

Ailenin ve Toplumun Akıl Hastalıkları ile İlgili Tutumları

Doç.Dr.Doğan EKER*

ÖZET

Bu makalede, toplum içinde hizmet (community-based mental health çare) anlayışı çerçevesinde aile ve toplumun akıl hastalığı ile ilgili tutumlarının önemi üzerinde durulmuştur. Kişiyi "akıl hastası" etiketini ilk koyanın yakın çevre ve kişinin kendisi olduğu görüşüne yer verilmiş ve hangi tip davranış örüntülerinin toplumda daha çok akıl hastalığı etiketi aldığı, tedaviye karar verme ve toplumun hastayı kabulü ile ilgili araştırmalar gözden geçirilmiştir. Toplumun genelde olumsuz olan tutumlarının değiştirilmesi konusu işlenmiş, bulguların tutarsız olduğu ve bir sonuca varmak için erken olduğu ifade edilmiştir. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumların değiştirilmesi konusunda daha çok araştırma gerektiği sonucuna varılmıştır.

SUMMARY

Attitudes toward mental illness.

In this article the importance of the attitudes of the community toward mental illness for community-based mental health care is discussed. The viewpoint that the label of mental illness is first applied by significant others or the person himself is pointed out and the studies on perception of mental illness in various behavioral patterns, preferred treatment modalities, and acceptance of the mental illness are reviewed. The generally negative attitudes of the public and the attempts to modify them are examined and it is indicated that it is too early to reach a clear conclusion on attitude change due to inconsistent results. It is suggested that more research is needed on the subject of attitude change.

Giriş

Akıl hastalıklarının toplum içinde ilk olarak farkına varma ve akıl hastası olarak etiketleme, bu konuda çare aramak için karar aşaması, iyileştirme için hastane veya benzeri kurumlara baş vurma, tedavinin bir parçası olarak rol oynama, hasta kişinin hastaneye yatmadan evde kalması ve ayakta takip edilmesi ve eğer yattıysa hastaneden eve dönüşünden sonra tekrar uyum sağlaması gibi durumlarda ailenin ve çevrenin önemli etkileri olabilmektedir.

Ailenin ve çevrenin yukarıda sayılan etkileri veya rolleri toplum içinde hizmet yaklaşımı (community-based mental health care; community care) çerçevesinde oldukça ilgi görmektedir. Kısaca, bu yaklaşım büyük ve merkezi olan hastanelerin ilgili birimleri veya hastaneler yerine ulaşılması daha kolay olan ve toplum içinde hizmet veren daha küçük birimleri içeren bir yaklaşımdır. En önemli hedeflerinden biri de tedavi etmekten ziyade akıl hastalıklarını önleyici bir rol üstlenmektedir.

Yazarın toplum içinde hizmet yaklaşımı ve ailenin rolü konulan arasında vurgulamak istediği nokta kendi araştırma alanı olan ve literatürde üzerinde çok çalışılmış olan ailenin ve toplumun akıl hastalıkları ile ilgili tutumlarıdır. Ailenin ve toplumun tutumları akıl hastalıklarının tanınmasında, tedavisinde ve tedavi sonrasında rol oynayan faktörler arasında kabul edilmektedir. Ayrıca, özellikle toplum içinde hizmet yaklaşımı çerçevesinde bu tutumlar önem kazanmaktadır. Hastanede yatmak yerine evde kalmak ve varsa işine devam etmek ailenin ve yakın çevrenin kişiyi kabulüne bağlı olacaktır.

Etiketleme

Akıl hastalığı ile ilgili tutumların önemine, ailenin ve yakın çevrenin kişiyi akıl hastası olarak tanımlamadaki rollerinden bahsederek girebiliriz. Bhugra (1989) ve Mechanic (1967) genel olarak akıl hastalığı tanısının hastaneye başvurmadan önce ve konuda uzman olmayan kişilerce (aile, arkadaşlar, iş yerindekiler, v.b.) konduğunu ileri sürmektedirler. Diğer bazı durumlarda ise kişinin kendisi de bu tanımlamayı yapmaktadır. Yani ilk önce problemi tanıyan veya problem olarak tanımlayan kişinin kendisi ve/veya çevresi olmaktadır, Bu basamaktan sonra

ise, eğer karar verilmişse, kişi konunun uzmanına götürülmektedir.

