

T.C.

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ BİRİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNE
ÜÇFARKLI YÖNTEMLE VERİLEN ŞİZOFRENİ EĞİTİMİNİN
SOSYAL MESAFE VE TUTUMA ETKİSİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

MÜNEVVER DİNÇ

Danışman

Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KARS-2020

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ BİRİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNE ÜÇ
FARKLI YÖNTEMLE VERİLEN ŞİZOFRENİ EĞİTİMİNİN SOSYAL
MESAFE VE TUTUMA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MÜNEVVER DİNÇ

Danışman
Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KARS-2020

T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Münevver DİNÇ tarafından hazırlanmış olan “**Hemşirelik Bölümü Birinci Sınıf Öğrencilerinde Üç Farklı Yöntemle Verilen Şizofreni Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi**” adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sonucunda jüri üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy birleşik..... ile kabul... edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20 / 01 / 2020

Adı Soyadı:

İmza:

Başkan: Prof. Dr. Sevim BUZLU

Üye: Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA



Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../ .../... gün ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında başta destek ve katkılarını esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN'a, motivasyon desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen değerli eşim ve çalışmalarım esnasında sabırla bekleyen canım oğluma, benim bugüne gelmemde emeği büyük olan aileme, çalışmam için gerekli olan anketleri sabırla dolduran bir devlet üniversitesinin hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine ve adını sayamadığım birçok arkadaşına

şükranlarımı sunmayı bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	V
GRAFİKLER DİZİNİ.....	VI
TABLOLAR DİZİNİ.....	VII
SEMBOLLER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT	X
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.1.Araştırma Hipotezleri	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1.ŞİZOFRENİ	5
2.1.1.Tanımı.....	5
2.1.2.Tarihçesi	5
2.1.3.Belirtileri	6
2.1.4.Tanısı	8
2.1.5.Etyolojisi ve Risk Faktörleri.....	10
2.1.6.Epidemiyolojisi	15
2.1.7.Prognozu.....	16
2.1.8.Tedavisi.....	20
2.2.STİGMA (DAMGALAMA).....	23
2.2.1.Tanımı.....	23
2.2.2.Nedenleri	25
2.2.3.Etkileri	26

2.2.4.Stigmayı Azaltmaya Yönelik Girişimler	27
2.2.5.Damgalama İle Mücadelede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	29
3.MATERYAL METOD.....	32
3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	32
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Zamanı ve Yeri	32
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri	33
3.5.Veriler Toplama Araçları.....	34
3.6.Araştırma Değişkenleri	36
3.7.Araştırma Uygulaması	36
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	38
3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
4.BULGULAR	39
5.TARTIŞMA.....	57
5.1.Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Öykülerinin Tartışılması	58
5.2.Öğrencilerin Ruhsal Hasta / Hastalığa Yönelik Deneyimlerinin Tartışılması.....	59
5.3.Öğrencilerin Ruhsal Sağlık Sorunları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Bilgiyi Edindikleri Kaynakların Tartışılması	60
5.4.Öğrencilerin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Karşı Hissettikleri Duyguların Tartışılması.....	60
5.5.Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Belirtisi Durumunda Öncelikle Başvurulacak Kişi Hakkında Düşüncelerinin Tartışılması.....	61
5.6.Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Nedenleri Hakkında Düşüncelerinin	

Tartışılması.....	62
5.7.Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Türleri Hakkında Düşüncelerinin	
Tartışılması.....	62
5.8.Öğrencilerin Ruhsal Sağlık Sorunu Olan Kişinin Başarısı	
Hakkında Düşüncelerinin Tartışılması	63
5.9.Uygulama Yöntemlerine Göre Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa	
Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	63
5.10.Uygulama Yöntemine Göre Katılımcıların Sosyal Mesafe Ölçeğinden	
Alınan Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	70
5.11.Grupların Uygulama Öncesi, Uygulamadan Hemen Sonra ve Uygulamadan	
Bir Ay Sonra Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Sosyal Mesafe	
Ölçeklerinden Alınan Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	71
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	73
6.1.Sonuç.....	73
6.2.Öneriler.....	75
7.KAYNAKLAR.....	76
8.EKLER	82
9.ÖZGEÇMİŞ	119

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Şizofreni Belirtileri.....	8
Şekil 2. Şizofreni Aşamaları.....	17
Şekil 3. Randomizasyon Şeması ve Çalışma Deseni	33

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Öğrencilerin Ruhsal Sağlık Sorunları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri.....	41
Grafik 2. Öğrencilerin Ruhsal Sağlık Sorunları Hakkındaki Bilgiyi Edindiği Kaynaklar.....	42
Grafik 3. Öğrencilerin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Karşı Hissettikleri Duyguların Dağılımı.....	42
Grafik 4. Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Belirtisi Durumunda Öncelikle Başvurulacak Kişi Hakkında Düşünce Dağılımı.....	43
Grafik 5. Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Nedenleri Hakkında Düşünce Dağılımları.....	43
Grafik 6. Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Türleri Hakkında Düşünce Dağılımları...	44
Grafik 7. Öğrencilerin Ruhsal Sağlık Sorunu Olan Kişinin Başarısı Hakkında Düşünce Dağılımları.....	44
Grafik 8. Uygulama Yöntemine Göre Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Grafik 9. Uygulama Yöntemine Göre Katılımcıların Sosyal Mesafe Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Şizofrenide DSM-5 tanı kriterleri.....	8
Tablo 2. Şizofrenide Temporal Korteks, Limbik ve Frontal Kortekste Morfolojik Anomali ile İlgili Sonuçlar.....	11
Tablo 3. Şizofreni Nöropatolojisinde Kanıtlar.....	12
Tablo 4. Veri Toplama Araçlarının Cronbach's Alpha Değerleri.....	36
Tablo 5. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri.....	39
Tablo 6. Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Öyküleri.....	40
Tablo 7. Öğrencilerin Ruhsal Hasta / Hastalığa Yönelik Deneyimleri.....	41
Tablo 8. Grupların Uygulama Öncesi Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 9. Grupların Uygulama Öncesi Sosyal Mesafe Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 10. Grupların Uygulamadan Hemen Sonra Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 11. Grupların Uygulamadan Hemen Sonra Sosyal Mesafe Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 12. Grupların Uygulamadan Bir Ay Sonra Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 13. Grupların Uygulamadan Bir Ay Sonra Sosyal Mesafe Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56

SEMBOLLER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDT:Bilişsel Davranışçı Terapi

DALY: Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DUP: Duration of Untreated Psychosis-Tedavi Edilmemiş Psikoz

EKT: Elektrokonvülsif Tedavi

GABA: G-Aminobutirik Asit

RHYİÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği

SMÖ: Sosyal Mesafe Ölçeği

YLD: Yeti Yitimi İle Geçirilen Yıllar

YLL: Erken Ölümlere Bağlı Kaybedilmiş Yıllar

ÖZET

Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerine Üç Farklı Yöntemle Verilen Şizofreni Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi

Bu araştırma, hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine üç farklı yöntemle verilen şizofreni eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisini belirlemek amacıyla, yarı-deneysel, ön test-son test, kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü modelle yapılmıştır. Araştırma, yüz yüze eğitim (n=36), video-film izletimi (n=34), kitapçık (n=36) ve kontrol (n=35) grubu olmak üzere dört gruba gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Anket Formu, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) ve Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) kullanılmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Tukey Posthock testi, Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi ve Bonferroni Posthock testleri kullanılmıştır. Öğrencilerin % 91.5'inde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, % 97.2'sinin psikiyatrik tedavi öyküsünün olmadığı, % 99.3'ünün psikiyatri stajı yapmadığı, ruhsal hastalık türlerinde ilk iki sırada şizofreni ve depresyonu düşündükleri belirlenmiştir. RHYİÖ toplam puan ortalamalarında: eğitim grubu öğrencilerinde uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonra anlamlı bir azalma ($p<0.05$); video grubu öğrencilerinde uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra anlamlı derecede bir azalma ($p<0.05$); kitapçık grubu öğrencilerinde uygulamadan hemen sonrasına göre uygulamadan bir ay sonra anlamlı bir yükselme ($p<0.05$); kontrol grubu öğrencilerinde uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonrasında anlamlı bir fark görülmediği ($p>0.05$) belirlenmiştir. SMÖ puan ortalamalarında: eğitim grubu öğrencilerinde uygulamanın hem uygulamadan hemen sonra hem de uygulamadan bir ay sonraya göre anlamlı derece daha yüksek ($p<0.05$); video grubu öğrencilerinde uygulama öncesinde sadece uygulamadan hemen sonraya göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0.05$); kitapçık ve kontrol grubunda bulunan öğrencilerde uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonra anlamlı bir fark görülmediği ($p>0.05$) belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, ruhsal hastalığa ilişkin olumlu inançları geliştirmeye ve sosyal mesafeyi azaltmaya yönelik en etkin yöntemin yüzyüze eğitim olduğunu ve onu video ile film uygulamasının izlediği görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Öğrenci, Sosyal Mesafe, Stigma (Damga), Şizofreni.

ABSTRACT

The Effect of Schizophrenia Education Given to Nursing First Year Students on Social Distance and Attitude

This study was conducted in order to determine the effect of schizophrenia education given to first year nursing students through three different methods on social distance and attitude, with semi-experimental, pre-test, post-test, control group, and repetitive measurement model. The research was conducted with four groups: namely, face-to-face education ($n = 36$), video-film monitoring application ($n = 34$), booklet ($n = 36$) and control ($n = 35$) groups. As data collection tools, questionnaire form, Beliefs towards Mental Illness Scale (BMIS) and Social Distance Scale (SDS) were used. Descriptive statistical methods, One Way Analysis of Variance and Tukey Posthock test were utilized for data analysis, while Variance Analysis and Bonferroni Posthock tests were used for repeated measurements. It was determined that 91.5% of the students had no history of mental illness, 97.2% had no history of psychiatric treatment, 99.3% did not perform psychiatric internship, and that they thought schizophrenia and depression as the first two types of mental illness. In the total score averages of BMIS, there found to be a significant decrease ($p < 0.05$) in the education group students immediately after the application and one month after the application. It was found that there was a significant decrease in video group students immediately after the application ($p < 0.05$) according to pre-test; a significant increase in booklet group students one month after the application ($p < 0.05$). It was found that there was no significant difference between control group students immediately after application and one month after the application ($p > 0.05$) in relation to pre-test. Regarding the mean scores of SDS; it was found that pre-application was significantly higher in *education group students* both immediately after application and one month after application ($p < 0.05$). It was found that *video group students* were significantly higher before the application than immediately after the application ($p < 0.05$); that there was no significant difference between the students with booklet and control group immediately after the application and one month after the application ($p > 0.05$). According to the results of the research, face to face education was the most effective method for developing positive beliefs towards mental illness and reducing social distance, and further that this is followed by video and film application.

Keywords: Nursing, Student, Social Distance, Stigma, Schizophrenia.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ruh sağlığı; kişinin kendisiyle, çevresini oluşturan bireylerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli bir düzen, denge ve uyum sağlayabilmek için gereken çabayı gösterebilmesidir. Ruhsal hastalık ise, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından (1994); “kişide meydana gelen ve bugünkü distress durumu ve yetersizlikle ilişkili olan ya da ağrı, ölüm, yetersizlik veya bağımlılık riskinin önemli derecede artmasıyla ilişkili olarak klinik olarak önemli davranış, psikolojik belirti ya da örüntü” şeklinde tanımlanmıştır. Ruhsal hastalık; duygu, düşünce ve davranışlarda değişik derecelerde tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlikle karakterize bir durumdur. Küresel olarak her dört kişiden biri ruhsal hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır (Çam 2014). Ruhsal hastalıklar (şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı gibi), engelli yaşam ömrünü arttırmakta olup (Mak ve ark. 2015), 2016 yılında engellilik nedeniyle kaybedilen yaşam süresine yol açan hastalıklara bakıldığında % 21’ine ruhsal bozuklukların neden olduğu (ilk 20 bozukluk arasında depresif bozukluklar 3. sırada, anksiyete bozukluğu 8. Sırada, madde kullanım bozuklukları 14. sırada, şizofreni 16. Sırada, alkol kullanım bozuklukları 18. Sırada) görülmektedir (Health statistics and information systems, 2018). Ruhsal ve davranışsal bozuklukların, küresel hastalık yükünün % 12’sini oluşturduğu tahmin edilmektedir. Ruhsal hastalıklardan şizofreni, dünya çapında 24 milyon kişiyi etkileyen en kronik ve engelleyici hastalıklardan biridir (Bifftu ve Dachew 2014).

Ruhsal hastalıklara yönelik bu epidemiyolojik verilerin yanısıra, günümüzde etkili tedavilerin ruhsal sorunların azaltılmasında ve toplumda bireysel işlevselliğin iyileştirilmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak ruhsal hastalıklara yönelik etkili bir tedavi mevcut olsa da, ruhsal hastalıkları olan bireylere yönelik damgalama (stigma) tutumu gibi engeller, hastaların iyileşmeleri, iyi kalmaları için ihtiyaç duydukları yardıma ulaşmalarını, almalarını, iyi oluşlarını ve tedavi uyumunu engeller (Ahmedani 2011, Bifftu ve Dachew 2014, Mak ve ark. 2015, Knaak ve ark. 2017). Stigma (damgalama), önyargılı tutumların, olumsuz duygusal tepkilerin, ayrımcı davranışların ve bir alt gruba karşı önyargılı sosyal yapıların desteklenmesini ifade etmektedir (Mak ve ark. 2015). Tarihsel süreç içerisinde ruhsal hastalığı olan bireylere karşı bireylerin önyargıları ve yanlış düşünce ve inanışlarından kaynaklanan korku nedeniyle çağdan çağa ve kültürden kültüre

damgalanma ve dışlanmaya neden olan farklı tutum ve inançlar sergilenmiştir (Çam ve Bilge 2011, Oban ve Küçük 2012).

Ruhsal sorunları ve ruhsal bozukluğu olan bireyler, toplumun en damgalanmış, ayrımcılığa uğramış, dezavantajlı ve savunmasız üyeleri arasındadır (Overton ve Medina 2008). Dünyada yapılan araştırma sonuçları, damgalanmayı ortadan kaldırmak için küresel olarak sayısız çaba sarf edilmesine ve halkın ruhsal sağlık okuryazarlığındaki artışa rağmen, ruhsal hastalığı olan kişilerin sosyal reddilme düzeyinin son on yılda ve günümüzde daha iyi bir şekilde değişmediğini, şizofreni hastalarının daha fazla damgalandığını ve damgalanmanın hastalar, aileleri, tedavi sağlayıcıları ve tüm toplulukları üzerinde zararlı etkiler göstermeye devam ettiğini ortaya koymaktadır (Oban ve Küçük, 2012, Gerlinger ve ark. 2013, Bifftu ve Dachew 2014, Świtaj ve ark. 2016, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017). Bifftu ve Dachew (2014) tarafından yapılan çalışma sonucunda, şizofreni hastalarında algılanan stigma prevalansının % 83.5 olduğu gösterilmiştir. Şizofreni hastalarının damgalanmalarının en büyük nedeni, toplumun gözünde saldırgan ve tehlikeli olarak algılanmalarıdır (Doğanavşargil Baysal 2013). Olumsuz çağrışımlar ve ruhsal hastalıklarla ilgili yanlış varsayımlar hastalığın kendisi kadar zararlı olabilir (Overton ve Medina 2008, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017). Keen ve arkadaşlarının (2017) şizofreni tanısı olan bireylerde utancın rolünü belirleme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda, 20'şer kişilik olmak üzere şizofreni, depresyon ve romatoid artrit tanısı olan 60 hasta ele alınmış, şizofrenide dışsal utanma, sürekli utancın ve suçluluğun daha yüksek olduğu ve şizofreni tanısı ile ilişkili damgalanmanın, iyileşmeyi engelleyebilecek olumsuz psikolojik sonuçlara sahip olduğu, psikolojik ve sosyal müdahalelerle ele alınması gerektiği görülmüştür.

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın azaltılması ruh sağlığı profesyonellerinin en önemli görevlerinden biridir (Arslantaş ve ark. 2010). Ruhsal bozukluğu olan hastalar sadece genel halktan değil sağlık meslek mensup üyeleri tarafından da "etiketli" ve "marjinal" olarak algılandıklarını; genellikle temas ettikleri sağlık profesyonellerinin çoğu tarafından değersiz, reddedilmiş ve insanlık dışı hissettiklerini bildirmişlerdir (Ahmedani 2011, Knaak ve ark. 2017). Sağlık çalışanları, özellikle şiddetli ve inatçı ruhsal hastalıkları olan bireylerle çalışırken, kendi yetiştirme tarzlarından, kültürlerinden ya da kendi çalışma

rollerinde tükenmişliklerinden kendi önyargılarını geliştirebilirler. Aker ve arkadaşlarının (2002), birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısını değerlendirme çalışmasında; hekimlerin yarısından fazlasının şizofreni hastalarının toplum içerisinde serbest dolaşmaması gerektiğine inandığını, saldırgan olduklarını ve kendi hayatları ile ilgili karar alamayacaklarını düşündüğünü göstermektedir. Hemşirelik ve tıp öğrencilerinin, hemşirelerin ve hekimlerin, psikiyatrik bozukluğu olan kişilere karşı halktan daha fazla stigma ve daha az iyimser prognoz gösterdiği tespit edilmiştir. Pekin'deki hemşireler ve Hong Kong'daki hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan insanlara daha fazla sosyal mesafe gösterdikleri belirlenmiştir(Mak ve ark. 2015). Demirören ve arkadaşlarının (2015) tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara yönelik damgalama eğitim gereksinimlerini nitel ve nicel olarak değerlendirdikleri çalışmaları sonucunda; tıp öğrencilerinin ruhsal bozukluk tanısı alan bireyleri damgaladıkları, onları tehlikeli ve ne olacağı bilinmez olarak algıladıkları, psikiyatri stajının bilgilerini arttırmakla birlikte tutum ve davranışlarda damgalamanın hala devam ettiği ve sırasıyla en çok damgalanan hastalıkların alkol-madde bozukluğu, şizofreni ve depresyon olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireyler yardım ararken, kişinin durumu ya da tedavi seçenekleri hakkında yetersiz bilgi vermesi, bakım vermek istememesi ya da verdiği bakımda kısıtlayıcı olması, hiçbir zaman iyileşmeyeceklerini düşünmesi, hastalara daha düşük kalitede ruhsal ve fiziksel bakım hizmeti sunmaları damgalayıcı tutumlarının önde gelen göstergeleridir (Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017, Knaak ve ark. 2017). Sağlık çalışanları, ruhsal veya davranış bozukluğu olan bireylere, kendi damgalayıcı inançları ve kişisel geçmişleri nedeniyle, yeterli müdahale, erken teşhis veya rehabilitasyon seçenekleri sunamayabilir (Ahmedani 2011).

Sonuç olarak, damgalama ruhsal sağlık profesyonelleri tarafından hasta bireylerin tedavi sürecini ve işlevselliğini olumsuz etkileyen bir durum olarak ele alınıp mücadelede edilmesi gereken bir durumdur. Oldukça yaygın görülen bir durum olan damgalama ile mücadelede tüm dünyada daha fazla müdahale ve strateji geliştirilmelidir (Ahmedani 2011). Stigmayı etkilemenin bir diğer önemli yolu, bir fark yaratma fırsatı olan bireyleri eğitmektir (Knaak ve ark. 2017). Ülkemizde damgalamayla mücadelede toplum liderleriyle işbirliği yapılmasının önemi vurgulanmaktadır (Oban ve Gül 2012, Çam ve ark. 2014,

Danacı ve ark. 2016). Nitel araştırmalar, birçok sağlık hizmeti sağlayıcısı için, yalnızca anti-stigma eğitiminin hastaları damgalamasına katkıda bulunabileceğini göstermiştir. Makro düzeyde, hemşireler, damgalanmayı azaltmaya yönelik daha büyük hedefli eğitim çabalarında lider olabilir (Knaak ve ark. 2017). Sağlığın geliştirilmesi ve davranış değişikliğine yönelik pozisyonda olan hemşirelerin bu rollerinde kendi tutumlarının olumlu olması oldukça önemlidir. Tutum değişikliği bir süreci içerdiğinden öğrencilik dönemlerinde hemşirelerin olumsuz tutumlarının değiştirilmesine yönelik programların oluşturulmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Ülkemizde ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalamayı azaltmak için lise öğrencileri, toplum liderlerinden muhtarlar ile yapılan çalışmalara rastlanmış, tıp ve hemşirelik öğrencilerinde ise psikiyatri dersi ve uygulamasının etkisi değerlendirilmiştir (Oban ve Gül 2012, Çam ve ark. 2014, Danacı ve ark. 2016). Ancak bu alanda eğitimin yararlı olduğu gösterilmesine karşın, belirgin bir biçimde açık da vardır. Yapılan eğitimlerin ne kadar faydalı olduğu, damgalamayı nasıl ve ne düzeyde etkilediği, nasıl yapılması gerektiğini belirlemeye yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu nedenle, bu çalışma ile hemşirelerin birinci sınıftan itibaren ruhsal hastalıklardan en çok damgalanan şizofreniye yönelik üç farklı yöntemle verilen şizofreni eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisinin karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bu çalışma sonucu, öğrencilerin şizofreni damgalamasını azaltmada eğitim yöntemlerinin nasıl yararı olduğu, hangi tür eğitim yönteminin daha başarılı olduğunun saptanması açısından yararı olacaktır.

1.1. Araştırma Hipotezleri

1. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine verilen 'şizofreni eğitimi' grup içi ve gruplar arasında öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik inancını azaltır.
2. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine verilen 'şizofreni eğitimi' grup içi ve gruplar arasında öğrencilerin sosyal mesafesini azaltır.
3. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine farklı yöntemler (eğitim grubu, video grubu, kitapçık grubu) ile verilen eğitimler grup içi ve gruplar arasında öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inancını azaltır.

4. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine farklı yöntemler (eğitim grubu, video grubu, kitapçık grubu) ile verilen eğitimler grup içi ve gruplar arasında öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik sosyal mesafesini azaltır.

5. GENEL BİLGİLER

2.1.ŞİZOFRENİ

2.1.1.Tanımı

Şizofreni; tüm kültürlerde ve tarihsel dönemlerde görülmüş, bireyin davranış, düşünce ve duygu gibi çeşitli yönlerini etkileyen kronik ve ciddi en yaygın ruhsal bozukluklardan birisidir (Rosenberg 2012, Altamura ve ark. 2014, Kocal ve ark. 2017). Şizofreni tanımı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) (DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-IV-TR; DSM 5) yedi baskısı ile gelişmiştir. Tanımlara yansıyan üç durum vardır: a) Kraepelin; avolisyon, kronikleşme ve kötü sonuçları vurgulamış, b) Bleulerian bakış açısı;disosiyatif patolojiyle birlikte negatif belirtiler üzerinde temellenmiş ve c) Schneiderian gerçeklik çarpıklığı ya da pozitif belirtiler üzerinde durmuştur (Tandon ve ark. 2013). Şizofreni ciddi bir halk sağlığı sorunu olup, sağlık hizmetleri için büyük bir yüküdür: DSÖ'ye göre, yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılının (DALY-Disability Adjusted Life Years) % 1.1'indenveyeti yitimi ile geçirilen yılların (YLD-Years Life Disabled) % 2.6'sından sorumludur ve gelişmiş ülkelerdeki tüm sağlık harcamalarının %1.5-3.0'ünü oluşturmaktadır. Şizofreni, % 7.1 oranındayaşam sürelerininerken ölümlerle (YLL-Years Life Lost-erken ölümlere bağlı kaybedilmiş yıllar) kaybedilmesine neden olmaktadır (Altamura ve ark. 2014).

2.1.2.Tarihçesi

Şizofreni belirti ve bulgularının çok eski tarihlerde olduğuna ilişkin birçok yazılı belge olup, tarihçesi İsa'dan sonra I ve II. yüzyıllara dayanmaktadır (Turan 2016, Kocal ve ark. 2017). M.Ö. 1400'lü yıllara yönelik yazılı Hint Veda metinlerinde, ağır gidişat gösteren şizofreni hastalarından bahsedilmektedir. Şizofreni hastaları ortaçağ döneminden 18. yüzyıla kadar içine şeytan kaçmış, şeytanlaşmış ve Tanrının gazabına uğrayan bireyler

olarak görülmüştür. Bu nedenle 18. yüzyıla kadar toplum dışına itilmiş, soyutlanmış, işkence gösterilmiş ve ölüme maruz bırakılmıştır. 1745-1826 yılları arasında yaşamış Fransız Philippe Pinel 1793 yılında şizofreni hastalarının önemli bir kısmını “düşünme yeteneğinin ortadan kalkması ya da bozulması (demans)” olarak sınıflandırmış ve bu hastaların insancıl olarak tedavi edilmesi için öncülük etmiştir (Kocal ve ark. 2017). Bu dönemlerde şizofrenik yıkım ve hezeyanlardan söz edilmeye başlanmış, ancak bilimsel açıdan incelenme 19. yüzyılın sonlarında başlamıştır (Turan 2016).

1860 yılında Morel erken bunama anlamına gelen “dementia praecox” terimini tanımlamıştır. 1826-1926 yaşayan Alman Ruh Hekimi Emil Kraepelin şizofreni kelimesini 1887’de somut olarak tanımlamış, pozitif ve negatif belirti ayrımının kavramsal çerçevesini hazırlamıştır (Turan 2016). 1896 yılında Kahlbaum tarafından tanımlanan katatoniyi, 1871 yılında Hecker tarafından tanımlanan hebefreniyi ve kendi “demans paranoyası” nı tek bir taneye entegre eden “dementia praecox” başlığı altında birleştirilmeleri gerektiğini düşünmüştür (Lavretsky 2008).

İsviçreli ruh hekimi olan Eugen Bleuler 1911 yılında, hastalığın erken başlamasının ve bunama ile sonlanmasının şart olmadığını belirtmiş ve hastalanan kişinin ruhsal yaşamındaki yarılmaya bağlı, günümüzde hala kullanılan Yunanca skhizo (bölünmüş) ve phrene (zihin, akıl) sözcükleriyle oluşan ve “zihin bölünmesi, yarılmaması” anlamına gelen “şizofreni” terimini ortaya koymuştur (Lavretsky 2008, Rosenberg 2012, Turan 2016). Bleuler, şizofreninin temel klinik belirtilerini “4A belirtisi” adı verilen affektif bozukluklar, assosiasyon (çağırışım), ambivalans ve autism olmak üzere dört ana grupta toplamıştır.

1887-1967 yılları arasında yaşayan Alman ruh hekimi Kurt Schneider, 20. yüzyılın ortalarında şizofrenide “birincil” ve “ikincil” belirtileri tanımlamıştır (Kocal ve ark. 2017).

2.1.3. Belirtileri

Şizofreninin başlıca özelliği ayırteci belirti ve bulgularının bir aylık sürenin önemli bir kısmında yaşanması ve en az altı ay süreyle devam etmesidir. Bu belirti ve bulgular toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açmalıdır (Kocal ve ark. 2017).

Şizofreni belirtileri “pozitif”, “negatif” ve “bilişsel” olmak üzere kategorize edilebilir(Çakmak ve ark. 2015, Kahn ve ark. 2015, Kocal ve ark. 2017). Pozitif belirtiler; hezeyanlar (sanrılar), halüsinasyonlar (varsanılar),dağınık, kopuk konuşma ve davranışlardan oluşan “gerçeklikle temasın kaybı” olan tekrarlayan psikoz gibi normalde bulunmayan davranışlar ve düşüncelerdir (Kahn ve ark. 2015). Düşünme, kopuk ve mantıksız olabilir. Tuhaf davranışlar, sosyal çekilme ve ilgisizlik ile ilişkili olabilir (Rosenberg 2012).Motivasyon eksikliği, sosyal geri çekilme, duygusal küntleşme, anhedonia (haz, zevkalamama) ve enerji azlığışizofrenide görülen negatif belirtilerdir. Son olarak, bilişsel belirtiler geniş bir bilişsel işlev bozukluğu kümesi olarak ifade edilir (Rosenberg 2012, Kahn ve ark. 2015).

Yapılan çalışmalara göre, ilk atakların % 73’ü spesifik prodromal semptomlarla veya negatif semptomlarla, % 20’si pozitif / negatif semptomlarla veya spesifik olmayan semptomlarla ve % 7’si sadece pozitif semptomlarla başlar. Hastaneye ilk yatış öncesinde hastaların % 95’inde hezeyanların, % 68’inde halüsinasyonların ve % 61’lik kesiminde ise yapısal düşünce bozukluğunun olduğu belirlenmiştir. Olguların sadece% 18’inde şizofreni, bir ay içinde ortaya çıkan semptomları olan bir akut başlangıç gösterirken,% 68’i ilk yatıştan bir yıldan daha uzun bir süre sonra ortaya çıkan ilk semptomlarla sinsi bir başlangıç gösterir (Hafner ve Heiden1999,Umut ve ark. 2012, Kocal ve ark. 2017). Şizofreninin tüm semptomları işlevsellik, kişiler arası ilişkiler ve kişisel bakımdaki işlevsel bozulmaya neden olmaktadır (Rosenberg2012). Şizofreni belirtileri Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Şizofreni Belirtileri

Kaynak: Rosenberg, M. (2012). Diagnosis, treatment options, and costs of schizophrenia. J Manag Care Med., 3, 10-15.

2.1.4. Tanısı

Şizofreni tanısı zordur, çünkü şizofreni için benzersiz olan tek bir semptom yoktur ve hastalık için kesin kan testleri veya taramalar yoktur. Bir tanı koymak için en az 6 ay boyunca semptomların görülmesi gerekir. Kişinin semptomlarla işleyiş düzeyinde bir bozulma oluşmasının yanı sıra, gözlemlenen rahatsızlık için diğer olası durumlar dışlanmalıdır. Aşağıda Tablo 1’de şizofreni DSM V tanı kriterleri verilmiştir (Ayano 2016).

Tablo 1.Şizofrenide DSM-5Tanı Kriterleri

A.Aşağıdakilerden ikisi(veya daha fazlası), bir aylık süre boyunca olmalı.1,2,3’ten en az birini içermeli.

- 1. Hezeyan/lar.*
- 2. Halüsinasyon/lar.*
- 3. Dezorganize konuşma (örneğin, sık sık raydan çıkma veya tutarsızlık).*
- 4. Dezorganize veya katatonik davranış.*

5.Negatif belirtiler (yani, azalan duygusal ifade veya yok etme)

B. Rahatsızlığın başlangıcından bu yana önemli bir süre için, iş, kişilerarası ilişkiler veya öz bakım gibi bir veya daha fazla ana alanda işlev düzeyi, premorbid seviyenin belirgin bir şekilde altındadır (veya başlangıç çocukluk veya ergenlik döneminde olduğunda, kişilerarası, akademik veya mesleki işlevin beklenen seviyesine ulaşamamaktadır).

C. Sürekli rahatsızlık belirtileri en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık süre, Kriter A'yı (yani aktif faz belirtileri) karşılayan en az 1 ay belirtileri (veya başarıyla tedavi edilirse daha az) içermeli ve diğer süreler prodromal veya rezidüel belirtiler dönemlerini içerebilir. Bu prodromal veya rezidüel dönemlerde, rahatsızlığın belirtileri, yalnızca negatif semptomlarla veya zayıflatılmış bir formda mevcut olan Kriter A'da listelenen iki veya daha fazla semptomla kendini gösterebilir (örn. hezeyanlar, olağandışı algusal deneyimler).

D. Şizoaffektif bozukluk ve psikotik özelliklere sahip olan depresif veya bipolar bozukluk dışlanmalıdır.

E. Bozukluk, bir maddenin (örneğin, bir kötüye kullanım ilacı, bir ilaç) veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkileriyle ilişkilendirilemez.

F. Otizm spektrum bozukluğu öyküsü veya çocukluk çağında başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreninin ek tanısı sadece şizofrenide gerekli olan semptomların yanı sıra en az 1 ay boyunca belirgin hezeyanlar veya halüsinasyonlar mevcutsa yapılır (başarılı bir şekilde tedavi edilirse daha az).

Kaynak: Ayano, G. (2016). Schizophrenia: a concise overview on etiology epidemiology diagnosis and management: review on literature. *J Schizophrenia Res*, 3(2), 2-7.

