

Psikotik bir hastalık durumunu açıklama ve çare arama davranışında cinsiyetin rolü

Yaşar KAYA,¹ Süheyla ÜNAL,²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada psikotik bir hastanın cinsiyetinin hastalığının algılanmasına, hastalığının yüklendiği nedenlere ve çözüm önerilerine etkisi araştırıldı. **Yöntem:** Yüz yetmiş iki denek ile yapılan bu kesitsel araştırmada olgu senaryosu yöntemi kullanıldı. Tek bir psikotik hastalık senaryosu, erkek ve kadın deneklere erkek veya kadın hasta şeklinde sunuldu; deneklere hastalık senaryosuna ilişkin açık uçlu sorular yöneltildi. Deneklerin sosyodemografik verileri tanımlayıcı istatistik yöntemleri ile değerlendirildi. Örneklemin toplamında sorulara verilen yanıtların oranı hesaplandı. Senaryodaki hastanın cinsiyeti bağlamında, deneklerin belirtileri algılaması, tabloyu neye yükledikleri ve önerdikleri çareler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı ki kare testi ile araştırıldı. **Bulgular:** Deneklerin yanıtları toplu olarak değerlendirildiğinde eğitim düzeyi (11 yıldan çok) ve gelir düzeyi (600 YTL/ay'dan çok) yüksek olanlar senaryodaki kişinin durumunu daha çok yaşantısal sorunlara yüklemişlerdi ($p=0.03$). Erkek deneklerin %31.4'ü senaryodaki kişinin durumunu hasta, %68.6'sı psikolojik sorunlu şekilde yanıtlarken; kadın denekler için bu oranlar sırasıyla %41.9 ve %58.1 idi. Her iki denek grubu da, her iki cinsiyetteki olgu için daha yüksek düzeyde "psikolojik sorunlu" yanıtı vermişti. Senaryoda sunulan olgu için sorun kaynağı, hem erkek hem de kadın denekler tarafından kadın olgu için evlilik ve kişiler arası ilişkiler ($p=0.00$) olarak gösterilmişken, erkekler için iş/ekonomik sorunlar ($p=0.00$) gösterilmişti. **Sonuç:** Bu bulgular Malatya örneğinde Türk toplumunun psikotik hastalığı tanımlamasında, hastalık tablosunu bir nedenle ilintilendirmesinde ve çare önermesinde hasta cinsiyetine bir değişken olarak önem verdiğini göstermektedir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:197-203)

Anahtar sözcükler: Cinsiyet, psikotik bozukluk, hastalık açıklama modelleri, çare arama davranışı

The role of gender in psychotic illness perception and help-seeking behavior

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the role of gender in psychotic illness perception, causal attributions and suggested treatment options. **Methods:** Case scenario method was used in this cross-sectional study of 172 subjects. A single psychotic illness scenario was presented to male and female subjects as male and female patients, and open-ended questions were asked regarding the illness scenario. Sociodemographic data of subjects were evaluated with descriptive statistical methods. The percentages of responses to questions in the sample were calculated. Chi-square test was utilized to investigate the presence or absence of a statistical significance between subjects' perceptions of signs, causal attributions and suggested treatment options to the patients on the basis of gender. **Results:** The condition of the person in the scenario was attributed rather to the life problems by subjects with higher education (>11 years) and income (>600 NTL/month) levels ($p=0.03$) when both male and female subjects were evaluated together. While the male subjects described the condition of the

¹ Yrd.Doç.Dr., İnönü Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü, Malatya

² Prof.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya

Yazışma adresi: Dr. Süheyla ÜNAL, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MALATYA
E-posta: sunal@inonu.edu.tr

person in the scenario as "sick" (31.4%) and "having psychological problems" (68.6%), these percentages were 41.9% and 58.1%, respectively, in female subjects. Both of the subject groups described both male and female persons in the scenario mostly as "having psychological problems". The source of problem in the scenario was attributed, both by male and female subjects, to marriage and interpersonal relationships ($p=0.00$) for female case, and work/economic problems ($p=0.00$) for male case. **Conclusion:** Our findings suggest that Turkish population in Malatya sample considers the patient gender as an important variable in psychotic illness definition, causal attributions and suggesting treatment options. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7:197-203)

