

Psikotik Hastalarda Hastalık Açıklama Modeli ve Çare Arama Davranışı

Dr. Süheyla ÜNAL¹, Dr. Burhanettin KAYA², Dr. H. Dilek YALVAÇ³

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği'nde tedavi görmekte olan bir grup psikoz hastasında, hastalıklarını açıklama nedenleri ve çare arama yöntemleri araştırıldı.

Yöntem: Çalışma 2002-2003 yılları arasında psikiyatri kliniğine başvuran ve DSM-IV ölçütlerine göre şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı konan hastalarda yapıldı. Hastalarla demografik bilgilerini, hastalıklarını nasıl açıkladıklarını ve nasıl çareler aradıklarını sorgulayan kısa anket tarzında yarı yapılandırılmış bir görüşme gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan 88 hastanın (50 erkek, 38 kadın) yaş ortalaması 31,2± 9,3 (16-57) idi. Hastaların % 46,6'sı hastalıklarını aile sorunlarına, % 42'si kendi iç sorunlarına, % 19,3'ü ekonomik güçlüklerle, % 10,2'si ise doğaüstü güçlere atfetmekteydi. Hastaların % 51,1'i çare aramak için geleneksel-dinsel tedavi yöntemlerine, % 19,3'ü tıp doktorlarına, % 65,9'u psikiyatra başvurduğunu belirtti.

Sonuç: Çalışmamızda, düşük eğitim düzeyindeki hastaların daha fazla tıp dışı çare aramaya yöneldikleri, eğitim düzeyi arttıkça psikiyatra başvurunun arttığı gözlenmiştir. Bu durum, hastanın ve ailesinin psikoz konusunda bilgilerini sağlayacak ruhsal eğitim programlarının uygulanmasının yararlı olacağını düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Açıklama modeli, çare arama, hastalık yaşantısı, psikoz

SUMMARY: Patients' Explanation Models for Their Illness and Help-Seeking Behavior

Objective: The aim of this study was to investigate some variables that affect patients' explanation models for their illness and help-seeking behavior.

Methods: Sampling was done between 2002 and 2003 among psychiatric patients who were admitted to university hospital in Malatya. Diagnoses of schizophrenia and schizoaffective disorder were made according to DSM-IV criteria. A semi-structured interview based on a short questionnaire was conducted for collecting patient demographic data, and patient explanatory model for illness and help-seeking behavior.

Results: The 88 patients that were evaluated included 50 males and 38 females. The mean age of the patients was 31.22 ± 9.29 years (range: 16-57 years). In explaining their disease, 46.6% of the patients cited family trouble, 42% their inner problems, 19.3% economic difficulties, and 10.2% cited the consequences of supernatural forces. Among the patients, help-seeking behavior included visiting traditional and religious healers (51.1%), presenting to medical doctors (19.3%), and visiting a psychiatrist (65.9%).

Conclusion: The study revealed that patients with low-level education were more prone to seek religious solutions and those with high-level education tended to visit a psychiatrist. It has been suggested that psycho-educational programs for patients and families will be very useful in ameliorating the problems created by the disease.

Key Words: Explanatory model, help-seeking behavior, illness experience, psychosis

¹Prof., ²Yrd. Doç., ³Araş Gör., İnönü Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Malatya.
Dr. Süheyla Ünal, e-posta: sunal@inonu.edu.tr

GİRİŞ

Psikoz belirtilerinin başlaması ile hekime başvurma ve uygun tedavinin başlaması arasında geçen ortalama süre 1-2 yıl olarak bildirilmektedir (Loebel ve ark. 1992, Larsen ve ark. 1996, Craig ve ark. 2000, Addington ve ark. 2002, Oosthuizen ve ark. 2005). Belirtilere getirilen tıp dışı açıklama ve çare arama tarzları ile kaybedilen bu kritik zaman dilimi hastalığın tedavisini ve gidişini olumsuz yönde etkilemektedir (Waddington ve ark. 1995, Wyatt ve ark. 1997, Marshall ve ark. 2005). Olağandışı yaşantıların kimi zaman ciddi bir mental hastalık olarak kabul edilmediği, hatta ruhsal bir yeti olarak değerlendirildiği gözlenmektedir (Coursey ve ark. 1995, Ritsher ve ark. 1997). Davranış ancak toplumsal davranış örüntüsüne ve inanışlara yabancılaştığı ve sorun haline geldiği ölçüde dikkate alınmakta, kontrol edilmeye ve/veya çözüm aranmaya çalışılmaktadır (Moravcsik 1998). Bu süreçte toplumun ve bireyin sosyokültürel özellikleri devreye girmektedir (Kleinman 1986, Littlewood 1990, Weiss 1997, Csordas ve Lewton 1998).

