

Muhtarlara Verilen Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama İle Mücadele Eğitiminin Etkililiğinin Araştırılması

Investigating the Effectiveness of Education of the Fight Against Stigma on Mental Illness to Headmen

Mahire Olcay ÇAM,¹ Ayşegül BİLGE,¹ Esra ENGİN,¹ Zehra BAYKAL AKMEŞE,²
Emel ÖZTÜRK TURGUT,¹ Nurcan ÇAKIR³

ÖZET

Amaç: Toplum liderleri olarak muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, öntest-sontest kontrol grupsuz bir araştırmadır. Veri toplama aracı olarak, Birey Tanıtım Formu, Bilge ve Çam (2008) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Bağ ve Ekinci (2005) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği kullanılmıştır. Etik kurul, araştırma yeri ve araştırmaya katılmayı kabul eden muhtarlardan izinler alındıktan sonra, eğitim öncesi veri toplama araçları uygulanmıştır. Damgalama ile mücadele eğitimi sonrası ölçekler yeniden uygulanmıştır.

Bulgular: Muhtarların %72.2'sinin hizmet verdikleri bölgede ruhsal-psikolojik sorunu olan bireylerle nadiren karşılaştığı, %66.7'sinin ise ruhsal problemi olan kişilere girişimde bulunmadığı belirlenmiştir. Muhtarların %33.3'ünün akıl hastalığı denince akıllarına ilk gelen hastalık olarak 'Akli dengesini yitirmiş, dengesizlik, delilik' yanıtı verdiği belirlenmiştir. İyi Niyet Alt Ölçeği eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2.350$, $p=0.019$). Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi Alt Ölçeği puan ortalamasının eğitim sonrası yükseldiği ve Utanma Alt Ölçeği puan ortalamasının eğitim sonrası düştüğü saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak muhtarlara uygulanan ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin, muhtarların bu hastalıklara yönelik utanma duygusu ve tutumlarında olumlu değişiklikler yapmasından dolayı etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Damgalama ile mücadele; eğitim; muhtar; ruhsal hastalık.

SUMMARY

Objectives: The aim of this study was to investigate the effectiveness of education of the fight against stigma on mental illness to headmen as leaders of public.

Methods: This study was a pretest-posttest study without a control group. Individual Identification Form and Beliefs Toward Mental Illness Scale which was validated by Bilge and Çam (2008), and Scale of The Community Attitudes Towards The Mentally Illness which was validated in the study by Bağ and Ekinci (2005) were used as data collection tools. After ethics committee approval was obtained and the necessary permissions were taken from the institution the study was performed. The scales were administered before education and again after education of the fight against stigma.

Results: It was found that 72.2% of headmen rarely met individuals with mental and psychological problems and 66.7% of them didn't take action to individuals with mental problems. 33.3% of headmen expressed the first mental illness had come back to their mind as 'insane, mental alienation, lunacy'. Statistical significant differences were found on the Goodwill Subscale between average points before and after education ($Z=-2.350$, $p=0.019$). The Community Mental Health Ideology Subscale had higher average points, and Shame Subscale had lower average points after education.

Conclusion: As a conclusion, the education against the stigma of mental illness in headmen was found to be effective because of positive changes in headmen's sense of shame and attitudes towards the mentally ill.

Key words: The fight against stigma, education; headmen; mental illness.

Giriş

Damga (Stigma), Türk Dil Kurumu'nda, pek çok tanımı olmakla birlikte, işaret ve bir kimsenin adını kötüye çıkartan, yüz kızartıcı durum olarak tanımlanmaktadır.^[1] Damgalama (stigmatization) ise, kişinin içinde yaşadığı toplumun 'normal' saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, kişiye saygınlığını azaltıcı bir atıfta bulunulmasıdır. Damgalanan kişiye damgalanma nedeniyle, gerçeğe dayanmaksızın, adını kötüye çıkaran utanç verici bir özellik yüklenmektedir.^[2]

Ruhsal hastalığı olan kişiler, toplum tarafından; tehlikeli,

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir;

²Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, İzmir;

³Bornova Belediyesi Sağlık İşleri, İzmir.

İletişim (Correspondence): Ar. Gör. Emel ÖZTÜRK TURGUT.
e-posta (e-mail): emel.ozturk_1987@hotmail.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2014;5(3):129-136
Journal of Psychiatric Nursing 2014;5(3):129-136

Doi: 10.5505/phd.2014.22931

Geliş tarihi (Submitted): 08.09.2014 **Kabul tarihi (Accepted):** 08.12.2014

dengelerinin tamamen bozuk, ne zaman ne yapacakları belli olmayan, çevresindekilere zarar veren ve iletişim sorunu olan kişiler olarak düşünülmektedir. Bu durum onların damgalanmasına neden olmaktadır. Özellikle ruhsal sorunlu bireye karşı hissedilen korkunun damgalamaya neden olan en büyük faktör olduğu belirtilmektedir. Hatta ruhsal hastalıkların kendinde olmasından korkan bireyler daha fazla damgalanmaktadır.^[3,4]