Key words: Gender, psychotic disorder, illness explaining models, help-seeking behavior

GİRİŞ

Birçok hastalığa yatkınlıkta cinsiyetin önemi iyi bilinir. Bu tıbbi durumdan farklı olarak hastalıkların algılanmasında, tanımlanmasında, bir nedenle ilintilendirilmesinde, çare aranmasında da cinsiyete göre fark olduğu bildirilmektedir. Cinsiyetin ruh hastalıklarındaki rolü, histerinin kadının doğurganlığı ve üreme organlarının işlevsel bozukluğuna yüklenmesi ile başlamıştır.^{1,2} Günümüzde bu etki toplumsal ve kültürel alanlar üzerinden açıklanmaktadır. Hastalık ve sağlık kültür üzerinden tanımlanabilecek, kültürel ve toplumsal olgulardır. Bu nedenle ilk medical sosyoloji örnekleri psikiyatri ile sosyologların işbirliğine dayanır. Ne var ki, sosyoloji, tüm analizlerinde olduğu gibi sağlık-hastalık tanımlaması ve yaklaşımlarında da farklılıkları barındırmakla³ birlikte, olgunun toplumsal ve kültürel girdilerini ele almakta ısrarlıdır.

Günlük yaşam içinde yaratılan ve sürekli yeniden üretilen toplumsal cinsiyet,⁴ bireyin temel bilişsel-davranışsal stili ile birlikte sosyal statüsünü ve rollerini, duygularını, isteklerini, başkaları hakkındaki düşüncelerini belirler. Weber'e göre⁵ cinsiyet, bir yandan ekonomik kaynaklar ve toplumsal statü aracılığı ile "iktidar"ı, öte yandan yaşam alanlarını ve sorumlulukların paylaşımını biçimlendirmektedir. Bunun bireyin sosyal yaşamına yansımaları gelir durumunu, eğitim düzeyini, çalışma ortamını, kişilerarası ilişkileri etkilemesiyle olur. Özel/ev yaşamı ile ilgili beslenme, bakım ve duygusal destek verme, kişilerarası duygusal yaşamı yönetme kadının sorumluluğuna verilirken,^{6,7} üretkenlik, bağımsızlık, girişkenlik, kendine yeterlilik, rekabet gibi özellikler erkeğe verilmektedir.⁸⁻¹¹

UNDP raporuna göre,¹² "Hiçbir toplum kadına erkeğe davrandığı gibi davranmamaktadır". Her toplumun cinsiyetler konusunda bazı kalıp yargıları vardır.¹³ Çeşitli toplumdaki kalıp yargıların ortak noktası kadınların akılcı olmaktan çok duygusal oldukları, kendilerine daha az güven duydukları, "amaç yönelimli" olmaktan çok "ilişki yönelimli" oldukları biçimindedir.¹⁴ Yaygın olan inanca göre, tutum ve kalıp yargılar toplumsal ağ içindeki etkileşimler aracılığı ile

Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7:197-203

toplumdaki her bireyi etkiler ve toplumsallaşma süreciyle bireylerin özne tutumlarını biçimlendirir.¹⁵ Bir başka deyişle, kişinin "kendini doğrulayan kehanet"le, öyle davranmasını sağlar. Olumsuz bilişsel ve duygusal tepkilerle oluşan önyargılar da, davranışsal tepkiler aracılığı ile ayrımcılığa neden olur ve olumsuz kalıp yargıları güçlendirir.¹⁶

Önyargı, kalıp yargı ve etiketler sadece toplumdaki cinsiyet rollerini değil, hastalık rollerini ve hastalara karşı tutumları da etkilemektedir.^{17,18} Pilgrim ve Rogers,¹⁹ ruh hastalarına karşı önyargılı tutumların halen sürdüğünü bildirmiştir. Bunun yanı sıra hastanın kadın ya da erkek olması, belirtilerin ele alınmasına, yüklenen nedenlere ve tedavi seçeneklerine, hastaya karşı gösterilen tutuma çeşitli biçimlerde yansıtılmaktadır. Aynı belirtilere sahip olgu Senaryolarında erkeklerin hastalıklarının kadınlara göre daha şiddetli olarak değerlendirildiği gözetilmiştir.²⁰ Psikotik erkeklerin daha saldırgan davranışlar göstermeleri ve çevreye zarar vermeleri nedeniyle bazı psikiyatrik hizmetleri almada daha avantajlı oldukları ileri sürülmektedir.^{21,22} Hansen ve Reekie,²³ olgu senaryoları üzerinden klinisyenlerin yargılarını değerlendirdikleri bir çalışmada, klinisyenlerin kadın ve erkek hastalar için farklı ruh sağlığı standartları kullandıklarını, kadın hastaları daha çok yeğlediklerini belirlemiştir.

