

Türkiye’de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları

Dr. E. Oryal TAŞKIN¹, Dr. Firdevs SEYFE ŞEN², Dr. Ömer AYDEMİR³, Dr. M. Murat DEMET⁴, Dr. Erol ÖZMEN⁵, Dr. İlkin İÇELLİ⁶

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, kırsal kesimdeki halkın şizofreniye ilişkin tutumları ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, Manisa ilinin merkeze bağlı bir köyünde gerçekleştirilmiştir. Alınma ölçütlerini karşılayan toplam 245 kişiden ulaşılabilen 230’u denek olarak alınmış, yüzyüze görüşme yöntemiyle Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi (PAREM) tarafından geliştirilmiş olan anketin 10 maddelik sosyodemografik bilgi formu ve 32 maddelik şizofreni alt bölümü uygulanmıştır.

Bulgular: Deneklerin %76.3’ü şizofreniyi bir hastalık, %62’si bir akıl hastalığı olarak değerlendirmiştir. Etiyolojik neden olarak en sık sosyal sorunlar (%76.9) gösterilmiştir. Sağaltım için en çok doktora (%66.8), doktorlar içinde de psikiyatriste (%66.8) başvuru önerilmiştir. Deneklerin %50’si şizofreni hastalarının serbestçe dolaşmalarını gerektiğini, %61.5’i şizofreni olan bir komşudan rahatsızlık duyacağını, %61.1’i şizofreni olan biriyle birlikte çalışmak istemediğini, %85.6’sı da bir şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini belirtmişlerdir. %53.4 oranında şizofreni hastalarının saldırgan olacağı inancı vardır.

Sonuç: Kırsal kesimde deneklerin büyük bir bölümü şizofreniyi ruhsal bir hastalık olarak tanımaktadır. Etiyolojide ilk sırada sosyal sorunlar sorumlu tutulmuştur. Şizofreninin sağaltımı konusunda halk yeterli bilgiye sahiptir ancak etiketlenme korkusu nedeniyle sağaltım için, psikiyatrik yardım almaktan çekinmektedir. Halk, hastalarla yakınlık kurma konusunda isteksiz, belirli bir mesafeyi korumaktan yana olmak üzere reddedici tutumlara sahiptir. Sosyodemografik etmenler şizofreniye yönelik tutumlar üzerinde önemli bir etkiye sahip görünmemektedir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, etiketleme, halkın tutumu

Summary: The Public Attitudes Towards Schizophrenia in a Rural Area in Turkey

Objective: To determine the public’s attitude about schizophrenia and its related factors in a rural population.

Methods: This study was carried out in a village of Manisa. Of the 245 subjects which met the inclusion criteria, 230 subjects were reached and 208 of them constituted the sample of this study. The subjects filled out the sociodemographic information form and the 32-item subscale for schizophrenia of a public survey form which was developed by Psychiatric Researchs and Education Center.

Results: Of the 208 subjects, 76.3% appraised the schizophrenia as an illness, 62.0% considered it as a mental disease, 76.9% noted that social problems were the most frequent etiological factor, 66.8% denoted that the patient should consult with a psychiatrist for the treatment, 61.5% indicated that they would feel uncomfortable with a neighbor with schizophrenia, 61.1% declared that they didn’t want to work with anyone with schizophrenia.

Conclusion: The majority of subjects in rural population recognize the schizophrenia as a mental disease. Social problems are determined as the first-rank etiological factor by the subjects. The public has an adequate knowledge about the treatment of schizophrenia. However they hesitate to apply to psychiatric treatment because of the fear of stigmatisation. The public has a reluctant attitude in becoming close to the patients and has a rejective attitude in keeping a certain distance with the patients. The sociodemographic factors do not seem to have any influence on the attitudes towards the schizophrenia.

Key Words: Schizophrenia, stigmatisation, public attitude

Teşekkür: Araştırmanın veri toplama aşamasındaki yardımseverliği ve soruları içtenlikle yanıtladıkları için Çeşmebaşı Sancaklı Köyü halkına ve kentsel alanda yaptıkları çalışmanın ham verilerini bizlerle paylaştıkları için Dr. Afşin Sağduyu ve arkadaşlarına teşekkür ederiz.

¹Uzm. Dr., Celal Bayar Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD, Manisa. ²Uzm., Turgutlu Devlet Hastanesi, Manisa. ³Doç., ⁴Yrd. Doç., ⁵Prof., ⁶Prof., Celal Bayar Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD, Manisa.

GİRİŞ

Halkın ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarının belirlenmesine yönelik çalışmalarda genel olarak halkın ruhsal hastalığı olanlara olumsuz baktığı ve reddettiği sonucuna varılmıştır (Eker 1989; Jorm ve ark. 1997a; Karancı ve Kökdemir 1995; Rabkin 1972; Socal ve Holtgraves 1992). Çeşitli ruhsal hastalıkların tanımlandığı olgu öyküleri kullanılarak yapılan çalışmaların hemen hepsinde şizofreni olgusu diğerlerinden daha fazla tanınmış ve şizofrenili kişiye daha fazla reddedici yaklaşmıştır (Angermeyer ve Matschinger 1999; Arkar ve Eker 1992; Arkar ve Eker 1996; Bhugra 1989; Eker ve Arkar 1997; Halpert 1965). 1990'lı yılların sonlarında yapılan çalışmalarda, ruhsal hastalıkları tanımanın sınırlı ve olumsuz tutumların baskın olduğu görülmüştür (Hillert ve ark. 1999, Jorm ve ark. 1997a, Jorm ve ark. 1997c). Türkiye'deki ilk çalışmalarda halkın ruhsal hastalığı olanlardan uzak durma ve reddetme eğilimleri belirgin olarak baskın bulunmuş (Özbek 1970), sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda da ruhsal hastalıkları tanıma oranında belirgin bir yükselme görülmekle birlikte, olumsuz tutumların sürdüğü ve halkın bu hastalarla sosyal yakınlıktan çekindikleri görülmüştür (Arkar 1991; Eker ve Arkar 1997; Eskin 1989; Karancı ve Kökdemir 1995).

