

Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı

Tamer AKER,¹ Erol ÖZMEN,² Kültegin ÖGEL,¹ Afşin SAĞDUYU,³ Şükrü UĞUZ,⁴
Defne TAMAR,⁵ Cumhuri BORATAV,⁶ Olcay LİMAN⁷

ÖZET

Amaç: Türkiye'deki birinci basamak hekimlerinin şizofreni ve tedavisine yaklaşımı ile ilgili bilgi, eğilim ya da algılamalarının saptanması ve bunu etkileyen etmenlerin ortaya koyulması amacıyla planlanan bu araştırma Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Derneği (PAREM) tarafından yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma Adana, İstanbul, Trabzon, Diyarbakır ve Bolu'da yürütülmüştür. İllerin seçimi Devlet İstatistik Enstitüsü'nün gelişmişlik sınıflaması, çalışan psikiyatrist sayısı ve farklı coğrafi bölgeler dikkate alınarak yapılmıştır. İl ve ilçe merkezlerinde çalışan pratisyen hekimler araştırmaya alınmıştır. Uygulanan ankette, şizofreni ve depresyona karşı bilgi, algı ve eğilimleri ölçmek için 60 item yer almakta olup, her item için "katılıyorum", "katılmıyorum" ve "fikrim yok" şeklinde 3 yanıt kategorisi belirtilmiştir. Seçilmiş bölgelerdeki hekimleri ziyaret ederek, yüz yüze görüşmeler yaparak, her ilde 1 olmak üzere toplam 5 anketör anketleri uygulamıştır. Araştırmada 123 sağlık ocağında çalışan 300 birinci basamak hekimine anket uygulanmıştır. Anketin uygulandığı sağlık ocaklarında bulunan 55 hekim anketi uygulamayı reddetmiştir. **Sonuçlar:** Anketin uygulandığı hekimlerin %58.7'si erkek, %41.3'ü kadındır. Araştırmaya alınan hekimlerin yaş ortalamaları 31.4, ortalama olarak çalışma süreleri 6.5 yıl, bir hafta içerisinde gördükleri hasta sayısı 247.6, son bir hafta içinde gördükleri ortalama psikotik hasta sayısı ise 19.88'dir. Sonuçlara göre, hekimlerin büyük çoğunluğu şizofreniyi ruhsal bir zayıflık hali olarak görmekte ve %80'i şizofrenin tam olarak düzelmediğine inanmaktadır. Hekimlerin üçte birinden fazlası şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığına ve %26'sı şizofreninin iyileşmesi için sosyal sorunların çözülmesi gerektiğine inanmaktadır. Şizofrenide psikoterapinin yararlı olacağına inananların oranı ise %56.3'tür. Hekimlerin yarısından fazlası şizofrenlerin toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğine, saldırgan olduklarına, kendi hayatları ile doğru kararlar alamayacaklarına inandıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular hekimlerin şizofreniye ilişkin stigmatı toplumla paylaştıklarını göstermektedir. **Tartışma:** Bulgular şizofreninin değerlendirilmesi ve kavranmasında hekimlerin bakış açılarının önemini ortaya koymaktadır. Hekimlerin de toplumun bakış açısına benzer bir şekilde şizofreniyi değerlendirdikleri görülmektedir. Şizofreni hastalığını daha fazla bilen ve hastalarla daha yakın ilişkide olan bu grubun etiketleyici bir düşünce içinde olması bu konuda yürütülecek çalışmaların kapsamının genişletilmesi konusunda uyarıcı olmaktadır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3(1):5-13*)

Anahtar sözcükler: Şizofreni, tutum, hekimler

The point of view of the primary care physicians about schizophrenia

SUMMARY

Subject: In this study, the knowledge, tendencies and perceptions of the primary care physicians about schizophrenia, the treatment approaches; and the related issues about these subjects were aimed to investigate. Research has been conducted by the Association of Psychiatric Researches and Education Center (APREC). **Method:** The study had been conducted in Adana, İstanbul, Trabzon, Diyarbakır and Bolu. The selection criteria of the cities was done according to the developmental classification of "State Institutes of Statistics", total number of psychiatrists working in the cities and different geographical regions. The physicians working in the city centers were included in the study. The 60 item questionnaire was designed to measure the knowledge, perception, and tendency about schizophrenia and depression. For each item, a 3 point scale was designed as "agree", "disagree", and "don't have an idea". Five interviewers (1 from each city) administered the questionnaire by visiting the doctors, and performed face-to-face interviews in the selected regions. The questionnaires were administered to 300 physicians who were working in 123 primary care centers. Fifty-five physicians were refused to participate in the study. The

¹ Doç.Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; ² Doç.Dr., Celal Bayar Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD; ³ Doç.Dr., Başkent Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD; ⁴ Uzm.Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD; ⁵ Uzm.Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; ⁶ Doç.Dr., Kırıkkale Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD; ⁷ Psik., Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Derneği (PAREM)

Yazışma Adresi: Dr. Tamer Aker, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Bakırköy/İSTANBUL
e-posta: ataker@hotmail.com; ataker@ihlas.net.tr

