

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

Emine SAVAŞCI

HEKİME GÜVEN, KISITLANMIŞ ÖZGÜRLÜK VE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÇERÇEVESİNDE PSİKİYATRİ
HASTALARININ TEDAVİYE DEVAM DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MUŞ-2023

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

Emine SAVAŞCI

HEKİME GÜVEN, KISITLANMIŞ ÖZGÜRLÜK VE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÇERÇEVESİNDE PSİKİYATRİ
HASTALARININ TEDAVİYE DEVAM DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ YÖNETİCİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Özgür YEŞİLYURT

MUŞ-2023

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
ÖZET.....	III
ABSTRACT	IV
TEŞEKKÜR	V
KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HEKİME GÜVEN

1.1. GÜVEN KAVRAMI	4
1.1.1. Sağlık Alanında Güven	6
1.1.2. Hekime Güven.....	8
1.1.3. Hekime Güveni Etkileyen Faktörler.....	10
1.1.3.1. Hasta Kaynaklı Faktörler.....	10
1.1.3.2. Hekim Kaynaklı Faktörler	12
1.1.3.3. Hastalık Kaynaklı Faktörler.....	14
1.1.3.4. Sistem Kaynaklı Faktörler	14

İKİNCİ BÖLÜM

KISITLANMIŞ ÖZGÜRLÜK

2.1. ÖZGÜRLÜK VE KISITLANMA KAVRAMI.....	17
2.1.1. Psikiyatri Hastalarının Özgürlüğünü Kısıtlayan Durumlar	18

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA

3.1. DAMGALANMA KAVRAMI	24
3.1.1. Damgala(n)ma Sebepleri.....	25
3.1.2. Damgalanma Çeşitleri	28
3.1.3. Damgala(n)ma Teorisi.....	30
3.2. DAMGALANMA VE PSİKİYATRİ HASTALARI	31

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SOSYAL HİZMET VE TEDAVİYE DEVAM DURUMU

4.1. SOSYAL HİZMET UZMANLARININ RUH SAĞLIĞINDAKİ ROLÜ	36
---	----

4.2. PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMETİN TEDAVİYE UYUMU KOLAYLAŞTIRMA İŞLEVİ	38
---	-----------

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAHA ARAŞTIRMASI

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	43
5.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	43
5.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE HİPOTEZLERİ	43
5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	48
5.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	49
5.5.1. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ).....	50
5.5.2. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği.....	51
5.6. VERİLERİN TOPLANMASI	51
5.7. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ	52
5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	52
5.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	53
5.10. ARAŞTIRMANIN BULGULARI	54
5.11. TARTIŞMA	77
SONUÇ VE ÖNERİLER	86
KAYNAKÇA	90
EKLER	100

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEKİME GÜVEN, KISITLANMIŞ ÖZGÜRLÜK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÇERÇEVESİNDE PSİKİYATRİ HASTALARININ TEDAVİYE DEVAM DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine SAVAŞCI

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özgür YEŞİLYURT

2023, 100 sayfa

Ruhsal hastalıkların tedavi sürecini etkileyen unsurlardan bazıları şunlardır: hekime güven, içselleştirilmiş damgalanma ve kısıtlanmış özgürlük. Hekimle olan iletişimde sorun yaşayan, hem kendisi hem çevresi tarafından damgalanan ve ruh sağlığı hizmeti alma sürecinde olumsuz durumlara maruz kalan hastalar; kendini kısıtlanmış hissederek tedaviye uyum, devam ve memnuniyet noktasında problem yaşamaktadır. Bu süreçte hastaların yaşadığı problemleri en aza indirip adaptasyonu kolaylaştırmak amacıyla sosyal hizmet müdahalesi oldukça önemlidir.

Çalışmanın amacı; ruh sağlığı hizmetine başvuran hastaların tedaviye devam durumlarının hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanma kavramları açısından sosyal hizmet disiplini temelinde değerlendirilmesidir.

Çalışmanın örneklemini, Muş Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğinden hizmet alan 225 hasta oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılarak nicel veri analizi yapılmıştır. Analizlerde Frekans Analizi, Bağımsız Örneklem t Testi ve ANOVA Testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda; hekimle iletişim sorunu yaşamayan, tedaviyi onaylayan, muayene süresini yeterli bulan katılımcıların Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Tedavi süresi uzadıkça Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalaması artmaktadır. Ruhsal hastalıklarda tedavi başarı oranı; hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanmaya bağlı olarak tedaviye devam durumunu etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hekime Güven, Kısıtlanmış Özgürlük, İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikiyatri Polikliniği, Sosyal Hizmet

ABSTRACT
MASTER'S THESIS
EVALUATION OF ONGOING TREATMENTS OF PSYCHIATRIC PATIENTS
WITHIN THE FRAMEWORK OF CONFIDENCE IN THE DOCTOR,
RESTRICTED FREEDOM AND INTERNALIZED STIGMA

Emine SAVAŞCI

Advisor: Assistant Professor  zg r YEŐILYURT

2023, Page: 100

Some of the factors affecting the treatment process of mental illnesses are: trust in the physician, internalized stigma and limited freedom. Patients who have communication problems with the physician, who are stigmatized by themselves and their environment, and who are exposed to negative situations in the process of receiving mental health services; feels restricted and has problems in compliance, continuation and satisfaction with treatment. In this process, social work intervention is very important in order to minimize the problems experienced by patients and facilitate adaptation.

The aim of this study is to evaluate the treatment attendance status of patients applying to mental health services in terms of trust in the physician, restricted freedom and internalized stigma on the basis of social work discipline. The sample of the study consists of 225 patients who received service from the psychiatry outpatient clinic of Muş State Hospital. Frequency Analysis, Independent Sample t-Test and ANOVA Test were used in the analyses.

As a result of the research; Participants who had no communication problems with the physician, who approved the treatment, and who found the duration of the examination sufficient, had a higher mean of Trust Communication Scale in the Patient-Physician Relationship. The mean of the Internalized Stigma Scale in Mental Illnesses increases as the duration of treatment increases. Treatment success rate in mental illnesses; Trust in the physician, limited freedom and internalized stigma affect participation in treatment.

Key Words: Trust the Physician, Restricted Freedom, Internalized Stigma, Psychiatry Outpatient Clinic, Social Work.

TEŞEKKÜR

Tez sürecim başta olmak üzere yüksek lisans eğitimim boyunca bana çok yönlü desteğini esirgemeyerek ilham veren ve çalışma sürecimi her daim kolaylaştıran akademiye gerçek anlamda gönül vermiş değerli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Özgür YEŞİLYURT'a çok teşekkür ederek saygılarımı sunuyorum.

Çalışmak istediğim konu kapsamında başlığımı netleştirmemde yardımcı olan değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Beyza ERKOÇ'a, tezime farklı noktalarda katkı sunarak derinlik kazandıran değerli hocalarım Dr. Öğretim Üyesi Ayşin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR ve Doç. Dr. Ümmet ERKAN'a teşekkür ediyorum.

Tez çalışmamın ana aktörleri olan Muş Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğinden hizmet alan ve anketime katılım sağlayarak çalışmamı bitirmem için zaman ayıran her bir hastaya ayrı ayrı teşekkür ederek acil şifalar diliyorum.

Hayatımın her anında olduğu gibi tez sürecimde de yanımda olarak beni her açıdan destekleyen moral ve motivasyon kaynağım, yüce gönüllü annem Saadet SAVAŞCI'ya; aramızdaki yaş farkına bakmaksızın yeri geldiğinde bana ablalık yapıp akademik hayallerime ortak olan canım kardeşim Evra SAVAŞCI'ya; maddi ve manevi olarak her zaman beni kollayan ancak yüksek lisans eğitimine adım attığım süreçte hayata veda ederek yanımda olamayan daima kalbimde taşıdığım sevgili babam Nuri SAVAŞCI'ya yürekten teşekkür ediyorum.

Muş-2023

Emine SAVAŞCI

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	:	Avrupa Birliği
EKG	:	Elektrokardiyografi
MHRS	:	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
RHİDÖ	:	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
TDK	:	Türk Dil Kurumu
TRSM	:	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	:	Ve benzeri
vd.	:	Ve diğerleri

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.1. Güven Tanımları.....	4
Tablo 3.1. Ruh Sağlığının Sosyal, Çevresel ve Ekonomik Belirleyicileri	27
Tablo 3.2. Halk Damgalaması-İçselleştirilmiş Damgalama	29
Tablo 5.1. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt Boyutları	50
Tablo 5.2. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği Alt Boyutları.....	51
Tablo 5.3. Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarına ait Chronbach Alpha Değerleri .	54
Tablo 5.4. Verilere ait Normallik Tablosu ile Ortalama Standart Sapma Değerleri ...	53
Tablo 5.5. Katılımcılara ait Demografik Değişkenlerin Dağılımı	55
Tablo 5.6. Zararlı Alışkanlıklar ve Ruh Sağlığı Hizmeti Süreci ile İlgili Sorulara ait Cevapların Dağılımı	57
Tablo 5.7. Kısıtlanmış Özgürlük Kavramı ve Muayene Süreci ile İlgili Sorulara ait Cevapların Dağılımı	59
Tablo 5.8. Demografik Değişkenler ile Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi.....	62
Tablo 5.9. Kısıtlanmış Özgürlük ve Muayene Süreci ile İlgili Sorular ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi.....	66
Tablo 5.10. Demografik Değişkenler ile Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi	71
Tablo 5.11. Ruh Sağlığı Hizmeti Süreci ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi	75

GİRİŞ

Sağlık ya da hasta olmama hali; bütünsel anlamda beden, zihin, ruh ve sosyal bileşenlerin kişisel faktörler normalinde belirli bir iyilik düzeyinde tutularak bireyin kendine karşı sorumlu olmasını ifade etmektedir. Yani sahip olunan beden, ruh, zihin ve sosyal iyilik halinin korunması en başta bireyin kendi ödevidir. Bu korumanın sağlanması ya da iyilik halinin kötüye evrilmesi durumunda diğer toplumsal kurumların temeli olan sağlık kurumuna başvurularak gerekli hizmet alınmaktadır.

Koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici olarak 4 sınıfa ayrılan sağlık hizmetlerinden bilinçli şekilde yararlanan bireyler, gereksiz hasta yoğunluğunu önlemiş olmakta aynı zamanda mevcut sağlık problemini daha hızlı ve verimli şekilde çözerek zamandan tasarruf etmektedir. Bu tutumla doğrudan bireysel katkı sağlamanın yanı sıra dolaylı yoldan da sağlık sisteminin işleyişini kolaylaştırmaktadır (Altay, 2007: 34). İşlevsel bir sağlık sistemi mevcut olduğunda sağlık problemlerinin çoğu birinci basamak sağlık hizmetlerinde çözümlenebilmektedir (Taşcı, 2013: 31). Sağlık hizmetinin sunumu nitelik ve nicelik yönünden değerlendirildiğinde; nüfus yoğunluğunun artması ile birlikte sağlık kurumundan alınan hizmete duyulan ihtiyaç ve bu kapsamda yapılan harcamalar artmış olup bu büyük nüfus dilimine yeterli hizmeti sunabilmek amacıyla nitelik-nicelik dengesi tam olarak sağlanamamaktadır (Ritzer, 2011). Toplumsal gelişme sürecinin kilit noktalarından biri olan sağlık kurumundan en verimli şekilde yararlanabilmek için mevcut sağlık durumuna göre uygun nicelik ve nitelik olarak kalifiye ve nüfus yoğunluğunu dikkate alan sağlık basamaklarının takip edilmesi önem arz etmektedir.

Günlük hayatta sürekli yüzleşilen ve mücadele alanının giderek genişlediği çoğunlukla sistem kaynaklı sorunlardan bazıları işsizlik, kentleşme, yoksulluk, yozlaşma, değer yitimi, şiddet, istismar vb. olarak sıralanabilir. Bu sorunlar artarak tekrarlandığında bireysel olmaktan çıkıp kolektif hale gelerek bireyler ve toplumlar üzerinde farklı etki bırakmaktadır. Bunun sonucunda bireylerden hareketle daha geniş bir kitleye yayılarak topluma yansıyan sorunlar yön değiştirerek derinleşmektedir. Son zamanlarda yaşanan olumsuzlukların had safhaya ulaşması bireysel dolayısıyla toplumsal sağlığı tehdit etmektedir. Fiziksel hastalıkların yanı sıra ruhsal hastalıklar da artış göstermekte ve bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir. Diğer bir deyişle sosyal sorunlar, ruhsal

hastalıklara davetiye çıkarmaktadır. Ruhsal hastalıklarla baş edebilmek için öncelik, bireyin kendine dair farkındalığı ve bilinçlilik hâlidir. Kendine dair bilinci ve farkındalığı yüksek olan bireyler, ikinci aşamada uygun sağlık kurumlarına başvurarak gerekli tedavi sürecine dahil olmaktadır.

Sağlık kurumlarından alınan hizmetin işlevselliğini artıran bir faktör olan güven, hasta-hekim ilişkisinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Sağlığını geri kazanmak isteyen veya mevcut sağlık durumunu iyileştirmeye çalışan hasta, pratik ve hızlı yoldan hekimin otoritesini kabul ederek onaylamaktadır (Öngören, 2017: 67). Bu onaylama durumu hekime koşulsuz güvenin bir ifadesidir.

Sağlık hizmeti alma aşamasında hekime güveni etkileyen aynı zamanda hastaların sahip olduğu temel hakları ihlal eden teşhis ve tedavi sürecine olumsuz etki ederek hastaların özgürlüğünü kısıtlayan bazı durumlar söz konusudur. Muayene süresinin yetersizliği, istek dışı tedavi, ilaç tedavisinin yan etkileri, iletişim sorunu, tedavi ekibini seçememe gibi sorunlar tüm tıp branşlarında var olmakla birlikte özellikle psikiyatride ön plana çıkmaktadır (Kamışlı vd., 2016: 254-256).

Tarihsel süreçte ruh sağlığı, fiziksel sağlığa göre daha soyut algılanan bir konumda olduğu için ön plana çıkmamıştır. Günümüze doğru yaklaşıldığında ve bugünden hareketle gelecek için öngörülebilir durumda ruh sağlığının pek çok sorunun oluşmasında ya da önlenmesinde bir itki olduğu görülmektedir.

Genel sağlık kapsamında tamamlayıcı role sahip olan ruh sağlığı, toplum nezdinde de farklı şekillerde değerlendirilmektedir. Genel bir ifadeyle ruhsal hastalığı olan bireyler kabul edici veya eleştirici tutumdan biriyle karşılaşmaktadır. Çoğunlukla olumsuz tutum sergilenmekte damgalama eğilimi ağır basmakta ve olumsuz yargıların davranışa dönüşmesi sonucu gerekli durumda bu alanda hizmet almak riskli görülmektedir (Karagöl vd., 2013). Dolayısıyla bireyler ruh sağlığı hizmeti alma noktasında kaçınmacı yaklaşım sergilemektedir.

Sosyal hizmet disiplini, ruh sağlığı alanında sosyal ve çevresel değişkenleri saptayarak riskleri ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Tedavi boyunca hasta ve ailesini gözlemleyerek uygun yaklaşımla müdahalede bulunmaktadır. Yani bireylerin ruh sağlığına doğrudan ya da dolaylı biçimde tesir eden çevresel ve sosyal değişkenler

üzerinde durarak gerekli faaliyetleri yürütmektedir (Güzel ve Zubaroğlu Yanardağ, 2021: 145).

Çalışmanın amacı; ruh sağlığı hizmetine başvuran hastaların tedaviye devam durumlarının hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanma kavramları açısından sosyal hizmet disiplini temelinde değerlendirilmesidir.

Çalışma, nicel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Her bir katılımcı için önceden hazırlanan soruların aynı şekilde ve sırada sorulduğu anket formu, Muş Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğinden hizmet alan 225 gönüllü hasta tarafından doldurulmuştur.

Çalışmanın birinci bölümünde, genelden özele doğru güven kavramı değerlendirilmiştir. Sağlık alanındaki güvenden hareketle hekime güven kavramı ele alınmış ve hekime güveni etkileyen unsurlardan bahsedilmiştir. İkinci bölümde, kısıtlanma ve özgürlük kavramlarından hareketle kısıtlanmış özgürlük kavramına değinilmiş ve psikiyatri hastalarını kısıtlayan durumlara yer verilmiştir. Üçüncü bölümde; damga kavramı, damga türleri, damgalama teorisi üzerinde durulmuş ve psikiyatri hastalarının damgalanma süreci değerlendirilmiştir. Dördüncü bölümde hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanma kavramlarının tedaviye devam durumuna etkisi sosyal hizmet disiplini çerçevesinde değerlendirilmiştir. Çalışmanın son bölümü olan beşinci bölümde ise saha araştırmasına yer verilerek çalışmaya dair bulgu, sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HEKİME GÜVEN

Hekime güven, sağlık hizmetinin işlevselliğini etkileyen bir unsurdur. Bu bölümde genel güven kavramından yola çıkarak sağlık alanında güven, hekime güven ve hekime güveni etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

1.1. GÜVEN KAVRAMI

Literatürde de bu kavram üzerine temellenen çalışmalarda sıklıkla bahsedilen güven kavramının net bir şekilde tanımlanamamasıdır. Genel olarak güven; şüphesiz teslim olmayı ifade etmektedir. Güvenilme değeri taşıyan unsur her neyse (kurum, kişi vb.) ondan kötülük gelmeyeceğine kanaat getirilmesidir. Geniş bir kapsamda değerlendirilen bu yüzden üzerinde ortak fikir birliğine varılamayan güven kavramının çeşitli tanımları mevcuttur (Tablo 1.1). Tarihsel süreçte güven kavramının kökleri eskiye dayanmakta atasözü, deyim ve vecizelerde bu kavrama sıklıkla değinilmesi bu tezi doğrulamaktadır. Birine ya da bir şeye güvenmek insanın varoluşunun temel yapı taşlarından birini ifade etmektedir. Güven hissi; bir nevi ihtiyaçtır, bireyin yaradılışından gelen bir zorunluluktur.

Tablo 1.1’de çeşitli güven tanımlarına yer verilmiştir.

Tablo 1.1. Güven Tanımları

Yazar	Yıl	Tanım
Rotter	1967	Bireyler arası güven diğerlerinin yazılı ve sözlü vaadine bireyin saygı duyacağına dair beklentisidir.
Zand	1972	Diğerlerinin faaliyetlerinde denetim yetersizliği ve bireysel zayıflık ortaya çıkaran kişinin belli olmayan olayların neticesinde yararçı beklentiye dayalı kararıdır.
Golembiewski ve Mc Konkie	1975	Kişisel algılama ve deneyimlere dayalı, olayların istenen neticesine dair yararçı subjektif inançtır.
Meeker	1983	Karşıdaki kişiden işbirlikçi davranma beklentisidir.

Tablo 2.1. Güven Tanımları (devamı)

Butler&Cantrell	1984	Karşı tarafın davranış biçiminin yeterli, tutarlı, doğru güvenilir, açık olacağına dair beklentide olmaktır.
Lewisve Weigert	1985	Güven, objeye karşı ya kuvvetli hisler (duygusal evren) ya mantıklı nedenler (bilişsel güven) ya da her ikisinin bir arada güdülendiğini ifade eden bir kavramdır.
Rempel ve Holmes	1986	Tahmin edilebilme, itimat edilebilme ile kabul edilebilme aynı derecede mühimdir.
Gambetta	1988	Bir ekonomik aktörün diğerine yönelik fayda sağlayan en azından zarar vermeyecek davranışta bulunmaya karar verme olasılığıdır.
Butler	1991	Diğerlerine zarar verme faaliyetlerine dair net biçimde söz verilmesidir.
Bromiley ve Cummings	1992	Bireyin (ya da grubun), diğerlerine vermiş olduğu sözler kapsamında davranacağına, müzakerelerde dürüst olacağına, ihtimal olduğunda dahi yararlı davranış göstermeyeceğine dair inançtır.
Mayer, Davis ve Schoorman	1995	Bir kişi ya da grubun diğer kişi ya da gruba karşı savunma yapmak istememesidir.

Kaynak: Neveu, V. 2000, "Organizational Trust: Definition and Measurement", www.agrh.org/english/neveu.uk adresinden akt. Kalemci Tüzün, 2007: 97-98.

Güven; söz ya da vaatlerin yerine getirilmesi, yasal ve ahlaki olanın uygulanması, gizli olan işlerin yapılmaması, tuzak kurulmaması vb. anlamları içeren şeffaf, etik, açık ve mert olmayı ifade eden bir kavramdır (Bostan, 2020: 81). TDK'ye göre güven ise; korkmadan, çekinmeden, şüphe duymadan bir şeye inanılması ya da bağlanması, itimat edilmesidir (<https://sozluk.gov.tr/> adresinden 01.01.2023 tarihinde erişildi). Güvenme sürecinde güven duymak isteyen taraf, çıkarları ve istekleri doğrultusunda karşıdaki

kişi ya da kuruma bağlı kalarak bu istek veya çıkarlarının korunacağına inanmak zorundadır (Kalemci Tüzün, 2007: 96). Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisinde (1943), fizyolojik ihtiyaçlardan sonra yer alan güven ihtiyacının karşılanmadan diğer ihtiyaç basamağına geçilemeyeceğinden bahsetmektedir. Bu durumda kendini gerçekleştirme, öz saygı, aidiyet gibi sosyal ihtiyaçların karşılanması için bireyler girişimde bulunmamaktadır. Hâl böyleyken ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalite algısının negatifleşmesi muhtemeldir (Kula ve Çakar, 2015:193). Beslenme, barınma, giyinme nasıl zorunlu bir ihtiyaç olarak değerlendiriliyorsa güvenme, güvende hissetme, ait olma da aynı şekilde zorunlu ihtiyaçlar olarak değerlendirilmelidir (Çoban, 2021: 117). Görüldüğü üzere yapılan bazı güven tanımlarının bulunduğu ortak payda; güvenin zorunlu bir ihtiyaç ve yaşamsal faaliyetleri sürdürebilmek için temel kriterlerden biri olmasıdır. Giderek belirsizleşen dünyada güven duygusunun oluşması karmaşıklığı azaltmakta ve güven duyulan konunun netlik kazanmasını sağlamaktadır.

Genel güven anlayışından hareketle değişen ve dönüşen dünyada güvenin operasyonel -bağlamına göre- olarak tanımlanmasıyla güven türlerinden bahsedilmektedir. Güven kavramının tanımlanmasında olduğu gibi çeşitlerinde de pek çok sınıflandırma mevcuttur. Ancak literatürde sıklıkla bahsedilen güven türleri; sosyal güven, kısmi/özgüleştirilmiş güven ve siyasal güven şeklindedir. Güvenin var olduğu düşünülen ortamda yoğunluk, durum ve yönelişe göre çeşitliliğin artması mümkündür (Can, 2019: 50). Dolayısıyla güven kavramının dinamik bir yapısı olduğu ve zaman ya da bağlama göre değişim gösterdiği söylenebilir.

Bağlamsal olarak sağlık kurumlarından alınan hizmetin niteliği, bireylerde hizmet algısı ve bu algıya dayalı güveni oluşturmaktadır. Güven duygusunun artması bireyin tedavi girişimine ve tedavi sürecine doğrudan etki etmektedir.

1.1.1. Sağlık Alanında Güven

Toplumun temel kurumlarından biri olan ve refah seviyesini yüksek oranda etkileyen sağlık kurumu, ruhsal ve fiziksel hastalıkların teşhis ve tedavi sürecinde temel aktör olarak rol oynamaktadır. Sağlık kurumunun yokluğu durumunda bireylerin ekonomi, din, siyaset, aile kurumlarında yer alması ve bu kurumların gerektirdiklerine sahip olması pek fazla anlam ifade etmemektedir. Yani zengin olmak, evli olmak, herhangi siyasi veya dini grubun mensubu olmak vb. sağlık olmadıktan sonra önemini

yitirmektedir. Toplum arasında sıkça kullanılan “Sağlık olsun” veya “Her şeyin başı sağlık” söylemleri de bu duruma atıf yaparak pekiştirmektedir.

Gerekli önlemler alındığı halde bireyler hasta olabilmektedir. Sağlık kurumları, hasta olan bireylere uygun tedavinin yapılmasını sağlayarak sağlıklarına kavuşturmaktadır. Böylece toplumu oluşturan birey, yeniden işlevsellik kazanmaktadır (Adak, 2015: 341).

Sağlık hizmeti; soyut, yüksek maliyet gerektiren, ikamesi olmayan, rastlantısal olarak tüketilen, boyut ve kapsamını hizmet verenin (hekim, hemşire vb.) belirlediği, hizmet alanın (hasta) irrasyonel davranış sergilediği, garantisi olmayan, değeri parayla ölçülemeyen, kamu malı niteliği olan, hataya yer vermeyen, daha önce test edilemeyen, talep dengesizliği ve bilgi asimetrisi bulunan, ertelenemeyen, hizmet kalitesi ve doyumunun önceden belirlenmesinin zor olduğu hizmet türüdür (Tengilimoğlu, 2014: 56-58). Sunulan sağlık hizmetinin bu nitelikleriyle birlikte sağlık sisteminin 3 ana amacından söz edilebilir: hizmet verilen nüfusun sağlığını geliştirmek, bireylerin beklentilerini yanıtlamak, hastalık-sağlık konusunda mali destek ve koruma sağlamak (Yeşiloğlu, 2020: 10-11). Bu amaçlar doğrultusunda hizmet sunulan kitlenin güvenini kazanmak esastır.

Operasyonel tanımlamayla sağlık alanında güven kavramı ele alındığında; sağlık hizmetine başvuran bireylerin sağlık sistemine ve sağlık personeline olan itimadı şeklinde ifade edilebilir. Özellikle sağlık sisteminin ana aktörü olan hekimlerin bireyler üzerinde oluşturduğu algı, bireylerin sağlık davranışına önemli derecede etki etmektedir. Hizmet aldığı sağlık kurumuna güvenen bireyin gerekli durumlarda sağlık kurumuna başvurması güven düzeyinin gereken noktada olduğunun kanıtıdır. Aksi halde sağlık kurumuna güvenmeyen birey, kaçınmacı yaklaşımla irrasyonel davranış sergilemektedir. Toplum bir arada tutarak bireylere hareket etme ve alternatif seçme olanağı sunan güven, teknolojik gelişmelerle artış gösteren alternatiflerin karmaşıklığını gidermek için stratejik bir etken rolü oynamaktadır. İlişkisel olan sağlık sistemlerinde güvenin sosyal sermaye ve kolektif eylemdeki rolüne dair tartışmalar gündemde yer alırken sağlık personelinin görevini yerine getirmemesi ve bundan kaynaklı tatminsizlikler, teknik bakımdaki ihmaller, randevu problemleri gibi olumsuzluklar döngüsel biçimde hizmet kalitesini düşürmektedir (Ertong, 2011: 18-21). Ayrıca kapitalist sistemle hastaların bir müşteriye

dönüşme sürecinde sağlık sektörü üzerinden finansal kâr amacı güden mantığın işlerlik kazanması ile bireylerin güveni kırılmakta ve bakış açısı olumsuz zeminde temellenmektedir. Tarihsel düzlemde günümüz toplumu bilgi toplumu olarak değerlendirildiğinde bireylerin daha eğitilmiş, farkındalık düzeyi yüksek ve bilinçli olduğu görülmektedir. Dolayısıyla sağlık kapsamında alınan hizmette, sahip olunan haklar -genel bir ifadeyle olması gerekenler hakkında daha fazla bilgi sahibi olunması- sağlıkta güven oranını etkilemektedir. Birey, sosyalizasyon sürecinde sağlık hizmeti alırken olumsuz bir deneyim yaşarsa oluşan algı hekim-hasta, hemşire-hasta vb. ilişkisinden yola çıkarak sağlık kurumuna genellenmektedir (Mechanic, 1996: 172-173).

1.1.2. Hekime Güven

Hastaların mevcut sağlık sorununu çözmeye en etkili unsur olarak gördüğü hekimler, bireylerin sorunlarına doğrudan müdahale ederek yaşam kalitesini yükseltmektedir. Teknolojik gelişmelerle birlikte sağlık sisteminde yaşanan değişim ve dönüşümle hekimlik mesleği derinleşerek boyut kazanmıştır. Temel, dahili ve cerrahi olarak 3'e ayrılan ana bilim dallarında uzmanlaşan hekimler, uzmanlık alanlarına göre sahip oldukları bilgi ve teknik uygulamalı olarak çalışmaktadır (Tengiz ve Babaoğlu, 2020: 69).

Bilgi ve uzmanlık, halkın güvene dayalı tutumunu geliştirmek için vardır (DuBase, 1995: 61). Uzmanlık, güvenilirlikle beraber tıp mesleğinin anlamını tanımlamada önemli bir özelliktir. Tıbbi bilgi ve tekniğe hâkim olma sürecinde hekim, beceri ve uzmanlığına güvenmektedir. Bu uzmanlık aynı zamanda hekimin diğerlerinden ayrılma noktasıdır. Çünkü hekime kısmen profesyonellik niteliği katmaktadır. Sahip olduğu vasıflarla hekim, bilgi ve becerilerini geliştirerek özerklik kazanıp sahip olduğu mevcut bilgileri hasta yararına kullanarak sosyal statü elde etmektedir. Hekiminin bilgi ve becerisini kendi yararına kullanmasını bekleyen hasta, kendini hekime (tıbba) emanet etmektedir. Bilgi ve güven, hekim-hasta ilişkisinin bileşenlerindedir. Hekimlerin tıbbi uzmanlık bilgisi hastalık durumuyla birleştiğinde farklı bir denge oluşmaktadır. Hekimler ve hastalar ortak bir sosyal dünyada yaşamalarına rağmen ilişkileri asimetriktir. Bu asimetri zamanla genişlemiştir. Hekimlerin sahip olduğu yetki –mesleki roller-sayesinde hekim hastanın tıbbi bilgi edinme ve yorumlama erişimine müdahale eder. Bu şekilde işleyen süreçte seçenekler sunan ve reddetme yetkisine sahip olma işlevi gören hekimlerdir. Bu işlev,

hastanın hekime güvenmesini gerektirir. Ancak bunun karşılığında hekim, hastanın çıkarları doğrultusunda yardımsever yaklaşım sergilemekle yükümlüdür. Fedakâr ve yardımsever olmak hekimlerden hareketle tüm insanlık için ortak bir görevdir (DuBase, 1995: 41).