Çalışmalarda şizofreni etiyolojisinde halkın ilk neden olarak psikososyal etmenleri sorumlu tuttuğu, bunu biyolojik ve daha az oranda da genetik nedenlerin izlediği görülmüştür. Etiyoloji için gösterilen nedenler sırasıyla psikolojik zayıflık, kişilik yapısı, stres, işsizlik, aile ve iş yaşamındaki sorunlar, ilişki sorunları, bilinçdışı çatışmalar olmuştur (Angermeyer ve Matschinger 1994; Angermeyer ve Matschinger 1999; Jorm ve ark. 1997b). Türkiye'de yapılan çalışmalarda katılımcılar en fazla psikolojik nedenleri, ikinci sırada sosyal, üçüncü sırada biyolojik nedenleri seçmiştir (Arkar ve Eker 1996; Eskin 1989). İstanbul'da yapılan bir çalışmada da deneklerin yarısına yakını etiyolojide sosyal sorunları sorumlu tutmuştur (Sağduyu ve ark. 2001).

Şizofreni sağaltımı için halkın ilk seçimi hekime başvurudur (Brändli 1999; Jorm ve ark. 1997a; Jorm ve ark. 1997c). Pek çok çalışmada sağaltım için ilk yöntem olarak psikoterapinin seçildiği, psikoterapiyi sıklıkla özel diyet, vitamin-

ler, tatil gibi standart olmayan sağaltım yöntemlerinin izlediği, halkın psikotrop ilaçları yararlıdan çok zararlı olarak değerlendirdiği ve farmakoterapinin yüksek oranlarda reddedilen bir yöntem olduğu görülmüştür (Angermeyer ve Matschinger 1994; Angermeyer ve Matschinger 1996; Angermeyer ve Matschinger 1999; Jorm ve ark. 1997a; Jorm ve ark. 1997c). Türkiye'de sağaltım için hekim önerisi, hekim olarak da psikiyatrist seçimi ilk sırada bulunmuş, psikoterapi ilk seçenek olarak gösterilmiştir (Arkar ve Eker 1992; Sağduyu ve ark. 2001). Prognoz açısından halkta genel olarak ruhsal hastalıkların sağaltımının olanaklı olduğu inancı baskındır (Angermeyer ve Matschinger 1999; Crips ve ark. 2000; Sağduyu ve ark. 2001).

Yaş, cinsiyet, eğitim, ırk, sosyal sınıf, kültür, meslek ve hastalıkla önceden tanışıklık gibi etmenlerin ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar üzerine etkileri incelendiğinde, genel kanı yaşlı, düşük eğitim ve düşük sosyoekonomik düzeyi olan kişilerin ruhsal hastalığı olanlara daha az hoşgörü gösterdikleri şeklindedir (Arkar 1991; Trute ve ark. 1989). Ancak sosyodemografik verilerin şizofreniye ilişkin tutumlarda etkili olmadığını gösteren çok sayıda çalışma da vardır (Angermeyer ve Matschinger 1994; Crisp ve ark. 2000; Jorm ve ark. 1997a; Karancı ve Kökdemir 1995). Daha iyi eğitilmiş kişilerin, etiyoloji, sağaltım, hastalığı tanıma konusunda daha olumlu tutumlara sahip oldukları ve daha az sosyal mesafe koydukları bulunmuşsa da (Trute ve ark. 1989), şizofreni ile ilgili tutumların eğitim düzeyi yükseldikçe daha olumsuz olma eğiliminde olduğu ve koyulan sosyal mesafenin de arttığı bildirilmektedir (Bhugra 1989; Halpert 1965; Jorm ve ark. 1997a).

Düşük sosyal sınıf ya da düşük sosyoekonomik düzey, ruhsal hastalıkların tanınmasını, hastalara koyulan sosyal mesafeyi, etiketleme davranışını, ruhsal hastalıklar ile ilgili etiyolojik inançları, prognoza ilişkin inançları, bu dalda sağlık hizmeti veren kişilere ilişkin tutumları, sağaltım için başvuru ve sağaltım seçeneklerini olumsuz yönde etkilemektedir (Arkar ve Eker 1994; Bhugra 1989; Flakerud ve Kviz 1983; Sağduyu ve ark. 2001).

Ruhsal hastalığı olan bir kişi ile doğrudan deneyim sahibi olmanın onu kabullenmeye ya da reddetmeye yol açabileceği birçok çalışmada be-

TABLO 1. Deneklerin Sosyodemografik ve Özgeçmişlerindeki ve Soygeçmişlerindeki Ruhsal Hastalık Özellikleri.

		sayı	%
Yaş grupları	18-25	38	18.3
	26-35	55	26.4
	36-45	45	21.6
	46-55	29	13.9
	55 üstü	41	19.7
Cinsiyet	Kadın	100	48.1
	Erkek	108	51.9
Medeni durum	Evli	160	76.9
	Bekar	48	23.1
Çalışma durumu	Çalışan	88	42.3
	Ev kadını	89	42.8
	İşsiz	17	8.2
	Emekli	5	2.4
	Öğrenci	9	4.3
Eğitim	Okur yazar değil	55	26.4
	Okur yazar	7	3.4
	İlkokul	129	62.0
	Orta eğitim	17	8.2
Yapılandırılmış eğitim alma	Eğitimsiz	62	29.8
	Eğitilmiş	146	70.2
Deneklerde ruhsal tedavi	Evet	8	3.8
	Hayır	200	96.2
Yakınlarında ruhsal hastalık	Evet	17	8.2
	Hayır	191	91.8
Ruhsal hastalıklarla tanışıklık			
Hastalıkla tanışmış olanlar		25	12.0
Hastalıkla tanışmamış olanlar		183	88.0