6 Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı

nonresponse rate was 18.3%. **Results:** 58.7% of the physicians were male. The mean age of the physicians was 31.4, while the average of their working experience was 6.5 years, the number of patients they examined per week were 247.6, the average of the psychotic patients they examined in the last week was 19.88. According to the results, the majority of the physicians were found to perceive the schizophrenia as a psychological weakness, 80% believed that this disorder was not treated completely. More than 1/3 of the participants agreed that schizophrenia appears due to social problems, and 26% of them believed that schizophrenia can be treated by the solution of social problems. On the other hand, 56.3% of the participants indicated psychotherapy was useful in the treatment of schizophrenia. More than half of the physicians was indicated that the schizophrenic patients might not be free in the society, they were aggressive and they could not have the right decision about their own life. Results showed that physicians share the similar schizophrenia related stigma with the society. **Discussion:** Results also showed that the importance of conceptualizing and perceiving the schizophrenic illness by the physicians. They conceptualize the schizophrenia in a similar way like the society. Since, the physicians' group; who assumed to have more knowledge about the schizophrenia and who has close relations with the patients, had a stigmatizing view about schizophrenia, this situation probes the inclusion of related concepts in the primary care educational studies. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2002; 3(1):5-13)

Key words: Schizophrenia, attitudes, physicians

GİRİŞ

Tutumlar insan ve toplum ilişkileri içerisinde sıklıkla ön planda olan, ancak aynı oranda dikkatimizi çekmeyen eğilimlerdir. Genellikle bireye atfedilir ve onun psikolojik bir nesne ile ilgili olan düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluştururlar. Ancak bu eğilimin salt "güncel" boyutlu olduğunu düşünmek yanıltıcı olabilir. Tutumlar sistemi, bir taraflı halk kültüründen gelen ve deneyimlerle değişikliğe uğramış felsefe veya inançları da içerir. Belki de arketipsel veya ortak bilinçdışıyla ilişkili hazır yapıları da barındırır. Akıl ya da ruh hastalıkları ve hastaları ile ilgili halk tarafından yapılan açıklamalar bunu düşündürmektedir. Bu açıklamalar kültürel bir geçmişe dayanmakta ve dolayısıyla halen varolmayan ama kendisini hissettiren bir sosyal sistemle ilişkili görünmektedir. "Hazır şemalar" içine yerleşen tutumların doğumundan itibaren insanı etkileyebileceği varsayımı antistigma kampanyalarının da yayılması gereken boyut hakkında bir fikir verebilmektedir.¹⁻³

Akıl hastalıklarına karşı da yüzlerce yıldır olumsuz bir tutum vardır. Çeşitli coğrafya ve kültürlerde farklı şekil ve şiddette olsa bile, bu olumsuz tutumların izleri görülmektedir. Akıl hastaları davranışları önceden kestirilemeyen bireyler olarak kavranmış ve bu kavrayış neredeyse çok temel ve tehdit edici bir şema haline gelmiştir. Önceden kestirilemezlik şeması, yüzyıllardır insanın hayatını öngörebilme varsayımını tehdit eden önemli bir unsurdur. Bu nedenle, akıl hastalığı kötü olan herşey olarak düşünülmüş, sonuçta ortaya çıkan ise daha çok bir korku, mesafe koyma veya etiketleme (stigma) olmuştur.⁴⁻⁶

Tutum belli bir uyaran veya psikolojik nesneye karşı geliştirilir. Bu nedenle bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç temel öğeyi içerir. Öğeler arasındaki tutarlılık kadar, tutumların kendi içlerindeki tutarlılık da önemlidir. Ayrıca "akıl hastalığı kötü olan herşeydir" gibi bir bilginin yarattığı tutumun merkeziliği ve diğer tutumlarla etkileşmesi sonucunda ortaya "psikiyatri ve psikolojiyle ilgili olan herşey" gibi genelleşmiş bakış açıları da çıkabilir. Tutumların kalıcılığı da gözönüne alınırsa merkezi bir tutumun değişim konusunda ne derece güçlük yaratacağı

kestirilebilir. Bu nedenle, bu tür tutumların günlük ilişkilerimizi etkilemesi kaçınılmazdır.⁵⁻⁷

Tutumların insan ilişkilerine yansımaları ve değerlendirilmesi genellikle davranışlar aracılığı ile olur. Bu nedenle tutumlar en sık davranışsal öğeleri aracılığı ile değerlendirilir. Akıl hastalığına ilişkin ortam, alışkanlık ve beklentiler tutumun ortaya çıkardığı davranış önemli ölçüde şekillendirirler. Tüm bu şekillenmeler ise 3 yaş civarında belirginleşmeye başlar ve gelişme sürecinde edinilen bilgilerin özetleri de kalıplaşmalara yol açar.^{6,8} Bu nedenledir ki, basit gibi gözükse "deli deli, kulakları küpeli" oyunları hafızalarda derin izler bırakabilir.

