında kişisel yakınlık ve sorumluluk gerektiren durumlarda sosyal mesafe koymamanın, genel, kişisel olmayan durumlara göre daha fazla olduğu düşünülmektedir. Arkar'ın (3) sonuçları da bunu desteklemektedir.

Ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerin SMÖ'ne verdikleri cevapların dağılımında ise % 63.3'ü (69) kızkardeşlerinin ruh hastası bir kişi ile evlenmek istemesinden, % 61.5'i (67) okey, tavla, iskambil kağıdı gibi oyunlar oynamaktan ve evlerini kiraya vermekten kesinlikle rahatsızlık duyacaklarını belirtirken, % 57.9'u (63) bu kişinin işlettiği bakkal dükkanından alışveriş yapmaktan kesinlikle rahatsızlık duymayacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Görüldüğü gibi denekler en fazla kız kardeşlerinin ruh hastası bir birey ile evlenmek istemesinden rahatsızlık duyacaklarını belirtmişlerdir. Ailesinde ruh hastası bulunmayan denekler de kişisel yakınlık ve sorumluluk gerektiren durumlarda sosyal mesafe koymamanın daha fazla olduğu bulunmuştur. Whatley'in çalışmasında da mesafe koyma eğilimi, yakınlık gerektiren durumlarda artış göstermiştir (3,13). Bu sonuç bizim bulgumuzu desteklemektedir.

Hasta yakınları ile ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerin SMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, ruh hastası bir birey ile şehirlerarası otobüste yedi saatlik yolculukta birarada olma (t:1.73, p<0.05), apartmanda kapıcı olarak çalıştırma (t:2.69, p<0.01), okey, tavla, iskambil kağıdı gibi oyunlar oynama (t:2.22, p<0.05), dertleşme (t:2.17, p<0.05), komşu olma (t:2.66, p<0.01), saç kestirme (t:2.30, p<0.05), iş yerinde aynı çatı altında bulunma (t:2.92, p<0.01) durumlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (4).

Oyun oynama ve iş yerinde aynı çatı altında durumlarında hasta yakınları daha fazla sosyal mesafe koyarken diğer durumlarda ise ailesinde ruh hastası bulunmayanlarda sosyal mesafe koymamanın daha fazla olduğu görülmektedir. Trute ve Loewen, bir ruh hastası ile kişisel deneyim sahibi olmanın ruh hastasını kabul etme ile doğrudan olumlu yönde ilişki olduğunu saptamışlardır (4). Bizim çalışmamızda da hasta yakınlarının ruh hastasını kabul etme düzeyinin ailesinde ruh hastası bulunmayanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur.

Arıkan ve ark. (24) içinde ruh hastası olan ve olmayan ailelerin her ikisinde de, ruh hastasından sosyal açıdan uzak durma eğiliminin olduğunu, Arkar (3) tarafından yapılan bir araştırmada ruh hastalarının yakınları ile ruh hastasıyla doğrudan deneyimi olmayan kişiler karşılaştırılmış ve tutum farkları bulunamamış, yine Arkar ve Eker (5) tarafından yapılan bir araştırmada da ailede hastaneye yatırılmış bir ruh hastasının bulunmasının toplumsal kabullenmeyi etkilemediği saptanmıştır. Bu sonuçlar bizim bulgumuza ters düşmektedir. Araştırmamızdan çıkan sonuca göre ruh hastası ile doğrudan deneyim sahibi olmanın ruh hastasını kabul etmede pozitif yönde bir etki oluşturduğu düşünülmektedir.

Hastanın yaşı (F:2.44, p<0.05), cinsiyeti (t:2.44, p=0.01), mesleği (F:2.54, p<0.05) (Tablo 16); eski sağlığına kavuşma (t:2.17, p<0.05), evde bakım/tedavisinin isteyerek yapılmaması (t:2.79, p<0.01), evde bakım/tedavisi ile babanın (t:2.31, p<0.05) ve çocukların (t:2.27, p<0.05), ilgilenmesi ile hasta yakınlarının SMÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 6). Hasta yakınlarında hastalarının yaşı arttıkça ve sırasıyla emekli, işsiz ve memur, erkek, eski sağlığına kavuşamayacağı düşünülen, evde bakım/tedavisi ile babası ve çocukları ilgilenen hastaların yakınlarında sosyal mesafe koymanın daha fazla olduğu bulunmuştur.