lirtilmiştir (Arkar 1992). Hastalarla temas sonrası olumsuz tutumlarda depresyon için belirgin azalma, şizofreni için ise artış olduğu saptanmıştır (Crisp ve ark. 2000). Arkar (1992) doğrudan deneyim sahibi olmanın daha gerçekçi tutumlara yol açtığı ve bu tutumların daha fazla değişmesinin olası olmadığını ileri sürmektedir. Tehlikeli davranışlar sezildiğinde tutumlar daha olumsuzla kaymakta ve kişiler hastalarla sosyal mesafe koyma gereksinimlerini arttırmaktadırlar (Arkar ve Eker 1994; Crisp ve ark. 2000; Trute ve ark. 1989). Sosyal yakınlık içeren ortamlarda "akıl hastası" olarak tanımlanmış kimselerle ilişkiyi kesme eğiliminin var olduğu, buna karşın göreceli olarak genel olan ve kişisel olmayan ortamlarda hastaların daha fazla kabul gördüğü bir çok çalışmanın ortak bulgusudur (Arkar 1991; Trute ve

ark. 1989). Ruhsal hastalık etiketinin olumsuz ve reddedici tutumlara neden olduğunu, etiketleme olmadığında ise hastaların kabul edilebilirliğinin daha fazla olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır (Eker ve Arkar 1997; Socal ve Holtgraves 1992). Etiketleme özellikle kırsal kesimde yaşayan halkın sağaltım için çare arama davranışını etkileyen ana etmenlerden biri gibi görülmektedir (Flaskerud ve Kviz 1983).

Toplumun tutumları, ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken tanınması ve sağaltımında doğrudan etkilidir (Byrene 1997). Toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumları, hastanın çare arayıp aramayacağı, sağaltıma uyumun öngörülmesi, yatış sonrasında tekrar topluma uyum sağlama, hasta ve hasta yakınları ile kurulacak ilişki ve onların anlaşılması konusunda belirleyicidir. Bu araştırmada, düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel kesimdeki halkın şizofreniye ilişkin tutumları ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem: Araştırma, Manisa ili merkez ilçeye bağlı Sancaklı Çeşmebaşı Köyü'nde 2000 yılının Ekim ayında gerçekleştirilmiştir. Sancaklı Çeşmebaşı Köyü, bir ilkokul dışında başka okulu bulunmayan, geçim kaynağının tarıma dayalı olduğu ve sanayileşmenin olmadığı, kendi içine kapalı bir köydür. Çalışmaya köyün tamamı alınmıştır. Deneklerin araştırmaya alınabilmesi için, köyde yaşıyor olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek, 18 yaş ve üzerinde olmak ve soruları yanıtlayabilecek zihinsel ve fiziksel yeterlilikte olmak koşulları aranmıştır. Bu koşulları karşılayan toplam 245 kişiden ulaşılabilen 230'u denek olarak alınmış olup bunlardan 22 deneğe ait verilerde yanlış ya da eksik kodlama görüldüğünden değerlendirme aşamasında çalışmadan çıkartılmış, kalan 208 deneğin verileri kullanılmıştır.

Kullanılan araç: Araştırmada, Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi (PAREM) tarafından planlanarak yürütülen "Ruhsal Hastalıklar İle İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması" projesinde (RUTUP) kullanılan, PAREM araştırmacıları tarafından (Sağduyu ve ark. 2001) geliştirilen anket formunun 32 maddelik şizofreni alt bölümü kullanılmıştır. Ankette demografik ve sağlık bilgileri ile ilgili 10, şizofreni ile ilgili 32 soru

TABLO 2. Şizofreniyi Tanımaya İlişkin Maddelere Verilen Yanıtlar.

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Ahmet Bey’de bedensel bir hastalık bulunmaktadır	103	49.5	91	43.8	14	6.7
Ahmet Bey’de ruhsal bir hastalık bulunmaktadır	171	82.2	18	8.7	19	9.1
Şizofreni aşırı üzüntü halidir	131	63.0	34	16.3	43	20.7
Şizofreni bir ruhsal zayıflık halidir	139	66.8	36	17.3	33	15.9
Şizofreni bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur	134	64.4	53	25.5	21	10.1
Şizofrenler akıl hastasıdır	129	62.0	52	25.0	21	10.1
Şizofreni bir hastalıktır	159	76.3	24	11.4	24	11.4

bulunmaktadır. Anket formunun şizofreni kısmı iki ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde DSM-IV’te (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanımlandığı şekliyle paranoid tip şizofrenide görülen belirtilerin bulunduğu bir olgu örneği verilerek, deneklerin bu olgu ile ilgili 6 soruyu yanıtlamaları istenmiş, ikinci bölümdeki 26 soru ile verilen olgu örneğinin şizofreni için bir örnek olduğu da söylenerek doğrudan şizofreni ile ilgili tutumlar araştırılmıştır. Birinci bölümdeki 4 ve ikinci bölümdeki 24 soruda maddeler derecelendirilmiş (katılıyorum, kısmen katılıyorum, pek katılmıyorum, katılmıyorum, fikrim yok), birinci bölümdeki 2 ve ikinci bölümdeki 2 soruda ise maddeler açıklanmış yanıtlar biçiminde düzenlenmiştir. İkinci bölümde bulunan 26 maddeden, son 8 madde, yalnız "şizofreni bir hastalıktır" maddesine "katılıyorum" ya da "kısmen katılıyorum" yanıtını veren deneklere sorulmuştur.

Uygulama: Anket iki psikiyatri son yıl asistanı ve sekiz tıp fakültesi 6. sınıf öğrencisi tarafından uygulanmıştır. Öğrenciler çalışma öncesi uygulama konusunda eğitilmiştir. Deneklerle yüz yüze görüşmeler yapılmış, maddelerle ilgili yanıtlar, yanıtları içeren kartlar kullanılarak alınmıştır. Okuma yazması olmayan deneklerde kartlar kullanılmamıştır.