Ruhsal hastalığa yönelik damgalamanın nedenleri bireysel, toplumsal ve politik olabilmektedir.^[3,4] Yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, sosyal sınıf, kültür, dini inançlar, hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalıkla temas, ruhsal hastalık etiketi, psikopatoloji tipi, hastaların özellikleri, kitle iletişim araçları ruhsal hastalığa yönelik damgalamayı etkileyen etmenlerdendir.^[3]

Ruhsal hastalığı olan bireyler, damgalanma nedeniyle barınma ve iş sorunları ve sosyal izolasyon yaşamakta, kötü yaşam koşullarına mahkum edilmektedirler. İç kapanmakta, kendilerine güvenleri azalmakta, utanç duymakta ve aile içi ilişkileri bozulmaktadır. Tedaviye ulaşma ve tedaviyi sürdürme olanakları azalan hasta bireylerin işlevsellikleri de azalmakta ve toplumla uyumları bozulmaktadır. Bu nedenle hastalar çoğunlukla hastalıklarını saklama yoluna başvurmaktadır. Kendisinden farklı olanın toplum tarafından dışlanmasıyla hasta bireyler, maalesef suçlular için açık hedef haline gelmekte ve şiddet kurbanı olmaktadır. Ayrıca tıpkı toplum gibi sağlık çalışanları da damgalamakta, hatta hastalar da kendilerini benzer etiketlerle damgalanmaktadır ki buna içselleştirilmiş damgalama denilmektedir. Üstelik benzer sorunları hastaların aileleri de yaşamaktadır.^[5-15]

Oldukça ciddi bir durum olan damgalama ile mücadelede toplumun inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi, farkındalığın artırılması ve toplumun eğitimi önemli yer tutmaktadır. Özellikle topluma liderlik yapan öğretmen, muhtar, din adamları gibi meslek mensuplarının eğitimi önerilmektedir. Ülkemizde ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında yapılan derlemelerde ya da araştırmalarda, genellikle damgalamayla mücadelede toplum liderleriyle işbirliğinin önemi vurgulanmaktadır. Ancak, doğrudan toplum liderleriyle yapılan araştırmalar oldukça sınırlıdır. Bu konuda Eker, Öner ve Şahin'in (2010) din adamlarının bilgi ve tutumlarını inceledikleri araştırmanın bulguları oldukça çarpıcıdır. Din adamlarının büyük çoğunluğunun özel hayatlarında şizofreni hastalarından rahatsızlık duydukları ve önemli bir kısmının hastaları saldırgan olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Din adamlarının çoğunluğu hastaların tıbbi tedavi almaları gerektiğini belirtmiştir. Araştırmanın sonucunda özellikle kırsal kesimde, ruhsal hastalığı olan kişilerin uygun tedavi alabilmeleri için yönlendirme konusunda bilinçlendirilmelerinin önemi vurgulanmıştır.^[4,5,7,16,17] Psikiyatri hemşireleri ruhsal sorunlu bireylerle daha çok temas eden sağlık profesyonelleri

olmalarından dolayı, damgalama ile mücadelede etkin roller alırlar.^[7,18] Bu noktada, toplumla iç içe çalışmalarından dolayı toplum ruh sağlığı hemşirelerine de gereksinim vardır.

Özetle; bireyin cinsiyeti, toplumdaki konumu, becerileri ruhsal hastalığa ve hastaya yönelik inanç ve tutumlarını etkilemektedir. İnançlar olumsuz iken, tutumlar ile bu durum onarılmaya çalışılmaktadır. Sürecin daha sağlıklı işlemesi için inançların ve tutumların olumlu olması, bu konuda bireylerle eğitim müdahalesi yapılması gerekmektedir. Bu noktadan yola çıkarak, bu araştırmada muhtarlar verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Tipi ve Yöntemi

Araştırma öntest-sontest kontrol grupsuz bir araştırmadır. Araştırmada katılımcılara eğitim öncesi anket formları uygulanmış, eğitim müdahalesinde yedi oturumluk damgalama ile mücadele eğitimi verilmiş, eğitim sonrası 'Biz Siz Onlar' adlı belgesel izletilmiş ve son testte ölçekler tekrar uygulanmıştır.

Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır. Muhtarların tanıtıcı özellikleri ve araştırma kapsamında uygulanmış olan damgalanmayla mücadeleye dair eğitimini alma durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir Bornova bölgesinde topluma yönelik hizmetlerde liderlik yapan yerel yasal sorumluluk sahibi köy ve mahalle muhtarları (n=45) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, gönüllü katılım sağlayan muhtarlarla araştırma tamamlanmıştır (n=18). Araştırma için İzmir ili Bornova ilçesinin belirlenmesinin nedeni, İzmir ilinde ilk kurulan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin Bornova'da kurulmuş olması ve bu merkezin ilerleyen dönemlerde muhtarların halkı için destek alabileceği bir merkez olmasıdır.

