

Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler

Dr. Elif KUŞ SAILLARD¹

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışmada psikiyatristlerin görüş ve deneyimlerinden yararlanarak, ruhsal hastalara yönelik damgalama süreçleri anlaşılmasına çalışılmış; bu süreçte psikiyatrik tanının damgalamadaki rolü, psikiyatri dışı hekimlerin tutumları ve psikiyatristlerin damgalanmanın önlenmesine yönelik önerilerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmada maksatlı örnekleme tekniği kullanılarak, Ankara'daki çeşitli sağlık kuruluşlarında (devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve vakıf üniversitesi hastanesi) çalışan 9 uzman ve 8 asistan psikiyatrist ile görüşülmüştür. Araştırmada nitel görüşme tekniği kullanılmış, psikiyatristlerle yapılan görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Elde edilen nitel veriler, bir nitel veri analizi programı (NVivo8) kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Psikiyatristler, psikiyatrik tanının damgalamadaki rolü üzerinde farklı görüşler ileri sürmüşlerdir. Bir kısmı, reçetelere ya da sevkler şizofreni tanısını yazmaktan kaçındıklarını ifade ederken, diğer bir kısmı, tanının adını değiştirmenin bir çözüm olmadığı görüşündedir. Araştırmamıza katılan uzman psikiyatristlerin çoğunluğu, psikiyatri dışı hekimlerin damgalayıcı tutumlara sahip olduklarını bildirmişlerdir. Bulgularımız, kurumsal damgalama süreçlerinin varlığına ilişkin kanıt oluşturmaktadır.

Sonuç: Damgalamayla başa çıkma konusunda psikiyatristler, bilgilendirici ve direnmeci bir tutum içinde kendilerinin aktif rol aldığı, çeşitli kesimleri hedefleyen ve farklı kurumlarla işbirliğini gerekli kılan eğitim stratejileri önermişlerdir. Psikiyatri dışı sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan damgalamaya karşı ise, Tıp eğitimi sırasında psikiyatri stajının uzun tutulması, psikiyatri dışı hekimlere yönelik hizmet içi eğitim ya da seminerlerin düzenlenmesi ve konsültasyon-liyezon uygulamasının yaygınlaştırılmasını önermişlerdir.

Anahtar Sözcükler: Damgalama, ruhsal hastalık, tutumlar

SUMMARY: Psychiatrist Views on Stigmatization Toward People with Mental Illness and Recommendations

Objective: The aim of this study is to understand and discover the processes of stigmatization toward people with mental illnesses through the experience of psychiatrists. This paper focuses on the views of psychiatrists concerning the role of psychiatric diagnosis and the attitudes of general medical professionals toward people with mental illnesses, together with the recommendations of psychiatrists for dealing with the stigmatization process.

Method: The purposive sampling technique was used in this study. Nine psychiatrists and eight assistant psychiatrists from various health institutions in Ankara were interviewed between 2006 and 2007. The interviews were tape recorded and transcribed verbatim. The process of analysis evolved from concrete to more abstract categories.

Results: Psychiatrists proposed different views concerning the role played by psychiatric diagnosis in stigmatization. While some do not want to write their diagnoses on prescriptions, others argue that merely changing the name of the diagnosis cannot be regarded as a solution. Most of the psychiatrists interviewed stated that stigmatizing attitudes exist among physicians. The hesitancy among physicians and ignorance displayed by emergency services were the proof given of institutionalized stigma.

Conclusion: It seems that psychiatrists need more time to come to an agreement concerning the role played by psychiatric diagnosis in stigmatization. Psychiatrists who participated in our research highlighted their informative and resistive role in anti-stigma strategies and proposed educational strategies for different groups in collaboration with various institutions. Concerning stigmatization in non-psychiatric health services, they proposed reorganization in medical education along with seminars for physicians and an increase of consultation-liaison.

Key Words: Stigmatization, mental illness, attitudes

Geliş Tarihi: 25.03.2009 - Kabul Tarihi: 08.09.2009

Teşekkür: Araştırmaya katılan asistan ve uzman tüm psikiyatristlere teşekkürlerimi sunarım.

¹Yrd. Doç., Ankara Ü Sosyoloji Bl., Ankara.

Dr. Elif Kuş Saillard, e-posta: kus@humanity.ankara.edu.tr

GİRİŞ

Damgalama ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir sorun oluşturmaktadır; hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşantılarını ve psikolojik süreçlerini olumsuz etkilemekte böylece onların ‘yaşam kalitelerini’ düşürmektedir (Rosenfield 1997, Markowitz 1998, Yanos ve ark. 2001, Lundberg ve ark. 2008). Damgalanan bireyler kendilerini değersizleştirmekte, reddedilme korkusu yaşamakta, ümitsizliğe kapılmakta ve öz-güvenlerini yitirmektedirler (Link ve ark. 1997, Rosenfield 1997, Wright ve ark. 2000). Bu nedenle ruh sağlığı tedavisinin standartlarını geliştirmede, damgalama ve ayrımcılık tüm dünyada öncelik taşımaktadır (WHO 2001).

Goffman (1963), damgaya ilişkin bir tipoloji kurmuştur. Bu tipolojide damga üç türde karşımıza çıkmaktadır: “Bedensel tiksinti/iğrenme”, “bireysel karakterin kusurları” ve “kabilesel damga”. Bunlardan ilki, fiziksel görünüme yönelik olumsuz yüklemelere işaret etmekte; ikincisi, kişisel karaktere yönelik olumsuz yüklemeleri; üçüncüsü ise, belirli ırksal, dinsel özelliklere sahip bir topluluğa yönelik olumsuz yüklemeleri içermektedir. Kısaca Goffman’a göre damga, belirli bir sosyal etkileşim içinde itibarı sarsıcı yüklemelere işaret etmektedir.

Damgalamaya temel olan bu olumsuz yüklemeler stereotiplerden beslenmektedir (Corrigan ve Penn, 1999). Örneğin ruhsal hastalara yönelik yaygın bir stereotipleştirme “tehlikeli olma”dır (Vezzoli ve ark. 2001, Struening ve ark. 2001). Bu tür stereotipleştirmenin sağlık çalışanları arasında da geçerli olduğuna yönelik bulgular vardır. Örneğin, hemşirelerin ruhsal hastalarla yakın ilişki kurmaktan çekindikleri ya da onları saldırgan buldukları ortaya konulmuştur (Aştı 1995, Bağ ve Ekinci 2005). Benzer biçimde bir diğer araştırmada, psikiyatri dışı sağlık çalışanlarının ruhsal hastalara yönelik olumlu tutuma sahip olmadıkları bulgusuna varılmıştır (Kaptanoğlu ve ark. 1992, Yenilmez ve ark. 2002). Daha ilginç, Türkiye’de psikiyatri dışı hekimlerin psikiyatrinin bilimselliğine ya da tedavi etkinliğine kuşkuyla yaklaştıklarının bulunmuş olmasıdır (Kaptanoğlu ve ark. 1992, Bağ ve Ekinci 2005).