Değerlendirme: Değerlendirmede "kısmen katılıyorum", "katılıyorum"a; "pek katılmıyorum" ise "katılmıyorum"a yakın kabul edilerek bu dört yanıt "katılıyorum" ve "katılmıyorum" olarak ikili değerlendirilmiştir. "Fikrim yok" yanıtı ise dağılımda kullanılmış, ancak sosyodemografik verilerin etkisinin incelendiği analizde değerlendirme dışı bırakılmıştır. Açıklanmış yanıtların bulunduğu sağaltımla ilgili dört maddede,

yanıtların dağılım dökümleri yapılmış, sosyodemografik verilerin etkisinin incelendiği analizde bu 4 madde değerlendirme dışı bırakılmıştır. Sonuçlar SPSS-PC 9.0 istatistik programında oluşturulan veri tabanına aktarılmıştır. Anket maddelerine verilen yanıtlar için dağılım dökümleri yapılmış, sosyodemografik değişkenlerin etkisinin incelenmesinde Lojistik Regresyon yöntemi kullanılmıştır. Yaşın etkisini değerlendirmek için denekler [daha önce yapılmış olan çalışmalarla karşılaştırma yapılabilmesi için (Bhugra, 1989)] yaşlarına göre 45 yaş ve altı ve 45 yaş üstü olmak üzere iki grupta toplanarak analiz yapılmıştır. Benzer şekilde eğitim için okur-yazar olmayanlar ve yalnızca okur-yazar olanlar eğitimsiz grup olarak, ilkökul ve daha üst eğitim kurumu mezunları da eğitilmiş grup olarak birleştirilmiş, eğitilmiş – eğitilmiş olmayan grupları ile analiz yapılmıştır. Medeni durum açısından boşanmış/dul ve bekarlardan oluşan iki grup birleştirilmiş ve değerlendirilmede evli – evli olmayan karşılaştırılması yapılmıştır. Kendilerinde ya da yakınlarında bir ruhsal hastalık olan denekler ruhsal hastalıklarla tanışmış denekler olarak tanımlanmış ve analizde ruhsal hastalıklarla tanışmış olanlarla olmayanların yanıtlarındaki farklılık değerlendirilmiştir. Kırsal alanda çalışmayan olarak belirtilenlerin çoğunu ev kadınları oluşturduğundan ve kadınlar gerek tarla işleri gerek hayvancılıkta eşlerine yardım ettiklerinden meslek değişkeni analizde kullanılmamıştır. Lojistik regresyon analizi için her anket maddesi tek tek bağımlı değişken olarak alınmış, "katılıyorum" yanıtı "1", "katılmıyorum" yanıtı "0" olarak kodlanmıştır. Bağımsız değişken olarak alınan sosyodemografik değişkenlerde 45 yaş ve altı olanlar, hastalıkla tanışık olmayanlar, kadınlar, bekarlar, eğitimsizler "0" olarak

TABLO 3. Şizofreni Etiyolojisine İlişkin Maddelere Verilen Yanıtlar.

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Ahmet Bey'in bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır.	128	61.5	41	19.7	39	18.8
Ahmet Beyin bu durumu yaşadığı sosyal sorunlardan (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) kaynaklanmaktadır.	156	75.0	40	19.2	12	5.8
Şizofreni sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) nedeniyle ortaya çıkar.	160	76.9	37	17.8	11	5.3
Şizofreni bulaşıcıdır.	28	13.5	144	69.2	36	17.3
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır. (*)	45	28.3	98	61.6	16	10.0

(*) Bu madde için yalnızca anketin 24. maddesi olan "Şizofreni bir hastalıktır" maddesine "katılıyorum" yanıtı veren 159 (%76.3) denegin yanıtları değerlendirilmiştir.

kodlanmış ve referans grup olarak alınmıştır. Bağımlı değişken olarak alınan her anket maddesi için, bağımsız değişken olarak alınan sosyodemografik değişkenlerin tümü tek aşamada analize alınmış ve maddeler üzerine olan etkileri incelenmiştir.

Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) kentsel alanda yaptıkları çalışmanın ham verileri yazarların izniyle alınmış, ve bu çalışmanın verileriyle karşılaştırılmasında yöntem farklılığından kaynaklanacak yanlılıkları önlemek için yanıtlar bu çalışmadaki gibi "katılıyorum", "katılmıyorum" ve "fikrim yok" olarak düzenlenmiştir.

BULGULAR

Deneklerin özellikleri: Deneklerin yaş ortalaması 40.52 ±15.99 (min. 18, max. 85) olarak bulunmuştur. Örneklemi oluşturan 208 denegin sosyodemografik özellikleri ve özgeçmiş ve soygeçmişlerinde ruhsal hastalık özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Şizofreniyi tanımaya ilişkin özellikler: Tanımlanan olgu örneği için deneklerin %82.2'si (n=171) ruhsal bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Şizofreniyi "bir hastalık" olarak görenlerin oranı %76.3 (n=159), bir akıl hastalığı olarak görenlerin oranı %62.0 (n=129) olarak bulunmuştur. Tanıma ile ilgili maddelere verilen yanıtların oranları ve maddelere göre dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Şizofreni etiyolojisine bakış özellikleri: Tanımlanan olgu öyküsündeki belirtileri deneklerin %75'i (n=156) yaşanan sosyal sorunlara bağlamışlardır. Şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını düşünen deneklerin oranı %76.9

(n=160) olarak bulunmuştur. Şizofreni etiyolojisine ilişkin maddelere verilen yanıtlar Tablo 3'de gösterilmiştir.

Şizofreni sağaltımına bakış özellikleri: Tanımlanan olgu öyküsü için önerilen sağaltım seçeneklerine verilen yanıtlarda, öncelikle doktora başvurmak gerektiğini belirtenlerin oranı %66.8 (n=139), gidilecek doktorun da ruh sağlığı ve hastalıkları doktoru olması gerektiğini söyleyenlerin oranı %66.8 (n=139) olarak bulunmuştur (Tablo 4). Deneklere "şizofreni geçirdiklerinde" öncelikle ne yapacakları sorulduğunda verilen "doktora giderim" yanıtının %82.3 (n=131) oranı ile, önce hangi doktora başvuracakları sorulduğunda da ruh sağlığı ve hastalıkları doktoru yanıtının %59.7 (n=95) oranı ile deneklerin ilk seçimi olduğu görülmüştür (Tablo 5). Deneklerin %83'ü (n=132) şizofreninin sağaltılabilen bir durum olduğunu belirtmiştir. İlaç sağaltımı önerisi %68.5 (n=109) oranında bulunmuştur. Deneklerin %70.7'si (n=147) sosyal sorunların çözülmeden şizofreninin geçmeyeceğine inandıklarını belirtmişlerdir. "Şizofreni sağaltımında kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar" maddesine deneklerin %42.2'si (n=67), "şizofreni sağaltımında kullanılan ilaçlar ciddi yan etkiler yapar" maddesine de %41.5'i (n=66) "fikrim yok" yanıtı vermişlerdir (Tablo 6).