Hastanın cinsiyeti (t:2.93, p<0.01), eğitimi (F:2.77, p<0.05), mesleği (F:5.74, p<0.001), hastalık süresi (F:4.27, p<0.01), yatış sayısı (F:8.96, p<0.001); teşhisi (t:4.31, p<0.001), hastaneye geliş şekli (t:4.22, p<0.001), eski sağlığına kavuşma (t:5.02, p<0.001), evde bakımı/tedavisi ile ilgilenen birinin olup olmaması (t:2.74, p<0.05), babanın ilgilenmesi (t:3.31, p=0.001) (Tablo 6) ile hasta yakınlarının RHASBA puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 6). Erkek; orta eğitilmiş ve okur-yazar olmayan; emekli, işsiz; hastalık süresi 6-15 yıl arasında, yatış sayısı 5 ve üzerinde olan; psikoz, hastaneye kendi isteğiyle gelmeyen, evde bakımı/tedavisi ile ilgilenen birisi olan ve babası ilgilenen hastaların yakınlarında sorun yaşamının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Literatür bilgisine göre, ailedeki hasta bireyin yarattığı rol boşluğunu doldurmak üzere sorumlulukların diğer üyelerce yerine getirilmesi ve bu duruma

uyum sağlama zorlanmaları neden olmaktadır (26,40). Erkek hasta yakınlarının daha fazla sorun yaşamaları ve daha fazla sosyal mesafe koymaları da erkek ege-men bir toplum olarak ailede erkeğin rol boşluğunu doldurmaya çalışan diğer üyelerin daha fazla sorun yaşadıkları ve buna ek olarak, erkek hastaların toplumdaki bireylerle daha fazla ilişki içinde olması ve sosyal red durumuyla daha fazla karşılaşmalarından kaynaklandığını düşündürmüştür (13).

Buldukoğlu ve Tel (16), Sivas'da 30 ruh hastası denekle yaptıkları araştırmalarında; hastalığa bağlı olarak erkek hastalarda, insan ilişkilerinde daha çok öfke, saldırganlık gibi olumsuz tutumların, kadın hastalarda da daha çok iyi davranmak için kendini zorlama gibi farklı tutumların ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Bu durum, toplumun kadın ve erkeğe biçtiği rollerin sonuçlarını çok güzel yansıtmakta ve bizim bulgumuzu da açıklayıcı nitelik taşımaktadır.

Eğitim düzeyi orta ve hiç okuma-yazması olmayan, emekli, işsiz; hastalık süresi ve yatış sayısı fazla olan hastaların yakınlarının daha fazla sorun yaşıyor olması, toplumun olumsuz tutumdan dolayı hastaya iş verilmemesi veya hastalık süresinin ve yatış sayısının artmasına bağlı olarak hastanın çalışabilecek durumda olmaması, emeklilerde yaşlılık sorunlarının da olmasına bağlı olarak aile işlevlerinde aksamaların ortaya çıkabileceğini düşündürmüştür.

SONUÇLAR

- Hasta yakınları ile ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerin SMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerde sosyal mesafe koymanın daha fazla olduğu bulunmuştur. Ruh hastasıyla direkt deneyim sahibi olma ile sosyal kabul arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

- Psikoz ve nevroz hasta yakınlarının SMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

- Psikoz ve nevroz hasta yakınlarının RHASBA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Psikoz hasta yakınlarının nevroz hasta yakınlarından daha fazla sorun yaşadıkları bulunmuştur.

- Hasta yakınlarının psikoz ve nevroz örnek vakaya göre SMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hasta yakınları psikoz örnek vakada daha fazla sosyal mesafe koymaktadırlar.
- Hasta yakınları ile ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerin psikoz örnek vakaya göre SMÖ puan ortalamaları arasında sadece iş yerinde aynı çatı altında bulunma durumunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hasta yakınlarında bu yönde sosyal mesafe koymanın daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Hasta yakınlarında 45 yaş sonrasında, ailesinde ruh hastası bulunmayanlarda ise genç ve orta yaşlarda psikoz vakasının sosyal kabulü beklenenin üzerinde bulunmuştur ($X^2:13$, $p<0.01$).
- Hasta yakınlarında evli ve dul olanlarda, ailesinde ruh hastası bulunmayanlarda ise bekar olanlarda psikoz vakasının sosyal kabulü beklenenin üzerinde bulunmuştur ($X^2:17.2$, $p<0.001$).
- Hasta yakınlarında eğitim düzeyi düşük olanlarda, ailesinde ruh hastası bulunmayanlarda ise eğitim düzeyi orta ve yüksek olanlarda psikoz vakasının sosyal kabulü beklenenin üzerinde bulunmuştur ($X^2:16.7$, $p<0.001$).
- Hasta yakınları ile ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerin nevroz örnek vakasına göre SMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerde sosyal mesafe koymanın daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Hasta yakınlarında evli olanlarda, ailesinde ruh hastası bulunmayanlarda ise bekar olanlarda nevroz vakasının sosyal kabulü beklenenin üzerinde bulunmuştur ($X^2:20.2$, $p<0.001$).
- Hasta yakınlarında eğitim düzeyi düşük olanlarda, ailesinde ruh hastası bulunmayanlarda ise eğitim düzeyi orta ve yüksek olanlarda nevroz vakasının sosyal kabulü beklenenin üzerinde bulunmuştur ($X^2:14.6$, $p<0.01$).
- Ailesinde ruh hastası bulunmayan deneklerde psi-