Muhtarların yaş ortalaması 55.16±7.18 olarak saptanmıştır. Medeni durumları incelendiğinde %88.9'unun evli, %5.6'sının bekar, %5.6'sının ise boşanmış, ayrı yaşıyor, dul olduğu, gelir durumları incelendiğinde ise %55.6'sının gelirinin giderden az, %33.3'ünün gelirinin gidere denk, %11.1'inin ise gelirinin giderden fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Muhtarların hizmet verdikleri nüfus ise min=60 ile max=38 bin kişi arasındadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada, üç soru formu, eğitim kitapçığı, yedi otu-

Tablo 1. Muhtarların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=18)

Tanıtıcı özellikler	Sayı	Yüzde
Medeni durum		
Evli	16	88.9
Bekar	1	5.6
Ayrı yaşıyor, dul boşanmış	1	5.6
Gelir durumu		
Gelir=gider	6	33.3
Gelir<gider	10	55.6
Gelir>gider	2	11.1
Çalışırken sorun yaşama durumu		
Sorun yaşayan	16	88.9
Sorun yaşamayan	2	11.1
Hizmet verdiği bölgede fiziksel-psikolojik travma yaşama algısı		
Travma yaşayan	16	88.9
Travma yaşamayan	2	11.1
Hizmet verilen bölgede ruhsal-psikolojik sorunu olan bireylerle karşılaşma durumu		
Çok sık karşılaşma	2	11.1
Nadiren karşılaşma	13	72.2
Hiç karşılaşmama	3	16.7
Ruhsal problemi olan kişilere mesleki girişimde bulunma durumu		
Girişimde bulunan	6	33.3
Girişimde bulunmayan	12	66.7
Toplam	18	100.0

rumluk sunum ve bir adet video eğitim materyali kullanılmıştır.

Araştırma süreci boyunca kullanılan veri toplama gereçleri aşağıda verilmiştir.

Birey Tanıtım Formu: Muhtarların sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla oluşturulan soru formu 23 maddeden oluşmaktadır. Soru formunda muhtarların sosyodemografik özellikleri, ruhsal problemi olan bireylerle karşılaşma ve müdahale gibi durumlarına ilişkin bilgilere yönelik sorular yer almıştır.

Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ): Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bağ ve Ekinci (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam Cronbach Alpha değeri 0.72'dir. İyi Niyet, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt ölçeklerinden alınan toplam puanın yüksekliği olumlu tutumu, Korku/Dışlama alt ölçeğinden alınan toplam puanın yüksekliği olumsuz tutumu ifade etmektedir. Ölçek 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçek kesme puanı bulunmamaktadır.^[2]

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ): Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam Cronbach Alpha değeri .82'dir. Tehlikeli, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Utanma olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üze-

rinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. Ölçek 6'lı Likert tipi bir ölçektir. Ölçek kesme puanı bulunmamaktadır.^[19]

Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama İle Mücadele El Kitabı: Muhtarlara verilmek üzere hazırlanan bu el kitabı; ruhsal hastalık tanımı, ruhsal hastanın toplumsal algılanışı, damgalamanın tanımı, nasıl geliştiği, yanlış inanışlar, damgalanma nedeniyle ruhsal hastaların karşılaştığı sorunlar, damgalama ile mücadele yolları ve bu mücadelede yardım alınabilecek iletişim adreslerini içermektedir.

Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama ile Mücadele Eğitimi Oturumları: Ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmayla mücadele konusunda toplam 20 saatten oluşan yedi eğitim oturumu gerçekleştirilmiştir. Oturumlar iki haftada bir oturum olarak yapılmıştır. Her bir oturumda konuya ilişkin teorik bilgi aktarımı ile birlikte konuya ilişkin örneklemeler yapılmış ve muhtarların karşılaştıkları örnekler rol play yapılarak aktarılmıştır. Oturumlar ruhsal hastalık, inançlar, tutumlar, damgalama ve mücadeleyi içermektedir.

Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama ile Mücadele Video Gösterimi: Şizofreni Dernekleri Federasyonu'nun danışmanlığında hazırlanan 55 dakikalık 'Biz Siz Onlar' adlı belgesel filmidir. Bu video belgesel filmin içeriğinde ruhsal hastalığı olan bireylerin kendilerinin ve yakınlarının yaşadıkları sorunlar, toplumsal bakış açısı, ötekileştirme ve damgalama temaları vardır.

Veri Analizi

Araştırma verilerinin analizleri, (SPSS) 16.0 programında gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı analizler, Wilcoxon, Mann Whitney U (U) testi ve Kruskal Wallis (KW) testi yapılmıştır.