Leong ve Zachar²⁴ kız ve erkek öğrencilerin ruh hastaları hakkındaki inanç ve tutumlarını araştırmışlar ve kız öğrencilerin erkeklere göre daha az kısıtlayıcı, daha iyiliksever davrandıklarını, ruhsal yardım almaya daha olumlu baktıklarını saptamışlardır. Benzeri birçok çalışmada erkek öğrencilerin ruh hastalarına karşı daha otoriter davranılması ve daha çok kısıtlayıcı olunması görüşünde oldukları, daha az tolerans gösterdikleri ileri sürülmüştür.^{25,26}

Cinsiyet rolü, hastanın çare arama davranışına da yansımaktadır. Erkeklerin, incinebilirlik ve duygusallığı kadınlığa ait özellikler olarak değerlendirdikleri, çare aramayı güçsüzlük belirtisi saydıkları için kadınlardan daha az düzeyde psikiyatrik yardım aradıkları bilinmektedir.²⁷⁻³¹

Levant²⁸ bunun nedenlerini erkeklerin sorunun varlığını kabul etmekte ve yardım istemekte güçlük çekmelerine, farklı duygu durumları arasındaki ince ayrımı yapamamalarına ve yakınlıktan korkmalarına bağlamaktadır. Öte yandan bu farkı geleneksel erkek rollerinin yarattığı, cinsiyet rollerindeki toplumsal değişimle birlikte depresif belirtiler için yardım arayan genç erkeklerin sayısının arttığı ileri sürülmektedir.³²

Bu çalışmada Malatya örneğinde bir denek grubuna psikotik bir hastalık durumunu nasıl tanımladığı, bu hastalık tablosunu ne tür nedenlerle ilintilendirdiği ve ne tür çözümler önerdiği soruldu ve benzer bir hastalık tablosunda hasta cinsiyetinin farklı olmasının erkek ve kadın deneklerin yanıtlarına etkileri incelendi. Bu yolla cinsiyetin psikotik hastalık tablosunun algılanması, bir nedenle ilintilendirilmesi ve çözüm önerisine etkisinin olup olmadığı araştırıldı.

YÖNTEM

Basit rastlantısal örnekleme seçilen 172 denek ile yapılan bu kesitsel araştırmada olgu Senaryosu yöntemi kullanıldı. Deneklerin olgu Senaryosundaki kişiyle ilgili düşünceleri açık uçlu sorulardan oluşan bir anket formu ile araştırıldı. Anket formu iki bölümden oluşuyordu. Birinci bölüm katılımcının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek gibi kişisel bilgilerini içermektedir. İkinci bölümde varsanılar, sanrılar, işlevsellikte bozulma gibi psikotik belirtilere sahip olan, tanısı belirtilmemiş bir olgu örneği verildi. Olgunun cinsiyetine göre hastalık durumuna getirilecek açıklamalarda farklılık olup olmayacağını saptamak amacıyla, senaryoda olgu deneklerin bir kısmına erkek, bir kısmına kadın cinsiyetinde sunuldu.

Verilerin istatistiksel değerlendirmeleri aşamasında her soruya verilen yanıtlar sınıflandırılarak kodlandı. "... *Bey/Hanım hakkında ne düşünüyorsunuz?*" sorusuna verilen yanıtlar "*Hasta ve psikolojik sorunları var*" başlıkları altına toplandı. "*Sizce ... Beyin/Hanımın sorunu ne?*" sorusuna verilen yanıtlar "*ailesel sorunlar, maddi sorunlar, iş yeri sorunları, arkadaş ilişkileri, kendisine ilişkin sorunlar, doğaüstü güçler, geçmişte yaşadığı olaylar ve aşırı stres*" başlıkları altında kodlandı. "*Sorunun kaynağı hakkındaki görüşler*", "*kişilerarası ilişkiler, iş/ekonomik sorunlar, yaşantısal sorunlar*" olarak, "*çözüm önerileri*" ise, "*doktora gitmek ve geleneksel yöntemler*" olarak sınıflandırıldı.