2.1.5. Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Şizofreni majör bir psikiyatrik hastalık olup, altta yatan psikopatolojik mekanizmalar tam olarak belirlenmemiş ve anlaşılmamıştır (Rubeša ve ark. 2011, Kocal ve ark. 2017). Bazı gruplar, şizofreni gelişimini etkileyen çeşitli değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri ile özellikle hastalık riski altındadır (Kahn ve ark. 2015). Literatür şizofreni gelişme riskine katkıda bulunan çeşitli faktörleri belirlemiştir. Şizofreni; biyolojik ve çevresel etkenlerin neden olduğu bir hastalıktır (Ayano 2016) .

2.1.5.1.Biyolojik Nedenleri

Son yıllarda, psikiyatrik hastalıkların biyolojik temelli çalışmaları hızlanmış (Turan 2016) ve buna paralel şizofreninin biyolojik temelli olduğuna dair kanıtlar son 20 yılda artmıştır (Rosenberg 2012).

- **Genetik:** Genetik gelişmeler şizofrenininde daha fazla anlaşılmasını sağlamıştır (Rosenberg 2012). Genetik faktörlerin, özellikle D3 ve 5-HT2A reseptörlerini kodlayan en az iki gen varlığının şizofreniye olan yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir (Kocal ve ark.2017). Genlerden distrobrevin (DTNBP1) ve neureglin 1'in şizofrenide olumsuz özelliklerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Ayano 2016). Ayrıca, C4 adı verilen gen "şizofreni risk geni" olarak tanımlanmıştır. C4 genindeki artışın, anne karnından başlayarak 25 yaşına kadar gelişimi devam eden duygu, düşünce ve davranışları kontrol eden sinapslarda budamaya neden olarak şizofreni yatkınlığını arttırdığı savunulmaktadır (Turan 2016). Genetik faktörlerin nispi katkısının % 80'e kadar olduğu tahmin edilmektedir. Şizofreni hastası bireye genetik yakınlıkla doğrusal orantılı olarak risk artmaktadır. Monozigot ikizlerde risk % 50, iki ebeveyn de hasta ise çocuklarda % 27, bir ebeveyn şizofreni ise % 12.3, birinci derece akrabalarda % 9, üçüncü derece akrabalarda % 2 olarak görülmektedir. Şizofrenili biyolojik ebeveynli evlatlık çocuklar için şizofreni gelişme riski, genel nüfusa göre 6-10 kat daha yüksektir (Lavretsky 2008, Ayano 2016, Turan 2016, Giegling ve ark. 2017).

- **Nöroanatamik Nedenler:** Şizofreni tanısı konulan bireylerde yapısal beyin anormallikleri görülmektedir (Turan 2016). Günümüzde şizofreni etiyojisinin, nörodejenerasyon elementlerinden daha fazla nörogelişimsel unsurları içerdiği iddia edilmektedir. Psikotik hastaların serebral patolojisi hakkında ayrıntılı gözlemler yapılmış ve sonuç olarak, psikotik belirtileri olan hastalarda hiçbir gliozise rastlanmadığı bulunmuştur (İritani 2013). Şizofreni hastalarında görülen nörogelişimsel etkilenme hücre çoğalması / farklılaşması / göçü, programlı hücre ölümü, sinaps oluşumu, nöron devresi oluşumu aşamalarında olabilmektedir. Doğumdan önce ve sonra beyin nörogelişimsel etkilenmesine bağlı oluşan anormallik ve defektler, belli bir dönem latent bir şekildedir. Latent dönem sonrasında ya ergenlik ya da genç erişkinlikte (dopamine aşırı duyarlılık gelişmesi, dopamin aktivasyonunun artırması gibi patolojik nöronal olaylar nedeniyle)

şizofreni tablosunu ortaya çıkarmaktadır (Kocal 2017). Şizofreni olgularında beynin hacim değişimlerinin meydana gelmesi (şizofreni olgularında lateral ventriküler genişleme ve medial temporal lob hacminde azalma) birçok araştırmacı tarafından kabul edilmiştir (İritani 2013). Şizofrenide en yaygın görülen anormallikler ventriküllerde genişleme olup, ayrıca gri madde kaybı, frontal ve temporal kortekste, talamusta hacim kaybı ve korpus kallasumda küçülmede görülmektedir (Turan 2016). Şizofrenideki nöroanatomik değişimler aşağıda Tablo 2 ve 3'te sunulmuştur.

Tablo 2.Şizofrenide Temporal Korteks, Limbik ve Frontal Kortekste Morfolojik Anomali ile İlgili Sonuçlar

Temporal Lob Limbik	Hipokampus, amygdala, parahipokampusta volüm kaybı
	Sol ventrikülde genişleme
	Hipokampal oluşumda hacim ve nöronal kayıp
	Hipokampus, singulatta sitoarchitectonic anormallik
	NADPH-d pozitif nöronlarda dağılım anormalliği
Frontal Lob	Nöronal kayıp (sayı / yoğunluk)
	İç nöronların azalan yoğunluğu
	Anterior singulat kortekste artmış dikey aksonlar
	Anterior cingrate'de hücre gövdesinin daralması ve azalmış dansite
	2. tabakadaki anormal nöron dizisi
	NADPH-d pozitif nöronlarda dağılım anormalliği

Kaynak: İritani, S. (2013). What happens in the brain of schizophrenia patients?: an investigation from the viewpoint of neuropathology. Nagoya journal of medical science, 75(1-2), 11.

Tablo 3.Şizofreni Nöropatolojisinde Kanıtlar

Makroskopik bulgular	Genişlemiş lateral ve üçüncü ventriküller
	Azalmış kortikal hacim
	Temporal lobdan orantısız hacim kaybı (hipokampus dahil)
	Azalmış talamik hacim
	Kortikal hacim kaybı, beyaz cevherden ziyade gri etkiler
	Antipsikotik ilaca bağlı gelişen genişlemiş bazal ganglionlar
Histolojik	Bir intrinsik özellik olarak gliozisin yokluğu
	Daha küçük kortikal ve hipokampal nöronlar

	Dorsal talamusta daha az nöron
	Hipokampusta azalmış sinaptik ve dendritik belirteçler
	Beyaz cevher nöronlarının bozulmuş dağılımı

Kaynak: Iritani, S. (2013). What happens in the brain of schizophrenia patients?: an investigation from the viewpoint of neuropathology. Nagoya journal of medical science, 75(1-2), 11.

• **Nörotransmitter Dengesizlikleri:** Dopamin, serotonin, norepinefrin, GABA ve glutamat şizofreni patogeneğinde rol alan yaygın nörotransmitterler arasındadır (Ayano 2016). Dopamin şizofreni hastalığında rolü en fazla olan nörotransmitter olup, düzensizliği ve dengesizliği hastalık belirtilerini oluşturmaktadır (Turan 2016, Kocal ve ark. 2017). Dopaminin şizofrenide rolü, iki dopamin hipotezine dayanmaktadır: (1) Fenotiyazin olarak bilinen dopamin fonksiyonunu bloke eden ilaç grubu, psikotik semptomları azaltabilir, (2) Dopamin salınımını artıran amfetaminler ve kokain, paranoid bir psikoza neden olup, şizofreniyi şiddetlendirebilir (Ayano 2016). Temel olarak şizofrenide dominerjik hiperaktivasyon bulunduğu öngörülmektedir (Turan 2016). Mezolimbik sistemdeki dopamin hiperaktivitesi, pozitif semptomlar (halüsinasyonlar ve sanrılar), kognitif semptomlar (düşünce bozuklukları) ve agresif ve düşmanca semptomlara neden olur. Mezokortikal dopamin yolundaki dopamin artışı, şizofreninin negatif, bilişsel ve duyuşsal belirtilerini artırabilir (Rubeša ve ark. 2011). Serotonin azalması da şizofreni ile bağlantılı olup, şizofreni benzeri halüsinasyonlara neden olur ve şizofreni hastalarında şizofreni belirtilerini alevlendirir. Kronik ve negatif belirtileri belirgin hastalarda, pozitif belirtileri olan hastalara göre serotonin metabolizması ile ilgili bozukluklar daha sık izlenmektedir (Ayano 2016, Kocal ve ark. 2017). Glutamat reseptörünün azalmış fonksiyonu, şizofreninin patofizyolojisinde rol oynamaktadır ve bir glutamat antagonisti olan fensiklidin ve ketamin alımı, şizofreni ve şizofreni ile ilişkili bilişsel problemleri taklit eden benzer bir akut sendrom oluşturur. Şizofreni patofizyolojisinde yer alan norepinefrin nörotransmitterleri, şizofrenik hastalarda anhedonyayı açıklamaktadır. G-Aminobutirik Asittir (GABA). GABA, dopamin aktivitesini düzenlemekte rol oynamaktadır. GABAerjik nöronlarının azalması, dopaminerjik nöronların hiperaktivitesiyle şizofreniye neden olabilir (Ayano 2016).

• **Stres-Diatez Modeli:** Stres-Diatez Modeli'ne göre stresli yaşam olayları şizofrenide hem ilk episodda hem de nükslerde etkili olmaktadır, ancak hiçbir stres faktörü şizofreni nedenleri ile doğrudan ilişkili değildir (Turan 2016, Kocal ve ark. 2017). Stresli yaşam olayları ilk 6 ay içerisinde şizofreni riskini 2 kat arttırmaktadır. Şizofreni hastalarında kortizol düzeyi normal bireylere göre daha yüksektir ve bu yükseklik dopamin düzeyini de etkilemektedir (Kocal ve ark. 2017).

2.1.5.2.Çevresel Nedenler

Şizofrenide çevresel nedenler; kentsel veya kırsal alana, mahalleye, göçmenlik durumuna ve doğum mevsimine bağlı olarak yaygınlık ve insidans farklılıklarına neden olmaktadır. Ayrıca, fetal ve perinatal yaşamda enfeksiyonlar (örn. Kızamık, grip, toksoplazma, tip 3 herpes simpleks virüsü), beslenme eksiklikleri (örn. Malnutrisyon, folik asit, demir veya D vitamini eksikliği), baba yaşı, fetal / neonatal hipoksi ve obstetrik komplikasyonlar gibi diğer bazı risk faktörleri de rol oynamaktadır(Altamura ve ark. 2014).

• **Doğum öncesi ve perinatal olaylar:** Fetal dönemde oluşan hipoksi, asfiksi, toksomi gibi perinatal anomaliler sonucu oluşan oksijen yetersizliği ve travmalar 25 yaş öncesi şizofreni riskini 1.3-2 kat arttırmaktadır (Kocal ve ark. 2017). Yetersiz beslenen veya hamileliği sırasında bazı viral hastalıkları olan kadınlar, daha sonra şizofreni gelişen çocukları doğurma riski daha yüksek olabilir. Örneğin, II. Dünya Savaşı sırasında yetersiz beslenen Hollandalı annelerden doğan çocuklar yüksek şizofreni oranına sahiptir (Ayano 2016). Ayrıca; geç kış ve ilkbaharda doğan insanlar şizofreni hastaları arasında biraz fazla temsil edilmektedir (% 7-10'luk bir artışa işaret eder). Bu fazlalık, kış aylarında, anne solunum enfeksiyonlarına, folik asit veya D vitamini eksikliği dahil olmak üzere yetersiz beslenmeye maruz kalan fetal beynin olasılığının artmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak, bu fenomen için yapılan açıklamaların hiçbirisi kesin olarak tespit edilmemiştir. Muhtemelen, bu erken yaşam risk faktörleri gelişmekte olan beynin sinirsel bağlantısı üzerinde bir etkiye sahiptir (Kahn ve ark. 2015). Japonya, İngiltere ve İskandinavya'daki 1957 influenza salgınlarından sonra, ikinci trimesterde influenzaya yakalanan kadınların yavruları arasında şizofreni oranları daha yüksek belirlenmiştir. Kaliforniya'da 1959-1966

yılları arasında hamile kalan kadınların hamileliğinin ilk üç ayında grip olmuşlarsa şizofreni gelişen bir çocuğa sahip olma olasılıkları daha yüksek görülmüştür (Ayano 2016). Obstetrik komplikasyon öyküsü olan şizofreni hastalarında, hastalığın başlangıç yaşı daha erkendir, hastalık daha kronik seyirli ve negatif belirtiler daha baskındır. Ayrıca, komplikasyon miktarı ile yaşta paralellik göstermektedir(Kocal ve ark. 2017).

- **Babalık yaşı:** Babalık yaşı büyük olan babaların çocuklarının daha fazla şizofreni riski taşıdığı görülmektedir(Kahn ve ark. 2015).

- **Cinsiyet:** Şizofreni genellikle erkeklerde kadınlara göre 1.4/1 risk oranı ile biraz daha sık görülür. Ayrıca hastalık erkeklerde daha şiddetlidir (Altamura ve ark. 2014, Kahn ve ark. 2015). Ayrıca, psikotik semptomların başlamasının en yüksek yaşı erkeklerde 20-24, kadınlarda 25 ya da daha fazladır (Kahn ve ark. 2015).

- **Kentsel çevre:** Büyükşehirlerde, hastalık insidansı kırsal alanlardan daha fazla görünmektedir (Altamura ve ark. 2014). Ayrıca mevcut kanıtlar, olumsuz sosyal bağlamın (nüfus yoğunluğu, parçalanma ve sosyal yoksunluk gibi) ve bireysel çevresel maruziyetin (esrar, sıkıntı, sosyal dışlanma kullanımı veya ayrımı) psikoz riski üzerindeki etkisini göstermektedir (Altamura ve ark. 2014, Kocal ve ark. 2017).

- **Göç durumu:** Kişisel veya aile göç öyküsü olmayan bireyleri içerenlere kıyasla, birçok göçmen grubu arasında şizofreni insidansının arttığı gösterilmiştir. Göç nedeniyle, sosyal desteğin eksikliği veya ayrımcılığa maruz kalmanın artması, özellikle küçük bir azınlık nüfusu olan bölgelerde, bozukluğun gelişmesi riskini artırmaktadır (Altamura ve ark. 2014, Kahn ve ark. 2015).

- **Madde bağımlılığı:** Amfetamin, metamfetamin, kokain ve esrarın mevcut psikotik hastalıkları şiddetlendirdiği bilinmektedir. Son yıllarda, internet üzerinden daha da güçlü sentetik kanabinoidler (baharat şeklinde) yaygın olarak bulunmaya başlamış ve akut psikotik reaksiyonlarla bağlantılı olmuştur (Kahn ve ark. 2015, Ayano 2016).

- **Sosyal sıkıntı:** Fiziksel istismar, cinsel istismar, kötü muamele ve zorbalık da dahil olmak üzere bir dizi çocukluk çağı travması, daha sonraki yaşamda görülen şizofreni riskinin artmasıyla ilişkilidir (Kahn ve ark. 2015).

Ayrıca; şizofreni daha düşük sosyo-ekonomik sınıflarda, daha düşük eğitim düzeylerinde, hiç evlenmeyenlerde, boşanmış ve ayrı yaşayanlarda daha sık görülmektedir (Altamura ve ark. 2014, Turan 2016, Kocal 2017).

2.1.6. Epidemiyolojisi

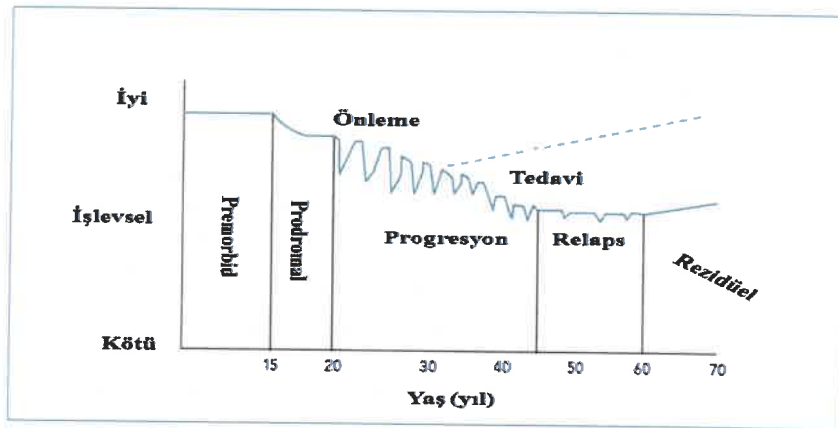
DSÖ'ye göre nüfusun % 25'i hayatları boyunca bir ruhsal bozukluk yaşamaktadır. 2018 yılı DSÖ istatistiklerine göre bireylerin % 32'sinde bir ruhsal bozukluk, % 18'inde iki ve % 14'ünde üç veya daha fazla ruhsal bozukluk olduğu görülmüştür (Prevalence of mental disorders. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>, 22.09.2018). Dünyada YLD 2015 değerlendirmesine bakıldığında; tüm ruhsal bozuklukların % 26.7 olduğu ve ilk beş sırada sırasıyla; bipolar bozukluk 41.7, alkol bağımlılığı 38.1, distimi 37.0, major depresyon 34.1, depresyon 32.4 oranında, şizofreninin ise % 26.7 oranında olduğu görülmektedir. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease, 22.09.2018). 2018 yılında YLD'lerin % 21'inden ruhsal bozuklukların (ilk 20 bozukluk arasında depresif bozukluklar % 5.8-3. sırada, anksiyete bozukluğu % 3.4-8. Sırada, madde kullanım bozuklukları % 1.9-14. sırada, şizofreni % 1.7-16. Sırada, alkol kullanım bozuklukları % 1.7-18. sırada) sorumlu olduğu belirlenmiştir (Health statistics and information systems. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, 22.09.2018).

Şizofrenide yaşam boyu yaygınlığın % 1-1.5 arasında olduğu görülmektedir (Ayano 2016, Turan 2016). Şizofreni her toplumda en sık görülen ruhsal rahatsızlıklardan biri olmasıyla birlikte sıklık ve yaygınlığına yönelik veriler değişiklik göstermektedir (Kocal ve ark. 2017). Uluslararası epidemiyolojik çalışmalar, hastalığın insidansının 1000'de 0.11'den 0.69'a değiştiğini, prevalansın ise % 0.6'dan % 0.8'e kadar çıkabileceğini göstermiştir (Altamura ve ark. 2014). Avrupa'da, şizofreni olan yaklaşık % 0.6 -% 0.8'lik bir prevalansa sahiptir ve yaklaşık 5 milyon kişinin olduğu tahmin edilmektedir (Altamura ve ark. 2014). Şizofreni sıklığı ile ilgili en ayrıntılı çalışma Finlandiya'da yapılmış ve % 0.87 oranında bulunmuştur (Kahn ve ark. 2015). Türkiye'de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak bulunmuştur (Binbay ve ark. 2011).

Şizofreni erken başlayan bir hastalıktır, en sık 15 ve 30 yaşları arasında ortaya çıkar ve kronik seyri, bunu hastalar ve aileleri için özellikle engelleyici bir bozukluk haline getirir (Lavretsky 2008). Kadınlard erkeklerle göre genellikle daha ileri yaşlarda olmaktadır. Başlangıcın en sık görüldüğü yaş erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaşları arasındır. Eğer şizofreni 10 yaşından önce başladıysa erken başlangıçlı ve 45 yaşından sonra başladıysa geç başlangıçlı şizofreni olarak gruplandırılmaktadır (Ayano 2016, Turan 2016, Kocal ve ark. 2017). Olguların % 98'inde hastalık 40 yaşından önce ortaya çıkmaktadır (Altamura ve ark. 2014). Hastalığın ilk 5-10 yılı fırtınalı olabilir, ancak bu ilk dönemi genellikle onlarca yıllık göreceli stabilite izler (başlangıç durumuna dönüş olağan değildir). Irk veya etnik kökene göre bazı farklılıklar bildirilmiş olmasına rağmen, şizofreni sıklığında herhangi bir ırksal farklılık bulunamamıştır. Şizofreninin östrojenin antidopaminerjik etkisinden dolayı klinik belirtileri kadınlarda erkeklerden daha az şiddetlidir (Ayano 2016).

2.1.7. Prognozu

Şizofreni geç ergenlik ve erken erişkinlikte başlamakla birlikte (Çakmak ve ark. 2015) gidişatı hastadan hastaya değişiklik göstermekle birlikte, klasik olarak alevlenme ve remisyonlarla seyretmektedir (Kocal ve ark. 2017). Şizofreni aşamaları Şekil 2'de gösterilmektedir.



Şekil 2. Şizofreni Aşamaları

Kaynak: Rosenberg, M. (2012). Diagnosis, treatment options, and costs of schizophrenia. J Manag Care Med., 3, 10-15.

Psikoz ve şizofrenilerin başlangıcı öncesi entelektüel ve psikososyal ilişkilerin görünümü premorbid uyumu ifade etmektedir. Psikozun başlangıcında entelektüel düzeyin ve psikososyal ilişkilerin kötü olması, prognozun kötü olması ve uzun seyirle ilişkilendirilmektedir. Daha kötü premorbid uyum, daha şiddetli semptomatolojiye, negatif belirtilere kötü sosyal işlevsellikle ve erken başlangıçlı şizofreni ile ilişkilendirilmiştir (Çakmak 2015, Ayano 2016).

Prodromik faz, şizofreni tanısını koymaya özgün ve yeterli olmayan belirti ve defisitlerin görüldüğü dönemdir (Çakmak ve ark. 2015). Bu dönemde global işlevsellikte hızlandırılmış bir düşüş, duygudurum değişiklikleri (depresyon, anksiyete, disfori ve irritabilite), bilişsel belirtiler (şaşkınlık, dikkat dağınıklığı ve toplamakta zorluk çekme), sosyal çekilme, özbakımını aksatma, obsesif davranışlar, uykusuzluk ve kısa süreli pozitif semptomlar (deliryum, referans hezeyanlar) görülmektedir (Klosterkotter 2011, Altamura ve ark. 2014, Çakmak ve ark. 2015, Kocal ve ark. 2017). Bu durum bazen birkaç hafta ya da ay sürmektedir, ancak hastaların çoğunda birkaç yıl sürmektedir (Kocal ve ark. 2017). İlk psikotik atak olan hastaların yaklaşık % 75'inde başlangıç prodromik faz görülmektedir ve yaklaşık 5 yıl sürmektedir (Klosterkotter 2011, Çakmak ve ark. 2015). Prodromik fazdaki birçok semptom spesifik olmamakla birlikte ve depresif bozukluklar gibi diğer psikiyatrik durumlardan ayırt edilmesi güç olsa da, bazı sendromlar erken tanımlamaya izin verir gibi görünmektedir ve bu nedenle önleyici tedavileri başlatma olasılığı vardır (Klosterkotter 2011, Altamura ve ark. 2014).

Ayrıca psikotik belirtilerin başlangıcından itibaren tedavi kadar geçen süre olarak tanımlanan tedavi edilmemiş psikozun (duration of untreated psychosis=DUP) süresinin şizofreni hastalarında uzun dönem semptomatik ve fonksiyonel sonuçlarla negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir (Altamura ve ark. 2011; Klosterkotter 2011, Altamura ve ark. 2014). Ayrıca uzamış bir DUP süresi; şizofreni belirtilerinin şiddeti, depresyon ve intihar riskinin artması, daha fazla madde kötüye kullanımı, daha fazla suçlu davranışlar ve daha yüksek tedavi maliyetleri ile ilişkili bulunmuştur (Galderisi ve ark. 2013, Çakmak ve ark. 2015).

Şizofreni hem sosyal hem de mesleki açıdan işlevsek kayıplara neden olmaktadır. Şizofreni hastaları genellikle sosyal ilişkileri sürdürme, istihdamı sürdürme ve bağımsız

yaşama becerisi dahil olmak üzere günlük yaşamın birçok alanında ciddi bozukluklar yaşarlar (Kahn ve ark. 2015). Şizofrenide yıkımların büyük çoğunluğu hastalığın başlangıç döneminde oluşmaktadır ve hastalığın gidişi psikozun başlaması öncesindeki işlevsellikle doğrudan ilişkilidir (Tandon ve ark. 2009). Bu kayıplar tipik olarak, hastalar psikotik semptomlardan remisyona girdikten sonra devam eder (Kahn ve ark. 2015).

Şizofreni sonucu, tam iyileşmeden kronik bakım ihtiyacına kadar değişebilir ve ortalama olarak, bozukluğu olanlarda mortalite oranı genel popülasyonun yaklaşık iki katıdır. Mortalite oranları ile ilgili verileri sunan 37 çalışmanın sistematik bir derlemesinde, tüm nedenlere bağlı ölüm oranı, cinsiyete göre farklılık göstermeyen 2.58 (1.18-5.76) oranında idi. Hastaliksız biriyle karşılaştırıldığında, bu hastalar yaklaşık 25 yıllık bir ömür beklentisine sahiptir. Şizofreni hastalarında, yüksek oranda intihar görülmektedir. Hastaların % 50'sinin intihar girişiminde bulunduğu ve tüm intihar nedeniyle ölümlerin % 13'ünün şizofreniye bağlı görüldüğü tahmin edilmektedir (Ayano 2016). İntihar ile ölüm, genel popülasyona göre 12 kat daha fazladır. Şizofreni hastalarının, diğer halüsyonlara kıyasla, halüsinasyon seslerine ve sanrılarına yanıt olarak ciddi ve şiddetli yöntemler kullanması daha olasıdır. Yapılan bir meta-analiz çalışması da, şizofreni hastalarında ölümün ana nedeninin intihar, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi hastalıkları ve kanser olduğunu ortaya koymuştur. Antipsikotiklerle tedavinin mortaliteyi azalttığı görülmüştür (Bushe 2010, Altamura ve ark. 2014, Kahn ve ark. 2015, Ayano 2016). Şizofreni hastaları arasında sürekli yüksek oranda sigara içilmesi, sağlıklı bir yaşam tarzı olma olasılıklarının artması ve antipsikotik ilaçların obezite artırıcı etkilerinin bu hastalar arasında metabolik sendrom, diyabet ve aşırı kardiyovasküler ve solunum yolu ölümlerine katkıda bulunduğu görülmektedir (Kahn ve ark. 2015). Yapılan bir meta-analiz çalışmalarında şizofrenide genç yaş, erkek cinsiyet ve daha yüksek eğitim düzeyinin intihar için risk faktörleri olduğunu göstermiştir; Hastalık ile ilişkili faktörler arasında, önceki intihar girişimlerine ek olarak depresif belirtiler, halüsinasyonlar, deliryum ve içgörü varlığı da yordayıcı faktörlerdir. Aile içi intihar öyküsü ve madde kötüye kullanımı bile artmış intihar riskiyle ilişkili bulunmuştur (Hor ve Taylor 2010, Beary 2012).

Şizofreni hastalarında görülen diğer bir durum şiddet davranışına olan eğilimi arttırmasıdır. Psikiyatrik hastalıklar içerisinde saldırgan ve şiddet davranışıyla en ilişkili

grup şizofreni hastaları olarak görülmüş ve genel popülasyona karşılaştırıldığında bu hastalarda 2-5 kat fazla olduğu belirtilmiştir (Kahn ve ark. 2015, Ayano 2016). Erkek cinsiyet, genç yaş, alkol-madde kötüye kullanımı, tedaviye uyumsuzluk, antisosyal kişilik bozukluğu, paranoid alt tip ölçütlerini karşılama, intihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü bulunması, sık hastane yatışının olması gibi faktörler şiddet davranışını arttırmaktadır (Beary2012, Kahn ve ark. 2015).

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalar, komorbid madde kullanımının yaygınlığının% 15-65 arasında değiştiğini ortaya koymuştur (Wobrock ve Soyka 2008, Ross ve Peselow 2012). Şizofreni hastalarında % 25-45 oranında alkol, % 27-42 oranında madde kullanımının olduğu görülmektedir. (Wilson ve Cadet 2009, Çakmak ve ark. 2015). Acil servisteki çalışmalar, esrarın en sık şizofreni ve akut psikotik atak ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durum psikotik hastalarda da kötü tedavi sonuçlarına katkıda bulunmaktadır (Latt ve ark. 2011). Kannabinoidler, bazı sağlıklı bireylerde pozitif, negatif ve geçişli bilişsel belirtileri oluşturabilir (D'Souza ve ark. 2009). Ayrıca şizofreni hastalarında panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, depresif bozukluk ve kişilik bozuklukları gibi diğer ruhsal hastalıklar da komorbid olarak görülebilmektedir (Kocal ve ark. 2017). Şizofreni tanısı; diğer psikiyatrik ve tıbbi hastalıklardan ve ağır metal toksisitesi, ilaçların yan etkileri ve vitamin eksiklikleri gibi rahatsızlıklardan ayırt edilmelidir (Ayano 2016).

2.1.8.Tedavisi

Şizofrenide; antipsikotik ilaçlar, EKT ve psikososyal iyileştirici müdahalelere ilişkin etkinliğinin güçlü kanıtları vardır (Rosenberg 2012, Ayano 2016). Tedavi sürecinin başarılı bir şekilde yönlendirilmesi için öncelikle hasta ile işbirliği sağlanmalı, sonra şizofreninin farklı klinik dönemlerine göre adım atılmalıdır (Kocal ve ark. 2017).

Şizofreni hastalarının % 50-60'ında hastalarda içgörünün azalması veya olmamasına bağlı tedavi uyumunun bozuk olduğu görülmektedir (Kocal ve ark. 2017). Tedavi edilmeyen psikozun süresinin, şizofreninin semptomatik ve fonksiyonel uzun dönem sonuçları ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, hastalığın erken evrelerinde uygulanan müdahalelerin, tedavi edilmeyen psikozun süresini kısalttığı ve /

veya birinci psikotik ataktan önce ortaya çıkan işlevsel bozulmaya değinerek, bireyin genel fonksiyonel kapasitesinin korunmasına yardımcı olabileceğine inanılmaktadır (Altamura ve ark. 2014).

İlaç Tedavileri: Şizofreni tedavisinde kullanılan 1950'lerde keşfedilen antipsikotik ilaçların temel etki düzenekleri şizofreni etyolojisinde rol oynayan dopamin, serotonin, asetilkolin, noradrenalin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesidir. Antipsikotiklerin etki ve yan etkileri nedeniyle tipik (birinci kuşak) ve atipik (ikinci kuşak) şeklinde sınıflandırılmaktadır (Turan 2016, Kocal ve ark. 2017). Günümüzde 1980'lerde bulunan, daha az ekstrapirimal sistem ve ciddi yan etkilerine daha az neden olan atipik antipsikotik kullanımı ilk sırada yer almaktadır (Rosenberg 2012, Ayano 2016,).

Refrakter semptomlar şizofreni ile sık görülen bir durumdur. Hastaların yüzde 30'unda kötü bir tedavi yanıtı oluşur. Klozapin tedaviye dirençli şizofreni için tercih edilen tedavidir. Klozapin, şizofreni için standart ilaç tedavisine yeterince yanıt vermeyen ve şizofreni veya şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda tekrarlayan intihar davranışı riskini azaltan ağır hasta şizofreni hastalarının tedavisi için tercih edilen bir ilaçtır. Klozapin, mevcut antipsikotik ilaçlara zayıf yanıt veren hastalıkları olan hastalara ayrılmışken, risperidon, psikotik bir hastalığı olan hemen hemen her hastaya uygulanabilecek ilk basamak antipsikotiktir (Rosenberg 2012, Ayano 2016).

Antipsikotik ajanlar, yan etkilerine karşı değerlendirilmelidir. Birinci kuşak antipsikotikler, sedasyon, baş dönmesi, antikolinerjik etkiler, ekstrapiramidal semptomlar, agranülositoz, kardiyovasküler olaylar ve depresyona neden olma potansiyeline sahiptir. İkinci kuşak antipsikotikler çok çeşitli yan etkilere sahiptir. İkinci sınıf antipsikotiklerin çoğu, aşırı kilo alımı ve metabolik sendroma neden olur. Fakat, Ziprasidon ve aripiprazol bu sorunlara neden olmamaktadır (Rosenberg 2012, Ayano 2016). Uzun etkili enjekte edilen antipsikotikler, antipsikotik ilaçlara uymadığından dolayı nüks eden şizofreni hastalarını tedavi etmek için farmakolojik bir stratejidir. Oral antipsikotiklerle gereken günlük hap alımından ziyade, uzun etkili antipsikotikler iki ila dört haftalık aralıklarla enjeksiyonla uygulanır (Ayano 2016).

Elektrokonvülsif Tedavi (EKT): EKT ilk kez 1938’de şizofreni tedavisi için kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde sadece hızlı düzelme amaçlandığında ve ilaç tedavisine sınırlı yanıt alındığında kullanılmaktadır. Özellikle tedavinin ilk haftalarında antipsikotiklerle kombine kullanılmasıyla daha sonuçlar alınmaktadır (Ayano 2016, Kocal ve ark. 2017). EKT, sadece akut şizofreni belirtileri için etkili bir tedavidir. Şizofreni hastalarında pozitif semptom, katatoni veya afektif semptomları olan hastaların EKT’ye cevap verme olasılıklarının en yüksek olduğu düşünülmektedir (Ayano 2016).

