



**T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**HEKİMLERİN RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA YÖNELİK  
DAMGALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Özlem AKKAYA**

**UZMANLIK TEZİ**

**BURSA-2021**



**T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**HEKİMLERİN RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA YÖNELİK  
DAMGALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Özlem AKKAYA**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Cengiz AKKAYA**

**BURSA-2021**

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
İNGİLİZCE ÖZET.....	iv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Ruh Sağlığı.....	2
2.2. Ruhsal Bozukluk.....	3
2.3. Damgalama.....	5
2.4. Damgalama Tarihi.....	9
2.5. Toplumda Ruhsal Bozukluğu olan Bireylere Yönelik Damgalama.....	10
2.6. Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Bozukluğu olan Bireylere Yönelik Damgalama.....	15
3. GEREKÇE ve AMAÇ.....	21
4. GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
4.1. Araştırmanın Tipi.....	22
4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
4.3. Etik Kurul Onayı.....	22
4.4. Veri Toplanması.....	22
4.5. Veri Toplama Araçları.....	23
4.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz.....	25
5. BULGULAR.....	26
5.1. Sosyo-Demografik Bulgular.....	26

5.2. Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği.....	28
5.3. Analitik Bulgular.....	29
6. TARTIŞMA.....	43
7. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	52
8. KAYNAKLAR.....	55
9. EKLER.....	63
10. TEŞEKKÜR.....	71
11. ÖZGEÇMİŞ.....	72

## ÖZET

Çalışmamızda, bir üniversite hastanesinde çalışan tüm hekimlerin, ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik damgalamalarının değerlendirilmesi, ilişkili özelliklerin belirlenmesi, asistan hekim, uzman hekim ve öğretim görevlileri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. 496 hekimin katıldığı kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır. Ruh hastaları ve ruh hastalıklarına ilişkin görüşler ölçeği ile kişisel ve mesleki özellikler karşılaştırılmıştır. Hekimlerin dörtte biri daha önce ruhsal bozukluk geçirdiklerini ve üçte biri birinci derece akrabalarında ruhsal bozukluk öyküsü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı klinik pratikte psikiyatri hastası ile sık karşılaştığını bildirmiştir. Hekimlerin neredeyse tamamı psikiyatri hastası ve tedavisi konusundaki bilgisini yetersiz görmektedir. Çalışmamızda yer alan hekimlerin üçte biri daha önce psikiyatri hastası ile klinik pratikte olumsuz bir deneyim yaşamıştır. Otoriterlik boyutu ve bireyler arası etiyoloji boyutu açısından erkek hekimler daha damgalayıcı bulunmuştur. Hekimlerin yaşı ve çalışma süresi arttıkça otoriterlik boyutuna ait tutumları daha olumlu seyretmekte, ruh sağlığı ideolojisi boyutuna ait tutumları ise daha olumsuz olmaktadır. Ruh sağlığı ideolojisi boyutunda uzman hekimlerin puanı daha yüksek, otoriterlik boyutunda ise asistan hekimlerin puanı daha yüksektir. Otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireyler arası etiyoloji boyutlarında psikiyatri dışı uzmanlık alanları ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha olumsuz tutum içerisinde, koruyuculuk boyutunda ise psikiyatri bölümleri daha olumsuz tutum içerisindedir. Hekimlerde ruhsal bozukluk öyküsü olması, diğer ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı koruyuculuk boyutunda stigmatik tutum ve davranışları artırdığı saptanmıştır. Ruhsal bozukluğa sahip yakını bulunmamak otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutlarına ait stigmatik tutum ve davranışları artırmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan bireyler geçmişte olduğu gibi şimdi de damgalanmaya maruz kalmaktadır. Toplum içerisinde yer alan bu tür damgalamanın, hekimlerdeki sıklığının da az olmadığı saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Damgalama, hekim, ruhsal bozukluk.

## **SUMMARY**

### **Evaluation of Physicians' Stigma Towards Patients with Mental Disorders**

In our study, it was aimed to evaluate the stigmatization of the physicians working in a university hospital towards patients with mental disorders, to determine the related characteristics, and to compare them in terms of assistant physicians, specialist physicians and lecturers. It is a cross-sectional type survey study in which 496 physicians participated. Personal and professional characteristics were compared in terms of Opinions About Mental Illness Questionnaire. One-fourth of the physicians stated that they had a mental disorder before, and one-third of them had a history of mental disorders in their first-degree relatives. About half of the participants reported that they frequently encountered psychiatric patients in clinical practice. Almost all physicians consider their knowledge of psychiatric patients and their treatment inadequate. One third of the physicians included in our study had a previous negative experience with psychiatric patients in clinical practice. Male physicians were found to be more stigmatizing in Authoritarianism and Interpersonal Etiology. As the age and working time of the physicians increase, the scores of the Authoritarianism improve, while the scores of the Mental Hygiene Ideology worsen. In the Mental Hygiene Ideology, specialist physicians have higher scores, and in the Authoritarianism, assistant physicians' scores are higher. In the Authoritarianism, Social Restrictiveness and Interpersonal Etiology, non-psychiatry specialties have a more negative attitude towards patients with mental disorders, while in the Benevolence, psychiatry specialties have a more negative attitude towards patients with mental disorders. It has been determined that having a history of mental disorder in physicians increases stigmatic attitudes and behaviors in the Benevolence against patients with mental disorders. Not having a relative with a mental disorder increases the stigmatic attitudes and behaviors of the

Authoritarianism and Social Restrictiveness. Individuals with mental disorders are exposed to stigma, as in the past. It has been determined that the frequency of this type of stigmatization in the society is not low in physicians.

**Key words:** Stigma, physician, mental disorder.

## 1. GİRİŞ

Sağlık insan yaşamındaki en değerli kavramdır. Sosyal bir varlık olarak insan ancak sağlıklı olduğu sürece kendisinden beklenen işlevleri yerine getirebilir, üretken olabilir, kendisi, ailesi ve ülkesinin mutluluğu için bir şeyler yapabilir (1). Bilindiği üzere sağlıklı olmak fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı olmaya bağlıdır. Ruh sağlığı, sağlığın temel bileşenlerinden biri olup, günümüzde ruh sağlığına verilen önem giderek artmaktadır. Ruh sağlığı hem bireylerin yaşam kalitesi için, hem de sağlık hizmetlerinin yönetiminde merkezi önem arz etmektedir. Alma-Ata Bildirgesi'nde (1978) bildirildiği gibi, temel sağlık hizmetleri ruh sağlığı hizmetlerini de kapsayacak şekilde bütüncül olması gerekmektedir (2). Ruh sağlığına verilen önem giderek artmakla birlikte, ruhsal bozukluklar da gün yüzüne çıkmaktadır. Ruh sağlığı bozuklukları tüm Dünyada giderek artmaktadır. Temelde demografik değişiklikler nedeniyle, son on yılda (2017'ye kadar) ruh sağlığı bozukluklarında ve madde kullanım bozukluklarında %13 artış olmuştur. Dünyada çocuk ve ergenlerin yaklaşık %20'si bir ruh sağlığı sorununa sahiptir ve intiharlar 15-29 yaş aralığındakilerde ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Ruh sağlığı bozuklukları, okul veya iş performansı, aile ve arkadaşlarla ilişkiler ve topluma katılma durumu gibi yaşamın tüm alanlarında önemli bir etkiye sahiptir. En yaygın ruh sağlığı bozukluklarından ikisi olan depresyon ve anksiyete, küresel ekonomiye her yıl 1 trilyon ABD dolarına mal olmaktadır. Bu göstergelere rağmen, ruh sağlığı hizmetlerine harcanan devlet giderleri ortancası tüm Dünyada %2'den daha azdır. Dünyada birçok ülkedeki ilerlemeye rağmen ruh sağlığı sorunları olan kişiler ciddi insan hakları ihlalleri, ayrımcılık ve damgalanma yaşamaktadır (3).



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ruh Sağlığı

Bireyin ruhsal yönden sağlıklı kabul edilebilmesi, bireyin ailesi, yakın çevresi ve içinde yaşadığı toplum ile kurduğu ilişkilerde dengeyi, uyumu ve doyumu sağlayabilmesine bağlıdır (4). Ruh sağlığını tanımlamak çok kolay değildir. İnsan sağlığının tam merkezinde yer alan ruh sağlığının tanımı ve kapsamı çeşitli kaynaklara göre değişmektedir. Öztürk (2015) ruh sağlığı tanımını iki açıdan yapmaktadır (5):

*İstatistiksel tanım:* İstatistiksel tanım ile kişi sağlıklı olarak kabul edilmesi için, toplum ortalamasına uyması ve çan eğrisinin iki aşırı ucunda kalmaması gerekir. Tıpta istatistiksel yöntem çok kullanılır ve istatistiksel bulgulara göre normalin alt ve üst sınırları çizilir. Çoğunluğu uygunsuz davranışları olan bireylerin oluşturduğu bir toplumda düzgün davranışları olan bir kişiyi düşündüğümüzde, ruh sağlığı açısından istatistiksel tanım çoğu kez göreceli, bazen de geçersizdir.

*Klinik tanım:* Klinik olarak belirgin bir ruhsal hastalığın tanımı ve teşhisi genellikle yapılabilmektedir. Fakat kişide ruhsal hastalığın olmaması, kişinin ruh sağlığının iyi olduğunu ifade etmez. Klinik açıdan ise ruh sağlığı tanımı çevreye uyum yapabilme, aşırı anksiyete ya da başka ruhsal belirtinin olmaması, id, ego ve süperego arasındaki dengenin sağlanması, gelişimsel dönemlerin uygun ve verimli geçirilmesi ölçütleri ile tanımlanmaktadır.

*Çevreye uyum yapabilme:* Değer yargıları toplumdan topluma ve çağdan çağa değişmektedir. Toplumun değer yargılarına ve geleneksel yaşam biçimine uyum sağlayan bireylere ruhsal açıdan sağlıklı denebilmektedir.

*Bireyde aşırı anksiyete ya da başka psikiyatrik belirtinin olmaması:* Bireyde aşırı anksiyete ve psikiyatrik belirtinin olmaması, aynı zamanda kendisinden hoşnut, ilişkilerinde rahat, mutlu oluşu normalliğin ölçütleri olarak ileri sürülebilir. Ancak insanda bunaltı, üzüntü, acı çekme hatta mutsuzluk kimi kişide bir bozukluğun nedeni, kimi kişide de anormal sayılmayacak doğal

tepkiler olabilir. Hatta bazı koşullarda acı çekmemek, sıkıntı ve üzüntü duymamak anormal olabilir.

*İd, ego ve süperego arasındaki denge:* Psikanalistlere göre sağlıklı kişi dürtülerine (id) doyum sağlayabilen, çevresine uyum yapabilen (ego) ve üst benliğin (süperego) sesini de dinleyen kişidir. Bu kavramlar da öznedir ve çağdan çağa, toplumdaki topluma değişim gösterir. Böyle düşündüğümüzde ruh sağlığının bittiği ve hastalıkların başladığı sınırlar kesin değildir. Freud'a göre normalliğin koşulları çalışmak ve sevmektir. Çalışmak yalnız işçilikten, yaratıcı sanata dek geniş, karmaşık eylemleri, bilişsel ve duygusal süreçleri içerir. Sevmek de arkadaş, çocuğu, toplumu, sanatı, insanlığı, sevgiliyi sevmek ve cinsel sevişmeye kadar uzanır.

*Gelişimsel dönemler:* Sağlıklı gelişim aşamalarını ve özelliklerini Erikson Psikososyal Gelişim Kuramında tanımlamıştır. İnsanın sekiz evresi kuramına göre bireyin ruhsal açıdan aştığı dönemler ve bunları çözerek kazandığı benlik güçleri, sağlıklı kişilik gelişimini tanımlayabilecek niteliktedir. Çocukluğun ilk iki döneminde kazanılan temel güven ve özerklik duyguları, oyun çocuğu ve okul çağında kazanılan girişim, becerme ve çalışma yetileri, ergenlik-delikanlılık çağında kazanılan kimlik duyguları, olgunluk ve orta yaşlarda edinilen yakınlaşma, eşleşme ve üretkenlik ve sonunda yaşlılık çağında ulaşılan benlik bütünlüğü sırası ile birlikte gözden geçirilirse, bu modele göre sağlıklı kişide olması gereken benlik özellikleri tanımlanabilir (5).

Genel olarak özetlemek gerekirse ruh sağlığı; bireyin kendi potansiyelinin farkında olduğu, günlük hayatın stresiyle başa çıkabildiği, verimli bir şekilde çalışıp üretken olduğu ve içinde bulunduğu topluma katkı sağlayabildiği genel iyi durumda bulunma halidir (6).

## **2.2. Ruhsal Bozukluk**

Ruhsal bozukluk; ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur (7).

Ruh sađlıđı bozulan kiřinin duygu, dűřűnce ve davranıřlarında deđiřik derecelerde, tutarsızlık, ařırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik geliřir. Hasta sayılabilecek kiřide bu űzelliklerin sűrekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalıřmasını bozması ve kiřiler arası iliřkilerini bozması gerekmektedir. Tutarsızlık, ařırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik tanımlarının sűbjektif olduđu, zamana ve topluma gűre deđiřtiđi akılda tutulmalıdır (5).

Bir ruhsal bozukluđun zamana ve topluma gűre deđiřebilmesi, belki de psikiyatriyi bűtűn diđer disiplinlerden ayıran bir űzelliktir. Bir grup Amerikan kızıl derilisinde űlűlerin sesini duymak normal yas yařantısının bir parçası olarak gűrűlmekte ve toplumda bu yařantının psikozla ya da anormal yas komplikasyonlarıyla ilgisi olmadıđı dűřűnűlmektedir (8). Zamana gűre deđiřime űrnek verecek olursak, eski toplumlarda psikotik belirtileri olan insanların içine řeytan kaçtıđı dűřűnűlűrken, bugűn psikotik bozukluklar ruhsal bir bozukluk ve hastalık olarak deđerlendirilmektedir.

Gűnűműzde ruhsal bozuklukların etiyolojisi biyopsikososyal model yaklařımı çerçevesinde tartıřılmakta ve bu tűr rahatsızlıkların çok sayıda farklı faktűrűn etkileřimi sonucu geliřtiđi kabul edilmektedir. Dođuřtan gelen birtakım űzellikler kadar, içinde yařanılan ortam ve deneyimler de ruhsal bozuklukların oluřumunda ve gidiřatında űnemli yere sahiptir (1). Bireylerin űncelik verdikleri sorunlar, ilk űnce are aradıkları yerler ve yakınmalarını dile getiriř biçimleri de kűltűrler arasında farklılık gűsterebilmektedir. Kűltűre gűre toplumun ruhsal bozukluđa yűnelik tutumlarının ve destek olma dűzeyinin ruhsal bozuklukların gidiři űzerinde etkili olduđu bilinmektedir (9).

Ruhsal bozukluklar toplumda sık karřılařılan sađlık sorunlarındanır. Dűnya Sađlık űrgűtű ruhsal bozukluk prevalansını %13 olarak açıklamıř, tűm Dűnyada ruhsal bozukluk insidansı ve prevalansının giderek arttıđını belirtmiřtir (3). űlkemizde gerçekleřtirilmiř en bűyűk epidemiyolojik çalıřmalardan biri olan "Tűrkiye Ruh Sađlıđı Profili" alıřmasında, Tűrkiye'de nűfusun %18'inin yařam boyu bir ruhsal bozukluk geçirdiđi bildirilmiř ve yetiřkinlerde ruhsal bozukluk bulunma sıklıđının %17,2 olduđu bulunmuřtur. Buna gűre űlkemizde her beř kiřiden birinde tanı konulabilir psikiyatrik bir bozukluk bulunabilmektedir. Hastalık semptomlarına ve belirgin yeti yitimine

karşın, ülkemizde, psikiyatrik hastaların yalnızca %13,8'i yani 1/7'si ruhsal durumları nedeniyle tedavi arayışına girmekte ve panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu gibi esas olarak dahili hastalığa benzer belirtiler gösteren bozukluklarda tedavi arayışının daha sık olduğu, depresyon gibi ruhsal ve bedensel belirtilerin birlikte görüldüğü olgularda tedaviye başvuru sıklığının daha düşük olduğu görülmektedir (15).

Dünya Sağlık Örgütü'nün bildirdiğine göre küresel düzeyde hastalık yükünün %4,9'u ruh sağlığı ile ilgili sorunlardır (3). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının yaptığı 2011-2023 ulusal ruh sağlığı eylem planındaki Türkiye Hastalık Yükü Çalışmasında, hastalık yükü nedenlerine göre sıralama yapıldığında, %19 ile ikinci sırada ruhsal bozuklukların yer aldığı görülmektedir (11).

Fiziksel hastalıklarla karşılaştırıldığında ruhsal bozuklukların yaşam kalitesini daha olumsuz etkilediği, daha fazla yeti yitimi ve iş gücü kaybına yol açtığı bilinmektedir (12). Hem hastalığın semptomları ve yeti kaybı hem de ruhsal bozukluklar hakkında bilinen yanlışlardan kaynaklanan önyargılar nedeniyle, ruhsal bozukluğu olan kişiler iyi bir iş, güvenli bir yuva, iyi bir sağlık bakımı ve farklı gruplarla ilişki kurma bakımından zorluklarla karşılaşmakta olup bu kişilerin yaşam kaliteleri düşmektedir (13).

### **2.3. Damgalama**

Damga (stigma), kişiyi içinde bulunduğu toplumdaki ayıran ve kabul edilmez olarak işaretleyen sıfat, özellik ya da bozukluktur (14). Damga terimi günümüzde genellikle kara leke olarak kullanılmaktadır. Orta çağda suçlu kişilerin, suçluluğun göstergesi olarak kızgın demirle işaretlenmeleri sonucu bu terim kullanılmaya başlamıştır. Bu anlamda damga, utanılması gereken bir durumun varlığı ve kabul edilemezliğin belirtisi anlamına gelmektedir. Damgalama ile işaretlenen kişi ya da gruba birçok olumsuz özellik atfedilmektedir (15). Damgalanan bu kişiler, içinde bulunduğu toplumdaki farklı ve kabul edilmez olarak işaretlendiği için, damgalayan kişiler tarafından uzaklaştırılır, yalıtılır, yok olmaları için çaba gösterilir. Damgalamanın amacı

ayırmak ve dışlamaktır (16). Diğer bir deyişle damgalamanın amacı, bir kişiyi toplumdan ayıracak şekilde gözden düşürmek, diğer insanlardan aşağı görmek ve genel anlamda kötülemektir (17). Damgalanan kişi, içinde yaşadığı toplumun normal saydığı ölçütlerin dışında olması nedeniyle toplumu oluşturan bireyler tarafından kusurlu veya değersiz olarak nitelenmektedir. Damgalanan kişi, diğer insanların standartlarını karşılayamadığını düşündüğünde suçluluk hissetmekte ve söz konusu kusurunu gizlemeye çalışmaktadır. Bu şekilde düşünüldüğünde damgalanan kişi; öncesinde topluma aitken, damgalanma sonrası kusurlu, değersiz ve önemsenmeyen birisine dönüşmüştür (18).