Şizofreni hastasına yaklaşım ve sosyal ilişki kurma özellikleri: Deneklerin %61.5'i (n=128) şizofreni hastası bir komşusunun olmasından rahatsızlık duyacağını, %61.1'i (n=127) bir şizofreni hastasıyla birlikte çalışmak istemediğini, %85.6'sı (n=178) da bir şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini belirtmişlerdir. Bu maddelere verilen yanıtların dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

TABLO 4. Tanımlanan Olgu İçin Sağaltım ve Başvurulacak Doktor Önerileri.

	sayı	%
Öncelikle bir doktora gitmesi gerekmektedir	139	66.8
Öncelikle güçlü olması gerekmektedir.		
İsterse bu durumu aşabilir	36	17.3
Öncelikle bir tatile çıkması.		
bulunduğu ortamdan uzaklaşması gerekmektedir	10	4.8
Öncelikle yaşadığı şartların düzeltilmesi gerekmektedir	21	10.1
Diğer	2	1.0
Sağlık ocağı doktoru	40	19.2
İç hastalıkları doktoru	18	8.7
Ruh sağlığı ve hastalıkları doktoru	139	66.8
Doktora gitmesine gerek yok	8	3.8
Diğer	3	1.4

Sosyodemografik özellikler ve sağlık öz - soygeçmişin tutumlar üzerine etkileri: Lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Cinsiyetin etkileri: Erkekler örnek olgunun durumunun "sosyal sorunlardan kaynaklandığı" maddesine ($p=0.001$) ve "şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar" maddesine daha az oranda katıldıklarını belirtmişlerdir ($p=0.009$).

Ruhsal hastalıklarla tanışıklığın etkileri: Ruhsal hastalıklarla tanışık olan denekler, "şizofreni bir ruhsal zayıflık halidir" maddesine daha az katıldıklarını belirtmişlerdir ($p=0.001$).

Medeni durumun etkileri: Evli olan denekler, şizofreniyi daha fazla oranda bir "ruhsal zayıflık hali" olarak tanımlamışlardır ($p=0.007$).

TARTIŞMA

Bu araştırmanın, tutum konusundaki pek çok alan çalışmasından farklı olarak posta aracılığı ile değil, yüzyüze görüşme yöntemiyle yapılması, yazarlardan ikisinin veri toplama aşamasında aktif olarak çalışmaları, deneklerin anketteki soruları yanıtlarken gerçekten içten davrandıklarının gözlenmesi bu çalışma için bir avantajdır. Araştırmanın Türkiye’nin batısındaki küçük bir köyde yapılmış olması ise çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Sonuçlar tüm ülkeye genellenemeyeceği için benzer çalışmaların Türkiye’nin diğer bölgelerinde de yapılması ve bu konudaki verilerin artmasıyla tüm Türkiye için daha doğru ve yeterli bilgilere ulaşmak olanaklı olacaktır. Öte yandan, araştırmanın yapıldığı köyün bağlı olduğu kent merkezinde bir "Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi" bulunmasının elde edilen sonuçları nasıl etkilediği ayrı bir çalışma konusu olmakla birlikte; köyün konumu ve ulaşım olanakları, köylülerin yaşayış alışkanlıkları ve eğitim ya da iş için bile köy dışına çok fazla çıkmıyor olmaları ve köyde ruhsal bir hastalık geçirenlerin oranının %3.8 olması gibi özelliklerin varlığı, bu durumun sonuçları etkilemediğini düşündürmektedir. Yöntem bölümünde de belirtildiği gibi köy kendi içine kapalı ve oldukça izole bir köydür.

Şizofreniyi tanıma özellikleri ve etkileyen etmenler: Olgu öyküsünün ruhsal bir hastalık, şizofreninin de bir hastalık olarak yüksek oranlarda tanımlanması bu çalışmada ele alınan örneklem grubunun büyük bir bölümünün şizofreniyi yeterince tanıdığı ve tanımladığını göstermektedir. Tutum konusunda yapılan çalışmalarda sık tekrarlanan bir sonuç halkın şizofreniyi büyük oranda tanıdığı bulgusudur (Karancı ve Kökdemir 1995; Arkar ve Eker 1992; Arkar ve Eker 1996; Jorm ve ark. 1997a; Özbek 1970; Eker 1989; Rabkin 1972; Rahav ve ark. 1984; Trute ve ark. 1989; Socal ve Holtgraves 1992; Flakerud ve Kviz 1983; Sağduyu ve ark. 2001). Bununla birlikte deneklerin yarıdan fazlasının şizofreniyi aşırı üzüntü hali, bir hastalık olmaktan çok zaman zaman her insanın içine düşebileceği bir durum ve bir ruhsal zayıflık hali olarak değerlendirmesi, durumu normalize etme eğiliminin olduğunu göstermektedir. 2001’de Türkiye’de kentsel alanda şizofreniyi tanıma oranı %76.2, şizofreniyi bir akıl hastalığı olarak tanımlama ise yalnızca %43.2 oranındadır (Sağduyu ve ark. 2001). Kırsal alandaki bu çalışmada ise şizofreniyi akıl hastalığı olarak tanımlama oranı %62 ($n=129$) olarak bulunmuştur. Bu oranlar, hastalığı tanıma-