Toplumda her bireyin sahip olduğu bir ya da birden fazla rol bulunmaktadır. Bu roller toplumsal olarak belirlenen davranış kalıplarıyla ortaya çıkmaktadır. Roller yerine getirildiğinde bir sistem ve bu sistemin alt sistemleri oluşmaktadır. Sağlık sistemi içinde hekim-hasta ilişkisi bir alt sistemi ifade etmektedir. Her iki taraf mevcut statü ve rolleriyle karşılıklı ilişki ve etkileşime girmektedir. Bunun sonucunda hekim, hekim rolünü hasta ise hasta rolünü yerine getirmektedir. Oluşan sosyal sistemin dengede kalabilmesi için her iki tarafın rollerini yerine getirmede eşit olması ve işlevselliğini koruması gerekmektedir. Bir sistem kuramcısı olan Parsons, rollerde sapma olması durumunda sistemin uyum ve dengesinin bozulacağından bahsetmiştir (Oskay, 1993: 111-112). Sistem içinde hekim-hasta rolü, hak ve sorumluluklar çerçevesinde kurumsallaşmış sosyal bir normdur.

Tarihsel kökleri oldukça derin olan ve en bilinen meslekler grubunda yer alan hekimliğin, toplum nezdinde statüsü oldukça yüksektir. Aynı zamanda hiyerarşik olarak bakıldığında toplumda güç ve otoriteyi temsil eden gruplardan biridir. Hasta, mevcut sağlık problemini çözmede gerekli bilgi ve beceriye sahip olan hekimlere bir bağlılık geliştirmektedir. Bu durum tıbbi güvenmeyi ve desteklemeyi gerektirir. Bununla birlikte güç ve otorite yanılmaya dayalıdır. Hekimler; yetki, güç, prestij ve imajlarını olumsuz yönde kullanıp hastaya şeffaf davranmadıklarında hastalar tarafından tutarsız olarak algılanıp hasta güvenini zedelemektedir (DuBase, 1995: 1). Hekim-hasta ilişkisinde yaşanan bu güven erozyonu, bireylerin hastalık ve sağlık davranışına etki ederek hekimlerin nicelik ve nitelik olarak verimsizleşmesine ve olumsuz değerlendirilmesine neden olmaktadır.

Modernleşme etkisi ile ontolojik temelde yaygınlaşan güvensizlik problemi, bireyleri çaresizliğe itmektedir. Küreselleşmenin tüm dünyada işlevsellik kazanması ile egemen güçlerin baskılayıcı tutumu renksiz, tekil ve robotlaşmış bir yaşamın gelişmesine zemin hazırlamıştır. Böylece birey, kendine ait sınırların ne kadar kolay ihlal edildiğini deneyimleyerek varoluşsal sancı çekmektedir (Korkmaz, 2015: 372). Bireyler, bireysel

kararlar verip sorumluluk almakta ve yaşama dair tecrübe kazanmaktadır. Verilen bu bireysel kararlar; güvensizlik, hesaplanamazlık, belirsizlik gibi sonuçlara yol açmaktadır. Bu sonuçlar toplumun temel kurumlarından biri olan sağlık kurumunda da etkisini hissettirmektedir (Beyaz Özbey, 2020: 1739). Hesaplanamazlık ve belirsizlik, sağlık hizmetlerinin genel özellikleri arasında da yer almaktadır. Sağlık hizmetinin soyut olması belirsizliğe yol açmakta; anlık gelişen sağlık problemleri hesaplanamamakta öncesi, sırası ve sonrası bilinmemektedir. Sağlık hizmetinin somutlaşmayan özellikleriyle birlikte hasta, hekim, hastalık veya sistemden kaynaklanan sebepler hasta bireylerde güvensizliği ortaya çıkarmaktadır.

1.1.3. Hekime Güveni Etkileyen Faktörler

Dünden bugüne hekimlik mesleğinin vizyonu ve misyonu güven faktörü üzerine temellenmiştir. Teşhis ve tedavi sürecinde bireyin hekime olan tutumunu belirlemede güven, mihenk taşıdır. Güven miktarı arttığında veya azaldığında sağlık ve hastalığı biçimlendiren unsurlardan hareketle rasyonel ya da irrasyonel davranış biçimleri ortaya çıkmaktadır.

Birey; biyolojik, sosyal, fiziksel ve kültürel çevreyle uyum sağlamadığında hastalık davranışı ortaya çıkmaktadır (Yeşilyurt, 2021: 41). Bireylerin genel anlamda fiziksel ve ruhsal hastalıklarını ortadan kaldırmak ve iyilik halini korumak amacıyla sağlık kurumlarına yönelmesiyle de sağlık davranışı oluşmaktadır (Yeşilyurt ve Savaşçı, 2022: 288).

Literatürün incelenmesi sonucu sağlık ve hastalık davranışını şekillendiren ve hekime güvenme sürecinde etkili olan bazı faktörler şöyle sıralanabilir (Bahadır, 2009: 1):

1.1.3.1. Hasta Kaynaklı Faktörler

Hastanın cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel özellikleri, kişilik yapısı, dini görüşü, fiziksel ve ruhsal durumu, genel yaşam algısı, farkındalık ve bilinçlilik düzeyi gibi bireysel etkenler hekime olan güveni etkilemektedir. Aynı hastalığa yakalanan ve eş zamanlı tedavi sürecine giren 2 hastadan biri daha zor ve uzun süreçte diğeri ise kolay ve kısa süreçte tedavi edilebilir (Başol, 2018: 8). Tedavi yönteminin bireysel faktörler doğrultusunda işlevsellik oranı değişmektedir. Dolayısıyla tedavinin bireysel faktörlerden etkilenen başarı oranı, hekime güveni de etkilemektedir.

Hayatın her alanında yer alarak tüm ihtiyaçlar için bir anlamlandırma süreci olan iletişim, sağlık kurumlarında hastanın mevcut sorununu ifade etmesi ve hekimin doğru teşhis ve tedaviyi belirlemesi için oldukça önemlidir. Hekim-hasta iletişiminde katılımcı bir bağlamın varlığı, hekime güveni artırarak tedaviye uyumu ve olası sorunların engellenmesini kolaylaştırmaktadır (Gülcemal ve Keklik, 2016: 65). Ancak eğitim düzeyi düşük bireylerin kendini ifade edemediği, yabancı uyruklu bireylerin hekimle ortak dili kullanamaması ve tercüman desteğinin eksikliği gibi sebeplerle iletişim süreci sekteye uğramaktadır. Meramını hekime yeterince aktaramayan hastanın doğru teşhisi gecikmekte veya tedavisi niteliksizleşmektedir. Bu durum hekimin mevcut tıp bilgisinin yeterliliğinin sorgulanmasına ve hekimden hareketle sağlık kurumlarına olan güvenin yozlaşmasına neden olmaktadır.

Hekim-hasta iletişimini sekteye uğratan bir diğer unsur, hekimlerin eğitimleri boyunca öğrenip hâkim oldukları tıp terminolojisidir. Hastalara yabancı olan tıp dili, hekimin hasta üzerinde baskı kurmasına neden olmaktadır. Yani hasta edilgen hekim ise etkendir. Hekimin verdiği bilgiler ve uygulamak istediği tahliller karşısında hasta, sorgulamadan kabullenici bir tutum sergilemektedir.

Hasta aldığı sağlık hizmetinin olması gereken niteliklerini bilmediğinde ve hekimin hastalıkla ilgili yeterli ve açıklayıcı bilgi vermemesinden kaynaklı, hekim-hasta iletişiminde asimetrik bilgi oluşmaktadır (Gülcemal ve Keklik, 2016: 66). Bilgi asimetrisinin sebep olduğu diğer bir sorun ise hastaların bir müşteri gibi değerlendirilmesiyle ortaya çıkmaktadır. Hekimin bilgisine güvenen hastalar, zaman zaman istismar edilmekte gereksiz ilaç kullanımı ve tedavi sürecine yönlendirilmektedir. Hekimin hastayı müşteri olarak değerlendirmesi daha fazla gelir elde etmek adına ihtiyaç duyulmayan hizmetlere yönlendirmesine ve dolayısıyla kaynakların gereksiz kullanımı ve zaman israfına yol açmaktadır. Etik olmayan bu yaklaşım, sağlık hizmetine gerçekten ihtiyaç duyan hastaların vaktinden çalarak engel teşkil etmekte ve adaletsizliğe neden olmaktadır (Aydan, 2020: 380-382). Elbette ki bu durum hekimlerin bütüncül yaklaşımıyla çelişmektedir. Çünkü hastanın başvurduğu sağlık hizmetinin branşı ne olursa olsun hastanın biyopsikososyal olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın sağlığının korunması veya hastalığın iyileştirilmesi durumlarından hangisi söz konusu olursa olsun bütüncül yaklaşımla mevcut durumun en iyisi hedeflenmelidir. Özellikle psikiyatrik müdahalenin tek yönlü olması, anlamlandırma sürecinde yetersizliğe neden

olmaktadır. Bu yüzden psikiyatrik müdahalede karşılıksız durumunun önüne geçilmelidir. Bunun yapılabilmesi de zengin bakış açısı (biyopsikososyal) ile mümkündür (Çiftci Durdu, 2010: 9).

Bugün toplumun her alanda algısını yöneten medya platformu; sağlık hizmetlerinin uygulanması, hekim-hasta iletişimi, hekim-hastane tercihi dolayısıyla hekime güven üzerinde etkili olmaktadır (Alkan vd., 2022: 234). Medyada izleyici kitlesine sunulan sağlık konulu programlar veya hekimlerin başrol olduğu haberler (şiddet, dolandırıcılık vb.) bireyler üzerinde olumlu veya olumsuz etki yaparak kaçınmacı veya girişimci sağlık davranışına neden olmaktadır. Ayrıca gündelik hayattaki sosyal ilişki ağıyla, hekime güven düzeyi artmakta ya da azalmaktadır. Bireylerin tecrübelerinden yola çıkarak sağlık kurumu ve hekim önerisi paylaşımı yapılması bu alandaki tercihleri etkilemektedir.

1.1.3.2. Hekim Kaynaklı Faktörler

Hekimin yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki deneyim, günlük çalışma süresi ve iş yoğunluğu, beden dili ve kullandığı ifadeleri, karakteri, fiziksel ve ruhsal durumu, giyim tarzı, rolü, iş doyumunu, tükenmişlik seviyesi, mesleğe bakış açısı gibi bireysel özellikler hastanın hekim üzerinde oluşturduğu güveni etkilemektedir. Hasta-hekim iletişimde başlangıçta etkili olan dış görünüş iletişimin seyrini önemli oranda şekillendirmektedir. Mesleki anlamda profesyonel olan hekim olduğu için ilişkiyi yönlendirecek ve hastanın sürece dahil olmasını sağlayacak olan hekimdir. Ancak bu yönlendirme doğru yapılamadığı durumlarda aksamalar yaşanmakta ve sürecin tamamı olumsuz etkilenmektedir (Başol, 2018: 7-8). Hekim-hasta iletişimi karşılıklıdır ve her iki tarafın da rolü teşhis ve tedavi süreci için eşit derecede önemlidir. Asimetrik bilgi kaynaklı iletişimin sekteye uğraması, hekimin hastayı döner sermayeye katkı sunacak bir araç olarak değerlendirmesi ve bu yüzden nitelik yerine niceliğe önem veren bir anlayışa sahip olması hasta üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır. Daha fazla hastaya bakmak için aceleci davranan hekimler, hastalık öyküsünü yeterince dinlememekte ve hastayı aydınlatma noktasında yetersiz kalmaktadır.

Hekime güveni büyük oranda etkileyen bir diğer faktör; hasta mahremiyetidir. Muayene sırasında hasta varken başka hastanın alınması; kan alma, diyaliz, kemoterapi ünitelerinde ve klinik, yoğun bakım, müşahede odalarında paravan/perde kullanılmaması, hastanın kişisel bilgilerine erişimin engellenmemesi gibi ihmaller hasta mahremiyetine

aykırıdır (Akar vd., 2019: 68). Bahsedilen bu aykırı durumların gerçekleşmesiyle hem hekime güven zedelenmekte ve hastalar kaygı, korku, utanma gibi duygulara maruz kalmakta hem de hukuksal zeminde hak ihlali gerçekleşmektedir. Çünkü uluslararası hukuk kapsamında özel hayata saygı gösterilmesi tıp hukukundaki gelişmelerle birlikte 'hasta mahremiyeti hakkı' olarak tanımlanmıştır. Bu hakka başta hekim olmak üzere tüm sağlık personelinin saygı duyması gerekmektedir. Aksi takdirde cezai ve hukuki yaptırım uygulanmaktadır (Can, 2020: 216-217).

Genel olarak hekimlerin ruhsal hastalığı bulunan bireylere karşı en baştaki tutumu da oldukça önemlidir. Ruhsal hastalıkların iyileştirilme sürecinde ve bu süreçte hastalara yönelik yaklaşımlarda negatif eğilim söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin birinci basamağında çalışan hekimlerin ruhsal hastalıklar ile hastalara dair genel bir bilgi eksikliği mevcuttur. Ruhsal yönden hastalık semptomlarını görebilseler bile net bir tanı (özellikle depresyon) koymada yetersiz kalmaktadırlar. Ruhsal hastalıkları iyileştirme noktasında birinci basamakta çalışan hekimlerin isteksizliği (yetersiz bilgi, konuşmaktan çekinme, prognoz açısından umutsuz olma, daha uzman birinden destek alamayacağını düşünme vb. nedenlerle) ruhsal hastalıkların iyileşme oranlarının düşük olmasına neden olmaktadır. Ayrıca ilaç kullanımı ile ilgili hekimlerin yanlış bilgilerinden kaynaklı yanlış yönlendirmeleri başarı oranı düşük tedavi süreçlerini beraberinde getirmektedir. Sağlık sisteminin hekime muayene süresi için tanıdığı vaktin kısıtlı olması ve muayene odasının psikiyatrik muayeneye uygun olmaması (hekimin yanı sıra başka sağlık personelinin de odada bulunması) birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruhsal tedaviyi engellemektedir (Gürlek Yüksel ve Taşkın, 2005: 119). Görüldüğü üzere hekimin sahip olduğu yaklaşımlar teşhis ve tedavi sürecini doğrudan etkilemektedir. Hekimin olumsuz tutum ve davranışları hastaya yansıdığı anda hastanın hekime güveni zedelenmekte ve tedavi süreci aksamaktadır. İyileşeceğini düşünmeyen hasta tedaviyi yarıda kesmekte ya da ilk muayeneden sonrasına gelmemektedir.

Hastanın hekime koşulsuz güven duyması ve tavsiyelerini yerine getirmesi, hekimin mevcut bilgilerinden hareketle vereceği doğru kararlara bağlıdır. Bilgi ve gayretlerinin en iyisini kullanarak yeterince dikkatli ve titiz davrandıklarında hastaların hekime olan bağlılığı artacak ve tedavi süreci başarıyla sonuçlanacaktır. Hekim, hastanın sağlığını en az onun kadar önemseyip bunu somutlaştırdığında hasta, hekimin kararını onaylatmak için başka bir hekime başvurma gereksinimi duymayacaktır. Ayrıca hekimin,

sağlık giderleri için gerekli harcamaları göz önünde bulundurarak hastanın maddi durumuna uygun tedavi, ilaç vb. belirlemesi hasta güvenini olumlu yönde etkileyecektir (Koca ve Erigüç, 2021).

1.1.3.3. Hastalık Kaynaklı Faktörler

Hastalık süreci, sadece fiziksel ya da sadece ruhsal sorunları barındırmamaktadır. Herhangi hastalık durumunda birey bütünsel şekilde olumsuz etkilenmektedir. Yani fiziksel ve ruhsal hastalıklar birbirini tetiklemektedir. Mevcut hastalığın üzerine eklenen diğer hastalıklar derinleştikçe tedavi süreci uzamakta ve işlevselliği azalmakta, tedavi süreci bitse bile hastalığın tekrarlama olasılığı artmaktadır. Bunun yanı sıra hastalarda endişe, korku, panik duygusu artmakta durum ciddileştikçe çaresizlik, öfke, aşırı duyarlılıkla birlikte depresyon ve türevi hastalıklar ortaya çıkmaktadır (Başol, 2018: 8). Hastalık ciddileşip tedavi süresi ve sıklığı artıkça hasta ve yakınları bu sürece uyum sağlamada problem yaşamakta ve hastanın günlük yaşam rutini değişmektedir. Sosyal uyumu zorlaşmakta bedensel ve ruhsal dengesi bozulmaktadır. Özellikle uzun soluklu hastalıklarda-örneğin kronik hastalıklar- sürecin seyri net olmadığı için belirsizlik duygusu ağır basmaktadır. Belirsizliğin artması ile tedavi sürecine dolayısıyla hekime duyulan güven azalmaktadır.

1.1.3.4. Sistem Kaynaklı Faktörler

Sağlık kurumu, bireyin kendini bildiği andan beri varlığını sürdürmektedir. Kökleri oldukça eskiye dayanan bu kurumun işleyişi sanayi devrimi, teknolojik gelişmeler, kapitalizm ve küreselleşme sonucu sürekli güncellenmiş ve güncellenmeye devam etmektedir. Dünden bugüne sağlık alanında yapılan uygulamalarla gelişme sağlansa da bugün hala sistemsel açıklar mevcuttur. Hastalıkların çoğalması ve çeşitlenmesi ile hekim göçünün artması sonucu, sağlık kurumlarında hasta yoğunluğu artmakta hekim sayısı yetersiz kalmaktadır. MHRS, 182 veya bazı sağlık kurumlarının kendi özelinde randevu alma sistemlerinde yaşanan tıkanıklık ve buna istinaden hastaların sağlık kurumlarına ulaşmada yaşadığı güçlük, sağlık hizmetinin sunumunda önemli bir sorundur. İhtiyaç halinde haftalar sonrasına verilen randevu, hastalığın seyrini olumsuz yöne taşıma riskinden dolayı bireyin sağlığını tehdit etmektedir. Ayrıca hastanın uzun süre takibini yapan hekimden randevu bulamayıp sıklıkla hekim değişikliğine mecbur kalması teşhis ve tedavi sürecini uzatmakta muayene periyotlarını etkileyerek düzensizleştirmektedir (Özmen ve Güleç, 2019).

Sağlık sisteminin hekimlere tanıdığı muayene süresinin kısıtlılığı, hekim-hasta iletişimini sınırlandırarak verimliliği azaltmaktadır. Kısa sürede aceleci bir tavırla yapılan muayene, hastayı tatmin etmemekte ve hekimin hastaya odaklılığını azaltmaktadır. Kendine yeterince özen gösterilmediğini düşünen hastanın, hekimle ilgili olumsuz yargılarda bulunma ihtimali artmaktadır (Çakıröz Dede ve Tuğrul, 2021: 340).

Türkiye’de sağlık hizmeti veren kurumlar, kamu sağlık kurumu ve özel sağlık kurumu olarak sınıflandırılmaktadır. Bu kurumlar, karmaşık bir örgütlenmeyle merkeziyetçi işleyişe sahiptir. Dünyanın her yerinde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık kurumlarının önde gelen sorunları verimsizlik ve finansman temalıdır. Sağlık hizmetinin tüm nüfusa eşit oranda dağıtılamaması ve sosyal güvenceye sahip olmayan nüfusun kayda değer miktarda olması sağlık hakkını örselemektedir (Adak, 2015: 368).

Bireylerin devlet desteğine en çok ihtiyaç duydukları zaman hastalık sürecidir. Bu süreçte sahip olunan sosyal güvence, hastaların güvenle tedavi olmalarına olanak tanıdığı gibi yokluğunda da problemlili bir sürece işaret etmektedir. Tedavi masrafları ve ilaçlar için yeterli destek olmadığında düşük tıbbi hizmetle hastaların sağlık hakkı kısıtlanmaktadır. Buna karşın hastaların vaktinde tedaviye başvurmalarının önünde sosyal güvence engel teşkil edebilmektedir. Mali ve kurumsal sorunlar nedeniyle sağlık düzeyi düşmekte, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve eşitlik hakkı ihlal edilmekte, zaman zaman tedavi maliyetleri artmakta ve tedaviye başvurma süresi gecikmektedir (Atıcı, 2007: 94).

Teknolojik gelişmelerle birlikte verimlilik kavramının karşılığı daha hızlı ve fazla sayıda üretim olmuştur. Bu anlayış tıp dünyasında da etkili olmuş ve hekimlerin hasta algısı giderek farklılaşmıştır. Bir müşteri veya üzerinden kazanç sağlanacak herhangi ürün gibi algılanan hastaların, kısa sürede ve hızlı muayenesini gerçekleştirmek için tıbbi teknolojik cihazlardan son derece yararlanılmaktadır (Yaman ve Kavuncu, 2020: 283).

Klinik uygulamalarda kullanılan teşhis ve tedavi teknolojisi olarak adlandırılan röntgen, ultrason, EKG, tomografi vb. sistemler hastalık tanısını belirlemek ve tedavi yöntemini uygulamak için kullanılmaktadır (Özata vd., 2008: 621). Tıbbi cihazların yokluğu halinde sadece hekimin mevcut tıp bilgisiyle teşhis ve tedavi sürecinin yürütülmesi teknoloji çağında mümkün olmasa da teşhis ve tedavinin sürekli bu sistemlerle işlerlik kazanması, hastaların zaman zaman hekimleri sorgulamasına neden

olmaktadır. Şöyle ki hekimin almış olduğu tıp eğitiminin sürekli tahlil/tetik sonuçları üzerinden yordanması ve hastaya sunulması ‘Her şeyi makineler yapıyor, o zaman bu hekim ne biliyor?’ gibi bir düşünce oluşturmaktadır. Bu sorgulama aynı zamanda hekimin tıp bilgisine olan güvenin sorgulanmasına karşılık gelmektedir.

Sağlık kurumlarında yaşanan tüm bu sorunların temelinde teknolojik gelişmeler ve kapitalist sistem yaklaşımı yatmakta ve döngüsel olarak tüm süreci etkilemektedir. Sorunlar sistem kaynaklı olduğu için daha derin yaşanmakta ve çözüm süreci gecikerek daha zorlu olmaktadır.



İKİNCİ BÖLÜM

KISITLANMIŞ ÖZGÜRLÜK

Kısıtlanma, özgürlük ile ters yönlü bir kavramdır. Bu bölümde kısıtlanma ve özgürlük kavramları irdelenerek psikiyatri hastalarının özgürlüğünü kısıtlayıcı durumlar değerlendirilmiştir.

2.1. ÖZGÜRLÜK VE KISITLANMA KAVRAMI

Her kişisel eylem ve edimde yer alan özgürlük, geniş perspektifte insanlığın varoluşu ile başlayan ilk felsefî argümanlarla filozofların sıklıkla ilgilendiği bir kavramdır (Adugit, 2003: 64). En temel haklardan biri olan özgürlük kapsamında; istenilenleri gerçekleştirebilmek, seçim yapabilmek ve bireyin kendi hayatını biçimlendirmesi yer almaktadır. Bireyin uygun gördüğü zaman ve mekânda konuşmak, çalışmak, eğlenmek vb. eylemleri dilediğince yapabilmek de yine özgürlük kapsamında değerlendirilmektedir. Özgür olmak aynı zamanda iyi olmak veya değeri iyiliğe karşılık gelen herhangi bir şeye sahip olmaktır. Bireyler arasında iyi olarak değerlendirilen pek çok şey özgürlüğü de içinde barındırmaktadır. Toplumun ve bireyin amaçladığı mevcut iyi, özgürlük değerine karşılık gelmektedir (Dedeoğlu, 2014: 5888). Örneğin; yaşama, düşünme, basın, din ve vicdan, seyahat, haberleşme, ifade vb. pek çok özgürlük alanı bulunmaktadır. Bu alanlarında çoğunda ya da tamamında özgür olabilmek iyi olarak değerlendirilmektedir.

Özgürlüğün tanımı ve kapsamı, toplumsal yapının değişimiyle boyut kazanmıştır. Özellikle teknolojik imkânların artmasıyla bireysel bilgilerin kolaylıkla toplanıp saklanıp dağıtılması, edinilen bilgilerin kişi/kişilerin izni olmaksızın kullanılması, doğrudan veya dolaylı biçimde bireylerin gözlemlenmesi, bireyler arası iletişim veya haberleşmenin izlenmesi etik bir yaklaşım olmadığı gibi demokrasinin gerektirdiği mahrem alanı koruma, düşünce ifadesi ve eleştirme, kişisel gelişim gibi bireye özgü hakları ihlal etmektedir. Özgürlük ve mahremiyet, demokrasiyle bir bütündür. Çünkü özgürlük gerçekleşirse mahremiyet korunabilir (Dedeoğlu, 2014: 5893-5895). O yüzden hukuksal zeminden hareketle pek çok alanda mahremiyetin korunması bir hak olarak tanımlanmaktadır. Bu hakka sahip bireylerse özgür olarak nitelendirilmektedir.

Kısıtlanma; herhangi bir şeyden yoksun bırakılma anlamına gelen bireysel veya toplumsal alanda işlerlik kazanan bir kavramdır. Özgür olmakla kısıtlanmış olmak tam anlamıyla zıt olmasa da aralarında ters yönlü bir ilişki mevcuttur. Kısıtlanma, bazen yarar sağlamayı gözeterek yapılırsa dahi bireyin ya da toplumun haklarını ihlal ettiği için adalet temelini sarsan bir uygulamadır. Özgürlük ise yarar sağlamayı gözeterek bireye ya da topluma mevcut hak/haklarını teslim etmeyi içermektedir. Özgürlüğün kısıtlanmasıyla mevcut haklar yok sayılarak yaptırım uygulanmakta ya da birey/toplum yararını gözetilen bir yaklaşım sergilenmektedir.

2.1.1. Psikiyatri Hastalarının Özgürlüğünü Kısıtlayan Durumlar

Sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık sistemi içerisinde sahip olduğu bazı haklar sağlık personeline, sağlık sistemine ya da hastanın bireysel özelliklerine dayalı olarak kısıtlanmaktadır. Hastalık tanısı ya da derecesine bağlı olarak gerekli durumlarda fayda sağlamak adına da yapılan bu kısıtlama, doğrudan hastaların özgürlüğüne dolaylı olarak mahremiyet ve iyilik hallerine ket vurmaktadır.

Ruhsal hastalık tanısı ve derecesi de bireyin yaşamında yön verici bir etkidir. Daha ciddi ya da ileri düzey hastalıklarda birey normal olan tüm kriterlerden uzaklaşmakta yaşamını standardize edemeyerek hastalık durumuna göre bir yaşantı biçimi benimsemek zorunda kalmaktadır. Bu durum özgürlüğü ihlal eden, damgalamayı derinleştiren ve tedavi sürecini sekteye uğratan olumsuz bir seyre işaret etmektedir. Hasta, kendini kısıtlanmış hissederek tedaviye uyum ve memnuniyet noktasında problem yaşamaktadır. Kendini damgalayarak toplumdan soyutlanıp yardım almayı reddetmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada özgürlüğü kısıtlanan bireyin ilaç tedavisinde oluşan yan etkiler, iletişim sorunu, istek dışı tedavi ve tedavi ekibini seçememe değişkenleri ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Ruhsal hastalık ne kadar ağır olursa kısıtlanan özgürlük miktarı doğru orantılı olarak artmaktadır (Kamışlı vd., 2016: 254-256).

Bir tıp dalı olan psikiyatrinin vermiş olduğu ruh sağlığı hizmeti kapsamında mevcut hasta kitlesinin, doğru teşhis ve tedavi ile sağlığına kavuşturulması çok boyutlu bazı etkenlerin ne kadar işlevsel olduğuna bağlıdır. Bu etkenlerden en temeli hekim-hasta iletişimidir. Hekim; hastalık tanısı, tedavi yöntemi ve bu yöntemin nasıl uygulanacağı konusunda hastayı aydınlatmaktadır. Diğer bir söylemle hastanın ne ile karşı karşıya

olduğunu ve nasıl mücadele vereceğini belirterek içinde bulunduğu sağlık sorununu başından sonuna analiz etmektedir (Tacir, 2010: 153). Ayrıca hastalık tanısı ve boyutuna göre gerekli durumlarda hasta yakınlarına başvurularak destek alınması tedavi sürecini kolaylaştırmakta ve hekim profesyonelliğini ortaya koymaktadır (Uyer, 2000).

Psikiyatrik muayene süreci, fiziksel tıp alanlarına kıyasla daha farklı bir seyirde ilerlemektedir. Hastanın ilk muayeneden itibaren sorununu net ve anlaşılır biçimde hekime iletmesi hekimin de yeterli çaba ve ihtimam göstererek hastayı dinlemesi oldukça önemlidir. Hekimin konuşma seyrinde hastayı yönlendirmeden dinlemesi, hastaya insan olarak değer vermesi ve yaşamına saygı duyması iletişimi daha nitelikli kılmaktadır. Sözlü iletişimde olduğu kadar sözsüz iletişimde de hastaya aktarılanlar büyük önem taşımaktadır. Hekimin jest ve mimikleri söylediklerini doğrular nitelikte olduğunda samimiyet artmaktadır. İletişim nitelikli olduğunda hastanın tedavisinin başarı oranı artmakta ve hekimin görevini başarıyla yerine getirdiği ispatlanmaktadır. Ancak durum tersine döndüğünde, hastayı kısıtlayıcı bazı durumlar ortaya çıkmaktadır. Hastanın kendini yeterince ifade edememesi buna karşılık hekimin hastayı anlama çabası olmadan geçiştirmesi etkileşime olumsuz yansımakta hatta belki hastanın tedavi sürecinin başlamadan sonlanmasına neden olmaktadır. Ayrıca hastanın yeterli ilgiyi görmeyip anlaşılmadığını hissettiği durumlarda tedaviye direnç göstermesini veya mevcut ruhsal hastalığının fiziksel yansımalarını (baş ağrısı, bulantı vb.) görmek mümkündür. Bu şekilde ilerleyen süreçte hekim-hasta iletişimi aşınmakta ve hastanın tedaviye dair algısı olumsuz temellenmektedir.

