



**PSİKİYATRİ VE PSİKİYATRİ DIŞI KLİNİKLERDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLARININ  
BELİRLENMESİ**

**Mehmet KARAKAŞ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**OCAK 2016**

Mehmet KARAKAŞ tarafından hazırlanan “Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

**Danışman:** Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

**Başkan:** Doç. Dr. Satı DEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

**Üye:** Yrd. Doç. Dr. Arzu YÜKSEL

Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Aksaray Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Tez Savunma

Tarihi:

21/01/2016

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Mehmet KARAKAŞ  
21.01.2016

PSİKİYATRİ VE PSİKİYATRİ DIŞI KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Mehmet KARAKAŞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ocak 2016

ÖZET

Bu araştırma psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını incelemek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Sağlık Bakanlığına bağlı Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yataklı servislerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen Hemşire Bilgi Formu ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği (RHYİÖ) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde SPSS 20.0 paket programı, İki Bağımsız Grup 't' Testi, Kruskal-Wallis, Mann-Whithney U, ANOVA ve Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları  $32,54 \pm 7,15$ , %85,3'ü kadın, %69,5'i evli, %58,4'ü lisans/yüksek lisans mezunu ve %76,6'sının en uzun süre yaşadığı yer Şehir/büyükşehir olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin %71,6'sının mezuniyet sonrasında psikiyatri konusunda herhangi bir eğitim almadığı, %18'inin psikiyatri servisinde çalışırken kendini güvende hissettiği/hissedeceği, %23,9'unun ruhsal sıkıntı yaşadığı zaman bir uzmana gideceği ve ruhsal hastalığı olan bireylere karşı en yoğun yaşadığı duygunun (%65,5) üzüntü olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak; ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gitmeyen, psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayan ve psikiyatri deneyimi olmayan hemşirelerin ruhsal hastalıkları ve hastaları daha tehlikeli olarak düşündükleri, daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına inandıkları ve olumsuz inanca sahip oldukları belirlenmiştir. Psikiyatri servisinde kendini güvende hissetmeyen ve mezuniyet sonrasında psikiyatri konusunda eğitim almayan hemşirelerin ruhsal hastalıkları ve hastaları daha tehlikeli olarak düşündükleri, ayrıca psikiyatri kliniğinde kendini güvende hissetmeyen hemşirelerin daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına inandıkları tespit edilmiştir. Ailede psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayan ve birimde çalışma süresi 5 yıl ve daha az olan hemşirelerin 6 yıl ve üstü süre çalışanlara göre daha fazla utanma duygusu yaşadıkları saptanmıştır.

Bilim Kodu : 1032.7

Anahtar Kelimeler : Hemşire, ruhsal hastalık, inançlar

Sayfa Adedi : 76

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI

THE BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS OF THE NURSES WHO WORKS  
PSYCHIATRY AND PSYCHIATRY OUTSIDE CLINICS

(M. Sc. Thesis)

Mehmet KARAKAŞ

GAZİ UNIVERSITY  
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

January 2016

ABSTRACT

This research was performed examine beliefs toward mental illness of nurses who works in psychiatry and psychiatry outside clinics and aiming to determine the factors affecting descriptive and search for interactive relations. The study universe of depending on the Ministry of Health Bolu İzzet Baysal Training and Research Hospital and Bolu İzzet Baysal Mental Health and Diseases Training and Research Hospital constitute nurses who working in inpatient service. Data was collected Nurse Information Form which was developed in parallel with the literature by researcher and Beliefs toward Mental Illness Scale (BMI) are used. In the evaluation of the data and analysis software package SPSS 20.0, two independent groups 'T' test, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U, ANOVA and Pearson's correlation test was used. Participating in the study, were determined that the mean age of nurses  $32,54 \pm 7,15$ , 85,3%' women, 69,5%' married, 58,3%' of the educational level of the license/master and 62,4% the most long time lived in the city/big city. The nurses of 71,6%' not received any training in psychiatry after graduation, 18% of the psychiatric service in which feel secure or to feel, 23,9% 'of in case mental distress it had to go to a specialist and individuals with mental illness most intense to feel emotion (65,5%) were found to sadness. As a conclusion; it was identified that nurses who do not go to specialists in case of mental distress, without a history of psychiatric diagnosis and not experience psychiatry, mental illnesses and the patients they believe more dangerous, more incurability and poor social and interpersonal skills and negative beliefs. It was determined that psychiatric clinic feel insecure and nurses of not received training in psychiatry after graduation mental illnesses and the patients they believe more dangerous, also psychiatric clinic feel insecure of nurses more incurability and poor social and interpersonal skills. No family history of psychiatric diagnosis and from nurses 5 year and less work in the unit according to 6 year and more work were found to have more sense of shame.

Science Code : 1032.7

Key Words : Nurse, mental illness, beliefs

Page Number : 76

Advisor : Assist. Prof. Dr. Cahit PEKYARDIMCI

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin hazırlanmasında desteğini ve rehberliğini aldığım değerli danıőmanın Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI'ya, yüksek lisans eğitimim sırasında bana yardımcı olan, ilgisi ve bilgisi ile hem tezime hem de kişisel geliőimime katkıda bulunan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Arzu YÜKSEL'e, yüksek lisans eğitimim ve çalıőmam sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Güler DURU AŐİRET'e, Doç. Dr. Satı DEMİR'e ve Doç. Dr. Sultan AYAZ'a, yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen değerli arkadaőım Arş. Gör. Mehtap UZUN AKSOY'a, araőtırmadan elde edilen bulguların istatistiksel olarak değerlendirmesindeki katkılarından dolayı Melih UZUNOğLU'na, araőtırmama katılan değerli arkadaőlarım ve meslektaőlarım, her zaman yanımda olup beni her yönde destekleyen sevgili eőim Raziye'ye ve biricik oğlum Aras'a sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

**İÇİNDEKİLER**

	<b>Sayfa</b>
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. Ruhsal Hastalık .....	7
2.2. Tarihsel Süreçte Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Yaklaşımlar.....	8
2.3. Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi.....	9
2.4. Kültür, İnanç ve Tutum Kavramları.....	10
2.4.1. Kültür.....	10
2.4.2. İnanç .....	11
2.4.3. Tutum.....	14
2.5. Ruhsal Hastalık Kültür, İnanç ve Tutum İlişkisi.....	14
2.6. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar.....	16
2.7. Hemşirelik ve Bütüncül Yaklaşım.....	17
2.8. Hemşirelerin Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yaklaşımlarının Önemi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21

	<b>Sayfa</b>
3.3. Araştırmanın Evreni.....	21
3.4. Araştırmanın Örnekleme.....	22
3.4.1. Verilerin toplanması.....	22
3.4.2. Veri toplama araçlarının uygulanması.....	23
3.5. Verilerin Değerlendirmesi.....	24
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu.....	24
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>25</b>
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulguların Dağılımı.....	26
4.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Ait Bulguların Dağılımı.....	29
4.3. Hemşirelerin Toplam ve Çalıştığı Birimlere Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	31
4.4. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	33
4.5. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	36
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>41</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>51</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>55</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>64</b>
EK-1. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu Etik Kurul İzin Yazısı.....	65
EK-2. T.C. Sağlık Bakanlığı Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği İzin Yazısı.....	67
EK-3. Hemşire Bilgi Formu.....	69
EK-4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Formu(RHYİÖ).....	73
EK-5. Ayşegül Bilge'den Alınan İzin Yazısı.....	75
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>76</b>

**ÇİZELGELERİN LİSTESİ**

<b>Çizelge</b>	<b>Sayfa</b>
Çizelge 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ait bulguların dağılımı.....	26
Çizelge 4.2. Hemşirelerin mesleki özelliklerine ait bulguların dağılımı.....	29
Çizelge 4.3. Hemşirelerin toplam ve çalıştığı birimlere göre RHYİÖ puan ortalamalarının dağılımı .....	31
Çizelge 4.4. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre RHYİÖ puan ortalamalarının dağılımı .....	33
Çizelge 4.5. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre RHYİÖ puan ortalamalarının dağılımı .....	36

## ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. Ruhsal hastalığı olan bireylerin hemşireler üzerindeki duygusal etkileri.....	28
Şekil 4.2. Ruhsal hastalık belirtisi gösteren bireyi yönlendirme.....	28



## SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

<b>Kısaltmalar</b>	<b>Açıklama</b>
<b>APA</b>	American Psychiatric Association- Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>ICN</b>	The International Council of Nurses - Uluslararası Hemşireler Konseyi
<b>RHYİÖ</b>	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
<b>THD</b>	Türk Hemşireler Derneği
<b>TRSM</b>	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
<b>WHO</b>	World Health Organization - Dünya Sağlık Örgütü

# 1. GİRİŞ

## Problem Durumu/Konunun Tanımı

Ruh sağlığı, “kişinin hem iç dünyasında hem de dış çevresinde iletişimde barışık ve huzur içinde yaşaması” olarak tanımlanabilir [1]. Ruh sağlığı, bireylerin potansiyelinin farkına varması, hayatın normal stresleriyle başa çıkması, verimli çalışabilmesi ve topluma katkı sağlayabilmesi olarak bilinen bir durumdur [2]. Ruhsal hastalık ise, kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında, değişik düzeylerde ortaya çıkan tutarsızlık, yetersizlik, aşırılık ya da uygunsuzlukla seyreden, sürekli ya da yineleyici olup, bireyin uyum ve işlev düzeyinin değişik derecelerde bozulmasına yol açan bozukluklardır [3]. Dünyada ruhsal hastalıklar hem gelişmiş hem de gelişmemiş ülkelerde oldukça yaygın olarak görülmektedir. Her dört kişiden biri yaşamının bir döneminde, bir veya daha fazla ruhsal ve davranışsal sorunlar yaşamaktadır [4]. Ülkemizde ruhsal hastalıkların yaygınlığı incelendiğinde, ulusal çapta bir örneklem alınarak yapılan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” (1998) araştırma sonuçlarına göre, ruhsal hastalıklar psikotik bozukluklar dışında %17,2 iken, genel olarak bakıldığında %18-31 arasında değişmektedir. Ruhsal hastalıkların görülme oranının yüksek olmasına karşın hastaların hekime başvurma oranları oldukça düşüktür. Örneğin hekime başvurma oranı depresyonda yaklaşık olarak %20 iken, diğer herhangi bir ruhsal hastalığı olanlarda daha da düşük (%14) olduğu bildirilmiştir [3].

Ruhsal hastalıklar ırk, etnik köken, sosyoekonomik durum veya cinsiyet ayırt etmeksizin erkek, kadın ve çocuklar dahil herkesi etkileyebilir [2]. Tüm dünyada, ruhsal bozukluğu olan hastaların tedaviye ulaşamama düzeyi %50'nin üzerine çıkmaktadır. Ancak bu oran gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş olan ülkelere doğru gidildikçe ürkütücü bir şekilde artmakta ve %85'in bile üzerine çıkmaktadır [5].

İnsana ve ruh sağlığına bakış kültürden kültüre ve tarihten bugüne farklılıklar göstermektedir. Ruh sağlığı, toplumsal yönden göreceli bir kavramdır. Bazı toplumlar ruhsal problemleri olan bireylere özel bir önem vermişlerken, bazı toplumlar bu kişileri toplum dışına itmişlerdir [6]. Farklı toplumlarda sağlıklı ve sağlıksız davranışların anlamları da farklılıklar göstermektedir. Örneğin, yoktan sesler duyan bir kişi ilkel

toplumlarda ermiş olarak nitelendirilirken, uygar toplumlarda ruhsal bozukluğu olan kişi diye nitelendirilmektedir [7].

Ruhsal sorunları olan bireylere doğru yaklaşım, insanı çevresiyle bir bütün olarak değerlendirerek, ruhsal hastalıkların toplumsal yanını, kültürünü ve bununla bağlantılı olarak inançlarını saptayarak gerçekleştirir [10]. İnanç, sözlük anlamı ile “kişice ya da toplumca, bir düşüncenin, bir olgunun, bir nesnenin veya bir varlığın gerçek olduğunun kabul edilmesi” demektir [8]. İnsanlar belirli inanç ve tutumlarla doğmamakta, inanç ve tutumları gözlem, tepkisel koşullanma ve bilişsel öğrenme gibi pek çok farklı yolla elde edilmekte ve sosyal deneyimlerle de bu durumu şekillendirmektedirler. Bu şekillendirme esnasında tutumun bilişsel bileşeni olan inançlar yeni bilgi ve deneyimler edindikçe yavaş yavaş da olsa değişebilmektedir [9]. Toplumun ve buna bağlı olarak da bireyin hastalığa ilişkin inançları hastalığın teşhisi ve tedavisi dahil her şeyi etkilemektedir. Çünkü hasta ruh sağlığı çalışanlarından önce ailesi, arkadaşları ve kendisi ruhsal bozukluğun ilk belirtileriyle yüzleşir ve bu sorunla nasıl başa çıkacağı konusunda karar alır. Örneğin, bu hastaların saldırgan oldukları ve etraflarına zarar verebilecekleri yaygın olarak düşünülüyor ise büyük olasılıkla hastalar toplumdan tecrit edilmiş bir yaşam süreceklerdir. Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler tedavi için doğru adrese gelseler bile, hastalığa bakış açıları, inançları ve tutumları doğrudan tedaviyi, tedaviye yanıtı ve hastalığın gidişatını etkileyebilmektedir. Hasta ve içinde bulunduğu çevre şizofreniyi Allah’ın verdiği bir dert ve ceza olarak görüyorsa ya da doğaüstü varlıklara bağlıyorsa, doktora gelmeyecek ya da getirilmeyecektir, bunun yerine geleneksel yöntemler tercih edilecektir [11]. Mishra, Nagpal, Chadda ve Sood (2011) yaptıkları çalışmada insanların %45’inin ilk tercihinin psikiyatristler değil dini inanç şifacıları ve psikiyatrist olmayan hekimler olduğunu belirlemiştir. Bunun sebebini ise bu kişilerin kolay ulaşılabilir olmasına, bireylerin kendi inanç sistemlerinde kabul görmesine ve şifacıların iyi bir üne sahip olmalarına bağlamıştır. Sarıkoç, Demiralp, Özşahin ve Açıkel’in (2015) çalışmasında, araştırmaya katılan hasta yakınlarından %40’ının bakım verdiği hastası için tıbbi tedavi dışındaki uygulamalara başvurmuş olduğu ve bu uygulamaya başvuran bireylerin %89,3’ünün de geleneksel dini yaklaşımları tercih ettiği saptanmıştır.

Tutum, “yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumudur” [9]. Ruhsal hastalıkları olan bireylere yönelik

olumlu veya olumsuz tutumlar, en açık biçimiyle hasta hemşire ilişkisinde ortaya çıkmaktadır. Hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun mevcut veya olabilecek sorunlarına karşı fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerinin bütüncül ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanmasını ve tedavi edilmesini hedeflemektedir [14]. Hastalarla yakın ve uzun süreli etkileşim içindeki hemşirelerin yaklaşımları hastalar üzerinde doğrudan etkili olmakta, hemşirenin inanç ve tutumları kliniğin terapötik ortamını etkileyebilmektedir. İnanç ve tutumların olumsuz olması bu bireylerin evden dahi çıkmak istememelerine sebep olabilecek, hasta ve yakını tedaviden kaçmayı düşündürecek veya farklı tedavilere yönelmelerine yol açacak kadar geriletici bir güç görevi görebilmektedir [15]. İnançlar tutumları, yaklaşımları ve davranışları etkileyebildiği için, ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inanca sahip hemşireler ruhsal sorunlu bireylerin bakımını üstlenmek istemeyebilir, yeterli bakımı sunamayabilir ya da hizmette güçlük yaşayabilirler [16-18].

#### Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt bulunmaya çalışılmıştır:

- Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları nasıldır?
- Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ruhsal hastalıklara yönelik inançları etkiliyor mu?
- Hemşirelerin mesleki özellikleri ruhsal hastalıklara yönelik inançları etkiliyor mu?
- Hemşirelerin çalıştığı birimler açısından ruhsal hastalıklara yönelik inançlarında farklılıklar var mı?

#### Araştırmanın Önemi

Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının araştırıldığı birçok çalışmada belirlenen sonuçların farklılık gösterdiği, bazı çalışmalarda çalışanların olumlu inanç ve tutuma sahip olduğu saptanırken, aynı meslek gruplarının bir başka çalışmada

olumsuz inanç ve tutuma sahip olduğu belirtilmiştir [10,14-16]. Hastaların tedavi amaçlı sağlık kurumlarına başvurularında çalışanların özellikle hastalarla yakın ve uzun süreli etkileşim içerisinde olan hemşirelerin inanç ve tutumları büyük önem taşımaktadır. Ruhsal hastalıklara yönelik geliştirilen olumsuz inançlar, dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımlar hastaların tedavi amaçlı başvurmalarını engelleyici bir rol oynamakta, hastaların hastalıklarıyla etkin baş etmelerini ve toplumsal yaşamda yerini almalarını engelleyen ciddi sorunlar oluşturabilmektedir [19,20]. Bir bireyin varoluşunun tüm boyutlarını korumasında, sürdürmesinde veya elde etmesinde ona yardımcı olmak hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır [21]. Toplumla öncülük etmeleri beklenen hemşireler, ruhsal problemleri olan bireyler ile sadece psikiyatri kliniklerinde değil hizmet verdikleri her alanda ve yaşadıkları sosyal çevrelerinde de karşılaşmaktadırlar [22]. Bu nedenlerle sağlık hizmetlerinin vazgeçilemez bir parçası olan hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi önemlidir.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sonuçlarının örnekleme oluşturan hemşirelerin verdikleri yanıtlarla sınırlı olması,
- Hemşirelerin bilimsel çalışmaları kişisel nedenlerle çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri,
- Yıllık izin, hastalık izni, ücretsiz izin, sürekli gece çalışma vb. nedenlerle çalışan hemşirelerin hepsiyle görüşülememesidir.

#### Tanımlar

**Ruhsal Hastalık:** Kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında, değişik düzeylerde ortaya çıkan tutarsızlık, yetersizlik, aşırılık ya da uygunsuzlukla seyreden, sürekli ya da yineleyici olup, bireyin uyum ve işlev düzeyinin değişik derecelerde bozulmasına yol açan bozukluklardır [3].

**Kültür:** “Bir toplumun maddi ve manevi alanlarda meydana getirdiği ürünlerin bütününe” denir [8].

İnanç: “Bir konu ile ilgili olarak, bireyin zihinsel yapılanmasının tümüdür” [18].

Tutum: “Bireyin bütün nesnelere karşı göstereceği tepkiler ve durumlar üzerinde yönlendirici veya etkin bir güç oluşturan ve denem bilgilerde organize olan, ussal ve sinirsel bir davranışta bulunmaya hazır olma halidir” [18].





## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ruhsal Hastalık

Amerikan Psikiyatri Birliđi (APA) ruh hastalığını (1994) “kişide meydana gelen ve bugünkü distress durumu (ağrılı semptomlar gibi) ve yetersizlikle ilişkili olan ağrı, ölüm, yetersizlik ya da bağımlılık riskinin önemli derecede artmasıyla ilişkili olan klinik olarak önemli davranış ya da psikolojik belirti ya da örüntü” şeklinde tanımlamıştır [3]. Öztürk ve Uluřahin (2011) ruhsal hastalığı, “kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında, değişik düzeylerde ortaya çıkan tutarsızlık, yetersizlik, aşırılık ya da uygunsuzlukla seyreden, sürekli ya da yineleyici olup, bireyin uyum ve işlev düzeyinin değişik derecelerde bozulmasına yol ačan bozukluklardır” şeklinde açıklamıştır.

Ruh sağlığı ya da hastalıklarının anlamı kültüre, ırklara, milletlere, tarihi dönemlere ve gelişim dönemlerine göre değişiklik göstermektedir [23]. Ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı tutumlar genellikle çağdaş değildir ve dünya çapında ruhsal hastalığı olan bireyler diğer hastalıklara göre daha fazla stigmaya ve negatif tutuma maruz kalmaktadırlar [24]. Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda da halkın ruhsal bozukluklar ile ilgili bilgi düzeyinin genelde yetersiz olduğu ve ruhsal bozukluğu olanlara yönelik ayırıcı ve damgalayıcı bir tutuma sahip oldukları görölmüştür [25-27]. Damgalama ruhsal hastalık hakkında korku, yanlış inanç ve olumsuz tutumlardan kaynaklanan, bireylerde oluşmuş kalıp yargılar nedeniyle hastalığın gerçekte nasıl bir durum olduğunun anlaşılmasını ve bu tür sorunlar yaşayan bireylere yardımcı zorlaştıran önemli bir sorundur [28]. Birey ya da toplum kendisini ürküten veya rahatsız eden bir durumla karşılaştığında çoğunlukla onu kendisinden uzaklaştırma ve yabancılaştırma yoluna gider. Yapılan bu damgalama bazen hastalığın kendisi kadar tehlikeli olabilmektedir. Bu tür olumsuz ön yargılardan etkilenen hastalıkların başında da psikiyatrik bozukluklar gelmektedir [29]. Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve tutumları, hastalıkların önlenmesinde, erken tanınmasında ve tedavi edilmesinde doğrudan etkili olabilmektedir. Halkın ruhsal hastalıklarla ilgili tutumlarının genelde olumsuz olduğu ve bu olumsuz tutumların az da olsa sağlık çalışanlarına da yansıdığı, bu nedenle sağlık çalışanlarının günlük uygulamalarında çeşitli zorluklar yaşadığı bilinen bir durumdur [30].

## 2.2. Tarihsel Süreçte Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Yaklaşımlar

İnsana ve ruh sağlığına bakış kültürden kültüre ve tarihten bugüne farklılıklar gösterir. Bazı toplumlar ruh hastalarına özel bir önem verip onları toplum içerisine kabul ederken, bazı toplumlar insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip onları toplum dışına itmişlerdir. Uzakdoğu kültüründe insan bir birey olmaktan çok bir bütünün parçası olarak görülür. Huzurlu ve evrenle barışık olabilmek için, organizmada etkin olan iki yönlü unsurlar arasındaki dengenin kurulmasına çalışılır. Ortadoğu kültüründe, özellikle Mısır'da hayat iç ve dış güçlerin etkileşimi olarak algılanır. İncil'de İsa peygamberin akıl hastalarını şeytanlardan kurtararak tedavi edişi anlatılır. Yunan ve Roma kültüründe akıl hastalıkları edebiyat, felsefe, tıp ve halk arasındaki yaygın kabul gören anlayışa göre çeşitli açıklamalarda bulunmuştur. Popüler görüşe göre delilik olağanüstü fenomenlerin ürünüken, Hipokrat'a göre kan, kara safra, sarı safra ve balgam arasındaki etkileşim sonucudur. Bu dört bedensel sıvı; sıcak, soğuk, nem, kuruluk gibi tabiattaki dört temel unsurun bileşimiyle yakından ilişkili görülmektedir. Mizaçlar bu algılamaya göre dörde ayrılmıştır: neşeli (sanguine, kan), öfkeli (choleric, sarı safra), karamsar (melancholic, kara safra) ve apatik (phlegmatic, balgam) [6,31].

Ruhsal bozuklukların tutum ve inançlarla yakın ilişkisi, kültüre özgü sorunlar ve özellikle psikofarmakoterapinin 1950'lerden sonra gelişmeye başlaması gibi nedenlerden dolayı, bu hastalıkların tanı ve tedavilerinde ilkel uygulamalardan vazgeçilmesi açısından diğer hekimlik dallarına göre psikiyatride bir gecikme olmuştur. Özellikle geri kalmış ülkelerde ilkel uygulamaların ve yanlış inançların devam etmekte olması, bu nedenlerle yakından ilgilidir [32].

Ülkemizdeki süreç Avrupa'nın aksine daha hümanistik işlemiştir. İslam inancının akıl hastalarının bakımından toplum sorumludur görüşünün etkisiyle akıl hastaları hep toplumun içinde yaşamış ve toplumun bir parçası olarak görülmüşlerdir. Dini inanışa göre "yaptıklarından sorumsuz ve günahsız" olmaları bu insanlara bazen de ermişlik, velilik atfedilmesine ve onların kutsallaştırılmalarına sebep olmuştur. Bu yaklaşım sonucu her köyün sevilen, korunan, kollanan biraz da korkulan "delisi" halkın içinde onlarla birlikte yaşamıştır. Bazen alay edilse ya da taşlansalar da bu hastalar toplum dışına itilmemişlerdir [33].

Tarihsel olarak baktığımızda ise özellikle İbni-Sina'nın (980-1037) yayınlarında ruhsal olaylar beynin bir işlevi olarak görmüş ve ruhsal hastalıkları olan bireylere iyi davranılması, onların incitilmemesi ve tecrit edilmemesi gerektiğinden bahsetmiştir. Ayrıca ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisi için ilaçlar, telkin ve müzik yöntemlerini kullandığı da bilinmektedir [34,35]. Osmanlı döneminde ise çok sayıda bimarhane, şifahane ve aş evi açılarak bu hastaların devletin bakımı altında olmaları sağlanmıştır. On dokuzuncu yüzyılda Osmanlı Devletinin çöküş sürecine girmesiyle birlikte ilk unutulmuş da bu hastalar olmuştur. Yirminci yüzyılın başında depo hastaneler kurularak akıl hastalarının tedavisinde kurumsallaşma süreci başlatılmış ve hastalar devlet himayesine alınmıştır. Fakat bu depo hastaneler hastaların tedavi edileceği kurumlar olarak düşünülmüş olsa da sonuçta hastalar, toplumdan uzaklaşmış ve insan haklarının göz ardı edildiği koşullarda yaşamaya başlamışlardır [33,36].

### **2.3. Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi**

Orta çağın kapanması ile birlikte ruh hastalarını katı, dogmatik yarı-dinsel inançlarla açıklayan görüşlerin ve uygulamaların da son bulması ve Avrupa'da hızla gelişen bilimsel çalışmalar döneminde psikiyatri alanında da gerçek bilimsel çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. İlk olarak 17. yüzyılda, ruh hastaları hakkında bir kararın din adamlarınca değil, hekimlerce verilmesi gerektiği kabul edilmiştir [37]. Dünyada tarihsel gelişim süreci içinde ruhsal hastalıklara bakış açısında değişikliklere yol açan dört önemli gelişme olmuştur.

Bunlardan ilki, 18. yüzyılın sonlarına doğru hastaları zincirden kurtaran hekim olarak bilinen Fransız ruh hekimi Pinel'in başlattığı insancıl akımın giderek dünyaya yayılması,

İkincisi, 19. yüzyılın sonlarına doğru Sigmund Freud'un geliştirdiği psikoanalitik kuramının tanı ve tedavideki etkisi (ki bu durum psikiyatristlerin insanların ruhsal yaşamına, duygularına, heyecanlarına ve düşüncelerine de yoğunlaşmaya başlamalarını sağlamakla kalmayıp, onların hastalık anlayışını ve sağaltım yöntemlerini köklü biçimde etkiledi),

Üçüncüsü, yirminci yüzyılın ikinci yarısında çağdaş anlamda psikiyatride ilaç kullanımının başlaması,

Dördüncü ise, toplum ruh sağlığı hareketidir. Bu hareket, batıda özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960'lardan itibaren toplum merkezli hizmetlerin gelişmesiyle birlikte başlamıştır [3,6,37,38].

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini oluşturan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerindeki (TRSM) amaç, belli bir coğrafi alanda yaşayan ağır ruhsal hastalığı olan hastaları merkezde kayıt altına almak, gezici ekiplerle düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyonlarını sağlayarak topluma yeniden kazandırmaktır [39]. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında hazırlanan ulusal ruh sağlığı politika metninde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve Bakanlık ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı almıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da TRSM açma kararı alınmıştır ve 2008 yılında pilot il olarak Bolu seçilmiştir. Pilot çalışmalarının sonuçları değerlendirilerek 2011 yılı itibariyle merkez nüfusu yüz bin ve üstü olan her yerleşim alanında bir merkez olmak üzere, toplam 236 TRSM açılması hedeflenmiştir. Ülkemizde uygulamaya geçen toplum temelli modelde, ilk aşama olarak ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların TRSM'ler tarafından kayıt altına alınması ve takip edilmesi yer almaktadır. Ayrıca hastanelerde yatmakta olup yardıma ihtiyacı olan hastaların projenin sonraki aşamasında açılacak olan yarı-yol evleri ve korumalı evlerde kalmaları, aynı zamanda da korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması hedeflenmektedir [36,40].

## **2.4. Kültür, İnanç ve Tutum Kavramları**

### **2.4.1. Kültür**

Kültür insanoğlunun yeryüzünde var olduğu ilk günden beri var olan bir kavram olup, nesilden nesile aktarılmakta ve sosyal değişimlerin gerektirdiği şekilde gelişmekte ve evrimleşmektedir [6]. Kültürü tanımlamak veya tanımlarını kesin olarak belirlemek zordur ve bu konu hala tartışılmaktadır [41]. Ancak kültürün birçok tanımı olmasına karşın ilk bilimsel tanım Taylor (1871) tarafından yapılmıştır. Taylor'a göre, "kültür, bir toplumun üyesi olarak, insanoğlunun öğrendiği, bilgi, sanat, gelenek- görenek ve benzeri yetenek, beceri ve alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütündür" [42]. Kültür kavramı her dönemde değişik manalarda kullanılmış ve ele alınmıştır. Bugünden bakıldığında kültür bir yaşama biçimi olarak ele alınabilir ve onun milletlere özgü olduğunu söylenebilir [43].

Kültür, bir toplumun maddi ve manevi alanlarda meydana getirdiği ürünlerin bütününe denir ve insanlarca yaratılan değer sisteminin, örf-adet, tutum, inanç, ahlâk, sanat ve sembollerin bileşimini ifade eder [8,18]. Kültür kavramını genel olarak tanımlayacak olursak “yaşam biçimi” olduğu, “maddi ve manevi unsurların bileşimi” olduğu ve “yapıp ettiğimiz her şey” olduğu söylenebilir [44].

Güvenç (2011) “kültür öğrenilir, tarihidir-süreklidir, toplumsaldır, idealleştirilmiş kurallar sistemidir, ihtiyaçları karşılar ve doyum sağlar, bütünleştirir ve aynı zamanda ayırır, değişir, soyutlamadır” şeklinde tanımlamıştır [45]. Kültür, bir toplumun kimliğini oluşturup onu diğer toplumlardan farklı kılmakla kalmayıp, aynı zamanda toplumun yaşayış ve düşünüş tarzını da yansıtır. Her toplumda hastalık ve sağlığa ilişkin farklı inanç ve tutumlar görmek mümkündür. Bir toplumda tıbbi açıdan patolojik görünen bazı davranışlar diğer toplumlar için normal bir davranış olarak kabul edilebilir [38,46].

Hastalık evrensel olsa da, hasta olmak kültürel bir olaydır. Her toplum, sahip olduğu kültürel özelliklere göre sağlıklı olmaya çalışmakta, teşhis ve tedavi yöntemleri geliştirmektedir. Sağlık, hastalık, teşhis ve tedavi uygulamalarının kültür bütünü içinde önemli bir yeri vardır. Çünkü hastalık ve sağlık konusundaki neden-sonuç ilişkileri ve geliştirilen uygulamalar tamamen sosyokültürel özelliklere göre açıklanmaktadır [47]. Kültür yeni tanı kategorilerinin inşa edilmesinden hastalıkların gidişine, semptom örüntülerinden neyin hastalık olup neyin olmadığını belirlenmesine kadar pek çok düzeyde etkilidir. Ayrıca kültür çoğu zaman hastanın hastalık, hastalık nedenleri, ne zaman ve kimden bakım alınacağı gibi pek çok konuyla ilgili inançlarını da etkilemektedir [48,49]. Kültürün birey sağlığını etkilemesi ve davranış olarak dışa yansması manevi kültürü ile olabilmektedir. Bu nedenle başta tutum olmak üzere tutumun bilişsel bileşeni olan, yani tutumun davranış olarak dışa yansmasına neden olan, bilgi kümesinden oluşan inançların kavranması önemlidir [50].

#### **2.4.2. İnanç**

İnanç, bir konu ile ilgili olarak, bireyin zihinsel yapılanmasının tümüdür [18]. İnançın sözlük anlamı ise “kişice ya da toplumca, bir düşüncenin bir olgunun, bir nesnenin, bir varlığın gerçek olduğunun kabul edilmesi” demektir [8]. İnançlar, bireylerin kendi dünyalarının bir yönü ile ilgili algılarının ve tanımlarının meydana getirdiği sürekli

duygular ağıdır. İnançlar çoğu zaman bireysel ilkelerin kaynağı halindedirler. Kişi bilgi, düşünce ve inançlarını açığa vurmak istediği zaman bunu davranış ve tutumlarıyla ortaya koyar [51].

Ulu'nun (2013) aktardığına göre; Fowler inancın yedi temel özelliği olduğunu ifade eder. Buna göre;

- a. İnanç, bir beşeri aktivitedir (İnsanların sahip oldukları bir şey değil aksine insanların kendisi ile ilişki içerisinde olduklarını bilme ve var olma şeklidir).
- b. İnanç, ilişkiler sayesinde meydana gelen bir aktivitedir.
- c. Bu ilişkilerin en önemli iki yönü, güven ve bağlılıktır. İnsan güven ve bağlanmaya dayalı ilişkiler geliştirmese yaşayamaz ve manevi, psikolojik ve hatta fiziksel açıdan ölür. Bunların tamamı insanı insan yapan özelliklerdir.
- d. İnanç, bazı obje(leri) gerektirir. İnanırken insan, bazı şeylere güvenir ve bağlanır.
- e. İnançta, insanlar sadece bireylere ve gruplara değil aynı zamanda (Tanrılar gibi) aşkın güç ve değer merkezlerine güvenir ve bağlanırlar. Ayrıca bu değer ve güç merkezleri ile güvendiğimiz ve bağlandığımız kişiler ve gruplar da ilişkilidir.
- f. Bu güven ve bağlılık ilişkileri sayesinde insanların (hem yakın hem de nihai) “dünyası” şekillendirilir, anlamlandırma meydana gelir ve sahip oldukları kişilikler oluşturulur. İnsanoğlu anlamlandırma ve kişilik geliştirme isteği olmaksızın yaşamını sürdüremez.
- g. Dünyayı şekillendirme, anlamlandırma ya da “asli, temel bilme” aktivitesi, inancı tanımlayan öz eylemdir.

İnanç ve tutum kavramlarının birbirlerine neden-sonuç ilişkisiyle bağlı olduğu söylenebilir. İnanç kavramına nesne ya da olayların nitelikleri ya da varlıklarına ilişkin biçimleyici değerlendirmeleri içeren duygusal öge katıldığında da, inançlar tutuma dönüşür. Başka bir deyişle inançlara duygusal yönlerin katılmasıyla tutumlar oluşur. Bir objeye veya kişiye yönelik olumlu veya olumsuz bir tutum varsa, o obje veya kişi hakkında olumlu ya da

olumsuz inanç(lar)da olacaktır. Özetle her tutumda bir inanç vardır, fakat her inanç bir tutum oluşturmaz [18,50].

Atasözleri milletlerin yaşayışlarını, tecrübe ve deneyimlerini, dünya görüşlerini, kişiye ve evrene bakış açılarını gösteren, yol gösterici ve öğüt verici niteliktedirler. Bu özelliklerinden anlaşıldığı üzere atasözleri bir milletin inanç ve tutumlarını göstermektedir [53]. Bostancı'nın (2005) aktardığına göre; ülkemizde ruhsal bozukluğu ya da hastalığı olanlara yönelik atasözlerimizden bazılarını şu şekildedir:

- Akıllı olsun, düşman olsun.
- Deliden, deli doğar.
- Deliden dost olmaz.
- Deli kul neylesin canı, akıllı kul neylesin malı.
- Delinin ipiyle kuyuya inilmez.
- Delinin sözü kaleme alınmaz.
- Delinin uyuklaması da deli, sayıklaması da.
- Deli utanmaz, sahibi utanır.
- Deliyle bal yiyeceğime, akıllıyla taş çekerim.
- Evinde ölüsü olan bir defa, delisi olan her vakit ağlarmış.
- İte selam, deliye kelam olmaz [31].

Çam ve Bilge'nin (2007) aktardığına göre; ruhsal hastalıklara yönelik inançların genellikle olumsuz olması sebebiyle hastalar toplumdan hastalıklarını gizlemek eğilimindedirler. Toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanışlar ve düşüncelerden bazıları şu şekilde sıralanmaktadır:

- Ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir,
- Ruh hastaları kurumlarda kilitli tutulmalıdır,
- Ruh hastası olan birey asla normal yaşamına dönemez,
- Ruh hastaları tehlikelidir,
- Ruh hastaları düşük gelirli işlerde çalışabilir [54].

### 2.4.3. Tutum

Allport'a (1935) göre tutum, "yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumudur" [9]. Katz'a (1967) göre ise tutum, "bireyin çevresindeki bir simgeyi, bir nesneyi ya da bir olayı olumlu ya da olumsuz bir şekilde değerlendirme eğilimidir" şeklinde tanımlanmıştır [18]. Tutumlar, bireylerin dış dünyayı algılamada bazı temel ölçütler geliştirebilmelerine olanak sağlayan bilgiler edinme ve bu bilgiler aracılığı ile dış dünyayı, oradaki karmaşık ilişkileri anlamlandırma ve bu anlamlandırmaya göre algılamasında örgütsel bir bütünlük oluşturma ihtiyacına dayanır [18].