Psikotik yaşantı toplum tarafından genetik yüklülük, strese duyarlılık gibi yapısal etkenlerle ya da psikososyal stres etkenleri ile açıklanabileceği gibi, doğa-üstü güçlerin etkisi ile de açıklanabilmektedir. Hindistan'da (Banerjee ve Roy 1998) ve Meksika kökenli Amerikalılarda yapılan çalışmalarda (Urdaneta ve ark. 1995) psikotik yaşantıların biyomedikal nedenler yanı sıra doğaüstü güçlere de atfedildiği bildirilmektedir. Psikotik durumu açıklama modellerinin zaman içinde toplumsal değişmelere paralel olarak değişmektedir (Dein 2002, Bhui ve Bhugra 2003). Nörobilimdeki gelişmeler, ruhsal tedavi hizmetlerinde değişim (Iliyasu ve Last 1991, Alem ve ark. 1999) ve küresel ekonomik dönüşüme bağlı olarak toplumlar psikotik davranışa daha yüksek oranda tıbbi açıklama getirmektedir (Kirmayer ve Minas 2000, Horwitz 2002). Fakat bu dönüşüm her yerde aynı hızda değildir ve birçok sosyokültürel iklimde farklı anlamlandırmalar halen devam etmektedir. Halkın geleneksel açıklamalardan vazgeçmeksizin biyomedikal çare arama yollarına başvurabildiğine ya da tedaviden istenilen yanıt alınmadığında farklı birçok yöntemi denediğine dair birçok çalışma bulunmaktadır (Campion ve Bhugra 1997, Banerjee ve Roy 1998, Dein 2002). Ülkemizde de benzeri bir görünüm sergilenmektedir. Şamanistik öğelerle karışmış İslamî inanç tarzlarının, hastalıklara getirilen açıklamalara ve çare arama davranışlarına yansıdığı, zaman zaman yatırı, ocak, sihir, büyü gibi yöntemlere başvurulduğu izlenmektedir (Ocak 2002, Göka 2005).

Psikotik belirtilerin hastalık olarak değerlendirilip, yardım arayışına girilmesinde belirtilere getirilen açıklama yanı sıra bireyin yaşı, eğitim düzeyi, kişilik özellikleri, sosyo-ekonomik durumu, hastalığın türü ve şiddeti, ailesinin ve sosyal ortamın yapısı, ulaşabileceği sağlık hizmetlerinin durumu da önemlidir (Bhana ve Daniels 1987, Vaglum 1996, Horwitz 1996). Sağlık hizmetlerinin etkinliği arttıkça doğrudan tıbbi çare arama oranının arttığı gözlenmektedir (Fosu 1995, Aboidun 1995, Kılıç ve ark. 1994).

Malatya'da gerçekleştirilen bu çalışmada bir grup psikotik hastanın hastalık açıklama modelleri, çare arama davranışları ve hastalık gidişi ile ilgili düşünceleri araştırılmıştır. Ayrıca bu düşünceler üzerine etkili olabilecek sosyodemografik değişkenler belirlenmeye çalışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma 2002-2003 yılları arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri bölümünde yatarak tedavi gördükten sonra şizofreni polikliniğinde ayaktan izlenen psikotik hastalarda yapıldı. İki farklı psikiyatri tarafından DSM-IV ölçütlerine göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı alan 88 hasta ardışık olarak çalışmaya alındı. Ektanılı olgular hastalığa atfedilen anlamları etkileyebileceği düşüncesiyle çalışma dışı bırakıldı. Sosyodemografik veriler bir form aracılığı ile kaydedildi. Psikotik yaşantının hastayı hangi yakınmalar aracılığı ile hekime yönlendirdiğini anlamak amacıyla hastanın en önemli ilk yakınması soruldu. Ayrıca tanı ölçütleri ötesinde, hekimin fenomenolojik olarak psikoz tanısı koymada dikkate aldığı bulguları belirlemek amacıyla çalışmayı yürüten hekime hastada tanı koyduran üç bulgu soruldu. Kleinman'ın (1980) hastalık açıklama modelinden yararlanılarak hazırlanan, hastanın hastalığına atfettiği nedenler, çare arama davranışları, tedaviden beklentisi, hastalığın seyri ile ilgili düşüncelerini içeren anketin uygulanması için hastalardan sözel izin alındı. Otuz hasta üzerinde yapılan pilot bir çalışmada hastaların verdiği yanıtlar seçeneklere dönüştürüldü. Anket sorularına verilen yanıtlar istatistiksel değerlendirmeye alındı. Bazı alt başlıklar birleştirilerek istatistiksel değerlendirme yinelenildi. Verilerin istatistiksel analizi SPSS for Windows 10.0 paket programı ile yapıldı. Hastaların durumlarını neye bağladıkları ve ne tür bir çare arayışına yöneldiklerine ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar sınıflandırıldı. Bu sınıflar sosyo-demografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırıldı. Yaş, cinsiyet, yaşadığı yer ve gelir durumuna göre belirlenen gruplar arasındaki farklar varyans analizi, kıkare ve Fisher's exact test ile araştırıldı.