Psikososyal Müdahaleler:Şizofrenide ilaca devam etmenin yanı sıra, psikososyal müdahaleler de önemlidir (Ayano 2016). Şizofrenide, antipsikotik ilaç tedavisi olmazsa olmaz standart bir uygulama olmasına karşın, uygun ilaç sağaltımına rağmen hastaların yaklaşık % 50-60’ı pozitif veya negatif belirtileri ile yaşamaya devam etmektedir. Toplum hizmetleri ile bütünleştirilen yenilikçi programların uygulanması; psikozun süresini ve dolayısıyla etkilenen bireylerin sosyal işlevlerinin bozulmasını azaltarak bakım arttırabilir (Altamura ve ark. 2014). Şizofrenide psikososyal müdahaleler şunları içerebilir:

Psikoeğitim: Psikoeğitim müdahaleleri, bir bilgi sağlayıcısı, destek ve yönetim stratejilerinin sağlanması hakkında bilgi vermeyi amaçlayan etkileşimsel bir programdan oluşur (Ayano 2016).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT): Yapılandırılmış ve işbirlikçi bir terapötik yaklaşım olan BDT’de amaç, bireyin psikotik deneyimlerini normalleştirmesine ve anlamlandırmasına ve işleyiş üzerindeki ilişkili sıkıntıyı ve etkisini azaltmasına yardımcı olmaktır. Hedeflenen çıktıları içgörü kazandırma, distresi azaltma, pozitif veya negatif psikotik belirtilerde azalma, relapsta azalma, toplumsal iyileştirme, geliştirmedir (Ayano 2016).

Sosyal beceri eğitimi: Yapılandırılmış sosyal beceri eğitimi; sosyal performansı arttırmayı ve sosyal durumlarda sıkıntı ve zorlukları azaltmayı amaçlayan psikososyal müdahaledir. Müdahaleler, çeşitli sosyal ve kişilerarası becerilerin davranış temelli değerlendirmelerini içerir ve hem sözel hem de sözel olmayan iletişime, bireyin ilgili sosyal ipuçlarını algılama ve işleme kabiliyetine sahip olma ve uygun sosyal pekiştirmeye yanıt verme ve sağlama yeteneğini içerir (Ayano 2016).

Aile müdahalesi: Aile müdahalesi tedavi ekibi ve aile üyeleri arasında iş birliği kurmaya ve sürdürmeye yönelik bilgi verme, sorun çözme, kriz yönetimi ve / veya belirlenen hizmet kullanıcısına müdahaleyi içeren belirli bir destekleyici, eğitimsel veya tedavi işlevine sahip ayrı bir psikolojik müdahaledir (Ayano 2016, Kocal ve ark. 2017).

Bağlılık terapisi: Bağlılık terapisi, bireyin tedavi, bakım ve ilacı konusundaki kararsızlığını araştıran, semptomların iyileştirilmesi, yaşam kalitesi artırılması ve nüksün önlenmesini amaçlayan bir terapidir (Ayano 2016).

Sanat terapileri: Sanat terapileri (sanat, beden odaklı veya müzik) psikoterapötik teknikleri, yaratıcı ifadeyi teşvik etmeyi amaçlayan etkinliklerle birleştirir. Sanat terapileri, şizofreni tanısı alan kişilerin kendilerini farklı deneyimlemelerini, başkalarıyla ilişki kurmanın yeni yollarını geliştirmelerini, insanlara kendilerini ifade etmelerini ve deneyimlerini estetik bir forma sokmalarına yardımcı olmayı, insanların yaratıcı süreçte ortaya çıkmış olabilecek duyguları kabul etmelerini ve anlamalarını amaçlamaktadır (Ayano 2016).

Bilişsel iyileştirme: Şizofreni hastalarının çoğu bu alanlarda bazı sorunlar yaşanmaktadır ve bu durum günlük yaşam, sosyal veya mesleki işleyiş gibi alanlarda iyileşmelerini sınırlandırabilir. Bilişsel iyileştirme programları, insanların belirli bilişsel becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak için, giderek daha fazla bilgisayarlı öğrenmeyi kullanmaktadır (Ayano 2016).

Acil durum yönetimi: Acil durum yönetimi stratejileri, belirli hedef davranışların parasal teşvikler veya diğer ödül sistemleriyle pozitif olarak güçlendirildiği davranışsal programları ifade eder (Ayano 2016).

2.2.STİGMA (DAMGALAMA)

2.2.1.Tanımı

Ruhsal hastalık ile ilgili kavramlar öznel olup, tanımlanması zor olabilir. Merriam-Webster Sözlüğünde (1990) ruhsal hastalık için verilen tanımlardan biri “akıl hastası, deli ya da çılgın”dır (Overton ve Medina 2008). İlk çağlarda ruh hastalığı cin girmiş, dini ya da sosyal günahlardan dolayı cezalandırılmış, kötü niyetli ve toplumsal normları bozulmuş

olarak görülürdü. Ruhsal olarak hasta olan bireyler ruhları kovarak hastalıkları iyileştirilmeye çalışılırdı (Çam 2014). Orta Çağ boyunca, ruhsal hastalık, zayıf karakterli insanların yaşadığı bir durum olarak görülmüş olup, ahlâkî olarak güçlü kalamamanın bir sonucu olduğu olarak kabul edilmiştir. Bu dönemde ruhsal hastalar suçlu olarak hapse atılmış, cezalandırılmış, kişiden kaçınılmış, alay edilmiş ve bazı durumlarda ölüme gönderilmiştir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistik El Kitabında ruhsal bozukluk tanımı; bireyler arası ilişkilerin yanı sıra iş, ev ve okul için gerekli olan fonksiyonlarla etkileşime giren biliş, duygu ve davranış yelpazesini ifade eder. Bu tanım, sayısız farklı işlevi ve bir kişinin günlük yaşam için gerekli görevleri yerine getirme yeteneğini nasıl etkilediğini dikkate almaktadır. Ruhsal bozuklukta olduğu gibi, damgalanma da tanımlanması zor bir kavramdır (Overton ve Medina 2008).

Yunanca στρίξιν (sting) fiilinden türetilen “stigma” kelimesi, Orta Çağ döneminde suçlular veya hükümlüler gibi bir kişinin suçlu bulunduğu elinin ortasına yapılan bir sivri uçlu işareti, iğnelemeyi ya da dağlamayı belirtmek için kullanılmıştır (Del Casale ve ark. 2013, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017). Stigma, utanç veya itibarsızlığı gösteren bir leke veya belirleyici bir işaret veya karakteristik olarak kullanılmaktadır ve insani değeri azaltmaya yönelik olup, insanı bir insan olarak görmeme söz konusudur (Overton ve Medina 2008, Gerlinger ve ark. 2013, Pescosolido 2013, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017). Günümüzde, psikiyatride damgalama terimi, insanları ruhsal bozukluklardan etkilenen kişilere korku duymaya, reddetmeye ve marjinalize etmeye iten bir dizi olumsuz tutum, inanç, düşünce ve davranışları göstermektedir (Del Casale ve ark. 2013, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017). Stigma ile ilgili en köklü tanım, Erving Goffman (1963) tarafından bir insanı “bütünüyle olağan bir kişiden, lekelenmiş ve indirgenmiş birine” indirgeyen “derinden itibarsızlık niteliği” olduğu şeklinde tanımlanmıştır (Ahmedani 2011). Goffman’ın öncü çalışmasından geliştirilen stigma; bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerin birbirine bağlanmasını içeren karmaşık bir sosyal etiketleme, ötekileştirme, devalüasyon ve ayrımcılık süreci olarak kavramsallaştırılmıştır (Knaak ve ark. 2017). Crawford ve Brown (2002), damgalanmanın bireyin gerçek sosyal kimliği toplumsal olarak tanımlanmış bir ideal kimliğine göre yetersiz kaldığında ortaya çıktığını kabul etmiştir (Overton ve Medina 2008). Stigma

kelimesi; bilgi (cehalet), tutum (önyargı) ve davranış (ayrımcılık) sorunlarını kapsamaktadır (Mohtashami 2018). Corrigan'a (2004) göre stigma;

(a) bir kişinin ruhsal hasta olduğu ipuçlarının tanınması,

(b) klişelerin etkinleştirilmesi ve

(c) bu kişiye karşı önyargı veya ayrımcılık yapılmasından oluşan bir süreçtir (Overton ve Medina 2008).

Stigma, dışsal ve içsel olarak ikiye ayrılmaktadır. Dışsal stigma; genel popülasyondaki bireylerin öncelikle ruhsal hastalığın stereotiplerini onayladıkları ve daha sonra ayrımcı bir şekilde hareket ettikleri, somut ayrımcılığa dayanır. Toplumun ruhsal hastalığı olduğu bilinen insanlara neler yaptığını ve nasıl davrandığını gösterir. Crocker (1999), stigmanın yalnızca toplumdaki hastalığı olan bireylerin dışındaki kişilerin yanısıra durumu olan kişi tarafından da içselleştirilebileceğini ve içsel damgalama oluşturduğunu göstermektedir (Ahmedani 2011). İçsel stigma; insanların kendilerini yargıladıkları bir iç değerlendirme süreci olup, insanlar önyargıları içselleştirdikleri ve kendilerine ayırım yaptıkları zaman meydana gelir. Bu yargı, toplumsal normlardan gelen mesajların bir sonucu olabilir, ama nihayetinde kendisine karşı yargıyı yaratan durumu yaşayan bireydir. Bu yargı; utanç duygusu, düşük özgüven, umutsuzluk ve nefret duygusu oluşturur (Overton ve Medina 2008, Corrigan ve ark. 2009, Ahmedani 2011, Del Casale ve ark. 2013, Gerlinger ve ark. 2013, Biffu ve Dachew 2014, Corrigan ve Bink 2016, Mohtashami 2018).

Stigma, özellikle şizofreni ve bağımlılıklardan etkilenen hastalar, aileleri ve hatta temas ettikleri sağlık tesisleri dahilinde olanlar tarafından sıklıkla algılanmaktadır (Del Casale ve ark. 2013, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017). Ancak, stigmanın özellikle ruhsal sağlık veya madde kullanım bozukluklarına odaklanmadığını, ırk, cinsiyet ve cinsel yönelim dahil çeşitli kökenden bireylere yönelik olabileceğini kabul etmekte önemlidir (Ahmedani 2011).

2.2.2. Nedenleri

Ruhsal hastalıklara yönelik çeşitli coğrafyadaki ülkelerdeki bireyler, aileler, kültürler ve etnik kökenlerde farklı ve değişik şekil ve şiddette, yüzlerce yıldır küresel bir

şekilde devam eden olumsuz tutumlar görülmektedir (Aker ve ark. 2002, Pescosolido 2013, Bifftu ve Dachew 2014). Kültürel ve dinî öğretiler, özellikle hastalığın kökeni ve doğası öncelikli olmak üzere ruhsal hastalık hakkındaki inançları etkiler ve tutumları şekillendirir (Bifftu ve Dachew 2014). Mevcut kuramsal modeller ruhsal sağlık damgalanmasını klişeler, bilgi sorunları (cehalet veya yanlış bilgilendirme), tutum sorunları (önyargı) ve davranış sorunları (ayrımcılık) gibi birbiriyle ilişkili birkaç bileşeni içeren karmaşık bir fenomen olarak kavramsallaştırmaktadır (Corrigan ve Bink 2016, Świtaj ve ark. 2016, Mohtashami 2018). Ruhsal bozukluğa yönelik stigma davranışları belirgin olarak 3 yaş civarında görülmeye başlar ve edinilen bilgiler sonucunda gelişim sürecinde önyargıların oluşmasına neden olur. Önyargılar istenmeyen bir şeye yönelik olumsuz görüş ve tutumlar olup, sosyal mesafe ile görülür olmaktadır (Aker ve ark. 2002). En yaygın stigmatize edici önyargılar; ruhsal bozukluğu olan kişilerin davranışları nedeniyle hastalıklarından sorumlu oldukları, tehlikeli ve öngörülemez oldukları, hastalarla iletişim kurmanın zor olduğu inancıdır (Aker ve ark. 2002, Ahmedani 2011, Del Casale ve ark. 2013, Corrigan ve Bink 2016, Świtaj ve ark. 2016, Bravo-Mehmedbašić ve Kućukalić 2017).

Stigmanın öğrenilmesinin ve sürdürülmesinin bir yolu medyadan geçer. Medya, halkın ruhsal hastalıklar hakkında en önemli bilgi kaynaklarından birisidir. Corrigan, River ve arkadaşlarının (2001) çalışmaları sonucunda; çalışmaya katılanların % 90'ı ruhsal hastalıklara yönelik bilgilerinin çoğunu kitle iletişim araçlarından öğrendiklerini belirtmiştir (Overton ve Medina 2008).

Ayrıca, yaşı büyük olanlarda (Pescosolido 2013, Mohtashami 2018), erkeklerde (Pescosolido 2013), bekârlarda (Pescosolido 2013), çocuk sahibi olmayanlarda (Pescosolido 2013), düşük ekonomik / sosyal sınıfta olanlarda (Mohtashami 2018), eğitim düzeyi düşük olanlarda (Pescosolido 2013, Bifftu ve Dachew 2014, Mohtashami 2018), psikiyatrik hastalık ya da hasta ile ilgili bilgisi ya da teması olmayanlarda (Pescosolido 2013, Mohtashami 2018), ruhsal sağlık okuryazarlığı düşük olanlarda (Pescosolido 2013, Mohtashami 2018) ruhsal hastalığa yönelik stigmatizasyonun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Hastalık süresi bir yıldan fazla olan hastaların bir yıldan az olanlara göre

damgalanmasın üç kat fazla olduğu (Bifftu ve Dachew 2014), ilaçlara uyum güçlüğü yaşayan hastaların daha fazla damgalandığı da (Bifftu ve Dachew 2014) görülmektedir.

2.2.3.Etkileri

Stigma sürecinden kaynaklanan ruhsal hastalığı olan insanlara yönelik engeller ve olumsuz davranışlar onları büyük ölçüde etkilemekte ve olanaklarını önemli ölçüde sınırlandırmaktadır (Overton ve Medina 2008). Hastanın ve akrabalarının yaşam kalitesinde azalma (Del Casale ve ark. 2013, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017, Mohtashami 2018), bireylerin duygu ve deneyimlerini sözlü hale getirmelerinde ve yardım arama davranışlarında azalma (Del Casale ve ark. 2013, Bifftu ve Dachew 2014, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017, Mohtashami 2018), tedavi ve bakım alma hizmetinde gecikme (Del Casale ve ark. 2013, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017) ve yetersizlik (Overton ve Medina 2008, Bifftu ve Dachew 2014, Mohtashami 2018), hastalarda uyumsuzluk artışı, ilerleme ve artan nüks oranları, ilerleyici beyin hasarı (Bifftu ve Dachew 2014, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017, Mohtashami 2018), istihdam eksikliği (Overton ve Medina 2008, Bifftu ve Dachew 2014, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017), işe almada ayrımcılık (Overton ve Medina 2008, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017), sosyal dışlanma (Mohtashami 2018) ya da sosyal izolasyon (Bifftu ve Dachew 2014, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017), rehabilitasyon ve yeniden bütünleşmede gecikme (Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017), intihar riskinde artma (Del Casale ve ark.2013), daha genç yaşta ve artan mortalite (Corrigan ve Bink 2016, Mohtashami 2018), destek sisteminde azalma (Overton ve Medina 2008), daha düşük bir öz-yeterlilik ve benlik saygısı (Overton ve Medina 2008, Bifftu ve Dachew 2014, Mohtashami 2018) ve ekonomik kayıp (Bifftu ve Dachew 2014) ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigmanın sonuçlarındandır. Johnstone'a (2001) göre, bütün devletlerin üçte biri, ruhsal sağlık tanısı konulan bireylerin seçmeli görevlerde bulunma veya jüri üyeliği yapma hakkını kısıtlamaktadır ve yarısı da çocuk velayeti haklarını kısıtlamaktadır (Overton ve Medina 2008). Nüfus temelli bir örneklemde 17 yıl boyunca toplanan ölüm verileri incelenmiş ve ruhsal hastalığı olan kişilerin genel nüfustaki ortalamadan 8.2 yaş daha genç öldüğü belirlenmiştir (Corrigan ve Bink 2016). Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik görülen stigmaya bağlı, ruhsal bozukluğu olan kişilerin sadece % 30'unun tedavi

istediği belirlenmiştir. Ayrıca; stigma nedeniyle sağlıkta önleme, tedavi, rehabilitasyon ve araştırma mali kaynaklarının en çok psikiyatride kesildiği görülmektedir (Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017).

2.2.4. Stigmayı Azaltmaya Yönelik Girişimler

Damgalayıcı tutum ve davranışların değiştirilmesi çok zordur (Overton ve Medina 2008, Corrigan ve Bink 2016). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik klişelerin ve önyargılı davranışların azaltılması bu bireylere yönelik birçok fırsat yaratabilir. Anti-stigma programlarının amacı, ruhsal bozukluk belirtileri olan kişilerin topluma kazandırılması ve yeniden entegrasyonun sağlanmasıdır (Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017).

Dünya Psikiyatri Birliği ve DSÖ, damgalanma ve ayrımcılığın üstesinden gelmeyi kolaylaştıracak küresel kampanyalar ve uygulamalar yürütmektedir. Büyük ölçekli medya kampanyaları, kısa eğitim programları, sosyal iletişim, filmler ve simülasyonlar dahil olmak üzere, ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanmasını azaltmak için ulusal ve yerel düzeyde birçok müdahale türü geliştirilmiştir (Mohtashami 2018). Ruhsal hastalığı olan insanlarla ilgili damgalanmayı azaltmaya yardımcı olmak için değişimi teşvik edebileceğini öne sürülen protesto, eğitim ve teması içeren üç alan vardır: (Overton ve Medina 2008, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017).

Protesto, ahlakî öfkeye itiraz etme girişimidir. Protesto herkese açık bir kampanyada veya bireysel diyaloglarda kullanılabilir. Protestolarda, daha etkili olmak için medya da kullanılmalıdır (Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017). Fakat iyi yapılmadığında, istenmeyen düşünceleri akıldan uzak tutma girişimi, bu düşünceleri daha da ısrarcı hale getirebilir (Overton ve Medina 2008, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017).

Eğitim, damgalanmayı azaltmak için kullanılan bir başka yöntemdir. Eğitim, önyargıların ve davranışların dayandığı yanlış olumsuz inançların veya mitlerin tersine, kesin bilgiler içermelidir. Sosyal beceriler üzerinde çalışma fırsatı sağlaması bakımından ruhsal bozuklukları olan bireylerin aktif olarak dâhil olmaları gerekir (Overton ve Medina 2008, Bravo-Mehmedbašić ve Kučukalić 2017). Ruhsal hastalık hakkında bilgi sağlayan

kampanyaları, sosyal stigmatın üstesinden gelmeye yardımcı olabilir. Bu tür kampanyalar okullara, genel kamuoyuna veya tıp doktorları (özellikle ruhsal hastalığı olanlarla teması olanlar) ve sağlık çalışanları gibi belirli meslek kategorilerine odaklanabilir ve belirli bir popülasyonu hedefleyebilir. “Sessizliği Kırma;” “Gelecek Nesil Ruhsal Hastalıkları ile Mücadele” gibi müfredatlar gibi ilkökul, ortaokul ve lise gibi belirli okul yaş aralıklarının ihtiyaçlarına göre uyarlanabilir (Del Casale ve ark. 2013, Corrigan ve Bink 2016). Ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşam olanaklarını artıran kilit güç pozisyonlarında insanlar tarafından yapılabilecek eğitsel çabalar yine ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalayıcı tutum ve davranışları azaltan yaklaşımlardandır. İşverenler, ev sahipleri, sağlıkçılar, inanç temelli topluluk liderleri, yasa koyucular, öğretmenler, hak savunucuları ve medya çalışanları gibi bireyler güç pozisyonundaki insanlardır (Corrigan ve Bink 2016).

Temas: Önyargıyı azaltmada etkili bir araç olarak kabul edilmiştir (Corrigan ve Bink 2016). Bir kişi damgalanmış bir grupta ne kadar kişisel temas kurarsa, sahip olacağı damgalayıcı tutum o kadar az olacaktır. İşbirlikçi temaslar da önemlidir, çünkü insanlar ortak hedeflere doğru birlikte çalıştıkları için, kalıplaşmış kalıplar daha kolay yer değiştirir. Ruhsal hastalığı olan biriyle asgari temasın bile damgalayıcı inançları değiştirebileceği desteklenmektedir. Toplam temas arttıkça, tehlike algısı ve sosyal mesafeyi korumaya çalışmak azalmaktadır (Overton ve Medina 2008). İn vivo olarak veya kamu hizmeti şeklinde temas; kısa ses ve / veya video spotları gibi sosyal medya kampanyalarının izleyicileri harekete geçiren ve yönlendiren mekanizma görevi gören bazı ortamlar aracılığıyla sağlanabilir (Corrigan ve Bink 2016). 15 dakikalık bir video kadar kısa temas bile ruhsal hastalıklar hakkındaki mitleri ortadan kaldırabilir (Overton ve Medina 2008). Hem eğitim hem de temasın değişimi ortaya çıkarmak için etkili olduğu bulunmasına rağmen, temasın damgalanmada daha fazla azalma sağladığı belirlenmiştir. Ayrıca, hastalık ve iyileşme hikâyelerini anlatan ve topluma daha aktif olarak katılım sağlayan kişilerin diğerleri üzerinde önemli bir etkisi vardır (Corrigan ve Bink 2016).

2.2.5. Damgalama İle Mücadelede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Bakım hizmeti sağlayıcıları ve savunucuları olarak, hemşireler hastaların damgalanması ile başa çıkmalarına yardımcı olmak ve bütüncül bakım sağlama amacına

ulaşmak için etkili müdahaleler geliştirmede iyi bir konuma sahiptir (Bostancı 2005). Stigma ile mücadelede aşağıdaki müdahaleler uygulanabilir:

Kendini Tanıma: Hemşireler, hastalara olan yaklaşım ve tutumları ile toplum için birer rol modelidir. Bu nedenle ilk olarak kendi tutumlarını gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir (Sarıkoc 2011). Kronik hastalık tanısı konan durumun ve etkilerin farkında olmak, sağlık çalışanının potansiyel olarak damgalama koşullarını önleme, azaltma veya bunlarla başa çıkma stratejileri geliştirmesi için hasta ile birlikte çalışmasını sağlar (Stuenkel ve Wong 2013).

Erken Tanı ve Danışmanlık: Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında erken tanı ve tedavi ile ilgili olarak yapılacak hemşirelik girişimleri ile ruhsal hastalıklar erken dönemde belirlenebilir, tedavi süreci kısaltılabilir ve ruhsal sorunu olan bireylerin ve ailelerinin damgalanma sorunları daha erken dönemde farkedilebilir ve önlenir. Ruh sağlığı hemşiresinin danışmanlık girişimleri, damgalanmanın bireyler üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilir (Bostancı 2005, Sarıkoc 2011).

Karşılıklı Katılım Modeli: Sağlık hizmetlerinin sunulma şekli damgalanmanın etkilerini artırabilir veya azaltabilir. Bir hastanın sağlık kararları alma sürecine katılımını teşvik etmek, o kişiye kabul ve saygı gösterilmesidir. Hasta katılımını artıran herhangi bir bakım sunumu, kişinin kendi kendine değer algısını artırır ve damgalanmanın etkisini azaltır (Stuenkel ve Wong 2013).

Bilgilendirme/egitim yaklaşımları: Damgalamanın azaltılması için hastalığa yönelik bilgilendirici hizmet içi seminerlerin düzenlenmesi ve bunların periyodik aralıklarla gerçekleştirilmesi de hastalara karşı damgalamayı azaltacaktır. Halka açık panel, seminer, konferans gibi toplantılar düzenleyerek ya da bunlara destek vererek damgalama ve ayrımcılığa karşı mücadeleye katkı sağlayabilirler (Bostancı 2005, Çam ve Çuhadar 2011, Sarıkoc 2011). Okullar, birlikler ve cami/kilise grupları, pek çok pozitif değeri ve niteliği olan kurumlar ideal ortamlardır (Stuenkel ve Wong 2013).

Savunuculuk: Hemşireler anti-stigma kampanyalarına katılarak ruhsal hastalıkların yanlış tasvir edilmesini protesto ederek ve ruhsal bozuklukların tedavisini destekleyerek damgalamayı azaltma girişiminde bulunabilirler (Çam ve Çuhadar 2011).

Etkilenen gruplar ile etkileşim: Sosyal damgalamanın hastanın yaşantısında yarattığı etkilerden kutulmasının diğer bir olu etkilenen gruplarla etkileşime girilmesidir (Oran ve Şenuzun 2008).

Duyguları yazma modeli: Yazım bazen insanların düşüncelerini düzenlemelerine ve pratik çözümler üretmelerine yardımcı olur. Günlük tutma stratejisi, sağlık hizmeti sağlayıcısı, bireylerin içsel stigma algılarını değiştirmelerine yardımcı olabilir (Stuenkel ve Wong 2013).

Bilişsel-Davranışçı terapi: Hemşireler hastalarının yaşamlarındaki olumlu olaylar ve deneyimlerin yanı sıra hastalıkla mücadelede içsel güçlerini ve potansiyellerini belirleyerek özgüvenlerini geliştirmelerine, kişilerarası becerileri ve kabiliyetlerini geliştirmeye, iletişim becerilerini geliştirmeye ve esnekliğe ve stigma ile mücadele yöntemlerini geliştirmelerine yardımcı olabilir (Stuenkel ve Wong 2013).

Sosyal desteği geliştirme: Hastalarla iletişim kurmak, damgalanma deneyimini azaltmak için etkili bir önlem olabilir. Hastalarla destekleyici iletişim ve psikolojik durumlarının bilinciyle, korku ve ayrımcılık duyguları azaltılabilir. Bu ayrıca, hastaların ailelerine ve iş yerlerine dönmelerine ve topluluklarının bir parçası olmalarına yardımcı olabilir (Stuenkel ve Wong 2013).

Kendi kendine yardım grupları: Aynı damgaları paylaşanlar damgalama ile yaşayan diğer bir kişiye, kabul ve ahlâki destek sunabilirler. Damgalamayı paylaşan diğerleri, hem kronik rahatsızlığı olan hem de aileleri için bir kabul ve destek kaynağıdır (Stuenkel ve Wong 2013).

3. MATERYAL METOD

3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, bir devlet üniversitesi hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine üç farklı yöntemle verilen şizofreni eğitiminin sosyal mesafeye ve tutuma etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma, tek merkezli ve randomize olarak gerçekleştirildi. Araştırmada yarı-deneyssel, ön test-son test, kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü model kullanıldı.

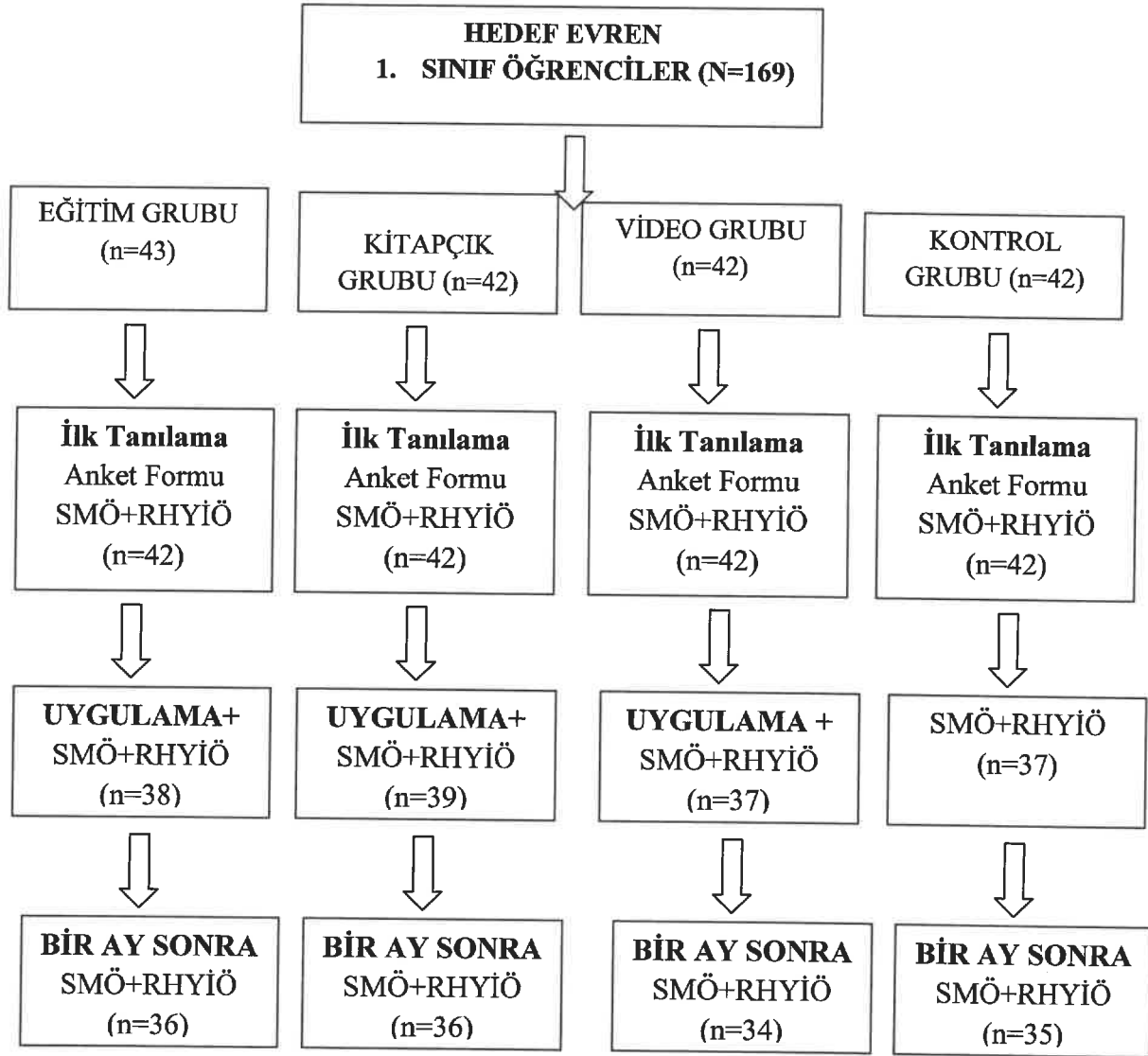
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Zamanı ve Yeri

Araştırma, Şubat 2017-Ocak 2020 arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın uygulanması ve veri toplanması ise 20.03.2017-22.05.2017 tarihleri arasındadır.Araştırma bir devlet üniversitesinin çalışmanın yapıldığı günlerde devamsızlığı olmayan hemşirelik birinci sınıf öğrencileri ile gerçekleştirildi. Araştırmanın yapılmasında bir devlet üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Konferans Salonu ve derslikleri kullanıldı.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreninibir devlet üniversitesinin hemşirelik birinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır (N=169). Katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilip, araştırmaya örneklem seçimi yapılmadan katılımı kabul eden tüm öğrencilerin alınması planlandı. Öğrenci işlerinden sınıf listesi temin edilip ve okuldaki araştırma kapsamı dışında farklı bir öğretim üyesinden çalışma desenine göre sınıf listesi verilip bu listeyi 4 gruba ayırması istendi (1. Grup: Eğitim Grubu, 2. Grup: Kitapçık Grubu, 3. Grup: Video Grubu ve 4. Grup: Kontrol Grubu). Sınıf çalışma desenine göre gruplara ayrıldıktan sonra 20-26 Mart 2017 tarihleri arasında sınıfta bulunan 169 öğrenciye uygulama öncesindeki sırasıyla Anket Formu, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) ve Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) uygulandı. 17-21 Nisan 2017 tarihleri arasında 169 öğrenciden o gün devamsızlık yapmayan ve katılımı kabul eden 151 öğrenciye uygulama yapılarak uygulamadan hemen sonra tekrar RHYİÖve SMÖuygulandı. Her dört grubun 1 ay sonra tekrar ölçek uygulaması ile izlemleri yapıldı. Araştırma 141 öğrenci ile tamamlandı.Bu süre zarfında öğrenciler eğitim konusu ile ilgili herhangi bir materyale ulaşmaması ve

birbirlerine bilgi verilmemesi şeklinde uyarılıp ve sözlü onamları alındı. Randomizasyon şeması ve çalışma deseni Şekil 3'te gösterildi.