koz ve nevroz örnek vakaya göre SMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Psikoz örnek vakada sosyal mesafe koymanın daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Hasta yakınlarının yaşı (F:4.38, $p<0.001$) ve aylık geliri (F:5.43, $p<0.01$) ile RHASBA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. 60 yaş ve üzerinde olanlarla aylık geliri 20 milyondan az olan hasta yakınlarında sorun yaşamanın daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Hastanın yaşı (F:2.44, $p<0.05$), mesleği (F:2.54, $p<0.05$), cinsiyeti (t:2.44, $p=0.01$), hastanın eski sağlığına kavuşması (t:2.17, $p<0.05$), evde bakım ve tedavisinin isteyerek yapılmaması (t:2.79, $p<0.01$), evde bakımı/tedavisi ile babanın (t:2.31, $p<0.05$) ve çocukların (t:2.27, $p<0.05$) ilgilenmesi ile hasta yakınlarının SMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastanın yaşı arttıkça ve sırasıyla emekli, işsiz ve memur; eski sağlığına kavuşamayacağı düşünülen, evde bakım ve tedavisi isteyerek yapılmayan, babası ve çocukları ilgilenen hastaların yakınlarında sosyal mesafe koymanın daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Hastanın eğitimi (F:2.77, $p<0.05$), mesleği (F:5.74, $p<0.001$), hastalık süresi (F:4.27, $p<0.01$), yatış sayısı (F:8.96, $p<0.001$) ve cinsiyeti (t:2.93, $p<0.01$), hastaneye geliş şekli (t:4.22, $p<0.001$), eski sağlığına kavuşması (t:5.02, $p<0.001$), teşhisi (t:4.31, $p<0.001$) evde bakımı/tedavisi ile ilgilenen birisinin olup olmaması (t:2.74, $p<0.05$) ve babanın ilgilenmesi (t:3.31, $p<0.001$) ile hasta yakınlarının RHASBA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Erkek; eğitimi orta, okur-yazar ve okur-yazar olmayan; işsiz; hastalık süresi 6-15 yıl arasında ve yatış sayısı 5 ve daha fazla olan; hastaneye zorla getirilen; eski sağlığına kavuşamayacağı düşünülen; psikoz; evde bakımı/tedavisi ile ilgilenen birisi olan ve babası ilgilenen hastaların yakınlarında sorun yaşamanın daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Hastanın rahatsızlığının yakın çevrede bilinmesi ile hasta yakınlarının RHASBA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yakın çevrede rahatsızlık ne kadar çok bilinirse sorun yaşamanın da o derece arttığı bulunmuştur.

Sonuç olarak araştırmamızın varsayımlarından; ailesinde ruh hastası olmayanların, ailesinde ruh hastası olanlara göre ruh hastalarını daha fazla reddedebildikleri, içinde ruh hastası bulunan ailelerin, toplumun reddedici yaklaşımları karşısında olumsuz yönde etkilenebildikleri ve psikotik bozukluğu olan hastaların, nevroitik bozukluğu olanlara oranla daha fazla reddedebilecekleri doğrulanmıştır.

Toplumun reddedici yaklaşımı karşısında hasta yakınlarının hastalığı gizleme yoluna gidebilecekleri varsayımımız doğrulanmamıştır. Hastanın rahatsızlığının yakın çevrenin büyük bir çoğunluğu tarafından bilindiği saptanmıştır.