Tutumlarla inançlar arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu gözlenmektedir. İnançlar ne denli katı ise o inançlara bağlı olarak ortaya çıkan tutumlar da o ölçüde katıdır. Tutumlar nesnelere, insanlar ya da olaylar hakkında olumlu ya da olumsuz değerlendirme ifadeleridir. Tutumlar, insanın bir durum hakkında ne hissettiğini göstermesini sağlar. Tutum olumlu ise nesne, olay ya da kişiye karşı olumlu duygular, değerlendirmeler ve eğilimler, olumsuz ise olumsuz duygular, değerlendirmeler ve eğilimler söz konusu olur [18,51].

İnsanlar belirli inanç ve tutumlarla doğmamakta, inanç ve tutumlarını gözlem, tepkisel koşullanma ve bilişsel öğrenme gibi farklı yollarla edinmekte ve bunları sosyal deneyimleriyle de şekillendirmektedir. Bu doğrultuda tutumun bilişsel bileşeni olan inançlar yeni bilgi ve deneyimler edindikçe yavaş yavaşta olsa değişmektedirler [9]. Tutumların oluşunda deneyimlerin önemli bir rolü vardır. Ruhsal sorunları olan bireyle direk temasın tutumlara pozitif etki yaptığı birçok çalışmada ortaya konmuştur [45,55,56]. Ruhsal sorunu olan bireylere yönelik toplumdan ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan negatif tutumlardan hem bireyler hem de onların aileleri zarar görmektedir. Ruhsal sorunlu bireylerin hastalıkla etkin baş etmesinde, bakımı yönetmesinde ve yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir engel oluşturabilmektedir [16].

### 2.5. Ruhsal Hastalık Kültür, İnanç ve Tutum İlişkisi

Sağlık ve hastalık tanımları kültürden alt kültüre, topluluktan topluluğa ve kuşaktan kuşağa değişmektedir [57]. Günlük yaşantıda farklı konu başlıklarının yanına sunulan üç kavram;

inanç, tutum ve damgalama sıralaması, insanoğlunun gelişimi boyunca karşılaştığı kavramlardır. Özellikle inanç ve tutum olumlu olduğu zaman, hayatı daha anlamlı yaşamalarına izin verecek şekilde kendi yaşamlarını kendilerinin yönetmesine ve kontrol etmesine destek sağlayacak itici bir güç görevi gördüğü unutulmamalıdır. Aynı zamanda inanç ve tutumların olumsuz olması durumunda ise bireyin evden bile çıkmamasına neden olmakla kalmayıp, hasta ve yakınına tedaviden kaçmayı düşündürecek veya farklı tedavilere yönelmelerini yol açacak kadar geriletici bir güç görevi görebilmektedir [15]. Ruhsal hastalığı olanlar hakkındaki damgalayıcı inançlar, bizim ruhsal hastalığa karşı ruhsal olarak sağlıklı olmayı nasıl algıladığımız ile ilgili kültürel bilgilerimizden kaynaklanmaktadır [58].

Ülkemizde ruhsal hasta ve hastalığa yönelik yapılan çalışmalara baktığımızda hem yazılı/sözlü basından hem de internetten ulaşılan yayınlar/yazılarda ruhsal hasta ve hastalığa yönelik olumsuz inanç, tutum ve bunların sonucu olarak damgala(n)manın yaşandığı bu kaynaklarda mevcuttur [15]. Stigma ve kronik ruhsal hastalıkları birlikte ele alan çalışmalarda da belirtildiği gibi kronik ruhsal hastalıkların toplum tarafından iyi bilinmemesine ve farklı algılanmasına bağlı olarak ruhsal hastaları garip bulmaları ve onlardan korkmaları sebebiyle stigmaya maruz kaldıkları bildirilmektedir [59]. Ruhsal hastalık gibi açıklanması zor olan konularda olumsuz inanç, tutum ve yaklaşımlar sonucunda damgalamanın olması kaçınılmaz görünmektedir. Damgalamanın ruhsal hastalık hakkında korku, yanlış inanç ve olumsuz tutumlardan kaynaklandığı bilinmektedir. Kalıp yargılardan oluşan damgalama, hastalığın gerçekte nasıl bir durum olduğunun anlaşılmasını güçleştiren, bireylerle iletişimi engelleyen ve bireyleri toplumdan soyutlayan önemli bir sorundur. İşte bu noktada sağlık profesyonelleri olarak psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikolog gibi alanın uzmanları başta olmak üzere diğer tüm sağlık çalışanları ile din görevlileri, öğretmenler ve polisler gibi toplumu etkileyebileceği düşünülen meslek mensupları ve toplum liderlerinin yapacağı ortak hareketlere, çalışmalara ve becerilere gereksinim vardır [15,28]. Sağlık profesyonellerinin yapacakları bu çalışmalarda amaç sadece öğretmek ve farkındalık yaratmak olmamalı, aynı zamanda bu bireyleri belirlemek, aktif uygulamalar öğretmek, zor ve stresli durumlarla başa çıkma stratejileri geliştirmek olmalıdır [60].

Tutum ve inançların oluşmasında ergenlik dönemi kritik dönem olarak ifade edilmekte ve yaş ilerledikçe oluşan tutum ve inançlar giderek kristalleşmekte veya kemikleşmektedir.

Bireyin herhangi bir konudaki inanç ve tutumu onun davranışlarına da yön verici etki yapmaktadır [17,61]. Bu nedenle ruhsal hastalığa yönelik olumlu inanç ve tutumun oluşması için erken yaşlarda müdahale edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Özellikle öğrencilere yönelik eğitim programlarıyla bu işe başlanabileceği düşünülebilir. Halka yönelik eğitim ve etkinlikler yapılarak ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli olmadığı ve acayip durumlarının hastalık kaynaklı bir durum olduğu anlatılmalı, özellikle bu durumun tedavi olanaklarının bulunduğu mesajının verilmesi ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltmaya yardımcı olduğu bilinmektedir [62].

## 2.6. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar

Ruh sağlığında belirgin bozuklukları olan insanlar, toplum içerisinde çoğunluktan farklı olduklarını, konuşma ve hareketleri ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda onlarla ilgili bazı yargıların oluşmasına neden olmuştur. Tarihin her döneminde konuşmalarına, düşüncelerine ve hareketlerine bir anlam verilemeyen bu insanların, çevreleri için tehlikeli ve zararlı olacakları şeklindeki olumsuz düşünceler ile hareket edilmiştir. "Onlar saldırgandır, suçludur, bir yere kapatılmaları gereklidir..." şeklinde çoğunluk tarafından ifade edilen bu sözler, ruh sağlığı bozuk olanlara karşı toplumda mevcut olan olumsuz yargıyı göstermektedir [63].

İnsanların ruhsal hastalıklar hakkındaki fikir, tutum ve inançlarının bilinmesi, ruh sağlığı çalışmalarında eğitime nereden ve nasıl başlayacağımızı göstermesi bakımından önemlidir. Ayrıca hastalıkları tanıtırken hangi hastalıkların daha çok üstünde durmamız gerektiği konusunda da bize öncülük edebilir [64]. Sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim vb. gibi), hastalık konusunda bilgi, hasta kişilerle kişisel deneyimin olması, ruhsal hastalık etiketi, hastalık psikopatolojisi, hastanın özellikleri de ruhsal hasta ve hastalıklarına yönelik inançlar üzerinde etkilidir [15]. Özşen'in (2013) şizofreni hasta yakınları ile yaptığı çalışmasında, yüksek öğretim mezunu olanların daha olumlu inanca sahip olduklarını ve eğitim düzeyi arttıkça daha az utanma ve çaresizlik yaşadıklarını saptamıştır. Oban ve Küçük'ün (2012) lise öğrencileri ile yaptığı şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitim programı sonucunda, öğrencilerin eğitim öncesine göre bu hastaları daha az tehlikeli olarak algıladıkları belirlenmiştir. Dessoki and Hifnawy (2009) Mısır'da üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada ruhsal hastalığa yönelik inançların sosyoekonomik durum ve kültür farklılığından etkilendiğini saptamıştır. Schafer, Wood ve

Williams'ın (2011) yaptığı çalışmada ruhsal problemler yaşayan bireyleri tanıyan insanların tutumlarının tanımayanlara göre daha pozitif olduğu tespit edilmiştir. Yüksel'in (2012) yaptığı çalışmada öğretim elemanlarının %31'inin ruhsal bozukluğu olan bireylerin saldırgan olduğunu düşündükleri ve psikiyatrik hastalıklarla ilgili bilgisi az olan öğretim elemanlarının bu hastaların tehlikeli olduğu görüşünde oldukları belirlenmiştir. Chambers ve diğerlerinin (2010) beş farklı ülkede hemşireler ile yaptıkları çalışmada ruh sağlığı hemşirelerinin ruhsal hastalıklara ve ruh sağlığı problemleri olan insanlara tutumlarının genel olarak pozitif olduğu saptanmıştır. Çalışmanın en belirgin özelliğinin ise, hemşirelerin tutumlarının tüm ülkelerde farklılık göstermesi olduğu belirtilmiştir.

Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi için yapılan çeşitli çalışmalarda bulunan sonuçların çelişkili olduğu gözlenmiştir. Bazı çalışmalarda çalışanların olumlu inanç ve tutuma sahip olduğu tespit edilmişken, aynı meslek gruplarının bir başka çalışmada olumsuz inanç ve tutuma sahip olduğu ifade edilmiştir. Araştırma sonuçları insan yaşamında inanç ve tutum gibi sübjektif kavramların değişebileceğini düşündürmektedir [15]. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklar ile ilgili inançlarının bilinmesi ile bu hastalıklara sahip bireylere karşı yaklaşımlarını ve oluşturdukları tutumları da belirlememize yardımcı olacaktır. Bu durum hastalara verilen sağlık hizmetlerinin ve bu hizmetlerin kalitesini etkileyebileceğinden oldukça önemlidir [70]. Bizde çalışmamızda hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını ve etkileyen faktörleri belirlemeye çalıştık.

## **2.7. Hemşirelik ve Bütüncül Yaklaşım**

Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından (1981) hemşirelik, “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” şeklinde tanımlanmaktadır [71].

Uluslararası Hemşireler Konseyinin (The International Council of Nurses=ICN) 2010'da yaptığı hemşirelik tanımında ise, “Hemşirelik mesleği, bağımsız veya ekip halinde çalışarak, hasta veya sağlıklı her yaştan bireye, aileye, gruplara ve topluma her türlü ortamda bakım vermeyi kapsamaktadır” şeklindedir. Hemşirelik sağlığın geliştirilmesi,

hastalıkların önlenmesi ve hasta, engelli veya ölmek üzere olan bireylerin bakımını içerir. Yasal savunuculuk, güvenli bir ortam oluşturma, araştırma yapma, sağlık politikalarının yapılması ve sağlık sistemleri yönetimine katılım ve eğitim de hemşirelik mesleğinin temel rolleridir [72].

Sağlık, fiziksel ve ruhsal boyutları ile ayrılmaz bir bütündür ve birbirini etkilemektedir. Biyopsikososyal bir varlık olarak tanımladığımız insan için hastalık durumu ise, çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizi olarak değerlendirilebilmektedir. Bu durum kişinin dengesini ve uyumunu bozmakla kalmayıp kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal olarak zorlanmasına da neden olmaktadır. Tarihsel olarak bakıldığında Hipokrat'a (M.Ö.:460-370) kadar insanın bir bütün olarak ele alınmadığı, sadece hastalık ya da hasta olan organ üzerinde durulduğu görülmektedir. Fakat bu durum Hipokrat'tan sonra hastanın çevresi ile birlikte bedensel ve ruhsal olarak ele alınması, yani bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeye başlanmasıyla değişmiştir [71]. Bütüncül yaklaşım, bireylerin kişisel doyumlarına ve sağlıklı oluşlarına katkıda bulunacak bir yaşam biçiminin geliştirilmesini sağlayan, iyilik haline anlam kazandıran bir felsefe ve tutumdur. Bütüncülüğün ana temaları olan beyin, ruh, beden ve toplum kavramlarını ve bu kavramların kendi içlerindeki bağlantıları ve birbirleriyle olan ilişkileri bütüncüllüğü oluşturmaktadır [73]. Sağlıkta bakım hizmetlerinin sunumunda en kapsamlı yaklaşım holistik/bütüncül yaklaşımlardır. Bütüncül yaklaşıma göre birey bedensel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel ve manevi boyutları olan bir bütündür ve bu boyutların her biri diğeri ile ilişkili ve birbirine bağımlıdır. Sağlık bakım hizmeti sunulurken bireyin bu bütünlüğünün unutulmaması ve tüm yönleriyle kapsayıcı olarak ele alınması gerekmektedir. Geçmişte bireyin ruhsal boyutu yalnızca dinsel bağlantılarla sınırlı kalarak değerlendirilmiştir. Fakat bireylere sağlık bakımı verilirken geleneksel yöntemlerin yanı sıra spiritüel (manevi) yaklaşımında kullanılmasıyla hasta tam manasıyla holistik olarak değerlendirilmeye başlanmıştır [74-76].

İnsanlığın varoluşundan günümüze kadar yaşam koşulları, sosyal kurallar ve beklentiler, yeni tıbbi tedavilerdeki keşifler ve teknik sistemlerde yaşanan sürekli gelişim ve değişim, çağdaş hemşirelik mesleğinin de değişim ve gelişim sürecine girmesine sebep olmuştur [77,78]. Sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti de veren hemşirelik mesleğinin uğraşı alanı insanlardır ve hemşirelik, bakım üzerine kurulmuş bir meslektir. Bakım yalnızca hemşireliğe özgü değildir herkes bakım yapabilir fakat bakım hemşirelik için özgündür.

Hemşireler hastaları ile uzun süreli ve yakın iletişim içerisinde bulduklarından onların en zayıf yönlerini görebilmekte ve onların acılarına, üzüntülerine ve yanlışlıklarına tanık olabilmektedirler. Bakım karşılıklı ilişki ve güvene dayanan, ahlaki boyutu olan bir kavramdır. Hemşirelerin bakım verirken ahlaki sorumluluklarının farkında olmaları, bireylerin bakım gereksinimlerini yürek gözüyle görmeleri, onların bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında özenli ve saygılı bir tutum geliştirmeleri ve bu tutum çerçevesinde hareket etmeleri önemlidir. Ancak unutulmamalıdır ki bakımı hemşirelik bakımı olarak ayrıcalıklı kılan özellik, bakımın sadece ahlaki ve duyuşsal yönleriyle değil, hemşirelik mesleğinin profesyonel bilgi ve becerileri ile birleştirilerek bunun hemşire-hasta ilişkisine yansıtılmasıdır [79].

Sağlık profesyonellerinin tutumları genel halkın sahip olduğu tutumlar gibi [57,80-82] negatif olabilirler. Fakat toplumun öteki bireylerinden farklı olarak sağlık çalışanları biyopsikososyal bütünlük içeren bir bakım süreci içinde davranışsal ve ruhsal sorunu olan bireylere bakım verme durumunda kalabilirler. Diğer sağlık çalışanları gibi hemşireler de hastanın belirtilerine, teşhisine, prognozuna ve bakımına yönelik olan bu negatif tutumlardan etkilenirler. Özellikle hastalarla yakından ve uzun süreli ilişki içindeki hemşirelerin tutumları bu hastalar üzerinde doğrudan etkili olmakta ve hemşirenin tutumları kliniğin terapötik ortamını etkileyebilmektedir. Ayrıca hemşireler bu gibi hastalara bakımda/hizmette güçlükler çekebilirler ya da sakınabilirler. Oysa sağlık çalışanlarının toplumda bu bireylere olumlu inanç ve tutum geliştirilmesinde öncülük etmeleri ve rol model olmaları beklenir. Sağlık çalışanlarının pozitif inanç ve tutumları toplumunda olumlu yönde etkilemesini sağlayacaktır [15,16,22]. Holistik hemşireler, yaşamın her alanında (fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ruhsal) optimal sağlık oluşturarak erdemli ve sağlıklı davranış modelleri olmaya çabalamaktadırlar. Bu yaklaşımla hemşireler daha etkili bir bakım verebilir ve hastaların daha kompleks ihtiyaçlarına cevap verebilirler [75,83].

## **2.8. Hemşirelerin Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yaklaşımlarının Önemi**

Psikiyatrik hastalıklara karşı geliştirilen olumsuz inanç ve tutumlar ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin topluma uyumunu engellemekle kalmayıp, hastaların hastalıklarıyla etkin baş etmelerini ve toplumsal yaşamda yerini almalarını engelleyen ciddi sorunlar oluşturabilmektedir. Ayrıca ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin tedavi kurumlarına

başvurmalarını ve profesyonel yardım almalarını engelleyen ve hatta farklı tedavi yöntemlerine yönlendirmelerine yol açan önemli faktörlerdendir. Olumsuz inanç ve tutumlara birde bireylerin şikayetlerinin birer hastalık olarak görülmemesi ve ciddiye alınmamasının da eklenmesi ile birlikte ortaya çok vahim bir durum çıkabilmektedir. Bu durumunun sonucunda ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavilerinin aksaması, rahatsızlıklarının daha da ilerlemesi ve istenmeyen olumsuz sonuçların ortaya çıkması olası durumlardandır. Bu tür olumsuz sonuçların ortaya çıkmaması ve psikiyatrik hastalıkların erken tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonunun sağlanması için bireylerin uygun birimlere yönlendirilmesinde her birimde çalışan sağlık personelinin sorumluluğu vardır. Bu sorumluluğun yerine getirilmesinde sağlık çalışanlarının özellikle de onlarla yakın ve sıkı bir iletişimde bulunan hemşirelerin bu hastalara karşı inançları oldukça önemli rol oynamaktadır. Çünkü inançların davranışları, yaklaşımları ve tutumları etkilediği bilinmektedir [16,17,84].

Ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inanca sahip hemşireler ruhsal sorunlu bireylerin bakımını üstlenmek istemeyebilir, onlara yeterli bakımı sunamayabilir veya hizmette güçlük yaşayabilirler. Ayrıca hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının tedavi seçeneklerini, tedavi ve bakım sürecini, birey, aile ve toplumun bu tür hastalıklara yönelik yaklaşımlarını olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir [16,22]. Yüksel ve Taşkın'ın (2005) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylere ve psikiyatrik sağaltımlarına yönelik olumsuz tutumlarının, bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurmalarını ve sağaltımı sürdürmelerini engelleyici bir etki yarattığını belirlenmiştir.