Şekil 3. Randomizasyon Şeması ve Çalışma Deseni

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Çalışmanın yapıldığı dönemde ilk kez kayıt yaptıran hemşirelik birinci sınıf öğrencisi olmak,

- İşitme sorunu olmamak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket formu, SMÖ ve RHYİÖ kullanıldı.

Anket Formu (EK 1): Araştırmacılar tarafından, literatür çalışması yapılarak demografik ve hastalığa özgü soruları içeren yarı yapılandırılmış anket formu oluşturulmuştur (Bostancı 2004, Ahmedani 2011, Çam ve Bilge 2011, Kalra 2012a, Oban ve Küçük 2012, Bilge ve ark. 2013, Del Casale ve ark. 2013, Kalra 2013, Demirören ve ark. 2015, Kara 2015, Danacı ve ark. 2016). Anket formu “bireysel özellikler”, “sağlık / hastalık durumu” ve “psikiyatri hastalarına yönelik tutumu belirleyen özellikler” olmak üzere üç bölüm ve 21 sorudan oluşmaktadır.

Bireysel Özellikler: Yaş, cinsiyet, aile tipi, yetiştiği sosyal çevre, sosyo-ekonomik düzey, medeni durum, anne-baba eğitim düzeyini belirleyen sorulardan,

Sağlık / Hastalık Durumu: Ruhsal hastalık öyküsü, ruhsal tedavi öyküsü, ruhsal hastalığa yönelik aile öyküsü, psikiyatri hastasıyla karşılaşma durumu,

Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumu Belirleyen Özellikler: Psikiyatri hastalıkları ile ilgili ders alma ve psikiyatri stajı yapma durumu, ruhsal sağlık sorunları hakkında bilgi düzeyi ve bilgi kaynakları, ruhsal sorunlu bireylere yönelik yaşanan duygular, ruhsal bozukluğa yönelik yardım arayabileceği yollar, ruhsal hastalık gruplandırması, ruhsal hastalık neden tanınması, ruhsal sağlık sorunu olan bireylerin başarısına yönelik düşüncelerinden oluşmaktadır.

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) (EK 2): Bu ölçek, Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Bilge ve Çam tarafından 2008 yılında yapılmıştır. RHYİÖ’de ruhsal hastalık, “psikotik” ya da “psikotik olmayan” şeklinde gruplandırılmamış ve genel olarak alınmıştır. Ölçek maddeleri, “ruhsal hastalık” ve “ruhsal hastalığı olan birey” şeklinde genel ifadelerle ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik inancı değerlendirmektedir. RHYİÖ; 21 maddeden oluşan 6’lı likert tipi bir ölçek olup, Tamamen katılmıyorum: 0 ile Tamamen katılıyorum: 5 arasında puanlanmaktadır.

Ölçek üç Tehlikelilik, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Utanma olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır: *Tehlikelilik Alt Ölçeği* : Bu alt ölçek ruhsal hastalıkları ve hastaların tehlikeli olarak değerlendirmeyi gösterip; 1.,2.,3.,4.,5.,6.,7.,13. maddeleri içermektedir. *Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği*: Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkilemesi ve buna bağlı oluşan çaresizliği içerir. Alt ölçek 8.,9.,10.,11.,14.,16.,17.,18.,19.,20. ve 21.maddeleri içermektedir. *Utanma Alt Ölçeği*: Bu alt ölçek ruhsal hastalık nedeniyle bireylerde utanma duygusu oluştuğunu gösterip; 12. ve 15. maddeleri içermektedir. Ölçekteki ifadeler ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inançları içerdiğinden; ölçekten alınan puan yükseldikçe ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç düzeyi de yükselmektedir. Bilge ve Çam (2008)'ın geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçek toplam Cronbach's Alpha katsayısı .82, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği .80, Tehlikelilik alt ölçeği .71 ve Utanma alt ölçeği .69 olarak bulunmuştur. (Bilge ve Çam, 2008).

Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ)(EK 3):1991 yılında Arkar tarafından geliştirilen SMÖ, 14 sorudan oluşmaktadır. Amaç; verilen psikiyatrik vakaya yönelik sosyal mesafeyi ölçmeyi değerlendirmektedir. Vakada psikiyatrik tanı verilememiştir. Ölçek; “Kesinlikle rahatsız etmez: 1” ile “Kesinlikle Rahatsız eder: 7” arasında derecelendirilen 7’li Likert tipinde bir ölçektir. Ölçek; toplam puan üzerinden değerlendirmekte olup ölçekten alınan puanın yükselmesi sosyal mesafenin daha fazla olduğu anlamına gelmektedir. Arkar’ın geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 bulunmuştur (Arkar, 1992).

Bu araştırmada, kullanılan veri toplama araçlarına yönelik Cronbach’s Alpha değerleri Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4.Veri Toplama Araçlarının Cronbach's Alpha Değerleri

Veri Toplama Araçları		Cronbach's Alpha Değerleri		
		Uygulama Öncesi	Uygulamadan Hemen Sonra	Uygulamadan Bir Ay Sonra
RHYİÖ	<i>Tehlikelilik Alt Ölçeği</i>	0.75	0.76	0.82
	<i>Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği</i>	0.77	0.74	0.75
	<i>Utanma Alt Ölçeği</i>	0.74	0.69	0.79
	<i>TOPLAM</i>	0.83	0.79	0.85
SMÖ		0.91	0.92	0.92

3.6. Araştırma Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: RHYİÖ, SMÖ puanları

Bağımsız değişkenler: 3 farklı eğitim yöntemi ile yapılan uygulama

3.7. Araştırma Uygulaması

Araştırma 20.03.2017-22.05.2017 tarihleri arasında uygulandı. İlk olarak öğrenciler dört gruba ayrıldı (1. Grup: Eğitim Grubu, 2. Grup: Kitapçık Grubu, 3. Grup: Video Grubu ve 4. Grup: Kontrol Grubu). Uygulama öncesi gruplardaki araştırmayı kabul eden tüm öğrencilere anket formu, SMÖ ve RHYİÖ uygulandı. Her dört grubun uygulama sonrası hemen ve 1 ay sonra izlemleri yapılarak ölçekler tekrar uygulandı.

Eğitim Grubu öğrencilerine; araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu hazırlanan (NeuroSciences Şizofreni-Sorular ve Yanıtlar Kitapçığı, Özel Nöropsikiyatri Hastanesi Şizofreni Psikoeğitim Kitapçığı, Pfizer Şizofreni Destek Programı Hasta ve Hasta Yakını Kitapçığı, Yıldız 2007) şizofreni (tanımı, belirtileri, sıklık ve görülme yaşı, nedenleri, çeşitleri, seyri, tedavisi, sonlanış ve gidiş özellikleri, şizofreni ve hastaları hakkında yanlış düşüncelerden oluşan 98 slaytlık power-point ile bilgi sunulması (dedüktif) ve tartışılması gereken önemli bir konu olup olmadığının sorulmasından (indüktif) oluşan 40-50 dakikalık 2 grup şeklinde eğitim verildi. Eğitim slaytları EK 4'te sunulmuştur.

Kitapçık öğrencilerine; araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu hazırlanan (NeuroSciences Şizofreni-Sorular ve Yanıtlar Kitapçığı, Özel Nöropsikiyatri Hastanesi Şizofreni Psikoeğitim Kitapçığı, Pfizer Şizofreni Destek Programı Hasta ve Hasta Yakını Kitapçığı, Yıldız 2007) şizofreni7 sayfalık şizofreni tanımı, belirtileri, sıklık ve görülme yaşı, nedenleri, çeşitleri, tedavisi, sonlanmış ve gidiş özellikleri ve şizofreni ve hastaları hakkında yanlış düşüncelerden oluşan kitapçık verildi. Hazırlanan kitapçık ve içeriği EK 5'te gösterilmektedir.

Video Grubu öğrencilerine; şizofreniyle ilgili 134 dakikalık bir film olan “Akıl Oyunları (A Beautiful Mind)” filmi izletildi. Akıl Oyunları filmi, aynı isimdeki kitaptan senaryolaştırılmıştır. 2001 yapımı, geliştirdiği oyun teorisi ile iktisat-ekonomi alanında Nobel ödülü alan matematik profesörü John Nash'in biyografisi işlenmiş olup; paranoid şizofreni, halüsinasyon ve hezeyanlar başta olmak üzere belirtileri, tedavisi, prognozu, sosyal desteğin önemi, hastaların hastalığa farmakolojik ve psikososyal tedavi uyumuyla eski işlevselliklerine dönebilecekleri, ruhsal hastalıklara sahip olmanın çalışmaya engel olmadığı ve bu hastaların ödül de alabileceği (Nobel Ödülü) anlatılmıştır. Akıl oyunları filmi damgalama mücadelesinde çeşitli araştırmalarda kullanılmıştır (Rosenstock 2003, Altındağ ve ark. 2006, Kalra 2011, Oban ve Küçük 2012, Hankir ve ark. 2015, Petkari 2017).

Kontrol Grubu öğrencilerine; sadece uygulama öncesi, uygulamadan hemen sonrası ve uygulamadan bir ay sonra araştırma için kullanılan formlar doldurtuldu.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanılarak analiz edildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (yüzdelik hesaplamalar, ortanca, ortalama, standart sapma) kullanıldı. Grupların uygulama aşamalarına göre puan karşılaştırmalarında One Way Anova ve Tukey Posthock testi; grupların uygulama yöntemlerine göre puan farklılıklarını karşılaştırmada tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (ANOVA) ve Bonferroni Posthock testleri kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde bir devlet üniversitesinden 01.02.2017 tarih ve 80576354-050-99/ 20sayı numaralı etik kurul izni (EK 6), araştırmanın yapılacağı üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan 20.02.2017 tarih ve 81829502/900/59sayılı yazı ile yazılı izin (EK 7), kullanılacak ölçeklerin geçerlik ve güvenirliğini yapan bireylerden ölçeklerin kullanılması için izin (EK 8) alındı. Öğrencilere araştırma öncesi açıklama yapılarak araştırmanın amacı, uygulanması, istediklerinde araştırmadan ayrılma hakları olduğu anlatılarak yazılı onamları alındı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın çalışma grubu ve araştırma sonuçları Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik birinci sınıf öğrencileri ile sınırlıdır.
2. Araştırmaya katılan bireylerin sosyal mesafe ve tutumu ölçeklerde yer alan maddeler ile sınırlıdır.
3. Araştırma sonuçları, çalışmada kullanılan istatistiksel teknikler ile sınırlıdır.
4. Ruhsal hastalığı olan ve tedaviden fayda görmüş kişilerle iletişim sağlanmaması, küçük gruplar ile temas oluşturularak damgalamaya yönelik mitlerin ve dinamiklerin tartışılmaması bu araştırmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Tablo 5.Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri (n=141)

Sosyodemografik Özellikler	TOPLAM	
	n	%
<i>Cinsiyet</i>		
Kız	92	65.2
Erkek	49	34.8
<i>Aile tipi</i>		
Çekirdek aile	93	66.0
Geniş aile	48	34.0
<i>Yaşamın çoğunu geçirdiği yer</i>		
Kentsel	98	69.5
Kırsal	43	30.5
<i>Sosyo-ekonomik düzey</i>		
İyi	23	16.3
Orta	109	77.3
Kötü	9	6.4
<i>Medeni durum</i>		
Bekâr	141	100.0
Evli	0	0
Boşanmış/Dul	0	0
<i>Anne eğitim durumu</i>		
Okur-yazar değil	44	31.2
İlkokul mezunu	63	44.7
Ortaokul mezunu	20	14.2
Lise mezunu	11	7.8
Yüksekokul/üniversite	3	2.1
<i>Baba eğitim durumu</i>		
Okur-yazar değil	12	8.5
İlkokul mezunu	49	34.8
Ortaokul mezunu	36	25.5
Lise mezunu	26	18.4
Yüksekokul/üniversite	18	12.8

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında (Tablo 5); grubun çoğunluğunun kız (% 65.2), çekirdek aileye sahip (% 66.0), yaşamının çoğunu kentsel bölgede geçiren (% 69.5), orta düzeyde sosyo-ekonomik durumu olan (% 69.5), bekar olan (% 100), annesi ilkokul mezunu (% 44.7) ve babası ilkokul mezunu (% 34.8) olan öğrencilerden oluştuğu görülmektedir.

Tablo 6.Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Öyküleri (n=141)

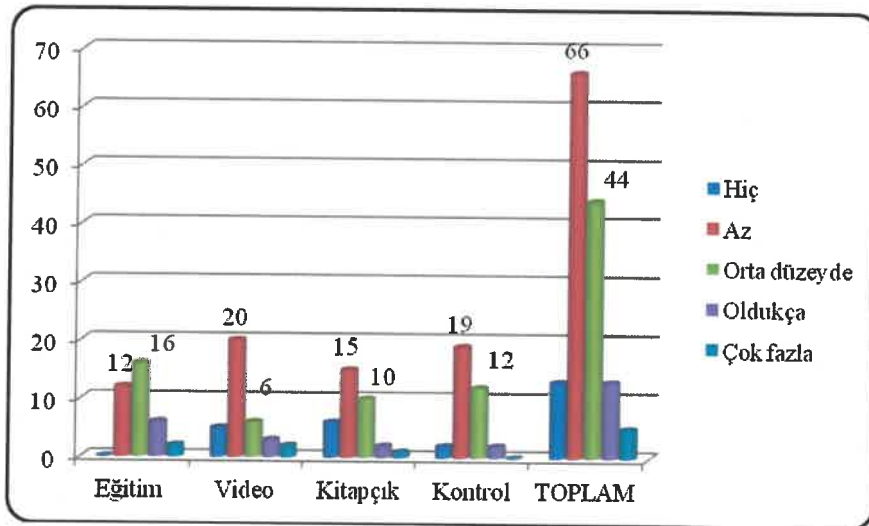
Ruhsal Hastalık Öyküleri	TOPLAM	
	n	%
<i>Yaşamın herhangi bir döneminde ruhsal hasta olma durumu</i>		
Evet	12	8.5
Hayır	129	91.5
<i>Ruhsal rahatsızlık için tedavi görme durumu</i>		
Evet	4	2.8
Hayır	137	97.2
<i>Ailede ruhsal rahatsızlık öyküsü</i>		
Evet	24	17.0
Hayır	116	82.3
Cevapsız	1	0.7

Öğrencilerin ruhsal hastalık öykülerine bakıldığında (Tablo 6); büyük çoğunluğunun ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı (% 91.5), herhangi bir psikiyatrik tedavi öyküsü olmadığı (% 97.2) ve ailesinde ruhsal hastalığı olan birey olmadığı (% 82.3) görülmektedir.

Tablo 7.Öğrencilerin Ruhsal Hasta/Hastalığa Yönelik Deneyimleri (n=141)

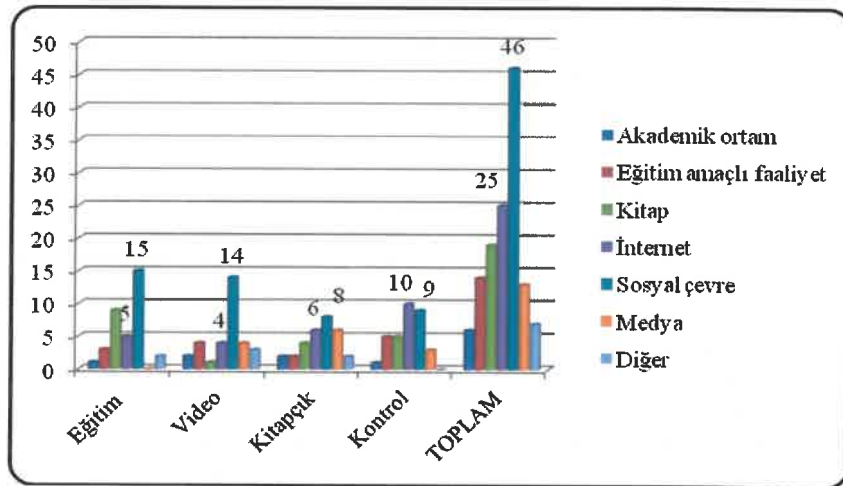
Ruhsal Hasta / Hastalığa Yönelik Deneyimler	TOPLAM	
	%	n
<i>Psikiyatri hastasıyla karşılaşma durumu</i>		
Evet	60	42.6
Hayır	80	56.7
Cevapsız	1	0.7
<i>Psikiyatri hastalıkları ile ilgili ders alma durumu</i>		
Evet	8	5.7
Hayır	133	94.3
<i>Psikiyatri stajı yapma durumu</i>		
Evet	1	0.7
Hayır	140	99.3

Öğrencilerin ruhsal hasta/hastalığa yönelik deneyimlerine bakıldığında (Tablo 7); yarısından fazlasının (% 56.7) psikiyatri hastasıyla karşılaşmadığı, büyük çoğunluğunun psikiyatrik hastalıklarla ilgili ders almadıkları (% 94.3) ve psikiyatri stajı yapmadıkları (% 99.3) görülmektedir.

Grafik 1. Öğrencilerin Ruhsal Sağlık Sorunları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri (n=141)

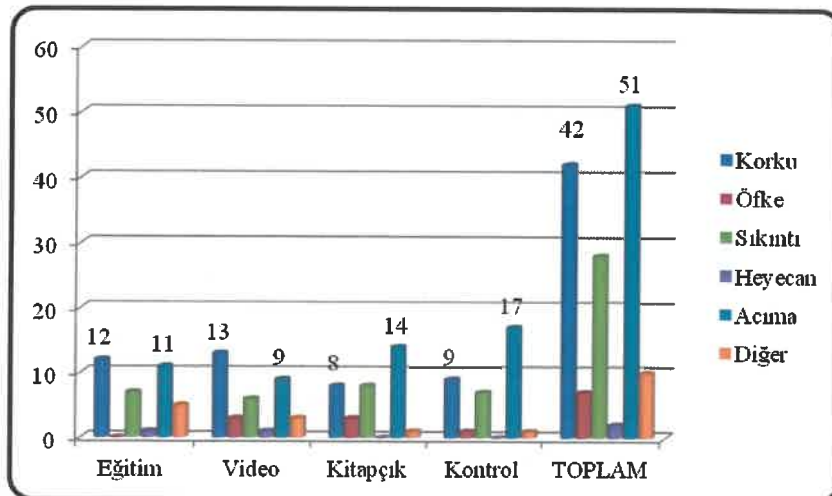
Öğrencilerin ruhsal sağlık sorunlarına yönelik bilgi düzeylerine bakıldığında (Grafik 1); ilk iki sırada sırasıyla az ve orta düzeyde bilgilerinin yer aldığı görülmektedir.

Grafik 2.Öğrencilerin Ruhsal Sağlık Sorunları Hakkındaki Bilgiyi Edindiği Kaynaklar (n=141)



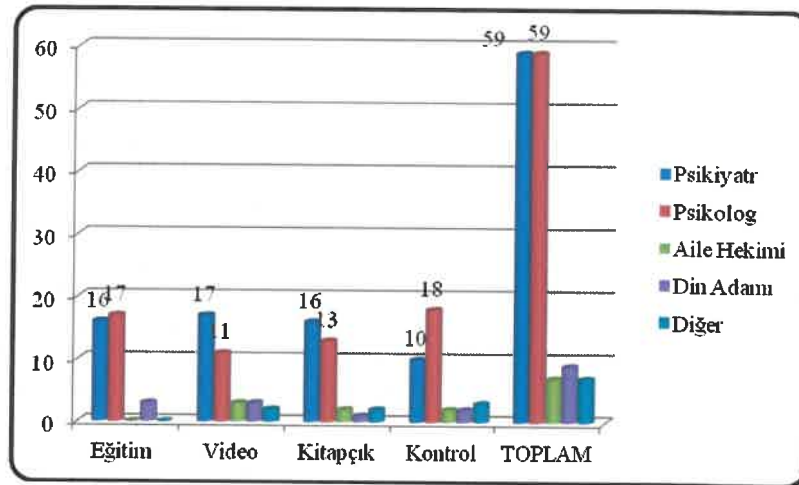
Öğrencilerin ruhsal sağlık sorunları hakkındaki bilgi edindikleri kaynaklara bakıldığında (Grafik 2); ilk iki sırada sırasıyla sosyal çevre ve internetin yer aldığı görülmektedir.

Grafik 3.Öğrencilerin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Karşı Hissettikleri Duyguların Dağılımı (n=141)



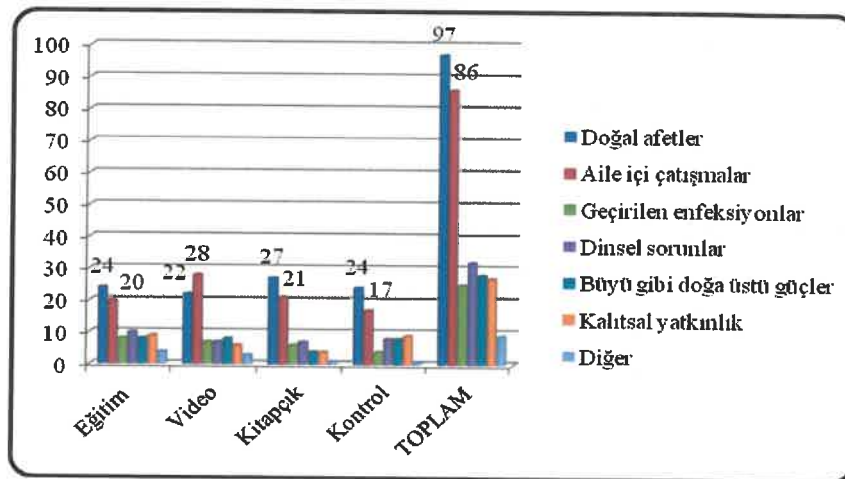
Öğrencilerin ruhsal sağlık sorunları olan bireylere karşı hissettikleri duyguların dağılımına bakıldığında (Grafik 3); ilk iki sırada sırasıyla acıma ve korkunun yer aldığı görülmektedir.

Grafik 4. Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Belirtisi Durumunda Öncelikle Başvurulacak Kişi Hakkında Düşünce Dağılımı (n=141)



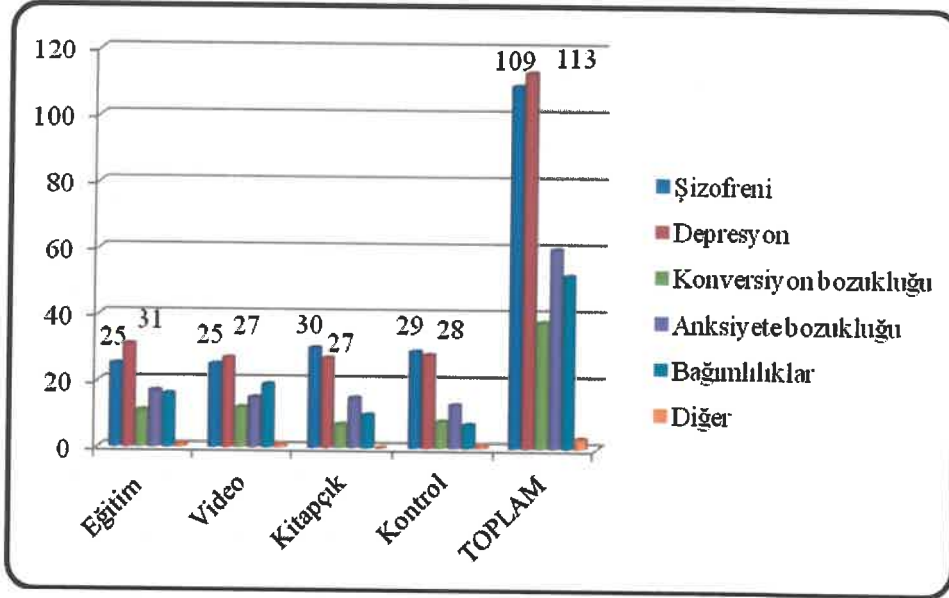
Öğrencilerin ruhsal hastalık belirtisi durumunda öncelikle başvurulacak kişi hakkında düşüncedağılımına bakıldığında (Grafik 4); ilk iki sırada psikiyatr ve psikoloğun yer aldığı görülmektedir.

Grafik 5. Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Nedenleri Hakkında Düşünce Dağılımları (n=141)



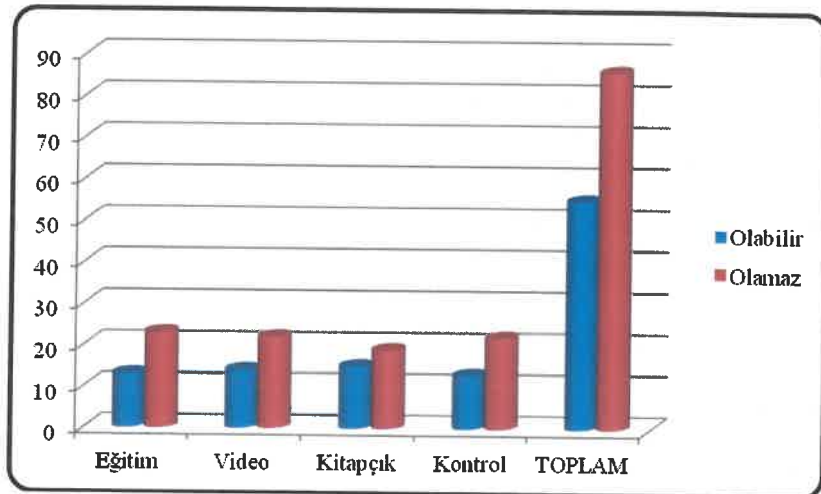
Öğrencilerin ruhsal hastalık nedenleri hakkında düşüncedağılımlarına bakıldığında (Grafik 5); ilk iki sırada doğal afetler ve aile içi çatışmaların yer aldığı görülmektedir.

Grafik 6.Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Türleri Hakkında Düşünce Dağılımları (n=141)



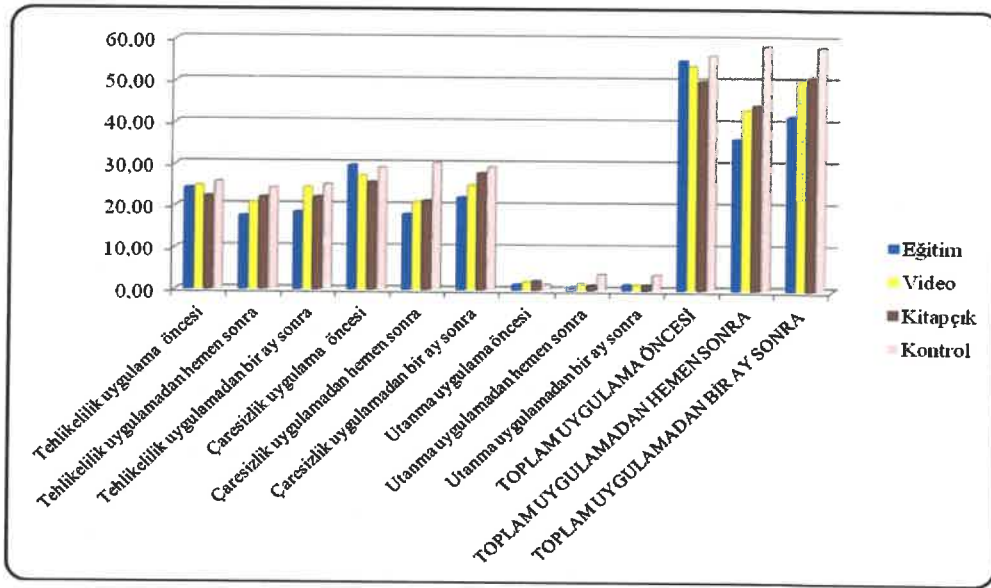
Öğrencilerin ruhsal hastalık türleri hakkında düşüncedağılımlarına bakıldığında (Grafik 6); ilk iki sırada depresyon ve şizofreninin yer aldığı görülmektedir.

Grafik 7.Öğrencilerin Ruhsal Sağlık Sorunu Olan Kişinin Başarısı Hakkında Düşünce Dağılımları (n=141)



Öğrencilerin ruhsal sağlık sorunu olan kişinin başarısı hakkında düşüncedağılımlarına bakıldığında (Grafik 7); çoğunlukla ruhsal bozukluğu olan kişinin başarılı olamayacağını düşündükleri görülmektedir.

Grafik 8.Uygulama Yöntemine Göre Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=141)



* Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA, Bonferroni Posthock

Grafik 8'e bakıldığında "Uygulama yöntemine göre öğrencilerin RHYİÖ'nden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılması" görülmektedir.

Tehlikelilik alt ölçeği puan ortalamasına bakıldığında: Eğitim grubunda bulunan öğrencilerin uygulama öncesi 24.11 ± 7.33 ; uygulamadan hemen sonra 17.45 ± 3.82 ; uygulamadan bir ay sonra ise 18.44 ± 4.80 olduğu ve uygulama sonrası puanlarının düştüğü ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=10.349$; $p=0.000$). Farkın nereden kaynaklandığına bakıldığında eğitim grubunda uygulama öncesi tehlikelilik alt ölçeği puan ortalamasının hem uygulamadan hemen sonra hem de uygulamadan bir ay sonraki puan ortalamasına göre istatistiksel olarak yüksek olduğu ancak uygulamadan hemen sonra ve uygulamadan bir ay sonrasına yönelik puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise istatistiksel olarak herhangi bir fark olmadığı görüldü. ($p>0.05$). Video grubunda bulunan öğrencilerin uygulama öncesi 24.63 ± 7.23 ;

uygulamadan hemen sonra 20.69 ± 5.99 ; uygulamadan bir ay sonra ise 24.19 ± 5.42 olduğu, hemen sonraki düşmeye yönelik aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=7.135$; $p=0.002$). Uygulamadan hemen sonra puan ortalamasının istatistiksel olarak uygulama öncesine göre düşük, uygulamadan bir ay sonrasına göre yüksek olduğu belirlendi. Yani bu alt ölçek için bu uygulama istatistiksel olarak sadece uygulamadan hemen sonra etkili olmuştur. *Kitapçık grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 22.23 ± 7.24 ; uygulamadan hemen sonra 22.00 ± 6.59 ; uygulamadan bir ay sonra ise 22.02 ± 8.46 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F=0.015$; $p=0.985$). *Kontrol grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 25.77 ± 7.61 ; uygulamadan hemen sonra 24.25 ± 7.15 ; uygulamadan bir ay sonra ise 25.14 ± 8.40 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F=0.643$; $p=0.532$).

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği puan ortalamasına bakıldığında: *Eğitim grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 29.58 ± 10.51 ; uygulamadan hemen sonra 17.91 ± 5.17 ; uygulamadan bir ay sonra ise 21.97 ± 6.67 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=24.171$; $p=0.000$). Eğitim grubu öğrencilerinin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği puanlarının uygulama öncesi grupta uygulamadan hemen sonra ve uygulamadan bir ay sonraya göre istatistiksel olarak yüksek olduğu, uygulamadan bir ay sonra yine uygulamadan hemen sonraya göre istatistiksel olarak yükseldiği görüldü. *Video grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 27.11 ± 9.42 ; uygulamadan hemen sonra 20.88 ± 4.77 ; uygulamadan bir ay sonra ise 24.88 ± 4.54 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=12.324$; $p=0.000$). Uygulamadan hemen sonra çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği puan ortalaması hem uygulama öncesine göre hem de uygulamadan bir ay sonrasına göre istatistiksel olarak daha düşük belirlendi. *Kitapçık grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 25.64 ± 9.48 ; uygulamadan hemen sonra 21.20 ± 6.75 ; uygulamadan bir ay sonra ise 27.85 ± 9.23 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=8.152$; $p=0.001$). Uygulamadan bir ay sonraki puan ortalamalarının uygulamadan hemen sonraki puan ortalamasına göre istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi. *Kontrol grubunda bulunan*

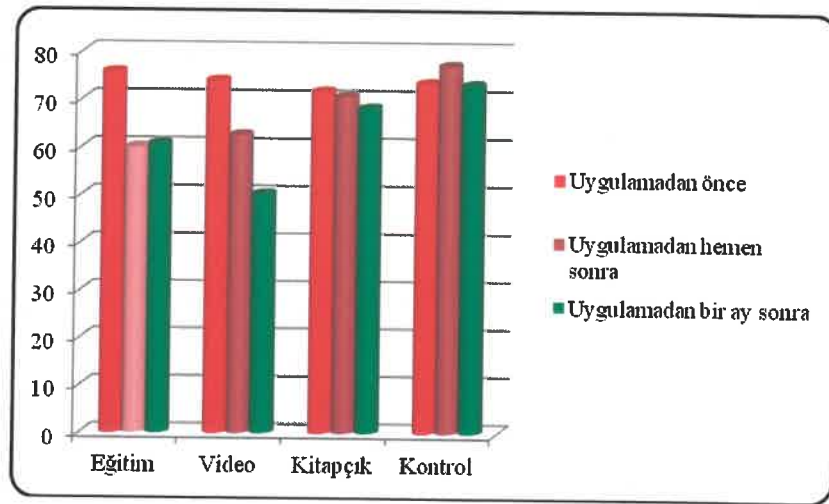
öğrencilerin uygulama öncesi 29.17 ± 8.97 ; uygulamadan hemen sonra 30.25 ± 7.81 ; uygulamadan bir ay sonra ise 29.34 ± 9.14 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F=0.341$; $p=0.712$).

