



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İSTANBUL İLİNDE PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK  
İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

HACER AYDÖNER  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

İSTANBUL – 2009

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Hacer AYDÖNER

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmamda bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen beni destekleyen, çalışmam sırasında her zaman yol gösteren ve her türlü kolaylığı sağlayan, danışman hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS'a,

Yüksek lisans eğitimim sırasında yanımda olan, ilgi ve bilgisi ile kişisel gelişimime katkıda bulunan değerli hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL'a,

Çalışmam esnasında bilgi ve fikirlerinden yararlandığım Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı araştırma görevlileri Sayın Semra KARACA ÇIĞRIKÇI ve Sayın Nevin ONAN'a,

Çalışmam esnasında yardım ve desteğini esirgemeyen, birçok konuda yardımcı olan sevgili arkadaşım Sayın Burcu CEYLAN'a,

Çalışma esnasında yardım ve desteklerini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan her zaman mutluluk duyduğum tüm arkadaşlarıma,

Araştırmama katılan değerli meslektaşlarıma,

Her zaman yanımda olup, beni her yönde destekleyen sevgili AİLEME,

TEŞEKKÜR EDERİM.

<b>BEYAN</b>	i
<b>TEŞEKKÜR</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>ŞEKİL ve TABLOLAR LİSTESİ</b>	v
<b>1. ÖZET</b>	1
<b>2. SUMMARY</b>	2
<b>3. GİRİŞ ve AMAÇ</b>	3
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	6
4.1. Ruhsal Hastalık	6
4.2. Ruhsal Hastalıklara yönelik Yaklaşımların Tarihsel Süreçte Gelişimi	8
4.3. Kültür Tutum ve İnanç Kavramları	12
4.3.1. Kültür	12
4.3.2. Tutum	13
4.3.2. İnanç	14
4.4. Ruhsal Hastalık Kültür, Tutum ve İnanç İlişkisi	15
4.5. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin bakımında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	22
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	28
5.1. Araştırmanın Tipi	28
5.2. Araştırmadan Beklenen Sonuçlar	28
5.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	28
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
5.5. Araştırmaya Katılma Kriterleri	29
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
5.7. Verilerin Toplanması	29
5.7.1. Bilgi Formu	29
5.7.2. Ruhsal Hastalıklar İnanç Ölçeği	29
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	30

5.9. Araştırmanın Etik Yönü	30
<b>6. BULGULAR</b>	<b>31</b>
6.1. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikleri ve Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa İlişkin Düşünceleri	32
6.2. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları	39
6.3. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Bazı Demografik Özellikleriyle Karşılaştırılması	40
<b>7. TARTIŞMA</b>	<b>54</b>
<b>8. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>64</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b>	<b>67</b>
<b>10. EKLER</b>	<b>80</b>
<b>11. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>92</b>

## ŞEKİL ve TABLOLAR LİSTESİ

**Şekil 1** Hemşirelerin Ruhsal Hastalıkların Birincil Nedenlerine İlişkin Düşünceleri

**Şekil 2** Hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireylere İlişkin Duyguları

**Tablo 1** Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 2** Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 3** Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı

**Tablo 4** Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları

**Tablo 5** Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikler İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Karşılaştırılması

**Tablo 6** Hemşirelerin Mesleki Özellikler İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Karşılaştırılması

**Tablo 7** Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa İlişkin Düşünceleri İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Karşılaştırılması

**Tablo 8** Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikler ile Ölçeğin Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Çaresizlik Alt Boyutu Karşılaştırılması

**Tablo 9** Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Ölçeğin Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Çaresizlik Alt Boyutu Karşılaştırılması

**Tablo 10** Hemşirelerin Düşünceler ile Ölçeğin Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Çaresizlik Alt Boyutu Karşılaştırılması

**Tablo 11** Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikleri ile Ölçeğin Tehlikelilik Alt Boyutu Karşılaştırılması

**Tablo 12** Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Ölçeğin Tehlikelilik Alt Boyutu Karşılaştırılması

**Tablo 13** Hemşirelerin Düşünce ile Ölçeğin Tehlikelilik Alt Boyutu Karşılaştırılması

**Tablo 14** Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikleri ile Ölçeğin Utanma Alt Boyutu Karşılaştırılması

**Tablo 15** Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Ölçeğin Utanma Alt Boyutu Karşılaştırılması

**Tablo 16** Hemşirelerin Düşünce ile Ölçeğin Utanma Alt Boyutu Karşılaştırılması

**Tablo 17** Hemşirelerin Yaşları ile Ölçeğin Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

**Tablo 18** Çalıştıkları Kurum ile Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları Arasındaki İlişki

## 1.ÖZET

Bu çalışma İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığı'na, üniversite ve özel kuruma bağlı hastanelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını incelemek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen “Bilgi Formu” ve “Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği (RHİÖ)” kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde SPSS 15.0 programı, Kruskal-Wallis, Mann-Whithney U, One-way Anova, Tukey HSD testi, Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin (n=258), yaş ortalaması  $32.6\pm 7.65$ , %43.4'ü lise mezunu, %60.9 evli, %46.1 şehirde büyüdüğü, %76.4 çekirdek aileye sahip olduğu, %79.1'i Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışmaktadır. Hemşirelerin %75.6'sı psikiyatriye özel bir eğitim almamıştır. Hemşirelerin %58.1'i psikiyatri kliniklerinde kendi istekleri ile çalıştıklarını, %60.1' i ruhsal hastalıkların birincil nedeni olarak biyolojik nedenleri belirtmişlerdir. Çalışmamızda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin toplam puanı  $52.84\pm 16.68$ , çaresizlik alt grubu puanı  $28.58\pm 10.07$ , tehlikelilik alt grubu puanı  $22.54\pm 6.88$  ve utanma alt grubu puanı  $1.73\pm 2.24$  olarak bulunmuştur. Sonuç olarak; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler ruhsal hastalığı olanlara karşı toplumdaki diğer bireylere göre daha olumlu inançlar göstermektedir. Hemşirelerin inançlarının çalıştığı kurum, psikiyatri hemşireliğini isteyerek seçme durumu, psikiyatriye özel eğitim alma, alınan özel eğitimin şekli, yaş gibi değişkenlere göre farklılık gösterdiği ve psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler arasında ruhsal hastalıklara karşı az da olsa olumsuz inançların olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar kelimeler: Hemşire, İnanç, Ruhsal hastalık, Tutum**

## 2. SUMMARY

### **The Beliefs Toward Mental Illness Of The Nurses Who Works At Psychiatry Clinics in İstanbul.**

The beliefs of the nurses, being the most frequently interacted health personel about mental illness, may have an influence on the treatment options, on the duration of the cure and also on the attitude of the public, people and the families. In this context, it is important to define the beliefs of the nurses who works at psychiatry clinics. This study is performed in the city of İstanbul for the Ministry of Health and Social Services aiming to define and search for interactive relations in the beliefs of the nurses employed in the university and private institutions' psyhiatry clinics about mental illness and the factors that causes this opinions and effects of them. "The Data Form" and "Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMI)" developed in paralel with the literature, have been used. SPSS 15.0 programme, Kruskal-Wallis, Mann-Whithney U, One-way Anova, Tukey HSD Test, Pearson Correlation Test have been used in the analysis of the relevant data. The average age of the subject nurses (n=258), is  $32.6\pm 7.65$ , the %43.4 of them is high school educated, the %60.9 is married, %46.1 were grown up in big cities, %76.4 has nucleid family , %79.1 is working for the Hospitals of the Ministry of Health and Social Services. %75.6 of the nurses have not been special trained for the psychiatry. %58.1 of the nurses is working at a psychiatry clinic by their own will, % 60.1 claims the primary reason for a mental disease as biological factors.. In our study, the total points of our belief scale has been calculated as  $52.84\pm 16.68$ , while the total points of desperacy, danger and shame sub-groups are  $28.58\pm 10.07$ ,  $22.54\pm 6.88$  and  $1.73\pm 2.24$  respectively. As a conclusion, nurses working at a psychiatry clinic tend to express more positive opinions towards mentally ill people in comparison to the other individuals in the society. The beliefs of the nurses are effected by variables such as employer, choosing to work as psychiatry nurse, receiving special training, the type of training received, age etc. while negative beliefs, although minor, have been found to exist among nurses is working at a psychiatry clinic.

**Keywords: Attitude, Belief, Mental İllness, Nurse**

### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Ruh sağlığı kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi olarak tanımlanabilir (Pektaş, Bilge ve Ersoy 2006). Uyum ve dengenin bozulduğu durumlarda kişinin ruh sağlığında bozulmalar oluşabilir. Ruh sağlığı bozulan kişi genellikle duygu, düşünce ve davranışlarda değişik derecelerde tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlik gösterir (Öztürk 2002).

Ruhsal bozukluk belirtileri duygu ve düşünceleri ifade eden söz ve davranışlarla dışa yansıdığı için, ruhsal bozukluklar temelde biyolojik bulgularla değil duygu, düşünce ve davranış anormallikleriyle tanınır. Bireyde ruhsal bozukluk belirtileri söz ve davranışlara dökülürken, kişi önceden edindiği sözel ve davranışsal birikimi kullanır, dolayısıyla bu birikim kişinin içinde yetiştirdiği ve yaşamakta olduğu toplumun kültürünün özelliklerini taşır. Bir kültürde normal sayılan bir davranış başka bir kültürde anormal davranış veya ruh hastalığı olarak tanımlanabilir. Kişiliğin, ruh sağlığının ve ruh hastasının algılanması topludan topluma, kültürden kültüre değişiklik gösterebilmektedir (Dündar, Oğuz ve Aldanmaz 1993, Göka ve ark. 1993, Kuey 1995).

Ruh hastalığı etiketi, kişinin davranışı ne olursa olsun hastalık ile ilgili tutumu doğrudan etkilenmekte ve reddedilmeye yol açmaktadır (Sarı, Arkar ve Aklın 2005). Akıl hastalıkları sıklıkla yadsınır, profesyonel yardımdan uzak tutulur ya da fiziksel bir hastalık gibi dışa vurulur (Al-Krenavi. 2005). Toplumda ruh hastalığı tanısı alan kişiler tehlikeli, saldırgan ne yapacakları belli olmayan ve korkulacak kişiler olarak görülmektedir (Karancı ve Kökdemir 1994, Üçok, Erkoç, Ataklı ve PA 2001), ayrıca ruhsal hastalıkların utanç verici olduğuna, insanı küçük düşürdüğüne ve ruhsal açıdan hasta kişilere güvenilmeyeceğine dair düşüncelere rastlanmaktadır (Segal, Coolidge, Mincic and O'RA. 2005).

Ruhsal hastalıklar konusundaki bilgisizlik ve önyargılarla hareket etmek sorunu süregelenleştirir ve büyütür. Yanlış inançlar ve tutumlar nedeniyle harcanan zaman yüzünden hastalık yerleşik ve ilerleyici bir hal alır (Sayıl 2003).

İnsanlar belirli inanç ve tutumlara bağlı olarak doğmayıp gözlem, edimsel koşulama ve bilişsel öğrenme gibi farklı yollarla inanç ve tutumlar edinilmektedir (Çam ve Bilge 2007). Hayatın bir döneminde oluşmuş fikir, inanç ve tutumlar daha sonraki dönemlerde de devam edip etkili olmaktadır ancak bu durumun zamanla değişmeyeceği anlamına gelmez. İnanç ve tutumlar zaman içerisinde yavaş olmakla birlikte yeni bilgi ve deneyimlerle değişebilmektedir ( Topaç 2004).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi klinikte yatan hastaların en çok etkileşimde bulunduğu ekip üyesidir. Hemşire tarafından hastaya verilen tedavi ve bakım hastanın iyileşme sürecini ve tekrarlı yatışlarını etkilemektedir (Saygın 2007). Hastaların özellikle etiketlenme ve damgalanma korkusu nedeniyle psikiyatrik tedaviden kaçındıkları bilinmektedir. Öte yandan hastalar tedavi için başvurduklarında sağlık kurumunda çalışanların davranışları da tedavi açısından önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının hastayı dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımları bu hastaların tedavi için başvurmalarını engellemektedir (Yüksel ve Taşkın 2005, Bahar 2007).

Ruh sağlığı çalışanlarının yarısından fazlasını oluşturan hemşireler, rehabilitasyondan, hastane ortamının düzenlenmesinden ve hizmetin uygulanmasından sorumludur. Hemşire hastasına karşı önyargı, olumsuz düşünce, inanç ve negatif tutuma sahipse bu konuda farkındalık geliştirerek olumlu değişiklikler yapabilir ve mesleğinin gerektirdiği bakım, araştırıcılık, danışmanlık, savunuculuk gibi hemşirelik rollerini hasta lehine daha etkin bir şekilde kullanabilir (Ergün 2005).