Etik

Araştırma Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'na sunulmuş, onay alındıktan sonra Eylül 2012 tarihinde Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü'ne proje önerisi olarak sunulmuş ve kabul edilmiştir (12/HYO/005). Bornova belediyesinden ve katılımcılardan yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

Muhtarların %72.2'si hizmet verdikleri bölgede ruhsal-psikolojik sorunu olan bireylerle nadiren karşılaştıklarını, %66.7'si bu bireylere bir girişimde bulunmadıklarını belirtmişlerdir. Muhtarların tamamı daha önce damgalama ile mücadele eğitimi almadığını belirtmiştir (Tablo 1).

Muhtarların %33.3'ü ruhsal hastaları 'Konuşmaları ve hareketleri farklı dengesiz tutarsız ve agresif ve hareketlerinde dengesizlik olan kişi', %27.8'i 'Bakışları değişik ani ve beklenmeyen hareketleri olan' şeklinde ifade etmiş, %5.6'sı 'Deli gibi

davranır' olarak belirtirken, %5.6'sı da 'İşlerini çabuk yaptırmak isterler' yanıtlarını vermişlerdir. Muhtarların %33.3'ü akıl hastalığı dendiğinde ilk akıllarına 'Akli dengesini yitirmiş, dengesizlik, delilik' geldiğini ifade ederken, %11.1'i Alzheimer ve şizofreni yanıtını vermiştir (Tablo 2).

Muhtarların ruhsal sorunlu olan bireylere yönelik toplum tutumları puan ortalamaları dağılımına göre; İyi Niyet Alt Ölçeği eğitim öncesi puan ortalamasına (Ort.=21.00±3.27) göre ve eğitim sonrası puan ortalamasının (Ort.=25.17±4.23) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Z=-2.350, p=0.019). Korku/Dışlama Alt Ölçeği eğitim öncesi puan ortalamasına (Ort.=5.56±1.38) göre eğitim sonrası (Ort.=5.56±1.65) puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 3).

Muhtarların ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları dağılımına göre; alt ölçek ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Eğitim sonrası Utanma alt ölçeği puan ortalaması düşmüştür (Tablo 4).

Muhtarların gelir durumlarına göre eğitim öncesi ve sonrası Tehlikeli alt ölçeği puan farkı dağılımında, geliri gide-

rinden fazla olan grubun puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (KW=6.528, p=0.038) (Tablo 5).

Muhtarların hizmet verdiği bölgede fiziksel-psikolojik travma yaşama algılarına göre eğitim öncesi ve sonrası Korku ve dışlanma alt ölçeği puan farkı dağılımında, travma yaşamayanların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (U=12.00, p=0.021) (Tablo 6).

Tartışma

Bu araştırmada, muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırma bulgularına göre muhtarların dörtte üçü (%72.2) hizmet verdiği bölgede ruhsal-psikolojik sorunu olan bireylerle hiç karşılaşmamış, üçte ikisi ise (%66.7) ruhsal problemi olan kişilere bir girişimde ve uygun yönlendirmede bulunamamışlardır. Oysaki toplumda yerel lider olan muhtarlar ruhsal sorunlu bireylerin mekan tespitleri, hastaneye nakilleri işlemlerinde görevleri vardır.^[20] Hatta hastanın yakınları dışındaki kişilerce hekime gönderilmeleri konusunda muhtar kendi yetki yasaları çerçevesinde çalışma bölgelerindeki kişileri sağaltım amacıyla hastaneye gönderme yetkisindedirler.

Tablo 2. Muhtarların ruhsal hastalığı olan bireylerin nasıl göründüklerine ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=18)

Ruhsal hastalığı olan bireye ilişkin muhtarların algıları	Sayı	Yüzde
Bakışları değişik ani ve beklenmeyen hareketleri vardır	5	27.8
Konuşmaları ve hareketleri farklı dengesiz tutarsız ve agresif ve hareketlerinde dengesizlik	6	33.3
Deli gibi davranırlar	1	5.6
İşlerini çabuk yaptırmak isterler	1	5.6
Yanıtsız	5	27.8
Toplam	18	100.0

Tablo 3. Muhtarların eğitim öncesi ve sonrası ruhsal sorunlu olan bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Alt ölçekler	Eğitim öncesi Puan ortalamaları	Eğitim öncesi Medyan	Eğitim sonrası Puan ortalamaları	Eğitim sonrası Medyan	Z	p
İyi niyet	21.00±3.27	20.50±3.27	25.17±4.23	25.50±4.23	-2.350	0.019*
Toplum ruh sağlığı ideolojisi	24.39±6.88	24.50±6.88	27.33±4.78	25.50±4.78	-1.684	0.092
Korku/dışlama	5.56±1.38	6.00±1.38	5.56±1.65	6.00±1.65	-0.247	0.805