Damgalama süreçlerine yönelik bir diğer kavramsal-laştırma, “içselleştirilmiş damga” (internalized stigma) ve “kurumsal damga” (institutionalized stigma) ayrımı yapılmaktadır. İçselleştirilmiş damga, kişilerin özel alanlarında deneyimledikleri duygu, düşünce, inanç ve korkuları içermekte; kamusal alanda (public domain) deneyimlenen kurumsal damga ise dolaylı, kişisel olmayan, örtük tutum ve ilişkileri içermektedir. Muhlbauer (2002:

80), kurumsal damgalamanın “kurumsal ırkçılık” (institutional racism) görünümüne benzer özellikler taşıdığını belirtmektedir. Kurumların gündelik işlemlerinde yerleşik olan kurumsal ırkçılık, kural ve düzenlemelerden oluşan katmanların altında gizlidir ve gelenek tarafından sürdürülür. Böyle bir yerde ayrımcılığın ayırt edilmesi güçtür ve neredeyse esrarlı bir meşruluk kazanmıştır (Muhlbauer 2002: 80). Kurumsal damgalama, işyerinde ve hizmetlerinden faydalanmak istedikleri kurum ve kuruluşlarda ruhsal hastalık sahibi kişilerin karşısına çıkabilmektedir.

Bu bağlamda, ruhsal hastaların fiziksel sorunlara sahip olma oranları bir hayli yüksek olmasına rağmen bu durumla başa çıkma stratejilerinin tatmin edici düzeyde olmamasının (Leucht ve Fountoulakis 2006), bir kurumsal damgalama örneği sergilediği ileri sürülebilir. Örneğin, ruhsal hastaların somatik sınırları göz ardı edilerek yeterince tetkik edilmemektedir (Küey 2008). Sartorius (2006’dan akt. Küey 2008), ruhsal hastaların somatik rahatsızlıklarına kolaylıkla kişinin psikopatolojisiyle ilişkili negatif içerik yüklendiğini, somatik şikayet ya da semptomların, diğer hekimler tarafından psikiyatrik tanı ya da semptomların gölgesinde değerlendirildiğini belirtmektedir. Fiziksel semptomlara şüphayla yaklaşılmakta ya da bunlar görmezden gelinmektedir. Kısaca, ‘Psikiyatrik hasta’ damgası, somatik rahatsızlıkların tedavisini olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu araştırmada psikiyatrların görüş ve deneyimlerinden yararlanarak, ruhsal hastalara yönelik damgalama süreçleri anlaşılmasına çalışılmış; bu süreçte psikiyatrik tanının damgalamadaki rolü, psikiyatri dışı sağlık hizmetlerine erişimde damgalamanın rolü ve psikiyatrların damgalanmanın önlenmesine yönelik önerilerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmada nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Nitel araştırmalara temel olan epistemolojik sayıtlılar, pozitivist epistemoloji karşıtı bir duruş sergiler. Bu nedenle, olasılıklı (random) örnekleme teknikleri tercih edilmez. Araştırma amacına uygun olduğu düşünülen örneklem grubunun araştırmacı tarafından seçilmesini ifade eden maksatlı örnekleme nitel araştırmalarda kullanılan yaygın olasılıksız örnekleme tekniklerindendir (Marshall ve Rossman 2006). Bu araştırmanın örnekleme, ruhsal hastalara yönelik damgalama konusunda bilgi verici bir grup olarak yalnızca psikiyatrlarla sınırlandırılmıştır.

Maksatlı (purposive) örnekleme tekniği kullanılarak Ankara'daki çeşitli sağlık kuruluşlarında (Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinden iki uzman, beş asistan, Abdurrahman Yurtarlan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinden üç uzman, Ulus Ruh Sağlığı Dispanserinden bir uzman, Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalından iki uzman ve üç asistan, Başkent Üniversitesi Hastanesinden bir uzman) görev yapan, 9 uzman ve 8 asistan psikiyatr ile görüşme yapılmıştır.

Sağlık kuruluşlarının seçimi sırasında devlet, üniversite ve vakıf hastanelerin psikiyatri kliniklerinin temsil edilmesi amaçlanmıştır. Örneklemeimizde yer alan hastanelerin psikiyatri kliniklerine araştırmacı bizzat giderek, çok yoğun çalışma temposu içindeki psikiyatlardan görüşme talebinde bulunmuştur. Yapılaşmış (kapalı-uçlu) soru formlarının kullanıldığı survey tipi görüşme ya da anket tekniğinden farklı olarak, açık-uçlu soruların yöneltildiği ve ses kayıt cihazının kullanıldığı nitel görüşme tekniğine gönüllü katılımcı bulmak daha zordur, özellikle de çok yoğun iş ortamında. Dolayısıyla, örnekleme oluşturan 17 psikiyatr, ilgili kurumlarda görüşmeyi kabul edenlerden oluşmaktadır. Başlangıçta, sadece uzman psikiyatrların araştırmaya katılması hedeflenmiş ancak Psikiyatri kliniklerinde araştırmacı tarafından yapılan ziyaretlerde, hastalarla yakın temas içinde olan ve sağaltım sürecinde sorumluluk üstlenen asistan psikiyatrların da görüşlerinin alınması uygun bulunmuştur.

Görüşmeler 2006 ve 2007 yıllarında araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Görüşme süreleri en az 20 en çok 45 dakikadır.

Veri toplama araçları

Bu araştırmada nitel görüşme tekniği kullanılmıştır. Nitel görüşme, yapılaşmış soru formlarının kullanıldığı nicel görüşmelerden farklı olarak, katılımcıların bakış açılarını ortaya çıkaran ve deneyimlerine ilişkin daha derin, zengin veriler sunan bir veri toplama tekniğidir (Bryman 1988, Silverman 1993, Rubin ve Rubin 2005). Guba ve Lincoln'ün (1989) belirtmiş oldukları gibi, nitel görüşmeler araştırmacı ve katılımcılara, geçmişini yeniden inşa etme, bugünü yorumlama ve geleceği kestirebilmek üzere zaman içinde ileri ve geri gitme imkanı vermektedir. Bu bağlamda, psikiyatrların kendi deneyimlerinden hareketle ve kendi bakış açılarıyla, ruhsal hastalara yönelik damgalama süreçlerini geçmiş ve bugün içinde yeniden yorumlama ve bunların gelecekteki görünümüleri üzerine düşünmelerini sağlama amacı nitel görüşme tekniğinin seçilme gerekçesini oluşturmuştur.

Bundan başka, nitel görüşme tekniğinin kullanılmasının bir diğer gerekçesi, bu teknikle sadece 'veri toplama' değil fakat 'veri yaratımı' sürecinin gerçekleştirilebilmesidir (Mason, 1996). Veri yaratımı, nitel araştırmaların ontolojik sayıtlarına daha uygun düşen bir adlandırmadır. Sosyal gerçeklik, olgusal ve 'dışarıda' değil, araştırmacıların da bir parçası olduğu sürekli yeniden inşa edilen etkileşimsel bir süreç olarak sayıtlanmaktadır. Bu bağlamda, halihazırda 'orada, dışarıda' elde edilmeyi bekleyen verilerin nesnel biçimde 'toplanması' anlayışına karşı, görüşme sürecinin kendisi de sosyal gerçekliğin yeniden üretildiği bir sosyal etkileşim ortamı olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla, görüşme ortamında görüşmeci ve katılımcı birlikte sosyal gerçekliği inşa etmektedirler. İşte bu nedenle, görüşmecinin kendisi de bu veri yaratımı sürecinin bir parçası olarak görülmektedir.

Nitel araştırma metodolojisinde araştırmacının öznelliği kabul edilmekte ancak güvenilirlik ya da daha uygun bir terimle 'güven duyulabilirliğin' (credibility ya da trustworthiness) sağlanabilmesi için araştırmacıların öz-düşünümsel (self-reflectivity) biçimde tüm araştırma sürecini ilgililere aktarabilmesi beklenir.

Bu bağlamda, bu araştırmada görüşmeleri de yürüten araştırmacının kendisi hakkında bilgi vermek gerekmektedir.