Utanma alt ölçeği puan ortalamasına bakıldığında;*eğitim grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 1.19 ± 2.13 ; uygulamadan hemen sonra 0.69 ± 0.92 ; uygulamadan bir ay sonra ise 1.22 ± 1.26 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=3.325$; $p=0.048$). Farkın nereden kaynaklandığına bakıldığında eğitim grubunda uygulamadan bir ay sonra puan ortalamasının uygulamadan hemen sonraya göre istatistiksel olarak yükseldiği belirlendi. *Video grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 1.83 ± 1.50 ; uygulamadan hemen sonra 1.50 ± 0.73 ; uygulamadan bir ay sonra ise 1.22 ± 0.45 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F=1.200$; $p=0.307$). *Kitapçık grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 2.14 ± 2.52 ; uygulamadan hemen sonra 1.08 ± 1.11 ; uygulamadan bir ay sonra ise 1.17 ± 1.19 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=2.667$; $p=0.085$). Uygulama öncesi puan ortalamalarının hem uygulamadan hemen sonrası hem de bir ay sonrasına göre istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi. *Kontrol grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 1.31 ± 2.09 ; uygulamadan hemen sonra 3.82 ± 0.89 ; uygulamadan bir ay sonra ise 3.71 ± 0.82 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=29.787$; $p=0.000$). Farkın nereden kaynaklandığına bakıldığında uygulama öncesi puanın hem uygulamadan hemen sonra hem de uygulamadan bir ay sonrasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi.

TOPLAM puan ortalamasına bakıldığında;*eğitim grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 54.88 ± 16.32 ; uygulamadan hemen sonra 36.11 ± 7.91 ; uygulamadan bir ay sonra ise 41.63 ± 10.48 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=20.711$; $p=0.000$). Farkın nereden kaynaklandığına bakıldığında uygulama öncesi toplam puan ortalamasının hem uygulamadan hemen sonra hem de uygulamadan bir ay sonraki puan ortalamasına göre, uygulamadan bir ay sonra puan ortalamasının yine uygulamadan hemen sonrasına göre istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi. *Video grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 53.58 ± 14.90 ;

uygulamadan hemen sonra 43.08 ± 8.64 ; uygulamadan bir ay sonra ise 50.30 ± 8.01 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=17.371$; $p=0.010$). Farkın nereden kaynaklandığına bakıldığında uygulama öncesi toplam puan ortalamasının hem uygulamadan hemen sonraki puan ortalamasına göre, uygulamadan bir ay sonra puan ortalamasının yine uygulamadan hemen sonrasına göre istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi. Yani uygulama istatistiksel olarak sadece uygulama sonrasında etkili olmuştur. *Kitapçık grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 50.02 ± 15.14 ; uygulamadan hemen sonra 44.29 ± 12.27 ; uygulamadan bir ay sonra ise 51.05 ± 16.01 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=3.588$; $p=0.033$). Uygulamadan bir ay sonraki puan ortalamalarının uygulamadan hemen sonraki puan ortalamasına göre istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi. *Kontrol grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 56.25 ± 14.82 ; uygulamadan hemen sonra 58.34 ± 12.76 ; uygulamadan bir ay sonra ise 58.20 ± 16.30 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F=0.380$; $p=0.685$).

Grafik 9.Uygulama Yöntemine Göre Katılımcıların Sosyal Mesafe Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=141)



* Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA, Bonferroni Posthock

Grafik 9'a bakıldığında "Uygulama yöntemine göre öğrencilerin SMÖ'den alınan puan ortalamalarının karşılaştırılması" görülmektedir. Buna göre;

SMÖ puan ortalamasına bakıldığında; *Eğitim grubu öğrencilerinin* SMÖ puanlarının uygulama öncesi (75.75 ± 16.95) hem uygulamadan hemen sonra (60.02 ± 12.57) hem de uygulamadan bir ay sonraya (60.69 ± 12.68) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($F=11.532$; $p=0.000$). *Video grubu öğrencilerinin* SMÖ puanlarının uygulama öncesinde (73.97 ± 18.33) uygulamadan hemen sonraya göre (62.63 ± 14.40) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($F=8.676$; $p=0.001$) uygulamadan bir ay sonra (67.11 ± 13.93) ise anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$). *Kitapçık grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 71.73 ± 19.84 ; uygulamadan hemen sonra 70.17 ± 19.03 ; uygulamadan bir ay sonra ise 68.29 ± 16.86 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F=0.989$; $p=0.377$). *Kontrol grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesi 73.51 ± 16.34 ; uygulamadan hemen sonra 77.22 ± 15.29 ; uygulamadan bir ay sonra ise 73.20 ± 17.44 olduğu ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F=2.059$; $p=0.136$).

Tablo 8. Grupların Uygulama Öncesi Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=141)

RHYİ Ölçeği Gruplar	Tehlikelilik Ölçeği		Alt	Çaresizlik Kişilerarası Bozulma Alt Ölçeği	İlişkilerde ve	Utanma Alt Ölçeği		TOPLAM	
	n	X ±SD	F; p	X ±SD	F; p	X ±SD	F; p	X ±SD	F; p
Eğitim	36	24.11±7.33	F= 1.383 p=0.251	29.58±10.51	F= 1.273 p=0.286	1.19±2.13	F= 1.291 p=0.280	54.88±16.32	F= 1.049 p=0.373
Video	36	24.63±7.23		27.11±9.42		1.83±1.50		53.58±14.90	
Kitapçık	34	22.23±7.24		25.64±9.48		2.14±2.52		50.02±15.14	
Kontrol	35	25.77±7.61		29.17±8.97		1.31±2.09		56.25±14.82	

* One Way Anova, Tukey Posthock

Grupların uygulama öncesi Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında (Tablo 8); uygulama öncesinde gruplar arasında RHYİÖ alt ölçekleri ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 9. Grupların Uygulama Öncesi Sosyal Mesafe Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=141)

SMÖ			
Gruplar	n	X ±SD	F; p
Eğitim	36	75.75±16.95	F= 0.297 p=0.827
Video	36	73.97±18.33	
Kitapçık	34	71.73±19.84	
Kontrol	35	73.51±16.34	

* One Way Anova, Tukey Posthock

Grupların uygulama öncesi Sosyal Mesafe Ölçeğinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında (Tablo 9); uygulama öncesinde gruplar arasında SMÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi(F=0.297; p=0.827).

Tablo 10.Grupların Uygulamadan Hemen SonraRuhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=141)

RHYİ Ölçeği Gruplar	Tehlikelilik Alt Ölçeği		Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği		Utanma Alt Ölçeği		TOPLAM	
	n	X ±SD	F; p	X ±SD	F; p	X ±SD	F; p	
Eğitim	36	17.45±3.82	F= 7.785 p=0.000	17.91±5.17	F= 25.857 p=0.000	0.69±0.92	F= 47.031 p=0.000	36.11 ± 7.91
Video	36	20.69±5.99		20.88±4.77		1.50±0.73		43.08 ± 8.64
Kitapçık	34	22.00±6.59		21.20±6.75		1.08±1.11		44.29 ± 12.27
Kontrol	35	24.25±7.15		30.25±7.81		3.82±0.89		58.34 ± 12.76

* One Way Anova, Tukey Posthock

Grupların uygulamadan hemen sonra Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında (Tablo 10); uygulamadan hemen sonra gruplar arasında Tehlikelilik (F=7.785; p=0.000), Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma (F=7.785; p=0.000), Utanma (F=47.031; p=0.000) alt ölçeklerinin ve Toplam Puanın (F=27.099; p=0.000) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu görüldü.

- Tehlikelilik alt ölçeğinde eğitim grubunun kitapçık ve kontrol grubuna göre,
- Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeğinde eğitim, video ve kitapçık grubunun kontrol grubuna göre,
- Utanma alt ölçeğinde eğitim grubunun video ve kontrol grubuna, video ve kitapçık grubunun kontrol grubuna göre,
- Toplam Puanda eğitim grubunun video, kitapçık ve kontrol grubuna göre, video ve kitapçık grubunun kontrol grubuna göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlendi.

Tablo 11.Grupların Uygulamadan Hemen Sonra Sosyal Mesafe Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=141)

SMÖ			
Gruplar	n	X ±SD	F; p
Eğitim	36	60.02±12.57	F= 0.955 p=0.000
Video	36	62.63±14.40	
Kitapçık	34	70.17±19.03	
Kontrol	35	77.22±15.29	

* One Way Anova, Tukey Posthock

Grupların uygulamadan hemen sonra Sosyal Mesafe Ölçeğinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında (Tablo 11); uygulamadan hemen sonra gruplar arasında SMÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görüldü (F=8.955; p=0.000).

- Eğitim grubunun kitapçık ve kontrol grubuna göre,
- Video grubunun kontrol grubuna göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlendi.

Tablo 12.Grupların Uygulamadan Bir Ay SonraRuhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=141)

RHYİ Ölçeği Gruplar	Tehlikelilik Alt Ölçeği		Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği		Utanma Alt Ölçeği		TOPLAM
	n	X ±SD	F; p	X ±SD	F; p	X ±SD	
Eğitim	36	18.44±4.80		21.97 ± 6.67		1.22±1.26	41.63 ± 10.48
Video	36	24.19±5.42	F= 6.546	24.88 ± 4.54	F= 6.534	1.22±0.45	F= 37.664 F= 9.490
Kitapçık	34	22.02±8.46	p=0.000	27.85 ± 9.23	p=0.000	1.17±1.19	p=0.000
Kontrol	35	25.14±8.40		29.34 ± 9.14		3.71±0.82	51.05 ± 16.01 58.20 ± 16.30

* One Way Anova, Tukey Posthock

Grupların uygulamadan bir ay sonra RHYİÖ'nden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında (Tablo 12); uygulamadan bir ay sonra gruplar arasında Tehlikelilik (F=6.546; p=0.000), Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma (F=6.534; p=0.000), Utanma (F=37.664; p=0.000) alt ölçeklerinin ve Toplam Puanın (F= 9.490; p=0.000) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu görüldü.

- Tehlikelilik alt ölçeğinde eğitim grubunun video ve kontrol grubuna göre,
- Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeğinde eğitim grubunun, kitapçık ve kontrol grubuna göre,
- Utanma alt ölçeğinde eğitim, video ve kitapçık grubunun kontrol grubuna göre,

- Toplam Puanda eğitim grubunun video, kitapçık ve kontrol grubuna göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlendi.

Tablo 13.Grupların Uygulamadan Bir Ay Sonra Sosyal Mesafe Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=141)

SMÖ			
Gruplar	n	X ±SD	F; p
Eğitim	36	60.69±12.68	F= 4.010 p=0.009
Video	36	67.11±13.93	
Kitapçık	34	68.29±16.86	
Kontrol	35	73.20±17.44	

* One Way Anova, Tukey Posthock

Grupların uygulamadan bir ay sonra Sosyal Mesafe Ölçeğinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında (Tablo 13); uygulamadan bir ay sonra gruplar arasında SMÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görüldü (F=4.010; p=0.009).

- Eğitim grubunun kontrol grubuna göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlendi.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, “*hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine üç farklı yöntemle (eğitim, video izletimi ve kitapçık) verilen şizofreni eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi*”ni belirlemektir. Warner (2005), Dünya Psikiyatri Birliği’nin ayrımcılık ve damgalamayı azaltmaya yönelik olan projesine yönelik makalesinde; damgalamaya yönelik eğitim programlarının özellikle öğrenciler (üniversite ve lise), toplumda önemli olan kişiler ve ruhsal bozukluğu olan kişilere yapılması gerektiğini belirtmektedir. Kanada Ruh Sağlığı Birliği, ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltmada eğitimin en iyi yöntem olup, gençlerde yetişkinlere göre daha etkili olduğunu belirtmektedir (Warner 2005). Pinfold ve arkadaşları psikiyatrik hastalığı olan bireylere yönelik stereotipler, önyargılar, tutumlar ve damgalanmayı değiştirme amacıyla eğitimlerin etkili bir uygulama olduğunu belirtmişlerdir (Pinfold ve ark. 2003). Damgalanan herhangi bir ruhsal hastalık hakkında eğitsel kampanyalar, ruh sağlığı sorunları olan insanlara karşı sosyal damgalamanın üstesinden gelmeye yardımcı olabilir. Ayrıca stigma ile mücadelede medya ile işbirliği yapmanın önemi de vurgulanmaktadır (Del Casale ve ark. 2013). 1920’lerden beri, dolaysız ya da dolaylı olarak, ruhsal hastalıklar filmlerin senaryolarında, alt yazılarında ve karakterlerinde kullanılmıştır. 1929 ve 2009 yılları arasında 317 Akademi Ödülü’nün % 10’u ya ruhsal hastalığı olan bir karakter ya da bir konu olarak ruhsal hastalığı konu alan filmlere verilmiştir. Filmlere konu olan yaygın ruhsal hastalıklar; şizofreni, majör depresif bozukluk (depresyon), manik depresif bozukluk (bipolar), obsesif kompulsif bozukluk, dissosiyatif kişilik bozukluğu (çoklu kişilik), travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları ve kişilik bozukluklarıdır. Filmlerin ruhsal hastalıklara yönelik eğitici etkinin yanısıra damgalanmaya etkisi de, bireylerin yeni bilgi aldıkları ergenlik yıllarında daha belirgindir. Filmlerin içeriğini incelemek için çok fazla araştırma yapılmasına rağmen, bu filmleri izleyenler üzerindeki potansiyel etkiyi inceleyen çok daha az araştırma yapılmıştır (Hanley 2015). Popüler sinema, ruhsal hasta, ruhsal hastalık, tanı, ruh sağlığı uygulamaları ve uygulayıcı özellikleri ile ilgili toplumsal inançları büyük ölçüde etkileyebilir (Chouinard 2009; Darbyshire ve Baker 2012; McCann ve Huntley-Moore 2016). Bazı filmler olumsuz olsa da, çoğu filmin ruhsal hastalığa yönelik imgesinin olumlu ve empatik olabileceği

iddia edilmektedir (McCann ve Huntley-Moore 2016). Seçilen uzun metrajlı filmler veya klip filmler, bakım sağlayan ve mesleğe yardımcı olma anlamında yüzleşmek için paha biçilmez bir fırsat sunabilir (Gramaglia ve ark. 2013). Sağlık eğitimcileri, genel olarak tıp öğrencilerine (Darbyshire ve Baker 2011, Wilson ve ark. 2014) ve özellikle stajyer psikiyatristlere yönelik popüler filmlerin kullanımını araştırmıştır (Kalra 2011, Gramaglia ve ark. 2013). Ancak, filmin öğrenci öğrenimi üzerinde önemli bir etkisi olabileceği kabul edilmekle birlikte, kullanımı hemşirelik ve ebelik eğitiminde daha az yaygındır, ancak filmin (Kalra 2013, Fieshi ve ark. 2015, Diaz- Membrives ve ark. 2016, Terzioğlu ve ark. 2017), Bu söylemler de, bu çalışmanın önemini göstermektedir.

Bulgularla elde edilen sonuçlar, aşağıdaki alt başlıklarla literatür doğrultusunda tartışıldı ve yorumlandı.

5.1. Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Öykülerinin Tartışılması

Öğrencilerin ruhsal hastalık öykülerine bakıldığında; büyük çoğunluğunun ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı (% 91.5), herhangi bir psikiyatrik tedavi öyküsü olmadığı (% 97.2) ve aile ve yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey olmadığı (% 82.3) görülmektedir (Tablo 6). Bilge ve arkadaşlarının (2013) İzmir’de Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dersini alan ve almayan ebelik öğrencileri ile yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin % 12.4’ünde ailesinde bir ruhsal hastalığı olan üyenin olduğu belirlenmiştir. Demirören ve arkadaşlarının (2015) tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara yönelik damgala eğitim gereksinimlerini nitel ve nicel olarak değerlendirdikleri çalışmaları sonucunda; öğrencilerin % 11’i kendisinde, % 18’i ailesinde ruhsal bozukluğu olan bireyin olduğunu bildirmiştir. Kara’nın (2015) sosyal hizmet bölümü öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve ruhsal hastalıklara yönelik verilen Davranış Bozuklukları ve Psikolojisi seçmeli teorik eğitim dersinin bunda etkisini belirleme amaçlı yaptığı çalışma sonucunda; öğrencilerin % 85.7’sinin kendisinde ve % 60.7’sinin aile, akraba, arkadaş ve komşusunda ruhsal hastalık varlığının olmadığı belirlenmiştir. Yine Kara’nın (2015) yaptığı çalışma sonucunda; öğrencilerin daha önce psikiyatriste gitmelerinin özellikle tehlikelilik inançlarında etkili olduğu görülmüştür.

5.2.Öğrencilerin Ruhsal Hasta / Hastalığa Yönelik Deneyimlerinin Tartışılması

Öğrencilerin ruhsal hasta/hastalığa yönelik deneyimlerine bakıldığında; yarısından fazlasının (% 56.7) psikiyatri hastasıyla karşılaşmadığı, büyük çoğunluğunun psikiyatrik hastalıklarla ilgili ders almadıkları (% 94.3) ve psikiyatri stajı yapmadıkları (% 99.3) görülmektedir (Tablo 7). Oban'ın (2010) lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisini değerlendirme amaçlı yaptığı çalışma sonucunda; deney grubunda öğrencilerin hiçbirinin ruhsal sorundan dolayı uzmana gitmediği, kontrol grubu öğrencilerinin ise % 66.7'sinin uzmana gittiği; deney grubu öğrencilerinin % 93.3'ünün, kontrol grubu öğrencilerinin % 86.7'sinin ailesinde tanı konmuş ruhsal hastalığı olan birey olmadığı belirlenmiştir. Bilge ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin % 24.8'inin ruhsal hastalığı olan bir hastaya mesleki anlamda girişimde bulunduğu ve bakım verdiği görülmüştür. Demirören ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin hepsi psikiyatri staj eğitimi sonrası bilgilerinin ve psikiyatri hastalarına karşı farkındalıklarının arttığını, ancak bu kazanımların davranışa yansımalarının çok az öğrencide olduğu, genel olarak psikiyatri stajının ruh hastalarına karşı bakış açıları ve davranışlarında belirgin bir değişim yaratmadığı görülmüştür.

Ruhsal bozukluğa ve hastalara aşina olmak bu konudaki inancı etkilemektedir. Temas, gruplararası önyargıyı azaltmada etkili bir araç olarak kabul edilmiştir. Hem eğitim hem de temasın değişimi ortaya çıkarmak için etkili olduğu bulunmasına rağmen, temas damgalanmada daha fazla azalma sağladığı ve en başarılı damgalama azaltma aracı olduğu bulunmuştur (Mak ve ark. 2015, Corrigan ve Bink 2016). Hasta ile kurulan yakın ilişki, hastayı bir gruba ait görmenin ötesinde bir birey olarak tanımayı sağladığından olumsuz tutumları da azaltmaktadır (Korkmaz 2013). Ancak; sağlık çalışanlarında, hastaların sağlık çalışanlarıyla temasları döneminde iyi hallerinden ziyade daha fazla atak dönemde olduğu ya da kronik seyirde olduğu ve temasın sosyal mesafeyi azaltmayabileceği gösterilmiştir (Jorm ve Oh 2009). Profesyoneller ve öğrenciler için kronik ve tekrarlayan psikiyatrik bozukluğu olan insanlara tekrar tekrar maruz kalmak olumsuz bir tutum yaratabilir (Mak ve ark. 2015). Literatürde temasın kalitesinin önemli olduğu da belirtilmiştir (Alexander ve Link 2003).

5.3.Öğrencilerin Ruhsal Sağlık Sorunları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Bilgiyi Edindikleri Kaynakların Tartışılması

Öğrencilerin ruhsal sağlık sorunlarına yönelik bilgi düzeylerine bakıldığında, ilk iki sırada sırasıyla az ve orta düzeyde bilgilerinin yer aldığı (Grafik 1); bilgi edindikleri kaynakların ise sosyal çevre ve internetin olduğu (Grafik 2) görülmektedir. Oban'ın (2010) lise öğrencileri ile çalışması sonucunda; hem deney hem de kontrol grubundaki öğrencilerin % 36.7'sinin daha önce ruhsal hastalıklar ile ilgili bilgi almadığı görülmektedir. Bilgi edinme kaynaklarının ilk iki sırada sosyal çevre (arkadaş, aile ve öğretmenler) ve internet olduğu belirlendi. Demirören ve arkadaşlarının (2015), tıp fakültesi öğrencilerinin damgalanmasına yönelik yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan kişileri “değişik davranış şekli olan bireyler”, uzak durulması gereken bireyler”, “kontrollü yaklaşılması gereken bireyler”, “kesinlikle yardım edilmesi gereken bireyler” olarak tanıladıkları ve bilgi seviyeleri az olduğundan önyargılarının yüksek olduğu görülmektedir. Hastalıkları özellikle sağaltımları konusunda daha bilgili olan bireylerin daha düşük bir damgalanma algısına sahip oldukları görülmüştür (Korkmaz 2013).

5.4. Öğrencilerin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Karşı Hissettikleri Duyguların Tartışılması

Öğrencilerin ruhsal sağlık sorunları olan bireylere karşı hissettikleri duygulara bakıldığında; ilk iki sırada sırasıyla acıma ve korkunun yer aldığı görülmektedir (Grafik 3). Angermeyer ve Matschinger'in (2003) toplumun şizofreni ve depresyona yönelik tutumlarını incelemeye yönelik yaptıkları çalışma sonucunda; hastalara daha çok acıma ve korku duygularının olduğu görülmüştür. Oban'ın (2010) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada; öğrencilerin hem deney hem de kontrol grubunda ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik en fazla korku, acıma ve şefkat yaşadığı görülmüştür. Demirören ve arkadaşlarının (2015), tıp fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bireyleri daha çok tehlikeli olarak algıladığı, buna bağlı en fazla korku görüldüğü, uzak durmaya çalıştıkları ve ikinci sırada acıma olduğu belirlenmiştir. Erbaydar ve Çilingiroğlu'nun (2010) tıp fakültesi öğrencileriyle ruh sağlığı bozukluğuna yönelik

eğitimin ruhsal bozukluğa yönelik bireylere tutuma etkisini değerlendirdiği çalışma sonucunda; birinci sınıf öğrencileri ilk üç sırada tedirginlik, merak ve acıma yaşarken son sınıf öğrencileri ise acıma, merak ve tedirginlik yaşamaktadır. Bireylerin psikiyatrik hastalıkları damgalamasının altında yatan en önemli nedenin psikiyatri hastalarının tehlikeli olduğu ve kendilerine zarar verebileceğini düşünme algısından yatan korkudur (Gaebel ve ark. 2003). Medya genellikle ruhsal bozukluğu olan kişileri olumsuz bir şekilde ele almakta, şiddet gösteren, küçük bir şiddet davranışının abartıldığı, dengesiz ve tehlikeli olarak tasvir edilmektedir (Penn ve ark. 2003, Hanley 2015).

5.5. Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Belirtisi Durumunda Öncelikle Başvurulacak Kişi Hakkında Düşüncelerinin Tartışılması

Bu araştırmada, öğrencilerin ruhsal hastalık belirtisi durumunda öncelikle başvurulacak kişi hakkında düşüncedagılımına bakıldığında; ilk iki sırada psikiyatr ve psikoloğun yer aldığı (Grafik 4) görülmektedir. Aker ve arkadaşlarının (2002) birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısını değerlendirme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; şizofreni olgusunun hekime gitmesi gerektiğini düşünenlerin oranı % 99 olarak (% 75.3 psikiyatrist, geri kalanı pratisyen hekim) belirlenmiştir. Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) çalışmaları sonucunda katılımcıların % 29.6'sının herhangi bir psikiyatrik sorun varlığı durumunda tereddütsüz bir şekilde psikiyatriste başvuracağı görülmüştür. Oban'ın (2010) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada; öğrencilerin hem deney hem de kontrol grubunda ruhsal hastalık durumunda başvurulması gereken kişilerde ilk iki sırada psikiyatrist ve doktorun olduğu belirlenmiştir. Güngörmüş ve arkadaşlarının (2014) ilahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirleme amaçlı çalışmaları sonucunda; öğrencilerin % 83.2'si herhangi bir ruhsal bozukluk durumunda ilk başvurulacak kişiyi psikiyatrist/psikolog olarak belirtirken % 14.5'i din görevlileri olarak belirtmiştir. Kara'nın (2015) sosyal hizmet bölümü öğrencileriyle yaptığı çalışma sonucunda; öğrencilerin % 46.4'ü ilk sırada psikolog ve % 17.9'u ikinci sırada psikiyatrist olarak belirtmiştir. Ruhsal hastalık belirtisi durumunda öncelikle başvurulacak kişi olarak ruh sağlığı profesyonellerinin bildirilmesi yardım arama davranışları, tedavi ve işlevselliği sürdürme açısından mutluluk verici bir sonuçtur.

5.6. Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Nedenleri Hakkında Düşüncelerinin Tartışılması

Öğrencilerin ruhsal hastalık nedenleri hakkında düşünce dağılımlarına bakıldığında; ilk iki sırada doğal afetler ve aile içi çatışmaların yer aldığı (Grafik 5) görülmektedir. Aker ve arkadaşlarının (2002) çalışması sonucunda, pratisyen hekimlerin % 42.7'si şizofreninin etyolojisini kişilik zayıflığı, % 39'u sosyal sorunlara bağlamışlardır. Oban'ın (2010) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada; öğrencilerin hem deney hem de kontrol grubunda ruhsal hastalığa yönelik neden olarak ilk iki sırada yaşanmış olaylar ve kişinin şiddet görmesi saptanmıştır. Güngörmüş ve arkadaşlarının (2014) ilahiyat fakültesi öğrencileriyle çalışmaları sonucunda; öğrencilerin % 70.6'sı ruhsal bozuklukların nedenini stresli yaşam koşulları olarak görürken; % 10.3'ü ailenin çocuk yetiştirme yanlışları olarak görmektedir. Demirören ve arkadaşlarının (2015), tıp fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin ruhsal hastalığın "yetiştirilme tarzından oluştuğunu" belirttikleri görülmektedir. Kara'nın (2015) sosyal hizmet bölümü öğrencileriyle yaptığı çalışma sonucunda; öğrencilerin % 96.4'ü ruhsal bozuklukların nedenini stresli yaşam olayları, % 82.1 olumsuz çocukluk yaşantıları ve % 57.1 kişilik özellikleri olarak belirtmiştir. Yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında, bireylerin ruhsal hastalık nedeni olarak ruhsal hastalıklara özgü bilgilerinin yetersiz olduğu ve psikososyal etkenleri biyolojik etkenlerden daha ön planda tuttuğu görülmektedir.

5.7. Öğrencilerin Ruhsal Hastalık Türleri Hakkında Düşüncelerinin Tartışılması

Öğrencilerin ruhsal hastalık türleri hakkında düşüncedağılımlarına bakıldığında; ilk iki sırada depresyon ve şizofreninin yer aldığı (Grafik 6) görülmektedir. Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) Aydın'da bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışlarını değerlendirme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; katılımcıların % 83.9'unun şizofreniyi bir akıl hastalığı olarak gördüğü belirlenmiştir. Oban'ın (2010) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada; öğrencilerin hem deney hem de kontrol grubunda ruhsal hastalıklardan en fazla şizofreni ve depresyonu bildikleri görülmektedir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında; insanların en çok duyduğu, tehlikeli buldukları ve öngörülmezlikten dolayı korktukları,

halen damgalamanın var olduğu, psikiyatrik hastalık türleri deyince en fazla akla gelenin şizofreni olduğu görülmektedir. Literatür, şizofreni, bipolar bozukluk ve ilaç bağımlılığı tanısı almış hastaların ayrımcılığa daha fazla maruz kaldıklarını ve damgalama deneyimi yaşadıklarını, nevrotik hastaların ise ayrımcılıktan çok hoşgörü gördüklerini ortaya çıkarmıştır (Dinos ve ark. 2004). Herhangi bir ruhsal bozukluğun toplum içinde bilinmesi, fark edilmesi ve dikkat çekmesi ne kadar çoksa, toplum tarafından damgalanması da o denli çok olmaktadır. Şizofreniye özgü damgalamanın daha fazla olduğuna dair psikiyatristler de hemfikirdir ve bazıları sevk ya da reçetelere bile şizofreni tanısını yazmaktan kaçındıklarını ifade etmiştir (Doğan Avşargil 2013).

5.8. Öğrencilerin Ruhsal Sağlık Sorunu Olan Kişinin Başarısı Hakkında Düşüncelerinin Tartışılması

Öğrencilerin ruhsal sağlık sorunu olan kişinin başarısı hakkında düşüncedağılımlarına bakıldığında; çoğunlukla ruhsal bozukluğu olan kişinin başarılı olamayacağını düşündükleri (Grafik 7) görülmektedir. Öğrencilerin bu konuda yanlış düşünceleri bu konuda verilecek bilgilendirmenin tutum değişikliğinde etkili olabileceğini düşündürmüştür. Aker ve arkadaşlarının (2002) çalışması sonucunda da, birinci basamak hekimlerinin % 79.3'ü şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğine inandığı görülmüştür.

5.9. Uygulama Yöntemlerine Göre Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması

Tehlikelilik alt ölçeği puan ortalamasına bakıldığında:

Eğitim grubunda bulunan öğrencilerin uygulama öncesine göre hem uygulamadan hemen sonra ve hem de bir ay sonra tehlikelilik alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı derecede düştüğü (Grafik 8) görülmektedir. Oban ve Küçük'ün (2012) lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe vetutuma etkisini belirleme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; bilgilendirme sonrası deney grubu öğrencilerinin tehlikelilik alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı derecede düştüğü belirlenmiştir. Bilge ve arkadaşlarının (2013) çalışmaları sonucunda ruhsal hastalığa yönelik ders alan öğrencilerin ders almayan öğrencilere göre ruhsal hastaları daha az zararsız ve tehlikeli gördüğü belirlenmiştir.

Video grubunda bulunun öğrencilerin tehlikelilik alt ölçeği puan ortalamalarının uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra anlamlı derecede düştüğü ve bir ay sonra yine yükseldiği ve sadece hemen sonrası için aradaki farkın anlamlı olduğu (Grafik 8) görülmektedir. Kerby ve arkadaşlarının (2008) tıp fakültesi öğrencilerinde psikiyatrik hastalıklara yönelik stigmanın azalması için deney grubuna 2 film izlettikleri ("A Human Experience"- psikoz, depresyon ve şizofreni hakkında bilgi verilen 15 dakikalık bir film ve psikotik bir hastanın normal bir gününün işlendiği 12 dakikalık "A Day in the Mind of a Server"), kontrol grubuna psikiyatri dışı 25 dakikalık belgesel film izlettikleri çalışmaları sonucunda; sekiz hafta sonra kontrol grubunda değişim olmazken deney grubunda tehlikeliliğin azaldığı belirlenmiştir. Albert Bandura (1974) insan davranışının, sosyal öğrenme teorisiyle gözlemsel öğrenme yoluyla çevre tarafından şekillendiğine, başkalarının davranışlarını gözlemleyerek bireylerin, modellenmiş davranıştan gördüklerini tekrarlayabilmeleriyle oluştuğunu belirtmektedir. Shciappa ve arkadaşları (2005) parasosyal temas hipotezini ortaya koymuşlardır. Parasosyal temas hipotezi, insanların kişisel iletişimden ziyade parasosyal olarak (televizyon ya da film gibi medya organları aracılığıyla) bilgi düzeyinin değişmesini kapsamaktadır. Parasosyal temas hipotezi, bireyin ruhsal hastalığı olan kişilerin bilgisinin o filmde ya da televizyonda gördüklerini yansıtacağını söylemektedir. Ruhsal hastalığın medyada tasvir ediliş biçimi önemlidir çünkü bireylerin ruhsal hastalığı hakkında aldıkları bilgilerin çoğu medyanın farklı yönlerinden gelmektedir (Shciappa ve ark.,2005). Özellikle modern çağda bireyler, medya kuruluşlarından çok şey öğrenip gözlemlemektedir. Ruhsal hastalık durumunda, eğer medya ruhsal hastalıkları olumsuz bir şekilde gösterirse, sosyal öğrenme teorisine göre, gözlem yapanların ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz düşüncelere sahip olma olasılıkları artacaktır.