Tablo 4. Muhtarların eğitim öncesi ve sonrası ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Alt ölçekler	Eğitim öncesi Puan ortalamaları	Eğitim öncesi Medyan	Eğitim sonrası Puan ortalamaları	Eğitim sonrası Medyan	Z	p
Tehlikeli	21.39±9.91	23.50±9.92	23.67±5.46	24.50±5.46	-1.350	0.177
Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma	32.06±13.83	31.50±1.38	33.17±10.90	31.50±1.09	-0.589	0.556
Utanma	2.39±1.82	3.00±1.82	1.61±1.88	1.00±1.88	-1.543	0.123
Toplam	55.83±23.06	59.00±2.31	58.44±15.57	58.00±15.57	-0.687	0.492

Tablo 5. Muhtarların tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası RHIÖ ve alt ölçekleri puan farkı ortalamalarının dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Tehlikeli	Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma	Utanma	Toplam
Medeni durum				
Evli	9.00	9.06	8.94	9.06
Bekar	10.00	9.00	17.00	9.00
Ayrı yaşıyor, dul boşanmış	17.00	17.00	11.00	17.00
KW/p	2.127/0.345	2.110/0.348	2.280/0.320	2.094/0.351
Gelir durumu				
Gelir=gider	10.58	8.33	9.58	9.08
Gelir<gider	7.25	8.60	10.15	8.15
Gelir>gider	17.50	17.50	6.00	17.50
KW/p	6.528/0.038*	5.109/0.078	1.032/0.597	5.178/0.075
Çalışırken sorun yaşama durumu				
Sorun yaşayan	8.97	9.31	10.22	8.75
Sorun yaşamayan	13.75	11.00	3.75	9.88
U/p	7.500/0.232	13.00/0.672	4.500/0.102	21.500/0.673
Hizmet verdiği bölgede fiziksel-psikolojik travma yaşama algısı				
Travma yaşayan	9.08	8.75	10.50	8.75
Travma yaşamayan	9.71	9.88	9.00	9.88
U/p	33.500/0.815	31.500/0.682	30.00/0.570	31.500/0.673
Hizmet verilen bölgede ruhsal-psikolojik sorunu olan bireylerle karşılaşma durumu				
Çok sık karşılaşma	8.50	7.25	12.50	8.00
Nadiren karşılaşma	9.42	9.38	8.23	9.38
Hiç karşılaşmama	10.50	11.50	13.00	11.00
KW/p	0.179/0.915	0.790/0.674	2.715/0.257	0.402/0.818
Ruhsal problemi olan kişilere mesleki girişimde bulunma durumu				
Girişimde bulunan	8.75	10.67	7.42	10.17
Girişimde bulunmayan	9.88	8.92	10.54	9.17
U/p	31.50/0.682	29.00/0.553	23.500/0.250	32.00/0.151

Toplum lideri olarak kabul edilen muhtarlar, toplumda konumları ve halk için yerel bağlantı kurmaları açısından önemli bireylerdir. Muhtarlar günlük rutin işlerini sürdürürken, ruhsal sorunları olan birey ile karşılaşmalarını ve mesleki açıdan bu bireylere destek vermemiş olmaları bu hastalıkların toplumda görülme sıklığının az olmasından değil, aksine muhtarın bu konuda eğitim almaması ve hastanın evde kapalı kapılar ardında olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Muhtarların üçte biri ruhsal hastalığı olan bireyleri 'Konuşmaları ve hareketleri farklı dengesiz tutarsız ve agresif ve hareketlerinde dengesizlik olan kişi', yaklaşık dörtte bir 'Bakışları değişik ani ve beklenmeyen hareketleri olan kişi' ve bazıları 'Deli gibi davranan kişi' olarak tariflerken, yaklaşık dörtte biri herhangi bir açıklama yapamamıştır. Muhtarların ruhsal sorunu olan bireyi tariflemelerinden çıkan sonuç belirsizliğe karşı yaşanan kaygı ile beraberinde tehlike algısı olduğu düşünülmektedir.

Muhtarların ruhsal hastalık dendiğinde, akıllarına gelen hastalıkların sadece alzheimer ve şizofrenik bozukluk olduğu, dörtte biri diğer bulgularla paralel olarak hastalıkları bilmediğini, aynı oranda katılımcıların ise hastalık adı yerine

bunalım, dengesizlik gibi belirtilerle ilgili görüş belirttikleri görülmektedir. Bir çalışmada ruhsal hastalıklar arasında damgalamadan en çok etkilenen hasta grubunun şizofrenik bozukluk grubu olduğu belirtilmiştir.^[4] Damgalama ile mücadele çalışmaları ilk olarak şizofrenik bozukluğa yönelik mücadelelerle başlamıştır.^[21] Ülkemizde muhtarlık görevi için herhangi bir eğitim beklenilmemekte, ruh hastalıkları ve hastaları ile ilgili özel bir bilgi aktarımı ise ancak kendi çabaları ya da yaşantılarında şahit olmaları ile sağlanabilmektedir. Medyada şizofreni ile ilgili haberlerin daha yaygın olması, nüfusun yaşlanmasına paralel alzheimer hastalarının yaygınlığının artması, muhtarların ilk aklına gelen hastalıkların bu hastalıklar olmasına neden olmuş olabilir. Diğer yandan muhtarların yaş ortalaması 55.16±7.18'dir. Bu yaş alzheimer için riskli bir yaşdır ve muhtarların ilk aklına gelen hastalığın alzheimer olma olasılığını da artırmış olabilir.