Maddi imkânsızlık, coğrafi konum vb. nedenlerle sağlık kurumu tercihinin kısıtlılığı söz konusu olduğunda tedavi ekibini (çoğunlukla ve öncelikli olarak hekim) seçememe sorununa rastlanmaktadır. Hastalara kısıtlanma içinde kısıtlanma yaşatan bu duruma genellikle hekimlerin kısa aralıklarla tayin olması ve randevu sistemindeki yoğunluk neden olmaktadır. Mevcut sosyo-ekonomik koşullar yetersiz kaldığında il/ilçe dışına çıkamama ve en yakın konumdaki sağlık kurumuna başvurma, sosyo ekonomik koşullar yeterli olsa bile alternatif ruh sağlığı hizmeti sunan kurumun yokluğu, çevre il/ilçelerdeki özel ya da devlete bağlı kurumlara ulaşmanın zaman yetersizliğinden mümkün olmaması gibi sebeplerle hastanın hastane ve tedavi ekibi seçme özgürlüğü elinden alınarak kısıtlı bir hizmet sunulmaktadır.

Hekimin uzun süredir takibini yaptığı hastayla görüşmesini sürdürmesi yeterli hekim sayısının olmasına ve hastanın gereken tarihe randevu alabilmesine bağlıdır. Çünkü yeterli hekim sayısının olmaması veya bazı hekimlerde hasta yoğunluğunun fazla olması sebebiyle hastalar takibinin yapıldığı hekimden gereken zamana randevu alamamaktadır. Dolayısıyla sık hekim değişikliği yaşanması hastanın tedavi sürecinin sürekli başa dönmesine ve hastanın sürece bakış açısının negatifleşmesine neden olmaktadır. Söz konusu tıp alanı psikiyatri olduğu için bu konu daha fazla önem kazanmaktadır. Çünkü hastanın iç dünyasını açarak benimseyebildiği hekim sayısı bireysel özelliklerine bağlı olarak sınırlıdır. Hizmetinden memnun kalınan hekimle uzun süre görüşmemek ve farklı hekimlere yönelmek zorunda kalmak hastayı kısıtlayıcı bir unsur olmasının yanında sağlık sisteminin de büyük bir handikapıdır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2020: 17) 'nda belirtilenlere göre; her 100.000 kişiye düşen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı 2011 yılında 2.20 iken 2020 yılında 3.43; psikolog 2011 yılında 1.85 iken 2020 yılında 5.04'e yükselmiştir. Görülen o ki kıyaslanan her iki yılda da mevcut ruh sağlığı profesyonel sayısı nüfusa oranla oldukça yetersizdir. Ayrıca toplumsal yapının değişimi göz önüne alındığında 9 yıldaki artış miktarı da oldukça düşüktür.

Psikiyatri hastalarını kısıtlanmış hissettiren bir diğer etkense hekim-hasta iletişimine bağlı güven sorunudur. Hastanın ilk muayeneden itibaren temel beklentilerinden biri güvenme isteğidir. Çünkü zaman zaman hasta için önemli olan kimseye anlat(a)madığı duygu, düşünce ve yaşantılarını veya toplum nezdinde de mahrem kabul edilen duygu, düşünce ve yaşantıları hekimle paylaşmaktadır. Tedavi sürecine ve hekime dair izlenimine bağlı olarak hasta ya gönüllü şekilde paylaşım yapmakta ya da gizliliğin ihlali noktasında tedirgin olarak paylaşımından sakınmaktadır. Hekimle iletişimi olumsuz olan ve tedaviye zorunlulukla devam eden hastanın hekimine güven duyması dolayısıyla mahrem bilgileri paylaşması beklenemez. Bu durumda hastalığın tanımlanmasında ve çözümünde etkili olacak unsurlardan bazıları gizlenmiş olmakta ve tedavi süreci aksamaktadır. Süreçte hekimin güven kazanması ile hasta çözülmekte ve kendine dair gerekli tüm bilgi aktarımını sağlamaktadır.

Hastaların tedaviye gönüllü olarak başvurması iyileşme sürecine katkı sağlasa da her hasta için bu durum geçerli değildir. Ruhsal ve bedensel hastalık sebebiyle toplum için tehlike oluşturup ailesine ve çevresine yük olacağı durumlarda aile, vasi veya bakmakla yükümlü olduğu kimselere yüklenecek yükler de göz önüne alınarak tedavi,

eğitim ve sağaltımları için 6zg6rl6kleri kısıtlanabilmektedir. 6zellikle psikiyatride hasta, istek dışı tedaviye zorlanabilmektedir. Psikiyatri poliklinik ve kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin, acil psikiyatrik m6dahalede bazı kısıtlama y6ntemlerine başvurması m6mk6nd6r. Kimyasal ya da fiziksel olan bu kısıtlamayla hastanın hem kendisine hem de çevresine zarar vermesi engellenmektedir. Ancak bu m6dahalenin bir tedavi y6ntemi mi yoksa m6dahale mi olduğu noktasında ikilemler mevcut olsa da bu soruya yanıt aranması kısıtlama y6nteminin etkisini arttıracaktır (Ucun vd., 2015: 12; G6z6m, 2011: 15). Bu kısıtlılık, hastanın geleceğine ilişkin karar verme yetkisini elinden almaktadır. Kendi geleceğini belirleme hakkı; bireysel kararları kendi alabilecek olanların, h6r iradeleri çerçevesinde t6m dıŐsal etkenleri devre dışı bırakarak seçim yapabilmesini ifade etmektedir. Sağlık hukuku kapsamında, hastaların sahip olduğu (tedavi, mahremiyetin korunması, bilgi alma vb.) hakların t6m6 kendi geleceğini belirleme hakkına riayet etmektedir (Tacir, 2010: 110).

Sebebi ne olursa olsun, hastanın rızası olmadan yapılan uygulamalar/m6dahaleler 6zg6rl6đ6 kısıtlayıcı bir eylemdir. Bu konuya literat6rde fazla değinilmemesi T6rkiye’deki hukuksal boŐlukla birlikte etik ve tıbbi uygulama noktasında belirsizlik yaratmıŐ olup konuyu suistimale açık hale getirmiŐtir (Şen ve S6zer 6zkan, 2017: 180). Bu suistimali azaltabilmek adına hastanın 6zg6rl6đ6n6n kısıtlanmasıyla ilgili yapılan d6zenlemelerde tehlike durumuyla ilgili açıklayıcı bir ifadenin yer alması, her ne kadar hastayı koruma amaçlı 6zg6rl6đ6 kısıtlansa da bu kısıtlamaya her zaman son are olarak baŐvurulması, hastanın durumuna uygun 6zellikte bir sağlık kurumuna yerleŐtirilmesi, koruma amaçıyla yapılan kısıtlamanın hastanın diğer haklarını (6rneğin; ailesiyle iletişim hakkı, sağlık kurumu veya hekim seçme hakkı) ihlal etmeden yapılması oldukça 6nemlidir (Sert vd., 2019: 402-403).

Hiçbir tıp dalında psikiyatride olduğu kadar hasta-hekim etkileŐimi s6z konusu değildir (<https://kemalsayar.com/basinda/psikiyatride-hekim-hasta-iliskisi> adresinden 03.03.2023 tarihinde erişildi). Bu etkileŐimin gerçekleŐebilmesi için gerekli muayene s6resinin hasta ve hekime tanınması gerekmektedir. Çok kısa s6re içinde, geiŐtirici sorular ve bunlara verilmiş y6zeyssel yanıtlar hekimin hastayı farklı boyutlardan ele alıp değerlendirmesine engel olmaktadır. Hele ki ilk muayenede s6renin çok kısa olması tanının doğru konulma olasılığını azaltmaktadır. İlk izlenimi bu olumsuzluklar temelinde Şekillenen hasta, kendini yeterince ifade edememe ve 6nemsenmeme d6Ő6ncesiyle bir

kısıtlılık hissetmektedir. Bir anlamlandırma süreci olan iletişimin etkili bir şekilde gerçekleşmesi psikiyatri hastalarının tedavileri için dönüm noktasıdır.

Süre yetersizliği içinde hekimin hastadan gerekli ve yeterli doneleri almadan ilaç tedavisine başlaması, tedavi sürecini -varsa seçeneklerini- hastaya açıklamadan ve hastanın tedavi için onayını almadan süreci başlatması yine hastayı kısıtlayıcı bir etkidir. İlacın düzenli kullanımdaki yan etkisi zaman zaman hastanın refah seviyesini düşürmektedir. Aynı zamanda ilacın düzenli kullanılmaması durumunda oluşan yan etkiler de farklı sebeple (bilinçsizlik, tedaviye direnme vb.) kısıtlayıcı bir faktör olmaktadır.

Psikoterapi, ruh sağlığı hizmetinde tamamlayıcı bir yöntemdir. Hekimin uygun gördüğü durumlarda ilaç tedavisi ile birlikte uygulanabilmektedir. Bu uygulamanın eksikliği tedaviyi yarım bırakmakta veya uzatmaktadır. Psikoterapi alanında yeterli hizmetin verilememesi çeşitli nedenlere bağlıdır.

Psikoterapi uygulamasının ülkede geç başlaması; tıptaki yerini yeterince alamamış olması, bu alanda sistemli eğitim alan oldukça az sayıda birey olması, arz ve talepteki dengesizlik ile gereken eğitimi almadığı halde tıp bilimi dışından olanların hizmetteki yetersizliği doldurma çabasına bağlanabilir. Gelişmiş ülkelerde bile 2. Dünya Savaşı sonrası psikoterapi tıp biliminin kapsamına girmiştir. Hekimler, psikanalistlere hasta yönlendirmemiş ve hastalar bireysel kararları ile psikoterapiye başvurmuşlardır (Geçtan, 1990: 52-54). Bir tedavi yöntemi olarak psikoterapinin geç uygulanması ve yaygın kullanılan bir yöntem olmaması, tarih boyunca Türkiye de dahil birçok ülkede eksiklik oluşturmuştur. Ancak zaman geçmesine rağmen bugün Türkiye’de bu eksiklik sürmekte psikoterapi hizmeti yeterli boyutta verilmemektedir. Ayrıca psikiyatri asistanları uzman olmadan evvel davranış bilimleri ve psikolojide biyolojiye kıyasla daha az eğitim almaktadır. Uzmanlık eğitimiyle birlikte psikoterapi eğitimleri de en az biyolojik eğitimler kadar önemli hale gelmektedir. Ancak psikoterapi eğitimlerinin uzmanlık eğitimiyle beraber başlaması bu eğitimin daha derinlemesine verilmesi gerektiğini yani bu konuda bir düzenleme yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır (Yazıcı vd., 2021: 1). Bireylerin ruhsal yapısı ve problemlerini anlamak için bunların nedenlerini tespit etmek amacıyla bilimsel araştırmalar yapılmıştır. İlk defa akıl hastaları

üzerinden yapılan araştırmalar sonucu değerlendirmeler ortaya konulmuştur (Özakkaş, 2018: 3).

Buraya kadar bahsedilen tüm kısıtlılıklar, hekimlerin meslek ruhuna aykırı olduğu gibi hukuksal platformda Resmi Gazetede yer alan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne (1998) de aykırılık teşkil etmektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA

Damgala(n)ma, bir mücadele alanıdır. Bu bölümde damgala(n)ma kavramından yola çıkarak damgalanma teorisine, damgalanma sebepleri ve çeşitlerine yer verilmiştir. Son olarak da damgalama durumunun psikiyatri hastaları üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

3.1. DAMGALANMA KAVRAMI

Damga; sözcük olarak iz, işaret, yara mânâsındadır. Damgalama (stigmatization) ise birey veya grubun etnik köken, fiziksel ve ruhsal problem gibi özelliklerine bağlı olarak yetersiz, kusurlu, olumsuz değerlendirilmesidir (Goffman, 1963). Bireyin içinde bulunduğu ve yaşamını sürdürdüğü toplumda, normal kabul edilen kıstasların dışında kalması sebebiyle diğerleri tarafından yetersiz, niteliksiz ya da kusurlu olarak değerlendirilmesine damgalama denir. Sürekli olarak bu olumsuz sıfatlar çerçevesinde değerlendirilen bireyler ise damgalanan taraftır. Damgalanmış bireyler, normal olanın dışında algılandıkları için toplumda daha az istenilmektedir (Karagöl vd., 2013: 97). Damgalamayı ortaya çıkaran inanç ve tutumlardır. Herhangi bir konuda (cinsiyet, toplumsal konum, ilgi ve beceri, ruhsal hastalık vb.) tutum ya da inancın olumlu olması yeterli olmamakta her ikisinin de olumlu olması gerekmektedir. Damgalama sonucunda damgalanan kişi ya da grup, yüz kızartıcı bir özelliği taşıdığını düşünmekte ve çekinerek yaşamını sürdürmektedir (Çam vd.,2014: 130).

Damgalama, derin bir geçmişe sahiptir ve birçok toplumda ilk etapta ruhsal hastalığı olan bireyler damgalanmıştır. Bu derinliği oluşturan bazı etkenler bulunmaktadır (İkişik, 2008: 9-10):

1- Psikojenik Etkenler: Bireyler arası ilişkilerde karşılıklı olarak herkes birbirinin iyiliğini istese de bazen daha iyi hissedebilmek adına karşıdakinin kötülüğünü isteyebilmektedir. Özellikle özgüveni az olan bireylerin bir savunma mekanizması olarak diğerlerini başarısız, risklere ve tehditlere açık, çatışmaya maruz kalmış görme eğilimleri yüksektir. Buna karşılık özgüvenli olan bireyler, diğerlerine karşı daha olumlu yaklaşmaktadır.

2-Ekonomik Etkenler: Ekonominin durumu, damgalama üzerinde etkili olmaktadır. Ekonomi kötüleşip iş kaynakları azaldıkça damgalama artmaktadır. Bu konuda bilinen en eski çalışma, ABD’de ekonomi kötüye gittikçe daha fazla siyahinin linç edilmesi üzerinedir.

3-Evrimsel Etkenler: Bir grup araştırmacı damgalamayı ayrımcılığa sebep olan genetik faktörlere dayandırırken çoğunlukta olan diğer bir grup araştırmacı genetik faktörler ile damgalamayı ilişkilendirmemektedir.

3.1.1. Damgala(n)ma Sebepleri

Birey, sosyal bir varlık olup ait olma ve onaylanma ihtiyacı sosyallik yönünü vurgulamaktadır. Bireye ait tüm değişkenler, toplum tarafından inşa edilmekte ya da yönlendirilmektedir. Dolayısıyla birey ve toplum arasında sürekli ve karşılıklı bir etkileşim bulunmaktadır. Birey toplumu toplum da bireyi oluşturmaktadır.

Bireyin bir ömür boyu içinde bulunduğu çevre, onun sosyalliğini yansıtmaktadır. Sosyalleşme, farklılaşma ve benzeşme sürecidir. Benzeşme sosyal uyum, farklılaşmaysa bireysel faktörler (kişilik) ile açıklanabilir. Uyum, kültürel bütünleşmenin olduğu zamanlarda artarken kültürel çözülmenin olduğu zamanlarda azalmaktadır. Çözülme sürecinde bireyin davranışları da çözülebilmekte veya bu çözülmeye karşıt davranış geliştirebilmektedir (Sözen, 2011: 101-104). Bireyin hem kişisel hem de toplumsal temelde şekillenen davranış kalıpları sosyal konumunu, bu konum içinde edinilen statü de sosyal kimliği belirlemektedir. Benzer sosyal kimliğe sahip bireyler aynı grupta yer almaktadır.

Davranışlar, çevresel koşullarla etkileşim içindedir. Çevre, davranışları davranışlar da çevreyi biçimlendirmektedir. Bu şartları oluşturup dinamikleştiren ise bireydir. Bireyler olumlu ya da olumsuz tüm davranış kalıplarını fiziki ve sosyal çevreden edindiği izlenim, gözlem ve rol-model alma sonucunda öğrenmektedir. Genel olarak damgalama eylemi ve kaynakları değerlendirildiğinde, bireylerin sosyalizasyon sürecinde damgalama davranışını öğrendiği söylenebilir. Sosyal öğrenme kuramı da bu tezi doğrulamaktadır. Bireyin özgeci ve saldırgan davranışları, öğrenme eyleminin doğuştan var olmadığını ve sonradan sosyal öğrenme ile gerçekleştiğini ortaya koymaktadır (Aşkın, 1986: 151).

Damgalama, hem bölgesel hem bireysel olarak çeşitlidir. Bu yüzden damgalamanın ölçümü zorlaşmaktadır. Toplular, farklı sosyalizasyon süreçlerinden geçtikleri için onaylanan ve reddedilen tüm öğeler farklılık göstermektedir. Reddedilme durumu söz konusu olduğunda damgalama ortaya çıkmaktadır (Coleman, 1986: 212).

Damgalayanlar açısından damgalama, damgalanan konumuna düşmede ve olumsuz yorumlarla karşı karşıya kalmada bir kalkandır. Bu yüzden her fırsatta damgalanmadan kaçmak için bireyler, çıkarlarını gözetererek anksiyete riskini yok etmek istemektedir. Bunun yanı sıra tehlikeli durumlar, ekonomik kayıplar, mağduriyet gibi damgaya sebep olabilecek olumsuz durumlardan uzak kalmak isteyen bireyler, ikincil çıkarlarını korumaktadır. Ayrıca bireyin benlik saygısının düşük olması ile damgalama yönelimi artabilmektedir. Çünkü birey, mevcut iyilik halini korumak istemektedir (Haghighat, 2001: 208-209).

Damgalamanın yapısında bulunan; bilgiye dair problemler (cehalet), tutuma dair problemler (önyargı) ve davranışa dair problemler (ayrımcılık) aynı zamanda damgalamaya neden olan bileşenlerdir (Thornicroft, 2014: 210). Bireylerin herhangi bir şeye dair fikirleri, ilk etapta bilgi olarak temellenmektedir. Eğer bilgi tam oluşmamışsa yani yetersizse önyargıya neden olmaktadır. Önyargı çerçevesinde meydana gelen tutum, ilişkili özneler iletişim sürecine girdiğinde davranış halini alarak ayrımcılığı ortaya çıkarmaktadır (Sevim, 2018: 25). Aynı zamanda söz konusu bileşenlerin etkileşime girmesi damgalama sürecinin aşamalarını ifade etmektedir. Damga, bireysel zeminde var olmakla birlikte daha çok toplumsal niteliklidir. Devinim halinde olan toplumun değişkenleri, zaman ve mekâna göre değerlendirilmekte buna bağlı olarak damganın ortaya çıkış nedenleri de farklılaşmaktadır. Örneğin; toplumda yaşanan değişim ve dönüşümlere ayak uyduramamak bir dışlanma sebebi olabilmektedir. Teknolojik gelişmelerle birlikte çağın hızını yakalayamayan özellikle ileri yaştaki bireyler, teknolojik cihazlara yeterince hâkim olmadığında veya yabancı dil bilmediğinde içinde bulunulan mevcut kitle tarafından ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Goffman (1963) da bu konuya dikkat çekerek gündelik yaşamın (giyim, yeme-içme, yaşam biçimi vb.) takip edilmemesi sonucunda alay edilme ve damgalanmanın ortaya çıkabileceğine değinmiştir (Kılıç ve Özen, 2020: 311).

Tablo 3.1’de sosyal, çevresel ve ekonomik yönden ruh sağlığı belirleyicilerine yer verilmiştir

Tablo 3.1. Ruh Sağlığının Sosyal, Çevresel ve Ekonomik Belirleyicileri

Risk Faktörleri	Önleyici Faktörler
Uyuşturucuya ve Alkole Erişim	Güçlendirme
Yer Değişirme	Etnik Azınlıklarla Bütünleşme
Dışlanma ve Yalnızlık	Olumlu Kişilerarası İletişim
Eğitim, Ulaşım ve Barınma Eksikliği	Sosyal Katılım
Komşuluk İlişkilerinin Zayıflığı	Sosyal Sorumluluk ve Hoşgörü
Duygusal Açıdan Reddedilme	Sosyal Hizmetler
Zayıf Sosyal Şartlar	Sosyal Destek ve Toplum Bağları
Yoksulluk	
İrk Ayrımcılığı	
Sosyal Dezavantaj Kentleşme	
Şiddet ve İstismar	
Savaş	
İş Stresi	
İşsizlik	

Kaynak: WHO, Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options, Özet Rapor, 21.

Tablo 3.1’de yer alan risk faktörleri doğrudan ruh sağlığına dolaylı olarakta damgalanmaya etki etmektedir. Önleyici faktörler ise ruh sağlığını iyileştirmede ve damgalamayı ortadan kaldırmada etkilidir.

Bireyin genel olarak benimsediği tutum, kanaat getirdiği inanç ve bunlara dair çevreden öğrendikleri kapsamında edinmiş olduğu bilgi, diğerlerine olan bakış açısını ortaya koymaktadır. Bu bakış açısının oluşum aşamasında yer alan bileşenlerin oranları ve etkililiği üzerinden damgalama tutumu ortaya çıkmaktadır.

3.1.2. Damgalanma Çeşitleri

Damga, bireysel değil toplumsal olarak değerlendirilmelidir (Major ve O’Brien, 2005: 395). Toplumun, dinamik yapısına bağlı olarak damga çeşitleri oluşmaktadır. Literatürde damga çeşitliliğine dair net bir sınıflandırma bulunmamakta, konuya göre farklı sınıflandırmalar yapılmaktadır.

Damgalanan bireyin kendine bakışı iki açıdan değerlendirilebilir: gözden düşürülmüş, itibarsızlaştırılmış olmak; gözden düşürülme ve itibarsızlaştırılmanın ihtimal dahilinde olması. Bu bakış açısından hareketle damganın 3 çeşidinden bahsedilmektedir (Goffman, 2014: 31; Özmen ve Erdem, 2018: 193):

1- Bedendeki Korkunçluklar-Çeşitli Fiziki Deformasyonlarla İlgili Damga: Çeşitli fiziksel deformasyonlar, ses-konuşma bozuklukları toplumca kabul gören bedensel kusurlar, ruhsal olmayan ve bulaşıcı nitelikli hastalıklar bu grupta yer almaktadır. Örneğin; kamburluk, kekemelik gibi.

2- Doğal Olmayan Tutkular ile İlgili Damga (baskıya müstahak, zayıf irade veya bireysel karakter bozuklukları, sapkın ve katı inançlar): Eşcinsellik, ruhsal hastalıklar, hükümlü olmak, intihar, her türlü bağımlılık bu grupta yer almaktadır.

3- Etnolojik Damga: Gelecek kuşaklara soybağı ile aktarılan (ırk, ulus, din) damga türleri bu grupta yer almaktadır.

Bireylerin genel hayat felsefesinden hareketle kendine ve çevresine olan bakış açısı, farkındalığı ve bilinçliliği oldukça çeşitlidir. Hayat felsefesini temellendiren unsurlar doğuştan gelen ve sonradan kazanılmış olarak ikiye ayrılmaktadır. Örneğin; aile doğuştan vardır. Birey, ailesini seçemez. Dolayısıyla aile üyelerinin rol-model alınması, gelenek, görenek, yaşam kültürü gibi etkenler genetik faktörlerin de aktarılmasıyla doğrudan veya

dolaylı olarak benimsenmektedir. Yaşamda yol aldıkça edinilen tecrübeler sonucu kişinin bireysel ve toplumsal açıdan kendini değerlendirmesi söz konusudur. Ortak özellikler taşıyan bireyler bir araya geldiği bağlamlarda sosyalleşerek tecrübe edinmekte ve bir algıya sahip olmaktadır.

Damgalanma sürecinde ana aktör bireyin kendisidir. Kendine dair olumsuz bakış açısı olan bireylerin özellikle benlik saygısının düşüklüğü sonucunda içselleştirilmiş damgalanma (kendi kendini damgalama) ortaya çıkmaktadır. Damgalanmış bireyin olumsuz yargıları kendine döndürmesiyle başlayan kendini damgalama süreci stereotipi ile başlamakta ve damgalanmış bireyin davranışlarına etki etmektedir. Bireyde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile genel damgalanma duygusu doğru orantılıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalık geçirdiklerinde veya ruhsal hastalık ile ilgili damgalandıklarında öznel olarak damgalanmış duygusunu daha fazla taşımaktadır. Ayrıca hastanın yakın çevresi de damgalanmada önemli bir etkidir. Kendileri damgalanma algısı yaşarken aynı zamanda hastayı da damgalamaktadır. Bu alanda yapılan bazı çalışmalarda ailelerinde ruhsal hastalığı olan bireylerin utanma duygusu yaşadığı ve bu durumu gizlemeyi istedikleri ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla çevrenin tutumu damgalanmayı dinamikleştirebilmektedir (Taşkın, 2007: 33-34; Karagöl vd., 2013: 99).

Tablo 3.2’de halk damgalaması ve içselleştirilmiş damgalamanın karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 3.2. Halk Damgalaması-İçselleştirilmiş Damgalama

Halk Damgalaması	İçselleştirilmiş Damgalama
<u>1-Stereotipi:</u> Bir grup hakkında negatif inanç -Yetersizlik, karakter zayıflığı, tehlikelilik gibi.	<u>1-Stereotipi:</u> Kendisi hakkında negatif inanç -Yetersizlik, karakter zayıflığı, tehlikelilik gibi.
<u>2-Önyargı:</u> İnancı kabul etme ve/veya olumsuz duygusal tepki -Kızılmak veya korkmak gibi.	<u>2-Önyargı:</u> İnancı kabul etme, düşük benlik saygısı veya düşük öz yeterlilik.

Tablo 3.2. Halk Damgalaması-İçselleştirilmiş Damgalama (devamı)

Halk Damgalaması	İçselleştirilmiş Damgalama
<u>3-Ayrımcılık:</u> Önyargıya davranışsal tepki -İş veya konut vermektan kaçınmak, yardım vermemek.	<u>3-Ayrımcılık:</u> Önyargıya davranışsal tepki -İş ve konut fırsatlarını takip edememe, yardım istemektan kaçınma.

Kaynak: Rüşch vd., 2005: 531.

Toplumsal ve bireysel damgalanma arasındaki benzerlik ve farklılıklar tablo 3.2’de belirtildiği gibi çeşitli kategorilerde değerlendirilebilir. Damgalanmanın hangi türü söz konusu olursa olsun olumsuz yargılar üzerine temellendiği aşikârdır.

3.1.3. Damgala(n)ma Teorisi

Toplumun sürekliliğini sağlamak ve mevcut yapısını korumak amacıyla var olan sosyal normlardan sapma durumunda ortaya çıkan anomi (kuralsızlık) kavramının bir çıktısı olarak etiketleme kavramından bahsedilmiştir. Etiketleme teorisi, Durkheim ve Simmel’den itibaren sembolik etkileşimcilik görüşünden hareketle ele alınan sosyal sorunu temellendirmektedir. Sembolik etkileşimcilikte davranışlar, bireylerin içinde bulunduğu toplumsal yapı ve süreçte biçimlenmiştir. Bu biçimlenme sürecinde yaşanan bireyler arası etkileşimde anlam ve semboller ortaya çıkarak yordanmış ve uygulamaya dönüşmüştür. Bu durumda sanılanın aksine bireyler yapının gereklerini yerine getiren araçlar değil, yapının sürekliliğini sağlayan ve ona anlam kazandıran faal aktörlerdir. Bireylerin duygu, düşünce ve davranışları çerçevesinde diğerleriyle etkileşime girmesi sonucu benlik algısı oluşmaktadır. Yani benlik ve benliğe dair algı, ilahi veya biyolojik temelli değildir. Toplum içinde birey olma ve kimlik kazanma sürecinde (sosyalizasyon) ortaya çıkmaktadır (Gökulu, 2019: 176-178).

Yazmış olduğu kaynaklarda anomi kavramına ayrıntılı değinen Durkheim’ın “Sosyal yoğunluğun artmasıyla moral yoğunluk azalır.” varsayımı, farklı sosyo-ekonomik bağlamlarda farklı sosyalizasyon sürecinden geçen bireylerin sapma türlerine atıf yapmaktadır. Sosyolojinin yanı sıra sosyal psikolojide etiketleme teorisi, Mead’in bahsettiği bireyde benlik kavramının oluşmasında diğerlerinin rolünü ortaya koyan fikirlerle aynı doğrultudadır. Bir bireye yapıştırılan etiket(ler), diğerlerinin bu bireye olan

davranışlarına etki etmektedir. Öyleyse etiketleme, bireyin diğerleriyle iletişim ve etkileşiminde önemli paya sahiptir (Göksu ve Karakaya, 2009: 28-29).

Damgalama teorisi ise etiketlemenin daha ileri boyutta genişletilmiş versiyonu olarak oluşmuştur. Toplumsal normların dışına çıkılmasının yanında hastalık, suç gibi olguların farklı biçimlerde toplumsal ilişkilere sirayet etmesi sonucunda çevresel faktörlerin etki ve tepkisinin ortaya koyulduğu bir süreçtir.