ÖNERİLER

1. Basında yer alan ruh hastaları/hastalıkları hakkında yaygın yanlış inanış ve uygulamaların engellenmesi ve kitle iletişim araçlarıyla halka ruh sağlığı ve hastalıkları hakkında yaygın eğitimlerin yapılması.
2. 12-30 yaşları arasında oluşan tutumlar genellikle kalıcı olduğu için özellikle orta öğretimden itibaren okullarda örgün eğitim programlarında ruh sağlığı konusuna yer verilmesi.
3. Toplumda ruh hastalarına/hastalıklarına karşı olumsuz tutum ve reddedici yaklaşımları değiştirmenin yanında, ruh hastalarına; topluma kendilerini kabul ettirecek düzeyde yeni beceriler kazandırılması veya varolan yeteneklerinin desteklenmesi için rehabilitasyon hizmetlerine önem verilmesi.
4. Aileye hastalık hakkında bilgi verilmesi.
5. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerine daha çok önem verilerek yaygınlaştırılması ve birinci basamak tedavi hizmetleri ile bütünleştirilmesi.
6. Ruh hastalarının, çok gerekli olmadıkça hastaneye yatışlarının önlenmesi ve yaşadıkları ortamda bakım/tedavi görmeleri.
7. Ruh hastalarının haklarının yeniden düzenlenmesi.
8. Ruh sağlığı alanında sektörlerarası işbirliğinin sağlanması.

9. Ekonomik durumu iyi olmayan ve kronik hastalara ücretsiz ilaç sağlanması.

10. Aile destek sistemleri, danışmanlık ve krize müdahale merkezlerinin oluşturulup yaygınlaştırılması ve hasta ailelerine, hastaya optimal düzeyde yardım edebilmeleri ve hastayı daha kolay anlayıp uygun yaklaşımı yapabilmeleri için uzmanlaşmış psikiyatri hemşirelerinin danışmanlık yapması.

11. Ailelere yönelik el kitapçıkları ve broşürlerin hazırlanması.

12. Ruh sağlığının geliştirilmesi, korunması ve tedavisinde görev alan personele aile yaklaşımlarının ele alındığı sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi.

13. Ruh sağlığının geliştirilmesi, korunması ve tedavisinde görev alan hemşirelerin lisans veya yüksek lisans düzeyinde uzmanlaşmış psikiyatri hemşirelerinden oluşması.

KAYNAKLAR

1. Akbulut İ, Sabuncu H: Sağlık bilimlerinde araştırma yöntemi, Epidemiyoloji Prensi ve Uygulamalar. Sistem Yayıncılık, Örüng Ofset, İstanbul 1993; s.239.
2. Arkan Ç, Özdemir U ve ark: İçinde ruh hastası olan ve olmayan ailelerin ruh hastası ve hastalıklarına yönelik tutumlarını karşılaştıran bir araştırma. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. UDK Yayınları, GATA Ankara, 1988.
3. Arkar H: Akıl hastasının sosyal reddedilimi. Düşünen Adam Dergisi 4:3, 1991.
4. Arkar H: Akıl hastaları ile ilgili tutumlar. Deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 3:4, 1992.
5. Arkar H, Eker D: Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 27:151-55, 1992.
6. Arkar H, Eker D: Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar verilen neden tipinin etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 7:3, 1996.
7. Arkonaç O, Karan D, Köknel Ö, Örnek İ: Dünyada ve ülkemizde psikiyatrinin durumu. Türk Psikiyatri Dergisi 1:1, 1990.
8. Arkonaç S: Psikoloji (zihin süreçleri bilimi). Alfa yayınları 480:519-34, 1993.
9. Aslantaş H: Toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolleri. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Eğitim Programı Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul, 1997.
10. Aslantaş H, Kutlu L: Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerindeki Yaklaşımlar. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Eğitim Programı Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul, 1997.
11. Baltaş A, Baltaş Z: Bedenin dili. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1995.
12. Batmaz M: Akıl hastalarının psikiyatri hemşiresinin rolünü algılayış biçimini araştırmak. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1985.
13. Bhugra D: Attitudes towards mental illness. Acta Psychiatr Scand 80:1-12, 1989.
14. Birol L: Hemşirelik süreci. Temmuz Matbaası 7:18, 1989.
15. Buldukoğlu K, Tel H: Psikiyatri kliniğinde yatan psikotik hasta ailelerinin hastaya ve hastalığa karşı tutum ve yaklaşımları. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Esnaf Ofset Matbaası, Sivas,

1992.