TABLO 5. Deneklerin "Şizofreni Geçirdiğinizi Düşünseydiniz Öncelikle Ne Yapardınız?" Sorusuna Verdikleri Yanıtlar ve Doktora Gidecek Olsalar İlk Başvuru İçin Doktor Seçimleri. (*)

	sayı	%
Tatile çıkardım	13	8.1
Doktora giderdim	131	82.3
Dini yardım arardım	8	5.0
Hiçbir şey yapmazdım	5	3.1
Diğer	2	1.2
Sağlık ocağı doktoru	21	13.2
Ruh sağlığı ve hastalıkları doktoru	95	59.7
İç hastalıkları doktoru	18	11.3
Beyin cerrahı	15	9.4
Nörolog	7	4.4
Hiçbir doktora gitmezdim	2	1.2
Diğer	1	0.6

(*) Bu maddeler için yalnızca anketin 24. maddesi olan "Şizofreni bir hastalıktır" maddesi ne "katılıyorum" yanıtını veren 159 (%76.3) denegin yanıtları değerlendirilmiştir.

nın kırsal ve kentsel kesimde farklı olmadığını ama kırsal kesimin şizofreni belirtilerini "akıl hastalığı" ile ilişkilendirdiğini göstermektedir. Türkçe'de "akıl hastası" teriminin küçük düşürücü ve aşağılayıcı bir anlam taşıdığı (Üçok 1999) ve kırsal kesim için etiketleme ve etiketlenmenin daha önemli olduğu (Arkar ve Eker 1994; Bhugra 1989; Flakerud ve Kviz 1983; Sağduyu ve ark. 2001) bilgileri göz önüne alındığında; bu bulgular kırsal kesimin şizofreni hastalarını etiketleme eğilimi içinde olduğunu düşündürmektedir.

Şizofreninin tanınmasında etkili sosyodemografik değişkenler medeni durum ve hastalıkla tanışıklıktır. Daha önce bir ruhsal hastalıkla tanışmış olanlar, şizofreniyi daha az oranda ruhsal zayıflık hali olarak değerlendirmiştir. Bu bulgu ruhsal hastalıklarla tanışıklığın hastalığı tanımada etkili olduğu yolundaki önceki çalışmalarla uyumludur (Halpert 1965; Jorm ve ark. 1997b; Trute ve ark. 1989). Evli olan denekler de şizofreniyi daha fazla oranda ruhsal zayıflık hali olarak değerlendirmişlerdir. Sağduyu ve arkadaşlarının kentsel alanda yaptıkları çalışmada da benzer şekilde evli olanların şizofreniyi tanıma puanları bekarlardan daha düşük olarak bulunmuştur (Sağduyu ve ark. 2001).

Şizofreni etiolojisine ilişkin inançlar ve etkileyen etmenler: Deneklerin dörtte üçü etiolojide sosyal sorunları ve yarıdan fazlası da kişilik yapısını sorumlu tutmaktadır. Gerek olgu öyküsü gerek şizofreni için denekler hastalığı sosyal sorunlara bağlamaktadır. Bu bulgu birçok çalışma

ile uyumludur (Angermeyer ve Matschinger 1994; Angermeyer ve Matschinger 1999; Jorm ve ark. 1997b; Sağduyu ve ark. 2001). Toplumlar kültürden ve sosyal sınıftan bağımsız olarak şizofreniyi sosyal ve psikolojik nedenlere bağlama eğilimindedir. Ancak ankette şizofreninin biyolojik bir hastalık olduğuna ilişkin bir maddenin bulunmaması nedeniyle bu oranlar bu kadar yüksek bulunmuş olabilir.

Etiyolojik inançları etkileyen sosyodemografik değişken cinsiyettir. Erkekler şizofreni etiolojisinde sosyal sorunları daha az oranda neden olarak göstermektedirler. Şizofreni etiolojisi için kadın erkek arasında bir tutum farkı bulunmadığını bildiren yayınlar (Jorm ve ark. 1997b) yanında, kadınların şizofreni için psikososyal nedenleri (ailesel ve kişisel) erkeklerden daha çok sorumlu tuttıklarını bildiren yayınlar da bulunmaktadır (Angermeyer ve Matschinger 1999). Bu durumun nedeni, kadınların ruhsal hastalıklara karşı daha insancıl bakması ve onların normal insanlardan yalnızca küçük bir farkla ayrıldığını düşünmeleri olabilir (Bhugra 1989; Brändli 1999).

Şizofreni sağaltımına ilişkin tutumlar ve etkileyen etmenler: Deneklerin büyük çoğunluğunun şizofreninin sağaltılabildiğine inandığını belirtmesi, sağaltım önerilerinde ilk seçeneğin hekim, hekim olarak da ilk seçeneğin hem olgu öyküsü, hem de şizofreni için psikiyatri uzmanı olması, deneklerin çare arama konusunda doğru ve yeterli bilgiye sahip olduklarını düşündürmektedir. Sağaltımda ilk seçenek ilaç kullanılması (%68.5) olurken psikoterapi ikinci seçenek olarak (%59.7) bulunmuştur. Son yıllardaki Avrupa, Amerika ve Avustralya çalışmalarında şizofreni için ilaç sağaltımının olumsuz olarak algılandığı, ilaçların yararlıdan çok zararlı olarak değerlendirildiği ve ilk sağaltım yöntemi olarak psikoterapinin seçildiği, şizofreni için ilaç kullanım önerisinin %8 oranında kaldığının bildirildiği çalışmalar (Hillert ve ark. 1999; Jorm ve ark. 1997a; Jorm ve ark. 1997c; Angermeyer ve Matschinger 1994; Angermeyer ve Matschinger 1999) düşünüldüğünde bu oranlar oldukça olumludur. Aynı anketin uygulandığı kentsel alanda yapılan bir çalışmada da hekim seçimi oranları çok benzer bulunurken, sağaltımda ilaç kullanma önerisi %56.2 oranında, psikoterapi önerisi ise %82.9 oranında bulunmuştur (Sağduyu ve ark. 2001). Bu çalış-

TABLO 6. Şizofreninin Sağaltımına İlişkin Maddelere Verilen Yanıtlar.