Hemşireler mesleki eğitimden geçtikleri, hastalık bilgileriyle donanımlı oldukları ve belirtileri tanıdıkları halde çevrelerindeki ve kliniklerindeki ruhsal sorunlu bireyleri anlamakta güçlük yaşayabilirler ve üyesi oldukları toplumun ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarından etkilenebilirler. İnançlar, davranışları ve yaklaşımları etkilediği için ruhsal hastalığa karşı olumsuz inanca sahip hemşireler ruhsal sorunlu bireylerin bakımını üstlenmek istemeyebilir ya da hizmette güçlük

çekebilirler (Bağ ve Ekinçi 2005). Bununla birlikte hemşireler sağlık ve hastalıkla ilgili hem kendi inançları hem de hizmet sunduğu toplumun inançlarının farkında olmalıdır. Hemşirelerden toplumun sağlık ve hastalığa karşı olumlu inanç geliştirmelerinde rol model olması beklenir (Bağ ve Ekinçi 2005, Çam ve Bilge 2007). Bu nedenlerle ruh sağlığı bozulmuş kişilere bakım veren psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının saptanması önemlidir.

Bu çalışma mesleki yaşamında ruhsal bozukluğu olan hastalarla karşılaşmakta olan psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklarla ilgili inançlarını incelemek, etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanarak gerçekleştirilmiştir.

## 4.GENEL BİLGİLER

### 4.1.Ruhsal Hastalık

Ruhsal hastalık kavramı, bütün durumları kapsayan belirgin bir tanımı olmamakla birlikte düşüncede, duyguda ve davranışta görülen değişiklikler şeklinde ifade edilebilmektedir (Boyd 2002).

Birey, yaşamını geçmekte olan bir zaman dilimi içinde ve değişen mekanlarda kendisi ailesi ve yakın çevresiyle içinde yaşadığı toplum ve yaptığı iş ya da görevi ile yoğun ilişkiler ağı içinde sürdürüyorsa ve bu ilişkiler ağında denge uyum ve doyum içindeyse ruhsal yönden sağlıklı olarak tanımlanmaktadır (Topaç 2004).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ruhsal bozukluğu, bireyde meydana gelen, klinik olarak önemli bilişsel, davranışsal ve psikolojik bir sendrom olarak tanımlamıştır (Saygın 2007).

Ruh sağlığını bir iş ve aile sahibi olabilme kurum ve sosyal kurullarla çatışmadan güçlüklerle baş edebilme, yaşamdan zevk alabilme ve bunun için olan fırsatlardan yararlanma yeteneği olarak tanımlanabilmekte, normal insan sevebilen ve üretebilen insandır (Topaç 2004).

Ruh sağlığı bozulan bireyin genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırıcılık, uygunsuzluk ve yetersizlik görülür. Her kişide tutarsız, uygunsuz, aşırı, yetersiz davranışlar görülebilir. Bu özellikleri taşıyan duygu, düşünce ve davranışların ruhsal hastalık olup olmaması, bunların şiddeti, süresi, ortaya çıktığı çevre, toplum, kültür, kişilik gelişimi, kişinin olanak ve yetenekleri, gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmaması gibi birçok değişkene göre değerlendirilir (Öztürk 2002). Hasta sayılabilecek kişide bu özellikler sürekli ya da yenileyici olmalı, bireyin verimli çalışmasını ve kişiler arası ilişkilerini bozmalıdır (Topaç 2004).

Ruhsal hastalığı olan bireyde algılamada, düşüncelerde ve konuşmalarda görülen bozukluklar nedeniyle kişi, diğer bireylerle olan ilişkilerini sürdürmekte

güçlük çeker, çevresine uyum sağlayamaz, endişeli ve korkuludur. Kendisini toplumdan soyutlar, rol ve sorumluluklarını yerine getiremez (Yurt 2000, Shives ve Isaacs 2002).

Beden sağlığı gibi ruh sağlığı da süreklilik göstermemekte çeşitli iniş-çıkışlar sergilemektedir. Bu nedenle ruhsal sorunlar dünyanın her yerinde zengin- fakir, genç-yaşlı ayırımı yapmadan insanlığın bir sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Topaç 2004).

Günümüzde ruh sağlığı ve hastalıklarından geçmişe oranla daha çok söz edilmekte ve giderek daha çok önem verilmektedir. Bunun en önemli nedenleri sağlığa getirilen bütüncül bakış açısı, ekonomik, sosyal ve teknolojik gelişmelerin kişilerin ruhsal yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri ve bu durumun kişilerin yaşam kalitesini azaltmasıdır.

Ruhsal bozukluklar gelişmekte olan ülkelerde, her sosyoekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her dört kişiden biri ruhsal ve nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır. Ayrıca dünyada en çok sakatlığa neden olan on hastalıktan beşinin ruhsal kaynaklı olduğu saptanmıştır. Birleşmiş Milletler Raporları'na göre, yeryüzünde 450 milyon kişi halen bir ruhsal veya nörolojik hastalıkla mücadele etmektedir. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları, ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir (Pektaş ve ark. 2006)

Ülkemizde ruhsal hastalıkların yaygınlığı incelendiğinde, ruhsal hastalık görülme sıklığının %18-31 arasında değiştiği, ruhsal sorunu olan 100 kişiden sadece %5'inin ruh sağlığı uzmanına ulaşabildiği ve %1'inin tedavi görebildiği bildirilmiştir (Ögel 1998, Sağlık Bakanlığı 2001). Bu bulgular, bireylerin ruhsal sorunlarının farkında olamadıkları, profesyonel yardım aramadıkları ve almadıkları biçiminde yorumlanabilir. Ruhsal hastalıkların ve ruhsal sorunlu bireylerin her toplumda arttığının görüldüğü 21. yüzyılda, ruh sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin yaşamsal bir parçası haline gelmiştir (Bilge 2006).

#### 4.2.Ruhsal Hastalıklara Yönelik Yaklaşımların Tarihsel Süreçte Gelişimi

Ruh hastaları ve hastalıkları tarih boyunca toplumlarda açık veya örtülü olarak sürekli ilgi odağı olmuşlardır, çeşitli kaygılar ruh hastası ve hastalıklarına karşı ilgiyi tarihin her döneminde canlı tutmuştur (Roserberg 1988). Ruh hastaları ve hastalıklarına çağdan çağa ve kültürden kültüre farklı yaklaşımlar gösterilmiştir, bazı toplumlar özel bir önem verirken bazı toplumlar ise toplum dışına itmişlerdir (Bostancı 2000).

İlk çağda hastalıklar doğaüstü güçlere bağlanmış tanrı tarafından verilen bir ceza olduğuna inanılmıştır (Öztürk 2002), insanlar ruh hastalarından ve hastalıklarından korkmuşlardır. Büyücü hekimler ve şamanlar çeşitli törenler, danslar, ruhları saklayan eşyanın yok edilmesi, çılgınlık nöbetleri ve trans durumları ile zararlı ruhları kovarak hastalıkları iyileştirmeye çalışmıştır. Doğa karşısında çoğu kez güçsüz ve çaresiz kalan ilkel insan, açıklayamadığı her şeyi tanrısal olarak algılamış ve o şekilde açıklamaya çalışmıştır (Kozacıoğlu ve Gördürür 1995, Topaç 2004, Ergün 2005, Saygın 2007).

Mısır, İbrani ve Yunan uygarlıklarının gelişmesiyle, insanlık tarihinin düşünme, çevresindeki evreni gözleme ve olaylar arasında sebep sonuç ilişkilerini araştırma dönemi başlamıştır. Hastalıkları kötü niyetli kuvvetlerin oyunu ve tanrısal ceza sayan görüşün yanında, ruhsal bozukluğun da sebep-sonuç ilişkisine bağlı bir hastalık olduğu ve tedavi edilmesi gerektiğini ileri süren görüşlerin gelişmeye başladığı dönem olmuştur (Ehrenreich and English 1992, Varcarolis 1998, Videbeck 2001, Öztürk 2002). Hipokrat ruhsal bozuklukları doğal etkenlerle açıklamıştır. Örneğin; o zamana kadar kutsal bir hastalık olarak bilinen epilepsinin bir beyin hastalığı olduğunu savunarak hastalıklara bilimsel bir bakış açısının geliştirilmesinde etkili olmuştur (Videbeck 2001, Boyd 2002, Öztürk 2002). Hipokrat gibi bilim adamlarının çalışmaları sonucunda ruhsal hastalıklara bakış açısı değişmeye başlamıştır. Hipokrat' tan sonra Eflatun, Aristo, Cicero gibi filozoflar da akıl hastalıklarının doğal olaylarla açıklanmasına katkıda bulunmuştur (Öztürk 2002). Ruhsal bozukluk giderek sadece korkulan ve rahatsız olunan bir durum olmaktan çıkmış, hakkında daha kabullenici ve insancıl yorumlar yapılmaya başlanmıştır (Gülseren 2002).

Aydınlanış dönemi çok uzun sürmemiş, insanlık düşünce tarihinde bir gerileme ve eskiye dönüş dönemi olan orta çağda hastalıkların oluşumu hakkında yeniden gizemli, büyüsel düşünce egemenlik kazanmaya başlamıştır. Musevi ve Hıristiyan din kitaplarındaki açıklamalar, ruhsal bozukluğu olan bireye yapılan işkencelerin ve yok etmelerin kaynağı, destekçisi olarak kullanılmıştır (Öztürk 2002, Topaç 2004).

Ortaçağda hemşireler toplumda güçlü yerlere sahiptiler ve İsa'nın kardeşlik, sevgi ve şefkat düşüncesinin ışığında insanlara inançları, fiziksel bakımları ve ruhsal gereksinimleri doğrultusunda bakım verilerdi Ancak bu hizmetlerden ruhsal bozukluğu olan birey etkin bir şekilde yararlanamamıştır (Ulusoy ve Görgülü 1996, Ergün 2005).

Ruhsal bozukluğu olan birey ortaçağda, ruhlarına şeytan girdi gerekçesi ile büyücü, şeytanın işbirlikçisi suç ortakları ve cadıları olarak avlanıp, zincire vurulmuşlar, kırbaçlanmışlar, işkenceye maruz kalmışlar, tehlikeli kabul edilmiş, diri diri yakılmışlardır (Varcarolis 1998, Öztürk 2002, Gülseren 2002). Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplumun düzen ve huzurunu bozduğu, kötü ruhun temsilcisi olduğu için kentlerin dışına atılmışlar, şehir dışında ya da kırsal bölgelerde yaşamışlardır. Kentten kente, köyden köye kovulmuşlar, uzaklara giden tüccar gruplarına emanet edilmişler hatta bu dönemlerde yüklerinin yanı sıra akıl hastalarını da bir şehirden başka şehre taşıyan gemiler de kullanılmıştır, hastaların bindirildikleri bu gemiler nehirlerde akıntıyla sürüklenmeye bırakılmışlar (Foucault 2000), Ruh hastalığı olan insanlar diğer suçlulardan ayrılmıştır. Tehlikeli akıl hastalığı bulunanlar, hapisanelerde zincire bağlanmışlar ve açlıktan ölmeye bırakılmışlardır (Videbeck 2001). İlk akıl hastanesi, Ortaçağda Moslems tarafından kurulmuştur (Boyd 2002).

Ortaçağ Avrupası'nın karanlık ve acımasız tutumuna karşılık İslam topluluklarında ve Türklerde ruhsal bozukluğu olan insanlara anlayışlı ve hoşgörülü davranılmıştır. Ruhsal bozukluğu olan bireye yardım edilmesi, hatta diğer şahıslardan daha fazla korunması gerektiği kabul edilmiştir. Selçuklular devrinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisi ile uğrasan hastane-köylerin varlığı bilinmekte olup Selçuklular ve Osmanlılar döneminde şifahaneler kurulmaya başlamıştır. Ruhsal hastalığı olan bireyler toplumdan uzaklaştırılmamış,

hapsedilmemiş ve kötü muamele görmemişlerdir (Bostancı 2000, Öztürk 2002, Topaç 2004, Ergün 2005).

Rönesans döneminde ise; Avrupa' da 12. ve 13. yüzyıllardan başlayarak, geniş halk kitlelerinin Papa' ya ve dogmatik dine başkaldırımları ile Avrupa' da sanatta, felsefede, bilimsel düşüncede kültürel yaşamın her kesiminde büyük bir devrim başlamıştır. Ayrıca, artık büyücü avı, akıl hastalarını şeytanın temsilcisi diye yakma gibi uygulamalar sonlanmıştır (Öztürk 2002).