Hemşireler tüm toplumsal önyargılardan uzak, duygularının, inançlarının ve tutumlarının farkında olmalı, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerle mesleki ilişkiyi profesyonel olarak kurmalı ve tarafsızlıklarını yitirmemelidirler. Bu bağlamda bireylere bütüncül yaklaşımla bakım veren ve verdiği bakımı günler, haftalar ve hatta gerektiğinde aylar boyunca aynı standartlarda sürdürmesi, bu bireylerin gerektiğinde daha da kompleks bakım ihtiyaçlarına cevap verebilmeleri bakımından servislerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesi önemlidir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma T. C. Sağlık Bakanlığı Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi yaklaşık 571 yatak kapasitesine sahip olup muayene ve tedavi hizmetleri poliklinik, klinik ve eczacılık hizmetlerinden oluşmaktadır. Klinik hizmetleri; Cerrahi Tıp Bilimlerine bağlı 16 servis, Dahili Tıp Birimlerine bağlı 13 servis olmak üzere toplam 29 serviste yürütülmektedir. Tüm servislerde toplam 264 hemşire çalışmaktadır. Çalışma saatleri 08.00-16.30 ve 16.00-08.00 şeklindedir.

Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi yaklaşık 121 yatak kapasitesine sahip olup muayene ve tedavi hizmetleri poliklinik, klinik, toplum ruh sağlığı merkezi ve eczacılık hizmetlerinden oluşmaktadır. Klinik hizmetleri olarak 4 erkek 2 bayan kapalı psikiyatri servisi bulunmaktadır. Ayrıca bölge hastanesi olarak Ankara, Düzce, Karabük, Kırıkkale ve Zonguldak illerine de hizmet vermektedir. Tüm servislerde toplam 72 hemşire çalışmaktadır. Çalışma saatleri 08.00-16.30 ve 16.00-08.00 şeklindedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini T. C. Sağlık Bakanlığı Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yataklı servislerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır (N=336).

### 3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada gönüllülük esas alınmış, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler örnekleme dâhil edilmiştir. Çalışmada izinde olan (n=33) (yıllık izin, hastalık izni, ücretsiz izin vb.), nöbet usulü çalışan (n=26), araştırmaya katılmak istemeyen (n=59) ve formları eksik dolduran (n=21) hemşireler örneklem dışı bırakılmıştır. Toplam 197 hemşire örneklem kapsamına alınmıştır.

Araştırmanın örnekleme Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 139 hemşire, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 58 hemşire olmak üzere, toplam 197 hemşireden oluşmuştur. Araştırmaya katılım oranı Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde %52,65, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde %80,55, toplamda ise %58,63'dür.

#### 3.4.1. Verilerin toplanması

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile "Hemşire Bilgi Formu" ve "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği" kullanılmıştır.

##### Hemşire bilgi formu(Ek-3)

Verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından konuyla ilgili kaynaklardan [14,54,85-88] yararlanılarak, servislere çalışan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini belirlemek için 22 sorudan oluşturulan hemşire bilgi formu kullanılmıştır.

##### Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği formu (RHYİÖ)(Ek-4)

Orijinal adı Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMI)' dir. Ölçek, Hirai ve Clum (2000) tarafından Amerika'da geliştirilmiştir. Ölçek, farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin ruhsal hastalığa yönelik olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmış ve güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.82$  bulunmuştur. Ölçek 21 madde ve üç

alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler Tehlikelilik, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Utanma alt ölçeği şeklindedir.

Tehlikelilik alt ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseder. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13. maddeleri içerir.

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalığın tedavi ve bakımının güçlüklerinden, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki sürecinde kişinin kendini engellemesini, ruhsal sorunlu bireylerin çaresiz bir yaşantıya sahip olduklarını ifade eder. 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeleri içerir.

Utanma alt ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalığı olan bireylerden utanç duyulduğunu ifade eder. 12. ve 15. maddeleri içerir.

RHYİÖ 6'lı likert tipi bir ölçek olup; “tamamen katılmıyorum” (0), “çoğunlukla katılmıyorum” (1), “kısmen katılmıyorum” (2), “kısmen katılıyorum” (3), “çoğunlukla katılıyorum” (4) ve “tamamen katılıyorum” (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek, hem toplam puan hem de alt ölçek puanlarına göre yorumlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-105 arasında olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir.

### **3.4.2. Veri toplama araçlarının uygulanması**

Veri toplama işlemi 16 Haziran- 15 Temmuz 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçlarının doldurulması 10-15 dakika zaman almıştır.

Araştırma verilerinin toplanması aşamasında, araştırmacı bireylere kendini tanıtmış ve araştırma hakkında bilgi verdikten sonra araştırmaya katılımında gönüllülük ilkesinin esas alındığı belirtilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerle yüz yüze görüşülerek yazılı aydınlatılmış onam formu, hemşire bilgi formu (Ek-3) ve ölçeğin (Ek-4) kendileri tarafından doldurulması sağlanmıştır.

### 3.5. Verilerin Değerlendirmesi

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences 20 (SPSS 20.0) kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Ölçüm değerlerinin normal dağılıma uygunluğu örneklem sayısına göre Kolmogorov-Smirnov ( $n > 30$ ) ve Shapiro-Wilk istatistikleri kullanılarak yapılmıştır. Normal dağılıma uygun olan ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, bağımsız iki grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “İki Bağımsız Grup ‘t’ Testi” (t tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “ANOVA Testi” (F tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U Testi” (Z tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H Testi” ( $\chi^2$  tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Ölçüm değerlerinin birbirleriyle olan ilişkisinin yönü, anlamlılığı ve derecesi korelasyon analizi ile yapılmıştır.

### 3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Gazi Üniversitesi Etik Kurulundan (Ek-1), araştırmanın yapıldığı kurumların yetkili kişilerinden (Ek-2), ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacıdan (Ek-5) yazılı izin alınmıştır. Bireylere çalışmaya katılıp katılmayacakları sorulmuş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan yazılı onam alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında ele alınmıştır;

1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ait bulguların dağılımı
2. Hemşirelerin mesleki özelliklerine ait bulguların dağılımı
3. Hemşirelerin toplam ve çalıştığı birimlere göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı
4. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı
5. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

#### 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulguların Dağılımı

Çizelge 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ait bulguların dağılımı (N=197)

Sosyodemografik Özellikler	N	%
<b>Yaş*</b>		
≤ 25 Yaş	36	18,3
26-33 Yaş	62	31,5
≥ 34 Yaş	99	50,2
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	168	85,3
Erkek	29	14,7
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	60	30,5
Evli	137	69,5
<b>Eğitim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	31	15,7
Ön Lisans	51	25,9
Lisans/Yüksek Lisans	115	58,4
<b>Ekonomik Durumunuzu Algılamanız</b>		
İyi	47	23,9
Orta/Kötü	150	76,1
<b>En Uzun Süre Yaşanılan Yer</b>		
Köy	18	9,1
İlçe	29	14,7
Şehir/Büyükşehir	150	76,2
<b>Ruhsal Sıkıntı Durumunda Uzmanla Gitme Durumu</b>		
Evet	47	23,9
Hayır	150	76,1
<b>Kendisinde Psikiyatrik Tanı Olma Durumu</b>		
Var	43	21,8
Yok	154	78,2
<b>Ailede Psikiyatrik Tanı Olma Durumu</b>		
Var	54	27,4
Yok	143	72,6
<b>Herhangi Bir Yakınında Ruhsal Hastalık Olma Durumu</b>		
Var	79	40,1
Yok	118	59,9
<b>Ruhsal Hastalığı Olan Bireye Yakınlık Derecesi**</b>		
Akraba	41	51,9
Arkadaş	6	7,6
Komşu	8	10,2
Akraba-Arkadaş	11	13,9
Akraba-Komşu	6	7,6
Arkadaş-Komşu	5	6,3
Akraba-Arkadaş-Komşu	2	2,5

\*Yaş ortalaması 32,54±7,15 olarak belirlenmiştir.

\*\*Bu soruya birden fazla cevap verildiği için toplam “n” yüzdeler alınmıştır.

Çizelge 4.1.'de hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ait bulguların dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerden %18,3'ünün 25 ve altı yaş grubunda olduğu, %31,5'inin 26-33 yaş grubunda olduğu ve %50,2'sinin 34 ve üstü yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin %85,3'ünün kadın ve %69,5'inin evli olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin %15,7'sinin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, %25,9'unun ön lisans mezunu olduğu, %58,4'ünün lisans/yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

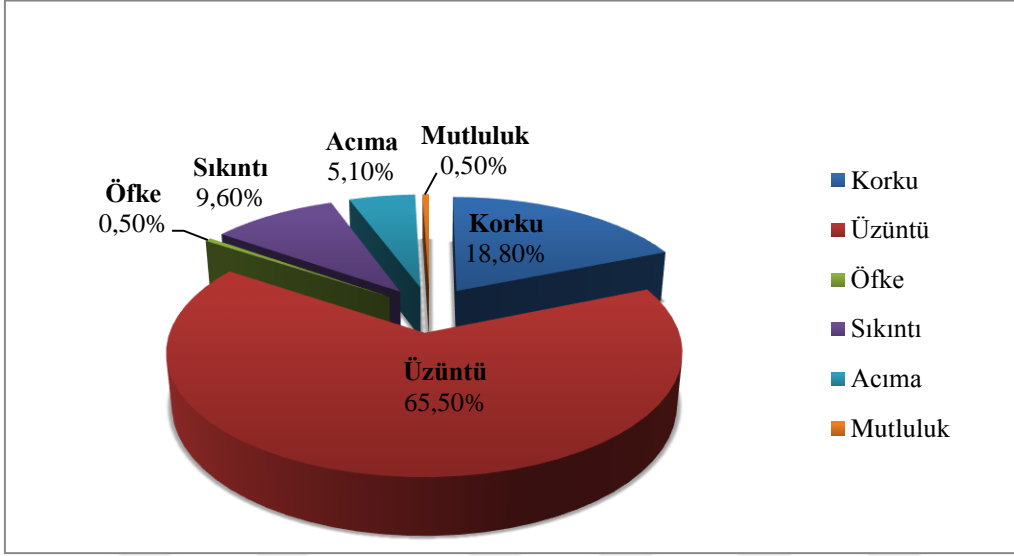
Hemşirelerden %23,9'unun ekonomik düzeyini iyi olarak algıladığı, %76,1'inin ise orta veya kötü olarak algıladığı tespit edilmiştir.

Hemşirelerin %9,1'inin en uzun süre yaşadığı yerin köy, %14,7'sinin ilçe, %76,2'sinin ise şehir veya büyükşehir olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin %23,9'unun ruhsal sıkıntı yaşadığı zaman bir uzmana gideceği, %21,8'inin kendisinde psikiyatrik tanı öyküsünün bulunduğu, %27,4'ünün ailesinde psikiyatrik tanı öyküsünün bulunduğu ve %40,1'inin herhangi bir yakınında ruhsal hastalık bulunduğu tespit edilmiştir.

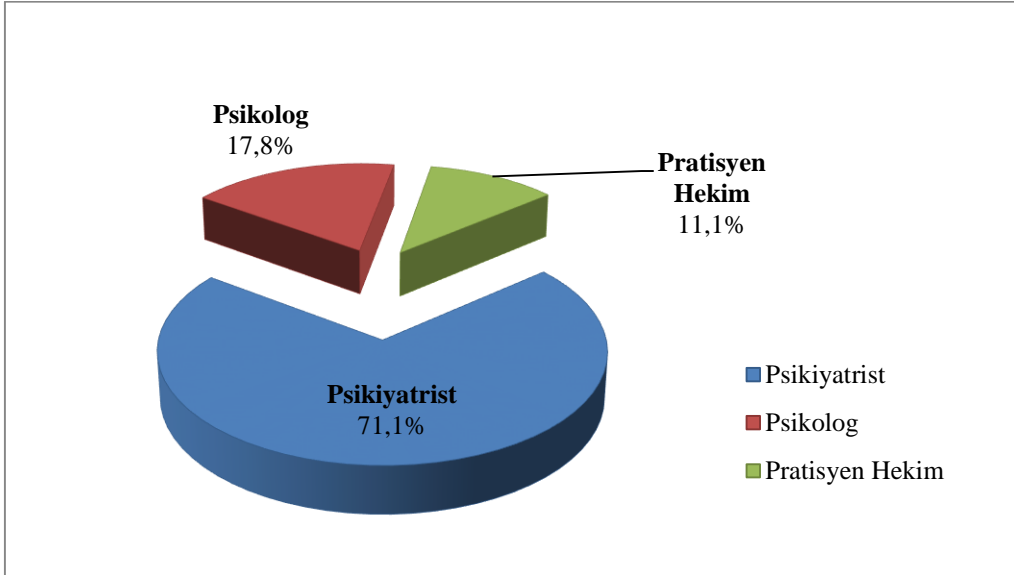
Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere yakınlık derecesi incelendiğinde ise %51,9'unun sadece akrabasında, %7,6'sının sadece arkadaşında ve %10,2'sinin sadece komşusunda ruhsal hastalık bulunduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %13,9'unun akrabasında ve arkadaşında, %7,6'sının akrabasında ve komşusunda, %6,3'ünün arkadaşında ve komşusunda, %2,5'inin akrabasında, arkadaşında ve komşusunda ruhsal hastalık bulunduğu saptanmıştır.

Şekil 4.1. Ruhsal hastalığı olan bireylerin hemşireler üzerindeki duygusal etkileri(N=197)



Şekil 4.1.'de hemşirelere ruhsal hastalığı olan bireylerin hissettirdiği duygular yer almaktadır. Hemşirelerin %65,5'inin üzüntü, %18,8'inin korku, %9,6'sının sıkıntı, %5,1'inin acıma, %0,5'inin mutluluk ve %0,5'inin öfke duygusu hissettiği saptanmıştır.

Şekil 4.2. Ruhsal hastalık belirtisi gösteren bireyi yönlendirme (N=190\*)



\* Bu soruya tüm hemşireler cevap vermediğinden yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Şekil 4.2.'de hemşirelerin ruhsal hastalık belirtisi gösteren bireyleri kime yönlendirdiği gösterilmiştir. Hemşirelerin %71,1'inin psikiyatriste, %17,8'inin psikologa ve %11,1'inin pratisyen hekime yönlendirdiği tespit edilmiştir.

## 4.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Ait Bulguların Dağılımı

Çizelge 4.2. Hemşirelerin mesleki özelliklerine ait bulguların dağılımı (N=197)

Mesleki Özellikler	n	%
<b>Çalıştığı Birim</b>		
<i>Psikiyatri servisi</i>	58	29,4
<i>Psikiyatri dışı servisler</i>	139	70,6
<b>Toplam Çalışma Süresi</b>		
<i>≤ 5 Yıl</i>	61	31,0
<i>6-10 Yıl</i>	48	24,4
<i>11-15 Yıl</i>	31	15,7
<i>≥ 16 Yıl</i>	57	28,9
<b>Birimdeki Çalışma Süresi</b>		
<i>&lt; 1 Yıl</i>	44	22,3
<i>1-5 Yıl</i>	104	52,8
<i>≥ 6 Yıl</i>	49	24,9
<b>Psikiyatri Deneyimi</b>		
<i>Evet</i>	88	44,7
<i>Hayır</i>	109	55,3
<b>Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Karşılaşma Durumu*</b>		
<i>Evet</i>	127	91,4
<i>Hayır</i>	12	8,6
<b>Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Karşılaşma Sıklığı*</b>		
<i>Nadiren</i>	54	38,9
<i>Bazen</i>	55	39,6
<i>Sık Sık</i>	18	12,9
<i>Hiç</i>	12	8,6
<b>Ruhsal Hastalığı Olan Bireye Bakım Verme*</b>		
<i>Evet</i>	78	56,1
<i>Hayır</i>	61	43,9
<b>Bakım Verme Konusunda Bilgi Alma İsteği</b>		
<i>Evet</i>	115	58,4
<i>Hayır</i>	82	41,6
<b>Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma Durumu</b>		
<i>Evet</i>	56	28,4
<i>Hayır</i>	141	71,6

\*Bu soruya sadece psikiyatri dışı servislerde çalışan hemşireler cevap verdiği için yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Çizelge 4.2. (devam) Hemşirelerin mesleki özelliklerine ait bulguların dağılımı (N=167)\*

Mesleki Özellikler	Psikiyatri Servisi		Psikiyatri Dışı Servisler		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
<b>Psikiyatri Servisinde Güvende Hissetme Durumu**</b>						
<i>Evet</i>	20	34,5	10	11,4	30	18,0
<i>Hayır</i>	22	37,9	50	44,4	72	43,1
<i>Kararsızım</i>	16	27,6	49	44,2	65	38,9

\* Bu soruya tüm hemşireler cevap vermediğinden yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Çizelge 4.2.'de hemşirelerin mesleki özelliklerine ait bulguların dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerden %29,4'ünün psikiyatri servisinde, %70,6'sının ise psikiyatri dışı servislerde çalışmakta olduğu, %44,7'sinin psikiyatri deneyiminin olduğu ve %55,3'ünün psikiyatri deneyiminin olmadığı tespit edilmiştir.

Hemşirelerin toplam çalışma süreleri incelendiğinde, %31'inin 5 yıldan az, %24,4'ünün 6-10 yıl arasında, %15,7'sinin 11-15 yıl arasında ve %28,9'unun 16 yıl ve üstü süredir çalıştığı saptanmıştır.

Hemşirelerin şuan çalıştıkları birimdeki çalışma süreleri incelendiğinde ise, %22,3'ünün bir yıldan daha az süredir çalıştığı, %52,8'inin 1-5 yıl arasında çalıştığı ve %24,9'unun 6 yıl ve üstü süredir çalıştığı belirlenmiştir.

Psikiyatri servisi dışında çalışan hemşirelerin %91,4'ünün ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaştığı ve %56,1'inin ruhsal hastalığı olan bireye bakım verdiği tespit edilmiştir. Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaşma sıklığı incelendiğinde ise, %38,9'unun nadiren, %39,6'sının bazen, %12,9'unun sık sık karşılaştığı ve %8,6'sının ise hiç karşılaşmadığı saptanmıştır.

Hemşirelerden %58,4'ünün psikiyatrik hastaya bakım verme konusunda bilgi almak istediği ve %28,4'ünün mezuniyet sonrasında psikiyatri konusunda eğitim aldığı tespit edilmiştir.

Hemşirelerin psikiyatri servisinde çalışırken veya psikiyatri servisinde çalışma durumları olması halinde kendilerini güvende hissedip hissetmeyecekleri sorgulanmıştır. Hemşirelerden psikiyatri servisinde çalışanların %34,5'inin güvende hissettiği,

%34,9'unun güvende hissetmediği ve %27,6'sının kararsız olduğu saptanmıştır. Hemşirelerden psikiyatri dışındaki servisinde çalışanların %11,4'ünün güvende hissettiği/hissedeceği, %44,4'ünün güvende hissetmediği/hissetmeyeceği ve %44,2'sinin kararsız olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin toplam oranlarına bakıldığında %18'inin kendini güvende hissettiği/hissedeceği, %43,1'inin kendini güvende hissetmediği/hissetmeyeceği, %38,9' unun ise bu konuda kararsız kaldığı belirlenmiştir.