Toplumun ve çeşitli kesimlerinin bazı davranış örüntülerini nasıl tanımladıkları konusunda çok sayıda araştırma yapılmıştır. Genelde toplum paranoid şizofreni tipinde bir tabloyu diğerlerine (depresif ve kaygı durumları, kişilik bozukluğu, v.s.) oranla daha çok akıl hastası olarak tanımlamaktadır. Erinhosho ve Ayonrinde'nin (1978) karşılaştırdığı kültürlerde (Kuzey Amerika, Japonya, Yeni Zellanda, Avustralya, Nijerya), Parra ve Yin-Cheong So (1983) tarafından Meksika kökenli Amerikalılar arasında yapılan çalışmada, Malla ve Shaw (1987) tarafından Kanada'da yapılan çalışmada ve nihayet bu makalenin yazarının Türkiye'de üniversite öğrencileri (Eker, 1989) hemşireler (Eker ve Arkar, baskıda), ve hasta yakınları arasında (Arkar ve Eker, 1991) yaptığı çalışmalarda yukarıdaki genel sonucu destekleyen bulgular elde edilmiştir. Rabkin'e (1972) göre garip ve rahatsız edici davranışlar, içe kapanma, çevreden kopma ve depresif davranışlar gibi davranışlardan daha az toplum tarafından kabul görmektedir. Yukarıdaki araştırma bulgularını bu açıdan yorumlamak mümkün görülmektedir. Hastalık belirtilerinin toplum tarafından görülebilirliği (visibility) önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır (Mechanic, 1967).

Bu arada farklı kültürler arasında tanımlama açısından farklılıklar da olabilmektedir. Mesela, Nijerya'da yapılan bir çalışmada (Erinhosho ve Ayonrinde, 1978) kullanılan o zamanki adları ile basit tip şizofreni ile nevroitik vaka hikayeleri birbirlerinden farklı derecelerde akıl hastası olarak algılanırlarken Türkiye'de (Eker, 1989) bu iki tablo birbirleriyle aynı derecede akıl hastası olarak algılanmışlardır.

Tedaviye Karar Verme

Aile ve/veya kişinin kendisi tarafından hasta olarak tanımlama yapıldıktan sonra hastane veya başka çarelere başvurmada özellikle eğitim olanakları daha az olan az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ilk anda durumun pek beklendiği gibi olmadığı ve modern yöntemlerin tercih edilmediği düşünülebilir. Araştırmalar bunun her zaman böyle olmadığı yönünde sonuçlar vermiştir. Çeşitli servislerde ça-

lısan Türk hemşireler arasında yapılan bir çalışmada (Eker ve Arkar, baskıda) hastalığın nedeni olarak psikolojik nedenler ve psikoterapi organik nedenler ve ilaç tedavisinden daha çok tercih edilmiştir. Benzeri bir şekilde Eskin (1989) tarafından güneybatı bölgemizde bir köyde yapılan çalışmada köylüler en fazla "psikolojik" nedenleri göstermişlerdir, ikinci sırada "sosyal", üçüncü sırada da "tıbbi" nedenleri göstermişlerdir. Aynı örnekte ilginç bir şekilde psikiyatrist en faydalı, akıl hastanesi ikinci derecede faydalı ve geleneksel tedavi (hoca) ise en az faydalı yaklaşımlar olarak değerlendirilmiştir. Sözü edilen araştırmacı köy örneğinin görüşlerinin modern psikiyatri ile uyum içinde olduğu sonucuna varmıştır. Ilechukwu (1988) tedavi yöntemleri konusunu incelememekle beraber akıl hastalığı nedenleri konusunda Afrika'da benzeri sonuçlar elde etmiştir. Bir eğitim hastanesinde ayakta takip edilen psikiyatri hastaları arasında mistik ve benzeri nedenler de gösterilmekle beraber beklenenin aksine en fazla "psikososyal" ve "tıbbi" nedenler gösterilmiştir. Sözü geçen araştırmacı, modern yaklaşımların hastaların çoğunluğunun ulaşması mümkün olduğu durumlarda ve geleneksel çarelerden daha başarılı oldukları takdirde çoğunluk tarafından kullanılacaklarını tahmin etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından gelişmekte olan bazı ülkelerde yapılan birseri çalışmada (Harding, Busnello ve ark., 1983) toplum içinde ve mahalli hizmet anlayışı benimsenmiş ve eskiye oranla daha yüksek oranda akıl hastalığının farkına varma ve daha fazla modern sağlık hizmetlerini tercih etme yönünde bulgular elde edilmiştir. Tabii ki yukarıda özetlenen çalışmalar belirli merkezlerde yapıldıklarından sonuçlar bütün topluma genellenemeyebilir. Bununla beraber hizmetin olmasının ve tanıtılmasının kullanıma yol açacağı düşünülebilir. Çeşitli eğitim çalışmalarının akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar üzerindeki etkileri konusu bu makalede daha sonra işlenecektir.