İnsanlık tarihi boyunca damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim ruhsal bozukluğu olan kişilerdir (19). Tarih boyunca toplumun ruhsal bozukluğu olan kişileri deli, akıl hastası, anormal, kaçık, manyak, meczup, sapık ve tımarhanelik gibi hakaret, küçümseme ve dışlamaya neden olacak sözcüklerle isimlendirdiği görülmektedir (20).

Damgalama, etiketleme ile başlayan bir süreçtir. Bir kişinin ruhsal bozukluk tanısı aldığı bilmesi, etiketlenmesi için yeterlidir. Artık bu kişiler diğer özelliklerine bakılmaksızın, söz konusu 'ruhsal bozukluk' etiketi nedeniyle, toplum tarafından önyargılı ve ayrımcı tutumlara maruz kalmaktadır. Diğer taraftan bakıldığında ruhsal bozukluk tanısı almış bir kişi, toplum tarafından kendisine olumsuz bir tutum sergilenmese bile, kendisini damgalanmış olarak hissetmektedir. Bu kişilerde utanma, yetersizlik düşünceleri, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma ve benlik değerinde azalma ortaya çıkmaktadır (15, 19).

Ruhsal bozukluk tanısı ile etiketlenmiş bir kişinin damgalanması için söz konusu etiketin, toplum tarafından bilinen olumsuz stereotiplere sahip olması gerekir. Stereotipler, bir toplumun çoğu tarafından bilinen, kökleşmiş, doğru oldukları kabul edilen ancak çoğu zaman yanlış olan kalıplaşmış yargılardır. Ruhsal bozukluğu olan insanlarla ilgili stereotipik düşünceler arasında, bu kişilerin şiddete eğilimli ve tehlikeli oldukları, durumlarının kendi suçları olduğu, bağımsız olarak yaşayamayacakları, dünyayı çocuksu bir biçimde algıladıkları gibi durumlar sayılabilir (18). Stereotipik düşünceler nedeniyle toplumda ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı çeşitli ön yargılar ortaya çıkmaktadır (15).

Önyargı, kişilerin bir nesne ya da durum konusunda gerçek özelliklerine bakmaksızın ve bilişsel bir değerlendirme yapmaksızın, daha önceki stereotipiler üzerinde oluşturuldukları yargıdır. Önyargılar, stereotipileri destekler (15,19). Bu şekilde edinilen önyargılar korku ve öfke içeren bazı duygusal yanıtlara neden olmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan bir kişiden, tehlikeli olabileceği nedeniyle korkulmaktadır. Ayrıca bu kişilere karşı, toplum huzurunu kaçıran, işe yaramaz, ne yapacağı belli olmayan, beceriksiz ve kendilerine bakamayan kişiler oldukları düşünüldüğünden, öfke duyulmaktadır (15,19,21).

Stereotipik düşünceler, önyargılar ve duygusal reaksiyonlar sonucu artık toplumdan ayırma, ötekileştirilme başlayacaktır. Toplumun ruhsal bozukluğu olan kişilerle yakın ilişki kurmak istememeleri sosyal mesafe kavramını ortaya çıkarmıştır. Hastalar, toplumsal yaşamda birçok kısıtlamalara ve ayrımcılığa maruz kalır ve toplum dışına atılır. Ayrımcılık; hastalar ile yakın olmak istememe, hastaların kısıtlanması, engellenmesi ve dışlanması süreçlerinden oluşur. Toplum bu kişilerden uzak durma eğiliminde olacağı gibi bu kişiler de toplumdan uzak duracak ve fark edilmemeye çalışacaklardır (15,19,21).

Sonuçta damgalama, bir etiket (ruhsal olarak hasta) ile başlamakta ve ayrımcılık, dışlama ile sona ermektedir. Ruhsal olarak hasta kişi etiketi olumsuz stereotipileri etkinleştirmektedir. Bunun sonucunda hastalar, özelliklerine bakılmaksızın tehlikeli ve ne yapacakları belli olmaz kişiler olarak algılanmaktadır. Korku uyandıran bu algı da hastaların dışlanması ve sosyal olarak reddedilmesi ile sonuçlanmaktadır (14).

Toplumun ruhsal bozukluğu olan kişilere ilişkin tutumları, hastaların tehlikeli ve öngörülemez kişiler olarak algılanmasıyla ilişkilidir. Tutum, deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici bir etkiye sahip bir hazırlık durumudur. Tutumlar bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç öğeden oluşur. Kişinin, ruhsal bozukluğu olan bireyi tehlikeli olduğunu düşünmesi bilişsel öğeyi; ondan korkması duygusal öğeyi; onunla alay etmesi, onunla konuşmaması, yalnız kalmaya mahkum etmesi, ona karşı insancıl davranmaması davranışsal öğeyi

oluşturur (1). Olumlu tutum hastaları rahatlatarak, tedaviye katılımlarını ve toplumsal uyumu kolaylaştırırken; olumsuz tutum ise, ruhsal bozukluğu olan kişilerin sosyalliğini, yaşam kalitesini ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Özellikle bu hastaların tehlikeli olduğuna dair önyargılar sonucu hem hasta hem de bakım veren aileler etiketlenerek toplumdan izole olmaktadır (22,23).

Damgalamanın temelde iki yönlü olduğu söylenebilir; toplumsal damgalama ve kendini damgalama. Buraya kadar toplumsal damgalamadan bahsedilmiştir. 'Kendini damgalama' ya da 'içselleştirilmiş damga' ise damgalamaya maruz kalmış bireylerin, damgalayıcı tutumları ve tepkileri kendilerine döndürmelerine verilen addır. Ruhsal bozukluğu olan bireyler, toplumda yer alan olumsuz stereotipilerin farkındadırlar. Bu kişiler toplumun stereotipilerini kabullenir, benimser ve kendilerine döndürürlerse, öz benlik saygılarını ve kendi kendine yeterli olduğu inançlarını kaybetmeye başlarlar. Bu durum bir süre sonra utanç duymaya, kendini değersiz ve beceriksiz hissetmeye, sosyal içe çekilmeye ve sekonder olarak depresyona neden olur. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin, ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış hissettikleri bildirilmiştir (14,24). Buna yönelik yapılan çalışmalarda, hastaların yarısından çoğunun damgalama algıladıkları, yarıya yakınının damgalama deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir (25). Ayrıca damgalamaya uğrama ihtimali, ruh sağlığı bozukluğu olan kişilerin en korktuğu şeylerden biri olduğu literatürden anlaşılmaktadır (26).

Damgalamaya maruz kalmış bir kişi, taşıdığı sosyal kimlikleri bırakıp toplumun ona biçtiği kimliğe bürünmektedir. İçselleştirdiği bu kabullenmeyle, bireyde utanma, aşağılık duygusu, yetersizlik olumsuz duyguları ve öz benlik saygısında azalma ile birlikte statü kaybı, olumsuz sağlık sonuçları, ruhsal kırılganlık, kendini tecrit etme, sağlık hizmeti almada azalış, düşük yaşam kalitesi, yakın ilişkilerde bozulma gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (27). Damgalama ayrıca ruhsal bozukluğu olan bireylerde yardım arama, tedavi ve bakım süreçlerini de olumsuz yönde etkilemekte, damgalama nedeniyle tedaviye geç başlama ve tedaviden kaçmaya kadar giden olumsuz durumlar ortaya çıkarmaktadır (28,29).

## 2.4. Damgalama Tarihi

Ruhsal bozukluklara ve ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı olumsuz inanç, tutum ve davranışların tarihçesi çok eski tarihlere dayanmaktadır. Eski çağlarda ruhsal bozukluk belirtileri açıklanamaz ve anlaşılamaz olduğu için insanların korkuya kapılmalarına neden olmuştur (22, 30). O dönemde ya türlü eziyetlerle hastanın içine girmiş olduğu düşünülen kötü ruhu kaçırmaya hasta kurtarılmaya çalışılmış ya da hastayı ortadan kaldırarak veya uzaklaştırarak toplum kurtarılmaya çalışılmıştır (14,31). MÖ 5.yy'da ilk kez Hipokrat'ın, histeri ve melankoli terimlerini kullandığı, hastalıkların doğasını açıklamaya çalıştığı, ruhsal bozukluğu olan bireylere insancıl yaklaştığı, rüya yorumları ve telkinlerle ilgilendiği görülmektedir. Orta çağ Avrupa'sında ise geriye dönüş olmuş, ruhsal bozuklukların, büyü ve büyücülükle ilgili olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle halk hastalardan korkmuş ve aşağılamış, hastalar kentlerden ve toplumdan uzaklaştırılmış, hapsedilmiş, tedavide türlü işkence, korkutma ve dayak kullanılmıştır (1). İslamiyet öncesi Şamanizm'in hakim olduğu Orta Asya Türklerinde, cinlerin, kötü ruhların, şeytanın etkisiyle hastalıkların oluştuğu inancı egemen iken, İslamiyetin kabulünden sonra Türklerde hastalık anlayışı geleneksel İslam tıbbına göre olmuştur (5). 10. yy'ın ortalarına kadar İslam dünyası felsefe, bilim ve tıp alanlarında gelişim sağlamış ve 11. yy'da hekimlik alanında önemli ilerlemeler olmuştur. Bu ilerleme ile Orta çağda Türk ve İslam toplumlarında hoşgörü egemen olmuştur. Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde ruhsal bozukluğu bulunan kişiler bimarhanelerde tedavi edilmişlerdir. İlk gerçek ruh hastalıkları hastanesi Fatih tarafından yapılmıştır. (1,32). Avrupa'da ise Rönesans etkisi ile bilimsel düşünce akımları gelişmiş, bunun sonucunda 16. ve 17. yy'da, İslam ve Yunan düşünürlerin etkisinde tıp alanında büyük değişiklikler olmuştur. 18. yy'da, ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavilerinin hastanelerde ve bakım evlerinde yapılması görüşü ile ruhsal bozukluğu olan bireyler yakılmaktan kurtulmuş ancak bu kez de oldukça kötü mekanlara kapatılmışlardır. İlk bakışta olumlu bir durum gibi görünen, Paris'te genel hastanenin kurulması ile toplum, hastaları hastanelerde kapalı tutarak bir bakıma kesin bir tecrit yolunu benimsemiştir. Özellikle şizofreni hastaları



günlük yaşamdan dışlanmıştır. 19. yy'da yeni hastalıkların tanımlanması, sınıflandırma çalışmaları ve dinamik psikiyatrinin gelişmesi ruhsal bozuklukların anlaşılmasını sağlamış ve bu hastalara karşı daha bilimsel ve çağdaş bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu dönemde psikolojik sorunların tedavisi insan ilişkileri üzerine kurulmuştur (1). Bu dönemlerde Türk tarihine bakıldığında Toptaşı (Bimarhanesi) Akıl Hastanesi Cumhuriyet dönemine kadar Türkiye'nin tek akıl hastanesi olmuştur (33). 1898 yılında açılan Gülhane Askeri Tatbikat Okulu ve Hastanesi'nde akıl hastalıkları dersleri verilerek Türkiye'de çağdaş psikiyatri kuramsal ve uygulamalı olarak başlamıştır (32). 20. yy'ın başlarında Zürih ve ABD'de psikoloji okulları kurulmuştur. Bu okulların temel esaslarına göre vücut ve ruh bir bütündür, ruhsal bozuklukların sebepleri biyolojik ve psikolojik olarak bütüncül şekilde tanımlanmıştır (34). 1950'li yıllarda klorpromazinin kullanılmaya başlanmasıyla iyileşemez olarak kabul gören şizofreni hastaları ruh sağlığı hastanelerinden taburcu edilmiş ve bu kişilerin hastane dışında tedavi ve takip süreci başlamıştır (19). Avrupa merkezli başlayan, ruhsal bozukluğu bulunan kişilerin klasik hastaneler yerine toplum içinde tedavi edilmesi süreciyle çok sayıda hastane kapatılmaya başlanmıştır. Uzun süreli ruhsal bozukluğu olan kişilerin sağlık hizmetlerine erişimi, geleneksel psikiyatri hastanelerine kıyasla toplum temelli hizmetlerde çok daha iyi ele alınmaktadır. Bu konuda toplum ruh sağlığı merkezleri önemli adımlardandır (35,36). Ülkemizde de son yıllarda hızla artan çağdaş ve bilim temelli psikiyatri poliklinikleri ve ruh sağlığı hastaneleri sayesinde ruhsal bozukluklar, toplum tarafından daha çok tanınır hale gelmektedir. Modern dünyadaki değişimlere rağmen günümüzde bu bozukluklara karşı damgalama çeşitli şekillerde devam etmektedir.

## **2.5. Toplumda Ruhsal Bozukluğu olan Bireylere Yönelik Damgalama**

Toplum içinde hizmet yaklaşımı (community-based mental health care) sonrasında halkın ruhsal bozukluklar ile ilgili tutumları önem kazanmıştır. Halkın ve halkın bir üyesi olan hastanın ailesinin tutumları ruhsal bozuklukların

tanınmasında, tedavisinde ve tedavi sonrasında önemli role sahiptir (37). Daha önce de belirttiğimiz gibi, toplumda ruhsal bozukluğu olan bireyleri etiketleme ile başlayan sürecin sonucunda oluşan damgalama ile ilgili sosyologlar, psikologlar ve psikiyatristler tarafından yapılan çalışmalar başta olmak üzere çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bu başlık altında ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı toplumda görülen damgalama ile ilgili yapılan çalışmalar özetlenmiştir.

Kişilerin sosyal ilişkilerinde ruhsal bozukluğu olan bireylerin katılımını ne kadar kabul ettiklerinin derecesini belirleyen sosyal mesafe çalışmaları ilk kez 1958 yılında yapılmaya başlanmıştır. Bu dönemde halkın sosyal yakınlık içeren ortamlarda ruhsal bozukluğu olan kişilerle etkileşimi kesme eğiliminin var olduğu, buna karşın kişisel olmayan ortamlarda ise hastaların daha fazla kabul gördüğü bildirilmiştir (14,16,38). Sonraki yıllarda sosyal mesafe olgusu diğer çalışmalar ile desteklenmiştir (39). Ülkemizde sosyal mesafe ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda, kişilerin sosyal yakınlık içeren ortamlarda ruhsal bozukluğu olan kişilerle etkileşimi azalttıkları (38); anksiyete nevrozu/depresyonu olan hastalara, şizofreni hastalarına göre daha kabullenici ve olumlu baktıkları (40); buna karşın şizofreni hastalarına daha fazla sosyal mesafe konulduğu ve kötü prognoza sahip bir hastalık olarak değerlendirildiği belirtilmiştir (37,14).

Toplumda damgalamada önemli rolü olan kültüre ek olarak sosyodemografik değişkenler, hastalık konusunda bilgi, hasta kişilerle kişisel deneyimin olması, ruhsal bozukluk etiketi, hastalığın psikopatoloji tipi ve hastanın özellikleri gibi değişkenler de ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik tutumlar üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (41).

Kişilerin sahip olduğu tutumlar, çocukluk ve ergenlik döneminden başlayarak yetişkinlik dönemine kadar şekillenir. Bu nedenle çocuklar ve ergenler üzerine yapılan birçok çalışma vardır. Bir çalışmada, çocukların sekiz yıl arayla tutumları tekrar değerlendirilmiş, ruhsal bozukluklara karşı toplumla benzer tutumlar gösterdikleri ve sosyal mesafe koydukları görülmüştür (42). Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin sosyal mesafe ölçeği puanlarından 'ruhsal bozukluğu olan kişilerin tedavi bitene kadar hukuki özgürlükleri olmamalıdır' düşüncesinde anlamlı fark bulunmuştur (43). Lise

öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, ruhsal bozukluklar hakkında bilgilendirme verilen ve verilmeyen gruplar arasında sosyal mesafe puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (44). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %33,6'sı bir yakınının ruhsal bozukluğu olan biri ile evlenmesi, %30,9'u ruhsal bozukluğu olan biri ile iş yerinde aynı odada çalışmak, %29,5'i apartmanda ruhsal bozukluğu olan biri ile kapı komşusu olmak hususlarında sosyal mesafe koyma ihtiyacı hissettikleri bildirilmiştir (45).

Halkın farklı kesimlerinin farklı özelliklere sahip ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumlarında farklılıklar görülmektedir. Yaşlı, eğitim ve ekonomik düzeyi düşük olan kişilerin, bu bireylere daha az oranda hoşgörü gösterdiği bildirilmiştir (46). Kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada, şizofreninin tedavisi konusunda halkın yeterli bilgiye sahip olduğu ancak etiketlenme korkusu nedeniyle psikiyatrik yardım almaktan çekindikleri, hastalarla yakınlık kurma konusunda isteksiz, belirli bir mesafeyi korumaktan yana oldukları bulunmuştur (47). Yapılan bir çalışmada ruhsal bozukluğu olan bireyle daha önce karşılaşmamış olan kişilerin ruhsal bozukluğu utanılması gereken bir durum olarak düşündükleri ve orta düzey ekonomik geliri olan kişilerin de ruhsal bozukluğu olan kişileri tehlikeli olarak gördükleri bulunmuştur (48).

Bir köyde yaşayan aileler ile ilçe merkezinde yaşayan aileler üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucunda, köyde ve ilçede yaşayan her iki gruptaki aileler için de ruhsal bozukluğun bir leke kabul edildiği ve saklandığı bulunmuştur (31). Yapılan diğer bir çalışmada da toplumdaki kişilerin ruhsal bozukluğu olan kişileri tehlikeli gördükleri ve çaresiz hissettikleri tespit edilmiştir (49).