Kitapçıkgrubunda ve kontrol grubunda bulunan öğrencilerin uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonra puana yönelik anlamlı bir fark görülmediği (Grafik 8) belirlendi.

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği puan ortalamasına bakıldığında:

Eğitim, video ve kitapçık grubunda bulunan öğrencilerin uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonra anlamlı derecede bir azalmanın görüldüğü, ancak bu azalmanın geçici olduğu ve uygulamadan bir ay sonra yine uygulama öncesine göre anlamlı derecede yükseldiği, *kontrol grubunda bulunan öğrencilerin* uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonra puana yönelik anlamlı bir fark görülmediği (Grafik 8) belirlendi. Oban ve Küçük'ün (2012) lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe vetutuma etkisini belirleme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; bilgilendirme sonrası deney grubu öğrencilerinin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulmaalt ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir değişim meydana gelmediği belirlenmiştir.

Utanma alt ölçeği puan ortalamasına bakıldığında;

Eğitim grubunda bulunan öğrencilerin uygulama öncesi, uygulama sonrası anlamlı bir fark görülmezken, uygulamadan hemen sonraya göre uygulamadan bir ay sonra anlamlı bir yükselme olduğu (Grafik 8) belirlendi. Bostancı ve Aştı'nın (2004), hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik tutumlarını belirleme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda da hemşirelerin sahip oldukları eğitim düzeyi arttıkça tutumlarının kısıtlayıcı olduğu ve koruyucu davranışları daha fazla olduğu görülmüştür. Oban ve Küçük'ün (2012) lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe vetutuma etkisini belirleme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; bilgilendirme sonrası deney grubu öğrencilerinin utanmaalt ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir değişim meydana gelmediği belirlenmiştir. Bilge ve arkadaşlarının (2013) çalışmaları sonucunda ruhsal hastalığa yönelik ders alan öğrenciler ders almayan öğrencilere göre ruhsal hastalıkların utanç verici olmadığına daha fazla inanmıştır.

Video ve kitapçık grubunda bulunan öğrencilerin uygulama öncesine göre uygulamadan hemen ve bir ay sonra puana yönelik anlamlı bir fark görülmediği (Grafik 8) belirlendi.

Kontrol grubunda bulunan öğrencilerin uygulama öncesi puanın hem uygulamadan hemen sonra hem de uygulamadan bir ay sonrasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu (Grafik 8) belirlendi. Oban ve Küçük'ün (2012) lise öğrencilerinde

şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe vetutuma etkisini belirleme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; bilgilendirme sonrası kontrol grubu öğrencilerinin utanma alt ölçeğipuan ortalamalarında anlamlı derecede değişim olmadığı belirlendi.

TOPLAMPuan ortalamasına bakıldığında;

Eğitim grubunda bulunan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç toplam puan ortalamalarında uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonra anlamlı derecede bir azalmanın görüldüğü, ancak bu azalmanın geçici olduğu ve uygulamadan bir ay sonra uygulamadan hemen sonrasına göre anlamlı derecede yükseldiği (Grafik 8) belirlendi. Madianos ve arkadaşlarının (2005) ruhsal sağlık ve hastalık eğitimi aldıktan sonra hemşirelik öğrencilerinin hastalara yönelik olumlu tutum ve inançlarında bir artış olduğunu tespit etmiştir. Altındağ ve arkadaşlarının (2006) Şanlıurfa ve Diyarbakır’da tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye yönelik damgalamalarını azaltmaya ilişkin antistigma program (Akıl Oyunları filmi, kontrol grubuna ise psikiyatri dışı, kuşlarla ilgili belgesel bir film olan “Hızlı Göç” filmi izletilmiştir. Ayrıca, deney grubuna şizofreni eğitimi verilmiş, şizofrenisi olan bir hasta bir araya getirilerek, şizofreninin tedavi edilebilir bir hastalık olduğu ve stigma deneyimlerini paylaştığı 2 saatlik bir konferans yapılmıştır) sonucunda damgalamanın önce azalmakla birlikte, zaman içinde eğitim etkisinin kısa sürdüğü gösterilmiştir. Oban ve Küçük’ün (2012) lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe vetutuma etkisini belirleme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; bilgilendirme sonrası öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanış ölçeği puan ortalamalarının anlamlı derecede düştüğü belirlenmiştir. Bilge ve arkadaşlarının (2013) İzmir’de Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dersini alan ve almayan ebek öğrencileri ile yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarında %79.1 oranında olumlu değişiklik olduğunu bulmuşlardır. Kara’nın (2015) sosyal hizmet bölümü öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve ruhsal hastalıklara yönelik verilen Davranış Bozuklukları ve Psikolojisi seçmeli teorik eğitim dersinin bunda etkisini belirleme amaçlı yaptığı çalışma sonucunda; öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik ölçek puanının anlamlı derecede azaldığı ve tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçları; bireylere ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin psikiyatrik hastalığı olan insanlara daha bütünsel ve olumlu bir bakış açısı öğretilmesinde

etkili olduğunu, farklı psikiyatrik ihtiyaçları olan insanlara hizmet etmek için profesyonelleri ve öğrencileri daha iyi hazırladığını ve bu eğitimin sürekli olmasının daha etkili olacağını göstermektedir.

Video grubunda bulunan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç toplam puan ortalamalarında uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra anlamlı derecede bir azalma olduğu, fakat bu azalmanın geçici olduğu ve uygulamadan bir ay sonra yine anlamlı derecede yükseldiği (Grafik 8) bulundu. Temas, gruplararası önyargıyı azaltmada etkili bir araç olarak kabul edilmiştir. Video tabanlı temasın aksine, yaşanmış deneyime sahip bir insanla yüz yüze temas, tutum ve davranışlar üzerinde daha kalıcı bir etki yarattığı görülmüştür (Corrigan ve Bink 2016). Penn ve arkadaşlarının (2003) 163 üniversite öğrencileriyle belgeselle bilgilendirme etkinliğine dört gruba yönelik (belgesel film yok, kutup ayılarıyla ilgili belgesel, aşırı kilolu olma korkusuyla ilgili belgesel ve şizofreni hakkında belgesel) yaptıkları çalışma sonucunda; şizofreni hakkındaki belgeselin hastalara yönelik atıfları iyileştirdiği (örn: şizofreni hastalara yönelik suçlamaları azaltma), genel tutumları (örn: hastaları daha tehlikeli algılama) ve onlarla etkileşim kurma niyetlerini değiştirmede ve eğitimin kısmen etkili olup, filme duyulan ilgi ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Del Casale ve arkadaşlarının (2013) 16-18 yaş arası liseye devam eden gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik her biri bir buçuk saat süren dört oturumluk slayt eğitimi ve film sahneleri gibi görsel farkındalıkla stigmatı azaltmaya yönelik yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin ruhsal hastalıklara attıkları damgalamada önemli derecede azalma gösterilmiştir. Hanley'in (2015) film portresine dayalı ruhsal hastalık algısını değerlendirme amaçlı üniversite öğrencileri ile 25 film izleterek yaptığı çalışma sonucunda; film izleme sayısı arttıkça ruhsal hastalık bilgisinin arttığı ve mitlerin azaldığı görülmüştür. Zeppegno ve arkadaşlarının (2015) tıp öğrencileri ve psikiyatri asistanları ile 2 haftada bir 4 saat filmleri kullanarak (6 ay, 12 film) bu yaklaşımın etkinliğini değerlendirme amaçlı çalışma öncesi, hemen sonra ve 6 ay sonra üç kez değerlendirme yaptıkları çalışma sonucunda; psikiyatriye karşı tutum ölçeğinde anlamlı derecede olumlu artış görülmüştür. Bilge ve Palabıyık'ın (2017), ruhsal bozukluğu olan hastaların damgalanmasının önlenmesine yönelik ruh sağlığı sorunları hakkında hemşirelik öğrencilerin film senaryosu yazarak rol aldıkları kısa filmlerin stigmaya etkisini

değerlendirme amaçlı üç akademik yılda yaptıkları ve 25 film ürettikleri çalışmada kısa filmler yapma ve izleme pratiğinin damgalanmayı engellediğini ortaya koydu. Ellis ve arkadaşlarının (2018) 10 dakikalık hasta-klinisyen ruh sağlığı deneyimine yönelik hazırlanan kısa filmi kullanarak tıp öğrencilerinin ruh sağlığı ve psikiyatriye yönelik tutumlarını değerlendirdikleri çalışma sonucunda; hasta deneyimi filmlerinin, öğrencinin ruhsal hastalık algılarına meydan okuyabildiği ve en azından kısa vadede damgalayıcı tutum puanında % 5'lik bir azalmaya neden olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarından görüldüğü gibi psikiyatri tanısı konmuş kişilerle dolaylı teması teşvik eden bir film uygulamalarının sadece bu hastalıklar hakkında bilgi artırıcı bir etkiye değil, aynı zamanda psikiyatrik hastalıklar ve hastalarına karşı belirli tutumların geliştirilmesine ve damgalamayı azaltma konusunda etkisi olduğu görülmektedir. Psikiyatri hastalıklarına yönelik filmlerin dinamik görüntüleri, hem bilişsel ve duygusal açıdan öğrencilerin bilgisini zenginleştirebilir, hem de teorik ve teknik tıbbi öğretilere yardımcı olabilir. Bütün bu meseleler, sağlıkla ilgili disiplinlerde çok önemlidir ve eğitimde ihmal edilmemelidir. Filmlerde yer alan görüntüler bilinçli öğrenme ve bilinçsiz stereotipler arasındaki arabulucu rol oynayabilir (Gramaglia ve ark. 2013). Bu, psikiyatri eğitiminde kesinlikle önemlidir, ancak her sağlık öğrencisi eğitiminin de temelinde olmalıdır (Zeppegno ve ark. 2015). Ayrıca bu çalışma sonucunda da, mevcut literatürle uyumlu olarak (Thornicroft ve ark. 2016, Ellis ve ark. 2018), öğrencilere video ile yapılan anti-damgalama müdahalesinin kısa vadeli tutum geliştirmeleri sağladığını, ancak daha uzun vadeli iyileştirmeleri göstermek için öğrenci tutumlarının sadece bir ay değil daha boylamsal olarak değerlendirilmesi gerektiği gösterilmiştir. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Kitapçık grubunda bulunan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç toplam puan ortalamalarında uygulama öncesine göre anlamlı bir fark görülmezken uygulamadan bir ay sonraki puan ortalamalarının uygulamadan hemen sonraki puan ortalamasına göre istatistiksel olarak yüksek olduğu (Grafik 8) görülmektedir.

Kontrol grubunda bulunan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç toplam puan ortalamalarında uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonra puana yönelik anlamlı bir fark görülmediği (Grafik 8) belirlendi.

Lincoln ve arkadaşlarının (2008) tıp ve psikoloji öğrencileriyle yaptıkları ve psiskososyal uygulamalara karşı biyogenetik nedenli uygulamaların şizofreni tutumuna etkisini değerlendirdikleri çalışmada, tıp öğrencileri (şizofreninin etiyolojisine yönelik biyogenetik nedenler açıklanmış), psikoloji öğrencileri (şizofreninin etiyolojisine yönelik psikososyal nedenler açıklanmış) ve kontrol grubu olmak üzere üç öğrenci grubu alınmıştır. Araştırmada değişik psikoeğitimlerle (sunum, broşür ve video gösterimi) önce ve sonra tutum ve sosyal mesafeler değerlendirilmiştir. Tüm girişimlerden sonra negatif stereotipiler azalmıştır. Psikoloji öğrencilerinde prognoza yönelik negatif algı ve düşüncede artış, tıp öğrencilerinde ise tehlikelilik algısının azalmasına bağlı sosyal mesafenin de azaldığı görülmüştür.

İnsanlar belirli inanç ve tutumlarla doğmazlar. İnanç ve tutumları gözlem, şartlı koşullanma ve bilişsel öğrenme gibi çeşitli yollarla elde edebilirler ve bu inanç ve tutumlar deneyimlerle şekillenir. Buna göre, tutumun bilişsel bileşenleri olan inançlar, yeni bilgi ve deneyimlerle yavaşça değişebilir. Morgan'a (1995) göre, mesaj gönderenin güvenilirliği mesajın ikna edilmesinde önemli bir rol oynar. Öğrenme kuramları doğrultusunda oluşturulan öğrenme ilkelerine göre inanç değişikliği ve gelişimi mümkün olabilir. Ruhsal hastalıklar hakkında eğitim son derece değerlidir çünkü damgalanma, olumsuz inançlar, tutumlar ve görüşlere karşı önleyici bir etkiye sahiptir. Bazı çalışmalar, kısa bilgilendirici eğitimlerin, katılımcıların ruhsal hastalığı olan insanlara yönelik tutumlarında olumlu değişiklikler yaratabileceğini bildirmiştir (Pinfold ve ark. 2003, Darbyshire ve Baker 2011, Yamaguchi ve ark. 2011, Gramaglia ve ark. 2013,). Eğitimin ergenler ve gençler arasında damgalayıcı tutumları azaltmada en iyi performansı gösterdiği belirlenmiştir. Stigma değişikliği, kolay bir şekilde gerçekleştirilemeyen devam eden bir süreçtir. Bir defalık temasın bazı olumlu etkileri olsa da geçici etkiye sahiptir. Kalıcı etkilere sahip olmak için, farklı içeriklere sahip birçok durumda temasın gerçekleşmesi gerekir. Bu nedenle stigmatı azaltmaya yönelik uygulamalar sürekli olmalıdır (Corrigan ve Bink 2016).

5.10. Uygulama Yöntemine Göre Katılımcıların Sosyal Mesafe Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Tartışılması

Eğitim grubunda bulunan öğrencilerin puanlarının uygulama öncesi hem uygulamadan hemen sonra hem de uygulamadan bir ay sonraya göre anlamlı derece daha yüksek ve sosyal mesafenin daha fazla olduğu (Grafik 9) görülmektedir. Oban ve Küçük'ün (2012) lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe tutuma etkisini belirleme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; bilgilendirme sonrası deney grubu öğrencilerinin sosyal mesafeölçeği puan ortalamalarının anlamlı derecede düştüğü belirlenmiştir. Del Casale ve arkadaşlarının (2013), 16-18 yaşları arasındaki multimedya materyalleri ile desteklediği ve majör psikiyatrik bozukluklar, damgalanma, ruh sağlığı ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yapısı ve işlevlerinin ele alındığı çalışmaları sonucunda, uygulama öncesi ve uygulamadan hemen sonra yaptıkları değerlendirmede lise öğrencilerinde damgalanmanın eğitimle azaldığı gösterilmiştir.

Video grubunda bulunan öğrencilerin puanlarının uygulama öncesinde sadece uygulamadan hemen sonraya göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu (Grafik 9) görülmektedir. Kerby ve arkadaşlarının (2008) tıp fakültesi öğrencilerinde psikiyatrik hastalıklara yönelik stigmanın azalması için deney grubuna 2 film izlettikleri ("A Human Experience"- psikoz, depresyon ve şizofreni hakkında bilgi verilen 15 dakikalık bir film ve psikotik bir hastanın normal bir gününün işlendiği 12 dakikalık "A Day in the Mind of a Server"), kontrol grubuna psikiyatri dışı 25 dakikalık belgesel film izlettikleri çalışmaları sonucunda; sekiz hafta sonra kontrol grubunda değişim olmazken deney grubunda sosyal mesafenin azaldığı belirlenmiştir. Kimmerle ve Ulrike'nin (2013), televizyon ve film izletilmesinin ruhsal bozukluklarla ilgili bilgi ve tutumlar üzerindeki etkilerine yönelik belgesel film ve kurmaca film izletimine dayalı olarak yürüttükleri çalışmaları sonucunda; insanların ruhsal hastalık hakkındaki bilgilerinin, izlenen televizyonun miktarı ve tüketilen filmin türünden etkilendiği, şizofreni ile ilgili bilginin belgeseli inceledikten sonra daha fazla ve sosyal mesafenin ise daha az görüldüğü sonucuna varılmıştır. Zeppego ve arkadaşlarının (2015) tıp öğrencileri ve psikiyatri asistanları ile 2 haftada bir 4 saat filmleri kullanarak (6 ay, 12 film) bu yaklaşımın etkinliğini değerlendirme amaçlı çalışma öncesi, hemen sonra ve 6 ay sonra üç kez değerlendirme yaptıkları çalışma sonucunda; sosyal

mesafe ölçeğinde ise anlamlı derecede azalma görülmüştür. Thanon ve arkadaşlarının (2016) 49 kişide (genel nüfustan sosyal ağ aracılığı ile bulunan ve henüz ruh sağlığı alanında herhangi bir deneyimi olmayan üniversite psikoloji öğrencileri) şizofreni tanılı kişilerle dolaylı teması destekleyen bir belgesel filmin damgalamanın bilişsel (klişeler), duyuşsal (önyargı) ve davranışsal (ayrımcılık) yönleri üzerine etkilerini değerlendirme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; şizofreni hastalarında negatif stereotiplerde (tehlikelilik ve görmezden gelme) ve istenen sosyal mesafede önemli bir azalmayı ve sosyalliği algısında önemli bir artış olduğunu ortaya koymuştur. Hem bilimsel konuları hem de beşeri bilimleri (edebiyat, görsel sanatlar, filmler ve müzik) ele alan bir eğitim yaklaşımı, sağlık öğrencilerine empati ile ilgili konuları yansıtmaları, hastalara ve onların acılarına merhametli bir yaklaşım geliştirmeleri ve damgalama ve sosyal mesafe tutumları konusunda farkındalıklarını arttırmalarına yardımcı olabilir (Zeppegno ve ark. 2015). Filmlerde vaka temelli filmlerin kullanılmasının etkili olduğu ve profesyonelliği öğrencilerin eğlenceli bir şekilde öğrendiği belirtilmiştir (Lumlertgul ve ark. 2009, Gramaglia ve ark. 2013).

Kitapçık ve kontrol bulunan öğrencilerin uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonra puana yönelik anlamlı bir fark görülmediği (Grafik 9) belirlendi.

5.11. Grupların Uygulama Öncesi, Uygulamadan Hemen Sonra ve Uygulamadan Bir Ay Sonra Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Sosyal Mesafe Ölçeklerinden Alınan Puan Ortalamalarının Tartışılması

Uygulama öncesi gruplar arasında RHYİÖ alt ölçekleri ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (Tablo 8)*uygulamadan hemen sonra* toplam puanda eğitim grubunun video, kitapçık ve kontrol grubuna göre, video ve kitapçık grubunun kontrol grubuna göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu (Tablo 10)*ve uygulamadan bir ay sonra* toplam puanda eğitim grubunun sadece video, kitapçık ve kontrol grubuna göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu (Tablo 12)belirlendi.Bu sonuçlar, ruhsal hastalığa ilişkin olumlu inançları geliştirmeye yönelik en etkin yöntemin yüzyüze eğitim olduğunu ve onu video ile film

uygulamasının izlediğini, ancak film uygulaması etkisinin daha kısa ve geçici olduğunu göstermektedir.

Uygulama öncesi gruplar arasında SMÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (Tablo 9), *uygulamadan hemen sonra* eğitim grubunun kitapçık ve kontrol grubuna göre, video grubunun kontrol grubuna göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu (Tablo 11), *uygulamadan bir ay sonra* (Tablo 13) eğitim grubunun kontrol grubuna göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlendi. Bu sonuçlar, ruhsal hastalığa ilişkin sosyal mesafeyi azaltmaya yönelik en etkin yöntemin yüzyüze eğitim olduğunu ve onu video ile film uygulamasının izlediğini, ancak film uygulaması etkisinin daha kısa ve geçici olduğunu göstermektedir.

Ruhsal hastalıklar hakkında yeni bilgilerin edinilmesinden sonra damgalanmanın önemli ölçüde azalması, bilgi eksikliğinin sosyal damgalanmanın belirlenmesinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (Yamagachi ve ark. 2011, Del Casale ve ark. 2013). Bu araştırma da, öğrencilerin daha aktif katılabilecekleri, motive olabilecekleri ve aynı zamanda kendilerine, bilgilerine ve uygulamalarına katkı olabilecek, yeterliliklerini arttıracak, damgalamalarını azaltacak bu tür uygulamaların yapılması hemşirelik eğitim ve öğretimi açısından da önem taşımaktadır. Anti-damgalama stratejilerini birleştirmek damgalamayı azaltmak için en etkili çözüm olabilir. Örneğin, Rüşch, Angermeyer ve Corrigan, (2005) en umut verici yaklaşımın iletişim, film, temas ve eğitimin birleşiminden oluştuğunu ileri sürmüştür (Thanon ve ark. 2016).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Sosyal mesafe ve damgalamanın tanınması ve erkenden belirlenmesi; ruhsal hastalıklarda yardım arayışı, tedaviye başvuru, erken tanı ve tedaviyle işlevsellik düzeyinin artmasını ve iyi oluşu arttırmaktadır. Şizofreni ruhsal hastalıklar içerisinde en çok damgalanan hastalık grubu olup, ergenler başta olmak üzere insanlara şizofreni hakkında eğitim ve bilgi şizofreni ile ilgili olumsuz genel tutumları değiştirebilir.

Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine üç farklı yöntemle verilen şizofreni eğitiminin sosyal mesafeye ve tutuma etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda;

- Öğrencilerin büyük çoğunluğunun ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı (% 91.5), herhangi bir psikiyatrik tedavi öyküsü olmadığı (% 97.2) ve aile ve yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey olmadığı (% 82.3),
- Öğrencilerin yarısından fazlasının (% 56.7) psikiyatri hastasıyla karşılaşmadığı, büyük çoğunluğunun psikiyatrik hastalıklarla ilgili ders almadığı (% 94.3) ve psikiyatri stajı yapmadığı (% 99.3),
- Öğrencilerin ruhsal sağlık sorunlarına yönelik bilgi düzeylerinin sırasıyla az ve orta düzeyde olduğu; bilgi edindikleri kaynakların ise çoğunlukla sosyal çevre ve internet olduğu,
- Öğrencilerin ruhsal sağlık sorunları olan bireylere karşı hissettikleri ilk iki sıradaki duygunun acıma ve korku olduğu,
- Öğrencilerin ruhsal hastalık belirtisi olması durumunda öncelikle başvurulacak kişi hakkında ilk iki sırada psikiyatr ve psikoloğu düşündüğü,
- Öğrencilerin ruhsal hastalık nedenleri hakkında ilk iki sırada doğal afetler ve aile içi çatışmaları düşündüğü,
- Öğrencilerin ruhsal hastalık türleri ile ilgili olarak ilk iki sırada depresyon ve şizofreniyi düşündüğü,
- Öğrencilerin ruhsal sağlık sorunu olan kişinin çoğunlukla başarılı olamayacağını düşündükleri,

- *Eğitim grubu öğrencilerinde* RHYİÖ toplam puan ortalamalarında uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonra anlamlı bir azalma görüldüğü ve ruhsal hastalığa yönelik inançlarının daha olumlu olduğu, ancak bu azalmanın geçici olduğu ve uygulamadan bir ay sonra uygulamadan hemen sonrasına göre anlamlı derecede yükseldiği,

- *Video grubu öğrencilerinde* RHYİÖ toplam puan ortalamalarında uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra anlamlı derecede bir azalma görüldüğü ruhsal hastalığa yönelik inançlarının daha olumlu olduğu, fakat bu azalmanın geçici olduğu ve uygulamadan bir ay sonra yine anlamlı derecede yükseldiği,

- *Kitapçıkgrubu öğrencilerinde* RHYİÖ toplam puan ortalamalarında uygulama öncesine göre anlamlı bir fark görülmezken uygulamadan bir ay sonraki puan ortalamalarının uygulamadan hemen sonraki puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği ve daha olumsuz olduğu,

- *Kontrol grubu öğrencilerinde* RHYİÖ toplam puan ortalamalarında uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonrasında anlamlı bir fark görülmediği,

- *Eğitim grubunda bulunan öğrencilerin* SMÖ puan ortalamalarının uygulama öncesi hem uygulamadan hemen sonra hem de uygulamadan bir ay sonraya göre anlamlı derece daha yüksek ve sosyal mesafenin eğitimle azaldığı,

- *Video grubunda bulunan öğrencilerin* SMÖ puan ortalamalarının uygulama öncesinde sadece uygulamadan hemen sonraya göre anlamlı derecede daha yüksek ve sosyal mesafenin video-film izletimiyle azaldığı,

- *Kitapçık ve kontrol bulunan öğrencilerde* SMÖ puan ortalamalarının uygulama öncesine göre uygulamadan hemen sonra ve bir ay sonra anlamlı bir fark görülmediği,

- Ruhsal hastalığa ilişkin olumlu inançları geliştirmeye ve sosyal mesafeyi azaltmaya yönelik en etkin yöntemin yüz yüze eğitim olduğunu ve onu video ile film uygulamasının izlediği görülmüştür.

- Bu araştırma, eğitim araçları olarak kullanılan yüz yüze eğitim ve filmle eğitim programının, öğrencinin şizofreni hakkındaki ruhsal hastalık algı ve düşüncelerine meydan okuyabileceğini, olumlu yönde değişiklik oluşturabileceğini ve en azından kısa vadede damgalayıcı mesafe ve tutumlarda bir azalmaya neden olabileceğini göstermektedir.

6.2.Öneriler

Ruhsal hastalıklar hakkında eğitim vermenin inanç, tutum ve hastalara yönelik mesafe düzeyinde etkili olduğu belirlendiği bu araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- ✓ Okullarda ilköğretim müfredatında itibaren fiziksel sağlık sorunları ele alınmaktadır. Ruh sağlığı ve damgalanması ile ilgili eğitimler de okul müfredat programlarına eklenmeli ve fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları entegre bir şekilde ele alınmalıdır,
- ✓ Hemşirelik öğrencilerinin müfredatında ruh sağlığı ve hastalıkları dersi çoğunlukla son sınıfta yer almaktadır. Oysa ki, öğrenciler ruhsal hastalıkları olan bireylerle sadece hastanede değil içinde bulunduğu toplumda da karşılaşabilir. Bu nedenle ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik bilgilendirme, iletişim ve damgalama azaltmaya yönelik eğitim programları birinci yıldan itibaren müfredata konmalı ve bütünsel olarak eğitim süreci boyunca sürekliliği sağlanmalıdır,
- ✓ Anti-stigma uygulamalarını içeren dersler seçimsel ders olarak hemşirelik müfredatına eklenebilir,
- ✓ Damgalama azaltma çabaları bu çalışma da en etkili bulunan hem eğitim hem de video izletimini içeren karma yöntemle yapılmalıdır,
- ✓ Öğretim ortamları ve öğretim tekniklerinde bilgi artırıcı, empati kazandırıcı ve iletişim tekniklerini geliştirici bir teknik olan video izleme ve tartışma uygulamalarından da yararlanılmalıdır,
- ✓ Toplum ruh sağlığı hemşireleri savunucu rolleriyle halka ulaşabildikleri tüm mekanlarda ruhsal hastalıklar ve bunlara yönelik anti-stigma programları düzenlemelidir,
- ✓ Sadece şizofreni değil, damgalanmanın yüksek görüldüğü alkol-madde bağımlılığı ve depresyona yönelik programlar da düzenlenip sonuçları değerlendirilmelidir,
- ✓ Bu çalışmada sadece bir ay izlem yapılmış ve başka bir tekrar değerlendirme yapılmamıştır. Yapılacak yeni çalışmalarda daha uzun süreli grup izlemleri önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Ahmedani BK: Mental health stigma: Society, individuals, and the profession. *J Soc Work Values Ethics.*, 8(2): 1-14, 2011.
- Alexander LA, Link BG: The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *J Ment Health.*, 12(3):271-289, 2003.
- Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, Graff R, Haro JM, Girolamo G: Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord.*, 118(1-3):180-186, 2009.
- Altamura C, Fagiolini A, Galderisi S, Rocca P, Rossi A: Schizophrenia today: Epidemiology, diagnosis, course and models of care. *Italian Journal of Psychopathology*, 20(3): 223-243, 2014.
- Altındağ A, Yanık M, Uçok A, Alptekin K, Ozkan M: Effects of on antistigma program on medical students attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatr Clin Nuerosci*, 60(3): 283-288,2006.
- Angermeyer MC, Matschinger H: Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 38: 526-534, 2003.
- Arkar H: Akıl hastalıkları ile tutumlar: Deneyim ve psikopatolojinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(Suppl.4): 243-248, 1992.
- Arsıntaş H, Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy, F: Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1): 11-17, 2010.
- Ayano, G: Schizophrenia: a concise over view on etiology epidemiology diagnosis and management: Review on literature. *J Schizophrenia Res*, 3(2): 2-7, 2016.
- Bandura A: Behavior theory and the models of man. *Am Psychol*,29(12): 859-869, 1974.
- Beary M, Hodgson R, Wildgust HJ: A critical review of major mortality risk factors for all-cause mortality in first-episode schizophrenia: Clinical and research implications. *J Psychopharmacol*, 26(5 Suppl): 52-61, 2012.
- Biffu BB, Dachew BA: Perceived stigma and associated factors among people with schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A cross-sectional institution based study. *Psychiatry journal*, 2014. doi: [10.1155/2014/694565](https://doi.org/10.1155/2014/694565)
- Bilge A, Çam O: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2): 91-96, 2008.
- Bilge A, Akmeşe ZB, Koçak YÇ, Sarıcan ES: Türkiye'de bir grup üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1): 9-14, 2013.
- Binbay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K: Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 22(1): 40-52, 2011.
- Bostancı N, Aştı N: Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 17(2): 87-93, 2004.
- Bostancı N: Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam Dergisi*, 18(1): 32-38, 2005.

Bravo-Mehmedbašić A, Kućukalić S: Stigma of psychiatric diseases and psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 5): 877-879, 2017.

Bushe CJ, Taylor M, Haukka J: Mortality in schizophrenia: A measurable clinical endpoint. *J Psychopharmacol*, 24(4 Suppl): 17-25, 2010.

Castle DJ, Morgan V: Epidemiology. In: Mueser KT, Dıllıp V (Eds): *Jeste Clinical Handbook Of Schizophrenia*. p. 14. The Guilford Press, London, 2008.

Chouinard V: Placing the 'mad woman': Troubling cultural representations of being a woman with mental illness in *Girl Interrupted*. *Social and Cultural Geography*, 10(7): 791-804, 2009.

Corrigan PW, Bink AW. The stigma of mental illness. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*. 2016; 4:230-234. doi:10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1.

Corrigan PW, Larson JE, Rusch N: Self-stigma and the "why try" effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2): 75-81, 2009.

Çakmak S, Bal U, Tamam L, Karaytuğ MO: Şizofreni ve diğer psikozlarda risk sendromları ve risk belirlenmesinde kullanılan ölçekler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4): 494-508, 2015.

Çam O: Ruh sağlığı ve hastalıklarına genel bakış. İçinde: Çam O, Engin E (Edt): *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. s. 5-19. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014.

Çam O, Bilge A: Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 49(3): 131-141, 2011.

Çam O, Çuhadar D: Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3): 136-140, 2011.

Danacı AE, Balıkcı K, Aydın O, Cengiz C, Uykur AB: Tıp eğitiminin şizofreniye yönelik tutumlar üzerine etkisi: 5 Yıllık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(3): 176-184, 2016.

Demirören M, Şenol Y, Koşan A, Saka, MC: Tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara karşı damgalama eğitimi gereksiniminin değerlendirilmesi: Nitel ve nicel yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1): 22-29, 2015.

D'Souza DC, Sewell RA, Ranganathan M: Cannabis and psychosis/schizophrenia: Human studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259(7): 413-431, 2009.

Darbyshire D, Baker P: Cinema in medical education has it penetrated the mainstream? *Rev Med Cine*, 7(1): 8-14, 2011.

Darbyshire D, Baker P: A systematic review and thematic analysis of cinema in medical education. *Med Humanit*, 38(1): 28-33, 2012.

Del Casale A, Manfredi G, Kotzalidis GD, Serata D, Rapinesi C, Caccia F, Girardi P: Awareness and education on mental disorders in teenagers reduce stigma for mental illness: A preliminary study. *Journal of Psychopathology*, 19(3): 208-212, 2013.