Deneklerin sosyodemografik verileri tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi. Örneklemin toplamında sorulara verilen yanıtların oranı

hesaplandı. Olgunun cinsiyeti bağlamında belirtilerin algılanması, yüklendiği neden ve önerilen çareler arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığı ki kare testi ile araştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya 85'i erkek, 87'si kadın olmak üzere 172 denek katıldı. Erkek deneklerin 45'ine senaryodaki hasta erkek olarak (erkek denek erkek hasta: E^DE^H), 40'ına kadın olarak (erkek denek kadın hasta: E^DK^H); kadın deneklerin 41'ine senaryodaki hasta erkek olarak (kadın denek erkek hasta: K^DE^H), 46'sına kadın olarak (kadın denek kadın hasta: K^DK^H) sunuldu. Sonuçta deneklerin 86'sına olgu erkek olarak, 86'sına kadın olarak sunulmuş oldu. Deneklerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Denekler üstte anıldığı biçim dört gruba

Tablo 1. Deneklerin sosyodemografik özellikleri

Özellikler	%
Cinsiyet	
Kadın	50.6
Erkek	49.4
Yaş	
≤ 29	36.0
30 - 49	52.3
≥ 50	11.6
Eğitim	
8 yıla kadar	37.2
8-11 yıl	37.2
11 yıldan çok	25.6
Medeni durum	
Bekar ve dul	32.0
Evli	68.0
Gelir durumu	
Sabit gelirli	30.2
Değişken gelirli	69.8
Aylık geliri	
600 YTL'den az	50.6
600 YTL'den çok	49.4
Yaşadığı yer	
Merkez	13.4
Çevre	86.6
Aile yapısı	
Yalnız yaşıyor	8.7
Çekirdek	85.5
Geniş	5.8

(E^DE^H, E^DK^H, K^DE^H, K^DK^H) ayrılarak incelendiğinde gruplar yaş, cinsiyet, gelir ve eğitim durumu, yaşadığı yer açısından benzeri dağılım göstermekteydi.

Deneklerin hepsinin olgu senaryosuna yanıtları değerlendirildiğinde, daha uzun süre eğitilmiş (11 yıldan daha çok) olanların (p=0.03) ve geliri daha yüksek olanların (ayda 600YTL'den çok) (p=0.029) senaryodaki kişinin durumunu daha çok "yaşantısal sorunlara" yükledikleri belirlendi. Toplam yanıtın %63.4'ü "psikolojik sorunları var", %36.6'sı "hasta" biçimindeydi. Senaryodaki durumun neye bağlı olduğunu araştıran ikinci soruya yanıtta "ilişki sorunları" (%33.1) ilk sırada, "bireyin kendisine ilişkin sorunlar" (%26.2) ikinci sırada yer almaktaydı. "İş/ekonomik sorunlar ve stres" üçüncü sıradaydı (%20.3). "Doğüstü güçlere" yükleme oldukça düşük düzeydeydi (%2.9). Çözüm önerisinde %74.4 oranında "doktora gidilmesi", %25.6 oranında "diğer çareler" verilmişti.

Senaryoda sunulan olgunun cinsiyetini dikkate alarak 4 grubun yanıtları değerlendirildiğinde, olgunun erkek olarak sunulduğu kadın ve erkek denekler olguyu %31.4 oranında "hasta", %68.6 oranında "psikolojik sorunları var" biçiminde değerlendirmişti. Olgunun kadın olarak sunulduğu kadın ve erkek denekler ise olguyu %41.9 oranında "hasta", %58.1 oranında "psikolojik sorunları var" biçiminde değerlendirilmişti. Aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı değildi.

Erkek deneklerin, erkek ve kadın olgular için, kadın deneklerin erkek ve kadın olgular için düşünceleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Senaryoda sunulan kadın olgu için durumun nedeni hem erkekler, hem de kadınlar tarafından "evlilik ve kişiler arası ilişki sorunları" (p=0.00) olarak gösterilmişken, erkekler için "iş/ekonomik sorunlar" (p=0.00) olarak gösterilmişti. Erkekler doğüstü güçlere kadınlar için %2.3, erkekler için %3.5 düzeyinde atıfta bulunmuştu.