Araştırmada muhtarların 'Damgalama ile Mücadele Eğitimi' öncesi ve sonrası ruhsal sorunlu olan bireylere yönelik toplum tutumları karşılaştırılmış, eğitim sonrası muhtarların bu hastalara yönelik daha iyi niyetli, toplum ruh sağlığı ideolojisi ile bu hastalara karşı daha sorumluluk sahibi oldukları

Tablo 6. Muhtarların tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası RSTTÖ puan farkı ortalamalarının dağılımı

Tanıtıcı özellikler	İyi niyet	Toplum ruh sağlığı ideolojisi	Korku/dışlama
Medeni durum			
Evli	9.94	10.16	9.81
Bekar	9.50	3.00	7.00
Ayrı yaşıyor, dul boşanmış	2.50	5.50	7.00
KW/p	1.836/0.399	2.302/0.316	0.517/0.772
Gelir durumu			
Gelir=gider	11.83	11.00	10.83
Gelir<gider	9.65	9.55	8.70
Gelir>gider	1.75	4.75	9.50
KW/p	5.397/0.67	2.073/0.355	0.627/0.731
Çalışırken sorun yaşama durumu			
Sorun yaşayan	9.41	9.38	9.50
Sorun yaşamayan	10.25	10.50	9.50
U/p	14.50/0.833	14.00/0.778	16.00/ 1.0
Hizmet verdiği bölgede fiziksel-psikolojik travma yaşama			
Travma yaşayan	8.25	12.33	5.50
Travma yaşamayan	10.12	8.08	11.50
U/p	28.500/0.481	19.00/0.110	12.00/0.021*
Hizmet verilen bölgede ruhsal-psikolojik sorunu olan bireylerle karşılaşma durumu			
Çok sık karşılaşma	12.25	10.25	10.00
Nadiren karşılaşma	8.81	9.92	8.77
Hiç karşılaşmama	10.67	7.17	12.33
KW/p	0.897/0.639	0.699/ 0.705	1.159/0.56
Ruhsal problemi olan kişilere mesleki girişimde bulunma durumu			
Girişimde bulunan	6.92	8.25	10.00
Girişimde bulunmayan	10.79	10.12	9.25
U/p	20.50/0.146	28.50/0.481	33.00/0.820

belirlenmiş, ruhsal sorunlu bireylere karşı verilen bilgi ile korku duygusu artmamış ama korkuya dair desteğe gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bazı yayınlarda sağlık çalışanı ve hastalar dışında, öğretmenlerin, basın mensuplarının bilgilendirilmesi, öğrencilerin eğitilmesi ancak şizofreni gibi kronikleşme zemini olan hastalıklardaki damganın sadece eğitim ya da bilgi eksikliğiyle açıklanamayacak kadar karmaşık bir sosyal olgu olduğunun unutulmaması gerektiği, ancak gerek toplumun, gerekse toplumdaki anahtar kişilerin doğru bilgilendirilmesinin sürdürülmesinin hastaların damgalanmasını ve buna dayalı ayrımcılığı hafifletmede en etkili yöntem olarak görüldüğü belirtilmiştir.^[22,23] Araştırmada eğitim sonrası muhtarların ruhsal sorunlu bireylere yönelik hem iyi niyetlerinde hem de toplum ruh sağlığı ideolojilerinde artış olması 'Damgalama İle Mücadele Eğitimi'nin değerliliğini ve gerekliliğini ortaya koymuştur.

Muhtarların 'Damgalama ile Mücadele Eğitimi' öncesi ve sonrası ruhsal hastalığa yönelik inançları karşılaştırıldığında, elde edilen puanlar olumsuz bir inancı göstermese de yapılan eğitim müdahalesi ile ruhsal hastalıklara yönelik tehlikeli inançları ve iletişim kurmada zorluk ve çaresizlik inançları artmış, bu durumun eğitim ile farkındalıklarının artmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu sonuçların aksine eğitim sonrası ruhsal hastalığın daha az utanılacak bir durum

olduğuna inandıkları belirlenmiştir (Tablo 4). Rüşch ve ark. nın (2005) çalışmalarında toplumun ruh hastalarını tehlikeli ve korku yaşatan kişiler olarak görmesinin, ruhsal hastaları ve hastalıkları damgalamada etkili olduğunu vurgulamışlardır.^[21] Chan ve ark. (2009) damgalama ile mücadele çalışmalarında video temelli eğitimin etkili olduğunu belirlemişlerdir.^[24] Araştırmamızda muhtarlara ruhsal sorunlar ve damgalama ile ilgili belgesel film izletilmiştir. Muhtarlar, sağlık görevlileri, polisler ve din adamları gibi toplum liderleri komundaki meslek mensuplarının damgalama ile mücadele konusunda eğitilmesi önemlidir.^[4] Çalışmamız literatürü destekler niteliktedir. Damgalamada duygular önemli bir yer tutar. Muhtarların utanma duygularında artış olmaması eğitimin başarısını göstermektedir.