Amerikan ve İngiliz toplumunda yapılan anketlere göre ruhsal bozukluğu olan kişiler toplumda, öldürmeye meyilli ve kendilerinden korkulması gereken, kendi hastalıklarından sorumlu, zayıf karakterli kişiler olarak görülürler (13).

Toplumun, dışarıdan gözlemlenebilir bozukluğu olan, davranışları önceden kestirilemeyen, toplumla bağları çok zayıflamış ve hastanede tedavi

görmüş hastalara karşı özellikle olumsuz tutum gösterdikleri bildirilmiştir (46). Toplumun şizofreni hastalarına karşı tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %46,8'i şizofreni hastası ile birlikte çalışmayacağını, %69,9'u şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini, %33,2'si şizofren bir komşu istemeyeceğini, %43'ü bir şizofrene evini kiraya vermeyeceğini, %25,7'si şizofreni hatalarının toplum içinde serbestçe dolaşmaması gerektiğini, %58,6'sı şizofrenlerin kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağını belirtmiştir. Ayrıca şizofreni hastalarının saldırgan olduğuna inananların oranı %27,3'tür (50). Bir çalışmada, psikoz hastalarına karşı olan tutum ve inançlar ölçülmek istendiğinde, kişinin kendi kendine konuşmak, gülmek, saldırmak, kaçıp gitmek şeklinde semptomlar vermediği sürece, toplum tarafından tanınmadığı ve hasta kabul edilmediği görülmüştür (51).

Ruhsal bozuklukların etiolojisine ilişkin inançların değerlendirildiği çalışmaların birçoğunda psikososyal streslerin sorumlu tutulduğu bildirilmektedir. En çok gösterilen nedenler psikolojik zayıflık, kişilik yapısı, stres, işsizlik, aile ve iş yaşantısındaki sorunlar, ilişki sorunları, bilinçdışı çatışmalar olmuştur (19). Almanya'da yapılan bir toplum taramasında halkın yarısının, şizofreninin psikososyal stres nedeniyle geliştiğine inandıkları bildirilmiştir (52). Toplumun şizofreniye yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların çoğu şizofreniyi bir ruhsal bozukluk olarak tanımladıkları ancak etiolojide en önde stresli yaşam koşulları ve kişilik zayıflığının sorumlu tutulduğu görülmüştür (50). Aynı örneklemin depresyonlu hastalara yönelik tutumlarının araştırıldığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, katılımcıların çoğunun depresyonu bir ruhsal bozukluk olarak tanımladığı, sosyal sorunlar ve kişilik zayıflığının etiolojide en çok sorumlu tutulan etkenler olduğu, toplumun depresyonlu hastalara karşı etiketleyici bir yaklaşıma sahip olduğu saptanmıştır (53).

Şizofreni hastasının yakınları ile ilgili yapılan bir çalışma hasta yakınlarının, şizofreninin etiolojisinde psikososyal faktörlerin, biyolojik faktörlerden daha önemli olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Genel olarak, hasta yakınlarının şizofreniye karşı tutumlarının eğitim düzeyi ve yaş ile ilişkili olarak değişebileceği belirlenmiştir. Şizofreniyi ruhsal bozukluk olarak

bildikleri, etiyojisi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ancak tedavisinde tıbbi yöntemlerin kullanılmasını tercih ettikleri bildirilmiştir (54). Diğer bir çalışmada da katılımcıların beşte biri şizofreninin doğuştan gelen bir hastalık olduğuna inandıklarını ifade etmiştir (55).

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumlarının belirlendiği bir çalışmada, hastaların depresyon konusunda genel topluma göre daha doğru bilgiye sahip olduğu ve depresyonun sosyal sorunlar ile ilişkili olduğuna inandıkları saptanmıştır. Bu sonuç ruhsal bozukluklar ya da psikiyatri ile tanışıklığın depresyonun tanınması konusunda olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (56).

Şizofrenisi olan bireylerin ailelerinin, bakım verme rollerini yerine getirirken stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, umutsuzluk, öfke ve kayıp gibi olumsuz durumlar yaşadıkları bildirilmiştir (54). Şizofrenisi olan hasta yakınlarında yapılan diğer bir çalışmada, hasta yakınlarının topluma göre çok daha olumlu bir tutum sergilemesine karşın, hastalığın tehlikeli olduğu yönündeki önyargılarının devam ettiği belirtilmiştir (55).

Şizofreni tanısı almış kişilerin bakım verenlerinde yakınlarının hastalıklarını saklama gereksinimi duydukları, yoğun bir damgalama algılarının olduğu saptanmıştır. Ayrıca, hasta yakınlarının depresyon düzeyleri de normalin üzerinde bulunmuştur (57). Diğer bir araştırmada ruhsal bozukluklar, hasta ve hasta yakınlarında suçluluk ve utanmaya, toplumdan geri çekilmeye, diğer insanlarla olan sosyal ilişkilerinde belirgin azalmaya yol açtığı bulunmuştur (58). Bir derleme çalışmasında hasta yakınlarının, toplum tarafından kendilerine farklı davranılmasından kaygılandıkları, bu nedenle yakınlarının hastalığını gizlemeye çalıştıkları ifade edilmiştir (59).

Literatürde insanların ruhsal bozukluğu olan kişilerle aynı işyerini ve aynı ortamı paylaşmaya tahammülü olmadığı bildirilmiştir. Kişiyi psikiyatrik bir teşhis konulması ve hatta kişinin herhangi bir ruh sağlığı tedavisi görmüş olması onun yetenekleri, karakteri ve potansiyeli hakkında insanlarda olumsuz varsayımlara yol açabilmektedir. Olumsuz yaklaşımlar tedavi ve etkilenen

yaşam süreci boyunca depresyon gibi ikincil ruhsal bozukluğa neden olabilmektedir (1).

Kendini damgalama da toplumsal damgalama kadar yaygındır. Bildirildiğine göre, damgalanan kişi toplum tarafından hoş karşılanmadığının, dışlandığının, saygı görmediğinin farkındadır (60). Yapılan bir çalışmada borderline kişilik bozukluğu olan hastaların anksiyete bozukluğu olanlara göre daha çok kendilerini damgaladıkları bulunmuştur (61).

Bugün çağdaş psikoterapi yaklaşımlarının temelinde ruhsal bozukluğu olan kişilerin kendilerine yönelik tutumlardan etkilendikleri hipotezi vardır. Dolayısıyla ruhsal bozukluğu olan kişilerin toplumla yeniden bütünleşmesi, topluma uyum sağlaması amaçlanıyorsa bu amaca ulaşmak için hastanın, hasta yakınlarının, psikiyatri alanında çalışanların ve halkın ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı tutumu önemlidir. Olumlu tutum; hastaları rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici, tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Buna karşılık olumsuz tutum, hastanın toplumsal ilişkilerden kopmasına ve tedaviye karşı isteksizliğe neden olmaktadır. Toplumda yapılan çalışmalarının sonuçları genel olarak toplumun ruhsal bozukluklara karşı olumsuz baktığı yönündedir (1,62).

## **2.6. Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Bozukluğu olan Bireylere Yönelik Damgalama**

Ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerle yakın temasta bulunan kişilerin başında sağlık çalışanları gelmektedir. Literatürden, sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluklara ilişkin toplumla benzer inanç ve tutumları olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının tutumları, ruhsal bozuklukların önlenmesini, erken tanı ve tedavisini etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımları, bu hastaların tedavi için başvurmalarını engellemektedir (47). Oysa koruyucu, tedavi ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinin etkin ve verimli olması genelde toplumun tamamının, özelde de sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluklar ve ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumlarının olumlu yönde olmasına bağlıdır. Ayrıca sağlık

çalışanlarının, toplumda bu hastalara yönelik olumlu tutum içinde olması, diğer insanlar için model oluşturması ve toplumu olumlu yönde etkilemesi açısından da ayrıca önemlidir (1,14).

Sağlık bilimleri öğrencilerinde yapılan bir araştırma sonucuna göre, öğrencilerin şizofreni hastalığını tanıdıkları, ancak etiyojisi ve tedavisine ilişkin yanlış bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Öğrencilerin yarıya yakınının şizofreni hastalarına ilişkin damgalayıcı tutum sergiledikleri; evlenmek, komşusu olmak, birlikte çalışmak gibi konularda şizofreni hastalarından uzak durmak istedikleri bildirilmiştir (63).

Tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerde en sık damgalanan hastalık grubunun ruhsal bozukluklar olduğu bildirilmiştir. Öğrencilerde damgalama eğilimleri alkol-madde bağımlılığına karşı en yüksek, depresyona karşı en düşük düzeydedir (64). Diğer bir çalışmada, tıp öğrencilerinin en fazla alkol-madde bağımlılığına karşı damgalama eğilimi gösterdikleri, bunu sırasıyla şizofreni ve depresyonun izlediği bulunmuştur (65).

Ruhsal bozukluklara yönelik tutumlar konusunda mesleki eğitim ve klinik deneyimin önemi nedeniyle literatürde, psikiyatri stajı öncesi ve sonrası değerlendirmeler yapılmış, tutum ve bilgilerdeki değişim incelenmiştir. Tıp fakültesi 5. sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada psikiyatri stajının, ruhsal bozukluklara yönelik olumlu düşüncelerde genel olarak bir artış yaptığı gözlenmiştir (66). Yapılan diğer bir çalışmada, öğrencilerde staj sonrası ruhsal bozuklukların tedavisine yönelik özgüvenlerinin arttığı görülmüştür. Öğrenciler staj öncesi ruhsal yakınmaları olan kişilerin çoğunu psikiyatriste göndermeyi tercih ederken, staj sonrası bu kişilerin tedavilerini üstlenebileceklerini belirtmiştir. Ancak staj sonundaki yeterlilik duygusunun geçici olduğu da çalışmada vurgulanmıştır (67). Diğer bir çalışmada tıp fakültesi ikinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin ruhsal bozukluklara karşı tutumları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (68).

Bilimin son derece hızlı ilerlediği günümüzde, ruhsal bozukluklara ilişkin tutumun sağlık çalışanlarında hala ön yargılar, yanlış inanışlarla beslenmesi ilginçtir. Örneğin, literatürde çoğu hemşirenin, hastalarındaki psikososyal

sorunlar ile baş edebilecek klinik donanıma sahip olmalarına karşın, sorumluluk almak istemedikleri bildirilmektedir (69). Hekimler arasında 'Psikiyatrik hasta' damgası, somatik rahatsızlıkların tedavisini olumsuz yönde etkilemektedir (70). Psikiyatri dışı alanlarda çalışan hekimlerin ve sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olarak, bu hastalardan tedirgin oldukları ve hastayla temas kurmaktan çekindikleri bildirilmiştir (71).

Hekimler, tıp öğrencileri ve hastane çalışanları ile yapılan çalışmalarda madde kullanım bozukluğu, şizofreni, depresyon/anksiyete bozuklukları sırasıyla en fazla sosyal mesafe istenilen ruhsal bozukluklar olarak bildirilmiştir (65,65).

Ülkemizde sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumları üzerine yapılan araştırma sonuçlarına göre, bazı çalışmalar topluma kıyasla sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumlarının olumlu olduğunu ortaya koyarken (72,73) bazı çalışmalar ise sağlık çalışanlarının tutumlarının toplumdaki ön yargılar gibi olumsuz olduğunu bildirmektedir (37,65). Birinci basamak sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada, genel olarak ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inançların olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının, ruhsal bozukluğu olan kişilerin tehlikeli olduğu, kişilerarası ilişkilerde bozulma ve buna bağlı çaresizlik yaşanacağı, ruhsal bozukluğun utanılacak bir durum olduğuna yönelik olumsuz inançları olduğu belirlenmiştir (22).

Hastalarla yakın ilişki içerisinde olan hemşireler üzerinde yapılan araştırmalarda hemşirelerin, ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı olumsuz tutumları bulunduğu bildirilmiştir (1,65). Bu olumsuz tutumlar hemşirenin hastaya etkili bakım vermesini zorlaştırmaktadır. Özellikle daha çok cerrahi ünitelerinde görev almış hemşireler, ruhsal bozukluklarla ilgili bilgilerinin kısıtlı oluşu nedeniyle sıklıkla olumsuz yaklaşım içindedirler. Sağlık çalışanlarının diğer tıbbi bilgilerle karşılaştırıldığında ruhsal bozukluklara yönelik daha az bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir (1). Hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada, ruh sağlığı ve bakımı konusunda eğitim almak, hemşirelerin hastalara karşı tutumlarını değiştirdiği saptanmıştır (74). Birçok durumda da geçerli olduğu gibi, ruhsal bozukluklar hakkında güncel bilgiye sahip olmak son



derece önemlidir. Ruh sağlığı hakkında g¼ncel bilgiye sahibi olmanın, hastalıkların tanı ve tedavilerinin etkin bir şekilde y¼r¼t¼lmesini sağlayacağı, aynı zamanda bu hastalara karşı olumlu tutum geliştirilmesine yardımcı olabileceği bildirilmiştir (12).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin iyilik haline tanıklık eden kişilerde, damgalamada azalma olabileceği gibi alevlenme d¼nemlerine tanıklık etmek de damgalamayı arttırabilir. Literat¼rde ruh sağlığı çalışanlarının, hastaların alevlenme d¼nemlerine tanıklık etmelerinin olumsuz inanç ve tutumları arttırdığı belirtilmiştir (22). Bir çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım veren hemşirelerin, bu hastalarla ilgili d¼ř¼nce biçimlerinin yaşanmış olaylara değil, geliştirilen olumsuz ¼nyargılara bağlı olduğu bildirilmiştir (75). Ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve beceri sahibi olan hemşirelerin ise, bu hastaların tehlikeli ve zarar verici davranışlarına karşı nasıl davranacaklarını bildiklerinden, yaklaşım tarzları olumludur. Ruhsal bozukluğu olan bireyler ile doğrudan uygulama deneyimi olan hemşirelerin, deneyimi olmayanlara g¼re hastayı kabul edici yaklaşımlarının daha fazla olduğu g¼r¼lm¼řt¼r (1, 76).

Ruhsal bozukluğu bulunan bireylerin toplumdan kopmaması ve hayatlarına sağlıklı devam edebilmesi için hekimlere b¼y¼k g¼rev d¼řmektedir. Yapılan bir çalışmada, birinci basamakta çalışan hekimlerin yarısından fazlasının şizofrenlerin toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğine, saldırgan olduklarına, kendi hayatları ile doğru kararlar alamayacaklarına inandıkları saptanmıştır (77). Birinci basamakta çalışan hekimlerin katıldığı diğer bir çalışmada, hekimlerin psikotik bozuklukları tanıma, tedavi ve izleme konusunda yetersiz ve isteksiz oldukları ve bu hastaların birinci basamakta tedavi edilmemeleri gerektiğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Hekimlerin %39,5'i psikotik bozukluğu olan hastaların genelde doğru kararlar veremediklerini d¼ř¼nmekle beraber, %29,7'si bu hastaların tedaviyle topluma kazandırılabilirlerine inandıklarını belirtmişlerdir (78).

Hastaya ilk m¼dahale ve bakım genellikle psikiyatri dışı sağlık çalışanları tarafından yapılmaktadır. Bu konuda psikiyatrik aciller son derece önemlidir. Acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının hastayı değerlendirme, hastanın muayenesini yapma, doğru tanı koyma, tedavisini planlama ve

bakımını vermedeki bilgi ve becerisi kadar, hastaya karşı geliştirdiği inanç ve tutum da oldukça önemlidir (79). Yapılan araştırmalarda, acil servise ruhsal bozukluğu nedeniyle başvuran bireyler ve ailelerinin fiziksel şikayetlerinin ve endişelerinin daha az ciddiye alındığı belirtilmiştir (80,81). Acil serviste çalışan sağlık çalışanlarında yürütülen bir araştırmanın sonucuna göre, çalışanlar günde ortalama 1-3 psikiyatrik acille karşılaşmaktadır. Çalışanların yarıdan fazlası ruhsal bozukluklar konusundaki bilgi düzeyini kısmen yeterli olarak algılamakta, yarıdan fazlası psikiyatrik acille çalışırken güçlük yaşamaktadır. Ayrıca acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik genel anlamda olumlu inanca sahip oldukları bildirilmiştir. Ayrıca, acil servis çalışanlarının psikiyatrik acille çalışırken zorlandığı, bu hastalarla karşılaştıklarında kaygı hissettiği, daha temkinli ve kontrollü davrandığı belirtilmiştir (82,83).

Yoğun bakım ünitelerindeki hekim ve hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışma sonucunda, yoğun bakım ünitesinde çalışan hekim ve hemşirelerin daha önyargılı ve damgalayıcı oldukları ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yeterli bakım veremedikleri saptanmıştır (84).

Psikiyatrist ve psikiyatri dışı hekimlerin şizofreniye yönelik tutumlarını karşılaştıran bir çalışmada, psikiyatristlerin hastalara şizofreni tanısını koyma konusunda daha çekingen davrandıkları görülmüştür. Bu bulgu ve adli raporlarda psikiyatristlerin şizofreni tanısı yerine bir başka tanı yazma eğilimi nedeni ile çalışmacılar psikiyatristlerin de şizofreniyi damgalama eğilimi taşıdıkları yorumunda bulunmuşlardır (14).

Bir çalışmada şizofreni hastalarına yönelik önyargıların genel pratisyenler başta olmak üzere psikiyatri dışı hekimler arasında da yaygın olduğu, hekimlerin muayene ya da tedavi ettikleri kişinin şizofreni hastası olmasının mesleki uygulamalarını etkilemeyeceğini bildirmekle birlikte komşuluk, sosyal ilişkiler gibi alanlarda ve hastayı potansiyel tehlike gibi görme konusunda ciddi sorunlar olduğu bildirilmiştir. Ayrıca psikiyatri dışı uzman hekimlerin, ruhsal hastalıklarla ilgili eğitim almak istedikleri belirtilmiştir (85).

Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı yapılan diğer bir olumsuz tutum; hastanın fiziksel yakınmaları, çok sabırlı olmayan ve zaman sıkıntısı olan bir

hekim tarafından doğru bir muayene yapılmaksızın psikosomatik olarak değerlendirilmesi olarak söylenebilir. Hatta bazen psikiyatristler de ruhsal bozukluğu olan kişilerin tıbbi sorunlarıyla uğraşma konusunda isteksiz davranmaktadırlar. Oysa literatürde, şizofreni hastalarında %80'e varan oranlarda eşzamanlı başka önemli bir tıbbi hastalık olduğu ve bu hastalıkların %50'ye varan oranlarda tanı almadığı gösterilmiştir (18,86).

Literatürde de görüldüğü üzere, ruhsal bozukluğu olan kişiler, çok farklı çevrelerden ve çok farklı şekillerde damgalamaya ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Toplu bir bakış olması gerekçesiyle; yapılan bir çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireyi; toplumun (%61), işverenin (%36), ruh sağlığı çalışanlarının (%20), aile üyelerinin (%19), arkadaşlarının (%14) ve eşlerinin (%11) damgaladığı belirlenmiştir (87).

### 3. GEREKÇE ve AMAÇ

Ruhsal bozukluğu olan kişilere ilişkin damgalamanın önlenmesiyle, bu hastaların ve ailelerinin yaşadığı sıkıntıların azaltılması ve onların toplumla bütünleşmeleri sağlanabilir. Damgalama üzerine yapılan araştırmalar, konunun ayrıntılı incelenmesi, sebeplerinin bulunması ve düzeltilmesi için gereklidir. Toplumun bir parçası olarak sağlık çalışanları da, bu hastalara karşı olumsuz tutum ve davranışlarda bulunabilmektedir. Oysa sağlık çalışanlarının bozukluğu olan kişilere karşı tutumları, hem hastanın tedavi alma sürecini etkilemekte, hem de toplum için model olmaktadır. Bu açıdan sağlık çalışanlarının, bozukluğu olan kişilere karşı damgalama durumları ayrıntılı incelenerek, düzeltilmesi gereken yönler belirlenmelidir. Ayrıca hekimlere yönelik güvenin ve örnek almanın yüksek olduğu ülkemizde, hekimlerin bozukluklara karşı damgalama durumlarının ve ilişkili faktörlerin irdelenmesi son derece önemlidir. Literatür genel olarak değerlendirildiğinde, hekimler tarafından tüm ruhsal bozukluklara karşı damgalama durumunun değerlendirildiği çalışmalar az olup çoğunlukla şizofreni ve depresyon hastalarına yönelik yapılmış çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların çoğunluğu, sosyal bilimler, hemşirelik ve psikoloji alanında yapılmış olup, psikiyatri bakış açısıyla yapılmış çalışma çok azdır. Bu çalışmada, bir üniversite hastanesinde çalışan tüm hekimlerin, ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik damgalamalarının değerlendirilmesi, ilişkili özelliklerin belirlenmesi, asistan hekim, uzman hekim ve öğretim görevlileri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## **4. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **4.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hekimlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin görüşlerini araştırmak üzere yapılan analitik yönü de olan kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.

### **4.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Çalışmamızda Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan tüm hekimlere ulaşmak hedeflenmiştir. Hastanenin personel işlerinden aktif çalışan hekim listesi alınmıştır. Listeye göre araştırma yapılan dönemde hastanede 253 öğretim üyesi, 110 uzman hekim, 605 asistan hekim olmak üzere toplam 968 hekim çalışmaktadır. Çalışmamızda örneklem seçilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hekimler çalışmaya dahil edilmiştir.

### **4.3. Etik Kurul Onayı**

Çalışmadan önce Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.09.2020 Tarih ve 2020-17/14 Karar No ile etik onay alınmıştır.

### **4.4. Veri Toplanması**

Çalışmamız Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Ekim 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında yürütülmüş, yaklaşık 6 ay sürmüştür. Mesai saatleri içerisinde, günlük işleyişi bozmayacak ve sağlık hizmetlerini aksatmayacak şekilde hekimlere ulaşılmaya çalışılmıştır. Tüm birimlere defalarca gidilmiş, ulaşılan hekimlere çalışmanın amacı aktarılmıştır.

Hastanede çalışan toplam 968 hekimden 91 öğretim üyesi, 65 uzman hekim, 340 asistan hekim olmak üzere toplam 496 hekim çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Ulaşılabilirlik %51,2'dir. Özellikle Covid19 salgını nedeni ile hekimler oldukça yoğun çalışmaktadır. Ayrıca veri toplama sürecinde raporlu, izinli, görevlendirme nedeni ile kurum dışında olanlara ulaşamamıştır.

#### **4.5. Veri Toplama Araçları**

Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerin bilgilendirilmiş onamları alınmış, ardından anket formu uygulanmıştır. Anket formunda; sosyo-demografik bilgi formu (13 soru) ve 'Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği' (51 soru) yer almaktadır. Anket, kendi kendine doldurma yöntemiyle uygulanmış, yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Ankette herhangi bir kimlik veya kişiyi belli edecek bir soru yer almamaktadır.

##### **4.5.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu**

Cinsiyet, yaş, medeni durum, uzmanlık alanı, unvan (asistan hekim, uzman hekim, öğretim görevlisi), çalışma yılı, ruhsal bozukluk geçirip geçirmediği, birinci derece akrabalarında ruhsal bozukluk geçiren olup olmadığı, klinik pratikte psikiyatri hastası ile karşılaşma sıklığı (hiç, nadir, sık), psikiyatri hastası ve tedavisi konusunda yeterli bilgisi olup olmadığı, psikiyatri hastası ile klinik pratikte olumsuz bir deneyim yaşayıp yaşamadığı, hastalığı kontrol altında olan psikiyatri hastasının, ruhsal olmayan hastalıklarının da psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünüp düşünmediği, ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik damgalama konulu eğitimlere katılmak isteyip istemediği soruları yer almaktadır.

##### **4.5.2. Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği**

Cohen ve Struening tarafından 1963 yılında geliştirilmiş (88) ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arıkan tarafından 1986 yılında

yapılmıştır (89). Ölçek 0,95 düzeyinde güvenilir bulunmuştur. Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır:

1. *Otoriterlik Boyutu*: Ruhsal bozukluğu olan kişilerin normal insanlardan farklı ve aşağı olduğu görüşünü yansıtır.

2. *Koruyuculuk Boyutu*: Şansız ve güçsüz olarak düşünülen ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı koruyucu ve sahiplenici ancak bilimsel olmayan insancıl ve dini yaklaşımı yansıtır.

3. *Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu*: Ruh sağlığı alanında çalışanların felsefesine göre ruhsal bozuklukların, diğer hastalıklardan farklı olduğu görüşünü yansıtır.

4. *Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu*: Toplumu tehlikeli olarak görülen ruhsal bozukluğu olan kişilerden korumak için, bu hastaların kısıtlanmaları gerektiği görüşünü yansıtır.

5. *Bireylerarası Etiyoloji Boyutu*: Ruhsal bozuklukların, çocukluk çağındaki bozuk aile ilişkisine dayalı olarak, sevgi ve ilgisizlik nedeniyle ortaya çıktığı düşüncesini yansıtır.

Alt boyutların tamamında yüksek puan almış bir kişinin ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı tutumunu örneklendirmek gerekirse; bu kişi ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı ve değersiz olduğu, ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı bilimsel olmayan şekilde oldukça koruyucu ve kollayıcı olduğu, ruhsal bozukluğun diğer hastalıklardan farklı olduğu, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin hastane içinde ve dışında kısıtlanmaları gerektiği ve tehlikeli oldukları, hastalığın bir çok nedenini göz ardı ederek, özellikle olumsuz anne-baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutumuna sahiptir.

Ölçek, likert tipi 51 maddeyi içermekte ve her bir madde;

1-Kesinlikle katılıyorum

2-Katılıyorum

3-Emin değilim ama galiba katılıyorum

4-Emin değilim ama galiba katılmıyorum

5-Katılmıyorum

6-Kesinlikle katılmıyorum ifadelerini içermektedir.

Ölçeğin toplam puanı yoktur. Tutum değerlendirmeleri her bir boyutun ayrı puanları ile yapılmaktadır. Puanlar yükseldikçe ruhsal bozukluklara ilişkin görüş ve tutumlar olumsuzlaşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa güvenilirlik katsayıları 0,60 ve 0,82 arasında bulunmuştur (88). Bu ölçek ulusal ve uluslararası pek çok çalışmada kullanılmıştır (6,90-92).

#### **4.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz**

Çalışmamızın verilerinin istatistiksel analizi IBM SPSS 20.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler frekans, yüzde, sayı, ortalama, ortanca, minimum, maksimum ve standart sapma ile gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna görsel yöntemler ve Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile bakılmıştır. Katılımcıların 'Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği' puanları ile sosyo-demografik bilgi formundaki değişkenlerin ilişkisi analiz edilmiştir. Grupların normal dağılıma uygun olup olmadığına göre parametrik ve non-parametrik testler uygulanmıştır. Gruplar arası değerlendirmelerde normal dağılıma uygunluğuna göre; Student t, Mann Whitney U, One-way Anova ve Kruskal Wallis Varyans Analizi testleri uygulanmıştır. Ayrıca yaş ve çalışma yılı ile ölçek alt boyut puanları arasında Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel analizde tip 1 hata düzeyi %5, güven aralığı %95 olarak kabul edilmiştir.



## **5. BULGULAR**

### **5.1. Sosyo-demografik bulgular**

Çalışmamıza katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo-1:** Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	204	41,1
Kadın	292	58,9
Medeni durum		
Evli	269	54,2
Evli değil	227	45,8
Çalışılan bölüm		
Klinik bilimler	315	67,0
Cerrahi bilimler	155	33,0
Unvan		
Asistan hekim	340	68,6
Uzman hekim	65	13,1
Öğretim görevlisi	91	18,3
Ruhsal bozukluk geçmişi		
Var	135	27,2
Yok	361	72,8
Akrabalarda ruhsal bozukluk öyküsü		
Var	172	34,7
Yok	324	65,3
Çalışırken ruhsal bozukluğu olan kişilerle karşılaşma sıklığı		
Yok-Nadir	298	60,1
Sık	198	39,9
Ruhsal bozukluklara dair yeterli bilgisinin olduğunu düşünme		
Evet	82	16,5
Hayır	414	83,5
Ruhsal bozukluğu olan kişilerle ilişkili olumsuz deneyim yaşamış olma		
Var	188	37,9
Yok	308	62,1
Stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal bozuklukla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünme		
Evet	78	15,7
Hayır	418	84,3
Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitimine katılma isteği		
Var	313	63,2
Yok	182	36,8

Çalışmamıza katılan hekimlerin %58,9'u kadın ve %54,2'si evlidir. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $34,37 \pm 10,28$  (min:24, mak: 70) yıldır. Çalışmaya katılan hekimler ortalama  $9,15 \pm 10,16$  yıldır çalışmaktadır (min:1, mak: 44). Katılımcıların %67,0'ı klinik bilimlerde, %33,0'ı cerrahi bilimlerde çalışmaktadır. %68,6'sı asistan hekim, %13,1'i uzman hekim ve %18,3'ü

öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır. Hekimlerin %27,2'si daha önce ruhsal bozukluk geçirdiklerini ve %34,7'si birinci derece akrabalarının ruhsal bozukluk öyküsü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %39,9'u klinik pratikte psikiyatri hastası ile sık karşılaştığını bildirmiştir. Hekimlerin %83,5'i psikiyatri hastası ve tedavisi konusunda yeterli bilgisi olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda yer alan hekimlerin %37,9'u daha önce psikiyatri hastası ile klinik pratikte olumsuz bir deneyim yaşamıştır. Katılımcıların %15,7'si, hastalığı kontrol altında olsa da psikiyatri hastasının, ruhsal olmayan hastalıklarının da psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin %63,2'si ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik yapılacak olan damgalama eğitimine katılmayı istediklerini bildirmiştir (Tablo 1).

## 5.2. Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği

Hekimlerin Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları Tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo-2:** Ruh hastaları ve ruh hastalıklarına ilişkin görüşler ölçeğinin alt boyut değerleri

	Otoriterlik	Koruyuculuk	Ruh Sağlığı İdeolojisi	Sosyal Kısıtlayıcılık	Bireylerarası Etiyoloji
Sayı	496	496	496	496	496
Ortalama	23,94	44,17	31,46	21,75	18,29
Ortanca	24,00	44,00	32,00	22,00	19,00
Standart sapma	6,94	6,26	4,81	6,24	5,43
Minimum	5	16	6	6	2
Maksimum	46	62	43	40	32

Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları; Otoriterlik boyutu için  $23,94 \pm 6,94$ ; Koruyuculuk boyutu için  $44,17 \pm 6,26$ ; Ruh Sağlığı İdeolojisi boyutu için  $31,46 \pm 4,81$ ; Sosyal Kısıtlayıcılık boyutu için  $21,75 \pm 6,24$ ; Bireylerarası Etiyoloji boyutu için  $18,29 \pm 5,43$  olarak bulunmuştur (Tablo 2).

### **5.3. Analitik bulgular**

Çalışmamızda sosyo-demografik değişkenler ile Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki her alt boyut için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Tablo 3'te sosyo-demografik değişkenler ile otoriterlik alt boyutu arasındaki ilişki sunulmuştur.

**Tablo-3:** Sosyo-demografik değişkenler ile otoriterlik boyutu arasındaki ilişki

	Ortalama	SS	p
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	25,05	6,19	<b>0,002*</b>
Kadın	23,15	7,33	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	23,52	6,99	0,144*
Evli değil	24,43	6,87	
<b>Çalışılan bölüm</b>			
Klinik bilimler	23,76	6,88	0,133*
Cerrahi bilimler	24,79	7,16	
<b>Unvan</b>			
Asistan hekim	24,49	7,04	<b>0,005***</b> <b>(0,002****)</b>
Uzman hekim	23,17	6,82	
Öğretim görevlisi	22,41	6,42	
<b>Ruhsal bozukluk geçmişi</b>			
Var	23,39	7,25	0,106**
Yok	24,14	6,82	
<b>Akrabalarda ruhsal bozukluk öyküsü</b>			
Var	23,03	7,38	<b>0,035*</b>
Yok	24,41	6,66	
<b>Çalışırken ruhsal bozukluğu olan kişilerle karşılaşma sıklığı</b>			
Yok-Nadir	23,84	7,03	0,705*
Sık	24,08	6,83	
<b>Ruhsal bozukluklara dair yeterli bilgisinin olduğunu düşünme</b>			
Evet	21,73	7,71	<b>0,002*</b>
Hayır	24,37	6,70	
<b>Ruhsal bozukluğu olan kişilerle ilişkili olumsuz deneyim yaşamış olma</b>			
Var	23,88	7,62	0,899*
Yok	23,97	6,51	
<b>Stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal bozuklukla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünme</b>			
Evet	26,91	7,02	<b>&lt;0,001**</b>
Hayır	23,38	6,79	
<b>Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitimine katılma isteği</b>			
Var	23,78	7,13	0,539*
Yok	24,18	6,64	

\*: Student t, \*\*: Mann Whitney U, \*\*\*: Kruskal Wallis Varyans Analizi, \*\*\*\*: Mann Whitney U (Asistan hekim ile öğretim görevlisi arasında)

Otoriterlik boyutunun sosyo-demografik değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde; erkekler kadınlara göre, asistan hekimler öğretim görevlilerine göre, birinci derece akrabalarında ruhsal bozukluk öyküsü olmayanlar olanlara göre, ruhsal bozukluklara dair bilgilerini yeterli görmeyenler görenlere göre ve

stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal bozuklukla ilişkisiz diğer tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini dūřünenler dūřünmeyenlere göre ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha fazla olumsuz tutuma sahip oldukları istatistiksel aığdan anlamlı bulunmuştur (sırasıyla p: 0,002, 0,002, 0,035, 0,002, <0,001), (Tablo 3). Diđer bir deyişle; erkekler, asistan hekimler, ruhsal bozukluğa sahip birinci derece akrabası olmayanlar, ruhsal bozukluklara dair bilgilerini yetersiz görenler ve ruhsal bozukluğu kontrol altında olan bireylerin, diğer sağlık sorunlarının tedavisinin de psikiyatri servislerinde yapılması gerektiğini dūřünenlerin otoriterlik puanları yüksek olup, bu kişiler ruhsal bozukluğa sahip bireyleri değersiz, toplumdan farklı ve aşağı görmektedir.

Tablo 4'te sosyo-demografik değişkenler ile koruyuculuk alt boyutu arasındaki ilişki sunulmuştur.

**Tablo-4:** Sosyo-demografik değişkenler ile koruyuculuk boyutu arasındaki ilişki

	Ortalama	SS	p
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	43,88	6,16	0,212*
Kadın	44,57	5,92	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	44,56	5,69	0,259*
Evli değil	43,95	6,39	
<b>Çalışılan bölüm</b>			
Klinik bilimler	44,34	5,88	0,605*
Cerrahi bilimler	44,03	6,55	
<b>Unvan</b>			
Asistan hekim	44,24	6,37	0,568***
Uzman hekim	43,77	6,17	
Öğretim görevlisi	44,79	4,41	
<b>Ruhsal bozukluk geçmişi</b>			
Var	45,40	6,27	<b>0,011*</b>
Yok	43,86	5,88	
<b>Akrabalarda ruhsal bozukluk öyküsü</b>			
Var	44,87	6,07	0,115*
Yok	43,97	5,99	
<b>Çalışırken ruhsal bozukluğu olan kişilerle karşılaşma sıklığı</b>			
Yok-Nadir	44,17	5,73	0,524**
Sık	44,45	6,46	
<b>Ruhsal bozukluklara dair yeterli bilgisinin olduğunu düşünme</b>			
Evet	45,79	6,39	<b>0,005**</b>
Hayır	43,98	5,91	
<b>Ruhsal bozukluğu olan kişilerle ilişkili olumsuz deneyim yaşamış olma</b>			
Var	44,39	6,11	0,713**
Yok	44,22	5,98	
<b>Stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal bozuklukla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünme</b>			
Evet	42,83	6,51	<b>0,021*</b>
Hayır	44,55	5,90	
<b>Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitimine katılma isteği</b>			
Var	44,87	5,93	<b>0,005**</b>
Yok	43,34	6,04	

\*: Student t, \*\*: Mann Whitney U, \*\*\*: One-way Anova

Koruyuculuk boyutunun sosyo-demografik değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde; ruhsal bozukluk öyküsü olanlar olmayanlara göre, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yeterli görenler görmeyenlere göre, stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal bozuklukla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri

servisinde yapılması gerektiğini düşünmeyenler düşünenlere göre ve ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitime katılmayı isteyenler istemeyenlere göre ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha fazla olumsuz tutuma sahip oldukları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (sırasıyla p: 0,011, 0,005, 0,021, 0,005), (Tablo 4). Diğer bir deyişle; ruhsal bozukluk öyküsü olanlar, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yeterli görenler, ruhsal bozukluğu kontrol altında olan bireylerin, tüm sağlık sorunlarının tedavisinin psikiyatri servislerinde yapılmasına gerek olmadığını düşünenler ve ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitime katılmayı isteyenler ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı oldukça koruyucu ve kollayıcı oldukları, bilimsel bakıştan uzak, insancıl ve dini duygularla onlara acıdıkları, bu şekilde ruhsal bozukluğu olan kişileri damgaladıkları söylenebilir.