Araştırmacı hakkında öz-düşünümsel notlar

Araştırmacı, ruhsal hastalık tanısı ile kırklı yaşlarında tanışmış bir babanın kızı olarak, ruhsal hastalıklar konusunda toplumdaki sıradan insanlara kıyasla görece biçimde daha bilinçli bir yaşantı sürdürmüştür. Ruhsal hasta yakını olarak deneyimler tutumları etkiliyor. Araştırmacının, babası kronik bir fiziksel hastalığa yakalandıktan sonraki süreçte deneyimledikleri, psikiyatri dışı sağlık hizmetlerine erişme sırasında damgalayıcı tutumların yarattığı sorunlarla yüzleşmesini sağlamıştır.

Bu öznel yaşantı araştırmacıyı, bu araştırmayı yapmaya sevk eden temel saik olmuştur. Bir hasta yakını olarak araştırmacının merakı, 'hasta ve yakınları neler yaşıyor' değildir çünkü bunu zaten kendisi deneyimlemiştir. Bu nedenle araştırmacı, ruhsal hastaların damgalanma sürecine 'içeriden bakışı' tamamlayacak bir diğer önemli grup olarak gördüğü psikiyatrlar ile araştırma örneklemini sınırlandırmıştır. Psikiyatrlar 'outsider within' yani aynı anda 'hem içeride hem de dışarıda' konumlarıyla bu araştırma için önemli bir grubu oluşturmaktadır. Bu nedenle, çok sayıda ruhsal hastayla yakın ilişkide olan ve profesyonel olarak kurumsal süreçlerin içinde olan psikiyatrların, 'ruhsal hastaların fiziksel rahatsızlıklarının

sağaltımı' gibi spesifik bir konudaki deneyim ve düşüncelerini ortaya çıkarmak araştırmamın temel problemini oluşturmuştur. Ruhsal hastaların fiziksel rahatsızlıklarının tedavisinde ayrımcılığa maruz kalmadan, diğer hastalarla aynı kalitede hizmet alabilmeleri için süreçteki sorunların tespit edilmesi ve buna ilişkin çözüm önerilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu bağlamda, kurumsal süreçlerin içinde olan psikiyatrların görüşleri araştırma amacı açısından özel önemde görülmüştür.

Bir hasta yakını olarak araştırmacı, psikiyatrlarla birebir yüz-yüze görüşmeleri, araştırma probleminin sorgulanacağı, üzerinde yeniden düşünülüp yorumlamaların üretileceği ve önerilerin paylaşılacağı bir sosyal etkileşim ortamı olarak görmüştür. Bir sosyal araştırmacı-akademisyen olarak ise, araştırma amacı ve yaklaşımına (ontolojik açıdan inşacı ve epistemolojik açıdan anlamacı) uygun bir araştırma deseni olduğu için nitel araştırma deseni tercih edilmiştir. Araştırmacının özneliği konu seçimi ile sınırlı kalmamış görüşmeler sırasında takındığı tutumda devam eden bir unsur olmuştur. Bu nedenle görüşmeler, araştırmacının duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaştığı böylelikle veri yaratımı sürecinde aktif bir rol üstlendiği etkileşim ortamı olarak biçimlenmiştir.

Süreçteki bu özneliğin verilerin analizi sırasında da geçerli olduğu söylenebilir. Nitel araştırmalarda veri analiz sürecinin daha 'güvenilir' bulgular üretmek üzere sistematik olması üzerinde hemfikir olan yazarlar dahi nitel araştırma metodolojisinde 'anlama' ve 'yorumlama'nın epistemolojik önceliğini kabul etmektedirler (Dey 1993, Miles ve Huberman 1994, Wolcott 1994).

Bununla birlikte nitel araştırmalarda öznellik 'keyfilik' anlamına gelmemektedir. Bu görüşün bir tarafı olarak araştırmacı, veri analizi sürecini sistematik biçimde yapma amacı gütmüştür. Veriler satır satır (line-by-line) analiz edilerek kategorilere yerleştirme aşaması gerçekleştirilmiştir. Sistematik çalışmayı kolaylaştıran bir araç olan bir nitel veri analizi programı Nvivo8'i analiz sırasında kullanılmıştır. Bu tür programların nitel veri analizinde güvenilirliği artırıcı yönde katkısı bilinmektedir.

Görüşme soruları

Araştırma problemi ve amacına uygun olarak katılımcılara yöneltilen açık-uçlu sorular şunlardır:

- Psikiyatri tanısının damgalama sürecindeki rolü nedir?

- Ruhsal hastalar psikiyatri dışı sağlık sorunları belirlediğinde, psikiyatri tanısı olmayan bireylerle aynı kalitede sağlık hizmeti alabilmekte mi? Psikiyatri dışı hekimlerin,

ruhsal hastalara yönelik damgalayıcı tutumlarıyla karşılaştınız mı?

- Damgalamayla nasıl başa çıkılabilir? Önerileriniz nelerdir?

Bu soruların hazırlanmasında ilgili literatürden ve araştırmacının deneyimlerinden yararlanılmıştır. Yüzyüze görüşmeler sırasında açık-uçlu olarak katılımcılara yöneltilmiş, gerektiğinde 'biraz daha açar mısınız', 'örnek verebilir misiniz' gibi sondaj sorularıyla desteklenmiştir.

Verilerin analizi

Görüşmelerden elde edilen ses kayıtları birebir çözümlenerek, nitel veri analizi programı NVivo8'e aktarılmış; analiz bu program aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde yer alan sorular birer şemsiye kategori olarak kullanılmış, bu sorulara verilen yanıtlar alt-kategorileri oluşturmuştur.

Alt kategoriler verilerden hareketle oluşturulduğundan, görüşme etkileşimi sırasında beliren tüm düşünce ve yorumlamaların 'indirgemeci' bir tutum içine girmeden temsiliyeti sağlanabilmiştir. Verilerden hareketle kodlama süreci 'in-vivo' kodlama olarak adlandırılmaktadır (Glaser ve Strauss 1967). Verilerde yer alan bir ifade ya da sözcük kategori adı olabilmektedir. Nitel veri analizine yönelik, kodlama-temelli sistematik veri analizini öneren ve yaygın olarak kullanılan Alansal yaklaşım (Grounded theory) içinde geliştirilen kodlama stratejisinde in-vivo kategoriler soyutlama düzeyi en düşük, verilere en yakın kategorilerdir. Analizin ileriki evrelerinde araştırmacı, bu ilk düzey kategorileri yeniden düzenleyerek (hiyerarşik sıralama, yeniden adlandırma vb.) daha soyut kategorileştirme düzeyine geçer. Kategorilerin, teorik kavramların temsil ettiği düzeye taşınması kategorileştirme işleminin en ileri aşamasına karşılık gelmektedir.

Araştırmamızda kategorileştirme sürecimiz esas olarak in-vivo başlamış, bu kategorilerin araştırma sorularımız altında yeniden düzenlenmesi ikinci adımımız olmuş, son adımda ise kategori listemiz damgalamaya ilişkin teorik kavramlar etrafında yeniden düzenlenmiştir. Kısaca, veri analiz sürecimiz verilerden kavramlara (somuttan soyuta) doğru bir ilerleme göstermiştir.

Nitel veri analizinde temel süreç kodlama (kategorilere veri parçalarının yerleştirilmesi) olarak düşünüldüğünde (Dey 1993), kodlama sürecinin sistematik yürütülebilmesi için kategori içeriklerinin kontrolü, verileri orjinal bağlamında yeniden inceleme gibi adımlar büyük önem taşımaktadır. Analiz sırasında kullanılan program, sunduğu gelişmiş 'coding and retrieving' (kod-

lama ve geri çağırma) işleviyle bu adımların izlenmesini kolaylaştırdığından kontrol sürecini güçlendirmektedir.