Damgalama kavramının temsilcilerinden Goffman'ın görüşüne göre damganın oluşması toplumda normal olan ve normal olmayan davranış kalıplarına sahip bireylerin varlığına bağlıdır. Goffman teorisinde, damgalı olan ve olmayan bireylerin aynı ortamda bulunduğu zamanlar ve etkileşimler üzerinden değerlendirme yapmaktadır. Bu değerlendirme sonucu ayrımcılık ve toplumsal dışlanmayla neticelenmektedir. Dolayısıyla bireyin toplumdan soyutlanması Goffman'a göre damgalamanın temel hedefidir (Goffman, 2014: 42). Toplumun, topluma bağlı mekanizma ve araçların damgalananlara karşı ürettiği söylemler, damganın toplumda meşru kılınmasının en önemli sebebidir. Damga teorisi kapsamında ilişkisel bağlamda ön plana çıkan kavram kimliktir. Damgalanmış birey, bireysel faktörlere ek olarak sosyal kimlik yönünden de damgalanmaktadır. Damgalanma sonucu birey, toplumsal açıdan ayrımcılığa uğrayıp dışlanmış ve gözden düşürülmüştür. Dolayısıyla bireysel kimlik de itibarsız hale gelmektedir. Damgalanma kriterleri taşıyan bireyin kişisel ve toplumsal bazı nitelikleri mevcut grup kimliği ile çatışmakta ve damgalanma ortaya çıkmaktadır (Goffman, 2014).

Bireyler sonsuz farklılık içinde yaratılmıştır. Yaş, cinsiyet, karakter, beden, zihin bu çeşitliliği ortaya koyarak bunlar üzerinden tekrar çeşitlilik üretilmesine temel hazırlamaktadır (Coleman, 1986: 212). Çeşitliliğin artması ve yeniden üretimi sonucunda alışılmış olanın dışına çıkılıp normal olan anormalleşmektedir. Anormallikler arttıkça daha çok benimsenmekte ve sürdürülmektedir.

3.2. DAMGALANMA VE PSİKİYATRİ HASTALARI

Psikiyatri, ruh sağlığının korunması ve iyileştirilmesi ile ilgilenen bir alandır. Bazı psikotik rahatsızlıkları olan bireylerin gösterdiği semptomlar, genel olarak bilinmezi işaret etmekte yani hangi belirtilerin hastalık göstergesi olduğu ve bu durumda nasıl bir tedavi süreci izlenmesi gerektiği, psikiyatristin bu konudaki yetki ve görevleri fiziksel

hastalıklara kıyasla çok daha az bilinmektedir. Bu bilgisizlik, toplumu psikiyatri alanından uzaklaştırmaktadır.

Türkiye’de psikiyatri alanına dair genel bakış bölgesel farklılık göstermektedir. Bireylerin alana dair bilgisi, girişimi, farkındalığı zaman geçtikçe arttığı gibi dünya genelinden hareketle Türkiye’de verilen ruh sağlığı hizmeti farklı aşamalardan geçerek bugünkü halini almıştır.

Dünya’da ruh sağlığı modeli 3’e ayrılmaktadır. Bunlar (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011: 21-25):

- Hastane Temelli Model: Dünyada sıklıkla yararlanılan bu model, oldukça eskidir. Fazla sayıda kurulan büyük psikiyatri hastaneleri, çoğunlukla şehirden uzakta ve yaklaşık 2.000 yatak kapasitelidir. Bu şekilde kurulan hastaneler İngiltere’de toplam 120.000 yatak kapasitelidir. Dolayısıyla aşırı kalabalık, hijyenik olmayan, hasta hakları gözetilmeyen bu model ilerleyen süreçte kullanılmamıştır. Türkiye’deki hastane temelli sistemde hastalara poliklinik hizmeti, atak/alevlenme esnasında hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan veya bakıl(a)mayan hastaların uzun süreyle (50-60 yıl) hastaneye yatırılması şeklinde ifade edilebilir. Bu hizmet özellikle, ciddi ruhsal hastalıklarda atak veya alevlenme süreçlerine odaklanmakta, biyopsikososyal faktörlere müdahale etmemekte, mesleki ve sosyal işlevselliğe katkı sağlamamaktadır.

- Toplum Temelli Model: AB’nin 2009 yılı Türkiye İlerleme Raporu’nda ‘Toplum temelli hizmetler, kurumsallaşmaya seçenek oluşturulması için önemlidir. Bu kapsamda genç ve çocuk sağlığının gözetilmesi için özen gösterilmelidir.’ biçiminde tavsiye edilen model, başta İtalya olmak üzere Fransa, İngiltere, Almanya’da başlamış ve dünyada tavsiye edilmiştir. Bu modelin çıkış noktasında; ileri düzey ruhsal hastalığı olan ya da uzun zaman hastanede yatan hastalar bulunmaktadır. Dolayısıyla hastalar için tedavi boyutuyla beraber ekonomik, tıbbi, hukuksal, sosyal boyutların da değerlendirilmesi gerekmektedir.

- Toplum-Hastane Denge Modeli: Psikiyatri alanında hizmet veren hastaneleri kapatarak yataklı servislerde verilen hizmetleri genele yaymayı hedefleyen bu modelin, giderleri insan kaynakları departmanında fazla miktardadır. Türkiye’de sağlık sisteminde, sosyal ve ekonomik şartlar değerlendirildiğinde insan kaynakları eksikliklerinin giderilmesi seneler alacağından mevcut şartlarda en elverişli model; toplum-hastane

denge modelidir. İngiltere’de uygulanan bu modelde, psikiyatri alanında hizmet veren hastanelerin yatak kapasiteleri 200 ve altına düşürülmüş ve toplum psikiyatri sistemi oluşturulmuştur.

Ruh sağlığı modelinin bahsedilen aşamalarında bu alanda verilen hizmetin zamanla gelişmesi ruh sağlığı öneminin fark edilmesine ve bu alanda hasta sayısının artmasına bağlanabilir.

Son zamanlarda toplumsal yapının hızlı değişimiyle çeşitlenen hastalıklar da birer damgalanma sebebi olmaktadır. Daha önce örneği görülmemiş ya da daha önce var olan ama boyut değiştirip derinleşmiş olarak tekrar ortaya çıkan hastalık belirtilerinin, toplum tarafından benimsenmesi güçleşmektedir. Özellikle ruhsal hastalıklarda yaygın olarak görülen önyargılı yaklaşım çoğunlukla damgalanma ile sonuçlanmaktadır.

Damgalamadan kaynaklı olan ayrımcı davranış, evrenseldir. Kültür başta olmak üzere demografik ve klinik etkenler, ruhsal hastalıkların çeşidine göre damgalama sürecini yönlendirmektedir (Çilek ve Akkaya, 2022: 551).

İlk çağlardan itibaren ruhsal hastalığı olan bireyler, ayrımcılık ve damgalanmayla karşı karşıya kalmıştır. Tarihsel süreçte ruhsal hastalıklar neredeyse tüm toplumlarda küçümseme ve hakaret simgesi olmuştur. Toplumdaki bireyler, ruhsal hastalıkları tehlikeli, anlaşılmaz, korkutucu ve belirsiz olarak algılamaktadır. Tüm ruhsal hastalıklar damga ile ilişkilendirilebilir fakat bazı ileri seviyede ya da ciddi olan ruhsal hastalıkları tecrübe etmiş hastalarda anormal davranışlar görülme olasılığı fazladır. Damgalama, bireyler arası etkileşimde ayrımcılık veya kabul edilmezlik seviyesinde işlerlik kazanmaktadır. Bazı kişi veya grupların; önyargı, olumsuz tutum, damga sebebiyle diğerlerinin birtakım çıkar ve haklarını ihlal etmesiyle ayrımcılık ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla damga, en az hastalık kadar tehlikelidir (Avcil vd., 2016: 177-178).

Ruhsal hastalıklarda damgala(n)ma nedenleri; bireysel ve çevresel faktörler başta olmak üzere medya ve hastalık süreci değişkenleri (tanı, tedavi, sağlık personeli vb.) olarak sıralanabilir. Damgala(n)ma; yaşam kalitesi, benlik saygısı, sosyal işlevsellik, kaygı düzeyi, depresyon, hastalık ve tedavi aşaması, umut düzeyi ve sosyal destek noktalarında olumsuz etki etmektedir (Yazılar, 2010).

Ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutum ve tepkiler, hasta bireyin sağlık kurumlarına başvurmasını ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Tedavi için atılan

her bir geç adımı, hastalığı ciddileştirmekte ve istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir. Ruhsal hastalıkların erken tanısı, hastaların gereken uygun birimlere sevk edilmesi tedavi devamlılığı için önem taşımaktadır (Bağ ve Ekinci, 2005: 120).

Buğün medyanın etkisiyle ruhsal hastalığı olan bireyler; belirsiz, zararlı, tehlikeli, değersiz, şiddete meyilli vb. olarak yansıtılmakta ve toplumun algısını olumsuz yönde şekillendirmektedir. Ruhsal hastalıklarda damgalanmanın önlenmesi açısından medyanın hasta görüşlerine yer vererek bu konuda empati kurulmasına olanak tanınması, ruh sağlığı alanında uzman kişilerin ruhsal hastalıklara dair bilgilendirme yapması oldukça önemlidir (Asan, 2019: 203). Böylelikle ruh sağlığının da fiziksel sağlıkla aynı kategoride değerlendirilmesi ve ortaya çıkabilecek semptomların normalleştirilmesi kolaylaşmış olacaktır.

Damgalanmış hasta, duygusal zedelenme yaşamakta ve benlik saygısı azalmaktadır. Aile ilişkileri başta olmak üzere arkadaşlık ilişkisi kurma ve sürdürmede problemler yaşanmaktadır. Herhangi bir alanda işlerlik kazanmak için gerekli istek ve enerjisi bulunan hastalarda dahi damgalanma karşısında engellenmiş hissetmektedir. Hastalığın kabullenilmesinde hem hasta hem de yakınları isteksiz davranarak tedaviyi aksatmaktadır. Öyleyse ruhsal hastalık yaşayan bireylerin topluma yeniden kazandırılıp kaynaştırılması için toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili genel tutumu oldukça önemli rol oynamaktadır (Doğanavşargil Baysal, 2013: 247). Damgalanma karşısında sadece bireysel mücadelenin yeterli ve etkili olmayacağı ortadadır. Bu yüzden damgalanmış birey ve ona ait tüm sistem (medya, sağlık sistemi, aile vb.) damgalama karşısında mücadele etmelidir (Bekiroğlu, 2021: 611). Damgalanmış bireye ait sistemler (medya, sağlık sistemi, aile) olumsuz tutum sergilediğinde, birey diğerlerine olan mevcut sosyal mesafesini kendine de koymaktadır. Yani kendi kendini damgalamaktadır. Çevreden aldığı dönütlerle toplum içinde kendini yeniden inşa etmekte ve öz saygısını yitirmektedir. Bunun sonucunda silik bir benlikle varlığını sürdürmekte ve diğerlerinin söylemlerini koşulsuz kabul etmektedir. Öyleyse ruhsal hastalıkların oluşmasında çevre faktörü de tetikleyici olmaktadır.

Damgalanma alanında yapılan çalışmalarda inanç, tutum ve damgalanmanın tedavi sürecini olumsuz etkilediği ve bu olumsuzluğu ortadan kaldırmak için psikoterapiden yararlandığı ortaya konulmuştur. Bilgi eksikliği olan hasta, sağlık hizmetine ulaşmak

istemeyip psikiyatristlerin damgalanmayı -hastalık tanılarını normalleştirerek- önleyeceğini düşünmektedir. Bireyin hastalığını kabul ederek tedaviye adım atması için hasta, hasta yakını ve bu alandaki hizmet vericilerin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Çam ve Bilge'nin (2013: 99) yaptığı ruhsal hastalık ve damgalanmaya dair sistematik derleme çalışmasında; Türkiye'de ruhsal hasta ya da ruhsal hastalıklara dair inanç, tutum ve damgalanmaya ilişkin kavramlar tanımlanmış, bu kavramlar çeşitli değişkenlerle kıyaslanmış, gerekli müdahale alanları saptanmıştır. Böylelikle bu alanda bir girişim süreci başladığı ortaya konulmuştur. Ancak genel olarak derlemede yer alan yayınlarda da belirtildiği gibi ruhsal hasta ya da ruhsal hastalık kavramlarına bakış açısı olumsuzdur. Çoğunlukla maruz kalınan hastalıklar söz konusu olduğunda (bipolar, şizofreni vb.) hasta, hasta yakını ve tedavi ekibinin çekimser davranış sergilediği görülmektedir. Hastalık tanısı sebebiyle ayrımcı ve dışlayıcı tutum, tedavi olmak istememe, tedaviyi yarım bırakma gibi irrasyonel sağlık davranışlarına neden olmaktadır. Bu sorunun önüne geçebilmek adına hekim başta olmak üzere tedavi sürecine dahil olan herkesin (sağlık personeli ve hasta yakınları) daha bilinçli olması ve bu bilinci davranışlarına yansıtması gerekmektedir (Çam ve Bilge, 2013: 97-99).

Damgalanma ile mücadele uzun soluklu, çözümlenmesi zor, toplumun tümüne aktarılması gereken bir süreçtir. Bunun yanı sıra tutum ve inançların pekiştiği eğitim dönemlerinde bu konuya dair farkındalık kazandırılması oldukça önemlidir. Bu farkındalığın kazandırılması için eğitim veren kişilerin konuya dair bilgi ve donanımının yeterli olması önceliktir (Çam ve Bilge, 2013: 99).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SOSYAL HİZMET VE TEDAVİYE DEVAM DURUMU

Bireylerin sosyal yönden tedavisi ile ilgilenen sosyal hizmet disiplini, tedavi sürecindeki kısıtlılıkları ortadan kaldırarak tedaviye devam ve adaptasyon noktasında etkili müdahale yöntemleri kullanmaktadır. Bu bölümde sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığındaki rolü ve sosyal hizmetin bir alt alanı olan tıbbi sosyal hizmetin tedaviye devam durumuna etkisi değerlendirilmiştir.

4.1. SOSYAL HİZMET UZMANLARININ RUH SAĞLIĞINDAKİ ROLÜ

Türkiye’de sağlık alanında yapılan düzenlemeler ve sağlığın sosyal yönünün en az tedavi süreci kadar önemsenmesi sonucu sosyal hizmet disiplinine dolayısıyla da sosyal hizmet uzmanlarına duyulan ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Ancak sosyal hizmet uygulamalarının sağlık alanında sosyal hizmet uzmanları ve toplum açısından ifade edilen bazı problemleri bulunmaktadır. Bu problemlerin en belirgin olanı hukuksal zeminde yasal düzenle ilgilidir. Ayrıca bir disiplin olarak sosyal hizmetin işlevsellik yönünden net bir şekilde kavranamaması, sosyal hizmet uzmanlarının sorumluluk ve yetkilerinin yer aldığı çalışmaların her hastanede farklılık göstermesi; hastane yöneticilerinin algı ve tutumlarına göre sosyal hizmet alanındaki uygulamalara yön verilmesi gibi sorunlar yer almaktadır. Bunlara ek olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülen, hastanelerde istikrarlı sosyal hizmet uygulama çalışmalarının yapılması ve bu çalışmaların ulusal kapsamda tıbbi sosyal hizmet politikası haline gelmesi amaçlanmaktadır (Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010: 32-33).

Biyopsikososyal açıdan değerlendirme yaparak birey ve ailesinin tanı ve tedavi sürecinde uyumunu kolaylaştırmak adına çok boyutlu sosyal hizmet yaklaşımı; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici olarak ayrılmaktadır. Riskli davranışlar sergileyen ya da bireysel anlamda kendine dair risk oluşturan bireylere koruyucu ruh sağlığı hizmeti kapsamında, ayakta veya yatan bireylere tedavi edici ya da rehabilite edici yardım sağlanmaktadır (Nişancı, 2019: 246). Böylelikle hekimle etkili iletişim kurup kendine dair olumlu bakış açısı edinen bireylerin tedaviye devam etme olasılıkları artarak süreçten olumlu çıktı elde edilmesi hedeflenmektedir. İyileşme yaklaşımı çerçevesinde sosyal hizmet uzmanları, sağaltıma dayalı sistem ve hizmet kurumunda öncü olarak yer almaktadır.

Ruh sağlığını koruma ya da ruh sağlığı hastalarının yaşadığı problemleri en aza indirerek topluma adaptasyonunu kolaylaştırmak ve rehabilite edici çalışmalar yürütme odaklı sosyal hizmet, ruh sağlığı hizmeti alınan sağlık kurumlarının fiziksel ortamı ile ilgili problemlere ilişkin de çözüm önerileri sunarak rehberlik etmektedir (Abay ve Gölgeen, 2018: 2150). Görüldüğü üzere tamamlayıcı bir unsur olarak sosyal hizmet yaklaşımının ruh sağlığı alanında verdiği hizmet çok yönlüdür.

Psikiyatrik hastalık sürecinin başından sonuna kadar bireyin kurduğu ilişki ve etkileşim sosyal ağlar kapsamında değerlendirilmektedir. Bireylerin fiziksel görünüm, sağlık durumu, ilişki ve rollerindeki sorunların aşılması için yeniden inşa süreci gerçekleşmektedir. Yaşamdaki farklılıklara (hastalık süreci) uyum sağlanması gerektiğini vurgulayan sosyal hizmet disiplini, yeniden inşa sürecinde bireylerin işlevselliğini artırarak toplumsal ve bireysel uyumu mevcut şartlarda yakalamayı vurgulamaktadır (Akarçay Ulutaş, 2018: 35).

Ruhsal hastalığı olanlara yönelik tutum ve tepkiler, etiyolojik sebep ya da sonuç olarak ele alındığında, ruhsal hastalık tedavilerinde etkili olan toplumsal ve çevresel etkenler olarak ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de ve dünyada yapılmış çok sayıda çalışmada ruhsal yönden hasta olan bireylere ve ruhsal hastalıklara karşı, bireysel ve toplumsal zeminde ortaya çıkan tutumlar ve bu tutumları belirleyen faktörler kayda değer bilgiler sunmaktadır. Yapılan alışmalar sonucunda ruhsal hastalığı olanlara karşı oluşan tutumun en önemli nedeni bilgi eksikliğidir (Yıldırım Birdoğan ve Berksun, 2002: 2). Özellikle hasta bireyin çevresinde bilgi eksikliğinden kaynaklanan olumsuz tutum ve davranışların hastaya yansıtılması hasta üzerinde baskı oluşurmaktadır. Hastalık sürecinde çevreden destek bekleyen hastanın, beklentisinin aksine reddedici olumsuz tutumlarla karşılaşması sonucu çevresiyle arasına sosyal mesafe koymakta veya hastalık durumunu bertaraf etme çabasına girmektedir. Söz konusu her iki durumun farklı ıktıları bulunmaktadır. Hasta, çevresinden uzaklaştığında gereken manevi desteği alamayarak kısıtlılık yaşamaktadır. Ayrıca çevre söylemlerini benimseyerek tüm olumsuz yargıları zihninde doğrulayıp kabullenmesi sonucunda kendini damgalamaktadır. Hem çevre tarafından hem de kendi tarafından damgalanmış olmak yine hastanın özgürlüğünü kısıtlamaktadır. Çünkü hastalıktan kaynaklı olarak küçümsenme, hakaret, hor görölme gibi durumlara maruz kalmak genel bir ifadeyle insan haklarına aykırıdır.

Ruhsal hastalıklara yetersiz bütçe ayrılması yasa ve toplumsal kurallardaki yönetsel ayrımcılığa işaret ederek ruhsal hastalığa sahip bireyleri dezavantajlı gruba dahil etmektedir (Karagöl vd., 2013: 100). Bu kapsamda hem yasaların hem de toplumun kemikleştirdiği dışlama ve ayrımcılık algısını elimine etmek adına sosyal hizmet müdahalesi devreye girmektedir. Yani damgalamayla mücadele toplumsal ve yasal açıdan irdelenerek bağlamına uygun sosyal hizmet müdahalesi uygulanmaktadır.

Sosyal hizmet, ruhsal hastalıklara karşı toplumdaki mevcut yaklaşım ve önyargıların farkındadır. Bu kapsamda ayrımcılık, dışlama ve damgalama ile ilgili faaliyetler yürütülerek ruhsal hastalığı olanlar ve ailesinin gereksinimlerine göre müdahale yöntemi ve politika geliştirmektedir (Attepe Özden, 2015: 36).

4.2. PSİKIYATRİK SOSYAL HİZMETİN TEDAVİYE UYUMU KOLAYLAŞTIRMA İŞLEVİ

Sosyal hizmet; bilgi temeli, değerler sistemi, misyon-vizyon ve etiği kendine özgü olan bir disiplindir. Kişi ve çevresi, yaklaşımların odak noktasında yer almakla birlikte sosyoekonomik durumu yetersiz, dezavantajlı ya da incinebilir olan bireylerin refah seviyesi ve iyilik hallerini arttırarak mevcut şartlarını güçlendirmek amacıyla sosyal hizmet müdahalesi uygulanmaktadır (Gökçearslan Çifçi ve Gönen, 2011: 149).

Psikiyatrik sosyal hizmetin temel amacı, ruhsal hastalığı olan bireyler ve yakınlarının güçlendirilmesi yönünde müdahalede bulunmak ve bu bireylerin toplumdaki sağaltımını gerçekleştirmektir. Türkiye’de sosyal hizmetin bir alt alanı olarak hizmet sunan psikiyatrik sosyal hizmetin çalışma alanları; hastanelerin çocuk-ergen psikiyatrisi poliklinikleri, psikiyatri klinikleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)’dir. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının; birey ve ailesinin sosyal yönden işlevselliğini arttırmak ve güçlendirmek, diğer sağlık profesyonelleri ile ekip çalışması yapmak ve alanına bağlı olarak bireylerin bilinçlenme ve farkındalık kazanması için eğitim vermek görevleri arasındadır. Ancak genel sosyal hizmet alanına kıyasla psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı sayısının az olmasından dolayı bu alanda yeterli düzeyde hizmet sağlanamamaktadır (Attepe Özden, 2015: 36; Attepe Özden, 2015: 169-170).

İçinde bulunduğu hastalık durumunun dezavantajıyla birlikte damgalanmış, dışlanmış olarak kısıtlılığa maruz kalan ruhsal hastalar, toplumun incinebilir gruplarından birini temsil etmektedir. Bu gruplarla ilgilenen ve müdahalede bulunan sosyal hizmet

disiplini, farklı yaklaşımlarla hasta ve yakınlarına destek olmayı amaçlamaktadır. Bu noktada sosyal hizmet rolü şu şekilde ifade edilebilir (Bahar ve Savaş, 2013: 86-87):

- Sosyal hizmet, ruh sağlığı alanında problem yaşayan bireylerin belirlenmesi ve tedavi olabilmesi için uygun sağlık kurumlarına yönlendirme yaparak diğer ruh sağlığı profesyonellerine göre risk gruplarına ulaşma konusunda daha avantajlıdır. Ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç duyduğu halde ekonomik ve sosyal yetersizlikler nedeniyle tedavi olamayanların tedavi olması için gerekli koşulları oluşturmaktadır.

- Tedavi ihtiyacı olanların bireysel özelliklerinin detaylı olarak bilinmesi uygun tedavi programının hazırlanmasında önemlidir. Bu bilgilere sosyal hizmet uzmanının yapacağı ev/iş yeri ziyaretleri aracılığı ile ulaşmak mümkündür.

- Hastaneye yatış, hastalık veya tedavi konusunda bilgi yetersizliği ve ortaya çıkabilecek sosyo-ekonomik sorunlar sebebiyle hasta ve ailesinin olumsuz duygular hissetmesi muhtemeldir. Böylesi bir durumda sosyal hizmet uzmanı hastalık ve tedavi süreci ile ilgili gerekli bilgilendirmeyi yaparak olumsuz duyguları azaltmayı amaçlar.

- Tedavi amacıyla şehir değiştiren hasta uyum süreci yaşamaktadır. Sosyal hizmet uzmanının hasta ve ailesi ile yapacağı görüşmeler uyum sürecinin sorunsuz atlatılmasına ve tedaviye devamlılık ile tedavi başarı oranına katkı sağlamaktadır. Böylece hastaya karşı ailesinde ya da çevresinde oluşmuş/oluşabilecek olumsuz tutumlar ortadan kaldırılarak hasta ve hastalığın onaylanması ve buna uygun davranışlar sergilenmesini sağlar.

- Psikiyatrik rahatsızlığı olan biriyle yaşam sürmek tedavi sürecinde masrafların karşılanamaması, hastanın mevcut durumuna uygun yaklaşımda bulunamama gibi tedavi sürecinin devamlılığını ve başarı oranını olumsuz etkileyen durumlara neden olmaktadır. Sosyal hizmet müdahalesi bu noktada devreye girerek aile ve çevre arasında bir bağlantı kurarak tedavi sürecini kolaylaştırır.

- Tedavi sonrasında planlanmış olmaması hasta ve ailesinin bu süreçle ilgili belirsizlik yaşamaları ile sonuçlanır. Böylesi bir durumda tedavinin işlevselliği azalabilir. Hasta ve ailesinin taburcu olmaya hazır olup olmadığı ile ilgili sosyal hizmet uzmanı görüşme yaparak diğer ruh sağlığı profesyonelleri ile iş birliği yapar.

- Taburcu olduktan sonra hasta ve ailesinin döndüğü ortam tedavinin başarı oranını etkilediğinden dolayı sosyal hizmet uzmanı gerekli görüşmeleri yaparak (aile ve sosyal çevre ile) taburculuk sonrasında hastayı yeni yaşamına alıştırmaya görevini üstlenir. Böylece aile ve çevreden kaynaklanacak sorunlar minimize edilir.

Ayrıca ruhsal hastalık sürecinde hastalıkla ilgili aile ve çevrenin doğru bir şekilde bilgilendirilmesi için psikoeğitim uygulanarak yaşanan ya da yaşanması muhtemel olan suçluluk duygusunun önüne geçilmektedir. Buna ek olarak psikoeğitim uygulamasında aile ve yakın çevre bir araya gelerek birbirlerine destek verebilmektedir. Tedavi yalnızca ilaçlar aracılığı ile gerçekleşmemektedir. Toplumdan yola çıkarak aile ve yakın çevrenin desteği bu süreçte oldukça önemlidir. Dolayısıyla gerekli desteği sağlayabilmek için psikoeğitimin alınması aile içi iletişimin gelişmesinde, olumsuz duyguların kontrollü olarak dışarı yansıtılmasında, tedaviye devam ve uyumun artırılmasında kolaylık sağlamaktadır (Attepe Özden, 2015: 45-46).

Birey, biyopsikososyal bir varlıktır. Bu yüzden tıp bilimi sağlık problemlerini bütüncül biçimde değerlendirmelidir. Bütüncül değerlendirmenin yapılabilmesi için psikiyatri ve sosyal hizmetin bir arada işlevsellik kazanması oldukça önemlidir. Ruhsal hastalıkların biyolojik nedenlerine ek olarak psikolojik ve çevresel faktörler de bulunmaktadır. Bu faktörler; toplumsal damgalanma, evsizlik, savaş, yoksulluk, göç, ırkçılık, istismar, şiddet olarak sıralanabilir. Tıbbın bir alt alanı olan psikiyatride ruhsal hastalıkların teşhis ve tedavisi yapılmaktadır. Toplum ruh sağlığının korunmasında yetkili ve sorumlu ana aktör evrensel olarak psikiyatristtir. Ancak psikiyatristin sadece tıp bilgisi çerçevesinde hastaya gerekli tedaviyi uygulaması yeterli gelmemektedir. Başarılı bir tedavinin yapılması için ekip çalışmasına ihtiyaç vardır. Hastayı iyileştirme, geliştirme, korumaya katkı sunacak alanlardan biri sosyal hizmettir. Çünkü tıp, bireyleri bedensel veya ruhsal yönden tedavi etmeyi amaçlarken sosyal hizmet bu süreçteki sosyal değişkenler üzerinde durmaktadır. Yani sosyal sağlığın korunması, iyileştirilmesi, geliştirilmesi noktasında sosyal hizmet devreye girmektedir (Oral ve Tuncay, 2012: 94; Oral ve Tuncay, 2012: 101-103).

Hastalıkların tedavisinde yer alan iyileşme yaklaşımı, hizmet alan kesim tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de ruh sağlığı alanında hizmet alan bireylerin seslerini duyurmada sosyal hizmet yaklaşımı oldukça değerlidir. Patolojik temelli psikiyatrik

hizmette temel kurallar ile sosyal hizmet konsensüs sağlamaktadır. İyileşme yaklaşımında; bireyin bireysel özellikleri, değer ve güçleri, kendi kaderini tayin hakkı ile kültürel duyarlılık temel alınmaktadır. Hastalığı yaşayanlar kendi yaşamlarının en uzman kişisidir. İyileşme yaklaşımı ve sosyal hizmetin benzer özelliği bireyi çevresi içinde değerlendirmektedir. Birey ve çevresi ile ilgili ekolojik yaklaşım, güçler yaklaşımı, baskı karşıtı uygulama, yaşam modeli gibi çeşitli sosyal hizmet uygulamaları psikiyatrik sosyal hizmet uygulaması ve iyileşme yaklaşımı ile birlikte uygulanabilmektedir (Nişancı, 2019: 252-254).

Sosyal hizmet; ruh sağlığı alanında tedavi öncesi, sırası ve sonrasında yaptığı müdahalelerde güçlendirme yaklaşımı kullanarak bireyin sorunlarıyla daha kolay başa çıkmasına imkân tanımaktadır. Güçlendirme yaklaşımı açısından birey kendini güçlü hisseden, girişimci ve faal olarak değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmenin yanı sıra eleştirel bakma, kendine güvenme, baskı amaçlı uygulamalar karşısında güçlü olma gibi özellikleri bireye aktarmayı amaçlamaktadır. Sosyal hizmet uzmanı bu yaklaşımda kolaylaştırıcı etkindir. Nihai kararı kendi kaderini kendi belirleme hakkı olan birey vermektedir. Sosyal hizmet uzmanı bu yaklaşımın temelinde bireyi kendi yaşamının merkezine koymayı amaçlamaktadır (Erbay, 2019: 43).