Toplumun Akıl Hastalarını Kabulü

Bu noktada toplum içinde hizmet anlayışı üzerinde biraz daha durulacak ve toplumun hastayı kendi içine kabulü üzerine yapılan çalışmalar gözden geçirilecektir.

Makalenin başında kısaca toplum içinde hizmet yaklaşımının mahalli ve küçük birimler şeklinde hizmet vermeyi ve ideal olarak da önleyici çalışmaları amaç edindiği belirtilmişti. Iscoe ve Harris (1984) "arenanın" mahalli seviyedeki gruplar, kurumlar ve organizasyonlar olduğunu ve amacın özellikle imkanları kısıtlı ve başkalarına bağımlı olan kişilere problemlerle başa çıkabilmelerinde yardımcı olmak ve hayat şartlarının iyileştirilmesi veya iyi hayat şartlarının devamının sağlanması olduğunu belirtmektedirler.

Sözü edilen yaklaşımla ilgili çalışmalar ilk anda düşünüldüğü kadar kolay olmayabilir. Mesela, Heller (1990) literatür taramasında mahalli grupların daha ziyade büyük çoğunluğu etkileyen ve sık görülen problemleri çözmek için biraraya geldiklerini, fakat beklenmeyen, sık olmayan veya çok az insanı etkileyen olaylarda ise başa çıkmanın zor olduğunu ve etkili desteğin daha az olduğunu belirtmektedir. Heller, okul ve iş yerlerinde de ancak alışlagelmiş tarzların yarattığı kısıtlamalar çerçevesinde program çalışmaları yapılabildiğine dair görüşlere ve bulgulara yer vermektedir. Hatta, Gralnick (1985) hastane sistemini yeniden canlandırmak için iyi nedenler olduğunu ve toplum içinde hizmet yaklaşımının amacına ulaşamadığını ileri sürmüştür. Gralnick'e göre Amerika'da toplum içinde iyileştirme çabaları akıl hastalığında bir azalmaya götürmemiştir. Hapishanelerde, yetersiz şartlardaki otel odalarında, huzur evlerinde ve benzer yerlerde artan sayılarda akıl hastalarının bulunduğunu ve evsizlerin en az %25'inin akıl hastalarından oluştuğunu ileri sürmüştür. Yazar, akıl hastalarının toplum içine bırakılmalarının aileler üzerinde büyük baskı yarattığını ve bazı ciddi vakaların hastanede bile başa çıkılması zor vakalar olduklarını işaret etmektedir. Bu da ailenin diğer fertlerinde çeşitli rahatsızlıklar ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu görüşe karşılık Okin (1985) eğer hastaların çoğunluğu toplum içinde yaşayacaksa onların toplum içinde uyum sağlamak için gereken becerileri öğrenecekleri en iyi yer gene toplumdur demektedir. Hastane ancak başa çıkılması güç olan hastalar için gerekli olacaktır.