Bundan başka programın 'theory building' (teori inşası) yaklaşımını destekleyen işlevleri, analizimizin teorik kavramlaştırma düzeyine evrilmeye sürecine önemli katkıda bulunmuştur. Örneğin, kategorilerin yeniden düzenlenmesi aşamasında programın sunduğu esneklik sayesinde analizin herhangi bir aşamasında gerekli olduğu düşünülen düzenlemeleri yapabilmek mümkün olmuştur.

Ayrıca, programın sunduğu 'Model' oluşturma işlevi sayesinde, analizimizde geliştirdiğimiz kategorilerin ve bunlar arasındaki ilişkilerin görselleştirilmesi sağlanabilmiştir. Model 1'de, psikiyatrların damgalamayla başa çıkma konusundaki önerileri gösterilmektedir. Bu modelde yalnızca ortak görüşler değil, bunun yanı sıra bireysel görüşler de aktarılmıştır. Bunun nedeni, nitel analizde nicel analizden farklı olarak çoğunluğun görüşünü yansıtmaya yönelik indirgemeci bir yaklaşımın benimsenmemesidir. Tersine, bir kategori tek bir kişinin yanıtından oluşabilir. Dolayısıyla Modelde kullandığımız kategoriler bazen yalnızca tek bir psikiyatrlar yanıtına dayanmaktadır.

Burada vurgulanması gereken önemli bir nokta şudur ki, bu tür modeller program tarafından 'otomatik' biçimde oluşturulmamaktadır. Programın katkısı, analizde oluşturulan kategorileri modele taşıyabilmesi ve istenilen bir anda çok hızlı biçimde kategori içeriğini, hatta bu kategoride kodlu metin parçasını orijinal bağlamında görme olanağı sunmasıdır.

BULGULAR

Tanının damgalamadaki rolü

Araştırmamıza katılan psikiyatrların çoğunluğu, şizofreni tanısının damgalayıcı olduğunu bildirmişlerdir. Bunun nedeni ise, toplumda yaygın olan şizofren imgesi ve günlük dildeki kullanımlar olarak belirtilmiştir:

Şizofreni dendiği zaman daha çok eski mahallenin delileri akla geliyor. İşte saldırgan olabilen bir şekilde hatta belki anti-sosyal davranışlarda bulunabilen homisidal suisidal abuk sabuk konuşan özellikle çocuklara filan zarar verebilecek, cinsel dürtülerini kontrol edemeyen böyle bir yaratık canlanıyor bazı insanların gözünde. Uzman, 1,5 yıl.

Şizofreni tanısının damgalayıcı özelliğinin, araştırmaya katılan psikiyatrlar üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Şöyle ki, psikiyatrlar ya tanıyı koyarken ya da hastaya bunu söylerken zorlanmaktadır:

Tanıyı aldığı andan itibaren bir kere kendi kendini sorguluyor... Yani önce hastanın kendisinde başlayan bir şey. Çünkü çocukluğundan beri biliyor ki şizofreni kötü bir hastalıktır işte delilikle eş anlur toplumda falan. Sonra şey var tabi yani bütün ailelerde etraftan saklama temel davranış şekli. Etraftan sakladıkça güçlükler de artmaya başlıyor tabi. Çünkü başka çocuklar gibi başka insanlar gibi davranmıyorlar, çalışmıyorlar daha çok sorgulanıyorlar. Birincil sosyal ilişkileri direkt olarak bozuluyor stigma nedeniyle. Uzman, 8 yıl.

Bu bağlamda, psikiyatrlardan bazıları reçetelere ya da sevklerle şizofreni tanısını yazmaktan kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Ancak psikiyatrların bu tutumu, yalnızca, tanının toplumsal düzeydeki damgalayıcı etkisinden kaynaklanmamaktadır. Bunun yanı sıra, psikiyatrlar aslında belirilmesi olası bir damgalamanın önüne geçmektir:

Açıkçası ben bir reçete yazarken bir şizofreni hastasına tanıyı yeni koyduğum zamanlarda şizofreni yazmaya çekiniyorum. Çünkü daha sonra o hastalar bir şekilde başvurduklarında, tanı tekrar araştırılmak yerine, yani çünkü ben bir hekim olarak hata yapmış olabilirim, direkt şizofreni hastası zaten ilacını reçete ediyorlar ya da hasta ilaçtan memnun değilse ilaç değişiyor ama hani tekrar hekimin kafasında bir ayırıcı tanı oluşmuyor. Çünkü ona bir de o hekim şizofreni tanısı koymuş ve hani bunu çok fazla araştırma gereği duyulmuyor gibi geliyor bana. Asistan, 1 yıl.

Bundan başka, şizofreni tanısının kendi aralarındaki kullanımında da damgalayıcı etkisi olabileceğini ifade edilmiştir:

Ama tahmin ediyorum ki psikotik hastalıklarda psikiyatrisiler de bunu yapıyor. Şundan düşünüyorum hani mesela insanın şeker hastalığı vardır hani buna en fazla şeker hastası denir ama ona hani şeker denmez ya da hani tiptaki karşılığı bizler için diyabet denmez ama senin için şizofren denir mesela. Anlatabildim mi? O şizofreni hastasına şizofren deniyor ve adı öyle kalabiliyor. Yoksa hani şizofreni bir hastalıktır, Ahmet'in Mehmet'in herhangi birisinin bir şizofreni hastalığı olabilir ama bunu şizofren diye çağırarak işte hani psikiyatrların yaptığı yanlış bir durum olarak bir etiketleme diye düşünüyorum. Uzman, 10 yıl.

Şöyle söyleyim şimdi doktor da damgalıyor yani psikiyatrlar de olsan damgalıyorsun. Damgalayan doktorlarımız çok fazla... Mesela şizofreni tanı-

sı bence bir damgalamadır. Bunu hastalık tanısı yerine bir belirtiler kümesi olarak ele almak çok daha önemli bence. Ve damgalamayı çok azaltacağını düşünüyorum. “Bu kızda şizofreni var” yerine bu kızda gerçeği değerlendirme yetisi bozuk bir takım işte görsel hayaller görüyor gibi. Hani böyle belirtileri sıralamak doktorlar arasında söylüyorum çok daha bence önemli. Yoksa tanıya böyle endekslenince çok kötü çünkü tanılarımız işte depresyon, şizofreni gibi yani çok katı, çok kaplayıcı. Uzman, 1 ay.

“Tanının adını değiştirmek çözüm değil”

Katılımcı psikiyatlardan bazıları ise, tanının adını değiştirmenin bir çözüm olmadığını belirtmişlerdir.

Açıkçası ben sınıflandırmayı değiştirmenin değil bu hastalığı anlatmanın daha uygun olacağını düşünüyorum. Toplum ruh sağlığı açısından bu hastalıkları insanlara daha fazla anlatmak yani şizofrenisi olduğunu bilmediğiniz birçok insan size gün içerisinde yardım ediyor olabilir. Uzman, 3 yıl.

Yani kaçınmak da stigmatı gerçekten pekiştirmek olmuyor mu? Yani hani illa da bundan niye kaçın buna başka bir ad koyuyoruz sonuçta o koyduğumuz şizofreni demiyoruz da biz psikoz diyoruz. Psikoz da bir şey yani ona yine bir ad takmış oluyorsunuz. UzmanP1, 8 yıl.