Muhtarlar arasında ruhsal sorunlu bireyle hiç karşılaşmayanların ve bu hastalarla herhangi bir girişimde bulunmayanların ruhsal hastalıkları tehlikeli gördükleri ve iletişime girme konusunda çaresizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca bir girişimde bulunanların ise iletişime girme konusunda çaresizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Bu hastalıklardan daha çok utananların ise bekar ve ruhsal hasta ile hiç karşılaşmayan muhtarlar olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan gelir durumu ile ruhsal hastalığın tehlikeli olduğuna inanma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Toplumda özellikle alt ekonomik düzeyi olanların bu hastalıkları daha çaresizce karşılayarak, tehlikeli gördükleri ve olumsuz inanca sahip oldukları belirtilmiştir.^[25] Çalışmalarda, ailede ruhsal hasta varsa, aile üyelerinin bu durumdan utandığı, ruhsal hasta ile iletişime girenlerin ise bu hastaların tehlikeli olduğuna inandıkları,^[26] tüm bunların sonucu olarak hasta yakınlarının kendilerini toplumda damgalanmış hissettikleri belirtilmiştir.^[27-29] Özetle hastalık konusunda bilgi, hasta kişilerle kişisel deneyimin olması, ruhsal hastalık etiketi, hastalığın psikopatolojisi, hastanın özellikleri de ruh hastalarına ve hastalıklara yönelik inançlar üzerinde etkilidir.^[30] Damgalama ile mücadelede, ruh sağlığı hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi akışının sağlanmasının, bu hastalıkları yaşayan kişilerle bire bir temasa geçilmesinin, ruh sağlığı çalışanlarının medyada daha sık yer almasının gerektiği, 'ruh sağlığı ilk yardım kursu' açılarak lise öğrencilerine eğitim verilmesinin, eğitimlere psikiyatri hastasını da davet etmenin önemi vurgulanmaktadır. Böylece ruhsal hastalar daha görünür ve daha çok topluma yönelmiş olacaklardır.^[31]

Bireylerin yaşama dair inançlarında yaşam deneyimleri önemli bir yer tutmaktadır. Yaşam deneyimleri öğrenmeyi de beraberinde getirdiğinden inanca da katkısı büyüktür. Araştırmada iş ve sosyal yaşamdaki deneyimleri az olan muhtarların ruhsal hastalığı daha tehlikeli görmelerinde ve iletişimde çaresizlik yaşamalarında bu durumun etkili olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan ruhsal hastalığa karşı inançlarda hasta ile karşılaşmış olmak ve hastaya temas etmek de önemlidir. Aynı grupta bu deneyimin de olmaması dikkat çekicidir. Mesleki girişimde bulunanların çaresizlik yaşamalarının nedeni ise bu hastalıklar hakkında bilgi eksikliklerinin olmasıdır. Bu hastalıkların utanılacak bir hastalık olduğuna inananların, ruhsal hastalarla temas etmeyen, hatta ekonomik sıkıntı yaşayan ve bekar olan muhtarlar olması, bu durumlarından dolayı daha izole olduklarını düşündürmektedir.

Araştırmada evliler, geliri dengeli olanlar, iş yerinde sorun yaşamayanlar, ruhsal sorunlu bireyle çok sık karşılaşanlar ama bu hastalara girişimde bulunmayan muhtarların daha iyi niyetli ve toplum ruh sağlığı ideolojisine sahip bireyler olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan bu hastalara girişimde bulunanlar, bu bireylerden daha çok korkmakta olup, bölgelerinde travma yaşama algıları ile bu hastalardan korkma arasından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 6). Bir çalışmada orta ekonomik düzeyde olan bireylerin ruh sağlığına yönelik toplumsal yaklaşımlarının yüksek ve daha iyi niyetli olduğu, üst ekonomik düzeyde bu durumun olumsuz yönde hastalardan korkma ve dışlamaya dönük olduğu belirtilmiştir.^[25] Araştırmada saptanan bu bulgular iş ve ev hayatında sorun yaşamayanların ve huzurlu olanların ruhsal sorunu olan bireylere dair daha iyi niyetli ve toplum ruh sağlığı ideolojisine sahip, çözüm odaklı olduklarını göstermekte olup, ruhsal hastalığı olan bireylerle yaşanmışlıkları az olanların ya

da olmayanların korku duygusunu daha çok yaşadıkları söylenebilir.