İlk olarak 17. yüzyılda ruhsal hastalıklar hakkında bir kararın din adamlarınca değil, hekimlerce verilmesi gerektiği kabul edilerek zamanın olanakları ile tedavi edilmeye başlanmıştır(Gülseren 2002, Öztürk 2002). Bu dönemde hemşireler çoğunlukla fiziksel bakım ile ilgilenmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşire Linda Richard ve Dorethea Dix, psikiyatrik bakımın etkinlik kazanmasını, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımının devlet sorumluluğuna verilmesini ve bağımsız psikiyatri kliniklerinin açılmasını savunmuştur. Dix, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadıkları olumsuz koşulları değiştirmek için toplumu harekete geçirmeye çalışmış ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımı için hastanelerin kurulmasına öncülük etmiştir. Özellikle Washington'daki St. Elizabeth's Hastanesinin kurulmasında önemli rolü olmuştur(Bostancı 2000, Ergün 2005).

18.yüzyılda ruhsal bozukluğu olanlar toplumdan izole edilen suçlular sınıfından ayrılarak ruh hastalıkları hastanelerine konulmaya başlanmıştır. İlk olarak 1790'larda Philippe Pinel tarafından yaptırılan akıl hastanelerinde, kırbaçlanan, dövülen, aç bırakılan ruhsal hastalığı olan bireyler barındırılmıştır. Pinel'in başlattığı insancıl akımla, ruhsal sorunlu bireylerin zincirlerinden kurtarılarak, toplum içerisinde, anlayış ve hoşgörüyle tedavi edilmeleri gerektiği düşüncesiyle psikiyatriyi sadece bir tıp uygulaması olmaktan çıkarıp, toplumla etkileşime sokan sosyal psikiyatrik akımın ortaya çıkmasında öncülük etmiştir. Birçok ülkede ruhsal bozukluğu olan bireyler hastanelerde ve bakım evlerinde tedavi edilmeye başlanmıştır (Kozacıoğlu ve Gördürür 1995, Bostancı 2000, Öztürk 2002). 1890-1930 yılları arasında psikiyatri hemşirelerinin rolünde önemli gelişme ve değişimler kaydedilmemiş, sadece ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasına yer verilmiştir (Bostancı 2000, Ergün 2005).

Ülkemizde, ilk çağdaş psikiyatri eğitimi 1898’de Gülhane Askeri Tıp Okulu’nda Raşit Tahsin ile başlamış, Mazhar Osman onu izlemiştir (Öztürk 2002).

1950’lerde bulunan psikotrop ilaçların kullanıma girmesiyle, psikiyatrik hastalıkların tedavisinde büyük ilerleme kaydedilmiştir. Hastalarla daha rahat iletişim kurulabilmiş, hastane yatış süresi kısalmıştır. Bu döneme kadar akıl hastanelerinde tutulan hastaların büyük bir kısmı taburcu edilmiş ve ailelerinin yanında yaşamaya başlamışlardır (Bostancı 2000, Topaç 2004, Saygın 2007).

20. Yüzyılın ikinci yarısında, sosyal çevrenin birey üzerindeki etkileri incelenmiş, fiziksel ve farmakolojik yöntemlerin kullanımıyla birlikte, hastaların topluma daha çabuk dönebileceği görüşü yaygınlaşmıştır. Tıp bilimi ruhsal bozukluklarla daha fazla ilgilenmeye, daha fazla araştırma yapmaya ve de bu alana sosyal çalışma, psikoloji, hemşirelik daha aktif olarak girmeye başlamıştır. Uzamış kurumsal bakımın zararlı etkileri konusunda görüşler belirmiş, bireyin tedavi ve bakımının kendi sosyal çevresinde sürdürülmesi gerektiği düşünülmüştür (Saygın 2007).

Bostancı’nın (2000) belirttiğine göre, Sullivan 1930’larda psikozların tedavisinde sosyal çevrenin önemini vurgulayan çalışmasında, şizofrenlerin anlayışlı, hoşgörülü, toleranslı, kolay ilişki kurabilen insanların arasına alındıklarında psikozlu birisi gibi davranmadıklarını saptamıştır.

Varcarolis’in (1998) belirttiğine göre; 1950 yılında Hildegard Peplau’nun “Interpersonal Relations in Nursing” adlı kitabının yayınlanması psikiyatri hemşireliğine bakış açısını değiştirmiştir.

1953 yılında daha çok Maxwell Jones’un çalışmalarıyla başlayan “Terapötik Toplum” kavramının gelişmesiyle, ruh hastalıkları hastaneleri toplumdan soyutlanmayan, kişilerarası ilişkilerin devam ettiği toplumsal yapılar haline dönüşmüştür. Toplumbilim çalışmaları, hemşirelerin ve diğer bakım verenlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumlarının değişmesine yardımcı olmuş, ruhsal bozukluğu olan bireyin daha bağımsız olmalarını ve üzerlerindeki aşırı, gereksiz baskının azalmasını sağlamıştır (Ergün 2005).

1970'lerden başlayarak akıl hastanelerinde tedavi edilen hastaların sayısı giderek azalmıştır. Ciddi ruhsal hastalığı olanlar, genel hastanelerin psikiyatri birimlerinde ve bazen özel olarak oluşturulmuş ev halkı ya da özel evler çerçevesinde hastane dışında tedavi edilmeye başlanmıştır. Kronik hastalar, özellikle yaşlı bakımevleri, pansiyon- bakımevleri, hastane ve toplumsal yaşam arasında bir yerleşimleri olması nedeniyle yarı-yol evleri adı verilen evler, denetimli ya da yarı denetimli grup apartmanlarında bakılmaya başlandılar. Gündüz hastaneleri, psikososyal kulüp-evleri, uğraş rehabilitasyonu, destekli iş ve eğitim programlarının uygulandığı örgütlenmeler kurulmaktadır (Göka ve Duman 2002, Güney 2004, Yıldız 2004).

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

#### **4.3.1.Kültür**

Kültür insanoğlunun yeryüzünde var olduğu ilk günden beri var olan bir kavramdır. Uygarlıklar geliştikçe kültür giderek soyutlaşan bir kavram olmakla birlikte üretim biçimleri, kullanılan araçlar ve üretilen veya sahip olunan mallar gibi madde de kültürün kapsamı içinde yer alır. Değerler, inançlar, normlar, gelenekler, sosyal kurumlar kültürün konusu içindedirler. Kültür nesilden nesile aktarılır ve sosyal değişimlerin gerektirdiği şekilde gelişir ve evrimleşir (Ersoy 1999).

Kültür, insanla doğanın savaşımdan doğmuştur. İnsanın yaptıklarının tümüdür. İnanç, gelenek, görenek, din, aile yapısı, ekonomik düzen gibi temel toplumsal kurumlar; giyim, kuşam, araç, gereç, makine gibi teknoloji ürünleri; bilgi, sanat; değer beklenti, tutum gibi kavramlar; kültürü oluşturan öğelerdir. İlkel insanın yaşamından, teknoloji, bilim ve sanatın çağdaş düzeye gelinceye kadar geçtiği evrim, kültürel birikim ve gelişme sonucu doğmuştur.

Kültürü oluşturan öğelerden de anlaşılacağı gibi kültürün maddi ve manevi diye ayırabileceğimiz iki yönü vardır. İnsanın yarattığı ve ürettiği tüm maddeler maddi kültürü oluştururken; gelenek, görenek, din, inanç, tutum, amaç, beklenti gibi, kısaca topluma biçim veren ürünler manevi kültürü yapar. İnsanlar bireysel ya da

toplumsal sorunlarının çözümlenmesinde, içinde yaşadıkları kültürün tüm öğelerinden yararlanırlar.

Kişi, toplum yapısı ve kültür birbirinden ayrılmayan karşılıklı olarak birbirlerini etkileyen bir üçgen oluşturur. Bireye kültürü toplum yapısı aktarır ve kazandırır. Toplum yapısı bireyi ve kültürü etkiler. Birey kültüre ya da topluma katkıda bulunabilir. Kültürel benimseme özümseme, kültürel yayılma, kültürleşme, kültür soku, zorla kültürleşme gibi kültürel süreçlerle, birey kültürlenir. Başka bir deyişle toplumsallaşır. Doğal ortam, toplumsal ortam, tarihsel geçmiş, temel toplumsal kurumlar, aile, eğitim, yerleşim biçimi, ekonomi, teknoloji, bilim, sanat, yönetim biçimi, kültürü etkileyen, biçimlendirip renklendiren önemli kültür öğeleridir (Atkinson, Atkinson, Smith, BD and JHE 1990, Köknel 2001).

#### **4.3.2. Tutum**

Tutum, bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir toplumsal obje ya da olaya karşı deneyim ve bilgilerine dayanarak örgütlediği bilişsel, duygusal ve davranışsal bir tepki eğilimidir şeklinde tanımlanabilmektedir (Tavşancıl 2005). Başka bir tanımla tutum; bir kişiye, gruba, fikre, duruma karşı nispeten yerleşmiş ve değişmez bir özgün tepkide bulunma eğilimi olup, sosyal öğrenmenin ve deneyimlerin, duyguların karmaşık ürünleridir. Tutumlar bilişsel, duygusal ve davranışsal birimleri içerirler, davranışları etkilerler ve zamanla değişirler (Bilge 2006).

Bir tutumun bilişsel tepkisi bireyin tutum nesnesine ilişkin düşüncesinden, bilgi ve inançlarından, duygusal tepkisi; bireyin tutum nesnesine ilişkin duygu ve değerlendirmesinden, davranışsal tepkisi ise, tutum nesnesine ilişkin davranışından oluşur. Bir nesneye ilişkin olumlu tutumu olan bir birey, bu nesneye karşı olumlu davranmaya, ona yaklaşmaya, yakınlık göstermeye onu desteklemeye yardım etmeye eğilimli olacaktır. Bir nesneye ilişkin tutumu olumsuz olan bir birey ise bu nesneye ilgisiz kalma veya ondan uzaklaşma, eleştirme hatta ona zarar verme eğilimi gösterecektir (Bilge 2006, Çam ve Bilge 2007).

Fikir, tutum ve inançlar birbiri ile uyum halindeyse, tutumların değişmesi güçleşmektedir. Kişi tutumları konusunda kendine güveniyorsa ve bu konudaki görüşleri gayet açık ise ve bireyin tutum konusu olan kişi, grup veya nesneyle birebir yaşantısı varsa tutumların değişmesi güçtür. Tutumlar, ancak güçlü bir ikna edici iletişimle değişebilir. Bu nedenle konuşan kişinin konuştuğu konuda uzman olması, bu konuda herhangi bir kişisel çıkarının olmaması gerekmektedir. Yine konuşulan konunun içeriğinin dinleyiciye ne yapması gerektiği konusunda yol gösterici olması, tartışılan konunun hem lehinde, hem aleyhinde bilgi içermesi ve belli aralıklarla tekrar edilmesi tutumların değiştirilebilmesinde önemlidir (Topaç 2004).

### 4.3.3. İnanç

Günlük yaşantıda sıkça duyulan inanç kavramı insanlık tarihinin başlangıcı ile birlikte toplumsal normların içerisinde yer almış, toplumun sosyal, kültürel, ahlaki yapısına yön ve şekiller veren değerler olarak karşımıza çıkmıştır (Morgan 1991, Tolan, Esen ve Batmaz 1991, Morris 2002). İnanç, kelime anlamıyla bir düşünceye bağlı bulunma, bir dine inanma, inanılan şey, görüş, öğreti anlamında kullanılmaktadır. İnançlar; bireylerin yaşam biçimini, tutumlarını, sağlık ve hastalık hakkındaki duygularını etkileyerek davranışlarına rehberlik ederler (Parlatır, Zülfikar ve Gözaydın 1994, McSherry and Ross 2002, Kostak 2007).

İnanç, belirli bir konudaki düşüncenin ileri düzeyde kabul görmesiyle son derece sabitleşmiş, yerleşmiş genel kanılardır. İnançlar, gerek ilkel toplumlarda gerek gelişmiş kültürlerde çok önemli bir yer tutmaktadır. Bunlar yazılı olmayan kanunlar niteliğinde olup, milyonlarca sene insanların yaşama düzenini kararlaştırmış ve kişiler arası ilişkilerini düzenlemiştir (Ziyalar 1999).

İnanç, bireylerin kendi dünyalarını bir yönü ile ilgili algıları ve tanımların oluşturduğu sürekli duygular ağıdır. Bir başka tanım ise; bireyin kendi dünyasının herhangi bir yönüne ilişkin algı ve bilişlerinin, tek boyutlu olarak örgütlenmesi ya da bir savın, olaylar bütününe olduğu gibi irdelenmeksizin kabul edilmesidir. Özetle inanç bireyin bir konu ile ilgili bilişlerinin tümüdür. Algılar ve bilişler kendi içlerinde örgütlerdir ve inançlar bu örgütlerin birleşmesi ile ortaya çıkar (Eren 2001).