Tablo 5'te sosyo-demografik değişkenler ile ruh sağlığı ideolojisi alt boyutu arasındaki ilişki sunulmuştur.



**Tablo-5:** Sosyo-demografik değişkenler ile ruh sağlığı ideolojisi boyutu arasındaki ilişki

	Ortalama	SS	p
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	31,09	4,31	0,06*
Kadın	31,88	4,76	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	31,76	4,24	0,272**
Evli değil	31,31	4,99	
<b>Çalışılan bölüm</b>			
Klinik bilimler	31,40	4,55	0,336*
Cerrahi bilimler	31,84	4,72	
<b>Unvan</b>			
Asistan hekim	31,24	4,79	<b>0,037***</b> <b>(0,029****)</b>
Uzman hekim	32,78	4,22	
Öğretim görevlisi	31,84	3,94	
<b>Ruhsal bozukluk geçmişi</b>			
Var	31,54	4,61	0,746**
Yok	31,56	4,56	
<b>Akrabalarda ruhsal bozukluk öyküsü</b>			
Var	31,13	4,62	0,134*
Yok	31,78	4,57	
<b>Çalışırken ruhsal bozukluğu olan kişilerle karşılaşma sıklığı</b>			
Yok-Nadir	31,63	4,53	0,663*
Sık	31,44	4,70	
<b>Ruhsal bozukluklara dair yeterli bilgisinin olduğunu düşünme</b>			
Evet	32,04	5,24	0,235**
Hayır	31,46	4,45	
<b>Ruhsal bozukluğu olan kişilerle ilişkili olumsuz deneyim yaşamış olma</b>			
Var	31,58	4,77	0,749**
Yok	31,54	4,49	
<b>Stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal bozuklukla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünme</b>			
Evet	31,04	5,31	0,372**
Hayır	31,65	4,45	
<b>Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitimine katılma isteği</b>			
Var	32,02	4,46	<b>0,005*</b>
Yok	30,81	4,69	

\*: Student t, \*\*: Mann Whitney U, \*\*\*: One-way Anova, \*\*\*\*: Tamhane's T2 (Asistan hekimler ile uzman hekimler arasında)

Ruh sağlığı ideolojisi boyutunun sosyo-demografik değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde; uzman hekimler asistan hekimlere göre ve ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitimine katılmayı isteyenler istemeyenlere

göre ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha fazla olumsuz tutuma sahip oldukları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (sırasıyla p: 0,029, 0,005), (Tablo 5). Diğer bir deyişle; uzman hekimler ve ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitime katılmayı isteyenler, ruhsal bozukluğu olan kişileri diğer hastalardan farklı gördükleri ve ayırdıkları söylenebilir.

Tablo 6'da sosyo-demografik değişkenler ile sosyal kısıtlayıcılık alt boyutu arasındaki ilişki sunulmuştur.

**Tablo-6:** Sosyo-demografik değişkenler ile sosyal kısıtlayıcılık boyutu arasındaki ilişki

	Ortalama	SS	p
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	22,03	6,10	0,345**
Kadın	21,55	6,33	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	21,75	6,28	0,973*
Evli değil	21,74	6,20	
<b>Çalışılan bölüm</b>			
Klinik bilimler	21,69	5,90	0,573*
Cerrahi bilimler	22,06	7,01	
<b>Unvan</b>			
Asistan hekim	21,56	6,22	0,669***
Uzman hekim	22,05	6,09	
Öğretim görevlisi	22,21	6,45	
<b>Ruhsal bozukluk geçmişi</b>			
Var	20,99	6,57	0,063**
Yok	22,03	6,09	
<b>Akrabalarda ruhsal bozukluk öyküsü</b>			
Var	20,88	6,07	<b>0,025*</b>
Yok	22,20	6,28	
<b>Çalışırken ruhsal bozukluğu olan kişilerle karşılaşma sıklığı</b>			
Yok-Nadir	21,81	6,45	0,599**
Sık	21,66	5,93	
<b>Ruhsal bozukluklara dair yeterli bilgisinin olduğunu düşünme</b>			
Evet	19,09	6,21	<b>&lt;0,001**</b>
Hayır	22,27	6,12	
<b>Ruhsal bozukluğu olan kişilerle ilişkili olumsuz deneyim yaşamış olma</b>			
Var	21,81	6,37	0,862*
Yok	21,71	6,17	
<b>Stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal bozuklukla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünme</b>			
Evet	23,79	5,81	<b>&lt;0,001**</b>
Hayır	21,36	6,25	
<b>Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitimine katılma isteği</b>			
Var	21,38	6,20	0,108*
Yok	22,32	6,26	

\*: Student t, \*\*: Mann Whitney U, \*\*\*: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Sosyal kısıtlayıcılık boyutunun sosyo-demografik değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde; birinci derece akrabalarında ruhsal bozukluk öyküsü olmayanlar olanlara göre, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yeterli görmeyenler görenlere göre ve stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal bozuklukla

ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünenler düşünmeyenlere göre ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha fazla olumsuz tutuma sahip oldukları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (sırasıyla p: 0,025, <0,001, <0,001), (Tablo 6). Başka bir deyişle; ruhsal bozukluğa sahip birinci derece akrabası olmayanlar, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yetersiz görenler ve ruhsal bozukluğu kontrol altında olan bireylerin, diğer sağlık sorunlarının tedavisinin de psikiyatri servislerinde yapılması gerektiğini düşünenler, ruhsal bozukluğu olan kişileri tehlikeli olarak gördüğü, hastane ve hastane dışında kısıtlanmaları gerektiğini düşündükleri söylenebilir.

Tablo 7’de sosyo-demografik değişkenler ile bireylerarası etiyoloji alt boyutu arasındaki ilişki sunulmuştur.

**Tablo-7:** Sosyo-demografik değişkenler ile bireylerarası etioloji boyutu arasındaki ilişki

	Ortalama	SS	p
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	19,25	5,19	<b>&lt;0,001*</b>
Kadın	17,62	5,50	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	18,22	5,44	0,601*
Evli değil	18,37	5,42	
<b>Çalışılan bölüm</b>			
Klinik bilimler	18,39	5,41	0,590*
Cerrahi bilimler	18,18	5,37	
<b>Unvan</b>			
Asistan hekim	18,50	5,28	0,135**
Uzman hekim	18,48	5,88	
Öğretim görevlisi	17,37	5,61	
<b>Ruhsal bozukluk geçmişi</b>			
Var	18,19	5,66	0,812*
Yok	18,33	5,35	
<b>Akrabalarda ruhsal bozukluk öyküsü</b>			
Var	18,48	5,79	0,346*
Yok	18,19	5,23	
<b>Çalışırken ruhsal bozukluğu olan kişilerle karşılaşma sıklığı</b>			
Yok-Nadir	17,92	5,38	0,063*
Sık	18,85	5,46	
<b>Ruhsal bozukluklara dair yeterli bilgisinin olduğunu düşünme</b>			
Evet	16,29	6,05	<b>0,001*</b>
Hayır	18,68	5,21	
<b>Ruhsal bozukluğu olan kişilerle ilişkili olumsuz deneyim yaşamış olma</b>			
Var	18,25	5,67	0,791*
Yok	18,31	5,28	
<b>Stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal bozuklukla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünme</b>			
Evet	20,32	4,91	<b>&lt;0,001*</b>
Hayır	17,91	5,44	
<b>Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitimine katılma isteği</b>			
Var	18,42	5,50	0,434*
Yok	18,04	5,32	

\*: Mann Whitney U, \*\*: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Bireylerarası etioloji boyutunun sosyo-demografik değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde; erkekler kadınlara göre, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yeterli görmeyenler görenlere göre ve stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal bozuklukla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması

gerektiğini düşünenler düşünmeyenlere göre ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha fazla olumsuz tutuma sahip oldukları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (sırasıyla p: <0,001, 0,001, <0,001), (Tablo 7). Diğer bir deyişle; erkekler, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yetersiz görenler ve ruhsal bozukluğu kontrol altında olan bireylerin, diğer sağlık sorunlarının tedavisinin de psikiyatri servislerinde yapılması gerektiğini düşünenler, ruhsal bozuklukların çocukluk çağındaki aile ilişkisine dayalı olarak, sevgi ve ilgisizlik nedeniyle ortaya çıktığını düşünmektedir.

Hekimlerin uzmanlık alanlarının, ölçek alt boyut puanlarına göre dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo-8: Ölçek puanlarının uzmanlık alanlarına göre dağılımları**

	Otoriterlik	Koruyuculuk	Ruh Sağlığı İdeolojisi	Sosyal Kısıtlayıcılık	Bireylerarası Etiyoloji
Adli tıp	23,92	43,69	30,85	24,15	16,23
Aile hekimliği	25,64	45,85	32,91	21,73	20,52
Anatomi	25,67	45,00	29,00	21,33	16,33
Anestezi ve rean.	22,52	46,57	33,33	20,67	17,38
Beyin cerrahi	24,43	44,29	32,29	20,43	20,29
Biyokimya	20,83	46,00	31,50	19,17	16,83
Çocuk sağ ve hast	24,53	43,70	31,27	22,53	19,49
Çocuk cerrahi	23,72	44,72	33,28	21,66	17,34
Çocuk ruh sağ ve hast	20,00	47,23	30,00	18,00	16,38
İç hastalıkları	23,55	43,48	29,94	22,16	18,24
Cildiye	25,50	42,00	30,25	21,75	19,75
Enfeksiyon hast	23,27	43,45	32,55	23,55	18,45
Farmakoloji	25,33	43,67	33,67	19,00	15,33
Fizyoloji	18,71	45,14	29,86	21,43	14,43
Fizik tedavi ve reh	22,64	42,55	32,45	22,18	15,55
Genel cerrahi	28,67	44,33	32,11	20,11	18,56
Göğüs hast	25,50	44,07	31,79	22,50	18,50
Göğüs cerrahi	15,00	43,00	29,00	15,50	20,50
Göz hast	25,93	43,79	30,71	22,64	18,57
Halk sağlığı	17,13	45,75	35,25	17,63	15,50
Histoloji	24,00	47,00	35,00	20,00	22,00
Kadın hast ve doğum	28,18	42,06	31,18	23,88	20,35
Kardiyoloji	22,63	46,26	32,32	22,16	16,74
Kulak burun boğaz	24,00	43,17	28,00	26,50	14,67
Kalp damar cerrahi	29,67	44,00	32,83	23,83	17,83
Nöroloji	24,83	41,75	30,58	22,33	19,67
Nükleer tıp	32,00	50,00	34,00	21,00	14,00
Ortopedi ve travm.	27,94	39,56	30,19	25,13	20,00
Patoloji	16,56	48,33	32,44	15,44	16,33
Plastik cerrahi	24,25	43,73	32,09	21,92	17,42
Ruh sağ ve hast	16,87	49,47	32,47	15,67	13,87
Radyoloji	25,78	44,33	30,11	19,44	19,89
Spor hekimliği	23,78	42,00	30,56	21,67	18,00
Üroloji	24,13	44,50	30,50	23,13	18,00
Acil tıp	27,63	42,88	30,50	24,00	21,06

Ruh sağlığı alanında çalışan (ruh sağlığı ve hastalıkları, ocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları) hekimler ile ruh sağlığı alanı dışında diğer alanlarda çalışan hekimlerin ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 9’da sunulmuştur.

**Tablo-9:** Ruh sağlığı uzmanlık alanları ile diğer alanların ölçek puanları açısından karşılaştırılması

	Ruh sağlığı uzmanlık alanları		Diğer uzmanlık alanları		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	p*
Otoriterlik	18,32	5,34	24,27	6,89	<0,001
Koruyuculuk	48,43	4,50	44,03	6,02	<0,001
Ruh Sağlığı İdeolojisi	31,32	5,07	31,57	4,57	0,948
Sosyal Kısıtlayıcılık	16,75	5,67	22,04	6,15	<0,001
Bireylerarası Etiyoloji	15,04	5,91	18,48	5,34	0,001

\*: Mann Whitney U

Yetişkin ve ocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümleri ile diğer uzmanlık alanlarını ölçek alt boyutları ile karşılaştırdığımızda, koruyuculuk ve ruh sağlığı ideolojisi boyutu hariç diğer boyutlarda, diğer uzmanlık alanlarının ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha olumsuz tutum içerisinde oldukları bulunmuştur (sırasıyla p: <0,001, <0,001, 0,001). Diğer bir deyişle; psikiyatri dışı uzmanlık alanları psikiyatri alanlarına göre, ruhsal bozukluğa sahip bireyleri normal insanlardan aşağı ve değersiz olarak gördüğü, ruhsal bozukluğu olan kişilerin hastane içinde ve dışında kısıtlanmaları gerektiği ve tehlikeli olduklarını düşündükleri, hastalığın birçok nedenini göz ardı ederek, özellikle olumsuz anne-baba ve ocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutumuna sahip oldukları söylenebilir. Diğer yandan koruyuculuk boyutu puanı psikiyatri alanlarında daha yüksek bulunmuştur (p: <0,001). Yetişkin ve ocuk ruh sağlığı ve hastalıkları bölümlerinde çalışan hekimler, ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı bilimsel olmayan şekilde oldukça koruyucu ve kollayıcı davrandıkları saptanmıştır. Ruh sağlığı ideolojisi boyutu açısından uzmanlık alanları arasında fark olmadığı yani ruhsal bozukluklar da diğer hastalıklar gibi algılandığı saptanmıştır (p: 0,948), (Tablo 9).



Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ve çalışma yılı ile ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 10'da sunulmuştur.

**Tablo-10:** Hekimlerin yaş ve çalışma yılı ile ölçek puanları arasındaki ilişki

	Yaş		Çalışma yılı	
	rho	p*	rho	p*
Otoriterlik	-0,111	<b>0,014</b>	-0,151	<b>0,001</b>
Koruyuculuk	0,014	0,759	0,022	0,629
Ruh Sağlığı İdeolojisi	0,110	<b>0,015</b>	0,125	<b>0,005</b>
Sosyal Kısıtlayıcılık	0,018	0,694	0,022	0,620
Bireylerarası Etiyoloji	-0,069	0,126	-0,065	0,149

\*: Spearman Korelasyon Analizi

Hekimlerin yaşları ile ölçek puanlarının korelasyonuna bakıldığında; yaş ile otoriterlik boyutu arasında negatif, yaş ile ruh sağlığı ideolojisi boyutu arasında ise pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla p: 0,014, rho: -0,111; p: 0,015, rho: 0,110), (Tablo 10). Hekimlerin yaşı arttıkça, ruhsal bozukluğu olan kişilerin toplumdan farklı olmadıkları ve diğer insanlar kadar değerli oldukları görüşleri artmaktadır. Diğer yandan hekimlerin yaşı arttıkça, ruhsal bozukluğu olan kişilerin diğer hastalardan farklı olduğu ve ayrı tuttukları görüşleri artmaktadır.

Hekimlerin çalışma yılları ile ölçek puanlarının korelasyonuna bakıldığında; çalışma yılı ile otoriterlik boyutu arasında negatif, çalışma yılı ile ruh sağlığı ideolojisi boyutu arasında ise pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla p: 0,001, rho: -0,151; p: 0,005, rho: 0,125), (Tablo 10). Hekimlerin çalışma yılı arttıkça, ruhsal bozukluğu olan kişilerin toplumdan farklı olmadıkları ve diğer insanlar kadar değerli oldukları görüşleri artmaktadır. Diğer yandan hekimlerin çalışma yılı arttıkça, ruhsal bozukluğu olan kişilerin diğer hastalardan farklı olduğu ve ayrı tuttukları görüşleri artmaktadır.

## 6. TARTIŞMA

Çalışmamızda otoriterlik boyutu ve bireyler arası etiyojji boyutu açısından erkek hekimlerin daha damgalayıcı oldukları bulunmuştur. Hekimlerin yaşı ve çalışma süresi arttıkça otoriterlik boyutuna ait tutumları daha olumlu seyretmekte, ruh sağlığı ideolojisi boyutuna ait tutumları ise daha olumsuz olmaktadır. Damgalama açısından ruh sağlığı ideolojisi boyutunda uzman hekimlerin puanı daha yüksek, otoriterlik boyutunda ise asistan hekimlerin puanı daha yüksektir. Otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireyler arası etiyojji boyutlarında psikiyatri dışı uzmanlık alanları ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha olumsuz tutum içerisinde, koruyuculuk boyutunda ise psikiyatri bölümleri daha olumsuz tutum içerisindedir. Çalışmamızda yer alan hekimlerde ruhsal bozukluk öyküsü olması, diğer ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı koruyuculuk boyutunda stigmatik tutum ve davranışları artırdığı saptanmıştır. Ruhsal bozukluğa sahip yakını bulunmamak otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutlarına ait stigmatik tutum ve davranışları artırmaktadır. Çalışmamızda psikiyatri hastası ve tedavisi konusunda yeterli bilgisi olmadığını düşünen hekimler %83,5 düzeyinde olup yüksek düzeydedir.