Tutumlarla yakından ilişkili olan kavramlardan önyargılar da bu süreç içinde oluşmaya başlar. Önyargılar nesnelere karşı olumsuz bir görüş, bir tutum olarak kabul edilebilir. Bireyler tarafından içselleştirilip kişisel bir tercih olarak kabul edilirler. Ortaya konulan sosyal mesafede kendilerini açığa vururlar. Olumsuz tutum ve önyargılarla ilişkili kavramlardan birisi de etiketlemedir. Etiketleme (stigmatizasyon) bireyi normal insanlardan farklı kılan bir özellik, katkı ya da bozukluğu ima eder. Kişiler arası ilişkilerde iki şekilde yaşanması mümkündür; ayrımcılık ya da kabul edilemezlik. Bu durum aynı zamanda kişide rahatsızlık ve korku da yaratabilir. Böylece bir anlamda kişi kendi kendisini de etiketlemiş olmaktadır.^{8,9}

Akıl hastalıklarına bakış açısı yıllardır üzerinde çalışılan önemli bir konu olmuştur. Özellikle halkın bakış açısı üzerinde çok çalışılmıştır. Türkiye'de ve dünyada yapılan çalışmalarda etiketlemenin görünüşleri ve sonuçları üzerinde ayrıntılı olarak durulmuştur.¹⁰⁻¹⁴ Bu sonuçların belki de en önemlilerinden biri, tedavi arama davranışının veya tedavinin sürdürülmesinin etiketlenme korkusu nedeniyle yapılamamasıdır.¹⁰ Bu zorluğu aşmak için "antistigma" kampanyaları düzenlenmektedir. Ancak, tedavi başvurularının yapılacağı yerler hakkında önemli bilgi eksiklikleri vardır. Tedavi başvurularının yeterince sağlandığını varsayarsak bile, tedavi kurumlarında çalışanların tutumlarının ne olacağı bir soru işareti olarak kalmaktadır. Bu yerlerde çalışan kişiler hekim bile olsalar, yaşadıkları toplumun bir parçasını temsil etmekte ve tutum,

önyargı veya etiketleme eğilimleri de kendi kültürlerinin özelliklerini içerebilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda özellikle tedavi kurumlarında çalışan hekimlerin şizofreniye bakışları özel bir önem taşımaktadır. Burada çalışan hekimlerin bakış açıları da yalnızca kendi uygulamalarına değil, etkileşimde buldukları insanlara da genelleşebilecektir. Birinci basamak hekimi toplum için önemli bir modeldir. Bu modelin özelliklerini anlayabilmek için temel sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin şizofreniye bakış açılarını değerlendirmeye yönelik bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmayla:

- i) birinci basamakta çalışan hekimlerin şizofreniye bakış açısı,
- ii) tedaviyle ilgili eğilimlerinin saptanması,
- iii) demografik özellikleri açısından hekimlerin eğilim ve bakış açıları arasında farklılık olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Türkiye'deki birinci basamak hekimlerinin şizofreni ve tedavisine yaklaşımla ilgili bilgi, eğilim ya da algıların saptanması ve bunu etkileyen faktörlerin ortaya koyulması amacıyla planlanan bu araştırma Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Derneği (PAREM) tarafından yapılmıştır.

Araştırma Adana, İstanbul, Trabzon, Diyarbakır ve Bolu'da yürütülmüştür. İllerin seçimi Devlet İstatistik Enstitüsü'nün gelişmişlik sınıflaması, çalışan psikiyatrist sayısı ve farklı coğrafi bölgeler dikkate alınarak yapılmıştır. İl ve ilçe merkezlerinde çalışan pratisyen hekimler araştırmaya alınmıştır.

Bu çalışmada PAREM tarafından planlanarak yürütülen RUTUP projesi verilerinden yararlanılmıştır. Bu proje kapsamında Dr. Özmen ve Dr. Aker tarafından 143 sorudan oluşan bir anket formu geliştirilmiştir. Bu form 5 ayrı bölümden oluşmaktadır: Demografik ve sağlık bilgileri, depresyon, şizofreni, deprem sonrası ruhsal durum ve sigara-madde alışkanlıkları. Anket geliştirilirken, bireylerin belirtilen ruhsal sorunlara, tanı, etiyoloji ve tedavi gibi boyutlarıyla bakış açılarının, tutum ve önyargılarının belirlenmesi hedeflenmiştir. Her bölümde ilgili tanıya yönelik olarak DSM-IV tanı ölçütlerini karşılayan bir olgu tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Uygulanan ankette, şizofreni ve depresyona karşı bilgi, algı ve eğilimleri ölçmek için 60 item yer almakta olup her item için "katılıyorum", "katılmıyorum" ve "fikrim yok" şeklinde 3 yanıt kategorisi belirtilmiştir. Her bölümde yer alan sorular bireye anketör tarafından sorulmakta ve alınan yanıtlara uygun seçenek işaretlenmektedir. Seçilmiş bölgelerdeki hekimleri ziyaret ederek, yüz yüze görüşmeler yaparak, her ilde 1 olmak üzere 5 anketör anketleri uygulamıştır. Deneklerle yüz yüze görüşmeler yapılmış, görüşmelerin %10'una denetmenler ve araştırmacılar da eşlik ederek gerekli geribildirimlerde bulunmuşlardır. Anketörler çalışma

öncesi araştırmacılar tarafından eğitilmiş ve yaptıkları pilot uygulamalar denetmenler tarafından gözden geçirilmiştir. Pilot uygulamalar araştırma kapsamında değerlendirilmemiştir. Belli bir görüş birliğinin sağlanabilmesi için anketörlerin sayısı 5 ile sınırlı tutulmuş, araştırma herhangi bir yanlılığa izin vermemek için çok kısa ve ana hatlarıyla anketörlere anlatılmıştır. Araştırmada, seçilen bölgelerde çalışan birinci basamak hekimlerin büyük bir çoğunluğuna ulaşılmıştır.