### 4.3. Hemşirelerin Toplam ve Çalıştığı Birimlere Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çizelge 4.3. Hemşirelerin toplam ve çalıştığı birimlere göre RHYİÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=197)

RHYİÖ Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puanı	Psikiyatri Servisi (n=58)	Psikiyatri Dışı Servisler (n=139)	İstatistiksel Analiz	Toplam	Min	Max
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
<i>Tehlikelilik</i>	21,88±6,10	24,47±6,86	<b>t=-2,497</b> <b>p=0,013</b>	23,71±6,74	6	40
<i>Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma</i>	28,19±8,22	30,36±9,94	t=-1,466 p=0,144	29,72±9,49	4	55
<i>Utanma</i>	1,57±1,95	1,50±2,28	Z=-0,367 p=0,714	1,52±2,18	0	10
<i>Ölçek Toplam Puanı</i>	51,64±12,26	56,33±15,97	<b>t=-2,004</b> <b>p=0,046</b>	54,95±15,10	18	102

\*Parametrik yöntemler için, iki bağımsız grup için t testi yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırması için Mann-Whitney U (Z değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Çizelge 4.3.'te hemşirelerin toplam ve çalıştığı birimlere göre RHYİÖ puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Buna göre, hemşirelerin ölçek toplam puanı 54,95±15,10 (min.=18; max.=102) olarak belirlenmiştir. Alt boyutlara bakıldığında tehlikelilik alt boyut puanı 23,71±6,74 (min.=6; max.=40) olarak, Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı 29,72±9,49 (min.=4; max.=55) olarak ve Utanma alt boyut puanı 1,52±2,18 (min.=0; max.=10) olarak saptanmıştır.

Hemşirelerin birimlere göre RHYİÖ puan ortalamalarına bakıldığında psikiyatri servisinde çalışan hemşireler ile psikiyatri dışındaki servislerde çalışan hemşireler açısından tehlikelilik alt boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (t=-2,497;p=0,013). Buna göre, psikiyatri dışında çalışan hemşirelerin psikiyatri servisinde

alışan hemşirelere göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir.

Psikiyatri servisinde çalışan hemşireler ile psikiyatri dışındaki servislerde çalışan hemşireler açısından çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ve utanma alt boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Psikiyatri servisinde çalışan hemşireler ile psikiyatri dışındaki servislerde çalışan hemşireler açısından ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $t=-2,004;p=0,046$ ). Buna göre psikiyatri dışındaki servislerde çalışan hemşirelerin psikiyatri servisinde çalışan hemşirelere göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları belirlenmiştir.

#### 4.4. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çizelge 4.4. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre RHYİÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=197)

Sosyodemografik Özellikler	n	Tehlikelilik	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Utanma	Ölçek Toplam Puanı
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Yaş</b>					
≤ 25 Yaş	36	25,47±5,73	29,53±9,54	1,89±2,33	56,89±13,92
26-33 Yaş	62	22,89±7,19	28,94±9,95	1,35±2,18	53,18±16,04
≥34 Yaş	99	23,59±6,73	30,28±9,24	1,48±2,14	55,35±14,93
İstatistiksel Analiz		F=1,723 p=0,181	F=0,391 p=0,677	$\chi^2=2,397$ p=0,302	F=0,758 p=0,470
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	168	23,92±6,71	29,73±9,76	1,44±2,13	55,09±15,54
Erkek	29	22,48±6,87	29,69±7,91	1,97±2,47	54,14±12,43
İstatistiksel Analiz		t=1,063 p=0,289	t=0,019 p=0,985	Z=-1,033 p=0,301	t=0,313 p=0,755
<b>Medeni Durum</b>					
Bekar	60	23,72±6,58	30,17±9,16	1,53±2,04	55,42±13,96
Evlü	137	23,71±6,83	29,53±9,66	1,51±2,25	54,74±15,61
İstatistiksel Analiz		t=0,008 p=0,993	t=0,435 p=0,664	Z=-0,659 p=0,510	t=0,287 p=0,774
<b>Eğitim Durumu</b>					
Sağlık Meslek Lisesi	31	24,35±7,18	29,58±12,04	2,03±2,66	55,97±17,79
Ön Lisans	51	24,61±6,97	31,04±7,94	1,45±2,10	57,10±13,52
Lisans/Yüksek Lisans	115	23,14±6,51	29,17±9,39	1,41±2,08	53,72±14,99
İstatistiksel Analiz		F=1,007 p=0,367	F=0,684 p=0,506	$\chi^2=1,217$ p=0,544	F=0,967 P=0,382
<b>Ekonomik Durum</b>					
İyi	47	22,23±7,58	28,13±9,35	1,40±2,23	51,77±15,51
Orta/Kötü	150	24,17±6,41	30,22±9,52	1,55±2,18	55,95±14,78
İstatistiksel Analiz		t=-1,730 p=0,118	t=-0,407 p=0,684	Z=-0,754 p=0,451	t=-1,664 p=0,098
<b>En Uzun Süre Yaşanılan Yer</b>					
Köy	18	22,44±6,43	28,67±9,59	2,22±3,02	53,33±13,24
İlçe	29	25,66±6,41	30,48±10,30	2,00±2,02	58,14±16,02
Şehir/Büyükşehir	150	23,49±6,81	29,70±9,38	1,34±2,08	54,53±15,14
İstatistiksel Analiz		F=1,618 p=0,201	F=0,203 p=0,816	$\chi^2=4,917$ p=0,086	F=0,807 p=0,448
<b>Ruhsal Sıkıntı Durumunda Uzmanla Götme Durumu</b>					
Evet	47	21,49±6,26	26,61±8,64	1,11±1,94	49,21±12,46
Hayır	150	24,41±6,75	30,69±9,57	1,65±2,25	56,75±15,43
İstatistiksel Analiz		<b>t=-2,629</b> <b>p=0,009</b>	<b>t=-2,606</b> <b>p=0,010</b>	Z=-1,657 p=0,098	<b>t=-3,048</b> <b>p=0,003</b>
<b>Psikiyatrik Tanı Olma Durumu</b>					
Var	43	21,60±6,50	26,74±9,83	1,19±2,04	49,53±14,94
Yok	154	24,30±6,71	30,55±9,26	1,61±2,22	56,46±14,84
İstatistiksel Analiz		<b>t=-2,344</b> <b>p=0,020</b>	<b>t=-2,352</b> <b>p=0,020</b>	Z=-1,342 p=0,180	<b>t=-2,702</b> <b>p=0,007</b>
<b>Ailede Psikiyatrik Tanı Olma Durumu</b>					
Var	54	23,67±6,09	29,07±9,72	1,04±1,85	53,78±13,79
Yok	143	23,73±7,00	29,97±9,43	1,70±2,28	55,39±15,58
İstatistiksel Analiz		t=-0,056 p=0,955	t=-0,587 p=0,558	<b>Z=-2,118</b> <b>p=0,034</b>	t=-0,668 p=0,505

\*Parametrik yöntemler için, iki bağımsız grup için iki bağımsız grup t testi yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırması için Mann-Whitney U (Z değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Çizelge 4.4.'te hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre RHYİÖ puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Hemşirelere ait yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum ve en uzun süre yaşanan yere göre tehlikelilik alt boyutu, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu, utanma alt boyutu ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gitmeleri açısından utanma alt boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gidenler ile gitmeyenler arasında tehlikelilik alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $t=-2,629;p=0,009$ ). Buna göre ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gitmeyenler, gidenlere göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri saptanmıştır.

Ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gidenler ile gitmeyenler arasında çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $t=-2,606;p=0,010$ ). Buna göre ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gitmeyenlerin gidenlere göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına dair inançlarının olduğu belirlenmiştir.

Ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gidenler ile gitmeyenler arasında alınan puanların ölçek toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $t=-3,048;p=0,003$ ). Buna göre ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gitmeyenlerin gidenlere göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları tespit edilmiştir.

Hemşirelerin psikiyatrik tanı öyküsünün bulunma durumu açısından utanma alt boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Psikiyatrik tanı öyküsü bulunanlar ile psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanlar arasında tehlikelilik alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $t=-2,344;p=0,020$ ). Buna göre psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanların bulunanlara göre ruhsal hastalıkları ve hastaları daha tehlikeli olarak gördükleri saptanmıştır.

Psikiyatrik tanı öyküsü bulunanlar ile psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanlar arasında çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $t=-2,352;p=0,020$ ). Buna göre psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanların bulunanlara göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına inandıkları belirlenmiştir.

Psikiyatrik tanı öyküsü bulunanlar ile psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanlar arasında alınan puanlarda ölçek toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $t=-2,702;p=0,007$ ). Buna göre psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanların psikiyatrik tanı öyküsü bulunanlara göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları belirlenmiştir.

Hemşirelerin ailede psikiyatrik tanı öyküsü bulunması açısından tehlikelilik alt boyutu, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin ailede psikiyatrik tanı öyküsü bulunma durumuna göre utanma alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $Z=-2,118;p=0,034$ ). Ailede psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanların bulunanlara göre ruhsal hastalıklara karşı daha fazla utanma duygusu yaşadıkları saptanmıştır.

#### 4.5. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çizelge 4.5. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre RHYİÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=197)

Mesleki Özellikler	n	Tehlikelilik	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Utarma	Ölçek Toplam Puanı
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Toplam Çalışma Süresi</b>					
<i>≤ 5 Yıl</i>	61	23,82±5,82	28,97±9,09	1,70±2,12	54,49±13,38
<i>6-10 Yıl</i>	48	24,71±8,19	30,96±10,60	1,44±2,31	57,10±17,97
<i>11-15 Yıl</i>	31	23,68±5,86	29,58±8,37	1,71±2,18	54,97±13,24
<i>≥16 Yıl</i>	57	22,77±6,80	29,56±9,65	1,28±2,19	53,51±15,33
İstatistiksel Analiz		F=0,722 p=0,540	F=0,404 p=0,750	$\chi^2=3,779$ p=0,286	F=0,489 p=0,690
<b>Birimdeki Çalışma Süresi</b>					
<i>&lt; 1 Yıl (1)</i>	44	24,91±6,73	29,93±9,92	1,93±2,60	56,77±16,37
<i>1-5 Yıl (2)</i>	104	23,79±6,66	30,40±9,80	1,70±2,25	55,89±15,10
<i>≥6 Yıl (3)</i>	49	22,47±6,84	28,08±8,37	0,75±1,29	51,30±13,52
İstatistiksel Analiz		F=1,543 p=0,216	F=1,010 p=0,366	$\chi^2=8,572$ <b>p=0,014</b> <b>(1-3)(2-3)</b>	F=1,971 p=0,142
Fark					
<b>Psikiyatri Deneyimi</b>					
<i>Evet</i>	88	22,27±5,75	27,99±8,22	1,33±1,80	51,59±12,32
<i>Hayır</i>	109	24,87±7,26	31,11±10,24	1,67±2,45	57,66±16,58
İstatistiksel Analiz		<b>t=-2,735</b> <b>p=0,007</b>	<b>t=-2,327</b> <b>p=0,021</b>	Z=-0,490 p=0,624	<b>t=-2,856</b> <b>p=0,005</b>
<b>Ruhsal Hastalığı Olan Bireye Bakım Verme**</b>					
<i>Evet</i>	78	24,41±6,54	30,74±9,97	1,76±2,26	56,91±16,00
<i>Hayır</i>	61	24,46±7,06	28,95±9,63	0,95±1,48	54,35±15,83
İstatistiksel Analiz		t=-0,033 p=0,973	t=0,981 p=0,329	Z=-0,023 p=0,982	t=0,864 p=0,390
<b>Bakım Verme Konusunda Bilgi Alma İsteği</b>					
<i>Evet</i>	115	23,23±6,11	28,64±9,23	1,48±2,14	53,35±14,14
<i>Hayır</i>	82	24,39±7,52	31,23±9,71	1,57±2,26	57,20±16,16
İstatistiksel Analiz		t=-1,197 p=0,233	t=-1,899 p=0,059	Z=-0,210 p=0,833	t=-1,773 p=0,078
<b>Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma Durumu</b>					
<i>Evet</i>	56	21,93±7,07	28,63±8,51	1,63±2,17	52,18±13,78
<i>Hayır</i>	141	24,42±6,49	30,16±9,85	1,48±2,20	56,04±15,50
İstatistiksel Analiz		<b>t=-2,366</b> <b>p=0,019</b>	t=-1,021 p=0,309	Z=-0,367 p=0,714	t=-1,630 p=0,105
<b>Psikiyatri Servisinde Güvende Hissetme***</b>					
<i>Evet (1)</i>	30	21,13±7,82	27,87±10,19	1,63±2,44	50,63±16,32
<i>Hayır (2)</i>	72	25,17±6,95	31,94±9,09	1,54±2,09	58,65±14,99
<i>Kararsızım (3)</i>	65	22,25±5,92	27,38±8,92	1,61±2,05	51,25±13,51
İstatistiksel Analiz		<b>F=5,108</b> <b>p=0,007</b> <b>(1,2)-(2,3)</b>	<b>F=4,699</b> <b>p=0,010</b> <b>(2,3)</b>	$\chi^2=0,470$ p=0,791	<b>F=5,506</b> <b>p=0,005</b> <b>(1,2)-(2,3)</b>
Fark					

\*Parametrik yöntemler için, iki bağımsız grup için iki bağımsız grup t testi yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırması için Mann-Whitney U (Z değeri) yöntemi kullanılmıştır.

\*\*Bu soruya sadece psikiyatri dışında çalışan hemşireler cevap verdiği için sayılar "n" üzerinden alınmıştır.

\*\*\* Bu soruya tüm hemşireler cevap vermediği için sayılar "n" üzerinden alınmıştır.

Çizelge 4.5.'te hemşirelerin mesleki özelliklerine göre RHYİÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin toplam çalışma süresi açısından tehlikelilik alt boyutu, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu, utanma alt boyutu ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin birimde çalışma süreleri açısından tehlikelilik alt boyutu, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin birimde çalışma süreleri açısından utanma alt boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=8,572;p=0,014$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda sonucu birimde 1 yıldan az süredir çalışanlar ile 6 yıl ve üzeri süredir çalışanlar arasında ve 1-5 yıldır çalışanlar ile 6 yıl ve üzeri süre çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Birimde 1 yıldan az süredir çalışanların utanma alt boyutu ortalama puanı 6 yıl ve üzeri süre birimde çalışanlara göre daha yüksektir. Birimde 1-5 yıldır çalışanların ortalama puanları da 6 yıl ve üzeri süre çalışanlara göre daha yüksektir. Buna göre birimde 6 yıl ve daha fazla süre çalışan hemşirelerin 1 yıldan az ve 1-5 yıldır birimde çalışanlara göre ruhsal hastalıklara yönelik utanma duygusunun daha düşük olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerden psikiyatri deneyimi olanlar ile olmayanlar arasında tehlikelilik alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $t=-2,735;p=0,007$ ). Psikiyatri deneyimi olmayanların psikiyatri deneyimi olanlara göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri saptanmıştır.

Hemşirelerden psikiyatri deneyimi olanlar ile olmayanlar arasında çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $t=-2,327;p=0,021$ ). Psikiyatri deneyimi olmayanların psikiyatri deneyimi olanlara göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına dair inançlarının olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin psikiyatri deneyim durumuna göre utanma alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerden psikiyatri deneyimi olanlar ile olmayanlar arasında ölçek toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $t=-2,856;p=0,0005$ ). Psikiyatri deneyimi olmayanların psikiyatri deneyimi olanlara göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları tespit edilmiştir.

Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireye bakım verme ve bakım verme konusunda bilgi alma isteği açısından tehlikelilik alt boyutu, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu, utanma alt boyutu ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin mezuniyet sonrası psikiyatri konusunda eğitim alma durumu açısından tehlikelilik alt boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $t=2,366;p=0,019$ ). Mezuniyet sonrasında psikiyatri konusunda eğitim almayanların, alanlara göre tehlikelilik alt boyutu ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Mezuniyet sonrasında psikiyatri konusunda eğitim almayanların alanlara göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir.

Hemşirelerin mezuniyet sonrası psikiyatri konusunda eğitim alma durumu açısından çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu, utanma alt boyutu ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin psikiyatri servisinde kendini güvende hissetme durumları açısından utanma alt boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin psikiyatri servisinde kendini güvende hissetme durumu açısından tehlikelilik alt boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $F=5,108;p=0,007$ ). İkili karşılaştırmalara göre, psikiyatri servisinde kendini güvende hissedenler ve kararsız olanlar ile güvende hissetmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Buna göre psikiyatri servisinde kendini güvende hissetmeyenler, güvende hissedenler ve kararsız olanlara göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin psikiyatri servisinde kendini güvende hissetme durumu açısından çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık

belirlenmiştir ( $F=4,699;p=0,010$ ). İkili karşılaştırmalara göre, psikiyatri servisinde kararsız olanlar ile güvende hissetmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre, psikiyatri servisinde kendini güvende hissetmeyenlerin bu konuda kararsız olanlara göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına inandıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin psikiyatri servisinde kendini güvende hissetme durumu açısından ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $F=5,506;p=0,005$ ). İkili karşılaştırmalara göre, psikiyatri servisinde kendini güvende hissedenler ve kararsız olanlar ile güvende hissetmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Buna göre psikiyatri servisinde kendini güvende hissetmeyenler, güvende hissedenler ve kararsız olanlara göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları belirlenmiştir.



## 5. TARTIŞMA

Hemşirelik bilim ve sanattan oluşan, kuramsal bilgi ile becerinin birlikte uygulanmasının gerekli olduğu bir sağlık disiplindir. Hemşirelik mesleğinin temelini oluşturan bakım kavramını Watson (1989) iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik ve profesyonel olarak bireyselleştirilmiş kişilerarası bir süreç olarak tanımlamıştır. Bakım işini birçok kişi yapabilir fakat profesyonel bilgi ve becerinin beraber kullanılması ile verilen bakım, hemşirelik mesleğinin temelini oluşturmaktadır. Hemşireliğin uygulamalı bir bilim olması sebebiyle teori ve uygulamanın beraber kullanılması ve bunların geliştirilebilmesi için de araştırma unsurunun eklenmesi gereklidir. Böylece teori, uygulama ve araştırma terimlerinin birlikte kullanılması ile hemşirelik biliminin temelini oluşturan kavramları belirtmiş oluruz [90,91]. Hemşirelik mesleğinin gereklerinin yerine getirilebilmesi için tüm hemşirelerin hemşirelik bilimini çalışma alanlarında kullanması beklenmektedir.