Klinik ve psikiyatrik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmetin bir alt alanı olarak değerlendirilmekle birlikte aslında klinik sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmetin uygulama alanı olarak işlerlik kazanmıştır (Zubaroglu Yanardağ ve Özmete, 2017: 210). Bu durumda klinik ve psikiyatrik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmetin bileşenleri olarak ele alınmaktadır.

Tüm sosyal hizmet alanlarında olduğu gibi tıbbi sosyal hizmet kapsamında yer alan uygulamalar; psikososyal yaklaşım, bilişsel davranışçı yaklaşım, sistem yaklaşımı, güçlendirme yaklaşımı, psikodinamik yaklaşım ve ekolojik yaklaşımdır. Bu yaklaşımlar, sosyal hizmet alanında etik kurallar gözetilerek uygulanmaktadır. Türkiye’de sosyal hizmet uzmanları 1965 yılından bu yana hastanelerde istihdam edilmektedir. Sosyal hizmet uygulamalarının işleyişine etki eden ve uygulamaları bugünkü gibi şekillendiren sağlık politikalarında meydana gelen düzenlemeler olmuştur. Bu düzenlemelerle birlikte hastanelerin sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin algısı da önemli etkindir.

Tedavi planlaması ve uygulamasında multidisipliner değerlendirmelerin yapılması olumsuzlukların azaltılmasına ve tedavi başarısının artırılmasına katkı sunmaktadır (Bahar ve Savaş, 2013: 85).

Özel bir tıbbi sosyal çalışma türü olarak psikiyatrik sosyal hizmet; ayakta veya yatarak tedavi olan bireylerin bakımına ve rehabilitasyonuna katkı sunmaktadır. Çevresi içinde bireyi biyopsikososyal yönden ele alarak koordine etmekte ve tedavisine imkân sağlamaktadır. Böylece bireylerin refah seviyesini arttırmak mümkündür. Bireyle ve grupla çalışma, psikoeğitim, psikososyal ve risk değerlendirmeleri, psikoterapi, krize müdahale, bakım koordinasyonu ile rehabilitasyon hizmeti gibi alanlarda psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları görev almaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı aynı zamanda psikolog, psikiyatri hemşiresi, psikiyatrist ve diğer ruh sağlığı profesyonelleri birlikte bir ekip olarak çalışmaktadır (Abay ve Çölgeçen, 2018: 2158-2159).

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAHA ARAŞTIRMASI

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı, önemi, tipi ve hipotezleri, etiği, evren ve örnekleme, veri toplama süreci ve araçları, sınırlılıkları, bulguları ve analizleri ile tartışmaya yer verilmiştir.

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı; ruh sağlığı hizmetine başvuran hastaların tedaviye devam durumlarının hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanma kavramları açısından sosyal hizmet disiplini temelinde değerlendirilmesidir.

5.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Araştırmada ruhsal hastalıkların tedavi sürecinde hasta-hekim ilişkisi bağlamında hekime güven, hasta bireyin kendine bakış açısı ve çevresel etmenler bağlamında kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanma kavramlarının tedaviye devam durumlarını ne açıdan ve ne derecede etkilediğini çeşitli değişkenlerle ilişkilendirerek ortaya koyulmuştur. Ayrıca psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının, içselleştirilmiş damgalanmanın azaltılmasında önemli işlevlere sahip olduğu belirtilmiştir. Literatür taramalarında hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanma kavramları çerçevesinde ruh sağlığı hizmeti alan hastaların tedaviye devam durumlarını sosyal hizmet çerçevesinde ele alan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda çalışmanın literatüre farklı bir bakış açısı kazandırıp yapılacak benzer çalışmaları temellendireceği düşünülmektedir. Buna ek olarak araştırma, damgalanmanın azaltılmasında ruhsal sağlık problemi olan bireylerin refahına yönelik sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin literatüre katkı sağlaması açısından önemli görülmektedir.

5.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE HİPOTEZLERİ

Nicel araştırma olarak tasarlanan bu çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri tablo 5.1’de yer almaktadır.

Tablo 5.1. Araştırma Hipotezleri

Hipotez 1	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği cinsiyete göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 2	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği yaşanılan yere göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği yaşanılan yere göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 3	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 4	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği aylık gelir miktarına göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği aylık gelir miktarına göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 5	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği sosyal güvenceye göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği sosyal güvenceye göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 6	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan hekimle iletişim sorununa göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan hekimle iletişim sorununa göre farklılık göstermektedir.</p>

Tablo 5.1. Araştırma Hipotezleri (devamı)

Hipotez 7	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan ilaç tedavisinin yan etkilerine göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan ilaç tedavisinin yan etkilerine göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 8	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan muayene süresinin yetersizliğine göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan muayene süresinin yetersizliğine göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 9	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan sorunları yeterince ifade edememeye göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan sorunları yeterince ifade edememeye göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 10	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan istek dışı tedaviye göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan istek dışı tedaviye göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 11	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan güven sorunu ve mahremiyetin gizlilik haline göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan güven sorunu ve mahremiyetin gizlilik haline göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 12	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan tedavi ekibini seçememeye göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan tedavi ekibini seçememeye göre farklılık göstermektedir.</p>

Tablo 5.1. Araştırma Hipotezleri (devamı)

Hipotez 13	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan diğere göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan diğere göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 14	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği tedavi sürecinin ilerleme biçimine göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği tedavi sürecinin ilerleme biçimine göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 15	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği hekimin öngördüğü tedaviyi onaylama durumuna göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği hekimin öngördüğü tedaviyi onaylama durumuna göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 16	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene sıklığına göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene sıklığına göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez17	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene süresine göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene süresine göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 18	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene süresinin yeterliliğine göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene süresinin yeterliliğine göre farklılık göstermektedir.</p>

Tablo 5.1. Araştırma Hipotezleri (devamı)

Hipotez 19	<p>H₀: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği hastanın hekimin yaklaşımını değerlendirmesine göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği hastanın hekimin yaklaşımını değerlendirmesine göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 20	<p>H₀: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği cinsiyete göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 21	<p>H₀: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği yaşanılan yere göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği yaşanılan yere göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 22	<p>H₀: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 23	<p>H₀: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği aylık gelir miktarına göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği aylık gelir miktarına göre farklılık göstermektedir.</p>
Hipotez 24	<p>H₀: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği sosyal güvenceye göre farklılık göstermemektedir.</p> <p>H₁: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği sosyal güvenceye göre farklılık göstermektedir.</p>

Tablo 5.1. Araştırma Hipotezleri (devamı)

Hipotez 25	H₀: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ruhsal duruma göre farklılık göstermemektedir. H₁: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ruhsal duruma göre farklılık göstermektedir.
Hipotez 26	H₀: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği tedavi süresine göre farklılık göstermemektedir. H₁: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği tedavi süresine göre farklılık göstermektedir.

5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini Muş Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğinden hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya 18 ve üzeri yaşta, çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkları bulunan, en az 1 kere psikiyatrik muayene geçmişi olan, hastalık tanısı belirlenmiş ve sağlık durumu iletişime elverişli olan hastalar oluşturmaktadır.

Örneklem tipi olarak araştırmacının öngörüsüne bağlı ve olasılığa dayalı olmayan kasti örnekleme yöntemi kullanılmıştır (Coşkun vd., 2019: 169).

Hastalar içinde teşhis konulmamış, şehir dışında tedavisini sürdürüp sadece ilaç yazdırmak için gelen, sağlık durumu iletişime elvermeyen ve rapor için gelenler bulunduğundan veri toplanan ilk 5 günlük pilot çalışmayla sorular gözden geçirilmiştir. Bu pilot çalışmadaki 92 hasta 5 günlük periyot için evren olarak kabul edilmiş ve bu hasta sayısı çalışmanın evreninin belirlenmesinde kullanılmıştır.

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için aşağıdaki formülden faydalanılmıştır. Formüle göre 222 hastanın evreni temsil edebileceği hesaplanmıştır.

Bu hastalar içinde çalışmaya konu olan örneklem için alınan değerler ve örneklem büyüklüğü hesaplama formülü aşağıdaki gibidir (Karagöz, 2016: 286):

N: 558 (Popülasyon büyüklüğü)

$Z_{\alpha/2}$: 1,96 (Z tablo değeri)

d: 0,05 (Tahmin edilecek olan ana kütle oranı ile aynı ana kütlede alınan örneklem oranı arasındaki sapma miktarı (tolerans seviyesi))

p: 0,40 (Ana kütledeki incelenen olayın gerçekleşme olasılığı); p'=0,60

q: (1-p)=0,60 (Olayın görülmeme olasılığı); q'=0,40

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha/2}^2 \cdot p' \cdot q'}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot p' \cdot q'} = \frac{558 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,60) \cdot (0,40)}{(0,05)^2 \cdot (558-1) + (1,96)^2 \cdot (0,60) \cdot (0,40)} = 222,2$$

Muş Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğindeki 250 hasta ile görüşme yapılmış olup 225 anket analize dahil edilmiştir. Anketin eksik doldurulması, yarıda bırakılması, rastgele işaretlenmesi gibi nedenlerden dolayı verilerin geçerliliği ve güvenilirliğini korumak adına 25 anket çalışmaya dahil edilmemiştir.

5.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın konusu kapsamında veri toplamak için ruh sağlığı hizmeti alan hastaların demografik bilgileri, ruhsal durumları, kısıtlanmış özgürlük ve muayene sürecini nasıl değerlendirdiklerini belirlemeye yönelik sorulara literatür taraması sonucunda oluşturulan anket formunda yer verilmiştir. Pilot çalışmada bazı soruların anlaşılmadığı tespit edilmiş olup soru sayısı gözden geçirilerek soruların daha anlaşılır hale gelmesi için soru sayısı 21'den 29'a çıkarmıştır. Ayrıca ankette şekilsel düzenlemeler yapılmıştır. Anket formunda, literatür taraması sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda katılımcılara demografik, genel ruhsal durum, hastalık ve tedavi süreci hakkındaki konularla ilgili cevaplarını öğrenmek amacıyla 29 soru yöneltilmiştir. Demografik çıktılara erişmek için; cinsiyet, eğitim durumu, yaş, medeni durum, yaşanılan yer, çocuğunun olup olmaması, varsa çocuk sayısı, sosyal güvence, varsa meslek tanımı, aylık gelir miktarı gibi konularda sorular hazırlanmıştır. Buna ek olarak kısıtlanmış özgürlük kavramı için literatürden hareketle seçenekli sorular hazırlanmıştır.

Ankette hekime güveni ölçmek ve hastanın hekimle iletişim sürecini değerlendirebilmek için Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği, hastanın ruhsal durumundan hareketle kendine ve çevresine bakış açısını ortaya koymak amacıyla Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) kullanılmıştır. Anket formuna ekler kısmında yer verilmiştir (Ek-1).

5.5.1. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Araştırmada Ritsher, Otilingam ve Grajales (2003)'in geliştirdiği, Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını Ersoy ile Varan (2007) 'ın yapmış olduğu Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) kullanılmıştır.

Ölçek, içselleştirilmiş damgalanma durumunu değerlendiren bir öz-bildirim ölçeği olup ve toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları; yabancılaşma (6 madde), kalıp yargıların onaylanması (7 madde), algılanan ayrımcılık (5 madde), sosyal geri çekilme (6 madde) ve damgalanmaya karşı direnç (5 madde) şeklindedir (Tablo 5.2). RHİDÖ'nde yer alan dörtlü likert tipi maddeler şöyledir: “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan). RHİDÖ'nin beş alt boyuttan alınan puanların toplanması ile toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin puan aralığı 29-116'dır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt boyutuna ait maddelerde ters puanlanma yapılmaktadır. RHİDÖ'nden alınan yüksek puanlar, bireyin içselleştirilmiş damgalanmasının daha fazla olduğunu göstermektedir. Ersoy ve Varan'ın (2007) çalışmasında ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı 0,93; bu çalışmada ise 0,89 olarak bulunmuştur. Alt boyutların iç tutarlılık katsayısı 0,75 (yabancılaşma); 0,76 (kalıp yargıların onaylanması); 0,80 (algılanan ayrımcılık); 0,85 (sosyal geri çekilme); 0,76 (damgalanmaya karşı direnç) olarak bulunmuştur.

Tablo 5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt Boyutları

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)	Maddeler
I. Yabancılaşma (6 madde)	1, 5, 8, 16, 17, 21
II. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde)	2, 6, 10, 18, 19, 23, 29
III. Algılanan Ayrımcılık (5 madde)	3, 15, 22, 25, 28
IV. Sosyal Geri Çekilme (6 madde)	4, 9, 11, 12, 13, 20
V. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde)	7, 14, 24, 26, 27

Kaynak: Ritsher vd., 2003.

5.5.2. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği

Araştırmada, Koca ve Erigüç (2021)'ün geliştirmiş olduğu Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin geliştirilmesinde Yılmaz (2005)'in hasta-hekim ilişkisindeki güven iletişimini konu alan tez çalışması temel alınmıştır. Geçerlilik ve güvenilirliği test edilen ölçekte toplam 22 ifade yer almaktadır. Ölçek, 5'li likert (1-Hiç katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum) yapıdadır. Hekimin sağlık bakım davranışına güven, hekimin hastanın ödeme durumuna ilişkin davranışlarına güven, hekim kararlarına güven şeklinde 3 tane alt boyutu mevcuttur (Tablo 5.3). Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur (Yılmaz, 2005: 37). Bu çalışmadaki toplam iç tutarlılık katsayısı ise 0,91 olarak bulunmuştur. Alt boyutların iç tutarlılık katsayısı ise 0,84 (hekimin sağlık bakım davranışına güven); 0,77 (hekimin hastanın ödeme durumuna ilişkin davranışlarına güven); 0,78 (hekim kararlarına güven) olarak bulunmuştur.

Tablo 5.3. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği Alt Boyutları

Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği	Maddeler
I. Hekimin Sağlık Bakım Davranışına Güven (8 madde)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
II. Hekim Kararlarına Güven (7 madde)	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
III. Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven (4 madde)	16, 17, 18, 19

Kaynak: Yılmaz, 2005; Koca ve Erigüç, 2021.

5.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmaya ilişkin veriler, 27.09.2022-09.12.2022 tarihleri arasında Muş Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğinde hizmet alan hastalarla yüz yüze, anlık ve yazılı olarak toplanmıştır. Çalışmaya katılmak için gönüllü olan hastalara çalışmaya dair bilgi verilmiştir. Hastanın talebine göre muayene öncesi ya da sonrasında anket formundaki sorular sorulmuştur. Okuma-yazma bilmeyen ya da anketi doldurmak için yardım talep eden hastalara araştırmacı soruları okumuş ve yanıtlarını forma işaretlemiştir. Ortak dil konuşamama durumunda ise hasta yakınının tercümanlığından destek alınarak sorular hastaya iletilmiş ve cevaplar forma işaretlenmiştir.

5.7. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırmaya başlamadan önce Muş Alparslan Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'na başvurulmuştur. Kurulun 01.04.2022 tarihli ve 6 sayılı toplantısında alınan 16 numaralı karara göre, araştırmanın yapılması etik açıdan uygun bulunmuştur (Ek-2). Etik kurul onayı alındıktan sonra Muş İl Sağlık Müdürlüğü'ne çalışmanın Muş Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğinde yapılması için izin başvurusu yapılmıştır (Ek-3). 20.04.2022 tarihli 619 sayılı yazı doğrultusunda çalışmanın adı geçen kurumda yapılması uygun bulunmuştur. Ayrıca çalışmada yer alan ölçeklerin kullanılması için ilgili yazarların onayı alınmış olup izin belgelerine ekler kısmında yer verilmiştir (Ek-4, Ek-5).

Gönüllü katılımcılara görüşme öncesinde araştırmaya dair genel bilgi verilmiş olup bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Araştırma; etik ilkeler, temel insan hakları ve öznel verilerin mahremiyeti gözetilerek yapılmıştır.

5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sınırlılıkları şunlardır:

1- Tedaviye devam durumunun; hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanma kavramları ile ilişkilendirilip sosyal hizmet disipliniinde değerlendirilmesi,

2- Elde edilen verilerin anket sorularına verilen yanıtlardan oluşması,

3- Muş ilinde Muş Devlet Hastanesi dışında alternatif devlet hastanesi bulunmaması,

4- Katılımcıların anketleri doldurma esnasında verdikleri yanıtların ilgili sağlık personeline veya onlara zarar verecek herhangi kişi/kuruma iletileceği endişesi,

5- Katılımcılardan bazılarının (özellikle ileri yaştaki katılımcılar) Türkçe bilmemesi ve araştırmacının Kürtçe bilmemesi ile ortak dil kullanılamaması,

6- Araştırmanın gönüllü katılımcıların verdikleri yanıtlar çerçevesinde yürütülmesi,

7- Eğitim düzeyi ve muayene süresi ile ilgili sorulara ait kategorilerde veri sayısı 30'un altında kaldığı için kategorilerin tekrar düzenlenmesi,

8- Katılımcıların eğitim düzeyine bağlı olarak (özellikle okuma-yazma bilmeyen katılımcılar) anket sorularını anlama ve buna karşılık kendini ifade etme güçlüğüdür.

5.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayara aktarılarak SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 29.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Analizlere başlanmadan önce sayısal verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Skewness (Basıklık) ve Kurtosis (Çarpıklık) testleriyle incelenmiş olup verilerin normal dağıldığı görülmüştür. Tabachnick ve Fidell (2013)'e göre, Kurtosis ve Skewness değerleri -1.5 ile +1.5 olduğunda verilerin normal dağıldığı kabul edilmektedir.

Tablo 5.4'te verilerin normal dağılımını değerlendirmek için ölçeklerin Skewness, Kurtosis, ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir.

Tablo 5.4. Verilere ait Normallik Test Sonuçları ve Ortalama Standart Sapma Değerleri

	Skewness	Kurtosis	Ortalama	Standart Sapma
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği	-0,922	1,281	32,52	10,34
Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	0,376	-0,583	63,84	17,09

Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama standart sapma ve değeri $32,52 \pm 10,34$; Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $63,84 \pm 17,09$ olarak saptanmıştır (Tablo 5.4).

Tanımlayıcı analizlerde frekans verileri sayı (n) ve yüzde (%) olarak, sayısal verilerse normallik varsayımı sağladığı için ortalama ve standart sapma değerleri ile belirtilmiştir. İki bağımsız grup olması halinde Bağımsız Örneklem t Testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ANOVA Testi veriler analiz edilmiştir. 2'den fazla bağımsız değişkenin karşılaştırıldığı durumlarda istatistiksel açıdan anlamlı bulunan sonuçlarda hangi değişkenin farklılığın kaynağı olduğunu tespit edebilmek amacıyla gerekli post-hoc analizleri yapılmıştır. Sonuçlar tablolar üzerinden gösterilmiştir. Tüm testler için istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

5.10. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Tablo 5.5'te güvenilirlik analizlerinin sonucu olan Chronbach Alpha değerlerine yer verilmiştir.

Tablo 5.5. Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarına ait Chronbach Alpha Değerleri

	Chronbach Alpha
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği	0,91
• Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	0,84
• Hekimin Kararlarına Güven	0,78
• Hekimin Hastanın Ödeme Durumlarına İlişkin Davranışlarına Güven	0,77
Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	0,89
• Yabancılaşma	0,75
• Kalıp Yargıların Onaylanması	0,76
• Algılanan Ayrımcılık	0,80
• Sosyal Geri Çekilme	0,85
• Damgalanmaya Karşı Direnç	0,76

Chronbach Alpha iç güvenilirlik testine ait değerlerin 0,7'den yüksek çıkması ölçeklere verilen cevapların güvenilir olduğunu göstermektedir. Değerlere bakıldığında 0,7'den düşük bir değer bulunmamaktadır (Tablo 5.5).

Tablo 5.6'da katılımcılara ait demografik değişkenlere yer verilmiştir.

Tablo 5.6. Katılımcılara ait Demografik Değişkenlerin Dağılımı

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	86	38,2
	Kadın	139	61,8
Medeni Durum	Evli	118	52,4
	Bekâr	107	47,6
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	110	48,9
	Hayır	115	51,1
Yaşadığı Yer	Köy	33	14,7
	İlçe	31	13,8
	Merkez	161	71,6
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	14	6,2
	İlkokul	38	16,9
	Ortaokul	28	12,4
	Lise	71	31,6
	Ön Lisans	21	9,3
	Lisans ve Üzeri	53	23,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	63	28,0
	Çalışmıyor	162	72,0
Meslek	Çalışmıyor	167	72,9
	Serbest Meslek	28	12,4
	Memur	33	14,7
Sosyal Güvence	SGK	119	52,9
	Bağ-Kur	16	7,1
	Yeşil Kart	66	29,3
	Emekli Sandığı	17	7,6
	Özel Sağlık Sigortası	1	0,4

Tablo 5.6. Katılımcılara ait Demografik Değişkenlerin Dağılımı (devamı)

	Frekans	Yüzde
Ücretli Giriş (Sosyal Güvence Yok)	3	1,3
Geliri Olmayan	106	47,1
0-4250	53	23,6
4251-8250	23	10,2
8251-12250	24	10,7
12251 ve Üzeri	19	8,4
Ortalama Standart Sapma		
Yaş	32,52±10,34	
Çocuk Sayısı	1,45±1,9	

Katılımcıların %38,2'si erkek (n=86) ve %61,8'i (n=139) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %52,4'ü (n=118) evli ve %47,6'sı (n=107) bekârdır. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde, %48,9'unun (n=110) çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Katılımcıların %14,7'si (n=33) köyde, %13,8'i (n=31) ilçede ve %71,6'sı (n=161) merkezde yaşamaktadır. Eğitim düzeylerine bakıldığında katılımcıların %6,2'si (n=14) okuryazar değil, %16,9'u (n=38) ilkokul mezunu, %12,4'ü (n=28) ortaokul mezunu, %31,6'sı (n=71) lise, %9,3'ü (n=21) ön lisans ve %23,6'sı (n=53) lisans ve üzeri mezunlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %72'si (n=162) çalışmamaktadır. Serbest meslekle uğraşan %12,4 (n=28), memur olan %14,7 (n=33) katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların %52,9'u (n=119) SGK'lı, %7,1'i (n=16) Bağ-Kurlu, %29,3'ü (n=66) yeşil kartlı, %7,6'sı (n=17) emekli sandığına bağlı, %0,4'ü (n=1)'i özel sağlık sigortalıdır. %1,3'ünün ise (n=3) herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Katılımcıların %47,1'inin (n=106) geliri bulunmamaktadır. 0-4250 arası geliri olanlar %23,6 (n=53), 4251-8250 arası geliri bulunanlar %10,2 (n=23), 8251-12250 arası geliri bulunanlar %10,7 (n=24) ve 12251 ve üzeri geliri bulunanlar %8,4 (n=19) oranındadır. Katılımcılara ait yaş ortalama ve standart sapma değeri 32,52±10,34 çocuk sayısı ortalama ve standart sapma değeri 1,45±1,9 olarak bulunmuştur (Tablo 5.6).

Tablo 5.7’de katılımcıların zararlı alışkanlık ve ruh sağlığı hizmeti sürecine ilişkin sorulara verdikleri cevapların frekans ve yüzeliklerine yer verilmiştir.

Tablo 5.7. Zararlı Alışkanlıklar ve Ruh Sağlığı Hizmeti Süreci ile İlgili Cevapların Dağılımı

		Frekans	Yüzde	
Herhangi Zararlı Alışkanlık Olma Durumu	Sigara Kullanımı	Evet	111	49,3
		Hayır	114	50,7
	Alkol Kullanımı	Evet	11	4,9
		Hayır	214	95,1
	Uyuşturucu Kullanımı	Evet	5	2,2
		Hayır	220	97,8
	Hiçbir Zararlı Alışkanlığı Yok	Evet	111	49,3
		Hayır	114	50,7
	Ruhsal Durum	Çok iyi	25	11,1
		İyi	124	55,1
		Kötü	65	28,9
		Çok kötü	11	4,9
	Tedavi Olma Kararı	Kendi isteğimle	189	84,0
		Ailemin/çevremi yönlendirmesiyle	36	16,0
Randevu Problemi Yaşama Durumu	Evet	73	32,4	
	Hayır	152	67,6	
Hekiminin Adını Bilme Durumu	Evet	172	76,4	
	Hayır	53	23,6	
Hekimi Seçme Nedeni	Rastgele seçtim	135	60,0	
	Çevrem önerdi	17	7,6	
	Kendim araştırıp iyi olduğuna kanaat getirdim	35	15,6	

Tablo 5.7. Zararlı Alışkanlıklar ve Ruh Sağlığı Hizmeti Süreci ile İlgili Sorulara ait Cevapların Dağılımı (devamı)

		Frekans	Yüzde
	Sadece bu hekimden randevu alabildim	38	16,9
Hekimin İlgisini Yeterli Bulma Durumu	Evet	189	84,0
	Hayır	36	16,0
Tedavi Süreci	Psikiyatri servisinde yatarak	5	2,2
	Poliklinikte muayene olarak	191	84,9
	Her ikisi de	29	12,9
Aile Üyelerinden Birinde Psikiyatrik Hastalık Olma Durumu	Evet	84	37,3
	Hayır	141	62,7

Katılımcılara herhangi bir zararlı alışkanlıkları olup olmadığı sorulduğunda, sigara kullandığını belirten %49,3 (n=111), alkol kullandığını belirten %4,9 (n=11), uyuşturucu kullandığını belirten %2,2 (n=5) ve hiçbir zararlı maddeyi kullanmadığını belirten %49,3 (n=111) katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların %11,1'i (n=25) ruhsal durumunun çok iyi olduğunu, %55,1'i (n=124) iyi olduğunu, %28,9'u (n=65) kötü olduğunu ve %4,9'u (n=11) çok kötü olduğunu belirtmiştir. Kendi isteğiyle tedavi olmaya karar verenlerin oranının %84 (n=189), aile/çevre yönlendirmesiyle tedavi olanların oranının ise %16,0 (n=36) olduğu görülmüştür. Randevu problemi yaşayan %32,4 (n=73) katılımcı bulunmaktadır. Hekiminin adını bilenlerin oranı %76,4'tür (n=172). Hekimi seçme nedeniniz nedir sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde %60 (n=135) katılımcı rasgele seçtiğini, %7,6 (n=17) katılımcı çevresinin önerdiğini, %15,6 (n=35) katılımcı kendisi araştırıp seçtiğini ve %16,9 (n=38) katılımcı sadece bu hekimden randevu alabildiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %84'ü (n=189) hekimin ilgisini yeterli bulmaktadır. Katılımcıların %2,2'si (n=5) tedavi sürecini psikiyatri servisinde yatarak, %84,9'u (n=191) poliklinikte muayene olarak ve %12,9'u (n=29) ise hem serviste yatarak hem de poliklinikte tedavi olarak tamamlamıştır. Katılımcıların %37,3'ünün (n=84) aile üyelerinin birinde psikiyatrik hastalık bulunmaktadır (Tablo 5.7).

Tablo 5.8’de katılımcıların kısıtlanmış özgürlük kavramı ve muayene süreci ile ilgili sorulara ait cevaplarına yer verilmiştir.