TABLO 1. Hastaların Sosyodemografik Verileri.

	N	%
Medeni durum		
Evli	25	28.4
Bekar	55	62.5
Dul	8	9.1
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	3	3.4
Okur yazar	3	3.4
İlköğretim	39	44.3
Lise	36	40.9
Y. okul-üniversite	7	7.9
Yaşadığı yer		
Köy ya da ilçe	35	39.8
İl	53	60.3
Ailenin aylık kazancı		
200 YTL'nin altında	41	46.6
200-600 YTL	30	34.1
600 YTL'nin üstü	17	19.3

BULGULAR

Çalışmaya 38 kadın (yaş ortalaması 31.4±9.9) ve 50 erkek (31.1±8.9) 88 hasta (31.2±9.3) alındı. Diğer sosyo-demografik veriler Tablo 1'de, tanı grupları, en önemli başvuru nedenleri ve hekime tanı koydurucu bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Hastaları hekime yönlendiren yakınmaların başında bedensel yakınmalar, sanrılar, ajitasyon, anksiyete ve varsanılar gelmektedir. Hekime psikoz tanısı koyduran temel belirtiler ise sırasıyla düşünce ve algılama bozuklukları, duygudurum ile ilişkili bulgular ile dürtü kontrolsüzlüğüdür. "Konuşma ile ilgili çağrışım bozukluğu, neolojizm, bloklar, konuşma içeriğinde değişme" gibi sorunlar kadınlarda erkeklerden daha sık saptanmıştır (p=0.032). Dürtü kontrolünün bozuk oluşu ise ortaokul ve altı eğitim düzeyi olanlarda daha yüksek oranda tanı koydurmaktadır (X²:5.124, p= 0.024).

Anket sorularına verilen yanıtların toplamı ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 3'de sunulmuştur. Eğitim düzeyi göz önüne alınarak yapılan karşılaştırmalarda gelir durumu yüksek olanların lise ve üstü bir eğitim aldığı saptanmıştır (X²: 6.532, p= 0.038). Eğitim düzeyi düşük olanlarda ajitasyon istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (X²: 5.12, p= 0.024). Kişiler arası ilişki sorunları ile başvurma oranı, eğitim düzeyi lise ve üstü olanlarda daha yüksek saptanmıştır (X²: 5.46, p= 0.019).

Yerleşim yeri açısından, kadınların çoğu büyük şehirde, erkeklerin büyük kısmı ilçe ve köyde yaşamaktadır (X²:7.44, p=0.024). İlçe ve köyde yaşayanlar çevrelerindeki psikotik hastaları tıp dışı tedaviye daha fazla yönlendirmektedir (X²:6.97, p=0.008). Yaşanılan yere göre tedavi tarzından beklentisinin farklı olduğu, kentte yaşayanların hem ilaçla, hem de konuşarak tedavi olma beklentisi içinde olduğu gözlenmiştir (X²: 6.70, p: 0.021).

Gelir durumunun yaşanılan yere göre anlamlı düzeyde farklı olduğu, köyde yaşayanların %7,7'sinin 200 YTL'den düşük gelire sahip olduğu saptanmıştır (X²:10.95, p= 0.027). Eğitim düzeyi arttıkça gelir düzeyinin arttığı (X²:6.53, p= 0.038), gelir düzeyi azaldıkça iyileşme beklentisinin arttığı (X²:6.61 p=0.037) görülmektedir. Gelir durumu açısından cinsiyetler arasında erkekler aleyhine anlamlı farklılık olduğu (X²:11.055, p=0.004), erkeklerde ekonomik sorunları hastalık başlatıcı olarak görme oranının daha yüksek düzeyde olduğu dikkati çekmektedir (X²: 5.60, p= 0.018).

Psikiyatriye kendi görüşü doğrultusunda (p= 0.029) ya da iş arkadaşlarının önerisiyle başvurma oranı erkeklerde daha fazlaydı (p=0.034). Yakın çevreden birisi hastalanırsa tıp dışı tedavi yöntemlerine yönlendirme kadınlarda (p=0.020), yatarak tedavi görme beklentisi erkeklerde daha yüksekti (p=0.028). Erkekler tedaviden kadınlara göre daha fazla oranda çevre ile uyum sağlayabilme beklentisi taşıyorlardı (X²: 4.22, p= 0.040).