Tutumlar, düşünceler ve inançların birçok ortak noktası vardır ve ayırt etmek kolay değildir, üçü de çeşitli şekillerde tepki göstermek için öğrenilmiş eğilimlerdir. Bu üç kavram, bir doğru üzerinde yerleştirilecek olsa, düşünceler ve inançlar iki uçta, tutumlar ise ortaya yerleştirilebilirdi. Düşüncelerden daha uzun ömürlü ve köktenci olan tutum, inançlar kadar derinlerde saklanmamışlardır. Sonuç olarak inançlar ve tutumlar arasında tutarlı bir ilişki vardır ve tutumlar destekleyici inançlardan doğal ve kaçınılmaz bir şekilde doğar gibidir (Bilge 2006).

Bir şeye inanıldığıının belirtilmesi, o kişi için gerçeğin o olduğu anlamına gelmektedir. Bu inançlar ister gerçek olsun, ister yanlış olsun, ister dayanaksız olsun, bireyin bir konudaki geçmişte öğrendiklerini ve edindiklerini özetler ve gelecekteki olayları algılayışını yorumlayışını etkiler. İşte inanç bu yönü ile tutumların bilişsel ögesinde yer almakta ve içerdikleri bilgi ve inanç derecelerine göre tutumları farklılaştırabilmektedir (Eren 2001).

İnsanlar belirli inanç ve tutumlarla doğmamaktadır. Gözlem, edimsel koşullama ve bilişsel öğrenme gibi farklı yollarla inanç ve tutumlar edinilmekte ve sosyal deneyimlerle şekillenmektedir. Bu doğrultuda tutumun bilişsel bileşeni olan inançlar yavaş olmakla birlikte yeni bilgi ve deneyimlerle değişebilmektedir (Çam ve Bilge 2007).

#### **4.4. Ruhsal Hastalık, Kültür, Tutum ve İnanç İlişkisi**

Ruh hastası kavramı, ruh hastalıklarının nedenleri hakkındaki anlayış ve çevrenin ruh hastasına karşı tutumu insanoğlunun içinde yaşadığı evren ve onunla ilgili bilgisi, varlığını sürdürebilme biçimi, üretim biçim ve ilişkileri, kültürü, teknolojisi ve kişilerin kendi aralarındaki ilişkilerin özellikleri gibi karşılıklı etkileşen faktörlerin sonucu olarak sürekli farklılık göstermiştir (Dündar 1993).

Bazı toplumlarda görülen ruhsal hastalıkların belirtileri üzerinde kendine özgü kültürel özelliklerinin etkileri görülebilir. Belirli bir toplumda, neyin "normal" neyin "anormal" olarak tanımlandığı ve buna bağlı olarak, gerek kişilik gelişimini gerekse kişilerarası ilişkileri ve gerekse anormal olarak tanımlanana ilişkin tutum ve davranışların neler olacağını biçimleyen kültürel normlardır. Yardıma gereksinmesi

olan kişilere karşı sempati beslenmemesi; farklı-başka olan kişi ve kurumlara karşı gelişen yanlış inanışlar; neyin doğru, neyin yanlış olduğu konusundaki katı görüşler akıl hastalarına yönelik olumsuz tutumları belirler. Bazı toplumsal-kültürel özelliklerin de bu tür olumsuz tutumları etkileyeceği açıktır. Örneğin, yaygın göç hareketleri olan toplumlarda, göç olgusunun, bireylerde sürekli bir biz ve onlar düşüncesi geliştirdiği ve akıl hastalarının da bu ayırıcı düşünceden olumsuz etkileneceği öne sürülebilir (Kuey 1995).

Kültürel görececilik görüşüne göre hezeyan ve varsanılar her yerde psikotik bir sürecin belirtisi olabilir, ancak düşünce üretimlerinin biçim ve içerikleri ortaya çıktıkları kültüre göre değişir. Cava kültüründe akıl hastalığı bir alinyazısı olarak alınmakta ve buna başka bir neden aranmamaktadır (Dündar 1993).

Bireyin durumu değerlendirmesi, hangi yardım kaynaklarını, nasıl harekete geçireceği, içinde yaşadığı toplumun hastalığa ilişkin kültürel kodlarından büyük ölçüde etkilenir. Kültürün etkisiyle psikotik yaşantı genetik yüklülük, strese duyarlılık, stresli yaşantılarla açıklanabileceği gibi, doğa-üstü güçlerle de açıklanabilir. Açıklama tarzı ise çare arama yöntemini belirlemede önemli rol oynar (Ünal ve Kaya 2006).

Hastalık kavramı hem objektif, hem de subjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler durumları hakkında farklı görüşlere sahip olabilir, farklı tepkiler gösterebilirler. Çevre özellikleri, ailenin ve arkadaşların hastalığa tepkileri, toplumun norm, değer ve inançlarını içeren kültürel özellikler hastanın tepkisini etkiler. Her toplumun kişiyi hasta olarak nitelendirmeden önce kişiden karşılaşmasını beklediği belli kriterleri vardır (Kocaman 2008).

Özellikle kendi sağlığı, hastalığın ciddiyeti ve yapılan önerileri yararlı bulup bulmamasına ilişkin inanç ve tutumların, kişilerin hastalığına ilişkin düzenlemelere aktif katılımını etkilediği, bunlar göz ardı edildiğinde ise yapılan girişimlerin sonuçsuz kaldığı bildirilmektedir (Gökdoğan ve Akıncı 2001).

İnançlar; bireylerin yaşam biçimini, tutumlarını, sağlık ve hastalık hakkındaki duygularını etkileyerek davranışlarına rehberlik ederler (McSherry and Ross 2002).

Örneğin, birçok inanışa göre hastalık, bireyin Tanrı'ya olan inancını ya da sabrını sınamak için kutsal bir planın parçası olarak kabul edilir. Bu inanca sahip olan birey için acı çekmek anlamlı olabilir (Potter and Perry 1995).

Tıbbi tedaviye uyumda hastalığa ilişkin algı ve inançların belirleyici rolü vardır. Örneğin hastalığın etiyojisine ilişkin inançlar, belli bir tedavi yöntemine olan yaklaşımı da etkileyebilmektedir. Kaynağını ilkel dönemlerdeki inançların bireyin kolektif bilinçdışına yer edişinden alan batıl inançlar, hasta tedavi etme düşüncesi ve eyleminde de yer almaktadır. Geleneksel yolları uygulayan kişiler ve üfürükçüler, pek çok ülkede toplumdaki ruh sağlığı hizmetini sağlayan kişilerdir. Bu kişilerin uygulamaları hakkında yeterli bilgi yoktur ve çok az program geleneksel ve modern tıp bilimi arasındaki ortak bağlantıyı dile getirmektedir. Tıp dışı yardım arama davranışı, süregenleşmeye eğilimli ruhsal hastalıklarda sık görülmektedir, geleneksel yöntemler hekimlere tercih edilmektedir (Öztürk 2002, Al-Krenavi 2005, Güleç, Yavuz, Topbaş, Aİ ve KE 2006, Kurihara, Kato, Reverger and Tİ 2006).

Toplum, ruhsal hastalığı olan kişileri saldırgan ve etrafa zarar verebilecek potansiyeldeki kişiler olarak düşünüyor ve böyle değerlendiriyorsa, ruhsal rahatsızlığı olan kişiler toplumdaki tecrit edilmiş bir yaşam sürecektir. Bu durum tedavi için gelinen adres doğru bile olsa, hastalığa bakış açısı ve tutumlar nedeniyle doğrudan tedaviye yanıtı ve hastalığın gidişini etkileyecektir (Sağduyu ve ark. 2001, Topaç 2004).

Psikiyatrik hastalık etiketi, muhataplarında bir inanç sistemini etkinleştirmektedir. Etkinleşen bu inanç sistemi, kişide bulunan belirtilerin çarpıtılarak yorumlanarak hastaların damgalanmasına ve hasta kişilere karşı ayrımcı davranışlara neden olmaktadır (Özmen, Taşkın, Özmen ve DM 2004).

Birey ya da toplum; kendisini rahatsız eden, korkutan bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu dışlayıp uzaklaştırma yolunu seçer. Çok farklı inanç sistemleri, kültürler ve tarihsel olaylar hastalıklara karşı tutum ve davranışı büyük ölçüde etkilemektedir. Özellikle damgalama ve ayrımcılığa kadar uzanan olumsuz tutumların herhangi bir hastalık nedeniyle kullanılması aslında tamamıyla toplumun hastalıklar üzerinden bireylere yansıttığı yüklemelerdir. (Oran ve Şenuzun 2008).

Damga zaman zaman hastalığın kendisi kadar tehlikeli olabilmektedir. Lepra, sifilis, ve AIDS üzerinde ürkütücü bir damga bulunan hastalıklardan ilk akla gelenleridir. Sokaktaki insan bu hastalıklar hakkında yeterli bilgi sahibi olmasa da ciddi ve olumsuz ön yargılarla donatılmış olarak yaşamaktadır. Psikiyatrik bozukluklar bu tür olumsuz ön yargılardan nasibini alan hastalıkların başındadır. Yabancı dillerde stigma olarak anılan bu damga diğer hastalıklardan farklı olarak, psikiyatrik bozuklukların tümünü kapsamaktadır. Günlük konuşmalarda akıl hastası ya da ruh hastası hemen her zaman kişiyi aşağılayan, küçük düşüren bir anlamda kullanılır. Uygarlığın ilk dönemlerinden beri var olan bu leke neredeyse genetik yolla günümüze kadar gelmiş kabul edilebilir, sağlık personelleri de bu olumsuz ön yargılardan arınmış değildirler (Üçok 1999, Oran ve Şenuzun 2008) .

Ruh hastalarına karşı toplumun sergilediği tutuma ek olarak dışlanma ve utançta eklenirse sorunlar gizlenerek tanı ve tedaviden yararlanamayan hastalar kronikleşerek ve hastalığın ağır evrelerinde ortaya çıkmaktadırlar. Bu durum gereksiz sayıda hizmet kullanımı, işgücü kaybı gibi nedenlerle topluma büyük yük getirmektedir (Bilgili 1995, Ocaktan, Özdemir ve Akdur 2004, Oran ve Şenuzun 2008). Olumsuz durumun hasta bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlığa yeniden kavuşma, iyileşme gibi bir dizi hakkını kesintiye uğratarak aile hayatı, iş hayatı, eğitim hayatı gibi kurumlarda olumsuz etkilere yol açabilmektedir (Hirai and Clum 2000).

Ruh sağlığı bozukluğu olanların damgalanması ve toplumdan yalıtımı, izole edilerek bakılmalarına veya sokaklara terk edilmelerine neden olmaktadır. Oysa çoğunlukla tedavi edilebilir hastalıklardır ve kişiler sağlıklı, topluma yararlı bireyler olarak yaşayabilirler. Dolayısıyla normal bir sağlık sorunu olarak kabul görmesi için toplumun eğitimi gerekmektedir. Bu yolla, çok sık karşılaşıldığı halde geri plana atılan bu sorunlar için yardım arayışı artacak, gizli tutmaya yönelen baskıların ortadan kalkması ile zamanında tanı ve tedavi olma şansı artacaktır (Ocaktan ve ark. 2004).

Halkın ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz tutumları klinisyenlerin günlük uygulamalarında çeşitli zorluklar yarattığı bilinen bir durumdur (Yüksel ve Taşkın 2005). Öte yandan hastalar sağaltım için başvurduklarında sağlık kurumunda çalışanların tutumları da sağaltım açısından önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımları bu hastaların sağaltım için başvurmalarını engelleyici bir rol oynamaktadır. (Taşkın ve ark.2002, Üstünsoy, Aker ve Çobanoğlu 2003, Yüksel ve Taşkın 2005).

Ruhsal hastalıklardan biri olarak akla ilk gelen şizofreninin seyrini belirleyen etkenler arasında olumsuz tutumlar da suçlanmaktadır. Hasta ile birlikte yaşayan bireylerin aşırı eleştirelilik, özel yaşama aşırı müdahalecilik ve sonuçsuz beklentiler içerisinde olmak gibi uygunsuz duygusal tutumlarının olması hastalığın alevlenme ve yinelemesine neden olduğunu bildiren yayınlar vardır. Ailelerdeki olumsuz tutumlar ailenin bir iletişim biçimi olarak ya da hastalık ortaya çıktıktan sonra çaresizlik ve bilgisizlik içerisinde olan ailenin yanlış iletişim ve ilişki tutumları geliştirmesi şeklindedir. Her iki durumda da aile bireylerinin eğitilerek yanlış tutumlarını değiştirmesi sağlanmalıdır. (Leff 1990, Ebrinç 2001, Ceylan 2007).