“Altını çize çize söylemeli”

Psikiyatlardan ikisi, şizofreni tanısının adını gizlemenin bir çözüm olmadığını belirtirken tanıyı açıkça konuşmanın “damgalamayı kırıcı” yönde olumlu bir etkiye sahip olabileceğini ifade etmişlerdir:

Gruplarda çok karşılaştım ben şizofreni hastalarıyla ve hastalığın adının altını çize çize söyleyip ama şizofreninin de bir tanımını yaparak hastalara. Ne dediğiniz değil nasıl söylediğiniz önemlidir. “Evet senin hastalığın şizofreni, şizofreni söyle bir hastalık: Bilindiği gibi şizofreni hastaları kötü, saldırgan şöyle böyle değildir. Halk arasında duyduğun gibi şeyler değildir. Senin hastalığın böyle değildir” gibi yanına bir açıklama koymak koşuluyla şizofreni olduğunun özellikle ben altını çiziyorum. UzmanP2, 8 yıl.

Bir etiket olarak damgalamada sanki bir faktörmüş gibi görünüyor ama öbür taraftan aynı zamanda damgalamayı kıran bir şey de psikiyatrik

tanı. Çünkü hani bunun da diğer rahatsızlıklar gibi bir rahatsızlık olduğunu söylüyoruz. Yani insanın tansiyonunun yükselmesi nasıl bir tanıysa ve hani ... depresyon da öyle bir tanıdır, şizofreni de öyle bir tanıdır ve biz hepimiz insanız. Başımıza da gelebilir, bir yakınımızın çok sevdiğimiz bir insanın başına da gelebilir. Uzman, 16 yıl.

Bu alıntılardan anlaşıldığı üzere, şizofreninin tıpkı diğer hastalıklar gibi bir tanı olduğunun hasta ve hasta yakınlarına anlatılmasının; hatta onların tanılarını toplumsal düzeyde gizlemeden yakın çevreleriyle paylaşımlarının desteklenmesinin, toplumdaki yaygın imgeyi değiştirebileceği düşünülmektedir.

Psikiyatri dışı sağlık hizmetlerinden yararlanma

Araştırmamıza katılan psikiyatrların büyük çoğunluğu (14’ü), psikiyatrik rahatsızlıkları olan hastaların fiziksel bir rahatsızlıkları belirlediğinde, diğer hastalarla aynı kalitede hizmet alamadıklarını belirtmişlerdir. Bu konuda başlıca iki sebepten biri, psikiyatrik rahatsızlıklarda gündeme gelen somatik sanrıların yeterince sorgulanmaması iken diğer sebep psikiyatri dışındaki hekimlerin damgalayıcı tutumları olarak gösterilmiştir.

Somatik sanrıların tetkiki

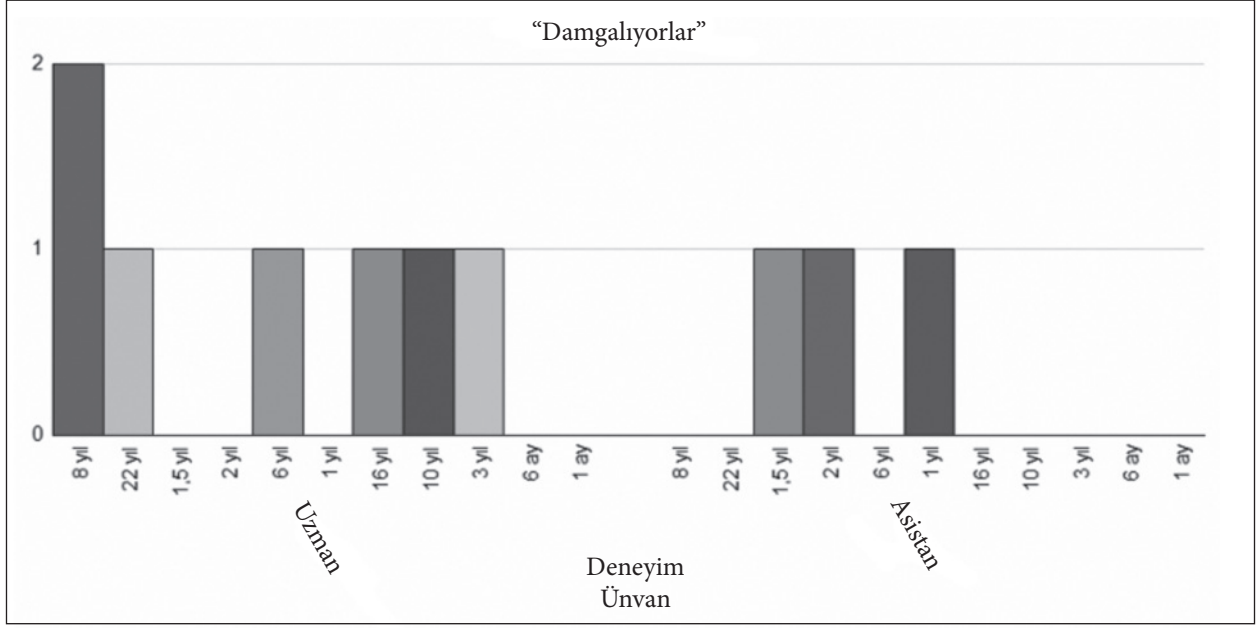
Bir kişinin eğer somatik sanrıları varsa yani bedensel hastalıkla ilgili hezeyanları varsa o kişinin bedensel hastalıklarla ilgili tanuları gecikebilir. Kanaatimce böyle oluyor. Asistan, 3 yıl.

Karnede psikiyatrin bir reçetesinin olması diğer doktor için devamlı bir şüphe yaratabiliyor. Bu aslında çok da yerinde doğru evet şüphelenilmesi gereken bir durum ama bu bazen hastanın zararına olabiliyor. Asistan, 2 yıl.

İşte oram ağrıyor buram ağrıyor, sıklıkla psikiyatrik hastalık belirtisi olarak ortaya çıkıyor bu doğrudur. Ama gerçekten bir yerinde bir ağrıya neden olan bir şey de olabilir hani ama işte bir sağlık karnesine bakılıyor ya da kendi ağzından hani ben psikiyatrik tedavi alıyorum dediği zaman çok sıklıkla hekimler tarafından ha tamam bu psikiyatrinin hastası diye hani üstünkörü geçilebiliyor. Uzman, 10 yıl.

Psikiyatri dışı hekimlerin tutumları

Aşağıdaki grafikte görüldüğü üzere, psikiyatri dışı hekimlerin ruhsal hastalara karşı damgalayıcı tutuma sahip olduğunu bildiren katılımcıların çoğunluğu uzman psikiyatrdır (7).



GRAFİK 1. Psikiyatri Dışı Hekimlerin Damgalayıcı Tutuma Sahip Olduğunu Belirten Psikiyatrlar.

Fiziksel bir sorunları olabileceğini düşündüğüm hastaları başka doktorlara gönderdiğimde işte muayene olması için, ya da tetkikten geçmesi için, “psikiyatriye gittiğini söyleme, psikiyatri hastası olduğunu söyleme, sadece bu fiziksel şikayetlerini söyleyerek git onlara” diye birkaç tanesine yol gösterdiğimi biliyorum. Uzman, 10 yıl.

Konsültasyona göndeririz kardiyolojiye başka bir bölüme oradaki hekim telefonla bizi arar der ki ya işte bu şizofreni hastası göndermişsiniz saat dörtte gönderin de diğer hastalar bitmiş olsun şimdi burada eğer eksite olursa ben onu zapt edemem. Uzman, 1,5 yıl.