Lise ve üstü eğitimi olanlar arasında hastalıklarının arkadaşlarla ilişki sorunlarına bağlayanlar daha yüksek oranda idi (X²:4.81, p=0.028). Orta ve daha alt eğitim düzeyinde olanlar, dinsel çare arama davranışına daha çok yönelmekteydi (X²:11.80, p= 0.001). Lise ve üstü eğitim düzeyindekilerin aileden biri hasta olduğunda psikiyatrya başvurma oranları, düşük eğitim düzeyinde olanlardan anlamlı düzeyde daha fazlaydı. İlköğretim mezunları kendileri için çareyi daha yüksek oranda dinsel yöntemlerde ararken, aileleri için psikiyatride aramaktaydı (X²:4.026, p= 0.045). Eğitim düzeyi düşük olanlar çevrelerindeki psikotik hastaları daha yüksek oranda tıp dışı yöntemlere yönlendiriyorlardı (X²: 7.97, p=0.005).

Hastalık ile ilgili en önemli korku köyde yaşayanlarda belleğini kaybetme (X²:4.30, p=0.038), kentte yaşayanlarda "deli" olmaktı. Kentte yaşayanlarda ölüm korkusu (fisher exact test, p= 0.023), köyde yaşayanlarda başkalarına zarar verme korkusu en düşük düzeyde saptandı. Köy ve ilçede yaşayanların hastalıklarının "ağır şiddetli" olarak algılamaları daha yüksek düzeydeydi (X²:7.14, p= 0.08).

TABLO 2. Tanı, Başvuru Nedeni ve Hekime Tanı Koydurucu Bulgular.

DSM-IV tanısı	N
Şizofreni	68
Şizoaffektif bozukluk	20
En önemli başvuru nedeni	%
Bedensel yakınmalar	47.7
Sanrı	29.5
Ajitasyon	27.3
Anksiyete	25.0
Varsanı	22.7
Depresif belirtiler	15.9
İlişki sorunları	12.5
Yakınması yok	9.1
İşlevsellikte bozulma	3.4
İlaç yan etkisi	4.5
Doktora tanı koyduran bulgular	
Düşünce bozukluğu	62.5
Algılama bozukluğu	50.0
Afektif bulgular	33.0
Uyku sorunları	8.0
İmpuls kontrolsüzlüğü	27.3
İşlevselliğin bozulması	8.0
Otistik belirtiler	9.1

TARTIŞMA

Psikiyatrik hastalıklar biyolojik birer olgu olmakla birlikte anormal davranışı açıklama süreçlerinin çeşitliliği nedeniyle sosyal bir durum olma özelliği de taşırlar (Seremetakis 1994). Her toplum psikozun nedenine ilişkin ruhsal/kişisel, biyolojik/yapısal, stres/sosyal etkenler ya da doğaüstü güçler gibi farklı açıklamalar getirebilmektedir (Romney 1994, Whittle 1996, Ritsher, Coursey ve Farrell 1997). Bu nedenle psikiyatrik hastalıklar konusunda toplumun inanç sistemleri ve hastalık açıklama modelleri hakkında bilgi sahibi olmak önemli görünmektedir (Mechanic 1982).

Çalışmamızda hastaların %66'sının hastalıklarının nedeni olarak günlük sorunları sorumlu tutmaları, stresin hastalıklara yol açtığı tarzındaki tıbbi açıklama modeli ile uygunluk taşımaktadır. Hastaların % 41'inin sorunlarının kendisinden (kişilik özelliklerinden, zihninin işleyişinden vs.) kaynaklandığını düşünmesi de, hastalığı biyolojik ve ruhsal özelliklerle açıklamaları açısından önemlidir. Hastaların %10'unun hastalığı doğaüstü güçlerin etkileri ile açıklaması, toplumun inanç sistemleriyle ilişkili görünmektedir. Örneklem grubumuzdaki hastaların büyük bir bölümünün ruhsal eğitim ve grup tedavisi almış olmalarının, sonucu etkilemiş olabileceği, biyolojik

ve ruhsal özelliklere atıf yapma eğilimini artırdığını düşündürmektedir. Hastaların kullandığı hastalık açıklama modeli ile tıbbi hastalık açıklama modelini birbirine uyumlandıracak ve ortak bir zeminde bütünleştirecek bir eğitim sürecinin, hastaların tıbbi çareye başvurma eğilimini ve tedaviye uyumunu arttıracacağı vurgulanmaktadır (Shin ve Lukens 2002, Wei ve ark. 2005).

Çeşitli etnik ve sosyoekonomik grupların farklı çare arama davranışları sergiledikleri ve ruh sağlığı hizmetlerine karşı farklı tutumlar takındıkları bildirilmektedir (Van Os ve ark. 1997, Bayer ve ark. 1997). Beckerlag (1994) Afrika'da tıbbi çare arama yöntemlerinin yanı sıra dini ve geleneksel çare arama yöntemlerine başvurulduğunu bildirmektedir. Hindistan'da yapılan çalışmalarda psikotik yaşantıları büyüsel/dinsel anlamlar içinde değerlendirerek dinsel tedavi arayışına girme oranı % 45-74 düzeylerinde saptanmıştır (Campion ve Bhugra 1997, Kulhara ve ark. 2000). Tayland'da yapılan bir çalışmada, psikotik belirtiler ortaya çıktıktan sonra hastaların üçte birinin hekimlere başvurduğu, %28'inin tıp dışı iyileştiricilere yöneldiği, %38'inin de belirtilerin kendiliğinden geçmesini beklediği gözlenmiştir (Ratanatikanon ve ark. 1997).