Diaz-Membrives M, Icart-Isern TM, López-Matheu MC: Literature review: Use of commercial films as a teaching resource for health sciences students. *Nurse Educ Today*, 36: 264-267, 2016.

Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Phil M, Weich S, King M: Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British J Psychiatry*, 184(2): 176-181, 2004.

- Doğanavşargil Baysal GÖ: Damgalanma ve ruh sağlığı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(2): 239-251, 2013.
- Ellis N, Quraishy M, Hoskins M, Walters J, Riley S, Forty L.: Medical student attitudes to mental health and psychiatry: the use of a patient-experience short film. The British Student Doctor Journal, 2(1): 4-11, 2018.
- Erbaydar Paksoy N, Çilingiroğlu N: Does medical education influence the attitudes of medical students towards individuals with mental health problems? Turkish Journal of Psychiatry, 21(2): 114-125, 2010.
- Fieschi L, Burlon B, De Marinis M: Teaching midwife students how to break bad news using the cinema: An Italian qualitative study. Nurse Educ Pract, 15(2): 141-147, 2015.
- Fung MT, Tsang HWH, Corrigan P: Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. Psychiatric Rehabilitation Journal, 32(2): 95-104, 2008.
- Gaebel W, Baumann AE, Phil M: Interventions to Reduce the Stigma Associated With Severe Mental Illness: Experiences From the Open the Doors Program in Germany. Can J Psychiatry, 48(10): 657-662, 2003.
- Galderisi S, Mucci A, Bitter I, Libiger J, Bucci P, Fleischhacker WW, Kahn RS (Eufest Study Group): Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: Results from the European First Episode Schizophrenia Trial. Eur Neuropsychopharmacol, 23(3): 196-204, 2013.
- Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU: Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. World Psychiatry, 12(2): 155-164, 2013.
- Giegling I, Hosak L, Mössner R, Serretti A, Bellivier F, Claes S, Collier DA, Corrales A, DeLisi LE, Gallo C, Gill M, Kennedy JL, Leboyer M, Maier W, Marquez M, Massat I, Mors O, Muglia P, Nöthen MM, Ospina-Duque J, Owen MJ, Propping P, Shi Y, St Clair D, Thibaut F, Cichon S, Mendlewicz J, O'Donovan MC, Rujescu D: Genetics of schizophrenia: A consensus paper of the WFSBP Task Force on Genetics. World J Biol Psychiatry, 18(7): 492-505, 2017.
- Gramaglia C, Jona A, Imperatori F, Torre E, Zeppegno P: Cinema in the Training of Psychiatry Residents: Focus on Helping Relationships. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/90>. Erişim tarihi: 05.09.2018.
- Güngörmüş K, Ekinci M, Daş M: İlahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 11(2): 45-51, 2014.
- Hafner H, Heiden W: The course of schizophrenia in the light of modern follow up studies: The ABC and WHO studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 249(Suppl 4): 14-26, 1999.
- Hanley E: Perception of Mental Illness Based Upon its Portrayal in Film. The University of Central Florida Thesis, Orlando. <http://stars.library.ucf.edu/honorstheses1990-2015/609>. Erişim tarihi: 05.09.2018.
- Hankir A, Holloway D, Zaman R, Agius M: Cinematherapy and film as an educational tool in undergraduate psychiatry teaching: A case report and review of the literature. Psychiatria Danubina, 27(1): 136-142, 2015.
- Health statistics and information systems. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html Erişim Tarihi: 22.09.2018.
- Hor K, Taylor M: Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. J Psychopharmacol, 24(4 Suppl): 81-90, 2010.
- Iritani S: What happens in the brain of schizophrenia patients? : An investigation from the viewpoint of neuropathology. Nagoya J Med Sci, 75(1-2): 11-28, 2013.

Jorm AF, Oh E: Desire for social distance from people with mental disorders: A review. *Aust N Z J Psychiatry*, 43(3): 183–200, 2009.

Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD, O'Donovan M, Correll CU, Kane JM, van Os J, Insel TR: Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primers*. 12(1): 2015, 15067. doi: 10.1038/nrdp.2015.67.

Kalra G: Talking about stigma towards mental health professionals with psychiatry trainees: a movie club approach. *Asian J Psychiatr*, 5(3): 266-8, 2012a.

Kalra G: Lights, camera and action: learning necrophilia in a psychiatry movie club. *J Forensic Legal Med*, 20(3): 139-142, 2012b.

Kalra G: Psychiatry movie club: A novel way to teach psychiatry. *Indian J Psychiatry*, 53(3): 258-260, 2011.

Kalra G: Using cinema to train mental health trainees in transgender issues. *Int J Transgend*, 14(1): 39-48, 2013.

Kara N: Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve ruhsal hastalıklara yönelik verilen teorik eğitimin etkileri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2: 69-77, 2015.

Keen N, George D, Scragg P, Peters E: The role of shame in people with a diagnosis of schizophrenia. *Br J Clin Psychol*, 56(2): 115-129, 2017.

Kerby J, Calton T, Diambro B, Flood C. Glazebrook C: Antistigma films and medical students' attitudes towards mental illness and psychiatry: Randomised controlled trial. *Psychiatric Bull*, 32(9): 345-349, 2008.

Kimmerle J, Ulrike C: The effects of TV and Film exposure on knowledge about and attitudes toward mental disorders. *J Community Psychol*, 41(8): 931-943, 2013.

Klosterkotter J: Early detection of schizophrenia. *NeurolPsych Brain Res*, 17(1): 1-10, 2011.

Knaak S, Mantler E, Szeto A: Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*. 30(2):111-116, 2017.

Kocal Y, Karakuş G, Sert D: Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2): 251-267, 2017.

Korkmaz G: Akut Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastalarda İçselleştirilmiş Stigma Ve Algılanan Aile Desteği. *İstanbul Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*, 2013.

Latt N, Jurd S, Tennant C, Lewis J, Macken L, Joseph A, Grochulski A, Long L: Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: Changing patterns. *Australas Psychiatry*, 19(4): 354-359, 2011.

Lavretsky H: History of Schizophrenia as a Psychiatric Disorder. In: Mueser KT, Dilsen V (Eds): *Handbook Of Schizophrenia*. p. 3-13. The Guilford Press, London, 2008.

Lincoln TM, Arens E, Berger C, Rief W: Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanation on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(5): 984-994, 2008.

Lumlertgul N, Kijpaisalratana N, Pityaratstian N, Wangsaturaka D: Cinemeducation: A pilot student project using movies to help students learn medical professionalism. *Med Teach*, 31(7): 327-332, 2009.

Mak W, Cheung F, Wong S, Tang W, Lau J, Wood J, Lee D: Stigma towards people with psychiatric disorders. *Hong Kong Medical Journal*, 21(Suppl.2): 9-12, 2015.

McCann E, Huntley-Moore S: Madness in the movies: An evaluation of the use of cinema to explore mental health issues in nurse education. *Nurse Educ Pract*, 21: 37-43, 2016.

Mohtashami, J: Stigma and discrimination toward psychiatric patients. *Nurse Care Open Acces J*, 5(3): 139-140, 2018.

Oban G: Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.

Oban G, Küçük L: Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2): 35-41, 2012.

Oran NT, Şenuzun F: Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1): 1-16, 2008.

Overton SL, Medina SL: The stigma of mental illness. *J Couns Dev*, 86(2): 143-151, 2008.

Penn DL, Chamberlin C, Mueser KT: The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophrenia Bull*, 29(2): 383-391, 2003.

Pescosolido BA: The public stigma of mental illness: What do we think; what do we know; what can we prove? *J Health Social Behav*, 54(1): 1-21, 2013.

Petkari, E: Building beautiful minds: Teaching through movies to tackle stigma in psychology students in the UAE. *Academic Psychiatry*, 41(6): 724-732, 2017.

Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T: Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry*, 182(4): 342-346, 2003.

Ross S, Peselow E: Co-occurring psychotic and addictive disorders: Neurobiology and diagnosis. *Clin Neuropharmacol*, 35(5): 235-243, 2012.

Rosenberg M: Diagnosis, treatment options, and costs of schizophrenia. *Journal of Manage Care Medicine*, 3(12): 10-15, 2012.

Rosenstock J: Beyond "A Beautiful Mind": Film choices for teaching schizophrenia. *Academic Psychiatry*, 27(2): 117-122, 2003.

Rubeša G, Gudelj L, Kubinska, N: Etiology of schizophrenia and therapeutic options. *Psychiatria Danubina*, 23(3): 308-315, 2011.

Sarıkoç G: Ruhsal sorunları nedeniyle ayaktan izlenen hastaların içselleştirilmiş etiketlenmeleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.

Edward S, Gregg P, Hewes D: The parasocial contact hypothesis. *Communications Monographs*, 72(1): 92-115, 2005.

Stuenkel DL, Wong VK: Stigma (Chapter 3). In: Lubkin IM, Larsen P (Eds): *Chronic Illness: Impact and Intervention*, 8th eds 47-74, 2013. <https://books.google.com.tr/books?id=3MHK5>

[ejX3Q4C&pg=PA24&pg=PA24&dq=Chronic+Illness:+Impact+and+Intervention+Stuenkel](#) Erişim tarihi: 05.09.2018.

Świtaj P, Chrostek A, Grygiel P, Wciórka J, Anczewska M: Exploring factors associated with the psychosocial impact of stigma among people with schizophrenia or affective disorders. *Community Mental Health Journal*, 52(3): 370-378, 2016.

Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS: Schizophrenia, 'just the facts' 4. clinical features and conceptualization. *Schizophr Res*, 110(1-3): 1-23, 2009.

Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, Dolores Malaspina KL, Michael J, Owen m, Susan Schultz n, Ming Tsuang o,p,q, Jim Van Os r,s, Van Os, J: Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Res*, 150(1): 3-10, 2013.

Terzioğlu C, Eskiurt R, Özkan B: Psikiyatri hemşireliği eğitiminde sinema filmi izletilmesi yöntemi ile öğrencilerin bakım uygulamalarındaki farkındalıklarının araştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(3): 149-161, 2017.

Thonon B, Pletinx A, Grandjean A, Billieux J, Larøi F: The effects of a documentary film about schizophrenia on cognitive, affective and behavioural aspects of stigmatisation. *J Behav Ther And Exp Psychiatry*, 50:196-200, 2016.

Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D: Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023): 1123-1132, 2016.

Umut G, Altun ZÖ, Danışmant BS, Küçükparlak İ, Karamustafaoğlu N: Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25: 212-220, 2012.

Warner R: Local projects of the World Psychiatric Association programme to reduce stigma and discrimination. *Psychiatr Serv*, 56(Suppl.5): 570-575, 2005.

Wilson N, Cadet JL: Comorbid mood, psychosis, and marijuana abuse disorders: A theoretical review. *J Addict Dis*, 28(4): 309-319, 2009.

Wilson N, Heath D, Heath T, Gallagher P, Huthwaite M: Madness in the movies: Prioritized movies for self-directed learning by medical students. *Australasian Psych*, 22(5): 450-453, 2014.

Wobrock T, Soyka M: Pharmacotherapy of schizophrenia with comorbid substance use disorder. Reviewing the evidence and clinical recommendations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 32(6): 1375-1385, 2008.

WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2015. Department of Information, Evidence and Research WHO, Geneva, January 2017. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalDALY_methods_2000_2015.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 22.09.2015.

Yamaguchi S, Mino Y, Uddin S: Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. *Psychiatry Clin Neurosci*, 65(5): 405-415, 2011.

Yıldız M. Şizofreniyle Yaşam Rehberi. Hayata Köprü Projesi İçin, Konya, 2007.

Zeppegno P, Gramaglia C, Feggi A, Lombardi A, Torre E: The effectiveness of a new approach using movies in the training of medical students. *Perspectives on medical education*, 4(5): 261-263, 2015.

8. EKLER

EK- 1	Anket Formu
EK- 2	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği
EK- 3	Sosyal Mesafe Ölçeği
EK- 4	Araştırmada Kullanılan Eğitim Slaytları
EK- 5	Araştırmada Kullanılan Kitapçık
EK- 6	Araştırmanın Etik Kurul Onayı
EK- 7	Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Araştırma Onay Yazısı
EK- 8	Ölçek İzin Yazışmaları

EK 1

ANKET FORMU

Aşağıdaki anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm sizi ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik düşünce ve tutumlarınızı belirlemeye yönelik sorulardan, ikinci bölüm ise ruhsal hastalığı olan biriyle ilgili sorulardan oluşmaktadır. Anketin geçerli olması ve araştırma için doğru sonuçların alınması her bir sorunun cevaplandırılmasına bağlıdır. Lütfen her bir soruyu okuyarak dikkatle ve eksiksiz cevaplayınız. Verdiğiniz cevaplar araştırma amacı dışında kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. İlgi ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Münevver GÜL

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans Öğrencisi

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: 1 () Kız 2 () Erkek

3) Aile tipiniz: 1 () Çekirdek aile 2 () Geniş aile

4) Yetiştığınız sosyal çevre: 1 () Kent 2 () Kırsal

5) Sosyoekonomik Düzeyiniz: 1 () İyi 2 () Orta 3 () Kötü

6) Medeni durumunuz: 1 () Bekar 2 () Evli 3 () Boşanmış 4 () Dul

7) Annenizin eğitim durumu: 1 () İlkokul mezunu 2 () Ortaokul mezunu

3 () Lise mezunu 4 () Yüksekokul /üniversite mezunu 5 () Diğer.....

8) Babanızın eğitim durumu: 1 () İlkokul mezunu 2 () Ortaokul mezunu

3 () Lise mezunu 4 () Yüksekokul /üniversite mezunu 5 () Diğer.....

9) Hayatınızın herhangi bir döneminde ruhsal rahatsızlığınız oldu mu?

1 () Evet 2 () Hayır

“Evet” ise, ruhsal rahatsızlığınızın adını veya tanısını yazınız:.....

10) Hayatınızın herhangi bir döneminde ruhsal rahatsızlığınız için tedavi gördünüz mü? 1 () Evet 2 () Hayır

“Evet” ise, ruhsal rahatsızlığınız için görmüş/görmekte olduğunuz tedaviyi belirtiniz:

11) Ruhsal rahatsızlığı olan bir yakınınız, var mı veya geçmişte oldu mu?

1 () Evet 2 () Hayır

"Evet" ise, yakınlık derecesini belirtiniz:

"Evet" ise, biliyorsanız bu ruhsal rahatsızlığın adını veya tanısını belirtiniz:.....

"Evet" ise, yukarıda söz ettiğiniz yakınınızla birlikte aynı evde yaşadınız mı?

1 () Evet 2 () Hayır

12)Psikiyatri hastasıyla normal yaşantınızda karşılaştınız mı?

1() Evet 2 () Hayır

13) Psikiyatri hastalıkları ile ilgili ders aldınız mı? 1() Evet 2 () Hayır

14)Daha önce psikiyatri stajı yaptınız mı?1() Evet 2 () Hayır

15) Ruhsal sağlık sorunları hakkındaki bilgi seviyenizi en iyi hangisi tanımlar?

1 () Hiç bilğim yok 2 () Az bilgiliyim 3 () Orta düzeyde bilgiliyim

4 () Oldukça bilgiliyim 5 () Çok fazla bilgiliyim

16) Ruhsal sağlık sorunları hakkında bilginiz var ise bu bilgileri en çok nereden edindiniz? (Lütfen tek bir kutuyu işaretleyiniz.)

1 () Akademik ortam 2 () Eğitim amaçlı faaliyet (Örn: konferans, seminer, kurs)

3 () Kitap 4 () İnternet 5 () Sosyal çevrem

6 () Medya 7 () Diğer (belirtiniz).....

17) Ruhsal sorunlu bireylerin sizde daha çok yaşattığı duygu nedir?

1 () Korku 2 () Öfke 3 () Sıkıntı

4 () Heyecan 5 () Acıma 6 () Diğer (belirtiniz).....

18) Bir yakınınız ruhsal hastalık belirtisi gösteriyorsa, öncelikle iyileşmesi için yardım alacağınız birey:

1 () Psikiyatr 2 () Psikolog 3 () Aile hekimi

4 () Din adamı 5 () Diğer (belirtiniz).....

19) Size göre ruhsal hastalıkların ana nedeni nedir? (birden fazla madde işaretleyebilirsiniz)

1 () Travmatik olaylar (depresyon, sel gibi olaylar...) 2 () Aile içi çatışmalar

3 () Geçirilen enfeksiyon hastalıklar 4 () Dinsel problemler

5 () Büyü gibi doğa üstü güçler 6 () Kalıtsal yatkınlık 7 () Diğer

20) Hangileri ruhsal hastalıklardandır? (birden fazla madde işaretleyebilirsiniz)

1 () Şizofreni 2 () Depresyon 3 () Konversiyon bozukluğu

4 () Sürekli anksiyete 5 () Bağımlılıklar 6 () Diğer (belirtiniz).....

21)Size göre ruhsal sağlık sorunu olan kişinin okul ve meslek yaşamında başarılı olma durumu nedir?

1 () Başarılı olabilir

2 () Başarılı olamaz

EK 2**RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ**

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.

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR	Tamamen katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum
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.						
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri						

şeyler beni endişelendirir.						
RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR	Tamamen katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum
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 hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21. Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

7) Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kağıdı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?

Kesinlikle oynarım

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kesinlikle oynamam

8) Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?

Kesinlikle sohbet ederim

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kesinlikle sohbet etmem

9) Eğer bu kişiyi tanısaydınız, ona günlük sıkıntılarınızı anlatıp, onunla dertleşir miydiniz?

Kesinlikle dertleşirim

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kesinlikle dertleşmem

10) Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kesinlikle rahatsız eder

11) Bu kişi bir kuaför / berber olsa, ona saçınızı kestirir miydiniz ya da yaptırır mıydınız?

Kesinlikle yaptırırdım

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kesinlikle yaptırmazdım

12) Bu kişi ile aynı işyerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kesinlikle rahatsız eder

13) Bu kişi ile aynı işyerinde ama farklı odalarda çalıştığınızı farz edelim. Bu kişi ile aynı çatı altında bulunmak sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kesinlikle rahatsız eder

14) Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişi ile evlenmek istemesi sizi rahatsız eder mi?

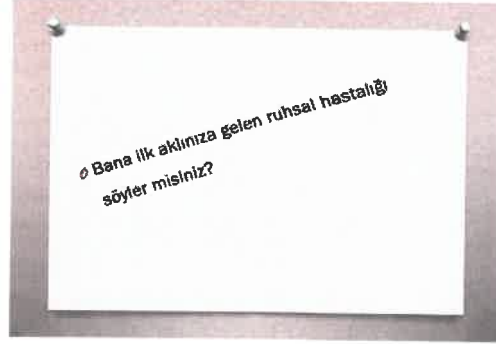
Kesinlikle rahatsız etmez

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kesinlikle rahatsız eder

EK 4

ARAŞTIRMADA KULLANILAN EĞİTİM SLAYTLARI



Şizofreni;

Kronik bir akıl hastalığıdır

- ❗ Sadece düşünce bozukluğu değil başka akıl işlevlerinin de bozulduğu bir hastalıktır.

PSIKOTİK
BOZUKLUKLARDA EN SIK
GÖRÜLEN VE EN ÖNEMLİ

Psikotik Bozukluk

Psikoz= Gerçek değeri değerlendirme yetisinde bozulma

- ❗ Kişiyi gerçeklerden kopuk kendisine has bir dünyada yaşar
- ❗ Dünyanın ya da başkalarının gerçekleriyle psikozda olan kişinin gerçekleri farklılaşmıştır

Türkçe'de 'çıldırma' sözcüğünün karşılığıdır

Şizofreni



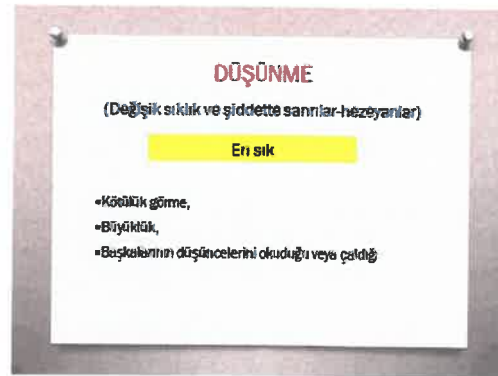
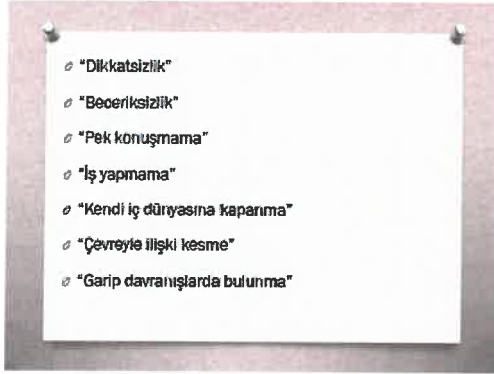
⚡ 1911 yılında ZİHN, AKIL BÖLÜNMESİ olarak adlandırılan bu terim günümüzde bu anlamda kullanılmamaktadır.

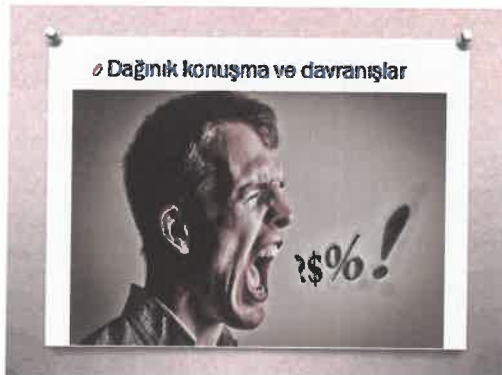
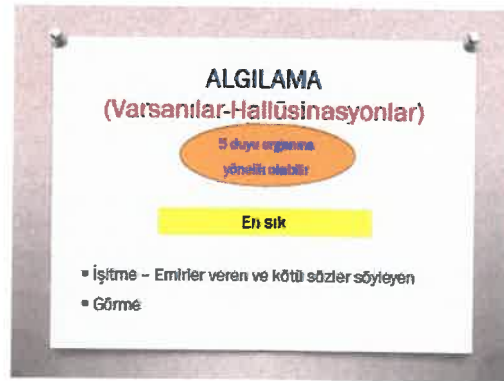
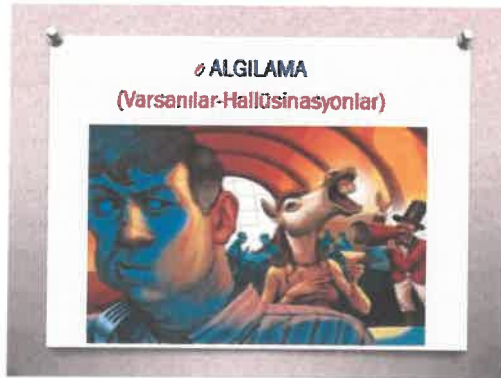
Şizofreni

- Hastalık durumunda beyni oluşturan işlevleri arasında bir kopukluk oluşmaktadır.

Şizofreni Hastalarında Sık Görülen Belirtiler

- "Hasta olduğunu kabul etmeme"
- "Takip edildiğini düşünme"
- "İnsanlara güvenmeme"
- "Hayaller görme"
- "Kendi kendine konuşma"
- "Yoğunlaşma sorunları, ders başınsında düşme"





◦ İrade azalması



◦ Zevk almada azalma



◦ Duygulanımda donuklaşma



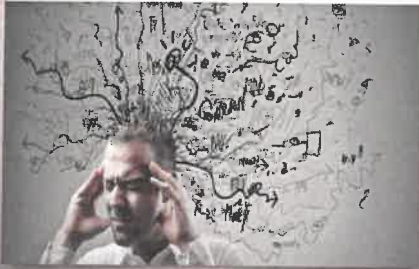
★ Toplumsal, mesleki ve akademik işlevsellikte azalma



◦ İlgörü (hasta olup olmadığını anlama) bozulması



- **Dikkat bozulması**



- Bellek bozulması



Değişik sıklık ve şiddette taşkınlık ve yoksunluk belirtileriyle birlikte seyreder.



Size of rev



Her hastada tüm belirtiler olacak diye bir şart yoktur!!!

Tedavi aşamalarında da belirtiler için değişik iyileşme hızları söz konusudur!!!!



**Şizofreni dünyada
kaç kişiyi
etkiliyor?**

Korkutan rakam!



Sıklık ve Görülme Yaşı

- Şizofreni dünyanın her yerinde yaşam boyu 100 kişiden 1 kişide görülmektedir. Dünyanın her yerinde aşağı yukarı aynı oranlarda görülmektedir.
- Her kültür, ırk, din, dil ve sınıftan insanda görülür.
- Kadınlarda ve erkeklerde aynı oranda görülür.



- Şizofreni yaşamın her döneminde ortaya çıkabilir.
- En sık ortaya çıktığı yaşlar genellikle delikanlık ve erken erişkinlik dönemleridir.
- Erkeklerde 15-25 yaşları arası daha sık görülürken; kadınlarda 25-35 yaşları arasında daha sık ortaya çıkmaktadır.
- Genelde böyle olmakla birlikte hastalık 5-90 yaş arasında her yaşta görülebilmektedir.



- Şizofreni genç yaşlarda ortaya çıkan bir hastalıktır demek yanlış olmaz.
- **DELİKANLILIK DÖNEMİNDE** bazı davranış değişiklikleri normal kabul edilebildiğinden şizofreninin başlangıç belirtileri ile karışabilmektedir.
- Bu nedenle **TEDAVİYE GEÇ** getirilen hasta sayısı hiç de az değildir.

SEBEPLERİ ??



Yanlış İnanış: Anne-babaların yanlış tutumları



Yanlış İnanış

Gerçek

- Anne-babalar yanlış tutumlarından dolayı çok duyulmuş ve hastalığın vaktinden önce rahatsızlık olarak algılanmış.
- Şizofreniyle ilgili hiçbir durum ailenin yeteneğiyle ilgili ortaya koymaz.
- Çok yetersiz ve yanlış bilgiler çok zehneliz ve ilgisiz aileler arasında hastalığın ortaya çıkma oranı orantısız olarak artmaktadır.

Yanlış İnanış: Anne-babaların yanlış tutumları



- Ailenin önemi hastalığın tedavi sürecinde ortaya çıkmaktadır.
- Hastalığın tekrarlamanması konusunda ailenin önemli katkılarını olabilmektedir.

ŞİZOFRENİ, ortaya çıkışı tek bir nedene bağlı olmayıp, **BİRÇOK ETKENLE** ORTAYA ÇIKAN BİR BEYİN HASTALIĞIDIR.

Hipertansiyon, kalp hastalıkları, alzheimer hastalığı, sedef hastalığı gibi birçok hastalık ta tek bir etken yerine çok etkenlidir.

Şizofreniye Neden Olan Etkenler

DOĞUŞTAN **SONRADAN**



KALITIMSAL FAKTÖRLER

- Genetik faktörler çevresel faktörlerden daha ağır basmaktadır.
- Hastalığın ortaya çıkmasında kalıtımın rolü vardır ancak bu olası her hâlikarda % 50'nin ağındadır.

KALITIMSAL FAKTÖRLER



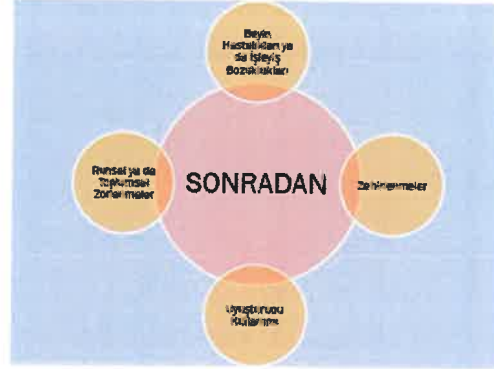
Şizofreni hastalarının aile bireylerinde ya da akrabalarında hastalığın görülme oranı diğer bireylere göre daha fazladır.

KALITIMSAL FAKTÖRLER



Kalıtım ilişkisinde aile bireylerinde ne kadar çok şizofrenili kişi varsa hastalığın ortaya çıkma olasılığı da o kadar artmaktadır.

- Bir hastanın birinci derece akrabalarında ortalama şizofreni riski %8-10'dur.
- Anne veya babadan biri hasta ise risk %12.5-13.8'e yükselir.
- Anne babanın her ikisinin de hasta olması halinde risk %35-46'dır.



ŞİZOFRENİ ÇEŞİTLERİ



1. PARANOİD ŞİZOFRENİ

- Sannılar önde gelir (Kötülük görme, alınma, büyüklük ve etkilenme sannıları).
- Sannılara uygun ya da uygunsuz varsanılar da görülür.
- Hasta çevresi ile olan ilişkilerini saptırır.
- Daha geç yaşta başlar ve en iyi tedaviye yanıt veren tiptir.

2. KATATONİK ŞİZOFRENİ

- Temel görünüm hareket bozukluğudur.
- Kişi heykel gibi kırılamadan durabilir, komada gibi yatıyor olabilir, çevresinde olup bitenlerin farkında fakat tepkisizdir.
- Mum ecektiği gibi hastanın vücuduna şekli verilebilir.
- Konuşmama en sık görülen belirtidir.
- Sözcük tekrarlama, davranış tekrarlama, garip vücut duruşları görülebilir.
- Bu tip şizofreni günümüzde seyrek görülmektedir.

3. DEZORGANİZE (DAĞINIK) ŞİZOFRENİ

- Düşünce akışında bozulduk,
- Parçalanmış sanrı ve varsanılar vardır.
- Davranışlarda dağınıklık,
- Uygunsuz YA DA donuk duygulanım mevcuttur.
- Gerçekle teması çok azdır,
- Fantazilerle yaşar.
- Görünüşü ve sosyal davranışları oldukça bozuktur.



- Bir hastanın birinci derece akrabalarında ortalama şizofreni riski %8-10'dur.
- Anne veya babadan biri hasta ise risk %12.5-13.8'e yükselir.
- Anne babanın her ikisinin de hasta olması halinde risk %35-46'dır.



ŞİZOFRENİ ÇEŞİTLERİ



1. PARANOİD ŞİZOFRENİ

- Sannılar önde gelir (Kötülük görme, alınma, büyüklük ve etkilenme sannıları).
- Sannılarına uygun ya da uygunsuz varsanılar da görülür.
- Hasta çevresi ile olan ilişkilerini sepmir.
- Daha geç yaşta başlar ve en iyi tedaviye yanıt veren tiptir.

2. KATATONİK ŞİZOFRENİ

- Temel görünüm hareket bozukluğudur.
- Kişi heykel gibi kıpırdamadan durabilir, komada gibi yatıyor olabilir, çevresinde olup bitenlerin farkında fakat tepkisizdir.
- Mum esnekliği gibi hastanın vücuduna şekli verilebilir.
- Rönüşmama en sık görülen belliridir.
- Sözcük tekrarlama, davranış tekrarlama, garip vücut duruşları görülebilir.
- Bu tip şizofreni günümüzde seyrek görülmektedir.

3. DEZORGANİZE (DAĞINIK) ŞİZOFRENİ

- Düşünce alanında bozukluk,
- Parçalanmış sanrı ve varsanılar vardır.
- Davranışlarda dağınıklık,
- Uygunsuz YA DA donuk duygulanım mevcuttur.
- Gerçekle teması çok azdır, fantazilerle yaşar.
- Görünüşü ve sosyal davranışları oldukça bozuktur.



Başlama Şekli

- Hastalığın başlama şekli seyir açısından ilk belirtedir. Eğer hastalık ani başlarsa seyir büyük ihtimalle iyi olacaktır.
- Hiçbir baskı etkeni olmaksızın yavaş yavaş başlama tatsız bir gelişin habercisi olabilir.

Belirtilerin Niteliği

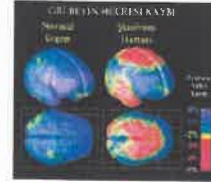
- Paranoid belirtiler, katatonik belirtiler, depresyon ve diğer duygusal belirtilerin varlığı, zihinsel karmaşanın olması iyi seyir yönünde değerlendirilir.

Psikotik Dönemlerin Sıklığı

- Psikoz psikozu doğurur. Her psikotik dönemden sonra hastaların eski işlevsellik düzeylerine dönme süreleri de uzar ve giderek işlevsellikleri bozulur.

Beyinde Yapısal Değişiklikler

- Beyinde patolojik bulguların olması kötü seyir gösterirken, normal sonuçlar iyi seyir göstermektedir.



Tedavi Edilmeden Geçen Süre

- Psikotik döneme başladıktan sonra tedavisiz geçen süre uzadıkça hastalığın iyileşme hızı azalmakta, yinelenmelerin sıklığı artmaktadır.

TEDAVİ



❏ Tedavisi mümkündür.