Ruhsal hastalıklara yönelik toplumun inançlarının genellikle olumsuz olduğu [26,27,92,93] bilinmektedir. Toplumun bir üyesi olarak sağlık çalışanları da bu durumdan etkilenebilmektedirler. Sağlık profesyonelleri içinde hastalar ile en uzun süre ve en yakın iletişim içinde olan hemşirelerdir. Bu nedenle hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inançları, hastaların hastalıklarıyla etkin baş etmelerini, uygun tedaviyi ve bakımı almalarını, alınan tedavi ve bakımı sürdürmelerini ve aynı zamanda yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkileyen ciddi sorunlar oluşturabilmektedir [16,79]. İnançlar tutumları, yaklaşımları ve davranışları da etkilemektedir. Ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inançlara sahip hemşireler hasta bireyin bakımını üstlenmek istemeyebilir ya da sakınabilir, onlara vereceği bakım ve bu bakımın sürdürülmesi konusunda güçlükler yaşayabilirler. Oysa hemşirelerin diğer sağlık çalışanları gibi toplumun ruhsal hastalığa yönelik inançlarına olumlu yönde etki yapmaları ve rol model olmaları beklenmektedir. Hemşirelik biliminin kullanıldığı bütüncül bir yaklaşımla hastalar değerlendirilmeli ve bakımları yapılmalıdır. Hemşireler bu değerlendirmeyi yaparken kendi duygularının, davranışlarının ve bunların nedenlerinin farkında olmalı, hastayı bütüncül değerlendirmeli ve empati yeteneğini kullanmalıdırlar. Hemşireler hastayı değerlendirirken tüm önyargılarından uzaklaşmalı, duygularının, inançlarının ve tutumlarının farkında olmalı ve mesleki tecrübelerini tarafsızlığını yitirmeden uygulamalıdırlar.

Bu bölümde psikiyatri ve psikiyatri dışı servislerde çalışan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine ait bulguların dağılımının tartışılması, bu bulguların ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği ile karşılaştırılmasının tartışılması ve hemşirelerin çalıştığı birimlerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği ile karşılaştırılmasının tartışılması literatür bilgileri doğrultusunda yapılacaktır.

Araştırmamızda hemşirelerde ruhsal hastalığı olan bireyin en yoğun hissettirdiği duygu %65,5 oranında üzüntü iken, mutluluk ve öfkenin %0,5 ile en az hissedilen duygular olduğu saptanmıştır (Bkz. Şekil 4.1). Çalışmamıza paralel olarak Aydöner'in (2009) psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin en çok hissedilen duygunun (%59,3) üzüntü olduğu, en az hissedilen duygunun ise (%3) heyecan olduğu tespit edilmiştir. Bilge'nin (2006) halkın ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemek için yaptığı çalışmasında ise ruhsal sorunlu bireylere yönelik en çok yaşanan duygunun (%47,7) sıkıntı olduğu saptanmıştır. Yapılmış birçok çalışmada da [94-98] saptanan sonuçlar bizim araştırmamıza benzerlik göstermekte ve ruhsal hastalıklara yönelik hissedilen duyguların genellikle negatif duygular olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin ruhsal hastalık belirtisi gösteren bireyleri %71,1 oranında psikiyatriste yönlendirdikleri tespit edilmiştir (Bkz. Şekil 4.2). Aydöner'in (2009) hemşirelerle yaptığı çalışmada da hemşirelerin %86,0'sı ruhsal hastalık belirtisi gösteren bireylerin psikiyatriste gitmesi gerektiği cevabını verdikleri saptanmıştır. Yapılmış birçok çalışmada [16,50,99-102] da çalışmamıza paralel olarak psikiyatriste yönlendirme oranın yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmaların bazılarının da dahil olduğu birçok çalışmada [11-14,16,32,65,101-105] hem sağlık profesyonellerinin hem de toplumun bir kısmının bazı tıp dışı çare arama davranışlarına da başvurdukları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise açık uçlu soru olarak sorulmasına rağmen psikiyatrist, psikolog ve pratisyen hekim cevapları dışında herhangi bir cevap alınmamıştır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin büyük oranda psikiyatriste yönlendirilmesi hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik profesyonel yaklaşımlarının, artan bilgi birikimlerinin, bu bilgilerin eğitime ve çalışma alanlarına olumlu yansımalarının etkisi şeklinde açıklanabileceği düşünülmektedir.

Çam ve Arabacı'nın (2014) bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin puan ortalaması

60,16±14,83 olarak belirlenmiştir. Alt boyutlara bakıldığında tehlikelilik alt boyut puanı 25,10±6,32, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı 33,31±9,51 ve utanma alt boyut puanı 1,76±2,12 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin puan ortalaması 54,95±15,10 olarak tespit edilmiştir. Alt boyutlara bakıldığında tehlikelilik alt boyut puanı 23,71±6,74, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı 29,72±9,49 ve utanma alt boyut puanı 1,52±2,18 olarak belirlenmiştir. Genel olarak puan ortalamalarına bakıldığında hem ölçek toplam puanının hem de alt boyut puanlarının bizim çalışmamıza katılan hemşirelerde daha düşük olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının daha olumlu olmasının sebepleri arasında hemşirelerin kendilerini daha fazla güvende hissetmeleri (Trabzon ve Bolu hariç diğer 6 bölge psikiyatri hastanesinde de adli ve tutuklu bölümlerin bulunması [106] bakımından daha ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım vermeleri), olumsuz deneyimlerinin daha az olması, eğitim aldıkları kurumların, çalışma koşullarının ve sosyodemografik özelliklerinin farklı olması gibi birçok etkenin olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, toplam çalışma süresi ve en uzun süre yaşanan yere göre tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, utanma alt ölçekleri ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıca hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verme ve bakım verme konusunda bilgi alma isteği değişkenleri açısından da tehlikelilik alt ölçeği, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği, utanma alt ölçeği ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Çıtak ve diğerlerinin (2010) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada da çalışmamıza paralel olarak öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinden aldıkları puanlar ile cinsiyet, en uzun süre yaşadığı yer ve gelir düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Aydöner'in (2009) hemşirelerle yaptığı çalışmada eğitim durumu, medeni durum ve büyüdüğü yere göre inançlarda, Çam ve Arabacı'nın (2014) hemşirelerle yaptığı çalışmada yaş, cinsiyet, en uzun süre yaşanan yer, eğitim durumu ve toplam çalışma süresi değişkenlerine göre inançlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir. Ayrıca Bağ ve Ekinci'nin (2005) sağlık personeliyle yaptığı çalışmada yaş ve cinsiyete göre tutumlarda, Browne'nin (2010) sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmada da cinsiyet göre tutumlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Fakat Elçi'nin (2013) hemşirelerle yaptığı çalışmada ruhsal

hastalıklara yönelik inançların yaş, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinden etkilendiği saptanmıştır. Ayrıca Tay, Pariyasami, Ravindran, Ali ve Rowsudeen'in (2004) psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada ruhsal hastalıklara yönelik tutumların yaş, mesleki yeterlilik ve psikiyatrideki çalışma süresinden etkilendiği, Savrun ve diğerlerinin (2007) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada cinsiyetin tutumu etkilediği gibi çalışmamızın sonuçlarıyla bağdaşmayan sonuçlara da ulaşılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin ruhsal hastalığa ilişkin inanç ve tutuma etkisini değerlendiren çalışmalarda [19,109-111] da bu gibi farklı sonuçlara ulaşmak mümkündür. Bu farklılıkların çalışmaların yürütüldüğü grubun kültürel özelliklerinden, büyüdüğü yerin kültürel özelliklerinden ve yetiştirme tarzından, ruhsal hastalıklarla ilgili yanlış veya eksik bilgilerinden, araştırmada kullanılan ölçüm araçlarından kaynaklanabileceği söylenebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin %76,1'inin ruhsal sıkıntı durumunda bir uzmana gitmediği tespit edilmiştir. Ayrıca ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gitmeyenlerin gidenlere göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri, daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına dair inançlarının olduğu ve daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları saptanmıştır. Bağ ve Ekinci'nin (2005) sağlık personeliyle yaptığı çalışmada sağlık personelinin %65,1'i, Çıtak ve diğerlerinin (2010) hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin %85,1'i ruhsal sıkıntı yaşadıkları zaman psikiyatr, psikolog ya da bu konuda uzmanlaşmış birinden yardım alacaklarını belirtmişlerdir. Ayrıca Bozkurt ve Top'un (2009) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin %86,9'u, Güngörmüş, Ekinci ve Daş'ın (2014) ilahiyat fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada öğrencilerin %65'i ruhsal sıkıntı yaşadıkları zaman psikiyatr, psikolog ya da bu konuda uzmanlaşmış birinden yardım alacakları saptanmıştır. Yukarıdaki çalışmalarda ruhsal sıkıntı durumunda bir uzmandan yardım alma oranları çalışmamızın aksine oldukça yüksektir. Bu çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı oranlarda sonuçların elde edilmesinin nedenini katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ve çare arama davranışlarının farklılığıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda hemşirelerin uzmana gitmemelerinin sebepleri arasında sosyodemografik ve kültürel özelliklerin farklılığı, damgalanma korkusu, önyargılar, bilgi eksikliği, farklı çare arama davranışları ve utanma gibi faktörlerin olduğu düşünülmektedir. Çünkü psikiyatri polikliniğine gitme veya çare arama davranışlarının bireyin inanç sistemiyle yakından ilişkili olduğu, sosyodemografik ve kültürel özelliklerin, hizmete kolay ulaşabilmenin ve tedaviye yönelik olumsuz tutumların bu konuda etkili olduğu

birçok çalışmada [12,13,65,102,103,105] belirtilmektedir. Hemşirelerin uzmana gitmeme sebeplerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını da olumsuz yönde etkilediği, bu hastaları tehlikeli olarak gördükleri ve onlarla iletişimde sorun yaşadıkları düşünülürse, bunların en kısa sürede giderilmesi gerekmektedir. Çünkü hemşirelerin öncelikle kendi sorunlarını çözmeleri, kendileriyle barışık olmaları ve bakım verdiği bireylere bütüncül olarak yardım etmeleri beklenir. Hemşirelerin ruhsal hastalara bakış açılarının değişmesi, önyargılarının kırılması ve ruhsal sorunlar yaşadığında bir uzmandan bilgi ve yardım almaları hem onların gündelik problemlerini çözmelerini hem de mesleki anlamda ruhsal sorunları olan hastalarına daha faydalı olmalarını ve daha profesyonel bir yaklaşımla hareket etmelerini sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanların bulunanlara göre ruhsal hastalıkları ve hastaları daha tehlikeli olarak gördükleri, daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına inandıkları ve daha fazla olumsuz inanca sahip olduğu saptanmıştır. Elçi'nin (2013) hemşirelerle yaptığı çalışmasında da psikiyatrik tanı özgeçmişli olan hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Probst ve Peuskens'in (2010) fizyoterapi bölümü öğrencileri ile yaptığı çalışmada, çalışmamıza paralel olarak ruhsal hastalık deneyimi olan öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının daha pozitif olduğu tespit edilmiştir. Çeşitli çalışmalarda da ruhsal hastalığı olan bireylerle (kendisi, ailesi vb.) temas halinde olanların ruhsal hastaları daha az tehlikeli gördükleri ve onlarla olan sosyal mesafelerini azalttıkları [67,114] daha olumlu tutum ve inançlar gösterdikleri [55,56,115-117] saptanmıştır. Bizim çalışmamızda bu durum tanı ve tedavi öyküsü olan hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara daha empatik bir yaklaşım sergileyebilmeleri, yardım alırken bilgi düzeylerinin artması ve temasın olumlu etkisi şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda ailede psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayan hemşirelerin bulunanlara göre ruhsal hastalıkların daha fazla utanılacak bir durum olduğuna dair inançlarının olduğu saptanmıştır. Ünal, Hisar, Çelik ve Özgüven'in (2010) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada da akrabalarında ruhsal hastalık olan öğrencilerin ruhsal hastalıkları ya da hastaları daha az tehlikeli buldukları ve hastalığa karşı daha az utanma duygusu yaşadıkları saptanmıştır. Dessoki ve Hifnawy (2009) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada ailesinde psikiyatrik öykü olan öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının daha olumlu olduğu, Angermeyer ve Dietrich (2006) halkın ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve

tutumlarını belirlemek için yaptığı çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerle temasın olumsuz tutumları azaltmada etkili olabileceği tespit edilmiştir. Aydoğan'ın (2009) hemşirelerle yaptığı çalışmasında ise çalışmamızın aksine bir yakınında ruhsal hastalık olan hemşirelerin daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına dair inançlarının olduğu belirtilmiştir. Ailesinde ve çevresinde ruhsal hastalığı olan bireylerin genellikle ruhsal bozukluğu olan bireylere daha olumlu yaklaşımları beklenir. Bu çalışmadaki farklılık ise, ruhsal bozukluğu olan bireyle bir arada yaşamının verdiği olumsuz deneyimleriyle, hastanın yakınında bulunmasıyla, hastanın bakımından sorumlu olmasıyla ve aynı sosyal çevreyi paylaşmasıyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca ruhsal hastalığı olan bireylerle akrabalık damgalanmayı da beraberinde getireceği için bu durumu saklama veya bu hastalara karşı olumsuz yaklaşımlar sergileme de görülebilir. Bizim çalışmamızda temasın olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda kendisinde ve ailesinde ruhsal hastalık olan bireylerin ve ruhsal sorun yaşadığında bir uzmandan yardım alanların daha olumlu inançlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular hemşirelerin hastalık hakkındaki bilgilerinin artması, aldığı profesyonel yardımı hastalarına da yansıtması ve daha iyi empati yapabilmeleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin birimde çalışma süreleri açısından utanma alt ölçeğine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre 6 yıl ve daha fazla süre birimde çalışan hemşirelerin, 1 yıldan az ve 1-5 yıldır birimde çalışanlara göre ruhsal hastalığa yönelik utanma duygusunun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çam ve Arabacı'nın (2014) hemşireler ile yaptığı çalışmada da hemşirelerin toplam çalışma yılı ruhsal hastalığa yönelik inançları etkilemese de, kurumdaki çalışma sürelerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları etkilediği tespit edilmiştir. Elçi'nin (2013) hemşirelerle yaptığı çalışmada 1 yıldan daha az süre çalışan hemşirelerin 11-20 yıldır çalışanlara göre, serviste çalışan hemşirelerin servis sorumlu hemşirelerine göre daha fazla utanma duygusu yaşadıkları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda birimde çalışma süresi azaldıkça ruhsal hastalıkların utanılacak bir durum olduğuna dair inançların artmasının sebebi; hemşirelerin henüz birime, birimdeki hastalarına veya hastalıklarına, çalışma ortamına ve çalışma arkadaşlarına alışma aşamasında olmalarına ve bunlara ek olarak hemşirelik bakımını sunarken hastayla bire bir yakın ilişkide olmaları ve onların tüm bakımlarıyla ilgilenmelerinin vermiş olduğu sorumluluğa, ruhsal hastalıklara yönelik deneyim ve temas faktörlerinin daha az olmasına ve tüm bunların neticesinde toplumun bir ferdi olarak toplumun ruhsal hastalara yönelik utanç, damgalama ve olumsuz inançlarından

[26,27,80,81,92,93] etkilenmeleri olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda hemşirelerde toplam çalışma süresinin ruhsal hastalıklara etki etmeyip birimde çalışma süresinin etkilemesi birimler arası farklılığı düşündürmektedir. Birimde çalışma süresi arttıkça hemşirelerde bilgi, beceri ve özgüvenin de artması bu durumun oluşmasına katkı sağlamış olabilir. Özellikle tüm bakımlarından hemşirelerin sorumlu olduğu özellikli birimlerde çalışanlar başta olmak üzere, tüm hemşirelerin ön yargılarından uzaklaşıp mesleğinin profesyonel gerekliliklerini yerine getirmesi hayati önem taşımaktadır. Bu duruma örnek olarak Bailey (1998) çalışmasında, yoğun bakımda çalışan hemşire ve doktorların ruhsal hastalıklara karşı ön yargı ve stigmaya sahip olduğunu, bununda ruhsal hastalara verdikleri bakımın kalitesini düşürdüğünü ve yeterli bakımın verilmediğini saptamıştır.

Bu çalışmada psikiyatri deneyimi olmayan hemşirelerin, psikiyatri deneyimi olanlara göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri, daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına inandıkları ve daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları belirlenmiştir. Aynı zamanda psikiyatri dışındaki servislerde çalışan hemşirelerin psikiyatri servisinde çalışan hemşirelere göre, ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri ve daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları saptanmıştır. Bu iki sonuç birbirini destekler niteliktedir. Psikiyatri deneyimi olan hemşirelerin de şuan psikiyatride çalışan hemşireler gibi ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı olumlu inançlarının devam ettiği görülmektedir. Bu durum, deneyimin ruhsal hastalıklara yönelik inançta olumlu etkisinin olduğunu ve bu etkinin de belirli bir süre devam ettiğini düşündürmektedir. Lauber, Nordt, Braunschweig ve Rössler'in (2006) ruh sağlığı profesyonelleri ile yaptığı çalışmada, çalışmamıza paralel olarak psikiyatri deneyimi olan çalışanların ruhsal hastalıkları daha az tehlikeli gördükleri ve onlardan daha az rahatsız oldukları belirlenmiştir. Pelzang'ın (2010) hemşirelerle yaptığı çalışmada psikiyatri deneyimi olan hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı daha az damgalayıcı ve kısıtlayıcı olmakla birlikte daha olumlu tutumlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki psikiyatri deneyimi olmayan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının daha olumsuz olmasının sebebi, bu hemşirelerin henüz psikiyatrik hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları ve psikiyatrik hasta ile yeterli teması sağlamamış olmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda mezuniyet sonrasında psikiyatri konusunda eğitim almayan hemşirelerin, alanlara göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir. Bu duruma örnek olabilecek eğitimin olumlu etkilerini aktaran çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bunlardan bazıları; Çam ve Arabacı'nın (2014) bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada çalışma yaşamı süresince psikiyatrye ilişkin kapsamlı bir eğitim alanların ruhsal hastalıkları daha az tehlikeli gördükleri ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Arvaniti ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada sağlık personelleri arasında eğitim ve ruhsal hastalığı olan bireylerle temasın stigmanın azaltılmasını mümkün kılacak önemli konular olduğu belirtilmiştir. Karakaş ve Yüksel'in (2015) hemşirelik bölümü öğrencileriyle yaptığı çalışmada psikiyatri dersi alan öğrencilerin almayanlara göre, ruhsal hastalıklara karşı daha az çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına dair inançlarının olduğu ve daha olumlu inançlara sahip oldukları saptanmıştır. Bilge, Koçak, Akmeşe ve Sarıcan'ın (2013) ebeklik bölümü öğrencileriyle yaptığı çalışmada ebeklik bölümü öğrencilerine ruh sağlığı ve hastalıkları dersi verilmiş, ders sonrasında öncesine göre ruhsal hastalıklara yönelik tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları ve ölçek toplam puanında olumlu yönde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlenmiştir. Duman ve Günüşen'in (2012) hemşirelik bölümü öğrencileriyle yaptığı yarı deneysel çalışmada psikiyatri teorisi ve uygulamasını alan öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının olumlu yönde değiştiği saptanmıştır. Oban ve Küçük'ün (2012) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitimi sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik tehlikelilik algılarının ve olumsuz inançlarının azaldığı tespit edilmiştir. Altındağ, Yanık, Üçok, Alptekin ve Özkan'ın (2006) tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada eğitim, ruhsal hastalıklarla temas ve ruhsal hastalıklara yönelik eğitici film izlemenin şizofren hastaya yönelik tutumu olumlu yönde değiştirdiği saptanmıştır. Eğitimin olumlu etkisi göz önüne alındığında hemşirelere psikiyatri konusunda kapsamlı eğitim programları yapılarak, onların ruhsal sorunları olan hastalarına daha yararlı, daha doğru, daha ön yargısız ve daha profesyonel bir yaklaşımla bakım vermeleri sağlanabilir.