Ruhsal bozukluğu olan bireyin hastaneye yatarak tedavi görmesi, birtakım olumsuz tutumlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle birey, büyük utanç duyabilmektedir. Hastaneye yatırılmayı, yaşamla baş etmede başarısız olmasının bir sembolü olarak görebilmekte ve hastaneye yatmanın, iş yaşamına olan etkisinden endişelenebilmektedir. Çoğu hastanın, hastaneye yatırılmasıyla birlikte artan ekonomik sorunları vardır. Bazı ruhsal bozukluğu olan bireyler psikiyatri kliniğine yatırılma nedeniyle ailesi, çevresi, arkadaşları ve iş arkadaşları tarafından damgalanmaktan endişe duymaktadırlar Hastane tedavisinden sonra yaşadığı topluma geri dönen birey, bazen karşılaştığı sorunların üstesinden gelememektedir. Bu durum bazı dönemlerde bireyin, tekrar hastaneye yatma ihtiyacını doğurmaktadır. Hastaneye tekrarlayan yatış, bireyin topluma uyum gösteremediğinin ve karşılaştığı sorunlarla baş edemediğinin bir göstergesidir (Dündar 1999, Saygın 2007).

Araştırmalar sonucunda toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olan olumsuz inanışlar ve dūřünceler řu şekilde sıralanmaktadır;

- Ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir,
- Ruhsal hastalar kurumlarda kilitli tutulmalıdır,
- Ruhsal hasta birey asla normal yaşamına dönemez,
- Ruhsal hasta birey tehlikelidir,
- Ruhsal hasta birey düşük gelirli işlerde çalışabilir (Ziyalar 1995, Bağ 2003, Sağduyu ve ark. 2003, Çam ve Bilge 2007).

Dünya üzerinde ruhsal hastalıklara yönelik inançlar genellikle olumsuzdur olup toplumdaki bu olumsuz yargılar yalnızca psikiyatri hastalarıyla sınırlı olmayıp, bir bilim dalı olarak psikiyatryi de kapsamaktadır (Savaş, Yumru, Göral ve ÖM 2006, Tufan, Güneş ve Kılıçoğlu 2006, Taşkın, şen, Özmen ve AÖ. 2006). Bilimsel aydınlanmanın önyargıları, yanlış inanış ve mitleri tek tek ortadan kaldırdığı çağımızda psikiyatri, ruh hastası ve hastalıklarına ilişkin imajın sağlık camiasında bile hala ön yargılar, yanlış inanışlarla beslendiği görölmektedir (Saygın 2007).

Ruhsal hastalığı olanlara ilişkin olumsuz tutum ve inançların sonucu olarak Türk Psikiyatrisi' nde kendine özgü olumsuzluklar adeta normal ve bilimin gereği gibi görölmeye başlanmıştır. Bu olumsuzluklar kendisini daha çok psikiyatri hizmeti veren hastanelerin ve kliniklerin fiziksel yapılarında ve bu organizasyon bozukluğunun çaresizliği içinde bulunulmuş tedavi uygulamalarında göstermektedir. Hastalara en gelişmiş sınıflandırma yöntemleriyle en gelişmiş tedaviler uygulanabilmekte ancak hekim-hasta görüşmesindeki temel ilke ve tekniklere uyma konusunda çoğu kez aynı özen gösterilmemektedir (Göka ve Duman 2002).

Ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların bilinmesi, özellikle bu tür bozukluğu olanların tedavilerinin büyük akıl hastaneleri, depo kurumlar yerine toplum içinde/ yaşadıkları yerde yürütölmesi gerektiği biçimindeki çağdaş yönelimler sonucu giderek önem kazanmaktadır. Ruhsal bozukluğu olanlara ilişkin

olumsuz tutumların azalmasının, bu hastaların ve ailelerin acı ve kayıplarının azaltılması ve onların toplum içi bütünleşme çabaları yönünde olumlu katkıları olabilecektir (Kuey 1995).

Ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlarla ilgili çalışmalar önceleri toplumun bakış açısına odaklanmış, daha sonraları ise psikiyatrik hastalıkların tanısından, tedavisinden ve hastaların bakımından sorumlu olanların bakış açılarını ve tutumlarını belirlemeye yönelmiştir (Taşkın ve ark 2002).

Ruh sağlığı alanında çalışanların ruhsal hastalıklar ile ilgili temel inanışları ve bu hastalıklara sahip kişilere karşı tutumlarını bilmek, hastalara verilen hizmetin kalitesini etkileyeceğinden oldukça önemlidir. Ayrıca ruh sağlığı alanında çalışanların tutumları hem çalışanlar ile doğrudan ilişkiye giren hastalar açısından hem de toplumun ruh sağlığı ile ilgili eğitimi açısından önem taşır, ruh sağlığı çalışmalarında eğitime nereden başlanacağını gösterebilir (Eker ve Arkar 1991, Dündar1993).

Ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı takınılan olumlu ve olumsuz tutumlar en açık biçimiyle hasta hemşire ilişkisinde ortaya çıkar. Ruh sağlığı çalışanlarının yarısından fazlasını oluşturan hemşirelerin rehabilitasyondan, hastane ortamının düzenlenmesinden ve verilen hizmetlerin birçoğundan sorumlu olmalarına rağmen ruhsal hastalıklara bakış açısı ve bu hastalıklara sahip kişilere karşı tutum ile ilgili yapılmış çalışmalar daha çok psikiyatri hekimlerinin, pratisyen hekimlerin ve halkın bakış açılarını karşılaştırmaya odaklanmıştır (Caldwell and Jorm 2001). Aynı zamanda Tessler'in (1991) yaptığı bir çalışmada hastalar ve hasta yakınları hemşireleri kendilerine daha yakın hissettikleri ifade etmiştir. Buradan hareketle, hemşirelerin psikiyatrik hastalıklara sahip olan kişiler ve yakınları ile psikiyatri hekimleri arasındaki ilişkide köprü görevi gördükleri söylenebilir (Arısoy ve Eşsizoğlu 2004).

#### **4.5.Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakımında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları**

Hemşirelik, geçmişten günümüze sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenilemeyi başaran, birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplindir. Günümüzde de gelişimini aynı doğrultuda sürdüren hemşirelik; insanı tanımayı ve insanın yaşam süreci boyunca deneyimlediği sağlık/hastalık durumlarında gereksindiği bakım ve uygulamaları gerçekleştirmektedir. (Sabuncu, Babadağ, Taşocak ve AT 1996)

Hemşire, bireyin, ailenin ve toplumun mevcut ve olası sorunlara karşı fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerinin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanmasını ve tedavi edilmesini hedefler (Vaughan 1992, Potter and Perry, 1993). Hemşirelik, bir toplum hizmeti olarak uzun yıllar varlığını korumuş, insanların sağlığını geliştirmek ve hastanın bakımını sağlamak isteği ile ortaya çıkmıştır (Castledine 1994, Potter and Perry 1993, Özdağ 2004). Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmış ancak hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir (Karadağ 2006). Hemşirelik mesleğinin amacı; birey, aile ve topluma kişiler arası bir süreç içinde, kendi sağlığını düzeltici ve geliştirici, hastalıkları önleyici, yaşam deneyimleri sağlamak ve bireylerin kendi potansiyellerini arttırmalarına destek olmaktır (Öz ve ark. 2007 ).

Hemşireliğin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlığın sürdürülmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içermektedir. Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesi, sağlığın yeniden kazandırılması ve hastalıkla baş etmedir. Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesi içinde sağlığı korumaya ve yükseltmeye ilişkin uygulamalar yer almaktadır (Bayat 2005).

Hemşireler, ekip içinde hasta ile en uzun süre zaman geçiren kişiler olduklarından, yataklı hasta bölümlerinde ortamın yöneticisi, yürütücüsü ve aynı zamanda kullanıcısı olan kişilerdir. Hemşirenin hastanın çevresini kontrol etme ve oluşturma konusunda sorumluluğu olduğunu ilk tanımlayan Florence Nightingale

olmuştur Nightingale'den bu yana, hastanın yattığı ortam ve ortamın tedavi edici olacak şekilde yönetimi, tüm hemşirelerin rollerinin önemli bir yönü olarak kalmıştır. Hastanın içinde yaşadığı kişilerarası ortamın terapötik ya da nonterapötik oluşu neredeyse tamamen hemşirelik personelinin becerilerine ve ilgili olmasına bağlıdır. Bu nedenle hemşirelerin, çevrenin hasta üzerindeki etkisini anlaması ve bilinçli olarak bunu hasta yararına kullanabilmesi gerekir (Sökmez, Yazan, Üçok ve CE 1996 ).

Tedavi edici ortam, hastayı iyileştirmeyi, sağlığını yükseltmeyi, özsaygısını ve benliğini desteklemeyi ve hastanın en kısa zamanda sosyal yasama yeniden dönmesini amaçlayan ideal ve dinamik ortamdır. Tedavi edici ortam, hastanın kendisini ifade edebilme, temel ihtiyaçlarını giderme, personel ile arasındaki iletişimden en üst düzeyde yarar görme, kişilerarası ilişkilerini geliştirme, sorunlu davranışlarını kontrol edebilme, sosyal becerileri kullanabilme, sorumluluk alabilme ve tedavi planına katılabilme olanaklarını artırmaktadır (Videbeck 2001). Tedavi edici ortamın sağlanması ve sürdürülmesi psikiyatri hemşireliği aktivitelerinin ve bakımın temel parçalarından biri olduğundan, ortamın özelliklerinin ve öneminin anlaşılması psikiyatri kliniklerinde çalışacak hemşireler için ayrı bir önem taşımaktadır (Oflaz 2006, Kamışlı ve Daştan 2008).

Psikiyatri kliniklerinde çalışma ortamının sağlık ekibi ve hasta yararına tedavi edici ortam özelliği taşıması gerekmektedir. Tedavi edici ortam hastaların kısa sürede kendilerini toplumsal yaşama hazır hissederek taburcu olmalarını kolaylaştırır (Çam, Akgün, Babacan, BA ve ÜG 2005).

Psikiyatri hemşireliği; birey, aile ve toplumun ruh sağlığını geliştiren ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önleme ya da hastalıkla baş etme ve gerekirse bu yaşantılardan anlam bulmadan profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişiler arasındaki bir süreç şeklinde tanımlanabilir. Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik süreci doğrultusunda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği girişimleriyle karşılanabilecek sağlık gereksinimlerini tanımlayan, planlayan, uygulayan, değerlendiren, denetleyen ve tabip tarafından yazılı olarak verilen, tedavi direktiflerini uygulayan görevli ve yetkili sağlık personeldir (Atik 2007, Öz ve ark. 2007).

Günümüz psikiyatri hemşireliğinde psikososyal, biyofiziksel bilimler davranışçı kavram ve görüşler, kişilik teorileri toplum ve birey düzeyinde ruh sağlığının önemine ilişkin yenilenmeler ve bilgiler kullanılmaktadır. Bu bilimsel çerçeveye yetişmiş olan hemşireler, psikiyatri kliniklerinde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde, genel hastanelerde, ayaktan izleme merkezlerinde, okullarda, cezaevlerinde, huzurevlerinde, krize müdahale merkezlerinde ve bunun gibi hizmet alanlarında çeşitli roller üstlenerek çalışabilmektedirler (Kum1996).

Psikiyatri hemşireleri danışanlara (bireyler, aileler, toplum) ruh sağlığını sürdürmede ve elde etmede yardım ederler. Psikiyatrik bozukluklar veya yaşam krizleri nedeniyle işlevsellikleri bozulan hastalara bakım verirler, tedavisinde rol alırlar (Kocaman 2007).

Ruhsal sorunu olan hastalar ya da danışanlar genellikle düşüncelerinin, geçmişle ilgili anılarının, gelecekle ilgili beklentilerinin, duygularının ve bedenlerinin daha az farkındadırlar. Sağlık profesyonelleri bu hastaların farkındalığını artırarak, bir anlamda bireysel gelişimlerine yardım eder. Psikiyatrik ortamda çalışan hemşireler de hastalarını gözlemleyerek, hastalarıyla ve aileleriyle görüşerek, bireylerin sorunlarını, gereksinimlerini, yeterliliklerini, çevreyle uyum düzeylerini, kendilik kavramlarını değerlendirerek bakım verirler. Hastanın çevresinde tedavi edici bir unsur olabilmek için, hemşirenin gerek insan davranışları, gerekse insanların gereksinimleri, duyguları ve bu duyguları belirtme yolları üzerinde bilgi sahibi olması gerekir. Duygu, düşünce ve davranışlarında farkındalığı olan bir hemşire, psikiyatrik hastaya bakım verirken, kendisini yetkin hissederek ve otonomisini kullanarak yeni durumlara yeni tutumlar geliştirebilecektir (Çam 2006).