Tablo 2. Deneklerin ve olgunun cinsiyetine göre olgu hakkındaki atıfları

	E ^D E ^H (n=45)		E ^D K ^H (n=40)		K ^D E ^H (n=41)		K ^D K ^H (n=46)		Toplam (n=172)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Nesi var?											
Hasta	15	23.8	16	25.4	12	19.0	20	31.7	63	36.6	AD
Psikolojik sorunları var	30	27.5	24	22.0	29	26.6	26	23.9	109	63.4	AD
Sorunu nedir?											
Ailesel sorunlar	8	17.8	11	27.5	5	12.2	20	43.5	44	25.6	0.004
Maddi sorunlar	10	22.2	3	7.5	13	31.7	2	4.3	28	16.3	0.004
İş yeri sorunları	3	6.7	0	0	3	7.3	1	2.2	7	4.1	AD
Arkadaş ilişkileri	2	4.4	4	10.0	1	2.4	6	13.0	13	7.6	AD
Kendisine ilişkin sorunlar	8	17.8	14	35.0	11	26.8	7	15.2	40	23.3	AD
Doğüstü güçler	3	6.7	2	5.0	0	0	0	0	5	2.9	AD
Geçmişte yaşadığı olaylar	5	11.1	2	5.0	4	9.8	4	8.7	14	8.7	AD
Aşırı stres	6	13.3	4	10.0	4	9.8	6	13.0	20	11.6	AD
Sorunun kaynağı											
Kişilerarası ilişkiler	5	11.1	21	52.5	8	19.5	28	60.9	62	36.0	0.00
İş/ekonomik sorunlar	24	53.3	5	12.5	15	36.6	2	4.3	46	26.7	0.00
Yaşantısal sorunlar	16	35.6	14	35.0	18	3.9	16	34.8	64	37.2	AD
Çözüm önerisi											
Doktora gitmesi	34	75.6	27	67.5	33	80.5	34	73.9	128	74.4	AD
Diğer yöntemler	11	24.4	13	32.5	8	19.5	12	26.1	44	25.6	AD

TARTIŞMA

Toplumsallaşma süreci, olgulara değer yükleyerek bireylerin inanç, tutum ve davranışlarını yakından etkilemektedir. Normalden sapmış durumların anlaşılmasında ve bunlara çözüm aranmasında toplumun ortak inanç ve tutumları da önem taşımaktadır.

Çalışma senaryosunda sunulan olgunun durumu psikotik bir sürecin DSM-IV ölçütlerini tümüyle karşılayan, bir hekim tarafından kolaylıkla "psikoz" olarak değerlendirilecek bir tablodur. Böyle bir hastalık durumunu deneklerin %63.4'ünün "psikolojik sorunları var" kategorisinde değerlendirilmesi dikkat çeken bir bulgudur. Sunulan olgudaki belirtilerin içinde saldır-

ganlık, grip ve anlamsız davranış gibi hastalığın şiddetini belirleyen psikotik belirtilerin olmaması bu sonuca yol açmış olabilir. Bu belirtilerin de yer aldığı bir olgu senaryosu ile yapılan bir çalışmada, daha yüksek düzeyde (%73.6) ruhsal hastalık yargısı saptanmıştı.³³ Oysa depresif durumların tanımlandığı olgu senaryolarında durum hastalıktan çok yaşam krizi olarak değerlendirilmişti.³⁴ Bu sonucun açıklanmasında sembolik etkileşimci görüş daha farklı bir tez ileri sürmektedir. Buna göre, deneğin olguda tanımlanan psikotik özelliklere ilişkin rolü alamaması, bu yönde bir atıfta bulunmasını engelleyebilmektedir.³⁵

Senaryodaki kişinin durumunun neye bağlı olduğu ile ilgili soruya sırasıyla "ilişki sorunları, bireyin kendisine ilişkin sorunlar, iş/ekonomik sorunlar ve stres yanıtı" verilmişti. Doğaüstü güçlere atıf oldukça düşük düzeydeydi. "Kişiler arası ilişki sorunları"nın şizofrenik bir durumu açıklayıcı bir neden olarak denekler tarafından belirtildiği başka çalışmalar da vardır.³⁶ Psikotik hastalarla yaptığımız bir diğer çalışmada da durumun yüklendiği nedenle ilgili sıralama bu biçimde bulunmuştu. Ancak hastalığın doğaüstü güçlere yüklenmesi daha yüksek düzeyde (%10.2) saptanmıştı.³⁷