Sonuç olarak muhtarlara uygulanan ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin, muhtarların bu hastalıklara yönelik utanma duygusu ve tutumlarında olumlu değişiklikler yapmasından dolayı etkili olduğu belirlenmiştir. Özetle toplum liderlerine verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitimi etkili bulunmuştur. Bu tip çalışmaların toplumda liderlik özelliği taşıyan öğretmen, din adamı, polis, sağlık çalışanı gibi meslek elemanlarıyla ve toplumun geleceğini oluşturan çocuk ve ergenlerle yapılması önerilebilir.

Sınırlılıklar

Hizmet verdikleri mahalle ve köylerin kültürlerinin bir parçası olan, toplum üyeleri ile doğrudan ilişki halinde bulunan ve hizmet verdiği kişilerin her türlü sorunlarında başvurduğu kişiler olan muhtarlar, bu araştırmada toplum lideri olarak seçilmiştir. Bu nedenle araştırma yalnızca muhtarlarına yürütülmüştür. Ayrıca sonuçlar elde edilen veriler bölgedeki tüm muhtarlar genellenememektedir.

Teşekkür

Projenin gerçekleşmesini sağlayan Ege Üniversitesi Bilişimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü'ne, Bornova Belediyesi Başkanı Sayın Prof. Dr. Kamil Okyay SINDIR'a, Bornova Belediyesi İlçe Sağlık İşleri Müdürlüğü'ne, Bornova Belediyesine bağlı mahalle ve köy muhtarına teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Türk Dil Kurumu. (Erişim: 10.03.2013). Damga. <http://tdkterim.gov.tr/bts/>.
2. Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2005;3:107-27.
3. Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma--a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:593-602.
4. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Prev Med Bull* 2010;9:71-8.
5. Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2005;18:32-8.
6. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *J Psy Nurs* 2011;2:136-40.
7. Çam O, Bilge A. Türkiye'de ruhsal hastalığa/ hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *J Psy Nurs* 2013;4:91-101.
8. Hiday VA, Swanson JW. Victimization: a link between mental illness and violence. *Int J Law Psychiatry* 2001;24:559-72.
9. Markowitz FE. Mental illness, crime, and violence: risk, context and social control. *Aggress Violent Behav* 2011;16:36-44.
10. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K ve ark. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Derg* 2001;12:99-110.
11. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003;56:299-312.

12. Yıldırım SÇ, Gürkan A. Ruhsal hastalıklarda damga ve hemşirelik. Hemşirelik Forumu 2006; Eylül-Ekim-Kasım-Aralık: 20-6.
13. World Health Organisation. (Erişim 10.03.2013). Stigma and discrimination. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/activities/stigma-and-discrimination>.
14. World Health Organisation. (Erişim 10.03.2013). Advocacy. http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/.
15. World Psychiatric Association. (Erişim 06.06.2013). Schizophrenia-Open the Doors Training Manual (ed. Stuart H). 2005, http://www.open-the-doors.com/english/media/Training_8.15.05.pdf.
16. Taşkın EO. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama, 1. Basım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri 2007; s. 4-7, 17-40, 73-114.
17. Eker F, Öner Ö, Şahin S. Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları (Düzce Örneği). *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010;1:63-70.
18. Bates L, Stickley T. Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20:569-75.
19. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:91-6.
20. Zengin F, Dinç GK, Tilki E ve ark. Zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan kişiler için toplum temelli hizmetler, RUHİSAK, 2010, İstanbul. http://www.rusihak.org/download/yayinlar/ttm_yaratmak_kitap.pdf.
21. Rüşch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529-39.
22. Üçok A. Şizofreni: Damga, mitler ve gerçekler. *Psikiyatri Dünyası* 1999;3:67-71.
23. Üçok A. Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri* 2003;(Ek 1):3-8.
24. Chan JY, Mak WW, Law LS. Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: "The Same or Not the Same" anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2009;68:1521-6.
25. Çam O, Bilge A. Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. *New Symposium Dergisi* 2011;49:131-40.
26. Külüg MY, Coşkun S. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (4-7 Ekim 2012 Erzurum), Kongre kitabı, Erzurum, 2012; s. 179-80.
27. Çimen S, Yasar R, Aydın N, Özbe S. İstanbul ilinde yaşayan bireylerin ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin görüşlerinin araştırılması. III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (4-6 Haziran 2009, Akçakoca), Kongre Kitabı, Düzce: 2009.
28. Mutlu M, Bölük G, Kayacı M, Ada G. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde tedavi gören hastaların yakınlarının psikiyatrik hastalıklara yönelik bilgi, tutum ve inançlarının incelenmesi. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (4-7 Ekim 2012, Erzurum), Kongre Kitabı, Erzurum: 2012; s. 371-2.
29. Özkan B, Saraç B, Çoban S, Medik K. Kronik ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarının stigmaya ilişkin görüşleri. III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, (4-6 Haziran 2009 Akçakoca), Kongre Kitabı, Düzce: 2009.
30. Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:215-23.
31. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H ve ark. Psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanması ile nasıl mücadele edileceği üzerine WPA Kılavuzu. *World Psychiatry (Türkçe basım)* 2010;9:3. Ekim 2010.