Psikiyatri hemşireliği için otonomi, verilen bakımda hemşirelik boyutunu tanımlayabilmek ve psikiyatri hemşireliği uygulamasını şansa dayalı, kadercilikten çok dış güçleri kontrol altında tutarak amaçlı ve kontrollü bakımı sağlamaktır. Bu bir konuyu tanımlamayı, bilinçli karar verme sürecini, bakım stratejisi belirlemeyi, sorumlulukla otoriteyi sürdürmeyi beraberinde getirmektedir. Psikiyatri hemşireleri, hastalarının sorunlarını çözebilme yeterliliğini ne kadar çok hissedersen, mesleki becerileri, motivasyonları, iş doyumları ve performansları da o kadar artacaktır.

Hastalar ve aile üyeleri genellikle tıbbi olmadığını düşündükleri sorun ve korkularını ifade etmek istemezler. Çünkü bu gibi sorunların hemşire ve hekimlerin ilgi alanında olduğuna inanmazlar. Ancak hastaların ve yakınlarının bu gibi sorun ve korkularının tespit edilmesi çoğu zaman tedavinin gidişini etkilemektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin hastanın değerlendirilmesinde, tedavi ve bakım süreçlerinde bütüncül bir bakış açısı kullanmaları gerekmektedir (Çam, Dülgerler ve Engin 2006).

Aileye ve bireye gerekli olan desteğin sağlanması da ekip çalışmasını gerektirmekte ve bu ekibin bir üyesi olarak hemşirenin bakım, eğitmenlik ve danışmanlık rollerinin önemini arttırmaktadır (Marland and Sharkey 1999, Avcı 2001, Topaç 2004). Son yıllarda yapılan çalışmalar, ailedeki bakım sağlayıcıların desteklendiği durumlarda, hastaların yarattığı ya da yarattıkları düşünülen sorunlarla daha kolay baş edebildiklerini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda ev ziyaretleri ve psikoeğitimler sonucunda bakım verenlerin, aile ilişkilerinin olumlu yönde etkilendiğini, yaşadıkları güçlüklerin azaldığını, yaşam kalitelerinin arttığını, toplumsal ilişkilerinin daha iyiye gittiğini göstermektedir (Doğan ve ark. 2002, Başbüyük 2004).

Hemşire, hasta bireyin yapmakta zorlandığı eski aktiviteleri (kişisel hijyen, yemek pişirme, alış-veriş yapma, ulaşım araçlarını kullanma vb.) geliştirmeye yönelik uygun beceri eğitimi planlayarak ailenin fiziksel yükünü azaltabilir. Hastanın kullandığı ilaçların etkisi, yan etkisi, doğru kullanma ilkeleri hakkında aileye bilgi vererek, hastaneye tekrarlı yatışları önleyebilir ve bu da ailenin ekonomik yükünü azaltabilir. Hastanın toplumsal yaşama uyumunu arttırmak amacıyla yaşadığı toplumdaki lider kişileri bilgilendirmek, hasta bireylerin toplumdan soyutlanmasını engellemek, hastalara karşı toplumda gerçekçi tutum ve inançların oluşması için, topluma yönelik grup eğitimleri yaparak ailenin sosyal yükünü azaltabilir. Hemşirenin vereceği eğitimler hastaların ve ailelerinin toplumda kabul görmesini sağlamada etkili olacaktır (Topaç 2004, Keady 2007).

Bir meslek kültürüne sahip olan hemşire, mensubu bulunduğu büyük toplumun bir üyesidir. Ruhsal hastalıklar hakkındaki mitler; hastaların, ailelerinin ve geleceklerinin zararlı ve olumsuz olduğudur. Diğer sağlık çalışanları gibi hemşireler

de hastanın semptomlarına, teşhisine ve prognozuna yönelik olan bu mitlerden etkilenirler. Dolayısıyla hemşirenin içinde yaşadığı toplumun ruh hastalıkları hakkındaki görüş ve inançları, hemşirenin mesleki işlevleri üzerinde zaman zaman etkisini gösterebilir. Hemşireliğe başlayan bir kimsenin, kendi rolü üzerindeki düşünceleri ve kendisinden mesleki alanda bekledikleri de, toplumun ruh hastalığına sebep olarak ileri sürdüğü inançlarla adeta şekillenmiş bulunmakta ve bunların etkisinde kalmakta, ruhsal hastalıklar fiziksel hastalıklara oranla daha olumsuz yaklaşımlara neden olmaktadır (Bostancı ve Aştı 2004, Glozier, Hough, Henderson and EK 2006).

Hemşire günlük yaşamında, toplumda, hastane ortamında, çalıştığı kurumlarda yaş, cins, ırk, din, dil, kültürü farklı değişik insanlarla ilişki içindedir. Hemşirenin öncelikle kendini tanıması ve çevresindekiler üzerinde bırakmış olduğu etkileri anlayabilmesi gerekir. Hemşirenin çevresindeki insanları tanıması, onlara yaklaşım biçimi, onun bakımdaki amacına ulaşmasında önemli olmakla beraber hemşire bireylerin farklı davranışa sahip olabileceklerini göz önünde bulundurmalı ve kendisi de bunlara aynı davranış biçimini göstermemelidir. İnsan ilişkileri, bireylerin paylaştığı ortak bir yönü aksettirir. Sağlam ya da hasta bireyle hemşireyi bir araya getiren ilişkiler ise çoğu zaman onların sağlık gereksinimlerini giderme, sorunlarını azaltma girişimleridir (Sabuncu ve ark.1996, Adams 2000, Tanrıverdi, Seviğ, Bayat ve BC 2009). Hemşire hastasıyla olan kültürel farklılık ve benzerlikleri öğrenmeli, kendisindeki farklı yönlerin hasta bakımına olumsuz yansımaları önlemelidir. Öncelikle kendilerinin ruhsal hastalıklarla ilgili önyargılardan uzak, duygu, tutum ve inançlarının ayırımında olarak mesleki ilişki doğrultusunda tarafsızlıklarını yitirmemeli ve toplumu ruhsal hastalıklar konusunda eğitmelidirler (Kum 1996, Yıldırım 2008).

Her ortamda bireyin aile ve toplumun hemşirelik süreci doğrultusunda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği girişimleri ile karşılanabilecek sağlık gereksinimlerini tanılayan, planlayan, uygulayan, değerlendiren, denetleyen ve tedavileri uygulayan psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler ruhsal hastalığı olanlara yönelik olumsuz tutum ve inançların tanınması ve önlenmesinde önemli yer tutarlar (Dülgerler 2008).

Özellikle hastalarla yakından ve uzun süreli ilişki içindeki hemşirelerin yaklaşımları hastalar üzerinde doğrudan etkili olmakta ve hemşirenin inanç ve tutumları kliniğin terapötik ortamını etkileyebilmektedir. Bilimsel aydınlanmanın önyargıları, yanlış inanış ve mitleri tek tek ortadan kaldırdığı çağımızda psikiyatri, ruh hastası ve hastalıklarına ilişkin düşüncelerin sağlık camiasında bile hala ön yargılar, yanlış inanışlarla beslendiği görülmektedir (Bostancı ve Aştı 2004).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1.Araştırmanın Tipi**

İstanbul ili psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını incelemek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

### **5.2.Araştırmadan Beklenen Sonuçlar**

Bu çalışmada psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının genel popülasyona göre olumlu olduğu düşünülmektedir.

### **5.3.Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman**

Araştırma 01.03.2009-01.06.2009 tarihleri arasında; İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı dört eğitim ve araştırma hastanesi, iki tıp fakültesi hastanesi ve özel kuruma ait iki ruh ve sinir hastalıkları hastanesinin psikiyatri kliniklerinde yapılmıştır. Katılımcılara araştırma ile ilgili bilgilendirme yapılarak, anlaşılamayan yerlerde gerekli açıklayıcı bilgi verilmiştir.

### **5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini İstanbul ilindeki Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel kuruma ait hastanelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmaya örneklem seçimi yapılmadan tüm hemşirelerin alınması planlanmıştır. Ancak kurum idareleri tarafından çalışmanın yapılmasına izin verilmeyen hastaneler ve çalışmaya kişisel nedenlerle katılmayacaklarını bildiren hemşireler araştırma dışında tutulmuştur.

Gerekli izinlerin alındığı kurumlarda çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler (n=258) araştırma kapsamına alınmıştır.

## **5. 5. Araştırmaya Katılma Kriterleri**

- Psikiyatri kliniğinde hemşire olarak çalışmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

## **5. 6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmanın yapılabilmesi için kurum idarelerinin gerekli izni vermemesi nedeniyle tüm hemşirelere ulaşılamaması
- Bireylerin bilimsel çalışmaları kişisel nedenlerle önemsemeyerek çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri
- Yıllık izin, hastalık izni, sürekli gece çalışma vb. nedenlerle çalışan bireylerin hepsiyle görüşülememesi

## **5. 7. Verilerin Toplanması**

Veriler, “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” ve araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin demografik özelliklerini belirlemek amacı ile oluşturulan “Bilgi Formu” aracılığıyla toplanmıştır.

### **5. 7. 1. Bilgi Formu**

Verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından konuyla ilgili kaynaklardan yararlanılarak, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin demografik özelliklerini belirlemek için oluşturulan bilgi formu katılımcılarla birebir görüşülerek kendileri tarafından doldurulması sağlanmıştır.

### **5. 7. 2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği**

Orijinal adı Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMI)'dir. Ölçek, Hirai ve Clum tarafından 2000 yılında Amerika’ da geliştirilmiştir. Ölçek, farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin ruhsal hastalığa yönelik olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge (2006) tarafından yapılmış ve güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.82$

bulunmuştur. Araştırmamızda ise  $\alpha=0.8194$  olarak bulunmuş olup anketin iyi düzeyde geçerlilik ve güvenilirlik katsayısına sahip olduğu söylenebilir. Ölçek; Tehlikelilik, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Utanma alt ölçeği olmak üzere üç alt ölçekten oluşmuştur.

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

***Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği:*** Bu alt ölçek ruhsal hastalığın tedavi ve bakımının güçlüklerinden, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki sürecinde kişinin kendini engellemesini ifade eder bahseder. Ruhsal sorunlu bireylerin çaresiz bir yaşantıya sahip olduklarını ifade eder. 9, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeleri içerir.

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

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği; 6'lı likert tipi bir ölçek olup toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-105 arasında olup, araştırmamızda alınan en düşük puan 11, en yüksek puan 94'tür. Ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir.

## **5.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler elektronik ortama aktarılarak SPSS 15.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir analiz ve değerlendirmelerde Kruskal-Wallis, Mann-Whithney U, Oneway Anova testi, Tukey HSD testi, Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $p<0.05$  alınmıştır.

## **5.9.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Etik Kurulu ve araştırmanın yapıldığı tüm kurumların yetkili kişilerinden yazılı ve sözlü olarak izin alınmıştır. Araştırma kriterlerine uygun bireylere araştırmanın amacı açıklanarak, onam formu doldurulmuştur.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan hemşirelerin bazı demografik özelliklerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlayan bu araştırmanın bulguları üç ana başlık altında incelendi.

6.1. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikleri ve Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa İlişkin Düşünceleri

6.2. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları

6.3. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Bazı Demografik Özellikleriyle Karşılaştırılması

## 6.1.Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikleri ve Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa İlişkin Düşünceleri

**Tablo 1. Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özelliklerinin Dağılımı (N=258)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
18-25	31	12.0
26-35	<b>167</b>	<b>64.7</b>
36-45	33	12.8
46 ve ↑	27	10.5
X=32.6±7.65		
<b>Eğitim</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	<b>112</b>	<b>43.4</b>
Ön Lisans	64	24.8
Lisans	68	26.4
Yüksek Lisans	14	5.4
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	89	34.5
Evli	<b>157</b>	<b>60.9</b>
Dul	6	2.3
Boşanmış	6	2.3
<b>Büyüdüğü Yer</b>		
Köy	34	13.2
Kasaba	61	23.6
Şehir	<b>119</b>	<b>46.1</b>
Büyük Şehir	44	17.1
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	<b>197</b>	<b>76.4</b>
Geniş	56	21.7
Parçalanmış	5	1.9
<b>Ruhsal Hastalığı Var mı?</b>		
Evet	15	5.8
Hayır	<b>243</b>	<b>94.2</b>
<b>Yakınında hastalık Var mı?</b>		
Evet	49	19.0
Hayır	<b>209</b>	<b>81.0</b>
<b>Yakınlık Derecesi (N=49)</b>		
Kardeş	10	20.2
Arkadaş	6	12.3
Akraba	<b>18</b>	<b>36.8</b>
Ebeveyn	7	14.4
Eş	1	2.0
Komşu	6	12.3
Çocuk	1	2.0
<b>Aynı Evde Yaşama (N=49)</b>		
Evet	7	14.3
Hayır	42	<b>85.7</b>

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişisel/ailesel özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1’de grlmektedir.