Bu tartışmada kilit rolü herhalde toplumun ve özellikle ailenin akıl hastasını ne derece kabul edece-

ği ve içine alacağı gerçeği oynayacaktır. İşte bu noktada toplumun akıl hastaları ile ilgili tutumları oldukça önem kazanmaktadır.

Toplumun akıl hastalarını ne dereceye kadar kabul veya reddettikleri konusunda oldukça çok araştırma yapılmıştır. Bu çalışmaların genelde sonuçları halkın akıl hastalarına olumsuz baktıkları ve reddettikleri yönündedir (Greenley, 1984, Nieradzic ve Cochrane, 1985; Rabkin, 1972; Trute ve ark., 1989). Toplumun tutumları derken yalnızca aile ve yakın çevre değil, Bhugra'nın (1989) belirttiği gibi, ekonomik kaynakların ve personelin temin edilmesinde söz sahibi olan kişilerin tutumları da önem kazanmaktadır. Ayrıca toplumun ilgili konularda eğitilmesinde kilit rol oynayan uzmanların (psikiyatrist, psikolog, hemşire, vb.) tutumları da önemli rol oynayabilir. Çeşitli eğitim çalışmaları, yayınlar, aileler ve hastalarla ilişkiler ve bürokratlarla ilişkiler yoluyla akıl hastaları ile ilgili tutumların başkalarına aktırılması mümkün olabilir.

Toplum içinde farklı kesimlerin farklı özelliklere sahip hastalara karşı tutumlarında farklılıklar görülmektedir. Rabkin (1981), daha yaşlı, eğitimi daha düşük ve ekonomik bakımdan daha alt gelir seviyesindekilerin daha az tolerans gösterdiklerine işaret etmektedir. Hasta özelliklerinden ise görülebilir şekilde rahatsızlığı olan, önceden tahmini güç davranışlarda bulunan, erkek olan, bir azınlık grubuna dahil bulunan, ilişkileri kopuk ve bir eyalet hastanesinde organik tedavi gören kişiler en fazla negatif tutumlara neden olmaktadır.

Akıl hastalıkları ile ilgilenen sağlık personelinin tutumları da incelenmiştir. Genelde mesleki eğitimi daha yüksek olanlarda düşük olanlara oranla daha olumlu olarak nitelendirilebilecek tutumlar görülmektedir (Rabkin, 1972). Uçman (1983) Türkiye'de buna paralel sonuçlar elde etmiştir. Bununla beraber, Rabkin (1972) meslek gruplarının bazı demografik özellikler açısından farklılıklar gösterdiklerine ve bu özelliklerin önemli ölçüde tutumları ve meslek seçimini belirleyeceğine dikkati çekmiştir. Literatürde, sağlık hizmeti verenlerin hangi tipde hasta veya davranışlara daha az tolerans gösterdiği yönünde araştırmalar da bulunmaktadır. Mesela, tıp öğrencile-

ri arasında yapılan bir çalışmada (Elizur ve ark., 1986) hastanın davranışlarının şiddetinin ve saldırganlığının artması hastaya karşı daha az yakınlıkla ilişkili bulunmuştur. Mirabi ve arkadaşları (1985) ise çeşitli meslek gruplarından olan ve akıl hastalarına hizmet veren elemanların çoğunluğunun kronik akıl hastalarını tedavi için tercih etmediklerini göstermişlerdir.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yetişmiş elemanın az bulunması ve merkezi yerleşim birimlerinde toplanmış olması gibi problemlerden dolayı toplum içinde hizmet anlayışında uzmanların dışında uygun elemanların da gerekli noktalarda kullanımı gündeme gelmektedir. **Ruh Sağlığı Bülteni'nin** önsözünde (Ruh Sağlığı Bülteni, 1988) ruh sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri ile bütünleştirilmesinden ve en uç birimler olan sağlık ocakları, sağlık evleri ayrıca acil servis, dispanser ve poliklinik gibi bilimlerde çalışan pratisyen hekimlerin ön plana çıkmasından söz edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (Harding, Busnello ve ark., 1983; Harding, Climent ve ark., 1983; Murthy ve Wig, 1983; Sartorius ve Harding, 1983) geliştirmekte olan bazı ülkelere yaptığı bir dizi çalışmada daha ucuza malolan ve halk tarafından ulaşılması daha kolay olan bir yöntem olarak temel sağlık hizmetleri çerçevesinde hizmet veren personeli kısa bir eğitimden geçirerek kullanma yoluna gitmiştir. Bu tip personelin akıl hastaları ile ilgilenmeye karşı olan direncine dikkati çeken araştırmacılar verilen kısa eğitim sonucu beklenen yönde olumlu değişiklikler olduğunu belirtmişlerdir.