❏ Şizofreni tedavisinde ilaçlar birinci derecede öneme sahiptir.

❏ Yüksek tansiyon ve şeker hastalığı gibi devamlı kesilmeden ve düzenli tedaviyi gerektirir.

❏ Düzenli ilaç tedavisi ve ruhsal toplumsal tedavilerle başetmede büyük gelişmeler gözlenmektedir.

❏ Hastaların ilaç almamaları hastalığın ya da belirtilerin tekrarlamasına yol açabilir.

❏ Hastalığın tekrarlama her seferinde iyileşmeyi daha da zorlaştırır.

❏ Hastalığın tedavisinde hastalar kadar onlarla birlikte yaşayan aile bireylerinin de ele alınması gereklidir.

❏ Aileler ya da arkadaşlar hastalar için tedavi ekibinin önemli birer üyesi olabilirler.

TEDAVİ

❏ Farmakolojik tedavi



Antipsikotikler

❏ Şizofreni belirtilerini azaltmak

❏ Kişiyi iyi durumunu korumada yardımcı olmak ve belirtilerin kötüleşmesini veya tekrarlamasını önlemek

❏ TEDAVİYE NE KADAR GECİ BAŞLIYIRSA BELİRTİLERİ DAHA DİDDİ OLMAKTA VE HASTALIK DAHA UZUN SÜRMEKTEDİR.

Antipsikotikler

❏ Hastalık tedaviye dirençli kalsp iyileşmediği zaman SÜREĞEN ya da SÜREKLİ ŞİZOFRENİ den bahsedilir.

❏ HASTALIKIN SÜREĞENLEŞTİĞİNE EN AZ İKİ YILLIK BİR İZLEMEDEN SONRA KARAR VERİLİR.

İYİLEŞME DEĞERLENDİRMESİ



Antipsikotikler

Şizofreniye neden olan beyinsel düzenekler tam olarak düzeltilmediği sürece, belirtileri yatıştırmak için

ŞEKER HASTALIĞI, TANSİYON YÜKSEKLİĞİNDE olduğu gibi SÜREKLİ TEDAVİ GEREKECEKTİR.

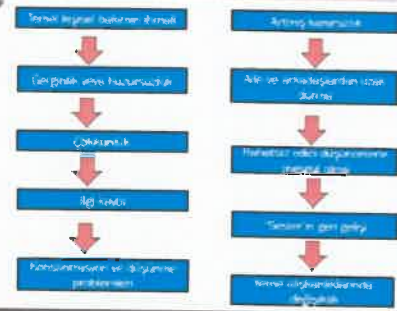
İnsanlar çeşitli nedenlerle ilaç almayı bırakabilir :

- Hasta olduklarına inanmazlar
- Özellikle kendilerini tekrar iyi hissetmeye başladıklarında ilaca gereksinim duymazlar
- İlacın yararının olmadığını düşünürler
- Hastalıktan daha kötü olduğunu düşündükleri yan etkilere rahatsız olurlar
- Kendilerini robot gibi hissederler

- İlaçlarını almayı hatırlamakta güçlük çekebilirler
- Diğer tedavileri tercih ederler
- Seslerden memnundur ve devam etmesini isterler...

İlacın Kesildiğini Nasıl Fark Ederiz?

- Şizofreni tedavisi gören kişinin ilacını bırakması son derece önemlidir. İlaç kesilirse belirtiler er geç yeniden ortaya çıkar. En erken belirtiler şunlardır;



TEDAVİ

• Elektro-konvulsif tedavi(EKT)



TEDAVİ

• Psikososyal terapi

**Şizofreni
terapi**



TEDAVİ

• Aile terapisi



TEDAVİ

• Grup terapisi



TEDAVİ



Ruhsal Eğitim Merkezi

İçerisi Nasılsa Dışarı da Öyledir

• Ruhsal eğitim

TEDAVİ

• Özyardım dernekleri



TEDAVİ



• Toplumsal beceri kazandırma eğitimi

• Sosyal beceri eğitimi, öğrenimi ve mesleki yardım gibi uygulamalar insanların şizofreninin etkilerinden kurtulup daha önceki becerilerini kazanmalarına yardımcı olmaktadır.

• Bu tedavilerin hepsi kişinin yaşam kalitesinde ve sağlığında olumlu değişiklikler sağlayabilir.



• ŞİZOFRENİLİ HASTALAR DA İYİLEŞEREK GÜNLÜK YAŞAMA DÖNERLER VE MESLEKLERİNDE BAŞARILI OLABİLİRLER.

ANCAK



• GERÇEKTE EN İYİ SONUÇLAR İLAÇ TEDAVİSİ VE BU TÜR TEDAVİLER BİRLİKTE UYGULANDIĞINDA ELDE EDİLMEKTEDİR.

ŞİZOFRENİ GİDİŞ VE SONLANIŞ ÖZELLİKLERİ



ŞİZOFRENİ GİDİŞ VE SONLANIŞ ÖZELLİKLERİ

• DÜZELME
OLMAZ

% 15

% 10

• İNTİHAR

YAŞ ILERLEDİKÇE HASTALARIN ÇOĞUNDA BELİRTİLER SİLİKLEŞİR

20'li ve 30'lu
yaşlara göre

40'lı, 50'li ve 60'lı
yaşlarda DAHA
ETKİSİZ OLDUĞU
GÖRÜLÜR.

> Şizofreni tanısı almış
hastaların beklenen yaşam
süreleri genel nüfusa
oranla ortalama 9-10 yıl
daha azdır.

- ✓ İntihar
- ✓ Özbakım eksikliği
- ✓ Beslenme bozuklukları
- ✓ Alkol ve madde
bağımlılıkları
- ✓ Barınma sorunları
- ✓ Tıbbi hastalıklar



ŞİZOFRENİ VE HASTALAR HAKKINDA BAZI YANLIŞ DÜŞÜNCELER



- ❖ Şizofreni hastaları 'bölünmüş kişiliğe' sahiptirler.
- ❖ Şizofreni utanç duyulacak bir rahatsızlıktır.
- ❖ Şizofreni hastalarının çoğu saldırgan ve tehlikelidir.
- ❖ Hastalığa kötü ebeveynler neden olmaktadır.
- ❖ Şizofrenili hastalar tembeldir.
- ❖ Şizofreni karakter zayıflığı ve iradesizlikten doğar.

❖ Şizofreni hastaları işe yaramazlar ve evlenemezler.

❖ Şizofreni hastaları topluma zararlıdır, bu nedenle toplumdan dışlanmalıdır.

❖ Şizofreni hastalarının çocukları da aynı hastalığa yakalanırlar.

❖ Şizofreni ömür boyu giderek ağırlaşır.

❖ Şizofreni hastaları hep saçma şeyler konuşurlar.



EK 5

ARAŞTIRMADA KULLANILAN KİTAPÇIK

ŞİZOFRENİ EL KİTAPÇIĞI

Şİ
ZOFRENİ HASTALARINDA SIK
GÖRÜLEN BELİRTİLER

ŞİZOFRENİ NEDİR?

Şizofreni kişiyi gerçeklerden, dış dünyadan koparır; düşünceleri, duyguları, algıları ve davranışları etkileyen bir ruhsal hastalıktır.

Şizofreni genelde **Psikotik Bozukluk** olarak bilinir. Psikotik bozukluk kişinin psikoza girdiği ya da psikotik belirtiler gösterdiği klinik bir durumdur. Psikoz terimi kişinin gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma anlamına gelir. Başkalarının gerçekleri ile psikozdaki bir bireyin gerçekleri farklılaşmıştır.



Şizofreninin Pozitif (Taşkınlık) ve Negatif (Yoksunluk) Belirtiler olmak üzere iki çeşit belirtisi vardır.

Pozitif (Taşkınlık) Belirtileri

- Halüsinasyon (Varsanı-Objesiz algılama)
- Hezeyan (Sanrı-Gerçekdışı düşünceler)
- Dağınık konuşma ve davranışlar
- Katatonik davranış

Negatif (Yoksunluk) Belirtileri

- Düşünce fakirleşmesi
- İrade azalması
- Zevk almada azalma
- Duygulanımda donuklaşma

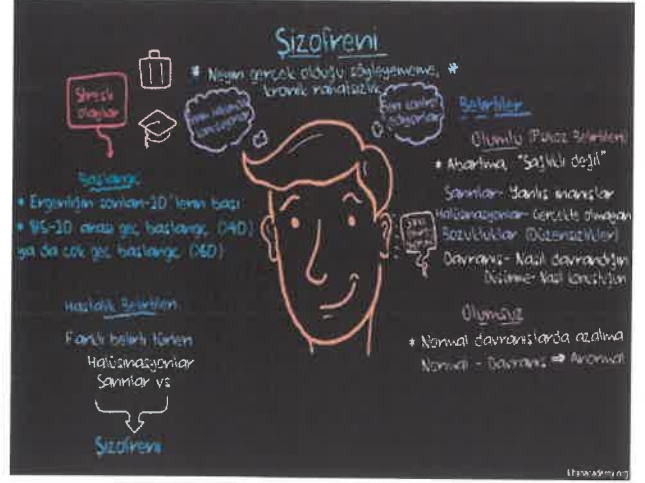
Bu belirtilere ek olarak içgörü (hasta olup olmadığını anlama) bozulması, dikkat ve bellek bozulması, toplumsal ve mesleki alanlardaki işlevsellikte bozulma da şizofrenide önemli belirtilerdendir.

Hastalığın erken dönemindeki belirtileri hastaneye ilk başvurusundan önce yaklaşık 2 sene evvel başlar. Genellikle hastanın aile içi ilişkilerinin bozulması, içe kapanması, okul başarısının düşmesi, devamsızlık, kavgacılık, özbakımda isteksiz olma gibi davranış değişiklikleri hastalığın habercisi olabilir.

Kişi gerçekte olmayan sesler ya da görüntüleri varmış gibi algılayabilir. Sadece kendisinin duyduğu seslere cevap verebilir ve bu durum **halüsinasyon** olarak adlandırılır.

Düşünce ve algılama bozuklukları özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde ortaya çıkar. Kişi, takip edildiğine, çevresindeki kişilerin düşmanı olduğuna, herkesin kendisi hakkında konuştuğuna veya anlamlandıramadığı işler döndüğüne inanabilir ve bu

belirtilere **hezeyan** denir.



SIKLIK VE GÖRÜLME YAŞI

Şizofreni hastalığı dünyanın hemen her yerinde aynı oranlarda ortaya çıkar. Kültürel fark gözetmeyen bu hastalık yüzde bir oranında görülür.



Yaşamın her döneminde ortaya çıkabilir. Ancak erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaşları arasında daha sık görülmektedir. Buna bakarak şizofreninin en sık görüldüğü yaşlara genel olarak delikanlılık ve erken erişkinlik dönemleri diyebiliriz.



Şizofreninin nedeni tam olarak bilinmemektedir; ancak birçok etken biraraya gelerek şizofreniye neden olabilir. Şizofreninin ortaya çıkmasına neden olan etkenleri iki grupta inceleyebiliriz. Bunlar:

1. Doğuştan

- Anne ve babadan gelen genlerin etkisi (kalıtsal)
- Kişinin anne rahminde maruz kaldığı çevresel-fiziksel etkileri (gebelik-doğum sırasındaki olumsuzluklar)

2. Sonradan

- Beyin hastalıkları

- Zehirlenmeler
- Uyuşturucu kullanımı
- Ruhsal ve toplumsal zorlanmalar vb.

Şizofrenide genetik faktörler çevresel faktörlerden daha fazla etkiye sahiptir. Doğuştan ve sonradan olan etkenler bazen birbirinden bağımsız bazen de birlikte iş görebilirler.



• Paranoid Şizofreni:

Düşünce içeriğinde bozukluk ön planda olan bu tipte kötülük görme, alınma, büyüklük ve etkilenme sanrıları daha sık görülür. Aynı anda birden fazla sanrı ve sanrılarına uygun ya da uygunsuz varsanıları da olabilir. Beynin düşünce ve algı sisteminde bozulma sonucu ortaya çıkmıştır. Diğer tiplere göre daha ileri yaşlarda kendini gösteren ve tedaviye en iyi yanıt veren tiptir.

- **Dağınık (Dezorganize) Şizofreni:** Dağılmış düşünce ve davranışların ön planda olduğu bu tipte uygunsuz ya da donuk duygulanım vardır. Kendi kendine konuşma, anlamsız sözcükler, tuhaf jest ve mimikler, anlamsız duygulanmalar sıktır. Genellikle daha erken yaşta başlar. Sanrı ve varsanılar parçalanmıştır.

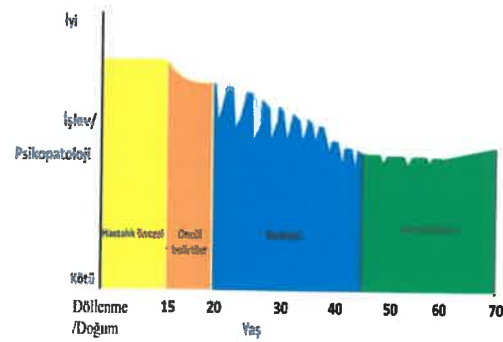
- **Katatonic Şizofreni:** Kişi hareket etmeden durabilir, komada gibi yatıyor olabilir; çevresinde olup bitenlerin farkındadır fakat tepkisizdir. Mum esnekliği gibi hastanın vücuduna şekil verilebilir. En belirgin özelliği konuşamamadır. Ya da bunların aksine aşırı hareketlilik de bu tipte görülebilir. Söyleneni harfi harfine uygulayabilir ya da karşı gelici tutum sergileyebilir. Bu tipe günümüzde az rastlanmaktadır.

- **Ayrışmamış (Farklılaşmamış) Şizofreni:** Tanı koymak için yeteri kadar belirti vardır fakat diğer hiçbir tipe tam

uymamaktadır. Değişik belirtileri aynı anda içerebilir.

HASTALIĞIN SEYRİ

Şizofreni seyri



Şizofreni sinsi ve yavaş başlayabildiği gibi aniden de başlayabilir. Hastalık bazı hastalarda iyileşme ve yineleme ile seyrederken bazı hastalarda kronikleşir ve süregelen bir seyir izler. Kimi hastalar ise tamamen iyileşebilir. Hastalığın seyrini etkileyen faktörlere bakılınca;

➤ Hastalık erken başlayıp, sinsi ve yavaş ilerlediyse, ailede kalıtsal yatkınlık varsa, hasta olan kişi bekarsa ve hastalanmadan önce içe kapanık bir hayat sürüyorsa hastalığın seyri kötüdür.

➤ Hastalık öncesi kişinin sosyal becerileri gelişmiş durumdaysa; okul, aile ve mesleki yaşantısı iyi ise hastalığın seyri iyidir.

- Hastalık erkeklerde kadınlardan daha kötü ilerler.
- Belirtilerin niteliği önemlidir. Paranoid ve katatonik, depresyon ve diğer duygusal belirtilerin varlığı, zihinsel karmaşanın olması iyi seyir yönünde değerlendirilirken; yoksunluk belirtileri, takıntılı düşünce ve davranışların varlığı kötü seyir olarak değerlendirilir.



Şizofreni kronik bir hastalık olmasına rağmen erken tanı ve tedavi iyileşme oranını önemli ölçüde artırmaktadır



Şizofreninin kesin bir tedavisi yoktur ancak tedavi edilebilir bir hastalıktır. Uzun süreli tedavi gerektirdiği için hekim, hastanın ailesi ve hasta

arasında işbirliği yapılarak tedavinin yürütülmesi gerekir.

Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçlar büyük öneme sahiptir, bununla birlikte psiko-sosyal destek ve EKT (elektrokonvulsif tedavi) de tedavide yer alır.

Tedavi etmek demek her zaman hastalığı yok etmek demek değildir. Bazen kişiye hastalıkla yaşamayı öğretmek, bazen hastalığın tekrarlamasını önlemek amaçlı tedbirler almak, bazen de



çeşitli kaynakları kullanarak hastalara daha iyi yaşam olanakları sunmaktır.

Antipsikotik İlaçlar: Bu ilaçlar psikoz gidericidir yani; sanrı, varsanı, konuşma bozuklukları, davranış bozuklukları, duygulanımda bozulma, uyku düzeninin bozulması gibi belirtileri düzeltir. Düzenli olarak kullanıldıkları zaman psikozun tekrarlamasını önler.

Şizofreni hastası kendini iyi hissetmeye başladığında ilaç almayı bırakabilir. İlacın aniden kesilmesi durumunda hasta tam olarak iyileşmediği için belirtiler yeniden ortaya çıkabilir.

Bazı kişilerde antipsikotik ilaçların yan etkileri görülebilir. Bu yan etkiler hareket etmeden duramama, sallanma, eklemlerde katılaşma gibi hareket bozuklukları; ağız kuruluğu, baş dönmesi, kabızlık gibi fiziksel ve uyuşukluk, kilo alma, cinsel isteksizlik gibi yaşam tarzını etkileyen yan etkiler görülebilir.

Antipsikotik ilaçlar ilk kez hastalanan hastaların %75inde belirgin iyileşme, %15inde kısmi düzelme sağlarken %10unda etkisiz kalmaktadır. İyilik halinin devamı sürekli ilaç kullanmaya bağlıdır.

ŞİZOFRENİDE NERELERDEN YARDIM ALINIR?

Hastanelerin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri

Psikiyatri Uzmanları

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)



ŞİZOFRENİ VE HASTALAR HAKKINDA BAZI YANLIŞ DÜŞÜNCELER



- Şizofreni hastaları bölünmüş kişiliğe sahiptirler.
- Şizofreni utanç duyulacak bir rahatsızlıktır.
- Şizofreni hastalarının çoğu saldırgan ve tehlikelidir.
- Hastalığa kötü ebeveynler sebep olur.
- Şizofrenili hastalar tembeldir.
- Şizofreni hastaları evlenemezler.
- Şizofreni ömür boyunca giderek ağırlaşır.
- Şizofreni hastaları işe yaramazlar.
- Şizofreni karakter zayıflığından ve iradesizlikten doğar.

- Şizofreni hastaları topluma zararlıdır, toplumdan dışlanmalıdırlar.
- Şizofreni hastalarının çocukları da aynı hastalığa yakalanırlar.
- Şizofreni hastaları hep saçma şeyler konuşurlar.

Bu düşünceler birtakım gözlem ve duyumlardan kaynaklanmaktadır.

Şizofreni hastalığının yeni olanaklarla daha iyi tedavi ediliyor olması eski düşünceleri değiştirmiştir.

EK6

ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
(Etik Kurul Başkanlığı)



Sayı : 80576354-050-99/ 20
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

01/02/2017

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Nihal BOSTANCI DAŞTAN
Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

“Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerine Üç Farklı Yöntemle Verilen Şizofreni Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi” adlı çalışmanız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu komisyonunca 01.02.2017 tarih ve 02 numaralı oturumda incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

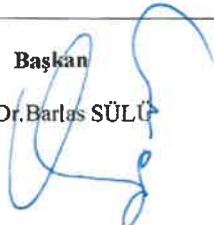
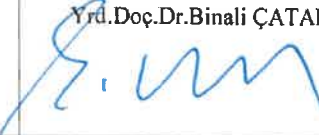
Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.Barlas SÜLÜ
Etik Kurul Bşk.

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

Gelen Evrak No: 157	Karar No: 07	Karar Tarihi: 01.02.2017
Araştırmanın Adı: "Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerine Üç Farklı Yöntemle Verilen Şizofreni Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi"		
Araştırmanın Yürütücüsü: Yrd.Doç.Dr.Nihal BOSTANCI DAŞTAN		
Çalıştığı Kurum: Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		
Araştırmanın gerekçesi yeterli mi?	Evet ☒	Hayır ☐
Araştırmanın metodu uygun mudur?	Evet ☒	Hayır ☐
Araştırmada kullanılacak ilaçlara ait bilgiler yeterli midir?	Evet ☒	Hayır ☐
Araştırma ilacının bilinen veya muhtemel yan etkileri ve varsa bunların önlemleri yeterince açıklanmış mıdır?	Evet ☒	Hayır ☐
Bilgilendirilmiş Olur Formu; Gönüllünün anlayacağı şekilde yazılmış mıdır?	Evet ☒	Hayır ☐
Tanık dâhil olmak üzere ilgililerin imzaları için yer ayrılmış mıdır?	Evet ☒	Hayır ☐
Araştırmadan kaynaklanabilecek ölüm, sakatlanma, hastalık durumunda yapılacak ödeme, tedavi ile ilgili sigorta veya taahhütname ile ilgili belgeler var ve uygun-yeterli midir?	Evet ☒	Hayır ☐
Araştırmacı ve destekleyici arasında sorumluluk paylaşımına dair belge var mı ve uygun mudur?	Evet ☒	Hayır ☐
Araştırma bütçesi, yapılacak ödemeler uygun mu?	Evet ☒	Hayır ☐
Protokolde mevcut veriler ve literatür araştırmayı destekler nitelikte midir?	Evet ☒	Hayır ☐

KARAR		
Kafkas Üniversitesi Etik Kurul yönetmeliğine göre	Uygundur X	Uygun değildir ☐
	Düzeltilmesi Gerekir ☐	

Başkan Doç.Dr.Barlas SÜLÜ 	Başkan Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN 	Raportör Üye Yrd.Doç.Dr.Murat BAĞCIOĞLU (Katılmadı)
Üye Doç.Dr.Hülya ÇAKMUR (Katılmadı)	Üye Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK 	Üye Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK 
Üye Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ 	Üye Avukat Emine TUNA 	Üye Ümit Can GÜRBOĞA 

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
(Etik Kurulu Başkanlığı)
ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ: 01.02.2017

TOPLANTI SAYISI: 2017/02

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Doç.Dr.Barlas SÜLÜ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

KARAR 07

Yrd.Doç.Dr.Nihal BOSTANCI DAŞTAN'ın "Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerine Üç Farklı Yöntemle Verilen Şizofreni Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi" adlı çalışması.

Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Doç.Dr.Barlas SÜLÜ
--------------------	--------------------

Başkan Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN		Raportör Üye Yrd.Doç.Dr.Murat BAĞCIOĞLU	(Katılmadı)
Üye Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK		Üye Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK	
Üye Doç.Dr.Hülya ÇAKMUR	(Katılmadı)	Üye Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ	
Üye Avukat Emine TUNA		Üye Ümit Can GÜRBOĞA	

EK 7

ARAŞTIRMA ONAY YAZISI

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 81829502/900/ 59

20.02.2017
K A R S

Konu : İzin

Sn, Yrd. Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN

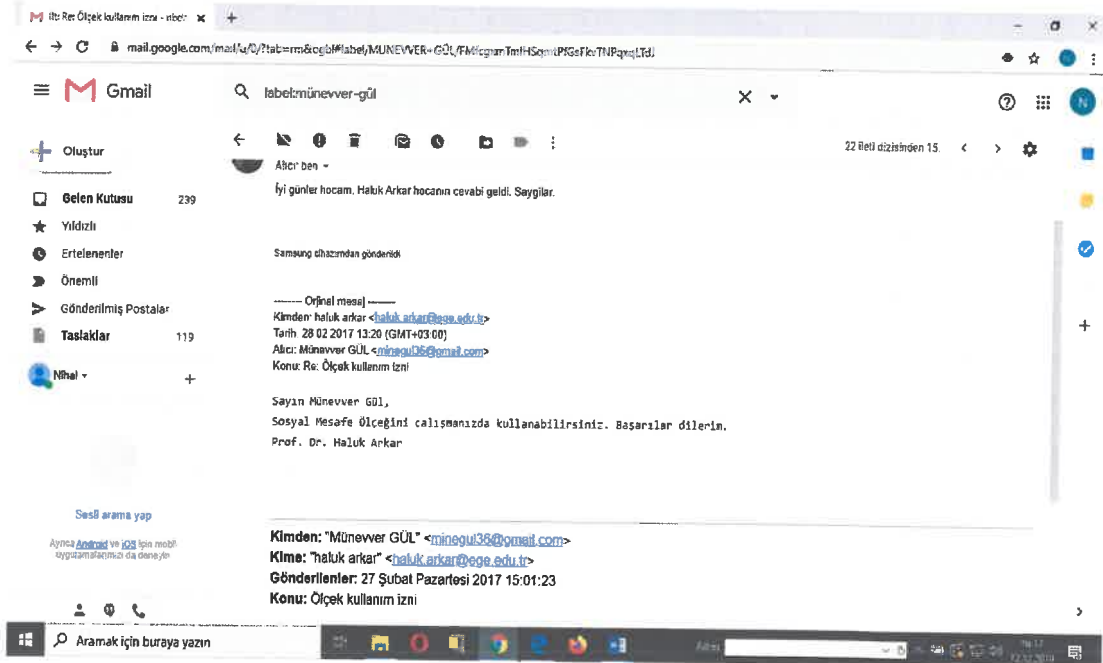
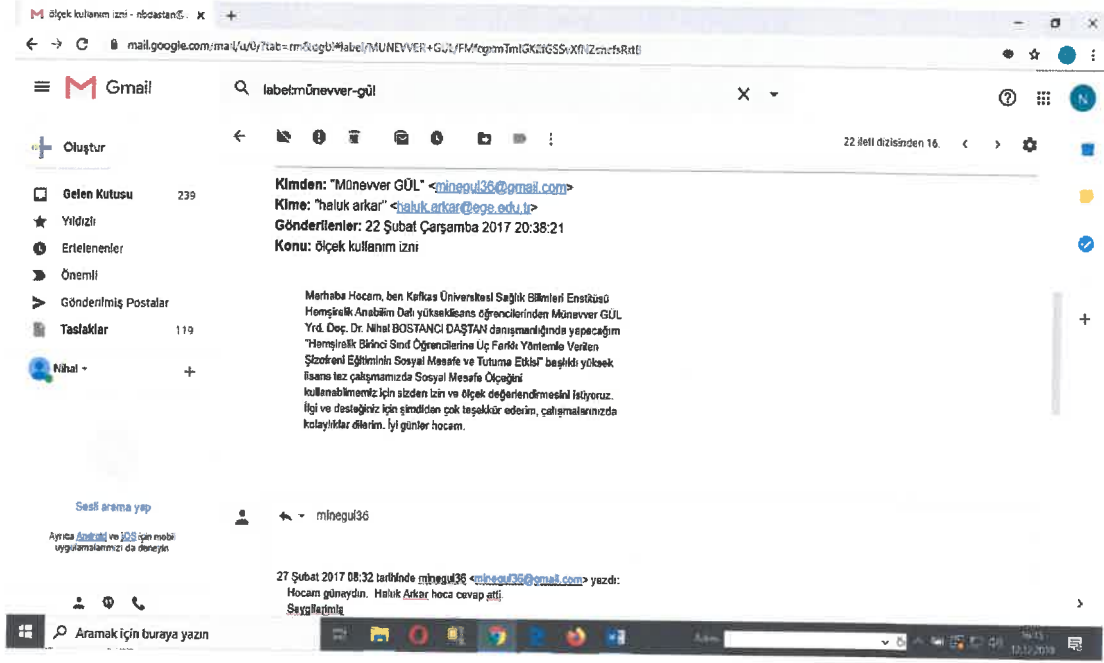
Danışmanlığını yürüttüğünüz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Münevver GÜL'ün "Hemşirelik Bölümü Birinci Sınıf Öğrencilerine Üç Farklı Yöntemle Verilen Şizofreni Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi" başlıklı tez çalışmasını Fakültemiz Hemşirelik Bölümü birinci sınıf öğrencilerinde uygulayabilmesi Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

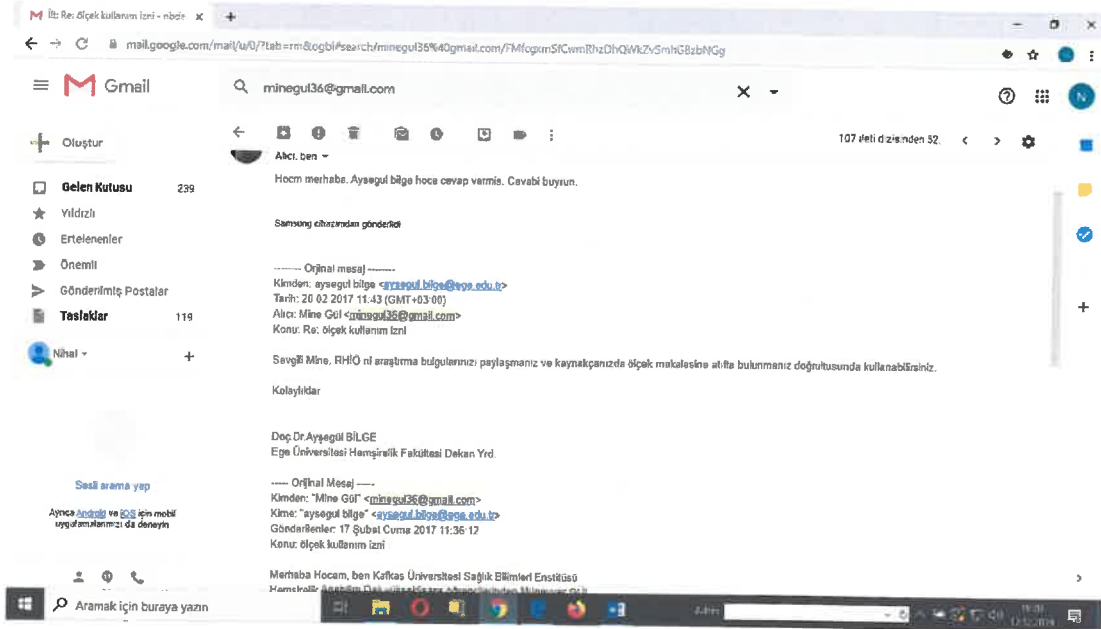
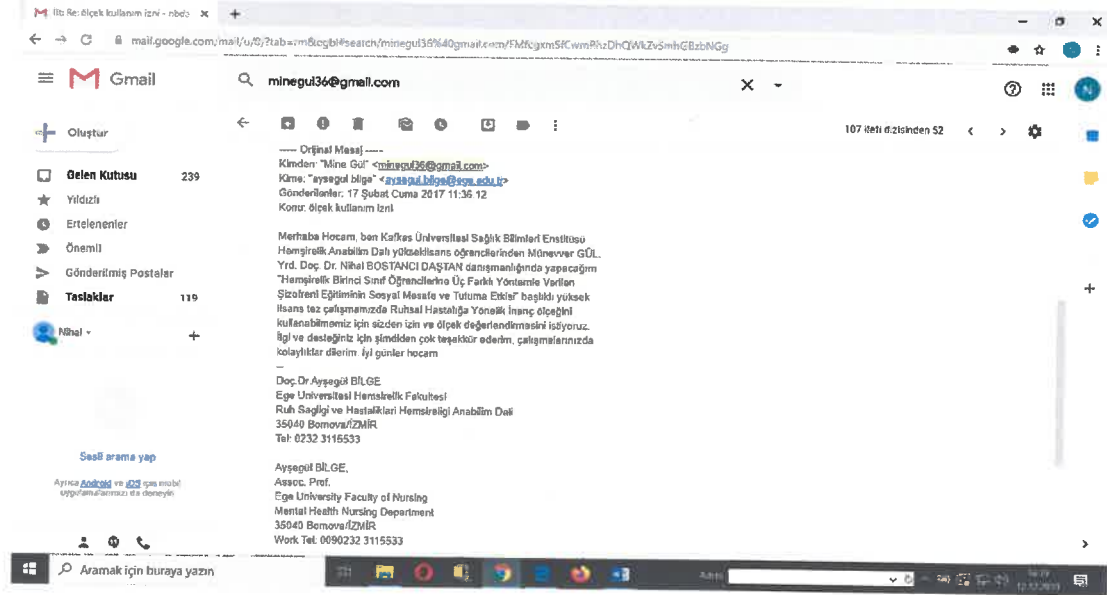
Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Engin KILIÇ
Dekan V.

EK 8

ÖLÇEK İZİN YAZIŞMALARI





9. ÖZGEÇMİŞ

- 1. Adı Soyadı** :Münevver Dinç
- 2. Doğum Tarihi** :12.10.1992
- 3. Doğum Yeri** : Kars
- 4. Unvanı** :Hemşire
- 5. Öğrenim Durumu** : Lisans

Derece	Üniversite	Alanı	Yılı
Lise	Kars Alpaslan Lisesi	-	2006-2010
Lisans	Kafkas Üniversitesi	Hemşirelik	2011-2015
Yüksek Lisans	Kafkas Üniversitesi	Hemşirelik Anabilim Dalı	2015- Devam Ediyor

6. İletişim Bilgileri:

E mail: minegul36@gmail.com