Bir hasta hatırlıyorum kronik böbrek yetmezliği hastası aynı zamanda şizofreni ve serviste takibiyle ilgili dahiliye servis ekibi çok ciddi tedirgin olmuşlardı. Bizim onlara defalarca hatırlatmamız gerekti. Yani bu hastanın şu an tamamen akli melekelerinin yerinde olduğu ve bizim takibimizde olduğunu hatırlatmamız gerekti. Uzman, 6 yıl.

“Acil’de bakılmıyor”

Bir hasta eğer kalp krizi geçiriyorum diyerek hasbel kader acil servise başvurduysa ve orada da ben senelerdir psikiyatride zaten takip ediliyorum şu ilaçları da kullanıyorum diye eğer bir şey söyleme gafletinde bulunursa maalesef hasta o sırada ilk olarak EKG’si çekilmek yerine öncelikle bir psiki-

yatri kliniğine yönlendiriliyor. Uzman, 3 yıl.

Mesela acil servise bir hasta geliyor daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı konmuş bir hasta. Hasta üşütmüş ya da başı ağrıyor geliyor ve doktorlar karnede bu psikiyatrik rahatsızlığı gördüğü an hemen psikiyatriye sevk ediyorlar hastaya hiç bakmıyorlar bile. hemogram biyokimya bile almadan yani herhangi bir kan tahlili almadan muayene etmeden. Uzman, 1 ay.

Damgalamayla başa çıkma

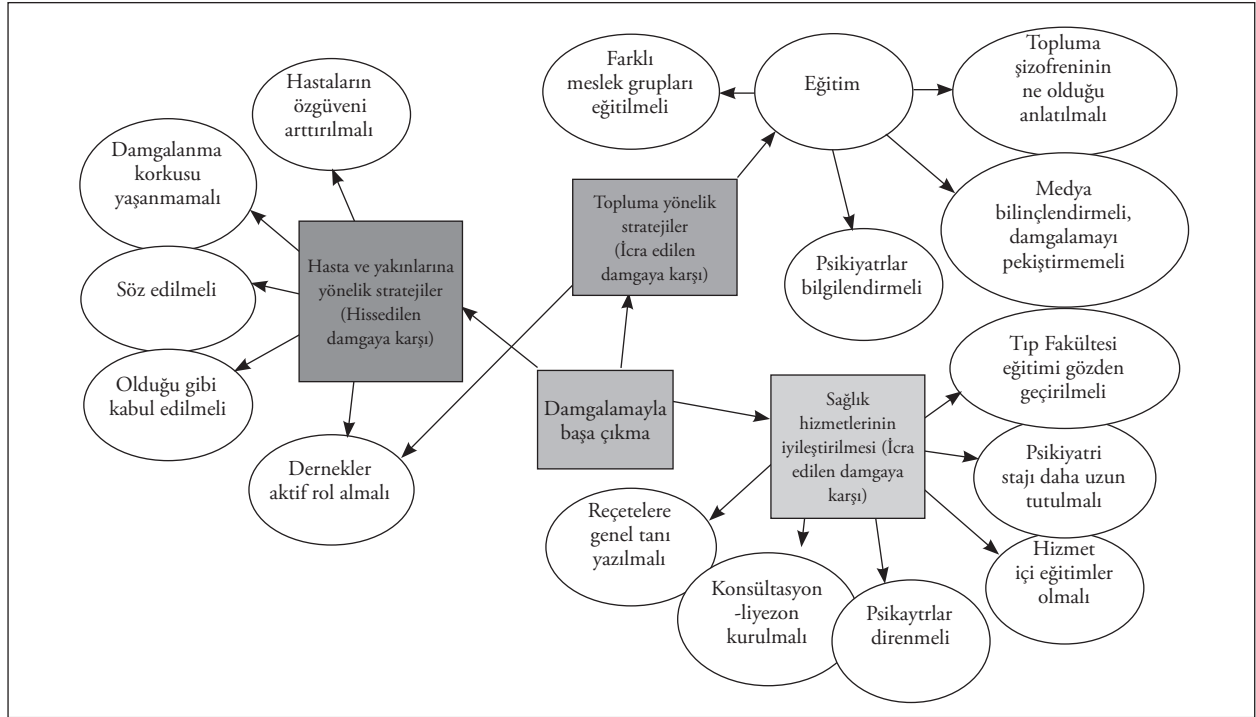
Ruhsal hastaların karşılaştıkları damgalama süreçleriyle başa çıkma konusunda psikiyatrların vermiş oldukları yanıtlar aşağıdaki modelde özetlenmektedir:

Model 1’de görüldüğü üzere psikiyatrlar, hasta ve yakınlarına, topluma ve sağlık hizmetlerine yönelik olmak üzere üç boyutta gerçekleşmesi gerekli önlemlerden söz etmişlerdir. Ancak, bu bölüm sadece sağlık hizmetlerine yönelik öneriler ile sınırlandırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi

• Tıp Fakültelerindeki eğitimin gözden geçirilmesi

Altı yıllık bir eğitimde biz iki ay gördük yani bu diğer branşlara kıyaslandığında iyi bir ay ama bazı tıp fakültesi öğrencileri çok az görüyor bir iki hafta görüyor. Asistan, 2 yıl.



MODEL 1. Damgalamayla Başa Çıkmaya İlişkin Öneriler.
Damgalamayla başa çıkma.

Temel tıp eğitimi sırasında psikiyatrik hastalıklar yani psikiyatri eğitiminin çok daha ciddi verilmesi lazım. 2004 yılında psikiyatri rotasyonu tıp öğrencilerinde kısaltıldı süre olarak. Asistan, 2 yıl.

Tıp açısından bakacak olursan mezuniyet öncesi eğitimde yani ana tıp fakültesi tedrisatında stigmatla ilgili dersler konması lazım. Hekim-hasta ilişkisi ile ilgili dersler konması lazım. Genel olarak iletişimle ilgili dersler konması lazım. Uzman, 22 yıl.

Tıp fakültesinde psikiyatri diye bir ders alıyoruz bu derste stigmatizasyon ayrı dalı altında bence bir konu olmalı. Biz böyle bir konu görmedik mesela. Uzman, 1 ay.

• Hizmet içi eğitimlerin uygulanması

Hastane içi eğitimler çok faydalı oluyor. Dönem dönem yapılıyor bu eğitimler. Biraz da bölümlerin talebine bağlı ama daha sık olması şart. Uzman, 6 yıl.

Ortak bir seminer düzenlemiştik. Konversif hastaya yaklaşım diye ve bu seminerde cerrahları, dahiliye asistanları uzmanlarını da çağırdık çünkü hani nasıl yaklaşmalıyız hani böyle bir hasta acile geldi-

ğinde diğer belirtileri de varsa gerçekten biraz daha özenli yaklaşmak belki o işte dediğim gibi psikiyatri perdesini kaldırmak açısından hani böyle şeyler yapılsa keşke diyorum. Uzman, 1 ay.

• Konsültasyon-liyezon uygulamasının önemi

Konsültasyon-liyezonun çok önemli olduğunu düşünüyorum. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi sadece hasta bakmakla ilgilenmez aynı zamanda gelen konsültasyonlardaki hekimi ve tedavi ekibini de bu konuda bilgilendirmekle görevlidir. Üç yıl önce bilim haline geldi KLP. Ve onun yaptığı liyezon çalışmalarının faydalı olduğunu görüyoruz. Artık eskisi gibi değil. Bir servise gittiğiniz zaman oradaki hekimler daha bilinçliler. örneğin hiç yatırmazlarken şimdi FTR'de takip edilen şizofreni hastaları var. Yatarak başka bir kilinkte takip edilebiliyor konsültasyonla beraber yani KLP'nin ayrı bilim dalı haline gelmesi ve bu konudaki bilgilendirme çalışmaları çok önemli. Uzman, 1,5 yıl.