BULGULAR

Deneklerin özellikleri

Beş ayrı ilde yürütülen çalışmada 123 sağlık ocağında çalışan 300 birinci basamak hekimine anket uygulanmıştır. Anketin uygulandığı sağlık ocaklarında bulunan 55 hekim anketi uygulamayı reddetmiştir. Yanıtlamama oranı %15.5'tir. Araştırmaya alınan 300 birinci basamak hekiminin sosyodemografik, ruhsal özgeçmiş ve hekimlik pratikleri ile ilgili özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Şizofreni tanısına bakış özellikleri

Hekimlere öncelikle bir olgu örneği tanımlanmıştır. Örneklemin %4'ü olgunun bedensel bir hastalığı bulunduğunu, %99.7'si ruhsal bir hastalığı bulunduğunu belirtmiştir. Şizofreninin aşırı üzüntü hali olduğunu düşünenlerin oranı %9'dur. Örneklemin %51.3'ü şizofreniyi ruhsal bir zayıflık hali olarak görmektedir. Şizofreniyi bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durum olarak görenlerin oranı %2.7'dir. Şizofreninin bir akıl hastalığı olduğunu düşünenler ise %85.7 oranındadır.

Anket formunun şizofreni bölümündeki bu maddelere verilen yanıtlara göre elde edilen ortalama puan 16.45 ± 1.90 'dır. Anketin uygulandığı bölgeler arasındaki ortalama puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=4.328$, $p=0.002$, Tablo 2). Tukey post hoc analizine göre, farkı yaratan bölgeler Diyarbakır ve Trabzon bölgeleridir. Trabzon Bölgesi, Diyarbakır ($p=0.002$) ve İstanbul ($p=0.093$) bölgelerinden daha yüksek puan almış iken, Diyarbakır Bölgesi Bolu ($p=0.027$) ve Trabzon bölgelerinden ($p=0.002$) daha düşük puan almıştır. İstanbul bölgesi ile Bolu, Diyarbakır ve Adana bölgelerinin ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sonuç olarak Diyarbakır bölgesi, Bolu ve Trabzon bölgelerinden, şizofreni tanısına bakış özellikleri açısından daha hatalı görüşlere sahip iken, Trabzon bölgesi İstanbul ve Diyarbakır bölgelerine oranla şizofreni tanısına bakış özellikleri açısından daha doğru görüşe sahip olan bölgedir.

Yaş faktörü ile birlikte puan ortalamaları değişmektedir. Tukey post hoc analizine göre, yaş gruplarındaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2.759$, $p=0.042$, Tablo 2). 46-55 yaşında olan hekimlerin puanları, 18-25 yaşında olan ($p=0.022$), 26-37 yaşında olan ($p=$

8 Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı

Tablo 1. Örneklemin sosyodemografik, ruhsal özgeçmiş ve hekimlik pratiği özellikleri

	Sayı	%
<i>Bölgeler</i>		
Adana	60	20.0
Bolu	40	13.3
Diyarbakır	60	20.0
İstanbul	80	26.7
Trabzon	60	20.0
<i>Görüşülen Yer</i>		
İl	175	58.3
İlçe	125	41.7
<i>Cinsiyet</i>		
Erkek	176	58.7
Kadın	124	41.3
<i>Yaş</i>		
18 - 25	20	6.7
26 - 35	233	77.7
36 - 45	43	14.3
46 - 55	4	1.3
<i>Medeni Durum</i>		
Evli	212	70.7
Eşi ölmüş, ayrı, boşanmış	8	2.7
Hiç evlenmemiş	80	26.7
<i>Yakınlarından ruhsal hastalık geçirenlerin yakınlık dereceleri</i>		
Anne-baba, kardeş	30	10.0
Eş, çocuk	2	0.7
Diğer	27	9.0
<i>Hekim olarak çalışılan yıl</i>		
1 - 5	146	48.7
6 - 15	135	45.0
16 - 25	19	6.3
<i>Son bir hafta içinde ortalama görülen psikotik hasta sayısı</i>		
Hiç	110	36.7
1 - 10	179	59.7
11 - 20	9	3.0
21 - 30	0	0
30 +	2	0.7
<i>Son bir hafta içinde hiç şizofreni tanısı koydunuz mu?</i>		
Hayır	289	96.3
Evet	11	3.7

0.048) ve 38-45 yaşında olan ($p=0.081$) birinci basamak hekimlerinin puanlarından daha düşüktür. Yaş ortalaması büyüdükçe şizofreni tanısı ile ilgili hatalı görüşte bulunma oranının arttığı gözlenmektedir.