Çalışmamızda hastaların bir bölümünün tıba, bir bölümünün geleneksel/dinsel tedavi yöntemlerine, büyük bir bölümünün ise birden fazla çareye başvurduğu gözlenmişti. Psikotik hastalığın kronik ve yıkıcı doğası, hastaları ve ailelerini birden çok çare arama yöntemine yöneltebilmektedir. Hastalığın başlangıç, alevlenme ya da tortu dönemlerinde, tek bir çare arama girişiminden yeterince ya da beklenen düzeyde yanıt alınamamasının yarattığı çaresizlik yeniden geleneksel tedavilere yönelme eğilimini gündeme getirmektedir. Ülkemizde psikiyatri hizmetlerinin giderek artması psikiyatrik hizmetlerin halk tarafından daha fazla tanınmasına, hastaların ve yakınlarının psikiyatrik belirtilere tıbbi modele yakın bir açıklama getirmelerine ve çözüm için daha büyük oranda ve daha kısa zamanda tıbbi çareye başvurmalarına neden olmaktadır. Son yıllarda Türkiye'de yapılan çare arama davranışı ile ilgili çalışmalarda bu eğilim gözlenmektedir (Kılıç ve ark. 1994).

Sanrı, varsanı gibi olağandışı deneyimlere karşı gösterdiği bedensel tepkiler birey için, bilişsel işlevlerdeki bozulmalar hekim için temel sorun alanları olmaktadır. Çalışmanın bulguları, psikoz geçiren bireyin ya da yakınlarının anksiyete, ajitasyon gibi fiziksel tepkiler için çare aramaya yöneldiğini, hekimin ise tanı ve tedavi sürecinde psikoza özgü düşünce ve algılama bozukluklarını, afektif bulguları daha çok dikkate aldığını göstermektedir.

Bireyin gereksinimleri, beklentileri, donanımları, neleri sorun olarak algılayacağını ve ne tür bir tedavi

TABLO 3. Anket Sorularına Verilen Yanıtların Cinsiyetlere Göre Dağılımı.

Sorular	Toplam N=88		Kadın N=38		Erkek N=50		r	p		
	N	%	N	%	N	%				
Hastalığın en önemli nedeni										
Ailesel sorunlar	41	46.6	22	57.9	19	38	4.21	0.04		
Ekonomik sorunlar	17	19.3	3	7.9	14	28				
İş yeri sorunları	10	11.4	3	7.9	7	14				
Arkadaş ilişkileri	13	14.8	4	10.5	9	18				
Kendi iç dünyası ile ilgili	37	42.2	16	42.1	21	42				
Doğa üstü güçler	9	10.2	2	5.3	7	14				
Neden yok	3	3.4			3	6				
Hasta değilim	6	6.8	3	7.9	3	6				
Niçin şimdi										
Yakın çevreyle ilişki bozulması	23	26.1	9	23.7	14	28				
Yılların birikimi	39	44.3	18	47.4	21	42				
İlaçlarını almadığı için	3	3.4	2	5.3	1	2				
Bilmiyor	35	37.5	12	31.6	21	42				
Çare arayışı										
Geleneksel	11	12.5	7	18.4	4	8				
Dinsel	41	46.6	21	55.3	20	40				
Psikiyatra gitmek	58	65.9	25	65.8	33	66				
Diğer doktorlara gitmek	17	19.3	7	18.4	10	20				
Çare arayışı olmamış	8	9.1	2	5.3	6	12				
Kendine telkin	20	20.5	7	18.4	11	22				
Ailenizden birisinde bu yakınmalar										
olsa nasıl çözüm ararsınız?										
Geleneksel	4	4.5	3	7.9	1	2				
Dinsel	11	12.5	5	13.2	6	12				
Psikiyatra gitmek	70	79.5	29	76.3	41	82				
Diğer doktorlara gitmek	10	11.4	5	13.2	5	10				
Çare arayışı olmamış	3	3.4	1	2.6	2	4				
Kendine telkin	10	11.4	3	7.9	7	14				
Çevredeki insanlar ne yapardı										
Herhangi doktora giderdi	16	18.2	8	21.1	8	16				
Psikiyatra giderdi	41	46.6	17	44.7	24	48				
Hocaya giderdi	14	15.9	10	26.3	4	8				
Fikri yok	24	27.3	8	21.1	16	32				

beklentisi içinde olacaklarını da belirlemektedir. Örneklemimizde ilçe ve köyde yaşayanlar ile düşük eğitim düzeyinde olanların daha çok tıp dışı geleneksel çarelere başvurduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça, psikiyatriye başvuru nedenleri arasında düşünce bozukluğu

ve ilişki sorunları artma eğilimi gösterirken, düşük eğitim düzeyine sahip olan bireylerde dürtü kontrolsüzlüğünün önde geldiği dikkati çekmektedir. Köyde yaşayanlar depresif belirtileri önemseyerek doktora başvururken, “başkalarına zarar verici” davranışların varlığından fazla

TABLO 3'ün Devamı.