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Ortam değişikliği (tatile çıkmak gibi)						
şizofreninin geçmesine önemli katkıda bulunur.	118	56.7	71	34.1	19	9.1
Şizofrenisi olanlar tam olarak düzelmez.	89	42.8	89	42.8	30	14.4
Hacı ya da hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir.	53	25.5	141	67.8	14	6.7
Sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi)						
çözülmeden şizofreni geçmez.	147	70.7	50	24.0	11	5.3
Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır. (*)	132	83.0	16	10.0	11	6.9
Şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır. (*)	109	68.5	25	15.7	25	15.7
Şizofreni psikoterapi (konuşma tedavisi)						
ile tedavi edilebilen bir hastalıktır. (*)	95	59.7	37	23.2	27	16.9
Şizofreni tedavisinde kullanılan						
ilaçlar bağımlılık yapabilir. (*)	69	43.3	23	14.4	67	42.2
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar						
ciddi yan etki yaparlar. (*)	67	42.1	26	16.3	66	41.5

(*) Bu madde için yalnızca anketin 24. maddesi olan "Şizofreni bir hastalıktır" maddesine "katılıyorum" yanıtı veren 159 (%76.3) denegin yanıtları değerlendirilmiştir.

mada psikoterapi önerisinin daha düşük olması kırsal kesimdeki halkın psikoterapi konusunda bilgisiz olmasından kaynaklanıyor olabilir. Anketteki en fazla "fikrim yok" yanıtlarının, ilaçların yan etki düzeyinin ve bağımlılık yapma riskinin değerlendirildiği maddelerde olması; halkın sağaltımda ilaçların temel olduğunu bilmesine karşın kullanılan ilaçlar konusunda bilgisiz olduğunu göstermektedir. Diğer yönden, deneklerin kendileri için hekim başvurusu oranları (%82.3), olgu öyküsündeki hekim başvurusu oranından (%66.8) daha yüksek olmasına karşın, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı başvurusu seçimlerinde bu fark ters dönmüştür (oranlar sırasıyla %59.7 ve %66.8). İlk bakışta bu farkın kırsal alanda bir uzman ya da psikiyatriste ulaşmanın zorluğu ile ilgili olduğu düşünülebilir. Ancak deneklerin kendileri için seçtikleri hekimlere bakıldığında; psikiyatrist dışında uzman hekim seçimlerinin de bulunması bu farkın nedeninin kırsal kesimde

psikiyatriste başvurunun yaratacağı etiketlenme korkusundan kaynaklandığını düşündürmektedir.

Şizofreni hastalarına yaklaşım, sosyal me-safe ve etkileyen etmenler: Anketteki bu tutumları değerlendiren maddelere verilen yanıtlara bakıldığında deneklerin yarısından fazlası hastaların toplumda serbestçe dolaşmamaları gerektiğini, evini şizofren olan bir kişiye kiraya vermeyeceğini, şizofren bir komşudan rahatsızlık duyacağını, şizofren birisiyle çalışmak istemediğini, şizofreni hastalarının saldırgan olduğuna ve şizofreni hastalarının yaşamları ile ilgili doğru kararlar alamayacaklarına inandıklarını belirtmiştir. Deneklerin %85.6'sı da şizofren olan biriyle evlenmeyeceğini belirtmiştir. Tüm maddeler içinde en olumsuz yaklaşım "şizofren bir kişi ile evlenebilirim" maddesinde görülmüştür. Bu bulgular, daha önce yapılan bir çok çalışma ile uyumludur (Rabkin 1972; Arkar 1991; Trute ve ark. 1989; Bhugra

TABLO 7. Şizofrenili Hastalara Yaklaşım ve Sosyal İlişki İle İlgili Maddelere Verilen Yanıtlar.

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Şizofren hastalar toplum içinde serbest dolaşmamalıdır.	104	50.0	83	39.9	21	10.1
Şizofren biri ile birlikte çalışabilirim.	74	35.6	127	61.1	7	3.4
Şizofren biri ile evlenebilirim.	20	9.6	178	85.6	10	4.8
Şizofren bir komşu olması beni rahatsız etmez.	73	35.1	128	61.5	7	3.4
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermem.	121	58.2	81	38.9	6	2.9
Şizofrenler saldırgan olur.	111	53.4	71	34.1	26	12.5
Şizofrenler kendi yaşamlarıyla ilgili doğru kararları alamaz.	138	66.3	43	20.7	27	13.0

TABLO 8. Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Öz – Soygeçmişin Tutumlar Üzerine Etkisinin Araştırıldığı Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.

"Ahmet Bey'in bu durumu sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) kaynaklanmaktadır."					
Cinsiyet	p 0.001	B -1.439	R -0.207	Odds oranı 0.237	%95 güven aralığı 0.099 – 0.567
"Şizofreni sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) nedeniyle ortaya çıkar."					
Cinsiyet	p 0.009	B -1.119	R -0.158	Odds oranı 0.327	%95 güven aralığı 0.140 – 0.760
"Şizofreni bir ruhsal zayıflık halidir"					
Medeni durum	p 0.007	B 1.212	R 0.171	Odds oranı 3.359	%95 güven aralığı 1.386 – 8.142
Hastalıkla tanışıklık	p 0.001	B -1.642	R -0.219	Odds oranı 0.193	%95 güven aralığı 0.072 – 0.523

1989; Hillert ve ark. 1999). Denekler en fazla kişisel yakınlık gerektiren durumlar için (evlenme, birlikte çalışma, komşu olarak kabul etme) daha önceki çalışmalarda olduğu gibi en çok reddetme eğilimi içindedir (Arkar 1991; Rahav ve ark. 1984). Ortaya çıkan oranlar, deneklerin şizofren hastalarla bireysel yakınlık konusunda daha belirgin olmak üzere reddedici olduklarını düşündürmektedir. Tüm maddeler için reddedici tutumlar Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) kentsel alanda yaptığı çalışmada bulduklarından daha fazladır. Aynı anket formunun kullanıldığı bu iki çalışmada kentsel ve kırsal kesimdeki en önemli fark hastaların sosyal reddedilmesi konusundadır. Düşük sosyal sınıf ya da düşük sosyoekonomik düzeyin hastalara koyulan sosyal mesafeyi ve etiketleme davranışını olumsuz yönde etkilediği sık tekrarlanan bir bulgudur (Arkar ve Eker 1994; Bhugra 1989; Flakerud ve Kviz 1983; Sağduyu ve ark. 2001). Hastaların algılanması ve sosyal mesafeyi etkileyen sosyodemografik değişken yoktur.