Akıl Hastalıkları ile İlgili Tutumların Değişmesi

Toplum içinde hizmet anlayışı çerçevesinde akıl sağlığı korunacaksa yukarıda belirtildiği gibi toplumun, halk olsun bazı seviyelerdeki sağlık elemanları olsun, tutumlarında değişiklikler gerekebilecektir. Yardıma ihtiyacı olan kişinin ailenin ve yakın çevrenin desteği ile ve varsa işinden kopmadan takip edilerek uyum sağlaması toplum içinde ve özellikle ailesi tarafından kabul edilmesine bağlıdır. Sosyal desteğin sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğu yönünde bulgular bulunmaktadır (Heller, 1990; Kess-

ler ve ark., 1985). Ailenin Ve çevrenin desteğinden söz ederken gerçekçi olmayan ve sahte bir yakınlık beklentisinden söz edilmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülen ve daha önce sözü edilen çalışma çerçevesinde Wig ve arkadaşları (1980) akıl hastalarının nasıl algılanması ve onlara nasıl reaksiyon gösterilmesi konularında standart bir yaklaşım empoze edilmesine karşıdırlar. Yetersiz bilginin ve yanlış etiketlenmenin olduğu durumlarda tutumların değiştirilmesi gerektiğine işaret etmektedirler. Araştırmacılar mümkün olan en iyimser ve olumlu tutumları geliştirmekten söz etmediklerini belirterek bazı durumlarda gerçekçi olmayan seviyede iyimser tutumlar olduğuna da dikkati çekmektedirler. Akıl hastalarının tabii ki bazı yetersizlikleri olduğu ve toplumun problemin farkında olarak gerçekçi ve insancıl bir yaklaşım sergilemesi gerektiği yönünde görüşler belirtmişlerdir. Daha önce Gralnick'in (1985) akıl hastalarının aileleri üzerinde baskı yarattığı konusundaki görüşü ifade edilmiştir. Kessler ve arkadaşları (1985) sosyal destek vermenin verene olan etkisine araştırmalarda pek ilgi gösterilmediğine dikkat çekerek uzun süre destek vermenin duygusal açıdan tükenebileceğini! belirtmişlerdir. Ayrıca, ailenin işbirliğini isteyen programların yaygınlaştırılmalarından önce risklerin değerlendirilmesini ve mümkün olduğu kadar azaltılmalarını tavsiye etmektedirler. Hatta, Rabkin (1981) akıl hastalarına karşı tutumların her zaman ilgisizlikten kaynaklanmadığını ve hangi şartlarda ve ne karşılığında hasta yakınlarının onları evde kabul edecekleri veya ilişkilerini devam ettirecekleri konularında çalışmalar yapılması gerektiğini ifade etmektedir. Toplumdan olumlu reaksiyon alma konusunda ilginç bir yaklaşımı Peterson (1986) sergilemiştir. Halka eğitim vermek yerine hastalara dışarıda uyum sağlamalarına yardımcı becerileri (telefon kullanmak, genel görünüşüne dikkat etmek, bütçe yapmak, v.s.) öğretmek onların toplumdan olumlu reaksiyon almaları sağlamıştır.