Bu çalışmada denekler durumun çözümü olarak öncelikle doktora gitmeyi önermekteydi. Olgunun yakınmaları büyük ölçüde psikolojik sorunlara yüklenmiş olmakla birlikte, çözüm olarak doktora gitmesinin önerilmesi dikkati çeken bir bulgudur. Bu durum, ruhsal ve sosyal sorunların halk tarafından tıpsallaştırılma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Daha önceki çalışmamızda bu oranlar %65.9 psikiyatriste, %51.1 geleneksel-dinsel tedavcilere, %19.3 hekimlere başvurma biçimindeydi.³⁸ Aynı kentte, 2 yıllık bir zaman diliminde yapılan iki çalışmada hastaların ve halkın, hastalığın nedeni olarak doğaüstü güçlere atıfta ve çare arama davranışında farklı oranda yanıtları birkaç biçimde açıklanabilir. Halktan kişiler, tanımlanan sorunu hafif ya da orta düzeyde algılayıp, daha yüksek oranda "yaşantısal sorunlarla" ilişkilendirmiş olabilirler. Ya da anketörlere verecekleri yanıtlarda "doğaüstü gücü olan varlıklardan" söz ederlerse, "geri düşüncelilikle" yargılanacaklarına ilişkin bir kaygı taşımış olabilirler. Oysa hastalığı yaşayan kişiler olayı, şiddeti ve anlaşılabilirliğinden dolayı olağanüstü durumlara yüklemiş, kronik ve tedaviye yanıtız bir durumda tıbbi çözüme güvenini yitirip farklı çareler aramaya yönelmiş olabilirler. Geleneksel açıklamalardan vazgeçmeksizin biyomedikal çare arama yollarına da

başvurmuş olabilirler ki,³⁹ hastalarda yaptığımız çalışmanın bulguları da bu yöndeydi.³⁷

Hastalık açıklama modellerinin zaman içinde değişebildiği ileri sürülmektedir.^{38,39} Kültürün değişime açık olduğu, küreselleşmenin medya ve bilgisayar ağları aracılığı ile tüm toplumları yaygın olarak etkilediği,⁴⁰ hemen tüm toplumlarda biyomedikal modelin egemen duruma geçmeye başladığı bildirilmektedir.⁴¹⁻⁴³ Bu görüşün gelişmesinde daha etkili, daha az yan etkili antipsikotiklerin tedaviye girmesinin de önemli olduğu düşünülebilir.

Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, ırk gibi toplumsal değişkenlerin ruhsal hastalıklarının gelişmesinde, çare arama davranışında ve ruh hastalıklarına karşı tutumda önemli olduğu bilinmektedir.^{44,45} Çalışmamızda deneklerin yaş ve sosyoekonomik durumlarının, olguyu değerlendirmelerinde ve sundukları önerilerde anlamlı bir fark oluşturmadığı, ancak cinsiyetlerinin bazı değişkenlere etkide bulunduğu gözlenmiştir. Kültürün cinsiyet alanında erkek değer ve davranışlarının daha sağlıklı ve daha normal olduğuna ilişkin taşıdığı taraflılığın, psikiyatrik durumlara da yansıdığı ileri sürülmektedir.⁴⁶ Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmasa da, sunulan olgu örneğinin kadın olması durumunda erkeklere göre daha yüksek düzeyde "hasta" olarak değerlendirilmesi bu varsayımı destekleyebilir.

Çalışmamızda cinsiyetin etkilediği alanlardan biri de sorunların kaynağına yapılan atıflardır. Kadın olgu için sorun kaynağı olarak "evlilik ve kişilerarası ilişki sorunları", erkekler için "iş/ekonomik sorunlar" gösterilmişti. Benzeri durum depresyon için risk etkenlerinin araştırıldığı çalışmalarda da saptanmıştır.^{31,47,48} Bu sonuç, kadının kendilik duygusu ve kendilik saygısının büyük ölçüde kişilerarası ilişkilerle gerçekleştiği,⁴⁹ erkeklerin kendilerini gerçekleştirdikleri alanın ise iş ve meslek alanı olduğu⁵⁰ düşünceleri ile paralellik göstermektedir.