Sonuç olarak, kırsal kesimde deneklerin büyük bir bölümü şizofreniyi ruhsal bir hastalık olarak tanımlamıştır. Türkiye’de şizofreniyi tanıma açısından kırsal kesimle kentsel kesim arasında önemli bir fark olmadığı gibi diğer ülkelerle de fark yoktur. Ancak kırsal kesimde hastaları ve hastalığı etiketleme daha belirgindir. Şizofreni etiyojisine yönelik değerlendirmede deneklerin büyük bir bölümü etiyojide ilk sırada sosyal sorunları sorumlu tutmuştur. Halkın etiyojik inançları kültür, sosyal sınıf ve yaşam koşullarından bağımsızdır. Ancak kadınlar, hastalığı daha fazla sosyal sorunlara bağlama eğilimindedirler.

Şizofreninin sağaltımı konusunda kırsal ke-

simdeki halk yeterli ve doğru bilgiye sahiptir. Deneklerin çoğu şizofreninin sağaltılabilen bir durum olduğunu, sağaltım için ilk başvurunun hekime ve özellikle de ruh sağlığı ve hastalıkları hekimine olmasının uygun olduğunu, sağaltım yöntemi olarak ilk seçeneğin ilaç kullanımı olduğunu belirtmişlerdir. Ancak kırsal kesimdeki halk ilaçların etkileri ve özellikleri konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Yine kırsal kesim, etiketlenme korkusu nedeniyle sağaltım için, bildiği halde doğru adrese ulaşamamakta ve psikiyatrik yardım almaktan çekinmektedir.

Şizofreni hastalarına ilişkin sosyal mesafe ve sosyal reddedilme konusunda, genel olarak kırsal kesimde olumsuz tutumlar baskındır. Halk, şizofren bir kişiyle yakınlık kurma konusunda isteksiz, hastalarla arasında belli bir mesafeyi korumaktan yana olmak üzere reddedici tutumlara sahiptir. Kişisel yakınlık gerektiren durumlar en çok reddetmeye yol açan durumlardır. Kırsal kesimde yaşamak hastaları daha fazla etiketlemede olumsuz yönde etkilidir. Bunun dışında sosyodemografik etmenlerin şizofreniyeye yönelik tutumlar üzerinde önemli bir etkisi bulunmamaktadır (32 maddelik ankette, yalnızca 3 maddede anlamlı fark vardır ve odds oranlarının değerleri küçüktür).

Sonuçlardan görüldüğü üzere kırsal kesimdeki halkın şizofreniyeye ilişkin bilgisi oldukça yeterlidir. Ancak etiketleme özellikle sağaltımda önemli bir engel gibi görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında etiketleme karşıtı kampanyaların yaygınlaştırılması ve halkın şizofrenide kullanılan ilaçlar ve etkileri konusunda bilinçlendirilmesi şizofreni sağaltımında daha başarılı sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4. Baskı (Çev: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

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

Angermeyer MC, Matschinger H (1996) Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 94: 326-336.

Angermeyer MC, Matschinger H (1999) Lay beliefs about mental disorder: a comparison between the Western and the Eastern parts of Germany. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 34: 275-281.

Arkar H (1991) Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam*, 4: 6-9.

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

Arkar H, Eker D (1992) Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 27: 151-155.

Arkar H, Eker D (1994) Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. *The Int J Social Psychiatry*, 40: 205-213.

Arkar H, Eker D (1996) Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: verilen neden tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7: 191-197.

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

Brändli H (1999) The image of mental illness in Switzerland. *The Images Of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Guimon J, Fischer W, Sartorius N (ed.), Basel, Karger, 1999, s. 29-37.

Byrene P (1997) Psychiatric stigma: Past, passing and to come. *J Royal Soc Med*, 90: 618-621.

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

Eker D (1989) Attitudes toward mental illness: recognition, desired social distance, expected burden and negative influence on mental health among Turkish men. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 24: 146-150.

Eker D, Arkar H (1997): Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: bir gözden geçirme. Farklılıkla yaşamak. Karancı N. (ed), Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s. 67-85.

Eskin M (1989) Rural populations' opinion about the causes of mental illness, modern psychiatric help sources and traditional healers in Turkey. *Int J Soc Psychiatry*, 35: 324-328.

Flaskerud JH, Kviz F (1983) Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources. *Hosp Community Psychiatry*, 34: 229-233.

Halpert HP (1965) Survey of public opinions and attitudes about mental illness. *Public Health Report*, 80: 589-597.

Hillert A, Sandmann J, Ehming SC ve ark. (1999) The general public's cognitive and emotional perception of mental illness: an alternative to attitude-research. *The images of madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Guimon J, Fischer W, Sartorius N (ed.), Basel, Karger, 1999, s. 56-71.

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

Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA ve ark. (1997b) Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 32: 143-148.

Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA ve ark. (1997c) "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *M J A*, 166: 182-186.

Karancı AN, Kökdemir D (1995) Akıl hastası: tanımlaması, yarattığı rahatsızlık ve davranışları ile başa çıkma. *Kriz Dergisi*, 3: 237-240.

Özbek A (1970) Akıl hastasına karşı toplum. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 7: 73-76.

Rabkin JG (1972) Opinions about mental illness: a review of the literature. *Psychol Bull*, 77: 153-171.

Rahav M, Struening EL, Andrews H (1984) Opinions on mental illness in Israel. *Soc Sci Med*, 19: 1151-1158.

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

Social DW, Holtgraves T (1992) Attitudes toward the mentally ill: the effects of label and beliefs. *T Social Quart*, 33: 435-445.

Trute B, Tefft B, Segall A (1989) Social rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 24: 69-76.

Üçok A (1999) Şizofreni: damga ve mitler. *Psikiyatri Dünyası*, 3: 67-71.