16. Buldukoğlu K, Tel H: Psikotik bozuklukların neden olduğu sosyal ve ekonomik kayıplar. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Esnaf Ofset Matbaası, Sivas, 1992.
17. Bulut İ, Kahramanoğlu E: Ankara Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatmış olan hastalar ve aileleri hakkında bir araştırma. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Onur Ofset 467-73, İstanbul, 1987.
18. Bulut İ: Ruh hastalığının ailevi işlevlerine etkisi. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Türkiye Ruh Sağlığı ve Tedavi Vakfı Yayınları, Ankara, 1989; s.655-658.
19. Bulut İ: Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Ankara, 1994.
20. Burges AW: Psychiatric nursing in the hospital and the community appleton lange. California, 5th Edition, 1990.
21. Carlsmith JM, Freedman JL, Sears DO: Sosyal psikoloji. Çeviri: Ali Dönmez, İmge Kitabevi, Ankara 1993.
22. Ceylan E: Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri. I. Cilt. Şizofreni, İstanbul, 1993.
23. Coşkun B, Doğan O, Düzel N, Pamukçu Ş: Bir ayaktan psikiyatrik tedavi kurumunda süregelen hastaların ayaktan izlenmesi ve hastaneye yatışlarının azaltılması. XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Ege Üniversitesi Basım Evi Ofset Tesisleri, İzmir, 1988; s.435-38.
24. Cüceloğlu D: İnsan insana. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1992.
25. Çifter İ: Toplum psikiyatrisi. Psikiyatri (Klinik psikiyatri). Gazi Üniv Basım Yayın Yüksekokulu Basımevi, Ankara, 1990.
26. Dinç SA: Ruh hastası olan aileler ve yaklaşım. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Programı Yayınlanmamış Ders Notları, 1992.
27. Doğan O ve ark: Psikiyatri stajının tıp öğrencilerinin ruh hastalarına karşı tutumlarına etkisi II. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Erciyes Üniversitesi, Lilly A.Ş. Kayseri, 1994.
28. Doğan S: Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin ruh hastaları ve hastalıklarına karşı tutumlarının değerlendirilmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Esnaf Ofset Matbaası, Sivas, 1992.
29. Dündar E ve ark: Kayseri ve yöresinde akıl hastalığı nedenleri hakkındaki düşüncelerin belirlenmesi ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Erciyes Üniv 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Lilly A.Ş. Kayseri, 1994.
30. Dündar E ve ark: Kayseri ve yöresinde akıl hastasının algılanması ile ilgili görüş ve düşüncelerin belirlenmesi ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Erciyes Üniv 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Lilly A.Ş. Kayseri, 1994.
31. Dündar E ve ark: Akıl hastasının iyileşmesi ve akıl hastalığının tedavisi konusundaki düşüncelerin belirlenmesi ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Erciyes Üniv 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Lilly A.Ş. Kayseri, 1994.
32. Eker D: Effect of type of cause on attitudes toward mental illness and relation ships between the attitudes. Int J Social Psychiatry 1985.
33. Erdoğan Ç, Eren N, Hürol C: Terapötik ortam uygulaması ile alınan tedavi ve izleme sonuçları. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, UDK Yayınları, GATA Ankara, 1988.
34. Eren N: Toplum Ruh Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Eğitim Programı Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul, 1993.
35. Eren N: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin Güncel Rolü. İÜ Sağlık Bilimleri Rolü. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Eğitim Programı Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul, 1993.
36. Erkmén H, Özmen E, Samancı AY: Toplum psikiyatrisi. Düşünen Adam Dergisi 8:1, 1995.
37. Geçtan E: Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar. Evrim Matbaası, İstanbul, 1993.
38. Gümüş B: Hemşireler. Psikoz, alkol bağımlısı yakınlarının ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin tutumlarının karşılaştırılması ve tutumu etkileyen faktörler. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1991.
39. Gürekar L, Kartallar R, Ünlüoğlu G: Yatarak tedavi gören psikotik hastaların akraba gruplarına ilişkin bir çalışma. Psikiyatri-Psikofarmakoloji Dergisi, Cilt II, Sayı 4, 329-37, 1994.