Tablo 5.8. Kısıtlanmış Özgürlük Kavramı ve Muayene Süreci ile İlgili Sorulara ait Cevapların Dağılımı

		Frekans	Yüzde
Özgürlüğün Tanımı	Toplumda diğer bireylerin haklarını göz önüne alarak yaşamak	67	29,8
	Herhangi bir şeye bağımlı olmadan fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak	57	25,3
	Başkalarının ne düşündüğünü önemsemeden, kısıtlama olmadan, kendi istek ve arzularına göre yaşamak	65	28,9
	Özgürlüğün sınırlarının tanımlanması güçtür	33	14,7
	Diğer	3	1,3
Hekimle İletişim Sorunu	Evet	60	26,7
	Hayır	165	73,3
İlaç Tedavisinin Yan Etkileri	Evet	76	33,8
	Hayır	149	66,2
Muayene Süresinin Yetersizliği	Evet	93	41,3
	Hayır	132	58,7
Sorunları Yeterince İfade Edememe	Evet	60	26,7
	Hayır	165	73,3
İstek Dışı Tedavi	Evet	9	4,0
	Hayır	216	96,0
Güven Sorunu ve Mahremiyetin Gizlilik İhlali	Evet	51	22,7
	Hayır	174	77,3
Tedavi Ekibini Seçememe	Evet	133	59,1
	Hayır	92	40,9
Diğer	Evet	6	2,7

Tablo 5.8. Kısıtlanmış Özgürlük Kavramı ve Muayene Süreci ile İlgili Sorulara ait Cevapların Dağılımı (devamı)

		Frekans	Yüzde
	Hayır	219	97,3
Tedavi Sürecinin İlerleme Biçimi	İlaç kullanarak ve hastalık tanımına uygun görüşmeler yaparak	170	75,6
	Psikoterapiden faydalanarak	10	4,4
	İlaç kullanarak ve psikoterapiden faydalanarak	43	19,1
	Diğer	2	0,9
Hekimin Öngördüğü Tedaviyi Onaylama Durumu	Evet	215	95,6
	Hayır	10	4,4
Muayene Sıklığı	Haftada bir	12	5,3
	İki haftada bir	14	6,2
	Ayda bir	163	72,4
	Altı ayda bir	22	9,8
	Yılda bir	14	6,2
Muayene Süresinin Yeterliliği	Evet	112	49,8
	Hayır	113	50,2
Hastanın Hekimin Yaklaşımını Değerlendirmesi	Oldukça iyi	74	32,9
	İyi	133	59,1
	Kötü	11	4,9
	Oldukça kötü	7	3,1
Tedavi Süresi	1-3 ay	74	32,9
	4-7 ay	17	7,6
	8-11 ay	14	6,2
	1 yıl	11	4,9
	2 yıl	29	12,9
	3 yıl	19	8,4

Tablo 5.8. Kısıtlanmış Özgürlük Kavramı ve Muayene Süreci ile İlgili Sorulara ait Cevapların Dağılımı (devamı)

		Frekans	Yüzde
Muayene Süresi	4 yıl	4	1,8
	5 yıl ve üzeri	57	25,3
	5-10 Dakika	157	69,8
	10 Dakika Üzeri	68	30,2

Özgürlüğün tanımlanmasında ‘Toplumda diğer bireylerin haklarını göz önüne alarak yaşamak’ diyen katılımcıların oranı %29,8 (n=57) ‘Herhangi bir şeye bağımlı olmadan fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak’ diyenlerin oranı %25,3 (n=57) ‘Başkalarının ne düşündüğünü önemsemeden kısıtlama olmadan kendi istek ve arzularına göre yaşamak’ diyenlerin oranı %28,9 (n=65) ‘Özgürlüğün sınırlarının tanımlanması güçtür’ diyenlerin oranı %14,7 (n=33) ve diğer (kendim dışında hiçbir şeyi düşünmeden yaşamak, insanın istemediği hiçbir şeyi yapmaması, hem diğer bireylerin hem de kendi haklarımın göz önünde olduğu bir yaşam sürmek) cevabını verenlerin oranı %1,3 (n=3) olduğu görülmüştür. Ruh sağlığı hizmetine başvurduğunda hekimle iletişim sorunu yaşadığı için kendini kısıtlanmış hisseden katılımcıların oranı %26,7 (n=60) ilaç tedavisinde yan etki sorunu yaşadığı için kendini kısıtlanmış hissedenlerin oranı %33,8 (n=76) muayene süresi yetersiz olduğu için kendini kısıtlanmış hissedenlerin oranı %41,3 (n=93) sorunlarını yeterince iyi ifade edemediği için kendini kısıtlanmış hissedenlerin oranı %26,7 (n=60) istek dışı tedavi uygulandığı için kendini kısıtlanmış hissedenlerin oranı %4,0 (n=9) güven sorunu ve gizlilik ihlali yaşadığı için kendini kısıtlanmış hissedenlerin oranı %22,7 (n=51) tedavi ekibini seçemediği için kendini kısıtlanmış hissedenlerin oranı ise diğer (kendi kontrolünü kaybetmek, sıra beklemek, sık hekim değişikliği yapmak, randevu alamamak) sebeplerden dolayı kendini kısıtlanmış hissedenlerin oranı ise %2,7 (n=6) %59,1 (n=133) olarak bulunmuştur. Tedavi sürecinin ilerleme biçimi incelendiğinde %75,6 (n=170) katılımcının ilaç kullanıp hastalık tanımına uygun görüşmeler yaptığı, %4,4 (n=10) katılımcının psikoterapiden faydalandığı %19,1’inin (n=43) hem ilaç kullanıp hem de psikoterapiden faydalandığı ve %0,9 (n=2) katılımcının ise diğer (hekimle görüşme yapmadan sadece ilaç yazdırarak) seçeneği ile tedavini sürecini sürdürdüğü görülmüştür. Katılımcıların %95,6’sı (n=215) hekimin

öngördüğü tedaviyi onaylamıştır. Katılımcılardan %5,3'ü (n=12) haftada bir, %6,2'si (n=14) iki haftada bir, %72,4'ü (n=163) ayda bir, %9,8'i (n=22) altı ayda bir ve %6,2'si (n=14) yılda bir kez muayene olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %49,8'i (n=112) muayene süresini yeterli buluyorken %50,2'si (n=113) muayene süresinin yeterli olmadığını belirtmiştir. Hekimin yaklaşımını iyi olarak değerlendiren %59,1 (n=133), kötü olarak değerlendiren %4,9 (n=11) ve oldukça kötü olarak değerlendiren %3,1 (n=7) katılımcı bulunmaktadır. %32,9 (n=74) katılımcının tedavisi 1-3 ay, %7,6 (n=17) katılımcının tedavisi 4-7 ay, %6,2 (n=14) katılımcının tedavisi 8-11 ay, %4,9 (n=11) katılımcının tedavisi 1 yıl, %12,9 (n=29) katılımcının tedavisi 2 yıl, %8,4 (n=19) katılımcının tedavisi 3 yıl, %1,8 (n=4) katılımcının tedavisi 4 yıl ve %25,3 (n=57) katılımcının tedavisi 5 yıl ve üzeri sürmüştür. Katılımcılara muayene süresi sorulduğunda %69,8'i (n=157) muayene süresinin 5-10 dakika, %30,2'si ise (n=68) 10 dakika üzeri sürdüğünü söylemiştir (Tablo 5.8).

Tablo 5.9'da demografik değişkenler ile Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği arasındaki farklılıkların analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.9. Demografik Değişkenler ile Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi

		Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği (Ort.± Standart Sapma)	Test Değeri F/t	p
Cinsiyet	Erkek	72,10±15,28	0,26**	0,608
	Kadın	71,14±12,50		
Yaşadığı Yer	Merkez	72,58±12,25	2,04***	0,132
	İlçe	70,16±16,16		
	Köy	67,58±16,63		
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	65,36±18,34	0,829***	0,524
	İlkokul	69,79±14,99		
	Ortaokul	71,24±12,21		
	Lise	71,55±12,57		

Tablo 5.9. Demografik Değişkenler ile Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi (devamı)

	Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği (Ort.± Standart Sapma)	Test Değeri F/t	p
	Ön Lisans	72,55±12,93	
	Lisans ve üzeri	72,69±13,48	
	Geliri Olmayan	70,22±13,95	
Aylık Gelir Miktarı	0-4250	72,42±12,33	1,204***
	4251-8250	72,61±14,74	
	8251-12250	76,17±11,97	
	12251 ve üzeri	79,00±15,19	
	SGK	71,54±13,16	
	Bağ-Kur	70,87±13,46	
	Yeşil Kart	71,83±13,61	
Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	69,88±17,61	0,418***
	Özel Sağlık Sigortası	68,00±-	
	Ücretli Giriş (Sosyal Güvence Yok)	82,00±7,00	
	Diğer	66,67±19,34	
			0,867

* $p < 0,05$

** İki değişkenli analizlerde Bağımsız Örneklem t Testi

*** İki'den fazla değişkenli analizlerde ANOVA Testi

Katılımcılardan erkek olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama standart ve sapma değeri 72,10±15,28'dir. Kadın olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise 71,14±12,50'dir ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan

anlamli farklilik saptanmamıştır (p=0,608; **Hipotez 1:** Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği cinsiyete göre farklilik göstermektedir (p>0,05)).

Katılımcılardan merkezde yaşayanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 72,58±12,25'tir. İlçede yaşayanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 70,16±16,16 ve köyde yaşayanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 67,58±16,63'tür ve Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ile yaşanan yer arasında istatistiksel açıdan anlamli farklilik saptanmamıştır (p=0,132; **Hipotez 2:** Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği yaşanan yere göre farklilik göstermektedir (p>0,05)). Katılımcıların yaşadığı yere bakıldığında istatistiksel açıdan anlamli farklilik bulunmasa da merkezde oturanların Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalaması ilçede ve köyde oturanlara göre daha yüksek bulunmuştur. En düşük ortalama ise köyde yaşayan katılımcılara aittir.

Katılımcılardan okur-yazar olmayanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 65,36±18,34'tür. İlkokul mezunu olanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 69,79±14,99'dur. Ortaokul mezunu olanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 71,24±12,21'dir. Lise mezunu olanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 71,55±12,57'dir. Ön lisans mezunu olanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 72,55±12,93'tür. Lisans ve üzeri mezun olanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 72,69±13,48'dir ve Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamli farklilik saptanmamıştır (p=0,524; **Hipotez 3:** Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği eğitim düzeyine göre farklilik göstermektedir (p>0,05)).

Katılımcılardan geliri olmayanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 70,22±13,95'tir. Aylık gelir miktarı 0-4250 arasında olanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 72,42±12,33'tür. Aylık gelir miktarı 4251-8250 arasında olanlara ait Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri

72,61±14,74'tür. Aylık gelir miktarı 8251-12250 arasında olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 76,17±11,97'dir. Aylık gelir miktarı 12251 ve üzeri olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 79,00±15,19'dur ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ile aylık gelir miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Buna rağmen hastaların gelir düzeyi arttıkça hekime güven ilişkisinin arttığı görülmüştür (p=0,310; **Hipotez 4:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği aylık gelir miktarına göre farklılık göstermektedir (p>0,05)).

Katılımcılardan SGK'lı olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 71,54±13,16'dır. Bağ-kurlu olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 70,87±13,46'dır. Yeşilkartlı olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 71,83±13,61'dir. Emekli Sandığı olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 69,88±17,61'dir. Özel Sağlık Sigortası olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 68,00±'dir. Diğer sosyal güvenceye sahip olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 66,67±19,34'tür ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ile sosyal güvence arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,867; **Hipotez 5:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği sosyal güvenceye göre farklılık göstermektedir (p>0,05)) (Tablo 5.9).

Tablo 5.10'da kısıtlanmış özgürlük ve muayene süreci ile ilgili sorular ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği arasındaki farklılıkların analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.10. Kısıtlanmış Özgürlük ve Muayene Süreci ile İlgili Sorular ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi

		Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği (Ort.± Standart Sapma)	Test Değeri F/t	p	
Kısıtlanmış Hissedilen Durumlar	Hekimle İletişim Sorunu	Evet	68,47±17,07	4,153**	0,043*
		Hayır	72,62±11,97		
	İlaç Tedavisinin Yan Etkileri	Evet	69,97±15,53	1,468**	0,227
		Hayır	72,30±12,49		
	Muayene Süresinin Yetersizliği	Evet	69,09±14,59	5,127**	0,025*
		Hayır	73,22±12,64		
	Sorunları Yeterince İfade Edememe	Evet	68,10±15,79	5,238**	0,023
		Hayır	72,75±12,54		
	İstek Dışı Tedavi	Evet	70,78±14,21	0,027**	0,869
		Hayır	71,54±13,61		
	Güven Sorunu ve Mahremiyetin Gizlilik İhlali	Evet	71,18±15,25	0,040**	0,842
		Hayır	71,61±13,13		
	Tedavi Ekibini Seçememe	Evet	71,53±13,88	0,001**	0,976
		Hayır	71,48±13,28		
Diğer	Evet	68,17±12,04	0,371**	0,543	
	Hayır	68,17±13,66			
Tedavi Sürecinin İlerleme Biçimi	İlaç Kullanarak ve Hastalık Tanımına Uygun Görüşmeler Yaparak	70,66±13,47	0,944***	0,420	

Tablo 5.10. Kısıtlanmış Özgürlük ve Muayene Süreci ile İlgili Sorular ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi (devamı)

		Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği (Ort.± Standart Sapma)	Test Değeri F/t	p
	Psikoterapiden Faydalanarak	75,60±14,38		
	İlaç Kullanarak ve Psikoterapiden Faydalanarak	73,81±13,55		
	Diğer	73,50±26,16		
Hekiminin Öngördüğü Tedaviyi Onaylama Durumu	Evet	71,93±12,89	4,77**	0,030*
	Hayır	62,40±23,65		
Muayene Sıklığı	Haftada Bir	70,17±21,16	0,382***	0,821
	İki Haftada Bir	75,43±10,27		
	Ayda Bir	71,44±13,71		
	Altı Ayda Bir	71,44±10,63		
	Yılda Bir	69,64±12,57		
Muayene Süresi	5-10 dk	70,75±13,27	1,56**	0,2
	10 Dakika Üzeri	73,28±14,27		
Muayene Süresinin Yeterliliği	Evet	75,04±11,78	1,65**	<0,001*
	Hayır	68,02±14,42		
Hastanın Hekimin Yaklaşımını Değerlendirmesi	Oldukça İyi	77,81±9,23	15,96***	<0,001*
	İyi	70,15±12,34		
	Kötü	57,91±14,45		
	Oldukça Kötü	52,14±29,40		

* $p < 0,05$

** İki değişkenli analizler Bağımsız Örneklem t Testi

*** İki den fazla değişkenli analizler ANOVA Testi

Hekimle iletişim sorunu yaşadığı için kendini kısıtlanmış hisseden katılımcılara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $68,47 \pm 17,07$ iken hekimle iletişim sorunu yaşadığı için kendini kısıtlanmış hissetmeyen katılımcılara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $72,62 \pm 11,97$ olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,043$; **Hipotez 6:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan hekimle iletişim sorununa göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$)). İletişim sorunu yaşadığı için kendini kısıtlanmış hissetmeyen katılımcıların Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalaması daha yüksektir.

Muayene süresi yetersiz geldiği için kendini kısıtlanmış hisseden katılımcılara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $69,09 \pm 14,59$ iken muayene süresi yetersiz geldiği için kendini kısıtlanmış hissetmeyen katılımcılara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $73,22 \pm 12,64$ 'tür ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,025$; **Hipotez 7:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan muayene süresinin yetersizliğine göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$)). Muayene süresi yetersiz geldiğinde kendini kısıtlı hissetmeyen katılımcıların Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalaması daha yüksektir.

Katılımcılardan hekimin öngördüğü tedaviyi onaylayanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $71,93 \pm 12,89$, hekimin öngördüğü tedaviyi onaylamayanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise $62,40 \pm 23,65$ 'tir ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,030$; **Hipotez 8:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği hekimin öngördüğü tedaviyi onaylama durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$)). Hekimin öngördüğü tedaviyi onaylayan katılımcıların Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalaması daha yüksektir.

Katılımcılardan muayene süresini yeterli bulanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $75,04 \pm 11,78$ iken muayene süresinin yeterli olmadığını belirten katılımcılara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise $68,02 \pm 14,42$ 'dir ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$ **Hipotez 9:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven

İletişimi Ölçeği muayene süresinin yeterliliğine göre farklılık göstermektedir). Muayene süresini yeterli bulan katılımcıların Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalaması daha yüksektir.

Katılımcılar tarafından hekimin yaklaşımını oldukça iyi bulan katılımcılara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $77,81 \pm 9,23$, iyi bulanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $70,15 \pm 12,34$, kötü bulanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $57,91 \pm 14,45$, oldukça kötü bulanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise $52,14 \pm 29,40$ 'tır ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$ **Hipotez 10:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği hastanın hekimin yaklaşımını değerlendirmesine göre farklılık göstermektedir). En yüksek ortalama hekim yaklaşımını iyi bulan katılımcılara en düşük ortalama ise kötü bulan katılımcılara aittir.

Katılımcılardan ilaç tedavisinin yan etki göstermesi sonucu kendini kısıtlanmış hissedenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $69,97 \pm 15,53$ 'tür. İlaç tedavisinin yan etki göstermesi sonucu kendini kısıtlanmış hissetmeyenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise $72,30 \pm 12,49$ 'dur ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p = 0,227$; **Hipotez 11:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan ilaç tedavisinin yan etkilerine göre farklılık göstermektedir ($p > 0,05$)).

Katılımcılardan sorunları yeterince ifade edememe sonucu kendini kısıtlanmış hissedenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $68,10 \pm 15,79$ 'dur. Sorunları yeterince ifade edememe sonucu kendini kısıtlanmış hissetmeyenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise $72,75 \pm 12,54$ 'tür ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p = 0,023$; **Hipotez 12:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan sorunları yeterince ifade edememeye göre farklılık göstermektedir ($p > 0,05$)).

Katılımcılardan istek dışı tedavi olduğunda kendini kısıtlanmış hissedenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri

70,78±14,21'dir. İstek dışı tedavi olduğunda kendini kısıtlanmış hissetmeyenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise 71,54±13,61'dir ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,869; **Hipotez 13:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan istek dışı tedaviye göre farklılık göstermektedir (p>0,05)).

Katılımcılardan güven sorunu ve mahremiyetin gizlilik ihlalini yaşadığı için kendini kısıtlanmış hissedenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 71,18±15,25'tir. Güven sorunu ve mahremiyetin gizlilik ihlalini yaşadığı için kendini kısıtlanmış hissetmeyenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise 71,61±13,13'tür ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,842; **Hipotez 14:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan güven sorunu ve mahremiyetin gizlilik haline göre farklılık göstermektedir (p>0,05)).

Katılımcılardan tedavi ekibini seçemediği için kendini kısıtlanmış hissedenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 71,53±13,88'dir. Tedavi ekibini seçemediği için kendini kısıtlanmış hissetmeyenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise 71,48±13,28'dir ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,976; **Hipotez 15:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan tedavi ekibini seçememeye göre farklılık göstermektedir (p>0,05)).

Katılımcılardan diğer sebeplerle (kendi kontrolünü kaybetmek, sıra beklemek, sık hekim değişikliği yapmak, randevu alamamak) kendini kısıtlanmış hissedenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 68,17±12,04'tür. Diğer sebeplerle kendini kısıtlanmış hissetmeyenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise 68,17±13,66'dır ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,54; **Hipotez 16:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan diğere göre farklılık göstermektedir (p>0,05)).

Katılımcılardan tedavi sürecinin ilerleme biçimi ilaç kullanarak ve hastalık tanımına uygun görüşmeler yaparak diyenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 70,66±13,47'dir. Tedavi sürecinin

ilerleme biçimi psikoterapiden faydalanarak diyenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $75,60 \pm 14,38$ 'dir. Tedavi sürecinin ilerleme biçimi ilaç kullanarak ve psikoterapiden faydalanarak diyenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $73,81 \pm 13,55$ 'tir. Tedavi sürecinin ilerleme biçimini diğer (hekimle görüşme yapmadan sadece ilaç yazdırarak) olarak ifade edenlere ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise $73,50 \pm 26,16$ 'dır ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,420$; **Hipotez 17:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği tedavi sürecinin ilerleme biçimine göre farklılık göstermektedir ($p>0,05$)).

Katılımcılardan muayene sıklığı haftada bir olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $70,17 \pm 21,16$ 'dır. Muayene sıklığı iki haftada bir olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $75,43 \pm 10,27$ 'dir. Muayene sıklığı ayda bir olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $71,44 \pm 13,71$ 'dir. Muayene sıklığı altı ayda bir olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değerleri $71,44 \pm 10,63$ 'tür. Muayene sıklığı yılda bir olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise $69,64 \pm 12,57$ 'dir ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,821$; **Hipotez 18:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene sıklığına göre farklılık göstermektedir ($p>0,05$)).

Katılımcılardan muayene süresi 5-10 dk olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri $70,75 \pm 13,27$ 'dir. Muayene süresi 10 dk üzeri olanlara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise $73,28 \pm 14,27$ 'dir ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,2$; **Hipotez 19:** Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene süresine göre farklılık göstermektedir ($p>0,05$)) (Tablo 5.10).

Tablo 5.11'de Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile demografik değişkenler arasındaki farklılıkların analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.11. Demografik Değişkenler ile Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi

		Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Ort.± Standart Sapma)	Test Değeri F/t	p
Cinsiyet	Erkek	64,19±17,49	0,058**	0,80
	Kadın	63,62±16,9		
Yaşadığı Yer	Merkez	62,81±17,05	1,30***	0,27
	İlçe	64,74±17,06		
	Köy	67,97±17,19		
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	75,00±13,28	6,30***	<0,001*
	İlkokul	69,92±16,86		
	Ortaokul	68,04±16,68		
	Lise	64,75±16,49		
	Ön Lisans	58,38±16,25		
	Lisans ve üzeri	55,25±15,54		
	Aylık Gelir Miktarı	Geliri Olmayan		
0-4250		63,81±17,37		
4251-8250		61,09±16,64		
8251-12250		56,88±16,28		
12251 ve üzeri		55,37±16,28		
Sosyal Güvence	SGK	60,29±16,08	4,51***	<0,001*
	Bağ-Kur	58,69±13,61		
	Yeşil Kart	71,79±17,00		
	Emekli Sandığı	60,71±18,21		
	Özel Sağlık Sigortası	48,00±-		

Tablo 5.11. Demografik Değişkenler ile Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi (devamı)

	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Ort.± Standart Sapma)	Test Değeri F/t	p
Ücretli Giriş (Sosyal Güvence Yok)	79,33±19,55		
Diğer	64,67±5,50		

* $p < 0,05$

** İki değişkenli analizler Bağımsız Örneklem t Test Testi

*** İkiden fazla değişken bulunan analizlerde ANOVA Testi

Katılımcılardan okur-yazar olmayanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri 75,00±13,28'dir. İlkokul mezunu olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri 69,92±16,86'dır. Ortaokul mezunu olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri 68,04±16,68'dir. Lise mezunu olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri 64,75±16,49'dur. Ön lisans mezunu olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri 58,38±16,25'tir. Lisans ve üzeri mezun olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri 55,25±15,54'tür ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$ **Hipotez 20:** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalaması en yüksek okuryazar olmayan katılımcılara, en düşük ortalama ise lisans ve üzeri katılımcılara aittir. Eğitim durumuna bakıldığında eğitim seviyesi arttıkça Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ortalaması azaldığı görülmektedir.

Katılımcılardan geliri olmayanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri 67,54±16,99'dur. Aylık gelir

miktarı 0-4250 arasında olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $63,81 \pm 17,37$ 'dir. Aylık gelir miktarı 4251-8250 arasında olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $61,09 \pm 16,64$ 'tür. Aylık gelir miktarı 8251-12250 arasında olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $56,88 \pm 16,28$ 'dir. Aylık gelir miktarı 12251 ve üzeri olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $55,37 \pm 16,28$ 'dir ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile aylık gelir miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,006$ **Hipotez 21:** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği aylık gelir miktarına göre farklılık göstermektedir). Aylık gelir miktarı arttıkça Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalaması azalmaktadır.

Katılımcılardan SGK'lı olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $60,29 \pm 16,08$ 'dir. Bağ-kurlu olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $58,69 \pm 13,61$ 'dir. Yeşil kartlı olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $71,79 \pm 17,00$ 'dir. Emekli sandığı olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $60,71 \pm 18,21$ 'dir. Özel sağlık sigortası olanlara ait $48,00 \pm$ 'dir. Sosyal güvencesi olmadığı için ücretli giriş yapanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $79,33 \pm 19,55$ 'tir. Diğer seçeneğini işaretleyenlere ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $64,67 \pm 5,50$ 'dir ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile sosyal güvence arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$ **Hipotez 22:** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği sosyal güvenceye göre farklılık göstermektedir). En yüksek ortalama sosyal güvencesi bulunmayan katılımcılara ait iken en düşük ortalama özel sağlık sigortası bulunanlara aittir.

Katılımcılardan erkek olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $64,19 \pm 17,49$ 'dur. Kadın olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $63,62 \pm 16,9$ 'dur ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p = 0,80$;

Hipotez 23: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği cinsiyete göre farklılık göstermektedir ($p>0,05$)).

Katılımcılardan merkezde yaşayanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $62,81\pm 17,05$ 'tir. İlçede yaşayanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $64,74\pm 17,06$ 'dır. Köyde yaşayanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri $67,97\pm 17,19$ 'dur ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,27$; **Hipotez 24:** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği yaşanan yere göre farklılık göstermektedir ($p>0,05$))(Tablo 5.11).

Tablo 5.12'de ruh sağlığı hizmeti sürecine dair sorular ile Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği arasındaki farklılıkların analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.12. Ruh Sağlığı Hizmeti Süreci ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi

		Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Ort.± Standart Sapma)	Test Değeri F/t	p
Ruhsal Durum	Çok İyi	53,20±15,96	4,21***	<0,001*
	İyi	60,16±15,24		
	Kötü	71,83±15,02		
	Çok Kötü	82,18±19,9		
Tedavi Süresi	1-3 Ay	58,35±16,31	2,51***	0,017*
	4-7 Ay	59,18±16,83		
	8-11 Ay	60,07±13,37		
	1 Yıl	62,05±21,96		
	2 Yıl	63,29±16,80		
	3 Yıl	65,14±17,82		

Tablo 5.12. Ruh Sağlığı Hizmeti Süreci ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Arasındaki Farklılığın Analizi (devamı)

	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Ort.± Standart Sapma)	Test Değeri F/t	p
4 Yıl	70,25±9,35		
5 Yıl ve Üzeri	70,88±16,66		

* $p < 0,05$

*** İki den fazla değişkenli analizler ANOVA Testi

Katılımcılardan ruhsal durumu çok iyi olan katılımcılara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri 53,20±15,96'dır. Ruhsal durumu iyi olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri 60,16±15,24'tür. Kötü olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri 71,83±15,02'dir. Çok kötü olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalama ve standart sapma değeri ise 82,18±19,90'dır ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile katılımcıların ruhsal durumları arasında istatistiksel açıdan farklılık saptanmıştır. Post-hoc analizi sonucuna göre tüm kategoriler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$ **Hipotez 25:** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ruhsal duruma göre farklılık göstermektedir). Ruhsal durumunun çok kötü olduğunu ifade eden katılımcılara ait ruhsal hastalık ortalaması da oldukça yüksek çıkmıştır.

Katılımcılardan tedavi süresi 1-3 ay arası olan katılımcılara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 58,35±16,31'dir. Tedavi süresi 4-7 ay arası olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 59,18±16,83'tür. Tedavi süresi 8-11 ay arası olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 60,07±13,37'dir. Tedavi süresi 1 yıl olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 62,05±21,96'dır. Tedavi süresi 2 yıl olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş

Damgalanma Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 63,29±16,80'dir. Tedavi süresi 3 yıl olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 65,14±17,82'dir. Tedavi süresi 4 yıl olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri 70,25±9,35'tir. Tedavi süresi 5 yıl ve üzeri olanlara ait Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ortalama ve standart sapma değeri ise 70,88±16,66'dır ve tedavi süresi ile Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği arasında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık söz konusudur ($p=0,017$; **Hipotez 26:** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği tedavi süresine göre farklılık göstermektedir ($p>0,05$)). Tedavi süresi uzadıkça Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalamasının da arttığı görülmektedir (Tablo 5.12).

5.11. TARTIŞMA

Sanayi devrimi, teknolojik gelişmeler, kapitalizm, küreselleşme olgularının etkisi ile gelen postmodern çağda; farklılaşma anlayışı hak, adalet, özgürlük kavramları çerçevesinde değişmiştir. Yaş, cinsiyet, etnik köken, fiziksel farklılık, cinsel yönelim gibi faktörler ile bireyin ait olduğu grup üzerinden yapılan ötekileştirme bireylerin ayrımcılığa ve dışlanmaya maruz kalmasına neden olmaktadır (Uzunaslın ve Duyan, 2022: 17). Ruhsal hastalık sebebiyle farklı tavır ve davranışlarda bulunan bireylerin de bu dışlanmadan payını alarak marjinalleştirildiğini söylemek mümkündür. Diğerlerinden hareketle bireyin kendine dair olumsuz algı ve tutumları özümsemesiyle toplum damgalamasının yanı sıra kendi kendini damgalama durumu da ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla damgala(n)ma, bireylerin normal yaşantıdan uzaklaşmasına ve özgürlük alanlarının kısıtlanmasına neden olmaktadır.

Hasta-hekim ilişkisinde, hekimle ilgili tüm faktörler teşhis ve tedavi sürecinin başından sonuna kadar etkilidir ve hastanın sahip olduğu hak ve ayrıcalıkları ortaya koymaktadır. Ruhsal hastalıkların tedavi sürecinde hekim temel öznedir. Dolayısıyla hekimle ilişkisi olan tüm unsurlar hastalık ve tedavi sürecine etki etmektedir. Bu unsurların başında güven gelmekte ve hekime güven düzeyi sürece önemli oranda yön vermektedir. Bilgi paylaşımı sırasında hekim-hasta iletişimde güven zemininin oluşması, bireyin kendine bakış açısı ve buna bağlı olarak elde ettiği tedavi olanaklarını değerlendirmek tedavi sürecinin sürekliliğini dolayısıyla sonuçlanmasını etkilemektedir.

Çünkü psikiyatri hastalarının hastalık tanı ve derecesine göre tedaviye devam etmesi oldukça önemlidir. Tedavi aşamalarının önemli bir kısmı hekim-hasta iletişimi sırasında uygulanmakta bu yönüyle fiziksel hastalıkların tedavi sürecine kıyasla farklılık göstermektedir. Hekimle ilgili herhangi bir faktörün uygulama noktasında olması gerekenden uzaklaşıp hastayı olumsuz etkilemesi sonucu hastanın özgürlük alanı kısıtlanmakta ve bu kısıtlılık sağlık davranışında sapmaya neden olmaktadır.

Çalışmada önceki bölümlerde hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanma kavramları odak noktasına alınarak sosyal hizmet kapsamında tedaviye devam durumu ile birlikte değerlendirilmiştir. Bu bölümde ise, anket aracılığı ile toplanan birincil verilerden yola çıkarak hekime güven, kısıtlanmış özgürlük, içselleştirilmiş damgalanma kavramlarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmaması değerlendirilecektir.

Ruh sağlığı hizmeti alan hastaların çoğunluğunu %61,8'i oranıyla kadın hastalar oluşturmaktadır. Doğu bölgesinde aile yapısının farklılığı ve çocuk sayısının fazla olması nedeniyle kadınlar daha fazla sorumluluk almakta ve zaman zaman fazla gelen bu sorumluluk sebebiyle ruhsal problemler yaşamaktadırlar. Örneklem grubunun çoğunu kadınların oluşturması ve TÜİK (2021) verilerine göre Muş'ta kadın istihdam oranının düşüklüğü (%19,6) çalışma durumu ve aylık gelir miktarını da etkilemektedir. Hastaların medeni durumuna bakıldığında %52,4 oranıyla çoğunluğu evli hastalar oluşturmaktadır. Yine doğu bölgesinde erken yaşta yapılan evlilikler sonucunda yaşanan bireysel ve ailevi problemler ruhsal hastalıklara zemin hazırlamaktadır.