Psikiyatra gelmesini kim önerdi								
Ailesi	68	77.3	32	84.2	36	72		
Arkadaşları	4	4.5	2	5.3	2	4		
Kendi fikri	16	18.2	3	7.9	13	26		
Diğer doktorlar	11	12.5	5	13.2	6	12		
Nasıl tedavi görmek istiyor								
İlaçla	31	35.2	10	26.3	21	42		
Konuşarak	14	15.9	9	23.7	5	10		
Her ikisinde	36	40.9	17	44.7	19	38		
Hastanede yatarak	13	14.8	2	5.3	11	22	5.07	0.02
Tedaviden beklentisi								
İyileşmek	54	61.4	19	50.0	35	70		
Değişme	14	15.9	6	15.8	8	16		
Bambaşka biri olmak	6	6.8	1	2.6	5	10		
Çevreyle uyumlu olmak	21	23.9	5	13.2	16	32	42.7	0.04
Eski ben olmak	34	38.6	15	39.5	19	38		
Hastalığı hakkında korkusu								
Bakıma muhtaç olmak	27	30.7	9	23.7	18	36		
Deli olmak	31	35.2	14	36.8	17	34		
Kendine zarar vermek	16	18.2	8	21.1	8	16		
Başkalarına zarar vermek	19	21.6	8	21.1	11	22		
Belleğini yitirmek	18	20.5	6	15.8	12	24		
Ölmek	11	12.5	2	5.3	9	18		
Korkum yok	19	21.6	8	21.1	11	22		

endişe duymadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumun kırsal alanda emeğe daha fazla gereksinim duyulması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bunun yanında hastaların önemli bir bölümünün hem ilaç, hem de psikoterapi uygulamalarını içeren tedavileri görmeyi istemeleri, kendilerine uygulanmış olan bu yöntemlerden yarar görmüş olmaları ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışmanın sınırlılıkları

Verilerin az sayıda ve hastanede tedavi gören bir grup hastadan alınması çalışmanın sınırlılıklarından birisidir. Bu hastalar, hastalıklarının doğasına ilişkin tıbbi açıklama geliştirebilmeleri amacıyla standart bir ruhsal eğitim sürecinden geçirilmişlerdir. Bu nedenle çalışmanın evrenini, hastalık atıflarında ve çare arama davranışlarında ağırlıklı olarak tıbbi modeli kullanan hastalar oluşturmuştur. Toplumun psikoza nasıl açıkladığı, ne tür anlamlar yüklediği ve atıflarda bulunduğunu ve ne tür çare arama davranışları geliştirdiğini araştırmayı amaçlayan kapsamlı bir alan çalışması henüz tamamlanmış olup, yayına hazırlanmaktadır.

Psikotik hastanın, hastalığa ilişkin iç görüşü olmaması nedeniyle tedaviye yönlendirilmesi sıklıkla ailesi tarafından yapılmaktadır. Ailenin hastalığa getirdiği açıklama ve çare arama sırasında hastasının etiketleneneğine ilişkin korkusu psikiyatrik tedaviye yönelmeyi engelleyebilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda aile üyelerinden yeterli bilgi alınmamış olması çalışmaya önemli bir sınırlılık getirmektedir.

Ayrıca sosyokültürel etkenleri değerlendirme sırasında hastaların şu anda yaşadıkları yerin öğrenilmesinin yeterli olmadığı, hangi sosyokültürel ortamda yetiştiklerinin, hangi sosyal sınıfa ait olduklarının, hangi inanç sistemini benimsediklerinin belirlenmesinin, hastalık atfını etkileyen süreçler açısından daha aydınlatıcı olabileceği düşünülmektedir. Hastalık süresinin belirlenmemiş olması da çalışmanın yorumlanmasında eksikliğe neden olmuştur. Hastalığa yeni yakalanma dönemi ile kronikleşme dönemlerindeki atıflar ve çare arama davranışlarının birbirinden farklı olması beklenir.