• Reçetelere genel bir tanı yazılması

• Psikiyatrların direnmeci tutuma sahip olmaları

Kendi etiketinizden sıyrılacaksınız, hastanın sorumluluğunu alacaksınız ve başkasına diyeceksiniz

ki hayır o öyle değil, onu etiketleme diyeceksiniz. Hiç kolay değil. Çok fazla insan yok stigmaya uğraşan (Uzman, 8 yıl).

Araştırmamıza katılan uzman psikiyatrların önemli bir bölümü psikiyatrların da damgalanmadan pay aldıklarını ve bu durumun diğer alanlarda uzman hekimlerle iletişimi güçleştiren bir unsur olduğunu belirtmişlerdir. Yukarıdaki alıntıda görülen “kendi etiketinizden sıyrılacaksınız” ifadesi bu sorunu dile getirmektedir. Dolayısıyla, gerek diğer hekimlerle iletişimi güçlendirmek gerekse ruhsal hastaların haklarını savunmak konusunda psikiyatrların mücadeleci biçimde mevcut duruma ‘direnmeleri’ önerilmektedir.

TARTIŞMA

Psikiyatrik tanının damgalama süreçlerindeki rolü üzerinde psikiyatrlar tarafından farklı görüşler ileri sürmüştür. Psikiyatrların hemen hepsi, şizofreni tanısının toplumsal düzlemde damgalayıcı etkisinin daha fazla olduğu noktasında hemfikirdir. Şizofreni hastasının ‘tehlikeli’ olarak damgalanması olgusu çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur (Link ve ark. 1999). Dahası, Amerika’da 1950’den günümüze bu algının artış gösterdiği saptanmıştır. Link ve arkadaşları (1999) bu durumun, kurumlar dışı tedavi süreci ve hastaların ancak ‘tehlikelilik’ sergilemeleri durumunda hastaneye yatırılacakları biçimindeki düzenlemeyle ilişkili olabileceğini ileri sürmektedirler. Diğer bazı çalışmalarda ise medyada yer alan stereotipik temsillerin etkisi vurgulanmaktadır (Scheff 1966, Philo 1996, Wahl 1995).

Ancak, araştırmamıza katılan psikiyatrların buna karşı ileri sürdükleri çözümler farklılaşmaktadır. Bir kısmı, reçetelere ya da sevkler şizofreni tanısını yazmaktan kaçındıklarını ifade ederken, diğer bir kısmı, tanının adını değiştirmenin bir çözüm olmadığı görüşündedir. İkinci görüşü savunan psikiyatrlar, tanıyı açıkça konuşmanın “damgalamayı kırıcı” yönde olumlu bir etkiye sahip olabileceği üzerinde durmaktadırlar. Bu görüş, şizofreni hastalarıyla toplumsal ‘temas’ın artmasının damgalayıcı tutumları azalttığı yönündeki bulgularla uyumludur (Vezzoli ve ark. 2001). Bununla birlikte, ruhsal hastalıklara yönelik daha uygun tanımlamalar üzerinde uzlaşmak konusunda psikiyatrların daha uzun bir sürece ihtiyaç duydukları, damgalama ve ayrımcılığa karşı kavramsal yaklaşımlar ve terminoloji arasındaki gerilimle başa çıkılması gerekliliği Pinfold ve arkadaşlarının İngiltere’de yürüttükleri araştırmada (2005) da belirtilmiştir. Bu araştırmacılar, Japonya’da çözüm olarak şizofreni yerine yeni bir adlandırmanın kullanıldığını belirtmişlerdir.

Araştırmamıza katılan psikiyatrların ruhsal hastalıklara ilişkin mevcut kategorik sınıflandırma sistemlerinin damgalamayı güçlendirici etkisi üzerine duyarlı oldukları görülmektedir. Psikiyatrik tanının damgalamadaki rolünü, ruhsal hastalıkların esasında bir belirtiler kümesine işaret ediyor olması gerçeğini örtmesiyle ilişkilendiren psikiyatrların vurguladıkları noktalar da oldukça çarpıcıdır. Örneğin, şizofreni tanısının psikiyatrların kendi aralarındaki iletişimde “şizofren” adlandırmasına dönüştüğünü ve bu durumun, hastaların öznel durumlarının ihmal edilerek genel bir kategoriye indirgenmesine yol açtığını bildirmişlerdir. Kısacası, araştırmamızda psikiyatrik tanının damgalayıcı rolü üzerinde duran psikiyatrlar, ‘ötekiliğin’ ideolojik inşasına kaynaklık (Küey 2008) etme durumuna işaret etmişlerdir.

Psikiyatri dışı sağlık hizmetlerine erişim konusunda ise, ruhsal hastaların somatik sınırlarının yeterince tetkik edilmemesi, psikiyatri dışı hekimlerin standart tedavi sürecini uygulama konusundaki tereddütleri ve acil serviste müdahalenin yapılmaması elde edilen çarpıcı bulgulardır. Psikiyatri dışı hekimlerin ve sağlık çalışanlarının ruhsal hastalara yönelik tutumlarında, tedirgin olma ve hastayla temas kurmada çekinme göze çarpmaktadır. Bağ ve Ekinci (2005) de çalışmalarında, psikiyatri dışı hemşire ve doktorların çoğunluğunun ruhsal hastaları saldırgan bulduklarını ortaya koymuşlardır.

Ruhsal hastaların fiziksel rahatsızlıklarının tedavisinde kaliteli ya da ‘standart’ bir hizmete erişebilmeleri için psikiyatrların, klinik pratiklerdeki kopukluğu, kendi müdahaleleriyle tamamlamaya çalıştıkları görülmektedir. Bu durum, Küey’in (2008) damgalama yaklaşımları ve süreçlerinin, klinik pratiklerden daha ‘bütünsel’ olduğu yönündeki saptamasını desteklemektedir. Ancak bu bulgumuzun, araştırma örneklemimizin oldukça sınırlı olmasından dolayı, gelecekte yapılacak diğer araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Bilindiği üzere, tüm majör psikiyatrik bozukluklar yüksek ölüm oranıyla ilişkilidir (Harris ve Barraclough 1998). Elbette bu durum, psikiyatrik sorunun kendisine içkin olabileceği gibi, dengeli beslenememe, spor yapmama, sigara ve alkol kullanma gibi sağlıksız yaşam tarzıyla da ilişkilidir. Ancak, yapısal düzeyde Muhlbauer’in işaret etmiş olduğu (2002: 80), kurumsal damgalama süreçlerinin güçlü bir etkiye sahip olabileceğine dair araştırma bulgularımız kanıt sunmaktadır. Lykouras ve Douzenis (2008) de çalışmalarında, ruhsal hastaların fiziksel rahatsızlıklarının yeterince tetkik edilememesinin gerisinde damgalamanın önemli rolü olduğu bulgusuna varmışlardır. Bu bağlamda, acil servislerdeki ihmalkarlık ve di-

ger hekimlerin standart tedavi süreçlerini uygulamadaki tereddütlerini ifade eden yanıtlar kurumsal damgalama sürecine ilişkin çarpıcı kanıtlar sunmaktadır. Ne var ki, genelleme yapamayacağımızdan, bu bulgumuzun ileriki araştırmalarda daha geniş örneklem ile desteklenmesi gerekmektedir.