Ülkemizde hekimlerde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, ruh sağlığı ideolojisi boyutu açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu çalışmada kadın hekimlerin ruhsal bozuklukları diğer hastalıklardan ayırıp ötekileştirme eğiliminde olduğu bildirilmiştir (6). Çalışmamızda ise ruh sağlığı ideolojisi boyutu açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Diğer bir araştırmada erkek hekimlerin otoriterlik puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (14). Bizim bulgularımıza göre, bu çalışmayla uyumlu olarak otoriterlik boyutu açısından erkek hekimler daha damgalayıcı olmalarının yanında, bireyler arası etiyojji boyutu açısından da kadın hekimlere göre daha olumsuz tutuma sahip oldukları bulunmuştur. Nitekim Japonya'da sağlık çalışanlarını da içeren bir çalışmada, bulgularımızı destekler nitelikte olarak, erkek hekimlerin daha stigmatik davrandıkları bildirilmiştir (93). Ayrıca diğer bir çalışmada kadınlar erkeklere göre ruhsal

bozukluğu olan bireyler “topluma rahatsızlık verirler” şeklinde sterotipiye daha az sahip oldukları bildirilmiştir (94). Genel olarak kadınların erkeklere göre, ruhsal bozukluğu olan bireylere daha olumlu baktıkları anlaşılmaktadır.

Çalışmamızın sonucuna göre hekimlerin yaşı arttıkça otoriterlik boyutuna ait tutumları daha olumlu seyretmekte, ruh sağlığı ideolojisi boyutuna ait tutumları ise daha olumsuz olmaktadır. Diğer boyutlarda ise yaşı ile boyut puanları arasında anlamlı bir korelasyon yoktur. Ülkemizde hekimler ve hemşirelerde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, hekimlerin yaşları arttıkça koruyuculuk boyutu puanı artmakta iken, otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireyler arası etiyoloji boyutu puanı azalmaktadır (14). Bizim çalışmamızın sonuçları, otoriterlik boyutu açısından uyum gösterirken, diğer boyutlarda uyumsuzdur. Diğer yandan ülkemizde hekimlerde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, hekimlerin yaşı ile ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin görüş ve tutumları arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir. (6). Genel olarak yaşla birlikte ruhsal bozukluklara karşı yapılan damgalamanın azaldığı anlaşılmaktadır. Diğer yandan hekimlerin yaşı arttıkça, ruhsal bozuklukların diğer hastalıklardan farklı görülmesi ve benimsenmemesi tıp eğitiminde ruhsal hastalıkların etiyolojisine yönelik bilginin az olmasından ve meslek eğitimlerinde ruhsal hastalıklara yönelik eğitimlere yer verilmemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızın sonucuna göre medeni durum ile ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalama arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Çalışmamızla uyumlu olarak, yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, hekimlerin medeni durumu ile ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin görüş ve tutumları arasında tüm boyutlarda ilişki olmadığı bildirilmiştir (14). Ülkemizde birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmanın sonucuna göre de, medeni durumun ruhsal bozukluğu olan bireyleri damgalama üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir (22).

Bulgularımıza göre, hekimlerin çalışma süresi arttıkça otoriterlik boyutuna ait tutumları daha olumlu seyretmekte, ruh sağlığı ideolojisi boyutuna ait tutumları ise daha olumsuz olmaktadır. Diğer boyutlarda ise literatürle uyumlu olarak ilişki olmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalar, çalışma

süresinin ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin görüş ve tutumları etkilemediğini göstermektedir (6,14). Bir çalışmada, çalışma süresi daha uzun olan çalışanların ruhsal bozukluğu olan bireyleri daha normal ve daha sağlıklı buldukları saptanmıştır (94). Bu bulgu bizim çalışmamızda yer alan otoriterlik boyutuna ait bulgu ile uyumludur.

Çalışmamızın sonucuna göre, ruh sağlığı ideolojisi boyutunda uzman hekimlerin puanı daha yüksek, otoriterlik boyutunda ise asistan hekimlerin puanı daha yüksektir. Otoriterlik boyutunda asistan hekimlerin olumsuz tutumu, yaşadıkları toplumdaki etkilendikleri ve ruhsal bozukluklarla ilgili bilgileri ve deneyimlerinin az olmasıyla açıklanabilir. Nitekim uzman hekimlerin ve öğretim görevlilerinin otoriterlik boyutu puanları daha düşüktür. Ayrıca yaş ve çalışma yılı arttıkça otoriterlik boyutu puanlarının düştüğü saptanmıştır. Bu nedenle yaş, bilgi ve deneyim arttıkça, hekimler ruhsal bozukluğu olan kişilerin diğer insanlardan farklı ve daha değersiz olmadıklarını, onlara karşı daha olumlu baktıkları sonucuna varılabilir. Diğer yandan, hekimlerin deneyimi, yaşı ve çalışma yılı arttıkça, ruh sağlığı ideolojisi boyutu puanının arttığı, yani ruhsal bozukluğu olan kişileri diğer hastalardan ayırıp ötekileştirdiği görülmektedir. Bu durumun nedenleri araştırılmalıdır. Ülkemizde hekimler ve hemşirelerde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji boyutunda asistan hekimlerin puan ortalaması öğretim üyesi hekimlerden daha yüksek bulunmuştur. İki grup arasında koruyuculuk ve ruh sağlığı ideolojisi boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (14). Çalışmamızın bulguları otoriterlik ve koruyuculuk boyutlarında uyumludur. Diğer boyutlarda ise bulgularımız, bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu değildir.

Otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireyler arası etiyoloji boyutlarında diğer uzmanlık alanları ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha olumsuz tutum içerisinde, koruyuculuk boyutunda ise psikiyatri bölümleri daha olumsuz tutum içerisindedir. Ruh sağlığı ideolojisi boyutu açısından uzmanlık alanları arasında fark yoktur. Ruh sağlığı ideolojisi açısından düşünüldüğünde, hekimlerin ruhsal bozukluğu diğer hastalıklardan ayırmaması, tıp eğitiminin verdiği nosyona bağlı olabilir. Diğer uzmanlık alanlarının ruhsal bozukluğa

karşı tutumu psikiyatristler ile benzer olması, ruhsal bozukluğun ikinci plana atılmadığı, diğer hastalıklar gibi görüldüğü yönünden değerlidir. Psikiyatrist ve psikiyatri dışı hekimlerin şizofreniye yönelik tutumlarını karşılaştıran bir çalışmada, psikiyatristlerin hastalara şizofreni tanısını söyleme konusunda daha çekingen davrandıkları, adli raporlarda şizofreni tanısı yerine bir başka tanı yazma eğiliminde oldukları bulunmuştur (95). Bu çalışma ve bizim çalışmamızın sonucunu birlikte değerlendirecek olursak, koruyuculuk boyutu açısından bakıldığında psikiyatri alanında çalışan hekimlerin, ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha koruyucu ve kollayıcı davrandığı, tedavi etmenin ötesinde yoğun acıma duygusuyla daha insancıl davrandıkları ancak bunun bilimsellikten uzak olduğu anlaşılmaktadır. Diğer uzmanlık alanlarında bu durumun daha düşük olması, ruhsal bozukluğu olan kişilerle sık karşılaşmadıklarından olabilir. Görüldüğü üzere, diğer uzmanlık alanlarının ruhsal bozukluğu olan kişileri değersiz gördüğü, kısıtlanmaları gerektiğini düşündükleri ve ruhsal bozukluklara bireyler arası ilişkinin neden olduğu şeklinde bilimsel olmayan bakış açısına sahip oldukları saptanmıştır. Bu açıdan bakıldığında, psikiyatri alanına ait bilgi, deneyim ve tecrübenin damgalamayı azalttığı ve bilimselliği arttırdığı söylenebilir. Ülkemizde hekimler ve hemşirelerde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, çalışmamızla benzer olarak, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekimlerin koruyuculuk puan ortalamaları psikiyatri kliniklerinde çalışanlardan daha düşük bulunurken, otoriterlik, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (14). Bu bulgular, ruh sağlığı ideolojisi boyutu hariç, bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur. Psikiyatristlerin ruhsal bozukluğu olan kişiler ile çalışmaya istekli oldukları, kendi istekleriyle bu alanı seçmiş olmaları, damgalama ölçek puanlarının düşük olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda yer alan hekimlerde ruhsal bozukluk öyküsü olması, diğer ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı koruyuculuk boyutunda stigmatik tutum ve davranışları artırdığı saptanmıştır. Ruhsal bozukluk geçirmiş hekimlerin, hastalarla fazla empati kurup ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı-aktarım geliştirerek daha fazla yardım etme isteği duydukları söylenebilir.

Ülkemizde hekimler ve hemşirelerde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, hekimlerin %27'sinde ruhsal bozukluk öyküsü olduğu bildirilmiştir. Bu sıklık, bizim çalışmamızla tam olarak uyumlu bulunmuştur. Ayrıca kendisinde ruhsal bozukluk öyküsü olan hekimlerin koruyuculuk boyutundan aldığı puan ortalaması, öyküsü olmayan hekimlerden daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç bizim çalışmamızla uyumlu değildir. Bahsedilen çalışmada diğer boyutlarda ruhsal bozukluk öyküsü açısından fark olmadığı bildirilmiştir (14). Bizim çalışmamızın bulguları da bu yöndedir. Japonya'da sağlık çalışanlarını da içeren bir çalışmada, hekimler arasında ruhsal bozukluk geçirmiş olmanın stigmatik davranışları azalttığı bildirilmiş (93) olsa da, koruyuculuk boyutu hariç hem bizim çalışmamızda hem de birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, ruhsal bozukluk öyküsünün damgalamada etkisi olmadığı bulunmuştur (22).

Ülkemizde hekimlerde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, hekimlerin %44'ünün akrabalarında ruhsal bozukluğu olan bireylerin olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç bizim çalışmamızın sonucuyla uyumludur. Ancak yapılan çalışmada, hekimlerin ruhsal bozukluğa sahip yakınının bulunmasıyla sergilediği stigmatik tavır arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (6). Bizim çalışmamızda ise, ruhsal bozukluğa sahip yakınının bulunmaması otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutlarına ait stigmatik tutum ve davranışları artırmaktadır. Nitekim diğer bir çalışmada, akrabalarında ruhsal bozukluğa sahip yakını bulunan hekimlerin otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutundan aldıkları puan ortalamaları daha düşük iken, koruyuculuk boyutundan aldıkları puan ortalamaları daha yüksek olduğu bildirilmiştir (14). Bu sonuç koruyuculuk boyutu hariç, bulgularımızla uyumludur. Ruhsal bozukluğu bulunan bir kişi ile akraba olunması, hastalığın alevlenme dönemleri dışında iyilik hallerine de tanık olduklarından, bu hastaların aslında diğer insanlardan farklı, değersiz ve tehlikeli olmadığı ve kısıtlanmaları gerekmediği bakış açısı kazandırmıştır. Ancak literatürde, ruhsal bozukluğa sahip yakını bulunan sağlık çalışanlarının, diğerlerine göre tehlikelilik alt ölçek puanının daha yüksek olduğunu bildiren bir çalışma da mevcuttur (22).

Çalışmamızda psikiyatri hastası ve tedavisi konusunda yeterli bilgisi olmadığını düşünen hekimler %83,5 düzeyinde olup, çalışmaya katılanlar yüksek düzeyde bilgilerini yetersiz görmektedir. Ülkemizde hekimlerde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, çalışmamızın bulgularıyla uyumlu olarak, hekimlerin sadece beşte biri psikiyatri hastası ve tedavisi konusunda yeterli bilgisi olduğunu belirtmiştir (6). Ayrıca pratisyen hekimler üzerine yapılan bir çalışmada da hekimlerin ruhsal bozuklukların etiyojisi ve tedavisi hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu gösterilmiştir (77). Uzman hekimlerde yapılan diğer bir çalışmada, ruhsal bozukluklar ve ruhsal bozuklukların tedavisi konusunda uzman hekimlerin kendilerini orta düzeyde yeterli gördükleri bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada uzman hekimlerin ruhsal belirtilerin ayırıcı tanısını yeterince yapamadıkları, uzman hekimlerin yarıya yakınının antidepressan ilaçların bağımlılık yapabileceğini ve uzun süre kullanımının sakıncalı olabileceğini düşündükleri, uzman hekimlerde depresyonu salt bir sosyal sorun olarak görme eğiliminin bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca uzman hekimlerin üçte ikisi depresyonu tedavi etmenin kendi işi olmadığını belirtmiştir (85). Çalışmamızda ruhsal bozukluklara dair bilgisini yeterli görmeyen hekimlerin otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyojisi boyutları puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Hekimlerde ruhsal bozukluklara dair bilgi düzeyi yetersizleştikçe, ruhsal bozuklukların etiyojisinin aile içi sorunlar gibi sosyal sorunlardan kaynaklandığı düşüncesi, toplumla benzer şekilde ruh sağlığı bozuk olan bireyleri değersiz görmeleri, tedavi etmeye isteksiz olmaları ve bu kişilerin kısıtlanması gerektiğini düşünmelerine bağlı olarak ruhsal bozuklukları damgaladıkları anlaşılmaktadır. Tüm bu çalışmaları birlikte değerlendirecek olursak, hekimlerde ruhsal bozukluklar hakkındaki bilgi düzeyinin, bu hastalara karşı damgalamayı azaltıcı temel faktörlerden biri olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızda hekimlerin %63,2'si ruhsal bozukluklara yönelik damgalama hakkında yapılacak olan eğitime katılmayı istedikleri saptanmıştır. Bu sonuca göre hekimlerin çoğunun eğitim gereksinimi olduğu görülmüştür. Bu gereksinim, tıp eğitimi ve mesleki eğitim programlarında ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitime yer verilmemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda yer alan hekimlerin yaklaşık üçte biri daha önce psikiyatri hastası ile klinik pratikte olumsuz bir deneyim yaşamıştır. Ancak olumsuz bir deneyim yaşamış olmak, ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı damgalama durumlarını etkilememektedir. Nitekim hekimlerde yapılan bir çalışmada, olumsuz bir deneyim yaşamış olmak hastalara duyulan güveni değiştirmedeği bildirilmiştir (6).

Yapılan bir çalışmanın sonucunda hekimlerin koruyuculuk boyutu hariç, otoriterlik boyutu (20,89), ruh sağlığı ideolojisi boyutu (29,94), sosyal kısıtlayıcılık boyutu (19,45) ve bireylerarası etiyoloji boyutu (17,82) puanları bizim çalışmamıza göre daha düşük bulunmuştur. Koruyuculuk boyutu puanı (47,48) ise bizim çalışmamızın bulgularına göre daha yüksektir (14).

Çalışmamızın bulgularına göre, erkekler, asistan hekimler, akrabalarında ruhsal bozukluğu olmayan, ruhsal bozukluklara dair bilgilerini yetersiz gören ve stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal hastalıkla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünen hekimler, ruhsal bozukluğu olan bireyleri, toplumdan daha değersiz ve aşağı görerek damgalamaktadır. Ancak bu tür damgalama hekimlerin yaşı ve çalışma süresi arttıkça azalmaktadır. Anlaşılacağı üzere, ruhsal bozukluğu olan kişilerle yakın teması az olan, bilgisini yetersiz gören genç ve çalışma süresi az olan hekimlerin, ruhsal bozukluğu olan kişileri toplumdan aşağı ve değersiz gördükleri, mutlaka psikiyatri servislerinde takip edilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Bu hekimler ruhsal bozukluğu olan bireylerle baş edemeyeceklerini düşünmeleri ve kendilerini bu konuda yetersiz görmeleri nedeniyle bu hastaları damgalıyor olabilir.

Çalışmamızın bulgularına göre, kendisinde ruhsal bozukluk öyküsü olan, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yeterli gören, stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal hastalıkla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılmasının gerekmediğini düşünen ve ruhsal bozukluklara yönelik damgalama hakkında yapılacak olan eğitime katılmayı isteyen hekimler ruhsal bozukluğu olan bireylere fazlaca acıyarak koruyucu davrandıkları ve bu şekilde damgaladıkları saptanmıştır. Koruyuculuk boyutu puanı yüksek olan hekimler, ruhsal bozukluğu olan kişilere daha insancıl açıdan bakmaktadır. Özellikle bu



tür bir bozukluğu kendisi de geçirmiş olan ve bilgisini yeterli gören hekimler, ayrıca psikiyatristler, ruhsal bozukluklara karşı olması gerekenden fazla koruyucu ve kollayıcı yaklaşıtları anlaşılmaktadır.

Çalışmamızın bulgularına göre, uzman hekimler ve ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik damgalama hakkında yapılacak olan eğitime katılmayı isteyen hekimler, ruhsal bozuklukları diğer hastalıklardan farklı görerek damgalamaktadır. Birinci basamakta çalışan hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumlarını değerlendiren bir çalışmada, hekimlerin psikotik bozukluğu olan hastaların tedavilerinde istekli olmadıkları fakat bu konuda eğitim almaya istekli oldukları saptanmıştır (78). Bizim bulgularımızda da görüldüğü üzere, ruhsal bozukluğu diğer hastalıklardan ayıran hekimler, bu konu hakkında eğitime ihtiyaç duymaktadır. Bir çalışmada, birinci basamakta çalışan hekimlerin eğitim eksikliğinin hastaların yakınmalarının ruhsal kökenli olup olmadığının tanınması konusunda değil, ayırıcı tanı ve tedavisi konusunda olduğu bildirilmiştir (86). Ruhsal bozuklukları tanı ve tedavide yetersiz bilgisinin farkında olan hekimlerin bu hastalıkları yok sayarak tanı koymak istemedikleri, bu hastalıkları benimseyemedikleri ve diğer hastalıklardan farklı gördükleri söylenebilir. Nitekim birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada depresyon eğitimi programı sonrasında, hekimlerin daha çok depresyon, daha az psikosomatik bozukluk tanısı koydukları ve daha yüksek oranda antidepresan ilaç reçete etmeye başladıkları görülmüştür (96). Benzer bir çalışmada da, eğitim sonrasında depresyon tanısı oranındaki artış yanında, açıklanamayan bedensel belirtili hasta sayısında aynı oranlarda azalma olduğu bildirilmiştir (97).

Çalışmamızın bulgularına göre, akrabalarında ruhsal bozukluğu olmayan, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yetersiz gören ve stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal hastalıkla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünen hekimler, ruhsal bozukluğu olan bireyleri tehlikeli olarak algıladıkları ve kısıtlanmaları gerektiğini düşünmektedir. Birinci basamakta çalışan hekimler ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin yarısından fazlasının şizofreni hastalarının tehlikeli olduğu ve toplum içinde serbest dolaşmamaları gerektiğini düşündükleri bildirilmiştir (77).