Hemşirelerden psikiyatri servisinde çalışan, çalışmış olan veya psikiyatri servisinde çalışmayıp çalışma durumu olabilecek hemşirelerin (psikiyatri dışı servislerde çalışan hemşirelerin) sadece %18'inin kendini güvende hissettiği/hissedeceği, %43,1'inin kendini güvende hissetmediği/hissetmeyeceği ve %38,9'unun ise bu konuda kararsız kaldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin kendini güvende hissetmeme oranının psikiyatri dışı

servislerde daha yüksek olduğu bulgularda mevcuttur. Bu durum psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıkları ve hastaları daha az tehlikeli görmeleri sonucu ile de doğru orantılıdır. Araştırmamızda psikiyatri servisinde kendini güvende hissetmeyenlerin bu konuda kararsız olanlara göre daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına inandıkları, psikiyatri servisinde kendini güvende hissetmeyenlerin kendini güvende hissedenlere ve kararsız olanlara göre, ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri ve daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları saptanmıştır. Çam ve Arabacı'nın (2014) hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin psikiyatride çalışırken %45,2'sinin kendini kısmen güvende hissettiği, Arısoy ve Eşsizoglu'nun (2004) hemşirelerle yaptığı çalışmada da psikiyatri biriminde çalışan hemşirelerin %77,1'inin, genel servislerde çalışan hemşirelerin ise %70'inin kendini az güvende hissettiği belirlenmiştir. Poster ve Ryan'ın (1994) yaptığı çalışmada da psikiyatride çalışan hemşirelerin kendi güvenlikleri hakkında endişeli oldukları tespit edilmiştir. Çam ve Arabacı'nın (2014) hemşirelerle yaptığı çalışmada da hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği ile psikiyatride çalışırken kendini güvende hissetme, ekip arkadaşlarına güvenme ve çalıştıkları ortamı güvenilir bulma durumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalarda çalışmamızı destekler nitelikte olup hemşirelerin psikiyatri servislerinde kendilerini yeterli derecede güvende hissetmediklerini belirtmektedirler. Bizim çalışmamızda bu durumu hemşirelerden büyük çoğunluğunun ruhsal hastaları tehlikeli olarak algılamalarından, hemşirelerin kendini güvende hissetmemelerinin kaynağının ise yaşadıkları olumsuz tecrübelerinden, psikiyatri hastalarına karşı olumsuz inançlarından, önyargılarından, yanlış veya eksik bilgilerinden oluşmuş olabileceği düşünülmektedir. Maslow'un ihtiyaçlar piramidinde temel ihtiyaçlardan olan güvenlik ihtiyacının yaşamımızın önemli bir kısmını geçirdiğimiz iş yerinde de karşılanması oldukça büyük bir öneme sahiptir. Çünkü insanların temel ihtiyaçları karşılanmadan bir üst düzeyden ihtiyaçların karşılanması mümkün değildir [125]. Hemşirelerin kendini güvende hissetmemesi durumu beraberinde çeşitli sorunlar oluşturabilir. Örneğin kendini güvende hissetmeyen hemşirelerin bakım verme ve bu bakımın kalitesi konusunda, kişilerarası iletişim veya bakım verdiği bireyin gereksinimlerini görüp yardım etme gibi konularda sorunlar yaşayabilirler. Bu sorunların yaşanmaması ve hemşirelik mesleğine özgü olan bakımın en üst düzeyde sunulabilmesi için bu konuya daha fazla önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuçlar

Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını incelemek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yaptığımız araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Hemşirelerin yaş ortalamalarının  $32,54 \pm 7,15$  olduğu, %85,3'ünün kadın, %69,5'inin evli, %58,4'ünün lisans/yüksek lisans mezunu, %76,1'inin ekonomik düzeyinin orta veya kötü olduğu ve %76,2'sinin yaşamının büyük bir bölümünü şehir/büyükşehirde geçirdiği belirlenmiştir.

Hemşirelerden %23,9'unun ruhsal sıkıntı durumunda bir uzmana gideceği, %21,8'inin kendisinde, %27,4'ünün ailesinde ve %40,1'inin herhangi bir yakınında ruhsal hastalık tanısı bulunduğu saptanmıştır.

Hemşirelerden %70,6'sının psikiyatri dışındaki servislerde, %31'inin meslekte 5 yıl ve daha az süre çalıştığı, %52,8'inin birimde 1-5 yıl arasında çalıştığı belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %58,4'ünün psikiyatrik hastaya bakım verme konusunda bilgi almak istediği ve %71,6'sının mezuniyet sonrasında psikiyatri konusunda herhangi bir eğitim almadığı tespit edilmiştir.

Psikiyatri dışındaki servislerde çalışan hemşirelerin %21,6'sının psikiyatri deneyimlerinin olduğu, %91,4'ünün ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaştığı ve %56,1'inin ruhsal hastalığı olan bireye bakım verdiği belirlenmiştir.

Hemşirelerde ruhsal hastalığı olan bireyin en yoğun hissettirdiği duygu %65,5 oranında üzüntü iken, mutluluk ve öfkenin %0,5 ile en az hissedilen duygular olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin ruhsal hastalık belirtisi gösteren bireyleri %71,1 oranında psikiyatriste yönlendirdikleri tespit edilmiştir.

Hemşirelerin psikiyatri servisinde çalışırken veya çalışma durumu olsaydı %18'inin kendini güvende hissettiği/hissedeceği, %43,1'inin kendini güvende hissetmediği/hissetmeyeceği, %38,9'unun ise bu konuda kararsız kaldığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin puan ortalaması  $54,95 \pm 15,10$  olarak tespit edilmiştir. Alt boyutlara bakıldığında tehlikelilik alt boyut puanı  $23,71 \pm 6,74$ , çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı  $29,72 \pm 9,49$  ve utanma alt boyut puanı  $1,52 \pm 2,18$  olarak saptanmıştır.

Hemşirelere ait yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, toplam çalışma süresi ve en uzun süre yaşanan yer değişkenleri açısından tehlikelilik alt ölçeği, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği, utanma alt ölçeği ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ).

Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verme ve bakım verme konusunda bilgi alma isteğine göre tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, utanma alt ölçekleri ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Hemşirelerden ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gitmeyenlerin gidenlere göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri, daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına dair inançlarının olduğu ve daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları saptanmıştır.

Hemşirelerden psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanların bulunanlara göre ruhsal hastalıkları ve hastaları daha tehlikeli olarak gördükleri, daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına inandıkları ve daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları tespit edilmiştir.

Hemşirelerden ailede psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanların bulunanlara göre ruhsal hastalıkların daha fazla utanılacak bir durum olduğuna inandıkları saptanmıştır.

Hemşirelerden birimde çalışma süresi bir yıldan az ve 1-5 yıl olanların 6 yıl ve üstü süre çalışanlara göre ruhsal hastalığa yönelik daha fazla utanma duygusu yaşadıkları belirlenmiştir.

Psikiyatri deneyimi olmayan hemşirelerin psikiyatri deneyimi olanlara göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri, daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına dair inançlarının olduğu ve daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları tespit edilmiştir.

Psikiyatri dışındaki servislerde çalışan hemşirelerin psikiyatri servisinde çalışan hemşirelere göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri ve daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları belirlenmiştir.

Hemşirelerden mezuniyet sonrasında psikiyatri konusunda eğitim almayanların alanlara göre ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir.

Hemşirelerden psikiyatri servisinde kendini güvende hissetmeyenlerin bu konuda kararsız olanlara göre daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına inandıkları, psikiyatri kliniğinde kendini güvende hissetmeyenlerin kendini güvende hissedenlere ve kararsız olanlara göre, ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri ve daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları saptanmıştır.

Sonuç olarak; hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının psikiyatrik deneyim, çalıştığı birim, çalıştığı birimdeki çalışma süresi, mezuniyet sonrası eğitim, aile veya kendisinde psikiyatrik tanı öykünün olması, ruhsal sıkıntı durumunda uzmana gitme ve psikiyatri servisinde kendini güvende hissetme gibi değişkenlerden etkilendiği bulgulanmıştır. Araştırmada olumsuz inancı değerlendiren ölçeğin bir kesim puanı olmadığından alınan puanlar alınabilecek en yüksek puan ile karşılaştırıldığında, hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

## Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen verilen değerlendirilmesi sonucu aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

1- Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin olumsuz inanç, tutum ve davranışlarının belirlenip bunların değişmesi için gerekli çalışmaların hemşirelik lisans müfredatından başlayarak yapılması ve bu çalışmaların mesleğe başlamış hemşirelerinde aktif bir şekilde yararlanacağı, ekip anlayışı ile konsültasyon liyezon hemşireliğinin öncülüğünde (eğitim, konferans, sertifika vb.) oluşturulacak programlar haline getirilmesi,

2- Çalışmamızda da mezuniyet sonrası alınan eğitimin hemşirelerin inançlarını olumlu yönde değiştirdiği görülmüştür, bu sonuçtan da anlaşıldığı üzere mezuniyet sonrası psikiyatrik eğitimlere devam edilmesi ve bu eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanabilmesi için hemşire akademisyenlerin öncülük etmesi,

3- Hemşirelerin psikiyatri servislerinde kendilerini güvende hissetmelerinin çalışmamızdan da anlaşıldığı üzere inançlar üzerine etkisinin olduğu ve bu durumda bakımı olumlu ya da olumsuz etkileyebileceği düşünülürse bu konuya daha fazla önem verilmesi, gerekli önlemlerin alınması ve eğitimlerin yapılması,

4- Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumların değişmesi için psikiyatri hemşirelerinin özellikle de toplum ruh sağlığı hemşirelerinin eğitim rolünü üstlenmeleri gerekmektedir. Bu rol çerçevesinde basın yayın organları başta olmak üzere toplumun her kesimine, özellikle de inanç ve tutumların erken yaşlarda oluşması sebebiyle [17,61] öğrencilere, toplumun önderi sayılabilecek kişilere yönelik eğitim programları düzenlemeleri önemlidir. Bu programlarda amacın sadece farkındalık oluşturarak toplumun olumsuz inanç ve tutumlarının değişmesini, damgalama ve dışlamanın azaltılmasını sağlamak olmaması gerektiği, aynı zamanda bu bireyleri belirlemek, zor ve stresli durumlarla başa çıkmalarını sağlayacak aktif uygulamalar öğretmek şeklinde olması gerektiği önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Atmaca, A. (2007). *Ruh Sağlığımız* (1.baskı). İstanbul: Profil Yayıncılık, 13-14.
2. World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO: Geneva.
3. Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (Yenilenmiş 11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 1-6, 233-234.
4. World Health Organization. (2001). *Mental Health: New Understanding; New Hope*. WHO: Geneva.
5. Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E. G., Fayyad, J. A., Karam, A. N., Mneimneh, Z. N., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Graaf, R., Ormel, J., Gureje, O., Shen, Y., Huang, Y., Zhang, M., Alonso, J., Haro, J. M., Vilagut, G., Bromet, E. J., Gluzman, S., Webb, C., Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Anthony, J. C., Von Korff, M. R., Wang, P. S., Brugha, T. S., Aguilar-Gaxiola, S, Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Zaslavsky, A. M., Ustun, T. B. and Chatterji, S. (2004). *Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization*. World Mental Health Surveys. JAMA, 2581-2590.
6. Ersoy, M. A. (1999). Psikiyatri ve sosyal bilimlerin ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2, 230-238.
7. Bakırcıoğlu, R. (2002). *Çocuk Ruh Sağlığı ve Uyum Bozuklukları*. Ankara: Anı Yayıncılık, 1-5.
8. Eroğlu, T. ve Kılıç, H. Ç. (2005). Türk inançları ve inanışlar. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 49, 749-770.
9. Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. 2. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 65-85.
10. Elçi, T. (2013). *Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumları*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 17-76.
11. Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, Ş., Ögel, K., ve Tamar, D. (2003). Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 203-212.
12. Mishra, N., Nagpal, S. S., Chadda, R. K., and Sood, M. (2011). Help-seeking behavior of patients with mental health problems visiting a tertiary care center in north India. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(3), 234.
13. Sarıkoç, G., Demiralp, M., Özşahin, A., ve Açikel, C. H. (2015). Ruhsal hastalıklarda yardım arama: hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 32-38.

14. Aydöner, H. (2009). *İstanbul ilinde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 14-27.
15. Çam, O. ve Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 91-101.
16. Bağ, B. ve Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(11), 107-127.
17. Bilge, A. ve Çam, O. (2008). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 91-96.
18. İnceoğlu, M. (2010). *Tutum Algı İletişim* (5. Baskı). İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınevi, 13-68, 110-160.
19. Karakaş, M. ve Yüksel, A. (2015, 5-6 Kasım). *Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi*. III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumunda sunuldu, Bursa.
20. Yüksel, G. E. ve Taşkın, O. (2005). Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 113-121.
21. Ergül, Ş. ve Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1), 37-45.
22. Bostancı, N. ve Aştı, N. (2004). Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 17(2),87-93.
23. Hökelekli, H. (2009). *Psikolojiye Giriş* ( 2. Baskı). İstanbul: Düşünce Kitabevi, 225.
24. Hannon, F. (2007). Literature review on attitudes towards disability: national disability authority. *Disability Research Series 9. National Disability Authority (NDA)*, Dublin, 26-38.
25. Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Tamar, D., Boratav, C., ve Aker, T. (2003). Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 5-12.
26. Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., ve Tamar, D. (2001). Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 99-110.
27. Taşkın, E. O., Şen, F. S., Aydemir, Ö., Demet, M. M., Özmen, E., ve İçelli, İ. (2002). Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 205-214.
28. Baysal, G. Ö. D. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
29. Üçok, A. (1999). Şizofreni: Damga, mitler ve gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*, 3, 67-71.

30. Byrne, P. (1997). Psychiatric stigma: past, passing and to come. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(11), 618.
31. Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam Dergisi*, 18(1), 32-38.
32. Kırpınar, İ. (1992). Erzurum Numune hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda ruhsal bozukluklar nedeni ile tıp dışı kişilere başvurma davranışı üzerine bir araştırma. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5, 24-28.
33. Alataş, G., Karaoğan, A., Arslan, M., ve Yanık, M. (2009). Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye' de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *Noropsikiyatri Arşivi*, 46, 25-29.
34. Somakcı, P. (2003). Türklerde müzikle tedavi. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 131-140.
35. Yüksel, N. (2001). *Ruhsal Hastalıklar*. (2. Baskı). Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 9.
36. Ensari, H. (2013). *Türkiye'de İlk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Açılış Süreci. Düünden Bugüne Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Deneyimleri (2008-2013)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 59-78, 101-103.
37. Çam, O. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalarına Genel Bakış. O. Çam ve E. Engin. (Editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. Birinci baskı. İstanbul. Medikal Yayıncılık, 5-19.
38. Sayar, K. ve Dinç, M. (2013). *Psikolojiye Giriş* (4.Baskı). İstanbul: Değerler Eğitim Merkezi Yayınları, 155-171.
39. Ensari, H. (2011). Koruyucu psikiyatri açısından bolu toplum ruh sağlığı merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 4(4), 86-93.
40. Bilge, A. (2014). Toplum Ruh Sağlığı. O. Çam ve E. Engin.(Editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. Birinci baskı. İstanbul. Medikal Yayıncılık, 891-900.
41. Weber, J. R. and Kelley, J. H. (2013). *Health assessment in nursing*. (Second Edition). Lippincott Williams and Wilkins, 18-211.
42. Kum, N. (2000). *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, 2, 10-37.
43. Kırpınar, L. (2011). *Türk Kültür Tarihi Genel Bir Bakış*. İzmir: Birleşik Matbaacılık, 11-16.
44. Okçay, H. (2012). *İnsan ve Kültürel Yapı*. Ü. Seviğ ve G. Tanrıverdi. (Editörler). Kültürlerarası Hemşirelik. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 4-5.
45. Güvenç, B. (2011). *Kültürün Abc'si* (5. baskı). İstanbul: Mas Matbaacılık, 54-57.

46. İlbars, Z. (1994). Kültür ve stres. *Kriz Dergisi*, 2(1), 177-179.
47. Maden, H. A. (1990). Geleneksel sağlık-hastalık sisteminin özellikleri. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 1(33), 361-364.
48. Gorman, L. M. ve Sultan, D. F. (2014). *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin*. (Çev. Ed. Öz, F. ve Demiralp, M.). 3. Basım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. (Eserin orijinali 1996'da yayımlandı). 52.
49. Sayar, K. (1998). Kültür ve psikopatoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 8(3),176-179.
50. Bilge, A. (2006). *Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışması*, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 7-26, 49-98.
51. Yalçın, H. ve Koçak, N. (2012). Fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar tutum ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Uluslararası Sosyal ve Ekonomik Bilimler Dergisi*, 2(2), 157-163.
52. Ulu, M. (2013). James W. Fowler'e göre inanç ve inancın yapısal modeli. *Bilimname*, 25 (2), 157-168.
53. Tanrıku, T. (2011). Türk atasözlerinde gerçeklik terapisi. *Millî Folklor*, 23(90), 86-92.
54. Çam, O. ve Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215- 223.
55. Björkman, T., Angelman, T., and Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170-177.
56. Schafer, T., Wood, S., and Williams, R. (2011). A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. *Nurse Education Today*, 31(4), 328-332.
57. Taşçı, S. (2012). *Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Kültürel Faktörler*, Ü. Seviğ ve G. Tanrıverdi. (Editörler). Kültürlerarası Hemşirelik. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 20.
58. Abdullah, T. and Brown, T. L. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: an integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 934-948.
59. Özkan, B., Arguvanlı, S., Saraç, B., ve Medik, K. (2014). Kronik ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarının stigmaya ilişkin görüşleri. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(1), 1-6.
60. Wallace, J. E. (2010). Mental health and stigma in the medical profession. *Health*, 16(1), 3-18.