Tablo 1'de belirtilen diğer demografik, ruhsal özgeçmiş ve hekimlik pratiği ile ilgili özelliklerin ortalama puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Şizofreni etiyojisine bakış özellikleri

Tanımlanan şizofreni olgusundaki yakınmaları, örneklemin %42.7'si kişilik zayıflığına bağlamış, %39'u yaşanan sosyal sorunlardan kaynaklandığını belirtmiştir. Anketi yanıtlayan birinci basamak hekimlerinin %37.7'si şizofreninin sosyal sorunlar nedeni ile ortaya çıktığını, %10.3'ü bulaşıcı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Farklı sosyodemografik özelliklere sahip grupların şizofreni tanısına bakış puanları

	Ortalama	F	p
<i>Bölge</i>			
Adana	16.41 ± 1.48		
Bolu	16.90 ± 2.01		
Diyarbakır	15.78 ± 2.35	4.32	0.002
İstanbul	16.27 ± 1.99		
Trabzon	17.06 ± 1.26		
<i>Yaş</i>			
18 - 25	16.95 ± 2.48		
26 - 35	16.46 ± 1.84	2.75	0.042
36 - 45	16.34 ± 1.86		
46 - 55	14.00 ± 1.41		

Şizofreninin bir hastalık olduğunu düşünenlerin %67.7'si şizofreninin doğuştan gelen bir hastalık olduğuna inanmaktadır. Bu maddelere verilen yanıtlara göre elde edilen toplam puan ortalaması 8.06 ± 1.22'dir.

Anketin uygulandığı bölgelerin ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=21.06, p=0.000, Tablo 3). Post hoc analiz sonuç-

larına göre, Adana bölgesi İstanbul (p=0.000), Diyarbakır (p=0.000) ve Bolu (p=0.020) bölgelerinden daha yüksek puan alırken; Diyarbakır bölgesi Bolu (p=0.004) ve Trabzon (p=0.000) bölgelerinden daha düşük puan almıştır. Trabzon bölgesi ile Bolu ve Adana bölgelerinin, İstanbul bölgesi ile de Diyarbakır bölgesi arasında puan toplamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 3. Farklı demografik özelliklere sahip grupların şizofreni etiyojisine bakış puanları

Bölge	Ortalama	F	p
Adana	8.80 ± 1.00		
Bolu	8.12 ± 1.09		
Diyarbakır	7.35 ± 1.19	21.06	0.000
İstanbul	7.58 ± 1.22		
Trabzon	8.61 ± 0.82		

Şizofreni tedavisine bakış özellikleri

Tanımlanan şizofreni olgusunun öncelikle doktora gitmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %99'dur. Kalan %1'lik kesim öncelikle güçlü olması gerektiğini, ortamdaki uzaklaşması ya da yaşanan koşulların düzeltilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu olgunun doktora gittiğinde de tercihinin psikiyatrist olması gerektiğini düşünenlerin oranı %75.3 olup kalan grubun %24'ü öncelikle bir pratisyen hekime gitmesi gerektiğine inanmaktadır. Dahiliye hekimine gitmesi gerektiğini düşünen ise yoktur. Örneklemin %22.3'ü ortam değişikliğinin önemli yararı olacağını belirtmiştir. Şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğine %79.3 oranında inanılmaktadır. Hacı ya da hocaların şizof-

reninin iyileşmesini sağlayabileceğini düşünenlerin oranı %3, sosyal sorunlar çözülmeden şizofreninin düzelmeyeceğini belirtenler %26.3 oranındadır. Şizofreninin bir hastalık olduğunu düşünenler arasında tedavi edilebileceğine inananlar %58.6, ilaçla tedavi edilebileceğini belirtenler %90, psikoterapi ile tedavi edilebileceğini belirtenler %56.3 oranındadır. Şizofreninin bir hastalık olduğunu düşünenlerin arasında tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceğini düşünenlerin oranı %75, ciddi yan etkilerinin olabileceğini düşünenlerin oranı %80'dir.

Bu maddelerden elde edilen puan ortalaması 16.54 ± 1.66'dır. Bölgelere göre ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=9.79,

Tablo 4. Farklı sosyodemografik özelliklere sahip grupların şizofreni tedavisine bakış puanları

	Ortalama	F	p
<i>Bölge</i>			
Adana	15.98 ± 1.53		
Bolu	16.25 ± 1.31		
Diyarbakır	15.93 ± 1.96	9.79	0.000
İstanbul	16.97 ± 1.58		
Trabzon	17.33 ± 1.27		
<i>Cinsiyet</i>			
Erkek	16.38 ± 1.66	4.24	0.040
Kadın	16.78 ± 1.62		

p=0.000, Tablo 4). Post hoc analizine göre Trabzon bölgesi, Diyarbakır (p= 0.000), Adana (p= 0.000) ve Bolu (p=0.000) bölgelerinden daha yüksek puan alırken, İstanbul Bölgesi, Diyarbakır (p=0.001) ve Adana bölgelerinden (p=0.002) daha yüksek puan almıştır. Bolu bölgesi ile İstanbul, Adana ve Diyarbakır bölgeleri arasında puan toplamları farkı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Cinsiyet gruplarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılık sınırında bulunmuştur. Post hoc analizine göre erkeklerin puanları, kadınların puanlarından daha düşüktür (F=4.24, p=0.040, Tablo 4). Buna göre, kadınların şizofreni tedavisine yaklaşımı daha doğruya yakındır.