SONUÇ

Psikotik nitelikteki hastalıklarda tedaviye erken başlama ile hastalığın gidişi arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle hastalık belirtilerine yüklenen anlamların olabildiğince erken dönemde tıbbi modele

yakın bir şekilde anlaşılmasını ve tıbbi çare arama yöntemlerine başvurulmasını sağlamak önem taşımaktadır. Hastanın, ailenin ve toplumun hastalığın doğası ve belirtilerle başa çıkma konularında yeterli düzeyde bilgi ve beceri kazanmalarını sağlayacak ruhsal eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Abiodun O (1995) Pathways to mental health care in Nigeria. *Psychiatr Serv*, 46:823-826.
- Addington J, van Mastrigt S, Hutchinson J, Addington D (2002) Pathways to care: help seeking behaviour in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 106:358-364.
- Alem A, Kebede D, Woldeesmiat G, Jacobsson L, Kullgren G (1999) The prevalence and socio-demographic correlates of mental distress in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 397:48-55.
- Banerjee G, Roy S (1998) Determinants of help-seeking behaviour of families of schizophrenic patients attending a teaching hospital in India: An indigenous explanatory model. *Int J Soc Psychiatry*, 44:199-214.
- Bayer JK, Peay MY (1997) Predicting intention to seek help from professional mental health services. *Austral and New Zealand J Psychiatry*, 31:504-513.
- Beckerleg S (1994) Medical pluralism and islam in Swahili communities in Kenya. *Med Anthropol Quarterly*, 8:299-313.
- Bhana K, Daniels CS (1987) Generational changes in conceptions of mental illness: a study of a South African sample. *J Cross-Cult Psychol*, 17:493-505.
- Bhui K, Bhugra D (2003) Correspondence. *Br J Psychiatry*, 183:170.
- Campion J, Bhugra D (1997) Experiences of religious healing in psychiatric patients in South India. *Soc Psychiat and Psychiatric Epidemiol*, 32:215-221.
- Coursey RD, Keller AB, Farrell EW ve ark. (1995) Individual psychotherapy and persons with severe mental illness: the client's perspective. *Schizophr Bull*, 21:102-119.
- Csordas TJ, Lewton E (1998) Practice, performance and experience in ritual healing. *Schizophr Bull*, 35:435-512.
- Craig TJ, Bromet EJ, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Lavelle J, Galambos N (2000) Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? *Am J Psychiatry*, 157:60-66.
- Dein S (2002) Transcultural psychiatry *Br J Psychiatry*, 181:535-536.
- Fosu G (1995) Women's orientation toward help-seeking for mental disorders. *Soc Sci and Medicines*, 40:1029-1040.
- Göka E (2005) Türklere ruh: Türklere grup davranışına yön veren inançlar. Ed. İ Kırpınar 41. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı ve kongre sunumu. Erzurum, s. 92-93.
- Horwitz AV (1996) Seeking and receiving mental health care. *Curr Opin in Psychiatry*, 9:158-161.
- Horwitz AV (2002) Outcomes in the sociology of mental health illness: where have we been and where are we going? *J Health Soc Behav*, 43(2):143-51.
- Iliyasu M, Last M (1991) Mental illness at Goron Dutse Psychiatric hospital. *Kano Studies, Special issue*, 3:41-70.
- Kılıç C, Rezaki M, Ustun T, Gater R (1994) Pathways to psychiatric care in Ankara. *Soc Psychiat and Psychiatric Epidem*, 29: 131-136.
- Kirmayer LJ, Minas H (2000) The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective. *Can J Psychiatry*, 45:438-446.
- Kleinman A (1980) Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, psychiatry. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman A (1986) Social Origins of Distress and Disease: Depression and Neurasthenia in Modern China. New Haven: Yale University Press.
- Kulhara P, Avasthi A, Sharma A ve ark. (2000) Magico-religious beliefs in schizophrenia: A study from North India. *Psychopathology*, 33:62-68.
- Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC ve ark. (1996) First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophr Bull*, 22:241-256.
- Littlewood R (1990) From categories to contexts: a decade of the new cross-cultural psychiatry. *Br J Psychiatry*, 156:308-327.
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir MJ ve ark. (1992) Duration of untreated psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 149:1183-1188.
- Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T (2005) Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9):975-83.
- Mechanic D (1982) Mental health and social policy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Moravcsik JME (1998) Meaning, creativity and the partial inscrutability of the human mind. Stanford, California, CSLI Publications.
- Ocak AY (2002) Alevi ve Bektaşî İnançlarının İslam Öncesi Temelleri. İletişim Yayınları, İstanbul, 3. Baskı, s.149-170.
- Oosthuizen P, Emsley RA, Keyter N, Niehaus DJ, Koen L (2005) Duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. Perspective from a developing country. *Acta Psychiatr Scand*, 111:214-9.
- Ratanatikanon C, Assanangkornchai S, Tanchaiswad W ve ark. (1997) Pattern of help-seeking by relatives of psychotic patients *J Psychiatr Assoc Thailand*, 42(4):226-33.
- Ritsher JE, Coursey RD, Farrell EW ve ark. (1997) A survey on issues in the lives of women with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 48 (10):1273-82.
- Romney DM (1994) Cross-validating a causal model relating attributional style, self-esteem and depression: An heuristic study. *Psychological Reports*, 74:203-207.
- Serematakis C (1994) The Memory of the Senses, Part 1, C. Serematakis (ed), *The Senses Still: Perception and Memory as Material Culture in Modernity*. Boulder: Westview, s.6.
- Shin SK, Lukens EP (2002) Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatr Serv*, 53:1125-1131.
- Urdaneta ML, Saldana DH, Winkler A ve ark. (1995) Mexican American perceptions of severe mental illness, *Human Organization*, 54:70-77.
- Vaglum P (1996) Earlier detection and intervention in schizophrenia: Unsolved questions. *Schizophr Bull*, 22:347-351.
- Van Os J, Mckenzie K, Jones P ve ark. (1997) Cultural differences in pathways to care, service use and treated outcomes. *Curr Opin in Psychiatry*, 10:178-182.