Hastaların %48,9'u çocuk sahibidir. TÜİK (2021) verilerinde çocuk nüfus oranının en fazla olduğu (%39,7) 10 ilden biri olan Muş'tur. Bu durumda çocuk sahibi olmanın hem hastalıkları derinleştiren hem de tedavi isteğini artıran bir etken olduğunu söylemek mümkündür. Çocuk sahibi olmak mevcut sorumlulukları artırmak dolayısıyla sorunların da çeşitlenmesi anlamına gelirken; aynı zamanda da çocuk sahibi olmanın verdiği sorumlulukla iyileşme isteği artabilmekte, tedavi süresi kısalmakta ve etki oranı artmaktadır. Hastaların %71,6'sı merkezde yaşamakta ve böylelikle sağlık hizmetine erişilebilirlik ile tedavi devamlılığı daha fazla mümkün olmaktadır. Hastalara ait yaş ortalama ve standart sapma değeri $32,52 \pm 10,34$ çocuk sayısı ortalama ve standart sapma değeri $1,45 \pm 1,9$ 'dur. Çocuk sayısı arttıkça sorumluluk ve sorunlar da artmaktadır. Bu

durum ruhsal hastalık riskini artıran veya mevcut ruhsal hastalığı derinleştiren bir etkidir. Yaş ortalamasına bakıldığında genç yaşta bireylerin doğu bölgesindeki yetersiz istihdam koşullarıyla yaşamlarının her alanı olumsuz etkilenmekte ve ruhsal sorunlarını artırmaktadır.

Eğitim düzeylerine bakıldığında hastaların %6,2'si okuryazar değil, %16,9'u ilkokul, %12,4'ü ortaokul mezunudur. TÜİK (2021) verilerine göre Muş'ta 19.770 kişi okuma-yazma bilmemektedir. Eğitim düzeyi sağlık hizmetlerinden beklentiyi de değiştirmektedir. Niteliğine bakılmaksızın sadece sağlık hizmeti sunulmasını yeterli bularak olması gerekeni öteleyen hasta grubu çoğunlukla eğitim düzeyi düşük hastalardan oluşmaktadır. Ayrıca örneklem grubunun yarısından fazlası lise ve üzeri eğitim düzeyindedir. Ruhsal sağlık hizmetlerine başvurma oranının eğitim düzeyiyle doğru orantılı olduğu düşünüldüğünde bu çalışmadaki hataların yarısından fazlası ruhsal alanda rasyonel sağlık davranışı göstermektedir. Hastaların %72'si çalışmamaktadır. Herhangi bir işle meşgul olmamak ve bunun yaratacağı boşluk hissi ruhsal hastalığı tetikleyici/artırıcı bir faktördür. Buna ek olarak toplumda herhangi bir unvana sahip olmayıp onaylanmayan bireyler, işsiz olarak damgalandığında ruhsal sorunları artış göstermektedir. Örneklem grubunda çoğu katılımcının çalışmamasının ruhsal hastalıklarının ortaya çıkması ve ilerlemesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların %52,9'u SGK'lı, %7,1'i Bağ-Kurlu, %29,3'ü yeşil kartlı, %7,6'sı emekli sandığına bağlı, %0,4'ü özel sağlık sigortalıdır. %1,3'ünün ise herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. SGK, Bağ-Kur, emekli sandığı, yeşilkart ve özel sağlık sigortası bulunan hastalar, genel sağlık hizmetinden yola çıkarak ruh sağlığı hizmetine ekonomik kaygı taşımadan ve her ihtiyaç duyduklarında rahatça ulaşabilirken herhangi sosyal güvencesi olmayan hastalar için tersi durum söz konusudur. Dolayısıyla tedavi sürekliliği sağlanamamaktadır. Hastaların %47,1'inin geliri bulunmamaktadır. Maddi durum yetersizliği tedavi sürecindeki ek masraflar, ulaşım gibi giderlerin karşılanamamasına dolayısıyla tedavinin sekteye uğramasına neden olmaktadır. Örneklem grubunun neredeyse yarısı, maddi yetersizlik sebebiyle tedaviye erişme ve sürdürmede problem yaşamaktadır.

Hastalardan sigara kullandığını belirten %49,3 alkol kullandığını belirten %4,9 uyuşturucu kullandığını belirten %2,2 ve hiçbir zararlı maddeyi kullanmadığını belirten

%49,3 kişi bulunmaktadır. Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanan hastaların hem fiziksel hem ruhsal sağlığını tehlikeye soktuğu aşikârdır. Ruhsal hastalık teşhisi almış bir hastanın bu zararlı alışkanlıklarla tedavi sürecini yavaşlattığını söylemek mümkündür. Ayrıca uyuşturucu kullanan hastaların, bağımlılıktan kurtulmak için doğrudan iletişim kurduğu grupta psikiyatrist ve psikologlar bulunmaktadır. Yani uyuşturucu kullanımı başlı başına psikiyatrik bir vaka olup tedavi devamlılığı zaruridir. Hastaların %11,1'i ruhsal durumunun çok iyi olduğunu, %55,1'i iyi olduğunu, %28,9'u kötü olduğunu ve %4,9'u çok kötü olduğunu belirtmiştir. Hastanın ilk muayeneden itibaren mevcut ruhsal durumu hem tedaviye dair bakış açısını hem de tedavi ilerledikçe ne kadar yol alındığını görebilmek adına önemlidir. Tedavinin başarı oranına göre tedaviye devam durumu ve tedavi süresi belirlenmektedir.

Kendi isteğiyle tedavi olmaya karar verenlerin oranı %84, aile/çevre yönlendirmesiyle tedavi olanların oranının ise %16 olduğu görülmüştür. Ruh sağlığı hizmetine gönüllü ve bilinçli başvurmak fiziksel hastalıklara kıyasla daha önemlidir. Kendi isteğiyle tedavi olan hastanın hekimle daha etkili iletişim kurması sonucunda doğru teşhis ve tedavinin belirlenmesinde süreç ivme kazanmaktadır. Ruhsal belirtileri iyiye giden hasta, tedaviye devam etme konusunda daha istekli olmaktadır. Bu durumda örneklem grubunun çoğunluğu, kendi kararı ile tedaviye adım atarak avantaj kazanmıştır. Randevu problemi yaşayan hasta oranı %32,4'tür. Fakat saha araştırmasında yapılan gözlemler sonucunda bu oranın daha fazla olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın yapıldığı sağlık kurumunda mevcut randevu sistemi MHRS dışında sekreterlik aracılığı ile de yürütülmekte ve enformel ilişkiler sonucunda belirli hastalara daha kolay randevu verildiği gözlemlenmiştir. Bu durumda bazı hekimler üzerinde hasta yoğunluğu artmakta ve randevu alamayan hastalar muayene olamamaktadır. TÜİK (2020) verilerine göre, Muş'ta her 1.000 kişi başına düşen hekim sayısı 1'dir. Muş Devlet Hastanesi'nde veri toplama sürecinde gözlemlendiği kadarıyla aktif muayene yapan ruh sağlığı uzmanı sayısı 3-4 arasında değişmektedir. Hasta yoğunluğunun fazla, hekim sayısının az olması sebebiyle randevu almak zorlaşmaktadır. Şu durumda ruhsal hastalığın söz konusu olduğu yerde devamlılık ve takip her zamankinden fazla önemlidir. Ancak randevuyu gereken zamana alamayan hastalar muayene aralıklarını uzatmaktadır. Bu durum tedaviyi aksatıcı bir etkidir. Buna ek olarak çalışmadaki örneklem grubundan hareketle mevcut hasta kitlesinin ruh sağlığı hizmetine başvurma nedenleri arasında çoğunlukla rapor alma

amacı olduğu için ruhsal boyutta semptomları olan gerçek psikiyatri hastalarının hizmet hakkı kısıtlanmaktadır.

Hastalar içinde hekimin adını bilenlerin oranı %76,4'tür. Bu oran ilk olarak hasta farkındalığını ortaya koymaktadır. Ancak belirtilen bu oranın söz konusu örneklem grubu için doğruluğu tartışılır. Çünkü hastaların muayenenin hemen öncesinde hekim adını öğrenip ilgili soruyu cevapladığı gözlemlenmiştir. Sanılanın aksine uzman hekimlerin sık aralıklarla tayin olması sonucu hasta sürekli hekim değiştirmek zorunda kalmakta ve hekiminin adı da buna bağlı olarak sürekli değişmektedir. Ayrıca sürekli hekim değişikliği hastanın tedavi sürecini de olumsuz etkilemektedir. Hastanenin aylık çalışma programında hekimlerin farklı birimlerde görevlendirilmesi sonucunda da hastalar sürekli hekim değişikliği yapmak zorunda kalmakta, bazı hekimlerde hasta yoğunluğu arttığından hastalar uzun süre muayene sırası beklemektedir. Hekimi seçme nedeniniz nedir sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde hastaların %60'ı rasgele seçtiğini, %7,6'sı çevresinin önerdiğini, %15,6'sı kendisi araştırıp seçtiğini ve %16,9'u sadece bu hekimden randevu alabildiklerini belirtmişlerdir. Rasgele hekim seçimi yapılması ve sadece belli bir hekimden randevu alınması yine hekimlerin hasta yoğunluğuna ve randevu sistemindeki tıkanıklığa işaret etmektedir. Ayrıca hekimlerin sık aralıklarla tayin olması ya da görevlendirmeye gitmeleri hastaların muayene öncesinde çevreden öneri alma durumuna fırsat vermemektedir. Çünkü sık hekim değişikliği yaşandığında hastalar hekimle ilgili belli bir izlenime sahip olamamakta dolayısıyla da çevreye öneri sunamamaktadır. Bu çalışmadaki örneklem grubunda yer alan katılımcıların yarısından fazlası da bu sorunu yaşamaktadır.

Hastaların %84'ü hekimin ilgisini yeterli bulmaktadır. Ruh sağlığı hizmeti alırken hekimle iletişim temel faktörlerdendir. Hastanın kendini ifade etmesi ve buna karşılık dönüt alması iletişimi başarılı kılarak tedaviye katkı sağlamakta ve hekime güveni artırmaktadır. Çalışma kapsamında muayene aralıkları düzenli olmadığı halde hekime güven düzeyinin yüksek bulunması hastaların mevcut sosyo-ekonomik şartları üzerinden açıklanabilir. Tedavi için başka şansı ve seçeneği olmayan hastalar hekime güven duymak zorunda kalmaktadır. Hastaların %2,2'si tedavi sürecini psikiyatri servisinde yatarak, %84,9'u poliklinikte muayene olarak ve %12,9'u ise hem serviste yatarak hem de poliklinikte muayene olarak tamamlamıştır. Çalışmanın yapıldığı hastanede yataklı servis olmaması ihtiyaç halinde hastaların çevre illere sevk edilme zorunluluğunu ortaya

çıkarmıştır. Farklı bir ilde tedavi olmak için gerekli sosyo-ekonomik koşullara sahip hasta sayısı ise aylık gelir miktarından hareketle az olup tedavi sürecini aksatıcı bir etkidir. Buna ek olarak başka bir ilde sevk halinde, hastanın hekim değişikliği yapması tedavi sürecini aksatan bir faktördür. Ancak çalışmada örneklem grubundaki katılımcıların çoğunluğu poliklinik muayenesi olduğu için bu durumdan olumsuz etkilenme oranı azdır.

Hastaların %37,3'ünün aile üyelerinin birinde psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Ailede başka birinin daha ruhsal hastalık tanısının bulunması hasta için hem destekleyici hem engelleyici nitelikte olabilmektedir. Bir yakınının benzer ruhsal hastalığa sahip olmasıyla hem kendi hem de yakını için iyileşmeye dair motivasyonu artan hastalar olabileceği gibi bu durumdan olumsuz etkilenip karamsarlığa kapılan hastalar da olabilmektedir. Özgürlüğün tanımlanmasında 'Herhangi bir şeye bağımlı olmadan fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak' diyenlerin oranı %25,3'tür. Görülen o ki hastaların bir kısmının özgürlük anlayışı sağlıklı olmak üzerinden temellenmektedir.

'Ruh sağlığı hizmetine başvurduğunda hekimle iletişim sorunu yaşadığı için kendini kısıtlanmış hisseden hastaların oranı %26,7 ilaç tedavisinde yan etki sorunu yaşadığı için kendini kısıtlanmış hissedenlerin oranı %33,8 muayene süresi yetersiz olduğu için kendini kısıtlanmış hissedenlerin oranı %4 ve tedavi ekibini seçemediği için kendini kısıtlanmış hissedenlerin oranı ise %59,1 olarak bulunmuştur. Hekime kendini yeterince ifade edemeyen ve hekimin de yeterli ilgi ve özeni göstermediğini düşünen hasta, iletişimde yaşadığı problemi temel alarak tüm sürece dair bir karar vererek tedavisini aksatabilmektedir. Her ilaçta olduğu gibi psikiyatrik ilaçların da yan etkisi bulunmakta ve bireysel özelliklere bağlı olarak etki oranı değişmektedir. Yoğun olarak yan etki yaşayan hasta, daha iyi olmayı beklerken daha kötü olduğunda önyargılı davranıp tedaviyi bırakabilmektedir. Kendini ifade edebilmek ve sorununu net bir biçimde hekime iletebilmek için hem hekim hem de hastaya verilen süre, olması gerekenin çok altındadır. Bu kısa süre doğru teşhis, tedavi ve hasta güveninin sağlanması açısından yetersizdir. Hastanın içine sinen, kendini yakın hissedeabileceği hekimi seçme hakkı, daha önce de belirtildiği gibi hekim sayısının yetersizliği, hasta yoğunluğu, randevu problemi ve hekimlerin sık tayin olması ve görevlendirilmesi ile ilişkilidir. Tedavi sürecinin ilerleme biçimi incelendiğinde %75,6 oranında hastanın ilaç kullanıp hastalık tanımına uygun görüşmeler yaptığı, %4,4 oranında hastanın psikoterapiden faydalandığı görülmüştür. Psikiyatristlerin genel tedavi eğilimi öncelikli olarak ilaç reçete etmek üzerinedir.

Hekimler, psikoterapi noktasında hem zaman kısıtlılığı hem de pratik eksikliği sebebiyle eksik kalmaktadır. Çalışmadaki örnekleme de muayene süresi göz önüne alınarak hastaların yüksek oranda kısa görüşmelerle ilaç yazdırarak tedaviyi sürdürdüğü görülmüştür. Attepe Özden (2015: 44) sadece ilaç kullanmanın tedavi için yeterli olmadığını belirtmiştir. Bu kapsamda sosyal hizmet disiplini temelinde yapılacak psikososyal uygulamaların önemini vurgulamıştır.

%25,3 oranında hastanın tedavisi 5 yıl ve üzeri sürmüştür. Hastalık süresi arttıkça tedaviye devam durumu daha fazla önem kazanmaktadır. Çünkü bu uzun süreçte hastalık tanısı derinleşebilir, tekrarlayabilir ya da yön değiştirebilir. Tedavide başarı oranı uzun soluklu tedavi süreçlerinde tedaviye devamlılıkla yakından ilişkilidir.

Ölçekler ve değişkenler arasındaki farklılaşmalar şöyle ifade edilebilir: Hastaların yaşadığı yere bakıldığında merkezde oturanların Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ortalaması ilçede ve köyde oturanlara göre daha yüksek bulunmuştur. En düşük ortalama ise köyde yaşayan hastalara aittir. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ile cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim düzeyi, aylık gelir miktarı ve sosyal güvence arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ile cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim düzeyi, aylık gelir miktarı ve sosyal güvence arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Gezergün ve Şahin (2006) 'in yaptığı çalışmada; cinsiyet, eğitim seviyesi ve medeni halin hekimler üzerinde yapılan değerlendirmelerde farklılaşmadığı saptanmıştır. Karsavuran vd. (2011)'nin yaptığı çalışmaya göre; hastaların hekimle olan iletişimde güven düzeyleri cinsiyete, yaşa, medeni duruma ve eğitim durumuna göre değişmektedir. Her iki çalışmada Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği'nin demografik değişkenlere göre farklılaşma durumunun değişmesinde örneklem grubu, çalışma bağlamı ve poliklinik farkı (psikiyatri-genel cerrahi) etkili olmuştur. Deniz ve Çimen (2021)'in yaptığı çalışmaya göre ise; hastaların cinsiyetin, çalışma ve yaş durumuna göre hekime güven düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Hekimle iletişim sorunu yaşadığı için kendini kısıtlanmış hisseden hastalara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ile hekimle iletişim sorunu yaşadığı için kendini kısıtlanmış hissetmeyen hastalara ait Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi

Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,043$). Kamışlı vd. (2016)'nin yaptığı çalışmada hastalar (hem yatarak hem de ayaktan tedavi gören); istek dışı tedavi (% 14), ilaç tedavisinin yan etkileri (% 33,2), iletişim sorunu (% 28), tedavi ekibini seçememeyi (% 14) kısıtlayıcı faktör olarak belirtmiştir. Özdelikara ve Kaya (2018) 'nin yaptığı çalışmada ise; ajitasyon, demans, konfüze, deliryum gibi kısıtlama yöntemleri hasta güvenliğini sağlamak için kullanılmaktadır. Kısıtlama yöntemlerinin Türkiye'de ve dünyada çok sık kullanıldığı yapılan çalışmalarda görülmüştür. Çalışmalar sonucunda, hemşirelerin hasta kısıtlamasına yönelik bilgi düzeyinin yetersiz olduğu, kısıtlama komplikasyonlarının bilinmediği ve hekim istemi olmaksızın kısıtlama uygulandığı, kısıtlama öncesi alternatif yöntem uygulamasının bilinmediğidir. Hastaların kısıtlılığına neden olan pek çok faktör bulunmakla birlikte kısıtlılık kavramından anlaşılan genelde kimyasal ya da fiziksel olarak tıbbi müdahale yöntemleridir. Ulusal literatürde psikiyatri hastaları için tıbbi müdahale dışındaki kısıtlılıklardan içselleştirilmiş damgalama kapsamında bahseden ilk çalışma Kamışlı vd.'nin yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada hastaların sosyal ve psikolojik durumlarına ilişkin kısıtlamalara yer verilmesi bu kısıtlılıkları ortadan kaldıracak müdahaleler için yol gösterici araç niteliğindedir.

Muayene süresi yetersiz geldiği için kendini kısıtlanmış hisseden hastalarla muayene süresi yetersiz geldiği için kendini kısıtlanmamış hissetmeyen hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,025$).

Hastalardan hekimin öngördüğü tedaviyi onaylayanlarla hekimin öngördüğü tedaviyi onaylamayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,030$). Hastalardan muayene süresini yeterli bulanlar ile muayene süresinin yeterli olmadığını belirten hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hastalar tarafından hekimin yaklaşımını oldukça iyi bulan hastalar, iyi bulan hastalar, kötü bulan hastalar ve oldukça kötü bulan hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Gezergün ve Şahin (2006) 'in yaptığı çalışmada ise; hastaya verdiği güven, hekimin davranış biçimi, hastayı bilgilendirme seviyesi, teknik yeterliliği, dil kullanımı ve iletişim sonucunda hekime dair oluşan algının; hastaların yaş, muayene süresi, genel sağlık durumu ve başvuru polikliniğe göre farklılaştığı ortaya konulmuştur.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile eğitim düzeyi ($p<0,001$), aylık gelir miktarı ($p<0,006$) ve sosyal güvence ($p<0,001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Doğanavşargil (2009)'e göre; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, sosyal güvence, çalışma durumu için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup yaşanılan yer, eğitim durumu, aylık gelir miktarı için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Her iki çalışmada Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği'nin demografik değişkenlere göre farklılaşma durumunun değişmesinde örneklem grubu (özellikle şizofreni ve depresyon hastası-genel psikiyatri hastası) ve çalışma bağlamı (Antalya-Muş) etkili olmuştur. Aylık gelir miktarı arttıkça Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalaması azalmaktadır. Hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde en yüksek ortalama sosyal güvencesi bulunmayan hastalara ait iken en düşük ortalama özel sağlık sigortası bulunanlara aittir. Çilek (2022)'in yaptığı çalışmada ise; eğitim seviyesi düşük, sosyal ve ekonomik şartları elverişsiz, kırsal kesimde yaşamını sürdüren, bir işte çalışmayan ve çocuk sayısı fazla hastalarda içselleştirilmiş damgalanma daha yüksek bulunmuştur. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalaması en yüksek okuryazar olmayan hastalara, en düşük ortalama ise lisans ve üzeri hastalara aittir. Eğitim durumuna bakıldığında eğitim seviyesi arttıkça Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ortalaması azaldığı görülmektedir.

Tedavi süresi ile Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği arasında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık söz konusudur ($p=0,017$). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek ortalaması arttıkça tedavi süresinin de uzadığı görülmektedir.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile hastaların ruhsal durumları arasında istatistiksel açıdan farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Ruhsal durumu çok iyi olan hastaların iyi olanların kötü olanların çok kötü olanların Post-hoc analizi sonucuna göre tüm kategoriler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Ruhsal durumu çok kötü olan hastalara ait ruhsal hastalık ortalaması da en yüksek bulunmuştur. Tel ve Ertekin Pınar (2012)'in yaptığı çalışmada ise; cinsiyet, eğitim seviyesi, hastaneye yatış oranı (yıllık) ile içselleştirilmiş damgalama arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Sevim ile Artan (2019) 'ın çalışmasında ise, cinsiyete göre kadınlara kıyasla erkeklerin daha çok damgaladığı bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada ulaşılan en genel sonuç; ruhsal hastalıklarda tedavi başarı oranı ve tedaviye devam durumunun ilişkili olduğudur. Tedaviye istikrarlı bir şekilde devam edildiğinde başarı oranını artırmak da mümkündür. Bu çalışma kapsamında hastanın tedaviye devamlılığını etkileyen faktörler hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanmadır. Belirtilen bu faktörler hem bireysel (hasta, hekim, hastalık) hem de sistemsel (sağlık sistemi) alt faktörleri ile birlikte tedaviye devam durumundan yola çıkarak tüm teşhis ve tedavi sürecine etki etmektedir. Hekime güven, kısıtlanmış özgürlük, içselleştirilmiş damgalanma tedaviye devam durumuna doğrudan etki etmekte ve ruh sağlığı hizmetlerinin temel bileşenlerini oluşturmaktadır.

Psikiyatrik hastalığı olan bireyler ve yakınlarına destek olan sosyal hizmet disiplini teşhis ve tedavi sürecinde, adaptasyon ve sağaltımı sağlamak için uygun yaklaşımla müdahalede bulunmaktadır. Sosyal hizmetin alt dallarından olan tıbbi sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmet bileşenlerinden klinik sosyal hizmet; yaptığı sosyal tedavi ile fen bilimlerindeki (tıp bilimi) mevcut boşlukları doldurmak için çabalamakta ve sosyal bilimlerin önemini uygulamalı bir bilim olarak vurgulamaktadır. Ancak sağlık alanında yeterli sosyal hizmet müdahalesinin olmadığı ve bu alandaki hizmetlerin daha geniş çerçeveye yayılarak istihdamın artırılması gerektiği aşikârdır.

Araştırma sonucunda oluşturulan hipotezlerin kabul veya red durumları aşağıda yer almaktadır.

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 1**).
- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği yaşanan yere göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 2**).
- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 3**).
- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği aylık gelir miktarına göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 4**).
- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği sosyal güvenceye göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 5**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan hekimle iletişim sorununa göre farklılık göstermektedir. Buna göre H_0 hipotezi reddedilmiştir (**Hipotez 6**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan ilaç tedavisinin yan etkilerine göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 7**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan muayene süresinin yetersizliğine göre farklılık göstermektedir. Buna göre H_0 hipotezi reddedilmiştir (**Hipotez 8**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan sorunları yeterince ifade edememeye göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 9**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan istek dışı tedaviye göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 10**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan güven sorunu ve mahremiyetin gizlilik haline göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 11**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan tedavi ekibini seçememeye göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 12**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği kısıtlanmış hissettiren durumlardan diğere (kendi kontrolünü kaybetmek, sıra beklemek, sık hekim değişikliği yapmak, randevu alamamak) göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 13**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği tedavi sürecinin ilerleme biçimine göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 14**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği hekimin öngördüğü tedaviyi onaylama durumuna göre farklılık göstermektedir. Buna göre H_0 hipotezi reddedilmiştir (**Hipotez 15**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene sıklığına göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 16**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene süresine göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 17**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği muayene süresinin yeterliliğine göre farklılık göstermektedir. Buna göre H_0 hipotezi reddedilmiştir (**Hipotez 18**).

- Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği hastanın hekimin yaklaşımını değerlendirmesine göre farklılık göstermektedir. Buna göre H_0 hipotezi reddedilmiştir (**Hipotez 19**).

- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 20**).

- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği yaşanan yere göre farklılık göstermemektedir. Buna göre H_0 hipotezi kabul edilmiştir (**Hipotez 21**).

- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir. Buna göre H_0 hipotezi reddedilmiştir (**Hipotez 22**).

- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği aylık gelir miktarına göre farklılık göstermektedir. Buna göre H_0 hipotezi reddedilmiştir (**Hipotez 23**).

- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği sosyal güvenceye göre farklılık göstermektedir. Buna göre H_0 hipotezi reddedilmiştir (**Hipotez 24**).

- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ruhsal duruma göre farklılık göstermektedir. Buna göre H_0 hipotezi reddedilmiştir (**Hipotez 25**).

- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği tedavi süresine göre farklılık göstermektedir. Buna göre H_0 hipotezi reddedilmiştir (**Hipotez 26**).

Hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalamanın ruhsal hastalığı olanlar üzerindeki etkisinin ortaya konulduğu bu çalışmadan yola çıkarak konuya dair sunulabilecek öneriler şunlardır:

- Sağlık sisteminde psikiyatrik muayene süresi uzatılmalıdır.

- Muş'un bir il olduğu göz önüne alındığında hasta sayısına bağlı olarak psikiyatri alanında hekim ve psikolog sayısı artırılmalıdır.

- Sağlıkta otomasyon sistemi revize edilerek hekimlerin muayene süresini verimli kullanmaları sağlanmalıdır.

- Psikiyatrik muayene için gerekli fiziki ortam sağlanmalı ya da yeniden düzenlenmelidir. Hastaların muayene sırasında diğer hastalar tarafından bölünme yaşamamaları için muayene odasına kontrollü bir Şekilde alınmaları gerekmektedir.

- Hastaların ihtiyaç halinde ruh sağlığı hizmetine kolayca ulaşabilmesi için randevu sistemi revize edilmelidir.

- Hekimler hastalara karşı daha hassas ve ilgili davranmaya zen göstermelidir.

- Psikiyatri hastaneleri dışındaki hastanelerde de acil durumlar (atak, intihar vb.) için nöbetçi psikiyatri uzmanı bulundurulmalıdır.

-Hasta-hekim iletişiminde Kürtçe ve Türkçe ayırımından kaynaklı problemin önlenmesi için psikiyatrik terimlere hâkim olan tercümandan destek alınması iletişime dolayısıyla da tedavi sürecine katkı sağlayacaktır.

- Heyet başta olmak üzere silah ruhsatı, ehliyet ruhsatı, iş başvurusu için rapor, psikoteknik vb. alanda raporların alınması için ayrı bir randevu sistemi oluşturulmalı ve gerçekten psikiyatrik hastalığı olan bireylerin hizmete erişimi kolaylaştırılmalıdır.

- Sosyal hizmet müdahalesinin ruhsal sağlık alanında artırılması bütüncül tedavi yaklaşımını destekleyeceğinden genelde sosyal hizmet özelde ise psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının istihdamı artırılmalıdır.

- Sosyal hizmet, hastaların teşhis ve tedavi sürecinde yaşadığı kısıtlılıkları irdeleyerek özellikle damgalama ile mücadele alanını genişletmelidir.

Benzer kavramlarla yapılacak sonraki çalışmalar için öneriler ise Şunlardır:

- Psikiyatri hastalarının tedaviye devam durumu farklı kavramlar çerçevesinde değerlendirilebilir.

- Örneklem grubu Muş Devlet Hastanesi dışında başka bir hastaneden seçilebilir veya farklı illerde bulunan hastanelerin psikiyatri polikliniği ile Muş Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniği kıyaslanarak bir çalışma yapılabilir.

- Örneklem grubu ve araştırmacının ortak dil kullanılamaması durumunda tercümandan destek alınarak saha araştırması gerçekleştirilebilir.

KAYNAKÇA

- Abay, A. R. ve Y. Gölgeçen (2018). "Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü". *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, Cilt 9, Sayı 16, 2149-2185.
- Adak, N. (2015). Kurumlara Sosyolojik Bakış. Sevinç Güçlü (ed.), *Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık içinde* (335-371). İstanbul.
- Adugit, Y. (2013). "Özgürlüğün Kısa Tarihi". *FLSF Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 16, 63-94.
- Akar, Y., E. Özyurt vd. (2019). "Hasta Mahremiyetinin Değerlendirilmesi". *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Cilt 6, Sayı 1, 63-69.
- Akarçay Ulutaş, D. (2018). *Trafik Kazası Sonucu Yeti Yitimi Yaşayan Bireylerin Yaşantılarının Odak Grup Çalışması Yoluyla İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi SBE.
- Alkan, A., K. H. Özyıldız vd. (2022). "Medya Araçlarının Kullanımı ile Hekime Güven Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Saha Araştırması: Isparta İli Örneği". *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, Cilt 7, Sayı 1, 233-41.
- Altay, A. (2007). "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi". *Sayıştay Dergisi*, Sayı 64, 33-58.
- Asan, Ö. (2019). "Ruhsal Hastalıklar ve Damgalama; Toplumda, Medyada, Sağlık Çalışanlarda ve Her Yerde...". *Sakarya Tıp Dergisi*, Cilt 9, Sayı 2, 199-205.
- Aşkın, M. (1986). "Sosyal Öğrenme Kuramı Açısından Olumlu ve Olumsuz Sosyal Davranışlar". *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 147-153.
- Attepe Özden, S. (2015). *Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakımverme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi SBE.
- Atıcı, E. (2007). "Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar". *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt 33, Sayı 2, 91-96.
- Avcil, C., H. Bulut ve G. Hızlı Sayar (2016). "Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama". *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 2, 175-202.