Hemşirelerin yaş ortalaması  $32.6\pm 7.65$ ’dir. Hemşirelerin %43.4’ Sağlık Meslek Lisesi mezunu, %60.9’u evli, %46.1’inin şehirde büyüdüğü, %76.4’ünün çekirdek aileye sahip olduğu bulgulandı.

Hemşirelerin %94.2’inde ruhsal bir hastalık yokken, %19.0’unun yakınlarından birinde ruhsal bir hastalık olduğu ve bunların %36.8’inin yakın akraba olduğu belirlendi.

**Tablo 2. Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (N=258)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çalıştığı Kurum</b>		
Üniversite	11	4.3
Sağlık Bakanlığı	<b>204</b>	<b>79.1</b>
Özel	43	16.6
<b>Çalışma Biçiminiz</b>		
Gündüz	80	31.0
Gece	24	9.3
Gece-Gündüz	<b>154</b>	<b>59.7</b>
<b>Çalışma Süresi</b>		
1 yıldan az	11	4.3
1-5 yıl	71	27.5
6-10 yıl	74	28.7
11 yıl ve ↑	<b>102</b>	<b>39.5</b>
<b>Psikiyatride Çalışma Süresi</b>		
1 yıldan az	35	13.6
1-5 yıl	<b>132</b>	<b>51.2</b>
6-10 yıl	40	15.5
11 yıl ve ↑	51	19.7
<b>Çalışılan Psikiyatri Kliniği</b>		
Akut Psikoz	<b>103</b>	<b>39.9</b>
Kronik Psikoz	23	8.9
Alkol-Madde Kötüye Kullanımı	12	4.7
Adli	13	5.0
Nevroz	17	6.6
Karışık	79	30.6
Poliklinik	11	4.3
<b>Psikiyatrye Özel Alınan Eğitim</b>		
Evet	63	24.4
Hayır	<b>195</b>	<b>75.6</b>
<b>Alınan Eğitim Şekli (N=63)</b>		
Sertifika	18	28.6
Yüksek Lisans	8	12.7
Hizmet İçi Eğitim	<b>22</b>	<b>34.9</b>
Psikoterapi	15	23.8
<b>Psikiyatri Hemşireliğini İsteyerek Seçme Durumu</b>		
Evet	<b>150</b>	<b>58.1</b>
Hayır	108	41.9

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere ilişkin mesleki özelliklerin bilgileri Tablo 2’de görülmektedir.

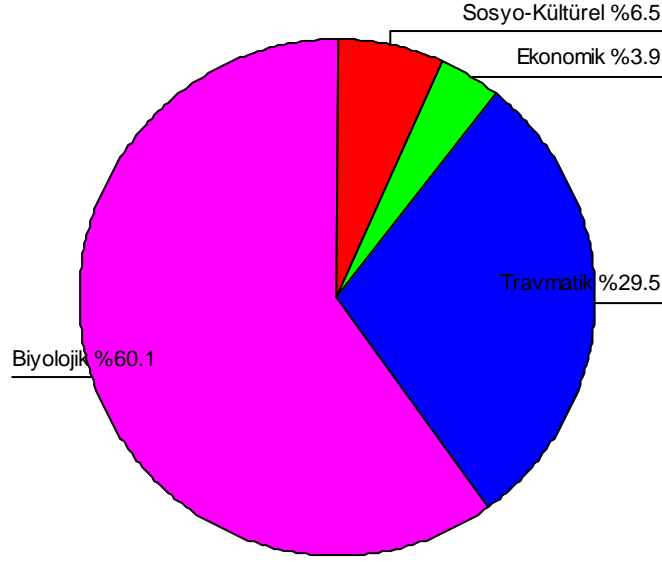
Hemşirelerin %79.1’i Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde çalışırken, %16.6’si özel hastanede ve %4.3’ü üniversite hastanesinde çalışmaktadır.

Hemşirelerin hemşirelik mesleğindeki çalışma sürelerine bakıldığında %39.5’inin 11 yıl ve üstü çalıştığı, psikiyatri hemşireliğindeki çalışma sürelerine bakıldığında ise %51.2’sinin 1-5 yıl arasında çalıştığı ve %59.7’sinin hem gece hem gündüz vardiyasında çalışmakta olduğu saptandı.

Hemşirelerin hastanede çalıştıkları psikiyatri klinikleri değerlendirildiğinde %39.9’u akut psikoz, %30.6’sı karışık servis, %8.9’u kronik psikoz, %6.6’sı nevroz, %5’i adli, %4.7’si alkol-madde kötüye kullanımı ve %4.3’ü psikiyatri polikliniğinde çalışmaktadır.

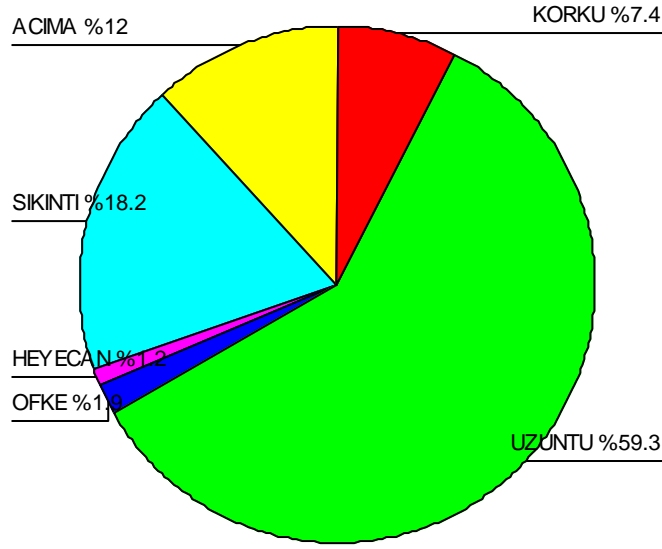
Hemşirelerin %24.4’ü mesleki okul eğitimi dışında psikiyatri hemşireliğine özel bir eğitim almışken, %75.6’sı özel bir eğitim almamıştı. Alınan özel eğitimlerin özelliklerine bakıldığında %34.9’u hizmet içi eğitim, %28.6’sı psikiyatri hemşireliği sertifika programı, %23.8’i psikoterapi kursu ve %12.7’si psikiyatri hemşireliği yüksek lisans programı olduğu bulundu.

**Şekil 1. Hemşirelerin Ruhsal Hastalıkların Birincil Nedenlerine İlişkin Düşünceleri (N=258)**



Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıkların birincil nedenine ilişkin geri bildirimleri sorgulandı. Biyolojik faktörler %60.1 ile en çok belirtilen neden iken, ekonomik faktörler %3.9 en az belirtilen neden olarak bildirildi (Şekil 1).

**Şekil 2. Hemşirelerde Ruhsal Sorunlu Bireylere İlişkin Duyguları (N=258)**



Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde ruhsal sorunlu bireylere ilişkin duyguları sorgulandı. Hemşirelerde ruhsal sorunlu bireylere ilişkin üzüntü % 59.3 ile en çok hissedilen duygu iken, heyecan % 3 ile en az yaşanan duygu olarak bildirildi (Şekil 2).

**Tablo 3. Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (N=258)**

Özellikler	n	%
<b>Psikiyatrik Belirtilerde Yardım Alınacak Birey</b>		
Psikiyatrist	222	86.0
Psikolog	22	8.5
Pratisyen Hekim	4	1.6
Psikoterapist	8	3.1
Hoca	2	0.8
<b>Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Aynı Binada Oturmak İsteyip İstemediği</b>		
Evet	92	35.7
Hayır	166	64.3
<b>İşyerinde Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Varlığı</b>		
Evet	68	26.4
Hayır	190	73.6
<b>Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Çalışmak İsteyip İstemediği</b>		
Evet	73	28.3
Hayır	185	71.7
<b>İstememe Nedeni (N=185)</b>		
İş Yükü Artar	28	15.2
İşini Tam Olarak Yapamaz	88	47.8
Hasta ve Çalışanlara Zarar Verir	68	37.0

Hemşirelerin %86'sı bir yakını psikiyatrik belirti gösterdiğinde iyileşmesi için öncelikle yardım alacağı birey olarak psikiyatriste başvuracağını, %64.3'ü ruhsal hastalığı olan bireyle aynı binada oturmak istemediğini ve %73.6'sının işyerinde ruhsal hastalığı olan bir birey olmadığını saptandı.

Hemşirelerin %71.7'si ruhsal hastalığı olan bireyle çalışmak istemediğini ve çalışmama nedeni olarak %15.2'i iş yükünün artacağını, %47.8'i işini tam olarak yapamayacağını ve %37'si hastalara ve çalışan sağlık elemanlarına zarar verebileceğini belirtti.

## 6.2.Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları

**Tablo 4. Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları**

<b>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar</b>	<b>X</b>	<b>ss</b>
Toplam Puan	52.84	16.68
Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Çaresizlik Alt Boyut Puanı	28.58	10.07
Tehlikelilik Alt Boyut Puanı	22.54	6.88

Ölçeğin toplam puanı ve alt gruplarının ortalama ve standart sapmalarına ilişkin bilgiler Tablo 4’te görülmektedir. Toplam puan ( $52.84 \pm 16.68$ ), Kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt grubu puanı ( $28.58 \pm 10.07$ ), tehlikelilik alt grubu ( $22.54 \pm 6.88$ ) puanı ve utanma alt grubu puanıdır ( $1.73 \pm 2.24$ ).

### 6.3. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Bazı Demografik Özellikleriyle Karşılaştırılması

**Tablo 5. Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikler ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Karşılaştırılması**

Kişisel/Ailesel Özellikler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
Eğitim	KW=6.039	0.110
Medeni Durum	KW=4.32	0.229
Büyüdüğü Yer	KW=2.73	0.434
Aile Tipi	KW=4.09	0.129
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Z=1.62	0.104
Ruhsal Hastalığı Olan Yakınının Varlığı	Z=1.68	0.092
Yakınlık Derecesi (N=49)	KW=11.38	0.077
Aynı Evde Yaşanması (N=49)	Z=0.17	0.864

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişisel/ailesel özellikler ile ruhsal hastalıklara yönelik inançların arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 5).

**Tablo 6. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Karşılaştırılması**

Mesleki Özellikler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
Çalıştığı Kurum	<b>KW=9.88</b>	<b>0.007</b>
Çalışma Biçiminiz	KW=4.64	0.098
Çalışma Süresi	KW=3.88	0.274
Psikiyatride Çalışma Süresi	KW=6.56	0.087
Çalışılan Psikiyatri Kliniği	KW=9.01	0.173
Alınan Özel Eğitimin Şekli (N=63)	<b>KW=11.61</b>	<b>0.009</b>
Psikiyatride Özel Alınan Eğitim	<b>Z=2.080</b>	<b>0.037</b>
Psikiyatri Hemşireliğini İsteyerek Seçme Durumu	<b>Z=3.46</b>	<b>0.001</b>

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasındaki ilişki incelendiğinde; çalıştığı kurum (KW=9.88, p=0.007), psikiyatri hemşireliğini isteyerek seçme durumu (Z=3.46, p=0.001) ve alınan özel eğitimin şekli (KW=11.61, p=0.009) ile ölçeğin toplam puanı arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık bulunmuştur. Psikiyatride özel bir eğitim alınması ile ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar arasında (Z=2.080, p=0.037) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 6).

**Tablo 7. Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa İlişkin Düşünceleri ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Karşılaştırılması**

Ruhsal Hastalığa İlişkin Düşünceler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
Ruhsal Hastalık Nedeni	KW=4.73	0.192
Psikiyatrik Belirtilerde Yardım Alınacak Birey	KW=9.01	0.061
İstememe Nedeni (N=185)	KW=0.43	0.803
İşyerinde Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Varlığı	Z=0.22	0.825
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Çalışmak İsteyip İstemediği	<b>Z=2.51</b>	<b>0.012</b>
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Aynı Binada Oturmak İsteyip İstemediği	<b>Z=2.74</b>	<b>0.006</b>

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa ilişkin düşünceleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inançların arasındaki ilişki; ruhsal hastalığı olan bireyle aynı binada oturmak isteyip istemediği ölçeğin toplam puanı ile arasında (Z=2.74, p=0.006) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır. Ruhsal hastalığı olan bireyle çalışmak isteyip istemediği (Z=2.51, p=0.012) durumuna göre ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo7).