Bhugra (1989) literatür taramasında eğitimin akıl hastalıkları ile ilgili tutumlara etkisi konusunda araştırma sonuçlarını tutarlı görmemektedir. Rabkin (1972) ise bazı mesleki gruplarda tutumlarda beklenen yönde değişimler olduğunu ve kritik faktörün

doğrudan akıl hastanesi ve akıl hastası ile etkileşim ile birlikte ilave eğitim verilmesi olduğunu belirtmiştir. Bu yönde bir kombinasyonu kullanan Dünya Sağlık Örgütü (Harding, Busnello ve ark., 1983; Murthy ve Wig, 1983) sağlık elemanlarında beklenen yönde tutum değişimleri olduğunu belirtmiştir. Roman ve Floyd (1981) akıl hastaları ile daha fazla doğrudan pratik deneyimi olanlarda daha az deneyimi olanlara oranla daha fazla hastayı kabul yönünde bulgular elde etmişlerdir. Jaffe ve arkadaşları (1979) hemşireler arasında yaptıkları çalışmada yalnızca sınıfta eğitimin etkisi olmadığını, akıl hastaları ile doğrudan etkileşimin olduğu pratik deneyimin tutumları etkilediğini bulmuşlardır. Ayrıca pratik deneyimin olduğu hastane ortamının önemli olduğunu ve olumlu tutumların hakim olduğu bir hastanede deneyimin olumlu tutum gelişmesine götürdüğünü bulmuşlardır.

Yukarıdaki olumlu bulgulara karşılık değişme bulmayan araştırmalarda vardır. Türkiye'de hasta yakınları arasında yapılan bir çalışmada (Arkar ve Eker, 1991) psikiyatri bölümünde hastası olanlarla başka bölümlerde hastası olanlar arasında tutum farklılıkları bulunmamıştır. Türk üniversite öğrencileri ile çoğunluğunu psikiyatristlerin oluşturduğu uzmanlar arasında yapılan karşılaştırmalarda da bazı istisnalar dışında benzer tutumlar görülmüştür. Farklı bölümlerden olan öğrenciler bazı farklılıklar olmakla beraber genelde benzer tutumlar göstermişlerdir (Eker, 1988) ve ayrıca birinci ve dördüncü sınıf psikoloji öğrencileri ile çoğunluğunu psikiyatristlerin oluşturduğu deneyimli meslek gurubu arasında gene bazı farklılıklar olmakla birlikte temelde benzer tutumlar görülmüştür (Eker, 1985). Üniversiteye yeni girenler ile dört sene psikoloji okuyanlar ve pratik/akademik bakımdan deneyimli olanlar arasında temelde benzeyen tutumlar olması ilginç görülmektedir. Rabkin'de (1979) benzeri bir şekilde değişik bölümlerden olan üniversite öğrencilerinin çoğunluğu teşkil ettiği bir "genel halk" gurubu ile çoğunluğunu psikologların oluşturduğu uzmanlar grubu arasında farklılıklardan çok benzerlikler oduğuna işaret etmiştir. Gene Türkiye'de yapılan bir çalışmada (Eker ve Arkar, baskıda) hemşirelerde meslekte geçen seneler ile deneyim sahibi olunan farklı servis

sayısı akıl hastalıkları ile ilgili tutumlarla ilişkili bulunmamıştır. Malla ve Shaw (1987) akademik/pratik psikiyatri eğitimi alan ve almayan hemşireler arasındaki karşılaştırmalarında tutumların çoğunda farklılıklar olmadığını görmüşlerdir. Malla ve Shaw sağlıkla ilgili meslekleri seçenlerin zaten olabilecek en olumlu seviyede tutumlara sahip olduklarını ve istisnalar dışında daha fazla değişmeye imkan bulunmadığını ifade etmişlerdir. Aynı şekilde, benzer özelliklere sahip kişilerin benzer meslekleri seçmeleri veya belirli bir seviyede genel eğitimin temelinde benzer tutumlar geliştirebileceği yönünde görüşler bu makalenin yazarı (Eker, 1985) tarafından da ifade edilmişti. Bu yazarın görüşüne göre ölçülen tutumlara ve değerlere bağlı olarak farklı eğitim/deneyim seviyelerinde tutumların gelişmesi ve yerleşmesi mümkün görülmektedir.