40. Gürhan N: Psikiyatri hastalarına sahip ailelerin sosyal ihtiyaçlarına destek. Hemşirelik Bülteni 4:67-70, 1991.
41. Kağıtçıbaşı Ç: İnsan ve insanlar. Evrim Basım Yayın Dağıtım 357-83-161, 1996.
42. Klein FR, Sider CR, Shiffer BR: Psikiyatrik hastaların medikal değerlendirilmesi. Çeviri: Kültür S, Hekimler Yayın Birliği, Medikomat, Ankara, 1994.
43. Koçak B, Küey L, Satmış N: Ruhsal bozuklukların sağaltımında akıl hastanelerinin yeri ve işlevi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, UDK Yayınları 972-79, 1988.
44. Kutlu L: Toplum ruh sağlığını etkileyen faktörler. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Eğitim Programı. Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul, 1997.
45. Küey L: Ruh sağlığı kavramı. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. UDK Yayınları, GATA, Ankara, 1988.
46. Madianos MG, Madianau D, Vlachonikolis J, Stefanis N: "Attitudes towards mental illness in the athens area: implications for community mental health intervention". Acta Psychiatr Scand 1987.
47. Malla A, Shaw T: Attitudes towards mental illness. The influence of education and experience. Int J Social Psychiatry 3:33-41, 1987.
48. Nieradzki K, Cochrane R: Public attitudes towards mental illness-The effects of behavior, roles and psychiatric labels. Int J Social Psychiatry 1985.
49. Öz F, Özdağ Ş, Üstün B, Yurt V: Psikiyatri kliniklerinde hastası olan ailelerin taburculuk sonrası karşılaşılabilecekleri durumlara yaklaşımlarının incelenmesi. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. 3:497-508, 1990.
50. Öz F: Öğrencisi ruhsal sorunları olan hastalar karşısındaki yaklaşımları. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Esnaf Ofset Matbaası, Sivas, 567-87, 1992.
51. Özcan A: Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişimi. Saray Tıp Kitabevi, İzmir, 1996.
52. Özen TM: Toplum ruh sağlığı hizmetlerine genel bakış. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Eğitim Programı. Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul, 1997.
53. Özkan S: Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu (1-2), İÜ Basımevi, İstanbul, 298-39-242, 1993.
54. Öztürk O: Ruh sağlığı ve bozuklukları. Medikomat 5. Basım, Ankara, 567:11-16, 1994.
55. Pektekin Ç: Psikiyatri hemşireliği. ETAM A.Ş. Web-Ofset Tesisleri, 210-75, 1992.
56. Samancı AY: Türkiye'de psikiyatri hastanelerinin iyileştirilmesi ve özleştirilmesi üzerine bir çalışma. TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1993.
57. Savaşır Y: Türk toplumunun araştırma yapılan geleneksel ve sosyal değişime uğramış kesimlerinde ruh hastasının algılanması ve nedenleri hakkındaki inançlar. VII. Ulusal Nöropsikiyatri Kongresi, 1971.
58. Savaşır Y: Türk toplumunun araştırma yapılan geleneksel ve sosyal değişime uğramış kesimlerinde ruh hastasının sağaltılması ile ilgili tutum ve inançlar. VII. Ulusal Nöropsikiyatri Kongresi, 1971.
59. Savaşır Y: Türk toplumunun araştırma yapılan geleneksel ve sosyal değişime uğramış kesimlerinde konversiyon reaksiyonu, cinsel empotans, paranooid reaksiyon ve homoseksüaliteye karşı tutumlar. VII. Ulusal Nöropsikiyatri Kongresi, 1971.
60. Songar A: Giriş ve tarihçe, psikiyatri, psikobiyoloji ve ruh hastalıkları. Serhat Dağıtım ve Yayınevi 541:1-16, 1980.
61. Sosyal Psikoloji. AÜ Psikoloji Bölümü Ders Notları, Ankara, 1997.
62. Söylemezoğlu Ü: Psikiyatrik hasta ailesi ve sorunları. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, UDK Yayınları, GATA Ankara, 1988.
63. Şenocak M: Temel biyoistatistik. Çağlayan Basımevi, İstanbul, 230, 1990.
64. Özen TM: Psikiyatri hastasının iyileşme ve sosyal uyumunda psikiyatri hemşiresinin eğitsel rolünün araştırılması. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988.
65. Veliöğlu P: Hemşireliğin düşünsel temelleri. Alaş Ofset Matbaası, İstanbul, 1994.
66. Yang HY: Attitudes towards psychoses and psychotic patients in beijing. Journal of Social Psychiatry 2:181-87, 1989.
67. Yazar J: Psikiyatrik ortamın hastaların iyileşmeleri üzerindeki etkileri. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 1983.