Waddington JL, Youssef HA, Kinsella A ve ark. (1995) Sequential cross-sectional and 10-year prospective study of severe negative symptoms in relation to duration of initially untreated psychosis in chronic schizophrenia. *Psychol Med*, 25:849–857.

Wei CX, Chen SX, Jin LP ve ark. (2005) Influence of systemic health education on the drug compliance in the patients with schizophrenia. *Chin J Clin Rehabil*, 9:52-53.

Weiss M (1997) Explanatory model interview catalogue (EMIC): Framework for comparative study of illness. *Transcult Psychiatry*, 34:235–263.

Whittle P (1996) Psychiatric disorder and the development of a causal belief questionnaire. *Journal of Mental Health*, 13:257-266.

Wyatt RJ, Green MF, Tuma AH ve ark. (1997) Long-term morbidity associated with delayed treatment of first admission schizophrenic patients: a re-analysis of the Camarillo State Hospital data. *Psychol Med*, 27:261–268.

HASTALIK MODELİ ANLAMA ANKETİ

Cinsiyeti: a) E b) K

Yaş:

Eğitim:

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Yüksek okul
- g) Üniversite

Medeni Durumu:

- a) Bekar
- b) Evli
- c) Dul

Ailenin kazancı:

- a) 200 milyonun altında
- b) 200-600 milyon arası
- c) 600 milyon üzeri

Yaşadığı yer:

- a) Köy
- b) İlçe
- c) İl
- d) Büyükşehir

DSM- IV Eksen 1 tanısı :

En önemli ilk yakınması:

Psikiyatra tanı koyduran en önemli ilk üç yakınma:

Hastalığınıza yol açan en önemli etken sizce neydi?"

- | | | |
|--|---|---|
| a) Ailevi sorunlar | E | H |
| b) Maddi sorunlar | E | H |
| c) İş yerindeki sorunlar | E | H |
| d) Kendi iç dünyası ile ilgili sorunlar (kişisel özellikler vb.) | E | H |
| e) Arkadaş ilişkileri ile ilgili sorunlar | E | H |
| f) Doğüstü güçler | E | H |

Sizce hastalığınız niçin şimdi ortaya çıktı?

- | | | |
|--|---|---|
| a) Yakın çevresi ile ilişkilerinin bozulması | E | H |
| b) Yılların birikimini artık tolere edemez olmuş | E | H |
| c) Bilmiyor | | |

Bu yakınmaları için daha önce aradığı çareler nelerdir?

- | | | |
|---|---|---|
| a) Geleneksel (Kaplıcalar, şifalı otlar, şifalı sular, seyahat) | E | H |
| b) Dinsel (Hocaya gitmek, yatıra adakta bulunmak vb.) | E | H |
| c) Psikiyatra gitmek | E | H |
| d) Psikiyatır dışı doktorlara gitmek | E | H |
| e) Diğer | E | H |
| f) Çare arayışı olmamış | E | H |
| g) Kendini telkin etmiş | E | H |

Ailenizden birisinde bu yakınmalar olsa nasıl çözüm ararsınız?

- | | | |
|---|---|---|
| a) Geleneksel | E | H |
| b) Dinsel | E | H |
| c) Psikiyatra gitmesini söylerim | E | H |
| d) Diğer | E | H |
| e) Çare arayışı olmazmış | E | H |
| f) Kendisine telkin etmesini söylerim | E | H |
| g) Psikiyatri dışı hekimlere gönderirim | E | H |

Çevrenizdeki insanlardan herhangi biri bu şekilde rahatsızlanırsa ne yapardı?

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| a) Herhangi bir doktora giderdi | E | H |
| b) Psikiyatra giderdi | E | H |
| c) Hocaya giderdi | E | H |
| d) Bilmiyorum | E | H |