Bu makalede toplum içinde hizmet anlayışı çerçevesinde toplumun ve özellikle ailenin akıl hastalarını kabulü konusu vurgulanmış ve gerektiği takdirde hastanın gerçekçi bir seviyede kabulü için bazı tutumlarda değişiklik yapılması gerektiğine işaret edilmişti. Yukarıda örnekleri verilen literatür çok tutarlı sonuçlar vermemektedir. Bu durumda akıl hastalıkları ile ilgili tutumların değiştirilmesi konusunda bir sonuca varmak için erken olduğu görüşü ön plana çıkmaktadır. Akıl hastalıkları ile ilgili değer yargılarının ve tutumların çok erken yaşlarda başlayarak yerleşmesi ve katılaşması mümkündür. Daha yüzeysel olan bazı bilgileri belki değiştirmek mümkün olabilir. Mesela, akıl hastalıklarının nedenleri ve te-

davisi konularında bilgiler vererek gerçekçi beklentiler geliştirmek mümkün olabilir. Eker ve Arkar'ın (baskıda) hemşireler üzerinde yaptıkları araştırmada diğer tutumlar arasında yalnızca psikoterapi ve prognoz ile ilgili olanlardaki değişimler üniversite eğitimi ile ilişkili bulunmuştur. Bu açıdan baktığımızda daha işin başlarında olduğumuz ve bu konuda daha çok araştırma yapmamız gerektiği ortaya çıkmaktadır. Mesela, akıl hastalıkları ile ilgili hangi tutumlar ne kadar erken yaşlarda gelişmeye ve yerleşmeye başlamaktadır? Hangi tutumlar ileri yaşlarda meslek eğitiminde ve meslek hayatında gerçekçi bir yönde değişmeye açıktır?

Bu araştırmacının üniversite öğrencileri ve uzmanlar üzerinde yaptığı ve yukarıda sözü edilen çalışmalarda (Eker, 1985, 1988) ölçülen tutumların önemli bir kısmının yüksek öğrenime gelinceye kadar oldukça yerleştikleri ve fazla değişmeye açık olmadıkları izlenimi uyanmıştır. Fakat daha öncede belirtildiği gibi tutumlarda değişimler elde eden araştırmaların da olduğu bir gerçektir. Bhugra (1989) tutumlardaki değişimlerin yayılması için birden fazla neslin geçmesi gerektiğine ve bilgiyi bir defa verip unutmak yerine devamlı ve ısrarlı verilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu arada tıp öğrencilerinin ve pratisyen hekimlerin tutumları ile ilgili olarak meslekte erkenden "yakalanmalarının" akıl hastasını kabule ve erken tedaviye katkıda bulunacağını ifade etmiştir.

Bu makalenin yazarı, yukarıdaki tartışmalar çerçevesinde akıl hastalıkları ile ilgili tutumların er-

KAYNAKLAR

1) Arkar, H., ve Eker, D. (1991). *influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey*. Yayınlanmamış araştırma raporu.

2) Bhugra, D. (1989). *Attitudes towards mental illness: A review of the literature*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 1-12.

3) Eker, D. (1985). *Attitudes of Turkish and American clinicians and Turkish psychology students toward mental patients*.

4) *International Journal of Social Psychiatry*, 31, 223-229.

5) Eker, D. (1988). *University students' attitudes toward mental patients in a developing country*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 264-266.