Sınırlılıklar

Örneklemin rasgele olması ve küçük bir sayıyı kapsamaması çalışmamızın sonuçlarını genellemize izin vermemektedir. Olguda sunulan psikotik belirtiler arasında saldırganlık ve dağınık konuşma gibi daha belirgin belirtilerin olmaması, olgunun psikotik olarak algılanmasını engellemiş ve halkın psikoza ilişkin düşüncelerini yeterince yansıtmamış olabilir. Ayrıca olgu senaryosu yöntemi halkın gerçek yaşamdaki inanç ve tutumlarını araştırmaya uygun olmayabilir.

SONUÇ

Bu ve benzeri birçok çalışma, psikiyatrik olguların ele alınmasında yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim durumu gibi demografik

değişkenlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle hastalık atfı, nedenleri ve çare arama davranışı gibi alanlarda cinsiyet farkına dikkat edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Gitlin MJ, Pasnau RO. *Psychiatric syndromes linked to reproductive function: a review of current knowledge*. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1413-1422.
2. Astbury J. *Crazy for you: The making of women's madness*. Melbourne, Oxford University Press, 1996.
3. Kasapoğlu MA. *Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar*. Ankara, Sosyoloji Derneği Yayınları, 1999.
4. Giddens A. *Sosyoloji*. H Özel, C Güzel (çev.), Ankara, Ayraç Yayınevi, 2000, s.102.
5. Weber M. *Essays in Sociology*. Oxford, Oxford University Press, 1946.
6. Hochschild AR. *Emotion work, feeling rules, and social structure*. *Am J Sociol* 1979; 85:551-575.
7. Eagly AH, Wood W. *Explaining sex differences in social behavior: a meta-analytic perspective*. *Pers Soc Psychol Bull* 1991; 17:306-315.
8. Beutel AM, Marini MM. *Gender and values*. *Am Sociol Rev* 1995; 60:436-448.
9. Oldham JM, Morris LB. *The Personality Self-Portrait*. New York, Bantam Books, 1990.
10. Jack D. *Silencing the Self*. Cambridge, Harvard University Press, 1991.
11. Rosenfield S. *Gender Stratification, Stress, and Mental Illness* Rutgers University www.mhsip.org/pdfs/rosenfield.pdf. Erişim tarihi: 07.06.2006
12. *United Nations Development Program: Human Development Report*. New York, Oxford University Press, United Nations, 1997.
13. Ashmore RD, Del Boca FK, Wohlers AJ. *Gender stereotypes*. RD Ashmore, FK Del Boca (eds.), *The social psychology of male-female relations: a critical analysis and central concepts*. Orlando, Academic Press, 1986, s.69-119.
14. Terman LM, Miles CC. *Sex and Personality: Studies in Masculinity and Femininity*. New York, Russell & Russell, 1936.
15. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. *Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:202-210.
16. Corrigan PW, Watson AC. *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. *World Psychiatry* 2002; 1:16-20.
17. Hoffman C, Hurst N. *Gender stereotypes: perception or rationalization?* *J Pers Soc Psychol* 1990; 58:197-208.
18. Amancio L. *Stereotypes as ideologies: The case of gender categories*. *Revista Psicol Soc* 1993; 8:163-170.
19. Pilgrim D, Rogers A. *Mental disorder and violence: an empirical picture in context*. *J Ment Health* 2003; 7-19.
20. Cormack S, Furnham A. *Psychiatric labelling, sex role stereotypes and beliefs about the mentally ill*. *Int J Soc Psychiatry* 1998; 44:235-247.
21. Melbourne Consumer Consultants' Group. *MCCG: The ultimate exit survey. Survivors of psychiatric services speak out*. Melbourne, Author, 1997.
22. Perkins R, Repper J. *Dilemmas in community mental health practice*. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 1998.
23. Hansen FJ, Reekie LJ. *Sex differences in clinical judgements of male and female therapists*. *Sex Roles* 1990; 23:51-64.
24. Leong FTL, Zachar P. *Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional help*. *Br J Guid Counsel* 1999; 27:123-132.
25. Morrison M, deMan AF, Drumheller A. *Correlates of socially restrictive and authoritarian attitudes toward mental patients in university students*. *Soc Behav Personal* 1993; 21:333-338.
26. Granello DH, Hinkelman L. *Biological sex, adherence to traditional gender roles, and attitudes toward persons with mental illness: an exploratory investigation*. *J Ment Health Counsel* 2003; 25:259-270.
27. O'Neil JM. *Gender role conflict and strain in men's lives: Implications for psychiatrists, psychologists, and other human service providers*. K Solomon, NB Levy (eds.), *Men in Transition*, New York, Plenum Press, 1982, s.5-40.
28. Levant RF. *Psychological services designed for men: a psychoeducational approach*. *Psychotherapy* 1990; 27:309-315.
29. Blazina C, Watkins CE. *Masculine gender role conflict: effects on college men's psychological well-being, chemical substance usage, and attitudes toward help-seeking*. *J Counsel Psychol* 1996; 4:461-465.