Tablo 1’de belirtilen diğer demografik, ruhsal özgeç-

miş ve hekimlik pratiği ile ilgili özellikler içerisinde ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Şizofreni hastasına yaklaşım ve önyargılar

Örneklemin %80’i şizofreni hastası ile birlikte çalışmayacağını, %96.7’si şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini, %71’i şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olacağını, %73.7’si evi olsa bir şizofrene asla kiraya vermeyeceğini, %63’ü şizofreni hastalarının toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğini, %87.3’ü şizofrenlerin kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağını belirtmiştir. Şizofreni hastalarının saldırgan olduğuna inananların oranı %73’dür. Son 3 maddeye verilen yanıtlara göre elde edilen puan ortalaması 3.770 ± 1.023’tür.

Tablo 5. Farklı sosyodemografik ve ruhsal özgeçmiş özelliklerine sahip grupların şizofreni hastasına yaklaşım ve önyargı puanları

	Ortalama	F	p
<i>Bölge</i>			
Adana	5.20 ± 0.91		
Bolu	3.42 ± 0.63		
Diyarbakır	3.50 ± 0.79	71.57	0.000
İstanbul	3.40 ± 0.64		
Trabzon	3.33 ± 0.62		
<i>Medeni Durum</i>			
Evli	3.68 ± 1.02		
Dul, ayrı ya da boşanmış	4.87 ± 0.99	5.94	0.003
Hiç evlenmemiş	3.87 ± 0.95		
<i>Ruhsal hastalık geçiren yakın</i>			
Anne-baba ya da kardeş	4.23 ± 1.16		
Çocuk ya da eş	4.50 ± 2.12	3.56	0.035
Diğer	3.55 ± 0.69		

Bölgelere göre puan ortalamaları değişiklik göstermektedir ($F=71.575$, $p<0.000$, Tablo 5). Post hoc analizine göre, Adana bölgesi diğer bölgelere oranla ($p<0.000$) en yüksek puana sahip olan bölgedir.

Medeni durum gruplarına ait puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=5.944$, $p=0.003$). Post hoc analizine göre, "dul, ayrı ya da boşanmışların" oluşturduğu grup, evli olanlar ($p=0.003$) ve hiç evlenmemiş olanlardan ($p=0.020$) daha yüksek puan almıştır.

Yakını ruhsal hastalık geçirmiş olanlarda, yakınlığın derecesi ile beraber puan ortalamaları da değişmektedir ($F=3.564$, $p=0.035$, Tablo 5). Post hoc analizine göre, yakını anne-baba ve kardeş olan grubun puanları, yakını "diğerleri" olarak belirten gruptan daha yüksektir ($p=0.036$).

Tablo 1'de belirtilen diğer demografik, ruhsal özgeçmiş ve hekimlik pratiği ile ilgili özellikler içerisinde

puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Farklı sosyodemografik ve ruhsal özgeçmiş-soygeçmiş özelliklerine göre anketin şizofreni maddelerine ait toplam puanlar

Anketin tanı, etiyoloji, tedavi, bakış-önyargı maddelerinden elde edilen ortalama toplam puan 44.823 ± 51.39 'dur. Anketin uygulandığı bölgeler açısından bakıldığında, tanı, etiyoloji, tedavi, bakış-önyargı maddelerinden elde edilen ortalama toplam puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=14.965$, $p<0.000$, Tablo 6). Post hoc analizine göre, Diyarbakır bölgesinin puanı, Adana ($p<0.000$), Bolu ($p=0.010$), İstanbul ($p=0.020$) ve Trabzon ($p=0.000$) bölgelerinin puanlarından daha düşüktür. Yani Diyarbakır bölgesi, şizofreni tanısı, etiyolojisi, tedavisi ve önyargılar bakımından diğer bölgelere oranla daha olumsuz bir noktadadır.

Tablo 6. Sosyodemografik gruplarda anketin psikoz maddelerine ait toplam puanları

	Ortalama	F	p
<i>Bölge</i>			
Adana	46.40 ± 2.73		
Bolu	44.71 ± 2.95		
Diyarbakır	42.56 ± 4.26	14.96	0.000
İstanbul	44.23 ± 3.36		
Trabzon	46.35 ± 2.31		
<i>Yaş</i>			
18 - 25	45.40 ± 4.10		
26 - 35	44.82 ± 3.41	3.05	0.029
36 - 45	45.00 ± 3.52		
46 - 55	39.75 ± 3.09		

Yaş faktörü ile birlikte puan ortalamaları değişmektedir. Tukey post hoc analizine göre, yaş gruplarındaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3.057$, $p=0.029$, Tablo 6). 46-55 yaş arasındaki hekimlerin puanları, 18-25 yaşlarında olan ($p=0.016$), 26-37 yaşlarında olan ($p=0.020$) ve 38-45 yaşlarında olan ($p=0.020$) birinci basamak hekimlerinin puanlarından daha düşüktür.