Araştırmamıza katılan psikiyatrların, psikiyatri dışı sağlık hizmetlerine erişimde damgalamayla başa çıkma konusundaki önerilerinde öne çıkan konular Tıp Eğitiminde psikiyatri stajının uzatılması, eğitimin içeriğinin dönüştürülmesi ve hizmet içi eğitimlerin uygulanmasıdır. Üçok ve arkadaşlarının (2006) göstermiş oldukları gibi bu tür eğitimler, sağlık çalışanlarının tutumlarının değişmesinde etkili olmaktadır. Burada bir noktayı vurgulamakta yarar var: Aydın ve arkadaşlarının (2003) belirtmiş oldukları üzere, bilgi ruhsal hastalara yönelik tutumların değişmesinde temel belirleyici değildir. Tıp eğitimi sırasında öğrencilerin kendi duygu ve düşüncelerine ilişkin farkındalıklarını geliştiren yöntemler geliştirilmelidir. Bu bağlamda, psikiyatrların staj konusundaki önerileri özellikle anlamlıdır. Çünkü yapılan çalışmalar, sınıf içindeki eğitimin yeterli olmadığını, hastalarla doğrudan temasın tutumlar üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (Trute ve ark. 1989). Damgalamaya yol

açan stereotiplerin etkililiği, gruba yönelik çeşitlilik algısı ile azalmaktadır (Ryan ve ark. 2001). Dolayısıyla, temasın etkililiği, ruhsal hastalarla yönelik çeşitlilik algısını arttırmasıyla açıklanabilir.

Bundan başka, konsültasyon-liyezon uygulamasının gerekliliği öneriler arasındadır ki, psikiyatrinin diğer servislerle bütünleşmesi açısından önem taşımaktadır. Damgalamayla başa çıkma konusunda bir diğer ilginç öneri ise, psikiyatri hekimlerinin “direnme” tutuma sahip olmalarıdır. Özellikle, psikiyatri dışı hekim ve sağlık çalışanlarıyla iletişimin güçlendirilmesi konusunda direnme tutumunun gerekliliğini araştırma bulgularımız ortaya koymaktadır.

Araştırma bulgularımız, sınırlı sayıda görüşmelere dayandığından genellenebilir özellikte olmasa da, nitel görüşmelerden elde edilen bulgularımız, zengin ve detaylı veriler içermektedir. Ancak, ruhsal hastalara yönelik damgalamanın çeşitli boyutlarının derinlemesine anlaşılması için daha fazla sayıda nitel araştırmaya gereksinim olduğu kabul edilmektedir (Lee 2002). Bu nedenle, araştırma bulgularımızın gelecekte, özellikle hasta ve yakınları ile psikiyatrlar ve psikiyatri dışı sağlık çalışanlarıyla yürütülecek nitel araştırmalarla desteklenmesi önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Aştı N (1995) Psikiyatrik imajın sosyal boyutu. *Ruhsal Travma*, 23.
- Aydın N, Yiğit A, İnandı T ve ark. (2003) Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital, Turkey. *Int J Soc Psychiatry*, 49: 17-26.
- Bağ B, Ekinci M (2005) Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. www.e-sosder.com, 3(11): 107-127. Erişim tarihi: 12.11.2008.
- Bryman A (1988) *Quantity and Quality in Social Research*. London: Unwin Hyman Pub. s. 208.
- Corrigan PW, Penn DL (1999) Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*, 54: 765-776.
- Dey I (1993) *Qualitative data analysis*. London: Routledge. s. 280.
- Glaser B, Strauss A (1967) *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine. s. 265.
- Goffman E (1963) *Stigma: the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin. s. 168.
- Guba EG, Lincoln YS (1989) *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Oxford University Pres. s. 294.
- Harris EC, Barraclough B (1998) Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*, 173:11-53.
- Kaptanoğlu C, Seber G, Erkmen H ve ark. (1992) Araştırma görevlisi hekimlerin psikiyatri ve psikiyatristlerle ilgili tutumları. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 123-126.
- Küey L (2008) The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 21:403-411.

Lee S (2002) The stigma of schizophrenia: a transcultural problem. *Curr Opin Psychiatr*, 15:37-41.

Leucht S, Fountoulakis F (2006) Improvement of the physical health of people with mental illness. *Curr Opin Psychiatr*, 19:411-412.

Link BG, Struening EL, Rahav M ve ark. (1997) On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav*, 38: 177-190.

Link BG, Phelan JC, Bresnahan M ve ark. (1999) Public conceptions of mental illnesses: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health*, 89: 1328-33.

Lundberg B, Hansson L, Wentz E ve ark. (2008) Stigma, Discrimination, Empowerment and Social Networks: a Preliminary Investigation of Their Influence On Subjective Quality of Life in a Swedish Sample. *Int J Soc Psychiatr*, 54: 47-55.

Lykouras L, Douzenis A (2008) Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? *Curr Opin Psychiatr*, 21: 398-402.

Markowitz FE (1998) The effects of stigma on the psychological well-being and life-satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav*, 39(4): 335-347.

Marshall C, Rossman GB (2006) *Designing qualitative research*. London: Sage. s. 262.

Mason J (1996) *Qualitative Researching*. London: Sage Publications. s. 224.

Miles MB, Huberman AM (1994) *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage. s. 352.

Muhlbauer S (2002) Experience of stigma by families with mentally ill

members. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 8: 76.

Philo G (ed.) (1996) *Media and Mental Distress*. London: Longman. s. 135.

Pinfold M, Bryne P, Toulmin H ve ark. (2005) UK Mental Health Service Users' Main Campaign Priorities. *Int J Soc Psychiatr*, 51: 128.

Rosenfield S (1997) Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Sociol Rev*, 62: 660-672.

Rubin HJ, Rubin IS (2005) *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. Thousand Oaks, CA: Sage. s. 304.

Ryan CS, Robinson DR, Hausmann LM ve ark. (2001) Stereotyping among providers and consumers of public mental health services. *Behav Modif*, 25(3): 406-442.

Sartorius N (2006) Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychol Health Med*, 11:383- 388.

Scheff TJ (1966) *Being mentally ill. A sociological theory*. Chicago: Aldine Pub. s. 220.

Silverman D (1993) *Interpreting Qualitative Data*. London: Sage Pub. s. 448.

Struening EL, Perlick DA, Link BG ve ark. (2001) The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatr Serv*, 52 (12): 1633-8.

Trute B, Tefft B, Segall A ve ark. (1989) Social rejection of the

mentally ill: a replication study of public attitude. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 21: 69-76.

Üçok A, Soygür H, Ataklı C ve ark. (2006) The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60: 439-443.

Vezzoli R, Archiati R, Buizza C ve ark. (2001) Attitudes towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town. *EUR Psychiatry*, 16: 451-8.

WHO (2001) *Mental health: a call for action by world health ministers*. http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Secretariat_report.pdf _ Erişim tarihi: 17.11.2008.

Wahl O (1995) *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. s. 242.

Wolcott HF (1994) *Transforming qualitative data: description, analysis and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage. s. 440.

Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ ve ark. (2000) Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *J Health Soc Behav*, 41: 68-90.

Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV ve ark. (2001) Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Ment Health J*, 37(5): 405-419.

Yenilmez Ç, Ayrancı Ü, Kaptanoğlu C ve ark. (2002) Eskişehir ili birinci basamak sağlık kurumlarındaki hekimlerin psikiyatrik hizmet, tanı ve tedavilere karşı tutumları. *Türkiye'de Psikiyatri*, 4 (1):14-24.