30. Moller-Leimkuhler AM. Men and depression: gender-related help-seeking behavior. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000; 68:489-495.
31. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri* 2002; 5:8-15.
32. Rickwood DJ, Braithwaite VA. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Soc Sci Med* 1994; 39:563-572.
33. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253:248-251.
34. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36:553-556.
35. Norenzayan A, Choi I, Nisbett RE. Cultural similarities and differences in social inference: evidence from behavioral predictions and lay theories of behavior. *PSPB* 2002; 28:109-120.
www.psych.ubc.ca/~ara/Manuscripts/PSPB2002.pdf
http://www-personal.umich.edu/~nisbett/cultsim.pdf.
36. Tanaka G, Inadomi H, Kikuchi Y, Ohta Y. Evaluating community attitudes to people with schizophrenia and mental disorders using a case vignette method. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59:96-101.
37. Ünal S, Kaya B, Yalvaç HD. Psikotik hastalarda hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. (2006, Değerlendirme aşamasında)
38. Dein S. Transcultural psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002; 181:535-536.
39. Bhui K, Bhugra R. Correspondence. *Br J Psychiatry* 2003; 183:170.
40. Kirmayer LJ, Franzp HM. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry* 2000; 45:438-446.
41. Angermeyer MC, Matschinger H. What to do about mental disorder--help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103:220-225.
42. de Toledo E, Peluso P, Blay SL. Community perception of mental disorders A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:955-961.
43. Jorm AF, Mackinnon A, Christensen H, Griffiths KM. Structure of beliefs about the helpfulness of interventions for depression and schizophrenia. Results from a national survey of the Australian public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40:877-883.
44. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff R. Community attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry* 1996; 168:183-190.
45. Granello DH, Pauley P. Television viewing habits and their relationship to tolerance toward people with mental illness. *J Ment Health Counsel* 2000; 22:162-175.
46. Hoye A, Rezvy G, Hansen V, Olstad R. The effect of gender in diagnosing early schizophrenia: an experimental case simulation study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:549-555.
47. Ilfeld FW. Current social stressors and symptoms of depressions. *Am J Psychiatry* 1977; 134:161-166.
48. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23:343-358.
49. Jordan J, Kaylan A, Surrey JL. *Women's Growth in Connection: Writings from the Stone Centre*. New York, Guilford Publications, 1991.
50. Jackson LA, Hodge CN, Ingram JM. Gender and self-concept: a reexamination of stereotypic differences and the role of gender attitudes. *Sex Roles* 1994; 30:615-630.

OLGU SENARYOSU

Bay/Bayan A, 28 yaşında, üç çocuğu var. Altı aydır iş yapamıyor, kendi bakımını, evinin sorumluluklarını ihmal ediyor. İçe kapanmış, kimseyle görüşmek istemiyor. Ailesi kendi kendine konuştuğunu, gülümsediğini söylüyor. Kulağına sesler geldiğini, onunla konuştuklarını söylüyor. Başkalarından, hatta aile üyelerinden kendisine zarar geleceğini, zehirlendiğini düşünüyor, yemek yemekten kaçınıyor. Belirgin kilo kaybı olmuş. Uyumuyormuş, uyursa birilerinin kendisine kötülük yapacağından endişeleniyormuş.