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada, şizofreni hastalarına yönelik olumsuz yargı ve tutumların psikiyatri dışı hekimlerde de yaygın olduğu, hekimlerin yarısının şizofreni hastalarını saldırgan ve tehlikeli kişiler olarak değerlendirdikleri ve hastaların sokakta oynayan çocuklara zarar verebileceklerine inandıkları saptanmıştır (98). Tıp fakültesi öğrencileri ve psikiyatri dışı bölümlerdeki asistan hekimler ile yapılan bir çalışmada da, hekimlerin psikiyatrik yakınması bulunan hastalarla baş edemeyeceklerini düşündükleri ve hastaları psikiyatriste yönlendirmeyi yeğledikleri görülmüştür (99).

Çalışmamıza göre erkekler, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yetersiz görenler, stabil ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruhsal hastalıkla ilişkisiz tedavilerinin de psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünenler ruhsal bozuklukların olumsuz aile içi deneyimler gibi yalnızca sosyal sorunlardan kaynaklandığını düşünmektedir. Çalışmamızla uyumlu olarak uzman hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin beşte biri işsizlik, ailevi sorunlar gibi sosyal etmenlerin ortadan kaldırılması ile depresyonun düzelebileceğini, yaklaşık üçte birisi de ilaçların depresyonu iyileştirebileceğine inanmadığını belirtmiştir. Bu hekimlerde depresyonu salt bir sosyal sorun olarak görme eğiliminin olduğu söylenebilir (85). Pratisyen hekimlerde yapılan bir çalışmada da hekimlerin %91,3'ü depresyonun kişinin yaşadığı sosyal sorunlardan kaynaklandığını belirttikleri saptanmıştır (100). Ruhsal bozukluklar ve etiyolojisinde yeterli bilgiye sahip olmayanların ruhsal yönden stabil hastaların diğer tıbbi tedavilerinin de psikiyatri servisinde olması gerektiğini düşünmesi, hastaların sosyal sorunlarının çözüldüğünde tıbbi durumlarının da düzeleceğini düşünmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bu kişiler hastalıkların etiyolojisini bilmediklerinden, hastalardan korkmalarından ve onların tedavi süresince psikiyatri servisinde kısıtlanması gerektiğini düşündüklerinden de kaynaklanıyor olabilir.

## 7.SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarını özetleyecek olursak; hekimlerin dörtte biri daha önce ruhsal bozukluk geçirdiklerini ve üçte biri birinci derece akrabalarında ruhsal bozukluk öyküsü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı klinik pratikte psikiyatri hastası ile sık karşılaştığını bildirmiştir. Hekimlerin neredeyse tamamı psikiyatri hastası ve tedavisi konusundaki bilgisini yetersiz görmektedir. Çalışmamızda yer alan hekimlerin üçte biri daha önce psikiyatri hastası ile klinik pratikte olumsuz bir deneyim yaşamıştır. Hekimler arasında, hastalığı kontrol altında olsa da psikiyatri hastasının, ruhsal olmayan hastalıklarının da psikiyatri servisinde yapılması gerektiğini düşünenler oldukça azdır. Hekimlerin yarıdan fazlası ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik yapılacak olan damgalama eğitimine katılmayı istediklerini bildirmiştir.

Erkek ve asistan hekimler, psikiyatri dışı uzmanlık alanlarında çalışan hekimler, ruhsal bozukluğa sahip akrabası olmayan, ruhsal bozukluklara dair bilgilerini yetersiz gören ve ruhsal bozukluğu kontrol altında olan bireylerin, diğer sağlık sorunlarının tedavisinin de psikiyatri servislerinde yapılması gerektiğini düşünen hekimlerin otoriterlik puanları yüksek olup, bu kişiler ruhsal bozukluğa sahip bireyleri değersiz, toplumdaki farklı ve aşağı görmektedir. Hekimlerin yaşı ve çalışma süresi azaldıkça bu damgalama boyutu artmaktadır.

Psikiyatri alanında çalışan hekimler, kendisinde ruhsal bozukluk öyküsü olan, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yeterli gören, ruhsal bozukluğu kontrol altında olan bireylerin, tüm sağlık sorunlarının tedavisinin psikiyatri servislerinde yapılmasına gerek olmadığını düşünen ve ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitimine katılmayı isteyen hekimlerin ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı olması gerekenden fazla koruyucu ve kollayıcı oldukları, bilimsel bakıştan uzak, insancıl ve dini duygularla onlara acıdıkları, bu şekilde ruhsal bozukluğu olan kişileri damgaladıkları görülmüştür.

Uzman hekimler, psikiyatri dışı uzmanlık alanlarında çalışan hekimler ve ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitimine katılmayı isteyenler, ruhsal bozukluğu olan kişileri diğer hastalardan farklı gördükleri ve ayırdıkları, ruh sağlığı ideolojisi açısından damgaladıkları saptanmıştır. Hekimlerin yaşı ve çalışma süresi arttıkka bu damgalama boyutu da artmaktadır.

Psikiyatri dışı uzmanlık alanlarında çalışan hekimler, ruhsal bozukluğa sahip akrabası olmayan, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yetersiz gören ve ruhsal bozukluğu kontrol altında olan bireylerin, diğer sağlık sorunlarının tedavisinin de psikiyatri servislerinde yapılması gerektiğini düşünen hekimlerin ruhsal bozukluğu olan kişileri tehlikeli olarak grdğu, hastane ve hastane dışında kısıtlanmaları gerektiğini düşündükleri bulunmuştur.

Erkek ve psikiyatri dışı uzmanlık alanlarında çalışan hekimler, ruhsal bozukluklara dair bilgisini yetersiz gören ve ruhsal bozukluğu kontrol altında olan bireylerin, diğer sağlık sorunlarının tedavisinin de psikiyatri servislerinde yapılması gerektiğini düşünen hekimler ruhsal bozuklukların çocukluk çağındaki aile ilişkisine dayalı olarak, sevgi ve ilgisizlik nedeniyle ortaya çıktığını düşünmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan bireyler geçmişte olduğu gibi şimdi de damgalanmaya maruz kalmaktadır. Toplum içerisinde yer alan bu tür damgalamanın, sağlık çalışanlarındaki sıklığının da az olmadığı görülmektedir. Sağlık alışanları içerisinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerle yakın teması olan hekimlerin de çeşitli düzeylerde bu hastaları damgaladıkları anlaşılmaktadır. Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin toplumdan daha aşağı ve değersiz olmadıkları, onlara karşı düşkün ve zayıf bireylermiş gibi değil, diğer insanlara yaklaşım gibi davranılması gerektiği, ruhsal bozuklukların da diğer tıbbi hastalıklar gibi olduğu, etiyolojisinde sosyal ve psikolojik nedenlerin yanı sıra biyolojik faktörlerin de etki ettiği, bu hastaların sanıldığı gibi tehlikeli olmadıkları, hastanelerde kapalı servislerde, mahkum gibi toplumdan tecrit edilmelerine gerek olmadığı vurgulanmalıdır. Maalesef bu konuda hekimler arasında dahi oldukça olumsuz bilgi, tutum ve davranışlar mevcuttur. Çalışmamızda da ğretim üyelerinin de olduğu bir niversite hastanesinde hekimler arasında damgalamaya yönelik inançların hala devam ettiği ve

damgalamanın yüksek olduğu görülmüştür. Özellikle ruhsal bozukluklara yönelik bilgi ve deneyimin damgalamayı azaltıcı yönü görülmüştür. Hem tıp eğitiminde hem de mezuniyet sonrası mesleki eğitimlerde damgalamaya yönelik farkındalık kazandırıcı eğitimlere önem verilmelidir. Hekimlerin içinde bulunduğu toplumun inançlarından etkilendiği göz önüne alınırsa topluma yönelik eğitimler için Halk Sağlığı Ana Bilim dalı ile ortak çalışmalar bu konuda yardımcı olacaktır. Bu eğitim programları içerisinde ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı olumlu bilgi tutum ve davranış geliştirecek, damgalamayı azaltacak programların yer alması son derece önemlidir. Birinci basamakta, acilde veya hastanelerde, hekimlerin ruhsal bozukluğu olan bireylerle sık karşılaştığı bilinen bir gerçektir. Bu konuda tüm hekimlere yönelik olumlu davranış geliştirecek müdahaleler planlanmalıdır. Bu müdahale ve eğitim programları ile, hekimlerin bu konu hakkındaki özgüvenleri artacak, bu hastalardan korkmayacak, onları damgalamayacak, onları tedavi etmekten kaçınmayacak ve diğer sağlık çalışanlarına ve topluma da iyi örnek olacaklardır. Damgalanmayan, aşığı görülmeyen ve yetersiz hissettirilmeyen ruhsal bozukluğu olan bireyler de, bu sayede toplumdan ve sağlık sunucularından gizlenmeye gerek duymayacaktır. Tanı ve tedavileri düzgün ve sistemli şekilde sürdürülecektir. Ruhsal bozukluğu olan bireylere bakmakla yükümlü olan kişilerin de yükleri bu sayede azaltılabilecektir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavi ve takiplerinin hastanelerde değil yaşadıkları ortamlarda, toplum içerisinde sürdürülmesi sayesinde, hem hastalar kendilerini dışlanmış hissetmeyerek hastalar açısından olumlu sonuçlar sağlayacak, hem toplum bu kişilerle temas ederek toplumun damgalama tutumları azalmış olacak, hem de sağlık çalışanlarının yükleri hafiflemiş olacaktır.

## 8. KAYNAKLAR

1. Moran M. Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşleri. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
2. Alma Ata Bildirisi. Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı. [www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) erişim tarihi: 31.05.2021.
3. Mental Health, WHO. [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1) veri sekmesi altından bahsedilen sıklıklar çekilmiştir, erişim tarihi: 28.05.2021.
4. Ünlüoğlu G. Ruh Sağlığı ve Boyutları. Editör: Işık Sayıl. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı, İkinci Baskı, Ankara, Antıp Yayınları, 2000; 7-25.
5. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (13. Baskı). Ankara: Tuna Matbaacılık, 2015.
6. Ulutaş S, Ergin DD, Hıdırlıoğlu S, et al. Hekimlerin Ruhsal Bozukluğu Olan Hastalara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. The Journal of Turkish Family Physician, 2019; 10(4), 185-94.
7. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
8. Kleinman A. Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. The British Journal of Psychiatry, 1987; 151(4), 447-54.
9. Şemin S, Aras Ş. Temel yönleriyle psikiyatride etik. Birinci baskı, İzmir, Dokuz Eylül Yayınları, 2004, 45-62.
10. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, et al. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Birinci baskı, Ankara, 1998.
11. Erkoç Y, Çom S, Torunoğlu MA, Alataş G, Kahiloğulları AK. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011, Yayın No: 847.
12. Arı F, Öz F. Temel sağlık hizmetlerinin birinci basamağında çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2005; 12:16-28.
13. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World psychiatry, 2002; 1(1):16-20.

14. Işık S. Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşleri (Doktora tezi). İzmir: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
15. Oban G. Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
16. Taşkın EO. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. 3P (Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji) Dergisi, 2004; 12(3), 5-12.
17. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance and familiarity with mental illness. Schizophr Bull, 2001; 27: 219-25.
18. Karagöl A, Çalışkan D, Beyazyüz M. Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. Merhaba, 2013; 22(3): 96-101.
19. Taşkın EO. Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalamayı etkileyen etmenler. Stigma: Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. 1. Baskı, Taşkın EO (ed), İzmir, Meta Basım Matbaacılık, 2007; 73-114.
20. Malas EM. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji Bölümü ile başka bölüm öğrencileri arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların karşılaştırılması (Yüksek lisans tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
21. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010; 9(1), 71-8.
22. Tümer A, Kırağ N, Çoşkun S. Beliefs of primary health service professionals towards mental disorders. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2019; 13 (3), 241-7.
23. Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011; 3(2), 214-31.
24. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011; 2(3): 136-40.
25. Gerlinger G, Hauser M, de Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. World Psychiatry, 2013; 12(2):155- 64.
26. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2006; 40(1), 3-5.
27. Eşkisü M, Ağırkan M, Haspolat NK. Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım aramaya ilişkin kendini damgalama tutumları ile bilişsel-davranışsal

kaçınma düzeyleri arasındaki ilişki. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2018; (6), 63-71.

28. Saillard EK. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2010; 21(1):14-24.

29. Çam O, Bilge A. Türkiye’de Ruhsal Hastalığa/Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2013; 4(2):91-101.

30. Oban G, Küçük L. Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011; 2(1), 31-9.

31. Savaşır Y. Türk toplumunun araştırma yapılan geleneksel ve sosyal değişime uğramış kesimlerinde ruh hastasının algılanması ve nedenleri hakkındaki inançlar. 7. Milli Nöro-Psikiyatri Kongresi Kitabı, 293-312, 1971, Ankara.

32. Köknel Ö. Kötü ruhtan ruh sağlığına: Türkiye’de psikiyatri tarihi. Alfa Basım Yayım Dağıtım. 1. Baskı, İstanbul; 1998.

33. Sayıl İ. Psikiyatride Giriş Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Antip A.Ş.Yayınları, Ankara; 1996.

34. Gençtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normal dışı Davranışlar. Remzi Kitapevi. İstanbul; 1997.

35. Braun P, Kochansky G, Shapiro R, et al. Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. The American Journal of Psychiatry, 1981; 136:736-49.

36. Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care. Copenhagen: World Health Organization Europe. 2003 Aug.

37. Arkar H, Eker D. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: verilen neden tipinin etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1996; 7(3):191-7.

38. Arkar H. Akıl hastalarının sosyal reddedilimi. Düşünen Adam, 1991; 4(3): 6-9.

39. Trute B, Tefft B, Segal A. Social rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1989; 24: 69-76.

40. Arkar H. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1992; 8(4): 243-8.

41. Özmen E, Özmen D, Devenci A, Taşkın EO. Denetim odağının depresyon ve şizofreniye yönelik tutumlara etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008; 9(3): 125- 31.

42. Weiss MF. Children’s attitudes toward the mentally ill: an eight-year longitudinal follow-up. Psychol Rep, 1994; 74:51-6.



43. Oban G, Küçük L. Ergenlerde Ruhsal Hastalılara Yönelik Damgalamayı Etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011; 2(1), 31-9.
44. Oban G, Küçük L. Lise Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik Bilgilendirme Eğitiminin Sosyal Mesafe Tutuma Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012; 9(2), 35-41.
45. Okumuşoğlu S. Üniversite Öğrencilerinin Akıl Hastası Kimliğine Yönelik Tutumları. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 2017; 3(6), 278-96.
46. Rabkin JG. Public attitudes: new research directions. *Hospital and Community Psychiatry*, 1981; 32(3):157.
47. Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö, Özmen E, İçelli İ. Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13(3): 205-14.
48. Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2010; 23,145-50.
49. Çam O, Bilge A. Türkiye’nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik inanç ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Yeni Symposium Journal*, 2011; 49(3), 131-40.
50. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. An Epidemiologic Investigation of the Public’s Attitudes Towards Schizophrenia. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 12(2):99-110.
51. Sunman T, Savaşır Y. Akıl hastalıkları ve akıl hastalarına karşı tutum ve inançlar. V. Nöro-Psikiyatri Kongresi, 481-5, 24-27 Eylül 1969; İzmir.
52. Angermeyer MC, Matschinger H. Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatr Scand*, 1994; 89 (suppl 382): 39-45.
53. Özmen E, Ögel K, Boratav C, Sağduyu A, Aker T, Tamar D. Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul örneği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003; 14(2): 89-100.
54. Durat G, Atmaca G, Açıl H, Oksal Aydemir H. Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2017; 39(1):43-50.
55. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003; 14(3): 203-12.
56. Taşkın EO, Yüksel EG, Deveci A, Özmen E. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009; 10: 100-8.

57. Şenyuva G, Kuşçu MK. Şizofreni tanısı almış kişilerin bakım vericilerinde stigmatizasyon algısı ve duygu ifadesi düzeyleri. 40.Ulusal Psikiyatri Kongresi, 437-63, 2004; İzmir.
58. Durat G, Atmaca G, Açıl H, Oksal Aydemir H. Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları, Osmangazi Tıp Dergisi, 2017; 39(1):43-50.
59. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(4):101-10.
60. Sezer S, Kezer F. Psikolojik Yardım aramada Yakın Çevre Damgalaması Ölçeğinin Bir Türk Örneğinde Geçerlilik ve Güvenirliği. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi dergisi, 2013; 46(1), 181-201.
61. Grambal A, Prasko J, Kamaradova D, et al. Self-stigma in borderline personality disorder-cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2016; 12, 2439–48.
62. Malas EM. Ruhsal Bozukluklara Karşı Stigma: Derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2019; 8(1): 1170-88.
63. Alpan A. Students' Attitudes Against Schizophrenia at Faculty of Health Sciences. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2018;20(1): 8-17.
64. Demirören M, Senol Y, Kosan AMA, Saka MC. Educational needs assessment of stigmatization towards mental illness in medical education: qualitative and quantitative approach. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015; 16(1), 22.
65. Aydın N, Yiğit A, İnandı T, Kırkpınar İ. Attitudes of Hospital Staff Toward Mentally Ill Patients in a Teaching Hospital, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 2003; 49 (1): 17-26.
66. Ünal F. Stajyerlerin staj öncesi ve sonrası psikiyatri ile ilgili düşünceleri. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 467-72, 1990; İzmir.
67. Altındağ A, Yanık M, Üçok A, Alptekin K, Özkan M. Damgalamayı azaltıcı bir programın tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları üzerine etkileri. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 424-6, 2004; İzmir.
68. Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006;41:63-7.
69. Bostancı N. Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 2000; İstanbul.
70. Küey L. The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. *Curr Opin Psychiatr*, 2008; 21:403–11.