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

- 7) **Eker, D., and Arkar. 11.** (Baskıda). Experienced Turkish nurses' attitudes toward mental illness and the predictor variables of their attitudes. *International Journal of Social Psychiatry*.
- 8) **Elizur, A., Neumann, M., and Bawer, A.** (1986). Interdependency of attitudes, diagnostic assessment and therapeutic recommendations of medical students towards mental patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 32, 31-40.
- 9) **Erinhosho, O.A., and Ayonrinde, A.** (1978). A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies. *Psychiatry*, 41,403-410.
- 10) **Eskin, M.** (1989). Rural population's opinion about the causes of mental illness, modern psychiatric help-sources and traditional healers in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 35,324-328.
- 11) **Gralnick, A.** (1985). Biti id a better state hospital: deinstitutionalization has failed. *Hospital and Community Psychiatry*, 41,403-410
- 12) **Grenley, J.R.** (1984). Social factors, mental illness, and psychiatric care: recent advances from a sociological perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 813-820.
- 13) **Harding, T.W., Busnello, E. d'Arrigo, Climent, C.E., Diop, Mb., El-Hakim, A., Giel, R., Ibrahim, H.H.A., Ladrido-Ignacio, L., and Wig. N.N.** (1983). The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, III: evaluative design and illustrative results. *American Journal of Psychiatry*, 140,1481-1485.
- 14) **Harding, T.W., Climent, C.E., Diop, Mb., Giel, R., Ibrahim, H.H.A., Murthy, R.S., Suleiman, M.A., and Wig, N.N.** (1983). The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: the development of new research methods. *American Journal of Psychiatry*, 140,1474-1480.
- 15) **Heller, K.** (1990). Social and community intervention. *Annual Review of Psychology*, 41, 141-168.
- 16) **Hechukwu, S.T.C.** (1988). Inter-relationships of beliefs about mental illness, psychiatric diagnoses and mental health care delivery among Africans. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 200-206.
- 17) **Iscoe, J., and Harrell, L.C.** (1984). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology*, 35,333-360.
- 18) **Jaffe, Y., Maoz, B., and Avratti, L.** (1979). Mental hospital experience, classroom instruction and change in conceptions and attitudes towards mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 253-258.
- 19) **Kessler R.C., Price, R.H., and Wortman, C.B.** (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36,531-572.
- 20) **Malla, A., and Shaw, T.** (1987). Attitudes towards mental illness: the influence of education and experience. *International Journal of Social Psychiatry*, 33,33 -41.
- 21) **Mechanic, D.** (1967). Some factors in identifying and defining mental illness. In T.J. Scheff (Ed.), *Mental illness and social processes*. New York: Harper and Row.
- 22) **Mirabi, M., Weinman, M.L., Magnetti, S.M., and Keppler, K.N.** (1985). Professional attitudes toward the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 36,404-405.
- 23) **Murthy, R.S., and Wig N.N.** (1983). The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care IV: a training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country. *American Journal of Psychiatry*, 140,1486-1490.
- 24) **Nieradzik, K., and Cochrane, R.** (1985). Public attitudes towards mental illness-the effects of behavior, roles and psychiatric labels. *International Journal of Social Psychiatry*, 31, 23-33
- 25) **Okin, R.L.** (1985). Expand the community care system: deinstitutionalization can work. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 742-745.
- 26) **Parra, E., and Yin-Cheong So., A.** (1983). The changing perceptions of mental illness in a Mexican-American community. *International Journal of Social Psychiatry*, 29, 95-100.
- 27) **Peterson, CL.** (1986). Changing community attitudes toward the chronic mentally ill through a psychosocial program. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 180-182.
- 28) **Rabkin, J.G.** (1972). Opinions about mental illness: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 77,153-171.
- 29) **Rabkin, J.G.** (1979). Who is called mentally ill: public and professional views. *Journal of Community Psychology*, 7, 253-258.
- 30) **Rabkin, J.G.** (1981). Public attitudes: new research directions. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 157.
- 31) **Roman, P.M., and Elnoyd, II.II. Jr.** (1981). Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. *Social Psychiatry*, 16,21-29.
- 32) **Ruh Sağlığı Bülteni.** (1988). Önsöz. *Ruh Sağlığı Bülteni*, 1,1.
- 33) **Sartorius, N., and Harding T.W.** (1983). The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care. I: the genesis of the study. *American Journal of Psychiatry*, 140,1470-1473.
- 34) **Trute, B., Tefft, B., and Segall, A.** (1989). Social

rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 24, 69-76.

33) **Uçman, P.** (1983). Attitudes of psychiatric personnel and the therapeutic milieu. *Hacettepe Medical Journal, 16, 191-197.*

36) **Wig, N.N., Suleiman, MA., Routledge, R., Murthy, R.S., Ladrado-Ignacio, L., Ibrahim H.H.A., and Harding, T.W.** (1980). Community reactions to mental disorders: a key informant study in three developing countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 61, 111-126.*