TARTIŞMA

Çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin şizofreniye bakış açıları araştırılmıştır. Tanımlanan şizofreni olgusunun bir ruhsal rahatsızlığı gösterdiğini belirtenlerin oranının, seçilen örneklem grubunun neredeyse tamamını oluşturması, hastalığın tanınması bakımından birinci basamak hekimlerin iyi bir noktada olduğunu göstermektedir. Şizofreninin bir akıl hastalığı olduğunu düşünenlerin

oranının, şizofreni adı verilmeksizin, belirtileriyle tanımlanan olgunun ruhsal bir rahatsızlığı gösterdiğini belirtenlerden daha düşük oranda olması, hekimlerin şizofreni belirtileri ile şizofreni tanısı arasında tam olarak ilişki kuramadığı ihtimalinin göz önüne alınması gerektiğini akla getirmektedir.

Araştırmamızda, şizofreninin aşırı üzüntü hali olduğunu düşünenlerin ve şizofreniyi bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durum olarak görenlerin oranının dörtte biri bulunması, birinci basamak hekimlerinin şizofreninin tanınması bakımından iyi bir noktada olduğunu destekler bir diğer bulgudur.

Birinci basamak hekimlerinin şizofreninin etiyolojisi ile ilgili görüşlerini ele aldığımızda, şizofreninin sosyal sorunlar nedeni ile ortaya çıktığını düşünenlerin oranının küçümsenmeyecek oranda olması ve tanım-

12 Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı

lanan şizofreni olgusundaki yakınmaları, kişilik zayıflığına bağlayanların da yarıya yakın bir oranı bulması, birinci basamak hekimlerinin şizofreninin etiyojisine ilişkin görüşlerin hatalı bir noktada olabileceğini düşündürmektedir.

Örneklelimizi oluşturan hekimlerin %99'u, tanımlanan şizofreni olgusunun öncelikle doktora gitmesi, dörtte üçü de gidilen doktorun psikiyatrist olması gerektiğini belirtmiştir. Anketi yanıtlayan birinci basamak hekimlerinin %75.3'ünün tedavi için psikiyatristi tercih etmelerinin yanında, %24'ünün tanımlanan olgunun bir birinci basamak hekimine gitmesi gerektiğini düşünmesi, birinci basamak hekimlerine yönelik ruhsal hastalıklarla ilgili eğitimlerin artırılmasının faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Her 4 hekimden birinin tedavi için birinci basamağı önermesi, bu konudaki isteğin de bir yansıması olabilir. Bu isteğin alanda yapılacak eğitimlere katkıda bulunacağı açıktır.

Anketi yanıtlayan birinci basamak hekimlerinin dörtte üçünden fazlası şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini, dörtte birinden fazlası sosyal sorunlar çözülmeden şizofreninin düzelmeyeceğini düşünmektedir. Şizofreninin bir hastalık olduğunu düşünenlerin yarıdan fazlası hastalığın tedavi edilebileceğine inanmakta; %90'ı tedavinin ilaçla, %56'sı da psikoterapi ile olabileceğini belirtmektedir. Örneklemin dörtte üçü tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceğini, %80'i de ciddi yan etkilerinin olabileceğini belirtmiştir. Bu bulgular, birinci basamak hekimlerinin ilaç tedavileri ve hastalığın seyri hakkında daha fazla bilgiye ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir. "Düzelmeyecek bir hastalıkla uğraşma" inancı hekimlerin şizofreni hastalarına ve tedavilerine yaklaşımlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu konuda verilecek doğru bilgilendirmenin tutum değişikliği de yaratabileceği düşünülmektedir.

Örneklemin %80'i şizofreni hastası ile birlikte çalışmayacağını, %96.7'si şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini, %71'i şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olacağını, %73.7'si evi olsa bir şizofrene asla kiraya vermeyeceğini, %63'ü şizofreni hastalarının toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğini, %87.3'ü şizofrenlerin kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağını belirtmiştir. Araştırmamızda şizofrenisi olan hastaların saldırgan olduğuna inananların oranı %73'dür. Buna paralel olarak örneklelimizi oluşturan hekimlerden şizofreni hastalarına, sosyal mesafe koymak isteyenlerin oranı oldukça yüksektir. Hastalık hakkında alınan bilginin niteliğinin ne derece önemli olabileceğini gösteren bir veri olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamızın sonucunda şizofreni tanısı, etiyojisi ve tedavisi hakkındaki bilgilerin, tutum ve yargıların ruhsal özgeçmiş ve hekimlik pratiği özelliklerinden etkilenmediği ortaya çıkmaktadır. Demografik faktörler ve yaş özellikleri açısından bakıldığında ortaya çıkan tablo şudur: Psikiyatrist sayısı, farklı gelişmişlik

sınıfından olmaları ve coğrafi dağılımlarına göre belirlenen beş bölgeden (İstanbul, Adana, Trabzon, Diyarbakır, Bolu) Diyarbakır bölgesi diğer bölgelere oranla daha olumsuz bulunmuş iken, Adana ve Trabzon bölgeleri daha olumlu bulunmuştur. Diyarbakır bölgesinin örneklelimizi oluşturan iller arasında gelişmişlik açısından dördüncü sırada olması ve az psikiyatrist olan bölgelerimizden olmasının, böyle bir sonucun ortaya çıkmasında etkili olabileceğini akla getirmektedir. Fakat daha az gelişmiş olan ve az psikiyatrist olan bölgemiz, Bolu'da çalışan birinci basamak hekimlerinin şizofreni tanısı, etiyojisi ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin, tutumlarının ve yargılarının Diyarbakır Bölgesi'nden daha olumlu olması ve gelişmişlik açısından birinci sırada olan İstanbul bölgesine yakın olması daha farklı etkenlerin de göz önüne alınması gerektiği ihtimalini doğurmaktadır. Çalışılan bölgenin şartları, hekimlerin yönelimleri, beklentileri gibi birçok konu bu sonucu etkilemiş olabilir. Bu nedenle, sonraki aşamalarda yapılacak kalitatif ve kantitatif çalışmaların bu bilgiler doğrultusunda yönlendirilmesi yararlı olacaktır.