71. Saillard EK. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21(1), 14-24.
72. Doğan S. Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Ruh Hastaları ve Hastalıklarına Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset 1992; s: 783-7.
73. Bağ B. Sağlık Personelinin Ruh Hastalıklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003; Erzurum.
74. Kashima Y. Nurses responses to people with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 27,195-203.
75. Hundertmark J. The impact of mainstreaming on painted care in Australian Emergency Departments and Liason services. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 2002; 36(3):424.
76. Reed F, Fitzgerald L. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2005(14):249-57.
77. Aker T, Özmen E, Ögel K, et al. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; 3(1):5-13.
78. Yıldız M, Önder ME, Tural Ü, Balta Hİ, Koçalım N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003; 14(2): 106-15.
79. Büyükbayram A, Engin E. Acil psikiyatrik bakım ve ruh sağlığı triajı. *Psikiyatri Hemşireliği Derg*. 2018; 9:61-7.
80. Clarke DE, Dusome D, Hughes L. Emergency department from the mental health client's perspective: Feature article. *Int J Ment Health Nurs*, 2007; 16:126-31.
81. Wand T, Happell B. The mental health nurse: contributing to improved outcomes for patients in the emergency department. *Accid Emerg Nurs*, 2001; 9:166-76.
82. Clarke D, Usick R, Sanderson A, Giles-Smith L, Baker J. Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. *Int J Ment Health Nurs*, 2014; 23:273-84.
83. Yıldırım S, Ersoysal F, Güler C. Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2018; 21(4), 380-8.
84. Bailey SR. An exploration of critical care nurses and doctors attitudes towards psychiatric patients. *Aust J Adv Nurs*, 1998; 15(3):8-14.

85. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, et al. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003; 4:5-12.
86. Yüksel EG, Taşkın EO. Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005; 6: 113- 21.
87. Esen Danacı A, Balıkçı K, Aydın O, Cengisiz C, Uykur AB. Tıp Eğitiminin Şizofreniye Yönelik Tutumlar Üzerine Etkisi; 5 Yıllık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2016; 27(3):176-84.
88. Struening EL, Cohen J. Factorial invariance and other psychometric characteristics of five opinions about mental illness factors. *Educational and psychological measurement*, 1963; 23(2), 289-98.
89. Arıkan Ç, Özdemir V, Satır M. İçinde ruh hastası olan ve olmayan ailelerin ruh hastası ve hastalıklarına yönelik tutumlarını karşılaştıran bir çalışma. 24. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Tam Metin Kitabı, Ankara, 1989, 411-5.
90. Ay Kurnaz M, Özel F, Ulutaş S, et al. İstanbul'da Bir Tıp Fakültesinde Görev Yapan Hekimlerin Ruhsal Bozukluğu Olan Hastalara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. 3. International 21. National Public Health Congress. 2019, Bildiri Kitabı.
91. Fernandes N, Santos W, Moreira W, et al. Opinions on mental illness from the perspective of primary care nurses in Portugal. *Revista gaucha de enfermagem*, 2019; 40: 1-8.
92. Lien YY, Lin HS, Tsai CH, Lien YJ, Wu TT. Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. *International journal of environmental research and public health*, 2019; 16(23), 46-55.
93. Fujii T, Hanya M, Kishi M, Kondo Y, Cates ME, Kamei H. An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public. *Asian journal of psychiatry*, 2018; 36, 1-7.
94. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 2006; 32(4): 709-14.
95. Mantar A, Özbay D, Akdede BB, Alptekin K. Psikiyatristlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2004, kongre kitabı, 472-4, İzmir.
96. Sağduyu A, Özmen E. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukluklar: Pratisyen doktor tanıları, verilen tedaviler, eğitimin etkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 1996; 7:176-84.

97. Çetin İ, Bilici M, Bekaroğlu M, Ülgen M, Uluutku N. Depresyon eğitimin pratisyen hekimlerdeki etkinliğinin değerlendirilmesi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 1999, kongre kitabı,135-41, Trabzon.
98. Üçok A, Erkoç Ş, Ataklı C, Polat A. Psikiyatri dışındaki hekimlerin şizofreniye ilişkin tutumları. 5. Bahar Sempozyumları, 2001, s.46, Antalya.
99. Ünal F. Ruhsal yakınmaları olan kişilere psikiyatri dışı hekimlerin ve tıp fakóltesi 5. sınıf öğrencilerinin yaklaşımları. 26. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1990, kongre kitabı, s.473-8, İzmir.
100. Özmen E, Aker T, Ögel K, et al. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin depresyona bakış açısı. Bahar Sempozyumları VI. Kongre Özet Kitabı, 2002, s.82-3, Antalya.

## 9. EKLER

### Ek-1: Etik Kurul Kararı (2 sayfa)

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hekimlerin Ruhsal Bozukluğu Olan Hastalara Yönelik Damgalamalarının Değerlendirilmesi		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26		
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa		
	TELEFON	0.224. 295 00 20		
	FAKS	0.224. 295 00 29		
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Cengiz Akkaya		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Araş.Gör.Dr.Özlem Akkaya		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması		
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Uzmanlık tez çalışması		
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	15.10.2020 / 6 ay		
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	968		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı		Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU		25.09.2020	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		25.09.2020	Türkçe
	ANKET FORMU		-	Türkçe
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU		<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 25.09.2020
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU		<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 25.09.2020
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ		<input type="checkbox"/>	
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname		<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 25.09.2020
	SONUÇ ÖZET RAPORU		<input type="checkbox"/>	
DİĞER:		<input checked="" type="checkbox"/>	Araştırma ilk başvuru ön yazısı (Tarih: 25.09.2020), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür	

Sayfa 1

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hekimlerin Ruhsal Bozukluğu Olan Hastalara Yönelik Damgalamalarının Değerlendirilmesi
-----------------------	---

Karar No: 2020-17/14

Tarih: 30 Eylül 2020

**KARAR BİLGİLERİ**

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.  
 1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,  
 2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,  
 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,  
 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

**ÇALIŞMA ESASI**

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

**BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI**


Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

**ÜYELER**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOÇOL Başkan Yardımcısı/ Başkan Vek.	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Selen MİGAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

\* Toplantıda Bulunma

## Ek-2: Onam formu ve sosyo-demografik bilgi formu (2 sayfa)

	<b>ÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)</b>		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 1
Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014		

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ**

Sizi Prof.Dr. Cengiz AKKAYA tarafından yürütülen **"Hekimlerin Ruhsal Bozukluğu Olan Hastalara Yönelik Damgalamalarının Değerlendirilmesi"** başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Prof.Dr. Cengiz AKKAYA

**Araştırmanın Amacı:**  
Bu çalışmada, bir üniversite hastanesinde çalışan tüm hekimlerin, ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik damgalamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:**  
Anket formunda; bir adet sosyo-demografik bilgi formu (13 soru) ve 'Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği' (51 soru) yer almaktadır. Anket, kendi kendine doldurma yöntemiyle uygulanacak olup, yaklaşık 10 dakika sürecektir. Anket formları, araştırmacılar tarafından, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hekimlere elden dağıtılacak, daha sonra listeye göre tekrar elden toplanacaktır. Anketler için yeterli süre verilecek, hekimlerin görevlerini aksatmayacak şekilde anketleri doldurmaları sağlanacaktır. Ankette herhangi bir kimlik veya kişiyi belli edecek bir bilgi alınmayacaktır.

**Araştırmanın Süresi: 6 ay**

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 968**

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi**

**Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Prof.Dr. Cengiz AKKAYA, Araş.Gör.Dr. Özlem AKKAYA**

Çalışmanın adı:  
Tarih: 25.09.2020

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 30.09.2020  
Karar No : 2020-17/14 ✓



## SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz nedir?

1) Kadın 2) Erkek

2. Kaç yaşındasınız?.....

3. Medeni haliniz nedir?

1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Dul

4. Uzmanlık alanınız nedir?.....

5. Unvanınız nedir?

1) Asistan hekim 2) Uzman hekim 3) Öğretim üyesi

6. Kaç yıldır bu meslekte çalışıyorsunuz?.....

7. Daha önce ruhsal hastalık (örneğin: depresyon, anksiyete bozukluğu v.b.) geçirdiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

8. Birinci derece akrabalarınızda ruhsal hastalık geçiren oldu mu?

1) Evet 2) Hayır

9. Klinik pratikte psikiyatri hastası ile karşılaşma sıklığınız nedir?

1) Hiç 2) Nadir 3) Sık

10. Psikiyatri hastası ve tedavisi konusunda bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

11. Psikiyatri hastaları ile klinik pratikte olumsuz deneyim yaşadığınız oldu mu?

1) Evet 2) Hayır

12. Ruhsal yönden stabil (hastalığı kontrol altında olan) hastaların ruhsal olmayan hastalıklarının tedavisinin de psikiyatri servisinde olması gerektiğini düşünüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

13. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama konusunda eğitim düzenlense katılmak ister misiniz?

1) Evet 2) Hayır

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 30.09.2020  
Karar No : 2020-17/14

### Ek-3: Ruh hastaları ve ruh hastalıklarına ilişkin görüşler ölçeği (4 sayfa)

#### RUH HASTALARI VE RUH HASTALIKLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLER ÖLÇEĞİ

Aşağıda ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin düşünce ve görüşler verilmiştir. Sorulara verdiğiniz cevaplar tamamen saklı kalacaktır. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak altı seçenekten size en uygun olan seçeneği yuvarlak içine alınız. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Teşekkür ederiz.

##### SEÇENEKLER:

1. Kesinlikle katılıyorum 2. Katılıyorum 3. Emin değilim ama galiba katılıyorum  
4. Emin değilim ama galiba katılmıyorum 5. Katılmıyorum 6. Kesinlikle katılmıyorum

1) Sinir bozuklukları genellikle insanlar çok çalıştıklarında ortaya çıkar.

1 2 3 4 5 6

2) Ruh hastalıkları da diğer hastalıklar gibidir.

1 2 3 4 5 6

3) Akıl hastanelerindeki hastaların çoğu tehlikeli değildir.

1 2 3 4 5 6

4) Akıl hastanesinden taburcu olan hastalar iyileşmiş görünelere bile, evlenmelerine izin verilmemelidir.

1 2 3 4 5 6

5) Eğer ana-babalar çocuklarını daha fazla severlerse, ruh hastalıkları daha az yayılır.

1 2 3 4 5 6

6) Ağır bir ruh hastalığı geçirmiş olan kişi kolayca tanınır.

1 2 3 4 5 6

7) Ruh hastaları duygularıyla, normal insanlar ise mantıklarıyla düşünerek hareket ederler.

1 2 3 4 5 6

8) Akıl hastanelerinde yatanlar normal insanlardan daha tehlikeli değildir.

1 2 3 4 5 6

9) Bir insanın sorunu olduğunda, onun yerine daha güzel şeyler düşünmesi iyidir.

1 2 3 4 5 6

10) Farkında olmasalar da genellikle pek çok insan günlük hayatta karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkmazlarsa ruh hastası olurlar.

1 2 3 4 5 6

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 30.09.2020  
Karar No : 2020-17/14

11) Normal insanlara rahatça söylenecek şeyler ruh hastalarına söylenebilir.

1 2 3 4 5 6

12) Akıl hastanelerindeki insanlar gülünç davranşlar bile, onlarla alay etmek yanlıştır.

1 2 3 4 5 6

13) Çoğu ruh hastası çalışmaya isteklidir.

1 2 3 4 5 6

14) Küçük çocukların akıl hastanelerindeki ana-babalarını ziyaretlerine izin verilmemesi daha iyi olur.

1 2 3 4 5 6

15) İşlerinde başarılı olan insanlar nadiren ruh hastası olmazlar.

1 2 3 4 5 6

16) İnsanlar kötü şeyler düşünmezlerse, ruh hastası olmazlar.

1 2 3 4 5 6

17) Akıl hastanesindeki hastalar pek çok bakımdan çocuk gibidirler.

1 2 3 4 5 6

18) Ciddi ruhsal bozukluğu olan insanların bakım ve tedavileri için devlet bütçesinden daha fazla para ayrılmalıdır.

1 2 3 4 5 6

19) Bir kalp hastasında yalnız belli bir rahatsızlık vardır. Oysa bir ruh hastası diğerlerinden tam anlamıyla farklıdır.

1 2 3 4 5 6

20) Ruh hastaları ana-babalarının çocuklarıyla yeterince ilgilenmedikleri aile ortamlarında yetişmişlerdir.

1 2 3 4 5 6

21) Ruhsal hastalığı olanlar bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilmemelidir.

1 2 3 4 5 6

22) Akıl hastanelerinde yeterli sayıda iyi eğitilmiş doktor, hemşire ve yardımcıları olursa ruh hastalarının çoğu hastane dışında da belli bir uyumla yaşamlarını sürdürebilir.

1 2 3 4 5 6

23) İyileşme çabası gösteren her insan saygıya layıktır.

1 2 3 4 5 6

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 30.09.2020  
Karar No : 2020-17/14

24) Bir kadının, şimdi tamamen iyileşmiş olsa bile, eskiden ciddi bir ruh hastalığı geçirmiş bir adamla evlenmesi aptallık olur.

1 2 3 4 5 6

25) Eğer ruh hastalarının çocukları normal ebeveynler tarafından yetiştirilirse, muhtemelen ruh hastası olmazlar.

1 2 3 4 5 6

26) Akıl hastanesinde yatmış olanlar bir daha asla eskisi gibi olmazlar.

1 2 3 4 5 6

27) Pek çok ruh hastası çok hasta olsa bile, ustalık gerektiren işi başarabilecek kapasitededir.

1 2 3 4 5 6

28) Akıl hastanelerimiz ruh hastalarının bakılacağı yerler olmaktan çok, hapishanelere benziyor.

1 2 3 4 5 6

29) Ruh hastalığı nedeniyle hastanede yatmakta olan kişi oy kullanmamalıdır.

1 2 3 4 5 6

30) Çocukluk döneminde ana-babanın ayrı yaşaması ya da boşanması pek çok insandaki ruh hastalığının sebebidir.

1 2 3 4 5 6

31) Akıl hastanelerinde hastalarla başa çıkmanın en iyi yolu onları bir yerde kilitli tutmaktır.

1 2 3 4 5 6

32) Akıl hastanesinde yatmış bir hasta olmak, yaşamda başarısız olmak demektir.

1 2 3 4 5 6

33) Akıl hastanesindeki hastalara daha fazla özgürlük tanınmalıdır.

1 2 3 4 5 6

34) Bir akıl hastanesindeki hasta, eğer bir başkasına saldırırsa cezalandırılmamalıdır.

1 2 3 4 5 6

35) Eğer normal ebeveynlerin çocukları ruh hastası ebeveynler tarafından yetiştirilselerdi, muhtemelen ruh hastası olurlardı.

1 2 3 4 5 6

36) Akıl hastanelerinin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olmalıdır.

1 2 3 4 5 6

37) Kanun bir kadına, kocası ciddi bir ruh hastalığı nedeniyle akıl hastanesine yatar yatmaz ondan boşanma hakkı vermemelidir.

1 2 3 4 5 6

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 30.09.2020  
Karar No : 2020.17/14

38) Ruh hastalığı nedeniyle çalışmayacak durumda olan kişilere emekli olsun ya da olmasın yaşamlarını sürdürebilecek miktarda para yardımı yapılmalıdır.

1 2 3 4 5 6

39) Ruh hastalığı genellikle sinir sistemindeki bozukluklar nedeniyle ortaya çıkar.

1 2 3 4 5 6

40) Nasıl bakarsanız bakın ciddi bir ruhsal bozukluğu olan artık gerçek anlamda insan değildir.

1 2 3 4 5 6

41) Vaktiyle akıl hastanesinde yatmış kadınların çoğu çocuk bakıcısı olabilirler.

1 2 3 4 5 6

42) Akıl hastanelerindeki hastaların çoğu nasıl göründüklerine dikkat etmezler.

1 2 3 4 5 6

43) Üniversite hocaları, iş adamlarına kıyasla daha büyük olasılıkla ruh hastası olabilirler.

1 2 3 4 5 6

44) Akıl hastanesine hiç yatmamış pek çok insan, akıl hastanesindeki çoğu hastadan ruhen daha hastadır.

1 2 3 4 5 6

45) Bazı ruh hastaları pek iyi görünseler bile, bir an olsun onların ruh hastası olduğunu unutmak tehlikelidir.

1 2 3 4 5 6

46) Bazen ruh hastalığı, yapılan kötü davranışlar için cezadır.

1 2 3 4 5 6

47) Akıl hastanelerimiz hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedecek şekilde düzenlenmelidir.

1 2 3 4 5 6

48) Ruh hastalarının başlıca nedenlerinden biri de, ahlak ve irade gücünden yoksun oluşudur.

1 2 3 4 5 6

49) Bir akıl hastanesinde, hastaların iyi beslenmeleri ve rahat ettirilmeleri dışında çok az şey vardır.

1 2 3 4 5 6

50) Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta iyileşmedikçe hastaneden çıkarılmamalıdır.

1 2 3 4 5 6

51) Akıl hastanelerindeki hastaların tümü ağrısız bir operasyonla kısırlaştırılmalıdır.

1 2 3 4 5 6

Utudağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 30.09.2020  
Karar No : 2020-17/14

## 10. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan hocalarım ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki tüm hekim arkadaşlarıma, hemşire ve personelimize, tezimde desteği büyük olan tez hocam Prof. Dr. Cengiz Akkaya'ya, beni yetiştiren ve daima destek olan aileme teşekkür ederim. Son olarak tezimin istatistiğini titizlikle yapan ve her zaman desteği ile yanımda olan değerli eşime ayrıca teşekkür ederim.

## 11. ÖZGEÇMİŞ

■■■■ yılında■■■■ de doğdum. İlköğretim ve liseyi İzmir’de bitirdikten sonra üniversite eğitimimi Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 2014 yılında tamamladım. Espiye Toplum Sağlığı Merkezi ve Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü’nde 11 ay pratisyen hekim olarak çalıştım. 2015 yılında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü’nde uzmanlık eğitimime başladım. 2018 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü’ne geçiş yaptım. Asistanlık sürecimde Türkiye Psikiyatri Derneği’nin vermiş olduğu bilişsel davranışçı terapi eğitiminin teorik kısmını tamamladım. CETAD tarafından verilen Cinsel Terapi eğitiminin birinci kısmını tamamladım. Prof. Dr. Doğan ŞAHİN tarafından verilen Dinamik Psikoterapi temel teorik eğitime katıldım. Bilişsel Davranışçı Terapi üzerinde çalışıyor ve bu alanda ilerlemeyi hedefliyorum. Nisan 2015 tarihinden itibaren evliyim ve bir çocuğum var. Seyahat etmeyi, okumayı ve öğrenmeyi seviyorum.