61. Morris, G. C. (2002). *Psikolojiyi Anlamak*. (Çev. Ed. Ayvaşık, H. B. ve Sayıl, M.)1. Basım. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:23. (Eserin orijinali 1996'da yayımlandı). 609-651.
62. Oban, G. ve Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1), 31-39.
63. Bilgili, M. (1995). Psikiyatrik olgularda toplumsal yargı. *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 175-178.
64. Dündar, S. E., Oğuz, A., ve Aldanmaz, F. (1995). Halkın psikoz, paranoid bozukluk ve depresyona yönelik tutumları ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 241-249.
65. Özşen, B. P. (2013). *Şizofren hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik bilgileri, inançları ve yardım arama davranışları*, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 56-72.
66. Oban, G. ve Küçük, L. (2012). Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2), 35-41.
67. Dessoki, H. H. and Hifnawy, T. M. (2009). Beliefs about mental illness among university students in Egypt. *Europe's Journal of Psychology*, 5(1), 1-20.
68. Yüksel, N. (2012). *Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara İlişkin Görüşleri*, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 60-63.
69. Chambers, M., Guise, V., Valimaki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Staniulienė, V., and Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350-362.
70. Arısoy, Ö. ve Eşsizoglu, A. (2004). Genel ve ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin şizofreniye bakış açılarının karşılaştırılması. *Düşünen Adam*, 17(3), 146-153.
71. Birol, L. (2011). *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*.10. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık, 1-32.
72. Önsöz, B. S. (2013). *Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 9-33.
73. Sayıl, I. (1996). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı*, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Antıp Yayınları, 1-105.
74. Baldacchino, D. R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 885-896.

75. Cox, T. (2003). Theory and exemplars of advanced practice spiritual intervention. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 9(1), 30-34.
76. Kocaman, N. (2005). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir?. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8(3), 107-118.
77. İz, F. B. ve Temel, A. B. (2009). Hemşirelikte kültürel yeterlik. *Aile ve Toplum*. 5(17), 51-58.
78. Karagözoğlu, Ş. (2006). Bilim, bilimsel araştırma süreci ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(2), 064-071.
79. Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 74-82.
80. Borinstein, A. B. (1992). Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs*, 11(3), 186-196.
81. Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., and Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5), 436-441.
82. Probst, M. and Peuskens, J. (2010). Attitudes of Flemish physiotherapy students towards mental health and psychiatry. *Physiotherapy*, 96(1), 44-51.
83. Thornton, L. (2008). Holistic Nursing: a way of being, a way of living, a way of practice! *Imprint*, 55(1), 32-4.
84. Bilge, A., Koçak, Ç. Y., Akmeşe, B. Z., ve Sarıcan, S. E. (2013). A Group of midwifery students' beliefs toward mental illnesses in Turkey. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1),9-14.
85. Browne, D. T. (2010). *Attitudes of mental health professionals toward mental illness: comparisons and predictors*, Master Thesis', Department of Youth Services, Massachusetts, 28-31.
86. Çam, O. ve Arabacı, L. B. (2014). Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 6(1), 13-25.
87. Çıtak, E. A., Budak, E., Kaya, Ö., Öz, Ş., Şahin, S., Taran, N., ve Türker, E. (2010). Başkent Üniversitesi'nde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançlarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(2), 068-073.
88. Ünal, S., Hisar, F., Çelik, B., ve Özgüven, Z. (2010). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(3), 145-150.
89. Hirai, M. and Clum, G. A. (2000). Development, reliability, and validity of the Beliefs toward Mental Illness Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(3), 221-236.

90. Çam, O. (2015). Psikiyatri hemşireliğinde bakımın sanatsal incelikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 1(1), 1-8.
91. Can, Ş. ve Acaroğlu, R. (2015). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 32-40.
92. Angermeyer, M. C. and Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.
93. Nordt, C., Rössler, W., and Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714.
94. Angermeyer, M. C. and Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 526-534.
95. Angermeyer, M. C., Matschinger, H. and Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: Testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69(2), 175-182.
96. Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67.
97. Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., and Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
98. Penn, D. L. and Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69(3), 235-247.
99. Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Uğuz, Ş., Tamar, D., Boratav, C., ve Liman, O. (2002). Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 5-13.
100. Özyiğit, Ş., Savaş, H. A., Ersoy, M. A., Yüce, S., Tutkun, H., ve Sertbaş, G. (2004). Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Symposium*, 42(3), 105-112.
101. Savaş, H. A., Yumru, M., Göral, L., ve Özmen, M. E. (2006). Türkiye'nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep şehrinden bir kesit. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 140-149.
102. Ünal, S., Kaya, B., ve Yalvaç, H. D. (2007). Psikotik hastalarda hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 38-47.
103. Güleç, G., Yenilmez, Ç. ve Ay, F. (2011). Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 131-142.

- 104.Güleç, H., Yavuz, A., Topbaş, M., Ak, İ., ve Kaygusuz, E. (2006). Psikiyatri hastalarında tıp dışı çare arama davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 9, 36-44.
- 105.Yalvaç, D. H., Kotan, Z., ve Ünal, S. (2015). Şizofreni hastalarında çare arama davranışı ve ilişkili faktörler: Türkiye'nin doğusunda ve batısındaki iki popülasyon arasında karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 28(2), 154-161.
- 106.Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 9.
- 107.Tay, S. E. C., Pariyasami, S. D., Ravindran, K., Ali, M. I. A., and Rowsudeen, M. T. (2004). Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(10), 40.
- 108.Savrun, B. M., Arıkan, K., Uysal, O., Çetin, G., Poyraz, B. C., Aksoy, C., ve Bayar, M. R. (2007). Gender effect on attitudes towards the mentally ill: A survey of Turkish university students. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 44(1), 57-61.
- 109.Cinnirella, M. and Loewenthal, K. M. (1999). Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: A qualitative interview study. *British Journal of Medical Psychology*, 72(4), 505-524.
- 110.Mavundla, T. R. and Uys, L. R. (1997). The attitudes of nurses towards mentally ill people in a general hospital setting in Durban. *Curationis*, 20(2), 3-7.
- 111.Segal, D. L., Coolidge, F. L., Mincic, M. S., and Oriley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging and Mental Health*, 9(4), 363-367.
- 112.Bozkurt, S. ve Top, D. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançlarının incelenmesi, *3.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı*, Düzce, 122.
- 113.Güngörmüş, K., Ekinçi, M., ve Daş, M. (2014). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014;11 (2): 45-51.
- 114.Alexander, L. and Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 271-289.
- 115.Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., and Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179.
- 116.Vibha, P., Saddichha, S., and Kumar, R. (2008). Attitudes of ward attendants towards mental illness: Comparisons and predictors. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 469-478.

- 117.Yıldırım, M., Demirbüken, I., Balcı, B., ve Yurdalan, U. (2015). Beliefs towards mental illness in Turkish physiotherapy students. *Physiotherapy Theory and Practice*, (0), 1-5.
- 118.Bailey, S. R. (1998). An exploration of critical care nurses' and doctors' attitudes towards psychiatric patients. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 15(3), 8.
- 119.Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., and Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 51-59.
- 120.Pelzang, R. (2010). Attitude of nurses towards mental illness in Bhutan. *Journal of Bhutan Studies*, 22, 60-76.
- 121.Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., and Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(8), 658-665.
- 122.Duman, Ç. Z. ve Günüşen, N. (2012). Psikiyatri hemşireliği teori ve uygulamasının öğrencilerin psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarına, psikiyatri hemşireliğini algılamasına ve kariyer tercihlerine etkisi. *II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*. Erzurum, 278-79.
- 123.Altındağ, A., Yanık, M., Üçok, A., Alptekin, K., ve Özkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(3), 283-288.
- 124.Poster, E. C. and Ryan, J. (1994). A multiregional study of nurses' beliefs and attitudes about work safety and patient assault. *Psychiatric Services*, 45(11), 1104-1108.
- 125.Göksu, T. (2002). Maslow'un ihtiyaçlar (Güdüler) piramidi ve polislin yabancılaşma olgusu. *Polis Bilimleri Dergisi*, 4(3-4), 27-48.



**EKLER**

## EK-1. Gazi Üniversitesi etik komisyonu etik kurul izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/06/2015-67880



T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-604.01.02-  
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Yrd.Doç.Dr. Cahit PEKYARDIMCI  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı - Öğretim Üyesi

Tez Danışmanı olduğunuz Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Mehmet KARAKAŞ'ın tez çalışması olan "*Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi*" başlıklı araştırma öneriniz incelenmiş ve Üniversitemiz Etik Komisyon ilkelerine uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN  
Komisyon Başkanı

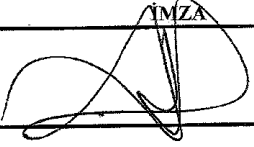
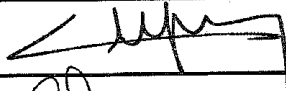
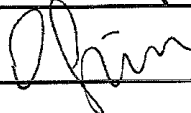

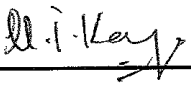

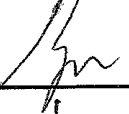

EK :  
1 Liste

Ankara  
Tel:0 (312) 202 69 58 Faks:0 (312) 202 46 73  
Web Adresi :<http://etikkurul.gazi.edu.tr/>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1.(devam) Gazi Üniversitesi etik komisyonu etik kurul izin yazısı

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ**

TOPLANTI TARİHİ : 22.05.2015		TOPLANTI SAYISI : 04	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof.Dr.Aysu DUYAN ÇAMURDAN (Başkan)			
Doç.Dr.Eda KÖKSAL (Başkan Yrd.)		KATILAMADI	
Prof.Dr.Hüseyin Güçlü YAVUZCAN			
Prof.Dr.Ogün DOĞRU			
Prof.Dr.Hülya ÇENGEL KASAPOĞLU		KATILAMADI	
Prof.Dr.Şenol DURGUN		KATILAMADI	
Prof.Dr.F.Bilge TANRIBİLİR			
Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL		KATILAMADI	
Doç.Dr.Cumhur TUNCER		KATILAMADI	
Doç.Dr.Mustafa İsmail KAYA			
Doç.Dr.Müjde AKTÜRK			
Doç.Dr.Ramazan YILDIZ			
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Bikem HACIÖMEROĞLU			

## EK-2. T.C. Sağlık Bakanlığı Bolu ili kamu hastaneler birliği izin yazısı

BOLU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - BOLU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
13/05/2015 16:54 - 71924980 / 770 - 286  
0001180783

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu**  
**Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

Sayı : 71924980/770  
Konu : Araştırma İzni

**DAĞITIM YERLERİNE**

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Mehmet KARAKAŞ'ın danışman hocası Yrd.Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI danışmanlığında yürüteceği "Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi" konulu araştırmasını Genel Sekreterliğimize bağlı İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmasına dair alınan Makam Onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Abdullah DANIŞMAN  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkan V.

**EKLER:**  
1- Mehmet KARAKAŞ'ın Makam Onayı

Dağıtım:  
Gereği:  
Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı Ve Hast. Eğitim Ve Arş. Hastanesi

Bilgi:  
Mehmet Karakaş


S. Polat BOZYEĞİ  
Yük. 522  
Güvenli Elektronik İmza ile Ayrıldı.  
10.11.2015

Bolu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Birimi Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Ağaççılar  
Mevkii 0(374)2753030-2649  
✉ sta:www.bolu.khb @ saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c1ecc317-22ca-4a53-8a25-3f08ba7a204 kodu ile erişebilirsiniz.

EK-2. (devam) T.C. Sağlık Bakanlığı Bolu ili kamu hastaneler birliği izin yazısı

BOLU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
SEKRETERLİK ADI : SAĞLIK BAKANLIĞI  
BİRLİK İÇİ İZİN YAZISI  
130962013 71 77 - 71924980 / 770 - 001

  
**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu**  
**Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

Sayı : 71924980/770  
Konu : Araştırma İzni

**GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA**

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Mehmet KARAKAŞ'ın danışman hocası Yrd.Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi" konulu araştırmasını Genel Sekreterliğimize bağlı İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmasını olurlarınıza arz ederim.

Uzm.Dr.Abdullah DANIŞMAN  
İdari Hizmetler Başkan V.

**OLUR**  
.../.../2015

Op. Dr. Metin TAHAOĞLU  
Genel Sekreter

---

Bolu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Birimi Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Ağaççılar  
Mevkii 0(374)2753030-2649  
✉ sta:www.bolu.khb @ saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f9571f4b-3d83-4451-852e-c0dfe4286815 kodu ile erişebilirsiniz.

### EK-3. Hemşire bilgi formu

Bu araştırma, Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanması önem taşımaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Bilgilendirildim ve araştırmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ettim.

(Kimlik bilgilerinin doldurulması isteğe bağlıdır.)

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmza:.....

Sorumlu Araştırmacı

Mehmet KARAKAŞ

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

EK-3. (devam) Hemşire bilgi formu

**PSİKİYATRİ VE PSİKİYATRİ DIŞI KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ**

**HEMŞİRE BİLGİ FORMU**

1. **Yaşınız:.....**
2. **Cinsiyetiniz**  
 Kadın  
 Erkek
3. **Medeni durumunuz**  
 Bekar  
 Evli  
 Dul  
 Diğer
4. **En uzun süre yaşadığınız yer**  
 Köy  
 İlçe  
 Şehir  
 Büyükşehir
5. **Eğitim durumunuz**  
 Sağlık Meslek Lisesi  
 Ön lisans  
 Lisans  
 Yüksek lisans/Doktora
6. **Ekonomik durumunuzu algılamanız**  
 İyi  
 Orta  
 Kötü
7. **Hemşirelik mesleğindeki toplam çalışma süreniz .....**
8. **Şuan çalıştığınız birimdeki çalışma süreniz .....**
9. **Çalıştığınız birim..... (Psikiyatri servisinde çalışanlar lütfen 14' cü soruya geçiniz)**

## EK-3. (devam) Hemşire bilgi formu

10. **Psikiyatri kliniği dışında çalışan hemşirelerin psikiyatri deneyimi olma durumu**  
( ) Evet ( ) Hayır
11. **Ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşma durumunuz**  
( ) Karşılaştım ( ) Karşılaşmadım
12. **Ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşma sıklığınız**  
( ) Nadiren  
( ) Bazen  
( ) Sık sık  
( ) Hiç karşılaşmadım
13. **Psikiyatri kliniği dışında çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireye bakım verme durumu**  
( ) Bakım verdim ( ) Bakım vermedim
14. **Psikiyatrik hastalığı olan bireye bakım verme konusunda bilgi almak ister misiniz?**  
( ) Evet ( ) Hayır
15. **Mezuniyet sonrasında psikiyatri konusunda herhangi bir eğitim alma durumunuz (Hizmet içi eğitim, kurs, seminer vb.)**  
( ) Aldım ( ) Almadım
16. **Psikiyatri kliniğinde çalışırken (psikiyatri deneyimi olanlar) veya çalışma durumunuz olsaydı (psikiyatri deneyimi olmayanlar) kendinizi güvende hissetme durumunuz**  
( ) Güvende hissediyorum veya hissederdim  
( ) Güvende hissetmiyorum veya hissetmezdim  
( ) Kararsızım
17. **Ruhsal sıkıntı içinde psikiyatr veya psikologa gitme durumunuz**  
( ) Gidiyorum ( ) Gitmiyorum
18. **Psikiyatrik tanı veya tedavi öyküsü bulunma durumunuz**  
( ) Var ( ) Yok
19. **Ailede psikiyatrik tanı veya tedavi öyküsü bulunma durumunuz**  
( ) Bulunuyor ( ) Bulunmuyor

## EK-3. (devam) Hemşire bilgi formu

20. **Ruhsal hastalığı olan bireyle yakınlık dereceniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
- Akraba  
 Arkadaş  
 Komşu  
 Hiçbiri
21. **Ruhsal hastalığı olan bireylerin sizde çoğunlukla yarattığı duygu nedir? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)**
- Korku  
 Üzüntü  
 Öfke  
 Sıkıntı  
 Acıma  
 Utanç  
 Heyecan  
 Mutluluk
22. **Çevrenizde birisi ruhsal bir bozukluk belirtisi gösterirse öncelikle kime yönlendirirsiniz?**
- .....

## EK-4. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği formu (RHYİÖ)

**(Beliefs Toward Mental Illness Scale -BMI)**

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

0.Tamamen katılmıyorum	1.Çoğunlukla katılmıyorum	2.Kısmen katılmıyorum	3.Kısmen katılıyorum	4.Çoğunlukla katılıyorum	5.Tamamen katılıyorum
------------------------	---------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------



<b>Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						

## EK-4.(devam) Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği formu (RHYİÖ)

7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.					
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.					
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.					
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.					
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.					
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.					
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.					
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.					
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.					
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.					
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.					
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.					
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.					
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığım iyileşmesi mümkün değildir.					
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.					

EK-5. Ayşegül Bilge'den alınan izin yazısı

Konu : Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği  
Kimden : Ayşegül Bilge ([aysegul.bilge@ege.edu.tr](mailto:aysegul.bilge@ege.edu.tr))  
Gönderme Tarihi : 27 Ocak 2015  
Kime : Mehmet Karakaş ([karakasmehmet\\_66@hotmail.com](mailto:karakasmehmet_66@hotmail.com))

Sevgili Mehmet,

Ölçeğe ilgin için teşekkür ederim. Ölçeğin yayımlandığı makaleyi kaynak göstermeniz ve araştırma sonuçlarınız hakkında bilgi vermeniz doğrultusunda tezinizde kullanmanız uygundur.

Kolaylıklar, başarılar.

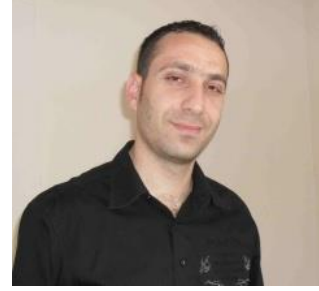
Doç. Dr. Ayşegül BİLGE

E.Ü.Hem. Fak. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hem. A.D.

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler:

Soyadı, Adı : KARAKAŞ, Mehmet  
 Uyuğu : T.C.  
 Doğum tarihi ve yeri : 17/02/1984 - Malatya  
 Medeni Hali : Evli  
 Telefon : 0 506 827 33 68  
 e-posta : [karakasmehmet\\_66@hotmail.com](mailto:karakasmehmet_66@hotmail.com)



Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet yılı
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı/ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Devam ediyor
Lisans	Kafkas Üniversitesi/ Sağlık Memurluğu Bölümü	2008
Lise	Malatya Lisesi	2001

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2013-2015	Aksaray Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2011-2013	Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	Hemşire
2009-2011	Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Hemşire

### Yabancı Dili

İngilizce

### Yayımlar

1. Karakaş, M. ve Yüksel, A. (2014, 1-3 Eylül). *Mobbing*. III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresinde sunuldu, Ankara.
2. Karakaş, M. ve Yüksel, A. (2015, 5-6 Kasım). *Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi*. III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumunda sunuldu, Bursa.



*GAZİ GELECEKTİR..*