Yaş özellikleri açısından incelendiğinde ise, 46-55 yaşları arasında olan birinci basamak hekimlerinin şizofreni tanısı, etiyojisi ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin, tutum ve yargılarının diğer yaş gruplarına oranla daha olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır. Özellikle şizofreni tanısına bakış özellikleri diğer yaş gruplarından olan birinci basamak hekimlerine oranla daha hatalıdır. Bu sonuç, genç hekimlerin bilgilerinin daha yeni olup olmaması, gelişmeleri daha yakından takip edip etmedikleri gibi bir çok olası etmenin etkili olup olmadığının tartışılabilmesine açık bir bulgudur. Ayrıca, toplum örneklerinde de gençlerin çoğunlukla daha olumlu bir bakış açısına sahip olduğu bilinmektedir.

Sonuç olarak, hekimlerin şizofreninin tanınmasında ve tedaviye yönlendirilmesinde çok olumsuz bir konumda olmadığı söylenebilir. Ancak şizofreni hastalarının kabullenilmesinde ve önyargılar bakımından olumsuz bir tablo sergilenmektedir. Özellikle ilaç tedavilerinin yararları, riskleri ve yan etkileri konusunda birinci basamak hekimlerinin bilgilendirilmeye gereksinimi olduğu düşünülmüştür. Bunun için de yayınların, eğitim olanaklarının artırılmasının yararlı olacağı açıktır. Daha farklı ölçekler ile birinci basamak hekimlerinin ruhsal hastalıklara karşı tutumlarını gösteren farklı epidemiyolojik araştırmalar gereken eğitimler için öngörü sağlayacaktır.

Hastalığın tanınmasının yeterli düzeyde olduğu düşünülmeyle birlikte, belirtiler-bulgular ile etiyojiye ilişkin bilgilenmenin yetersiz olduğu gözlenmektedir. Hastalık, belirti-bulgu ve etiyoji arasındaki ilişkinin önemi nedeniyle bu noktalarda bütüncül eğitim programlarının verilmesi gerekmektedir. Hastalık ve belirti-bulgu, etiyoji arasında birinci basamağa yönelik verilecek eğitim bu açığı giderebilir. Ancak şizofreni konusunda genel toplumdan daha fazla bilgi

sahibi olan ve şizofreni hastalarıyla daha yakın ilişkide bulunan hekimlerin koydukları sosyal mesafe üzerinde durulması gereken bir konudur. Stigma kampanyalarındaki en etkili yöntemlerden olan bilgilendirme ve ilişki hekimler tarafından daha sık kullanılıyor

olmasına karşın, tutumlarının olumsuz olması şaşırtıcıdır. Bu noktada bilgilendirme ve ilişkinin niteliğinin eğitimin ilk yıllarından itibaren artırılması sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Şerif M, Şerif CW: *Sosyal Psikolojiye Giriş*. M Atakay, A Yavuz (Çev.), İstanbul, Sosyal Yayınlar, 1996.
2. Freedman JL, Sears DO, Carlsmith JM: *Sosyal Psikoloji*. A Dönmez (Çev.), İstanbul, Ara Yayıncılık, 1989.
3. Arkonaç S: *Psikoloji: Zihin Süreçleri Bilimi*. İstanbul, Alfa Yayıncılık, 1992.
4. Kağıtçıbaşı Ç: *İnsan ve İnsanlar*. Sosyal Psikolojiye Giriş. İstanbul, Cem Ofset, 1979.
5. Edgerton RB, Cohen A: *Culture and Schizophrenia: The DOSMD Challenge*. *Br J Psychiatry* 1994; 164:222-231.
6. Jacqueline MA, Denise AC: *Families Coping with Schizophrenia*. Chichester, John Wiley & Sons, 1995.
7. Scambler G: *Stigma and disease: changing paradigms*. *Lancet* 1998; 352:1054-1055.
8. Byrne P: *Stigma of mental illness*. *Br J Psychiatry* 1999; 174:1-2.
9. Corrigan PW, River P, Lundin RK, Penn DL, Wasowski KU ve ark: *Three strategies for changing attributions about severe mental illness*. *Schizophr Bull* 2001, 27(2):187-195.
10. Arkar H: *Akıl Hastasının Sosyal Reddedilmesi*. *Düşünen Adam* 1991; 4(3):6-9.
11. Arkar H: *Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3(4):243-248.
12. Arkar H, Eker D: *Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Verilen neden tipinin etkisi*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(3):191-197.
13. Arkar H, Eker D: *Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Psikiyatri stajının etkisi*. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1998; 6(4):263-271.