- Aydan, S. (2020). “Hasta mı, Müşteri mi?” Tartışmasında Farklı Yaklaşımlar”. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, Cilt 5, Sayı 2, 375-83.
- Bağ, B. ve M. Ekinçi (2005). “Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması”. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 3, Sayı 11, 107-127.
- Bahadır, G. (2009). Genel Tıpta Hekim-Hasta İletişimi. Işın B. Kulaksızoğlu vd. (ed.), Psikiyatri içinde (1-18), İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
- Bahar, G. ve H. A. Savaş (2013). “Ruh Sağlığı Çalışmalarında Sosyal Hizmet Mesleğinin Rolü”. *New/Yeni Symposium Journal*, Cilt 51, Sayı 2, 83-90.
- Başol, E. (2018). “Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri”. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, Cilt 4, Sayı 1, 76-93.
- Bekiroğlu, S. (2021). “Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere Yönelik Damgalama: Etkileyen Faktörlere ve Bireyler Üzerindeki Etkilerine Dair Kavramsal Bir Çalışma”. *OPUS International Journal of Society Researches*, Cilt 17, Sayı 33, 595-618.
- Beyaz Özbey, İ. (2020). “Bireysellik, Belirsizlik ve Güvensizlik Bağlamında Ailenin Dönüşümü ve Türkiye’deki Yansımaları”. *Turkish Studies - Social*, Cilt 15, Sayı 4, 1737-1751.
- Bostan, S. (2020). *Yönetim Oyunları*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Can, İ. (2019). “Güveni Nasıl Tanımlayabiliriz? Ya Da Sosyal Bilimlerin Konusu Olarak Güven”. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 41, 46-59.
- Can, N. (2020). “Hasta Mahremiyeti Hakkı”. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, Sayı 147, 183-219.
- Coleman, L. M. (1986). *Stigma: an anigma demystified*. S. C. Ainlay, G. Becker, L. M. Coleman (ed.), The dilemma of difference: A multidisciplinary view of stigma, in (211-232). New York: Plenum Press.
- Coşkun, R., R. Altunışık ve E. Yıldırım (2019). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.

- Çakıröz Dede, G. ve İ. Tuğrul (2021). “Akılcı Antibiyotik Kullanımı Konusunda Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hekimlerinin Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi”. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 5, Sayı 2, 333-341.
- Çam, O. ve A. Bilge (2013). “Türkiye’de Ruhsal Hastalığa/Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme”. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, Cilt 4, Sayı 2, 91-101.
- Çam, M. O., A. Bilge vd. (2014). “Muhtarlara Verilen Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele Eğitiminin Etkililiğinin Araştırılması”. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. Cilt 5, Sayı 3, 129-136.
- Çiftci Durdu, B. (2010). “Sosyal Psikiyatri Üzerine Bir Deneme”. *Kriz Dergisi*, Cilt 18, Sayı 2, 1-10.
- Çifci, E. G. ve E. Gönen (2011). “Sosyal Hizmet Uygulamalarında Etik Karar Verme Süreci”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 22, Sayı 2, 149-160.
- Çilek N. Z. ve C. Akkaya (2022). “ Ruhsal Hastalıklar ve Damgalama Üzerine Bir Gözden Geçirme”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, Cilt 14, Sayı 4, 545-554.
- Çoban, G. S. (2021). “Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kendini Gerçekleştirme Basamağında Gizil Yetenekler”. *European Journal of Educational and Social Sciences*, Cilt 6, Sayı 1, 112-118.
- Dedeoğlu, S. G. (2014). “Özgürlük, Mahremiyet, Demokrasinin Değeri ve Bilişim Toplumunda Maruz Kaldığı Tehditler”. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, Cilt 9, Sayı 34, 5887-5897.
- Deniz, S. ve M. Çimen (2021). “Hekimlere Güven Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, 10-16.
- Doğanavşargil, Ö. (2009). *Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma Ve Yaşam Kalitesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi SBE.

- Doğanavşargil Baysal G. Ö. (2013). “Damgalanma ve Ruh Sağlığı”. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, Cilt 22, Sayı 2, 239-251.
- DuBase, R. E. (1995). *The Illusion of Trust: Toward a Medical Theological Ethics in the Postmodern Age*. The Park Ridge Center for the Study of Health, Faith, and Ethics Chicago, Illinois, USA: Springer.
- Erbay, E. (2019). “Güç ve Güçlendirme Kavramları Bağlamında Sosyal Hizmet Uygulaması”. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, Cilt 19, Sayı 42, 41-64.
- Ersoy, M. A. ve A. Varan (2007). “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt 18, Sayı 2, 163-171.
- Ertong, G. (2011). “Niklas Luhmann’ın Sosyal Sistemler Kuramı ve Güven Tartışmaları Bağlamında Sağlık Sistemi”. *Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 2, Sayı 2, 3-26.
- Geçtan, E. (1990). *Varoluş ve Psikiyatri*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gezergün, A., B. Şahin vd. (2006). “Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği”. *Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 6, Sayı 1, 129-144.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, ABD: Prentice-Hall, Inc.
- Goffman, E. (2014). *Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişİ Üzerine Notlar*. Ş. Geniş, L. Ünsaldı, S. N. Ağırnaslı (çev.). Ankara: Heretik Yayıncılık.
- Göksu, T. ve M. Karakaya (2009). “Polisin Sapma Davranışlarının Etiketleme Kuramı Açısından Değerlendirilmesi”. *Polis Bilimleri Dergisi*, Cilt 11, Sayı 4, 27-43.
- Gökulu, G. (2019). “Sembolik Etkileşimci Teorinin Gündelik Yaşam Sosyolojisine Katkıları”. *EKEV Akademi Dergisi*, Sayı 80, 173-190.
- Gözüm, A. (2011). *Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kırıkkale Üniversitesi SBE.

- Gülcemal, E. ve B. Keklik (2016). “Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği”. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 8, Sayı 14, 64-87.
- Gürlek Yüksel, E. ve E. O. Taşkın (2005). “Türkiye’de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri.” *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Sayı 6, 113-121.
- Güzel, S. ve M. Zubaroğlu Yanardağ (2020). “Çevresel ve Sosyal Faktörler ile Ruh Sağlığı Üzerine Bir İnceleme: Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi”. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, 142-150.
- Haghighat, R. (2001). “A Unitary Theory of Stigmatisation: Pursuit of Self-Interest and Routes to Destigmatisation”. *British Journal of Psychiatry*, No. 178, 207-215.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. T.C. Sağlık Bakanlığı, Resmi Gazete, 1 Ağustos 1998. Sayı: 23420.
- İkişik, H. (2008). *Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Şizofrenlere Yönelik Damgalamanın Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi SBE.
- Kamışlı, S., S. Dil vd. (2016). “Özgürlük Duygusu ve İçselleştirilmiş Damgalanma: Ayaktan ve Yatarak Psikiyatrik Tedavi Alan Hastaların Karşılaştırılması”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt 27, Sayı 4, 251-256.
- Karagöl, A., D. Çalışkan ve M. Beyazyüz (2013). “Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama”. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. Cilt 22, Sayı 3, 96-101.
- Karagöz, Y. (2016). *SPSS ve AMOS23 Uygulamalı İstatistiksel Analizler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karsavuran, S., S. Kaya ve S. Akturan (2011). “Hasta - Hekim İletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 14, Sayı 2, 185-212.

- Kılıç, G. ve Y. Özen (2020). “Alay Etmenin Sosyolojik Yönü: Toplumsal Denetim, Damga ve Simgesel Şiddet Bağlamında Alay Etme”. *Mediterranean Journal of Humanities*, Sayı 10, 301-318.
- Koca, G. S. ve G. Erigüç (2021). “Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi: Hastaların Bakış Açısıyla Ölçmeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması”. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19 (Armağan Sayısı), 186-202.
- Korkmaz, R. (2015). “Ontolojik Anlamda Güvensizlik Sorunu ve Çaresiz”. *Türk Dili* <https://9lib.net/document/zkw7jen8-m-ontolojik-anlamdag%C3%BCvensizlik-sorunu-ve-%C3%A7aresiz.html> (Erişim Tarihi: 28/12/2022)
- Kula, S. ve B. Çakar (2015). “Maslow İhtiyaçlar Hiyerarşisi Bağlamında Toplumda Bireylerin Güvenlik Algısı ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki”. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, Cilt 6, Sayı 12, 191-210.
- Major, B. and L.T. O'Brien (2005). “The Social Psychology of Stigma”, *Annu. Rev. Psychol.*, No. 56: 393-421.
- Maslow, A. H. (1943). “A Theory of Human Motivation”. *Psychological Review*, Vol. 50, No. 4, 370-396. <https://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm> (Erişim Tarihi: 06/01/2023)
- Mechanic, D. (1996). “Changing Medical Organization and the Erosion of Trust”. *The Millbank Quarterly*, Vol. 74, No. 2, 171-189.
- Neveu, V. (2000). “Organizational Trust: Definition and Measurement”, www.agrh.org/english/neveu.uk. (Erişim Tarihi: 06/01/2023); Aktaran: Kalemci Tüzün, İ. (2007). “Güven, Örgütsel Güven ve Örgütsel Güven Modelleri”. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Sayı 2, 93-118.
- Nişancı, A. (2019). “Ruh Sağlığı Alanında İyileşme Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 30, Sayı 1, 231-259.
- Oral, M. ve T. Tuncay (2012). “Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 23, Sayı 2, 93-114.

- Oskay, Ü. (1993). "Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar". *Sosyoloji Dergisi*, Sayı 4, 89-140.
- Öngören, B. (2017). "Hekim-Hasta İlişkisi ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim". *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, Sayı 10, 57-69.
- Özakkaş, T. (2018). "Psikoterapi Tarihi ve Bütüncül Psikoterapi". *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 1-24.
- Özata, M., Ş. Aslan ve M. Mete (2014). "Teşhis ve Tedavi Teknolojilerinin Hastane Çıktılarını Arttırmada Önemi". *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, Cilt 10, Sayı 1-2, 619-632.
- Özbesler, C. ve A. İçağasıoğlu Çoban (2010). "Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği". *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 21, Sayı 2, 31-46.
- Özdelikara, A. ve E. Kaya (2018). "Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakımında Bir Yol Haritası". *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, Cilt 22, Sayı 1, 37-43.
- Özmen, A. ve K. Güleç (2019). "Merkezi Hekim Randevu Sisteminin İşleyişi ile İlgili Medyaya Yansıyan Haberlerin İçerik Analizi". *Journal of Awareness*, Cilt 3, Özel Sayı, 581-590.
- Özmen, S. ve R. Erdem (2018). "Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 23, Sayı 1, 185-208.
- Ritsher J. B., P. G. Otilingam and M. Grajales (2003). "Internalized Stigma of Mental İllness: Psychometric Properties of a New Measure". *Psychiatry Res*, No. 121, 31-49.
- Ritzer, G., (2011), *Toplumun McDonaldlaştırılması Çağdaş Toplum Yaşamının Değişen Karakteri Üzerine Bir İnceleme*, (Çev. Ş. S. Kaya), 2. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Orijinal Baskı: 1998).
- Rüsch N., M. C. Angermeyer and P. W. Corrigan (2005). "Mental İllness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma". *European Psychiatry*, Vol. 20, No. 8: 529-539.

- Sert, G., H. Özçelik ve G. Yıldırım (2019). “Türkiye’de Akıl Hastalığı Olan Hastalarda Zorla Yatırma ve Zorla Tedavi/Hukuki ve Etik Sorunlar”. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, Cilt 9, Sayı 3, 393-404.
- Sevim, K. (2018). *Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Damgalama Eğilimi Arasındaki İlişki*. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi SBE.
- Sevim, K. ve T. Artan (2019). “Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Damgalama Eğilimi Arasındaki İlişki”. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 35, 143-156.
- Sözen, E. (2011). “Sosyal Kimlik Kavramının Sosyolojik ve Sosyal Psikolojik Bir İncelemesi”. *Istanbul Journal of Sociological Studies*, Sayı 23, 93-108.
- Şen, N. ve F. Süzer Özkan (2017). “Psikiyatri Hastalarında Zorunlu Yatış ve Zorla Tedaviye Bir Bakış Açısı”. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Cilt 7, Sayı 3, 176-181.
- Tabachnick, B. G. and L. S. Fidell (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.), Boston: Allyn and Bacon.
- Tacir, H. (2010). *Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı*. (Yayımlanmış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi SBE.
- Taşcı, B. İ. (2013). “Hekim Hasta İlişkisinin Psikolojik Boyutları”. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Cilt 6, Sayı 2, 25-36.
- Taşkın, O. (2007). İçselleştirilmiş Damga ve Damgalanma Algısı. O. Taşkın (ed.), *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama içinde* (31-40), İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık.
- Tengilimoğlu, D. (2014). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tengiz F. İ. ve A. B. Babaoğlu (2020). “Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kariyer Tercihleri ve Bu Tercihleri Etkileyen Faktörler”. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt 27, Sayı 1, 67-78.
- Thornicroft, G. (2014). *Toplumun Reddedtiği: ruhsal hastalığı olan insanlara karşı ayrımcılık*. N. Uluhan, T. Doğan, H. Soygür (çev.). Ankara: İmaj Yayınevi.

- Türk Dil Kurumu Sözlükleri (1932). <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 06/01/2023)
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. (2011). Sağlık Bakanlığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2020-2023. (2020). Sağlık Bakanlığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Ucun, Y., N. Gürhan ve B. Kaya (2015). “Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin ve Hekimlerin Hasta Kısıtlama Yöntemleri ile İlgili Görüşleri”. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, Cilt 17, Sayı 2/3, 10-20.
- Uyer, G. (2000). “Hemşire-Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi”, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, Sayı 8, 90–94.
- Uzunaslan, Ş. ve V. Duyan (2022). “Damgalanmış Bir Grubun “Farklılık” Algısı ve Damganın Yeniden Üretilmesi”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 33, Sayı 1, 1-21.
- Yaman, Z. ve B. Kavuncu (2020). “Özel Hastanelere Yapılan Çevrimiçi Şikâyetlerin İçerik Analizi ile İncelenmesi”. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 21, Sayı 2, 282-297.
- Yazıcı, A. B., E. Yazıcı ve T. Özakkaş (2021). “Psikiyatri Eğitiminde Psikoterapi Eğitimine Bütüncül Yaklaşım: Geleceğe Yönelik Mevcut Durum Notları”. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, Cilt 4, Sayı 7, 1-15.
- Yazılar, Ö. (2010). “Psikiyatri ve Psikiyatristlerin Damgalanması ile Nasıl Mücadele Edileceği Üzerine WPA Kılavuzu”. *Dünya Psikiyatri Birliği (WPA)'nin Resmi Yayın Organıdır*, Sayı 9, 131-144.
- Yeşiloğlu, H. H. (2020). *Sağlık Hizmetleri ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Güven*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi SBE.
- Yeşilyurt, Ö. (2021). Sağlık ve Hastalık Davranışı. Seda Uyar ve Ramazan Kırac (ed.), Davranışsal Boyutları ile Sağlık içinde (23-43), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Yeşilyurt, Ö. ve E. Savaşçı (2022). “Sığınmacı ve Mültecilerin Sağlık İletişim Sorunları Üzerine Bir Değerlendirme”. *İçtimaiyat*, Göç ve Mültecilik Özel Sayısı, 286-306.

Yıldırım Birdođan, S. ve O. E. Berksun (2002). “Tıp Fakóltesi 1. Sınıf ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Psikiyatrik Hastaya Yönelik Tutumlar”. *Kriz Dergisi*, Cilt 10, Sayı 2, 1-7.

Yılmaz, A. A. (2005). *Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Ünitesinde Bir Uygulama*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi SBE.

Zubaroğlu Yanardağ, M. ve E. Özmete (2017). “Bir Mesleki Uygulama Alanı Olarak Geçmişten Geleceğe Klinik Sosyal Hizmet”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 28, Sayı 1, 203-225.

WHO, Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options, Özet Rapor, 21.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2022-49668> (Erişim Tarihi: 01/03/2023)

<https://kemalsayar.com/basinda/psikiyatride-hekim-hasta-iliskisi> (Erişim Tarihi 03/03/2023)

EKLER

Ek-1 Anket Formu

HEKİME GÜVEN, KISITLANMIŞ ÖZGÜRLÜK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÇERÇEVESİNDE PSİKİYATRİ HASTALARININ TEDAVİYE DEVAM DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma; hekime güven, kısıtlanmış özgürlük ve içselleştirilmiş damgalanma kavramları temelinde ruh sağlığı hizmeti alan hastaların tedaviye devam durumlarının sosyal hizmet disiplini açısından değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Zaman ayırıp çalışmaya katkı sunduğunuz için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi Emine SAVAŞCI

Muş Alparslan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet ABD

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Muş Devlet Hastanesi'nde yürütülen "Hekime Güven, Kısıtlanmış Özgürlük ve İçselleştirilmiş Damgalanma Çerçevesinde Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Devam Durumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyorum. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu form araştırma sorumlusu tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına da sahipsiniz. Her iki durumda da hiçbir yaptırıma ve hak kaybına maruz kalmayacağınızı bildiririm.

DEMOGRAFİK SORULAR

(NOT: SİZİN İÇİN UYGUN OLAN SEÇENEĞE X İŞARETİ KOYUNUZ.)

1-Cinsiyetiniz:

[1] Kadın [2] Erkek

2-Kaç yaşındasınız?

3-Medeni durumunuz:

[1] Evli [2] Bekâr

4-Evliyseniz çocuğunuz var mı?

[1] Evet [2] Hayır

5-Cevabınız evetse kaç çocuğunuz var?

6-Yaşadığınız yer:

[1] Merkez [2] İlçe [3] Köy

7-Eğitim düzeyiniz:

[1] Okur-yazar değil

[5] Ön Lisans

[2] İlkokul

[6] Lisans

[3] Ortaokul

[7] Yüksek Lisans

[4] Lise

[8] Doktor

8-Çalışma durumunuz:

[1] Çalışıyor [2] Çalışmıyor

9-Çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?

.....

10-Aylık gelir miktarınız nedir?

[1] 0-4250

[3] 8251-12250

[2] 4251-8250

[4] 12251 ve üzeri

11-Sosyal güvenceniz nedir?

[1] SGK [2] Bağ-kur [3] Yeşil Kart [4] Diğer(Lütfen belirtiniz.)

12-Aşağıdaki zararlı alışkanlıklardan hangisi/hangilerini kullanıyorsunuz?

(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

[1] Sigara [2] Alkol [3] Uyuşturucu [4] Hiçbiri

13-Genel ruhsal durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

[1] Çok iyi [2] İyi [3] Kötü [4] Çok kötü

14-Tedavi olmaya nasıl karar verdiniz?

[1]Kendi isteğimle

[2]Ailemin/çevremin yönlendirmesiyle

15-Psikiyatri polikliniğinden randevu alırken problem yaşıyor musunuz?

[1] Evet [2] Hayır

16-Doktorunuzun adını biliyor musunuz?

[1] Evet [2] Hayır

17-Neden bu doktoru seçtiniz?

[1] Rastgele seçtim [2] Çevrem önerdi [3] Kendim araştırıp iyi olduğuna kanaat getirdim

[4] Sadece bu doktordan randevu alabildim

18-Doktorunuzun sizinle yeterince ilgilendiğini düşünüyor musunuz?

[1] Evet [2] Hayır

19-Şimdiye kadarki tedavi süreciniz nasıl gerçekleşti?

[1] Psikiyatri servisinde yatarak [2] Poliklinikte muayene olarak [3] Her ikisi de

20-Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan biri var mı?

[1] Evet [2] Hayır

21-Ne kadar süredir tedavi oluyorsunuz?

[1] 1-3 ay

[5] 2 yıl

[2] 4-7 ay

[6] 3 yıl

[3] 8-11 ay

[7] 4 yıl

[4] 1 yıl

[8] 5 yıl ve üzeri

**KISITLANMIŞ ÖZGÜRLÜK KAVRAMI VE MUAYENE SÜRECİ İLE İLGİLİ
SORULAR**

22-Özgürlük nedir?

[1] Toplumda diğer bireylerin haklarını göz önüne alarak yaşamak

[2] Herhangi bir şeye bağımlı olmadan fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak

[3] Başkalarının ne düşündüğünü önemsemeden kısıtlama olmadan kendi istek ve arzularına göre yaşamak

[4] Özgürlüğün sınırlarının tanımlanması güçtür

[5]Diğer.....(Lütfen belirtiniz.)

23-Psikiyatri alanında sağlık hizmetine başvurduğunuzda hangi durumlarda kısıtlanmış hissedersiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

[1] Hekimle iletişim sorunu

[5] İstek dışı tedavi

[2] İlaç tedavisinin yan etkileri

[6] Güven sorunu ve mahremiyetin gizlilik ihlali

[3] Muayene süresinin yetersizliği

[7] Tedavi ekibini seçememe

[4] Sorunları yeterince ifade edememek

[8]Diğer.....
(Lütfen belirtiniz.)

24-Tedavi süreciniz nasıl ilerliyor?

[1] İlaç kullanarak ve hastalık tanımına uygun görüşmeler yaparak

[2] Psikoterapiden faydalanarak

[3] İlaç kullanarak ve psikoterapiden faydalanarak

[4]Diğer.....(Lütfen belirtiniz.)

25-Doktorunuzun öngördüğü tedavi yöntemini onayladınız mı?

[1] Evet [2] Hayır

26-Hangi sıklıkla muayene oluyorsunuz?

[1] Haftada bir

[3] Ayda bir

[5] Yılda bir

[2] İki haftada bir

[4] Altı ayda bir

27-Muayeneniz kaç dakika sürüyor?

[1] 5-10 dk

[3] 35-70 dk

[2] 15-30 dk

[4] 70 dk ve üzeri

28-Bu süreyi yeterli buluyor musunuz?

[1] Evet [2] Hayır

29-Tedavi sürecinde hekimin size yaklaşımını nasıl değerlendirirsiniz?

[1] Oldukça iyi

[3] Kötü

[2] İyi

[4] Oldukça kötü

ANKET BURADA SONA ERMİŞTİR. KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM.

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE GÜVEN İLETİŞİMİ ÖLÇEĞİ

Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği Maddeleri		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Hekimin Sağlık Bakım Davranışına Güven	1. Hekimler, hastaların ihtiyaç duyduğu her türlü bakım için her ne gerekiyorsa yaparlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2. Hekimler son derece dikkatli ve titizdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3. Hangi tedavinin en iyi olduğu konusunda hekimlerin kararları güvenilirlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	4. Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	5. Benim hekimim genellikle benim ihtiyaçlarıma saygılıdır ve önceliği bu ihtiyaçlara vererek karar alır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	6. Ben hekimime güvenirim ve her zaman onun tavsiyelerini yerine getirmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	7. Eğer hekimim bana bir şey söylese, o doğrudur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	8. Hekimim ihtiyaç duyduğunda beni hastaneye yatırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hekim Kararlarına Güven	9. Bir kez daha sağlık hizmeti alma ihtiyacı duyduğumda tekrar aynı hekimi tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	10. Hekimler, hastalara tüm değişik tedavi seçeneklerini söylemek konusunda tamamen dürüştür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	11. Hekimimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	12. Eğer tedavim hakkında bir yanlışlık yapılsaydı hekimimin bana söyleyeceğine güvenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	13. Hekimim sağlığımla benim kadar çok önemser.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	14. Eğer tedavimde bir hata yapılırsa, hekimim benden onu gizlemez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	15. Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi bakımı sunar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	16. Hekimler hastalarının durumu para ödemeye elvermese bile onlara bakacak kadar iyilikseverdirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	17. Hekimim sağlığım için gerekli harcamaları en azda tutmaya özen gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	18. Hekimim sosyal güvencem masrafları karşılamasa da uygun tıbbi kararlar verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	19. Hekimim fiyatı ne olursa olsun zorunlu tıbbi test ve prosedürleri yapar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Maddeleri	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdiyim	Kesinlikle aynı fikirdiyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı kendi hakkımda fazla konuşmam.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamım dışında kalmama neden oluyor.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Ruhsal hastalığımla hayatımı berbat etti.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımla olduğunu anlayabilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımla olamaz.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-2 Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.04.2022-46713



T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu

Sayı : E-10879717-050.01.04-46713
Konu : Kurul Kararı 6-16

11.04.2022

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 23.03.2022 tarihli ve 44701 sayılı yazımız.

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulumun 01.04.2022 tarihli ve 6 sayılı toplantısında alınan 16 numaralı karar ve değerlendirme formu yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Ekrem ALMAZ
Kurul Başkanı

Ek:
1- Kurul Kararı (1 sayfa)
2- Değerlendirme Formu (1 sayfa)

Belge Doğrulama Kodu: R5F4K7LFY3

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama: <https://www.turkiye.gov.tr/mms-alparslan-universitesi-elektronik-belge-yonetim-sistemi-sorak-dogrulama>



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Toplantı Tarihi: 01.04.2022	Toplantı Sayısı: 6	Karar Sayısı: 44
<p>Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Kurul Başkanı Prof. Dr. Ekrem ALMAZ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.</p> <p>KARAR-16: Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 23.03.2022 tarihli ve 44701 sayılı yazısı okundu ve ekleri incelendi.</p> <p>Yapılan incelemeler sonucunda; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümünde görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Özgür YEŞİLYURT'un danışmanı olduğu Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Emine SAVAŞCI'nın yüksek lisans tez konusu olan "Hekime Güven, Kısıtlanmış Özgürlük ve İçselleştirilmiş Damgalanma Çerçevesinde Psikiyatri Servisinde Hizmet Alan Hastaların Tedaviye Devam Durumlarının Sosyal Hizmet Açısından Değerlendirilmesi" adlı çalışması Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından uygun görülmüş olup, durumun Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına bildirilmesine,</p> <p style="text-align: center;">Oy birliği ile karar verildi.</p>		
BAŞKAN (e-imzalıdır) Prof. Dr. Ekrem ALMAZ Kurul Başkanı		
ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Bolat GÜNDÜZ Başkan Yardımcısı	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Mehmet SALMAZZEM İslami İlimler Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Bünyamin SARIKAYA Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi
ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Zekeriya ÇAM Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Fuat KORKMAZER SBF Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Necmettin ÇİFTÇİ Sağlık Hizmetleri MYO Öğr. Üyesi
ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Demet DENİZ YILMAZ Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Atike YILMAZ Spor Bilimleri Fakültesi Öğr. Üyesi	

Ek-3 İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C
MUŞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

MUŞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MUŞ İDARI HİZMETLER
BİRİMİ

20/04/2022 17:17 - E-35465298 - 619 - 308



00163810716

Sayı : E-35465298-619
Konu : Bilimsel Araştırma İzni (Emine
SAVAŞCI) Hk.

Sayın. Emine SAVAŞCI
(Diyarbakır Yolu 7.Km Muş Alparslan Üniversitesi Külliyesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet
Bölümü)

İlgi : 14/04/2022 tarihli ve 1873 sayılı yazınız.

İlgi Tarih sayılı yazınıza binaen "**Hekime Güven, Kısıtlanmış Özgürlük ve İçselleştirilmiş Damgalanma Çerçevesinde Psikiyatri Servisinde Hizmet Alan Hastalarının Tedaviye Devam Durumlarının Sosyal Hizmet Açısından Değerlendirilmesi**" adlı çalışmanızı Muş Devlet Hastanesi'nde yapabilme talebiniz Müdürlüğümüz tarafından değerlendirilmiş olup, Etik Kurul Onayı alındıktan sonra hasta mahremiyeti ve bilgilerin gizliliğinin korunması prosedürüne uyulması kaydı ile uygun görülmüştür. Konu hakkındaki Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığının yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

Dr. Serdal TÜRKÖĞLU
İl Sağlık Müdürü

Ek: Bilimsel Araştırma İzin Talebi Hakkında

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: fdb2dacd-29c8-4549-ade0-484b39e1987f Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Muş İl Sağlık Müdürlüğü/İdari Hizmetleri Birimi

Bilgi için:

Telefon: Faks No: /



Ek-4 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Kullanım İzni

Kimden: [Mehmet Akif Ersoy](#)

Gönderilme: 18 Şubat 2022 Cuma 13:48

Kime: [Emine SAVAŞCI](#)

Konu: Re: Ölçek İzin Hk.

ölçek ektedir
kullanabilirsin
kolay gelsin

Emine SAVAŞCI

, 18 Şub 2022

Cum, 13:18 tarihinde şunu yazdı:

Hocam merhaba,
Ben Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Hizmet ABD yüksek lisans öğrencisiyim. Ruhsal hastalıklar temelinde içselleştirilmiş damgalanma kavramını da dahil edeceğim bir tez çalışması yapacağım. Literatür taramalarım sonucu yoğun emeğinizin çıktısı olan 'Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği' ni inceledim. İzniniz olursa çalışmamda kullanmak istiyorum.

--

Prof. Dr. Mehmet Akif ERSOY

Ek-5 Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Emine Savaşçı,
Ekte ölçek yer almaktadır.
İyi çalışmalar dilerim.

*Arş.Gör.
Gülsüm Şeyma KOCA
Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık
Yönetimi Bölümü. Beştepe-ANKARA*

*Research Assistant Gülsüm Şeyma KOCA
Hacettepe University Faculty of Economics and Administrative Sciences,
Dept. of Healthcare Management, Beştepe - ANKARA*

Emine SAVAŞCI , 5 Mar 2022 Cmt,
20:57 tarihinde şunu yazdı:

Hocam merhaba,

Ben Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Hizmet ABD yüksek lisans öğrencisiyim. Ruhsal hastalıklar bağlamında yapacağım tez çalışmam için izniniz olursa 'Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi' başlıklı ölçeğinizi kullanmak ve ölçeğin içeriğine erişmek istiyorum.