**Tablo 8. Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikleri ile Ölçeğin Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Çaresizlik Alt Boyutu Karşılaştırılması**

Kişisel/Ailesel Özellikler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
Eğitim	KW=6.918	0.075
Medeni Durum	KW=4.135	0.247
Büyüdüğü Yer	KW=1.737	0.629
Aile Tipi	KW=4.413	0.110
Yakınlık Derecesi (N=49)	<b>KW=13.214</b>	<b>0.040</b>
Ruhsal Hastalığı Olan Yakının Varlığı	Z=-1.483	0.138
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Z=-1.908	0.056
Aynı Evde Yaşanması (N=49)	Z=-0.086	0.944

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişisel özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin çaresizlik alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde; ruhsal hastalığı olan yakının yakınlık derecesi ile kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt boyutu arasında (KW=13.214, p=0.040) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 8).

**Tablo 9 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Ölçeğin Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Çaresizlik Alt Boyutu Karşılaştırılması**

Mesleki Özellikler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
Çalıştığı Kurum	KW=8.284	0.016
Çalışma Biçiminiz	KW=3.916	0.141
Çalışma Süresi	KW=4.155	0.245
Psikiyatride Çalışma Süresi	KW=4.401	0.221
Çalışılan Psikiyatri Kliniği	KW=7.452	0.281
Alınan Özel Eğitimin Şekli (N=63)	KW=5.921	0.115
Psikiyatride Özel Alınan Eğitim	Z=-1.894	0.058
Psikiyatri Hemşireliğini İsteyerek Seçme Durumu	Z=-2.689	0.007

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin çaresizlik alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde; psikiyatri hemşireliğini isteyerek seçme durumu (Z=-2.689, p=0.007) kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt boyutu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalıştığı kurum (KW=8.284, p=0.016) ile çaresizlik alt boyutu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 9).

**Tablo 10. Hemşirelerin Düşünceler ile Ölçeğin Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Çaresizlik Alt Boyutu Karşılaştırılması**

Ruhsal Hastalığa İlişkin Düşünceler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
Ruhsal Hastalık Nedeni	KW=4.199	0.241
Psikiyatrik Belirtilerde Yardım Alınacak Birey	KW=7.857	0.097
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Aynı Binada Oturmak İsteyip İstemediği	<b>Z=-2.177</b>	<b>0.029</b>
İşyerinde Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Varlığı	Z=-0.064	0.949
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Çalışmak İsteyip İstemediği	<b>Z=-2.224</b>	<b>0.026</b>
İstememe Nedeni (N=185)	KW=0.057	0.972

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa ilişkin düşünceleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt boyutunun ilişkisi incelendiğinde; ruhsal hastalığı olan bireyle aynı binada oturmak ( $Z=-2.177$ ,  $p=0.029$ ), ruhsal hastalığı olan bireyle çalışmak isteyip istemediği ( $Z=-2.224$ ,  $p=0.026$ ) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 10).

**Tablo 11. Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikleri ile Ölçeğin Tehlikelilik Alt Boyutu Karşılaştırılması**

<b>Kişisel/Ailesel Özellikler</b>	<b>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği</b>	
	<b>X<sup>2</sup>k-w/Z</b>	<b>p</b>
Eğitim	KW=4.799	0.187
Medeni Durum	KW=3.664	0.300
Büyüdüğü Yer	KW=6.278	0.099
Aile Tipi	KW=3.967	0.138
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Z=-0.553	0.580
Ruhsal Hastalığı Olan Yakınının Varlığı	Z=-1.855	0.064
Yakınlık Derecesi (N=49)	KW=8.808	0.185
Aynı Evde Yaşanması (N=49)	Z=-0.831	0.406

Kruskal-Wallis/ Mann-Whithney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişisel özellikler ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin tehlikelilik boyutu arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 11).

**Tablo 12. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Ölçeğin Tehlikelilik Alt Boyutu Karşılaştırılması**

Mesleki Özellikler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
Çalıştığı Kurum	<b>KW=7.727</b>	<b>0.021</b>
Çalışma Biçiminiz	KW=5.188	0.075
Çalışma Süresi	KW=1.727	0.631
Psikiyatride Çalışma Süresi	KW=7.250	0.064
Çalışılan Psikiyatri Kliniği	KW=9.781	0.134
Psikiyatride Özel Alınan Eğitim	<b>Z=-2.154</b>	<b>0.031</b>
Alınan Özel Eğitimin Şekli (N=63)	<b>KW=16.313</b>	<b>0.001</b>
Psikiyatri Hemşireliğini İsteyerek Seçme Durumu	<b>Z=-3.940</b>	<b>0.000</b>

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin tehlikelilik alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde; psikiyatri hemşireliğini isteyerek seçme durumu ( $Z=-3.940$ ,  $p=0.000$ ) ve psikiyatride özel alınan eğitimin şekli ( $KW=16.313$ ,  $p=0.001$ ) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Psikiyatride özel eğitim alma ( $Z=-2.154$ ,  $p=0.031$ ) ve çalıştığı kurum ( $KW=7.727$ ,  $p=0.021$ ) arasındaki ilişki anlamlıdır (Tablo 12).

**Tablo 13. Hemşirelerin Düşünceleri ile Ölçeğin Tehlikelilik Alt Boyutu Karşılaştırılması**

Ruhsal Hastalığa İlişkin Düşünceler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
Ruhsal Hastalık Nedeni	KW=2.834	0.419
Psikiyatrik Belirtilerde Yardım Alınacak Birey	KW=6.669	0.154
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Aynı Binada Oturmak İsteyip İstemediği	<b>Z=-3.042</b>	<b>0.002</b>
İşyerinde Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Varlığı	Z=-0.263	0.793
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Çalışmak İsteyip İstemediği	<b>Z=-2.436</b>	<b>0.015</b>
İstememe Nedeni (N=185)	KW=1.677	0.432

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa ilişkin düşünceleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin tehlikelilik boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde; ruhsal hastalığı olan bireyle aynı binada oturmak isteyip istememe ( $Z=-3.042$ ,  $p=0.002$ ) ve ruhsal hastalığı olan bireyle çalışmak isteyip istememe ( $Z=-2.436$ ,  $p=0.015$ ) durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 13).

**Tablo 14. Hemşirelerin Kişisel/Ailesel Özellikleri ile Ölçeğin Utanma Alt Boyutu Karşılaştırılması**

Kişisel/Ailesel Özellikler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
Eğitim	KW=0.612	0.894
Medeni Durum	<b>KW=8.688</b>	<b>0.034</b>
Büyüdüğü Yer	KW=1.574	0.665
Aile Tipi	KW=2.571	0.277
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Z=-0.804	0.421
Ruhsal Hastalığı Olan Yakının Varlığı	Z=-0.888	0.374
Yakınlık Derecesi (N=49)	KW=6.717	0.348
Aynı Evde Yaşanması (N=49)	Z=-1.242	0.214

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişisel özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin ilişkisi incelendiğinde; inanç ölçeği utanma alt boyutu ile medeni durum arasında (KW=8.688, p=0.034) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 14).

**Tablo 15. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Ölçeğin Utanma Alt Boyutu Karşılaştırılması**

Mesleki Özellikler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
<b>Çalıştığı Kurum</b>	<b>KW=13.632</b>	<b>0.001</b>
Çalışma Biçiminiz	KW=1.459	0.482
Çalışma Süresi	KW=3.483	0.323
Psikiyatride Çalışma Süresi	KW=1.270	0.736
Çalışılan Psikiyatri Kliniği	KW=8.787	0.186
Psikiyatrye Özel Alınan Eğitim	Z=-1.300	0.194
Alınan Özel Eğitimin Şekli (N=63)	KW=6.925	0.074
Psikiyatri Hemşireliğini İsteyerek Seçme Durumu	Z=-2.064	0.039

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin utanma alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde; çalıştığı kurum ile istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı (KW=13.632, p=0.001) ilişki bulunmuş, diğer mesleki özelliklerle anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 15).

**Tablo 16. Hemşirelerin Düşünce ile Ölçeğin Utanma Alt Boyutu Karşılaştırılması**

Ruhsal Hastalığa İlişkin Düşünceler	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği	
	X <sup>2</sup> k-w/Z	p
Ruhsal Hastalık Nedeni	KW=2.312	0.510
Psikiyatrik Belirtilerde Yardım Alınacak Birey	KW=5.378	0.251
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Aynı Binada Oturmak İsteyip İstemediği	Z=-1.790	0.073
İşyerinde Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Varlığı	Z=-0.347	0.728
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Çalışmak İsteyip İstemediği	<b>Z=-2.727</b>	<b>0.006</b>
İstememe Nedeni (N=185)	KW=3.653	0.161

Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney U

Tablo 16’da görüldüğü gibi psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa ilişkin düşünceleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin utanma alt boyutu ile ruhsal hastalığı olan bireyle çalışmak isteyip istememe (Z=-2.727, p=0.006) durumu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur.

**Tablo 17. Hemşirelerin Yaşları ile Ölçeğin Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki**

Yaş	r
Toplam Puan	.161**
Çaresizlik Alt Boyut Puanı	.144*
Tehlikelilik Alt Boyut Puanı	.132*
Utanma Alt Boyut Puanı	.103

Pearson Korelasyon analizi \*p<0.05 \*\*p<0.01

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaşları ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğın toplam puanı ( $r=0.161$ ) arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı, kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt boyut puanı ( $r=0.144$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve tehlikelilik alt boyut puanı ( $r=0.132$ .) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile utanma alt boyut puanı ( $r=0.103$ ) arasında ilişki saptanamamıştır (Tablo 17).

**Tablo 18. Çalıştıkları Kurum ile Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları Arasındaki İlişki**

	<b>N</b>	<b>X±ss</b>	<b>F/p</b>
Üniversite	11	36.0909±14.5221	
Sağlık Bakanlığı	204	53.5784±16.6792	<b>6,016</b>
Özel Hastane	43	53.6279±15.2300	<b>0,003</b>

One-Way ANOVA

Tablo 18'e bakıldığında üniversite hastanelerinin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile sağlık bakanlığına bağlı hastaneler ve özel hastanelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasında anlamlı ( $F=6.016$ ,  $p=0.003$ ) bir fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde (Tukey HSD) ise farkın üniversite hastanelerinden kaynaklandığı saptanmıştır.

## 7. TARTIŞMA

Hemşireler bireyin tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde büyük oranda yer alabilirler ve bireye en etkin yardımı yapabilme fırsatları diğer sağlık ekibi üyelerine göre daha fazladır. Toplumda yaşayan bireylerin, ruhsal hastalığa yönelik geliştirdiği olumsuz inançları, hastalıkla etkin baş etmelerini, tedavi ve bakımı sürdürmelerini, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Çam ve Bilge 2007).

İnançlar davranışları ve yaklaşımları da etkilemektedir. Ruhsal hastalığa karşı olumsuz inanca sahip hemşireler sorunlu bireylerin bakımını üstlenmek istemeyebilir veya hizmette güçlük yaşayabilirler. Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları, tedavi seçeneklerini, tedavi ve bakım sürecini, birey, aile ve toplumun bu tür hastalıklara yönelik yaklaşımlarını olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Ruhsal sorunu olan bireyler sağlık elemanlarının yaklaşımlarından etkilenirler. Çeşitli araştırmalar kabullenici, destekleyici, hoşgörülü yaklaşımların hasta bireyi rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici, tedavi ve bakıma katılımını sağlayıcı yönde etkilerken, aşağılayıcı, reddedici, kısıtlayıcı ve soyutlayıcı yaklaşımların hastayı toplumdan uzaklaştırdığını, tedavi ve bakımını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Doğan 1992).

Hemşirelerin psikolojik/fizyolojik hastalık durumlarında oluşabilecek kendi duyguları ya da davranışlarının altında yatan nedenleri tanıyabilmesi ve bu doğrultuda bakımı planlayarak uygulaması beklenmektedir. Hemşire tüm toplumsal önyargılardan uzak, duygularının, tutumlarının, inançlarının ayırımında mesleki ilişkiyi kurmalı ve tarafsızlığını yitirmemelidir. Bu bağlamda psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesi önemlidir.

Bu çalışma İstanbul ilinde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde psikiyatri kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılan hemşirelerin (n=258):

- Kişisel/ailesel, mesleki özellikleri ve ruhsal hastalığa ilişkin düşünceleri,
- Ruhsal hastalıklara yönelik inançları,
- Ruhsal hastalığa ilişkin düşüncelerinin inançları üzerine etkisi literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının  $32.6 \pm 7.65$  olduğu, %43.4'ünün lise mezunu, %60.9'unun evli, %46.1'nin şehirde büyüdüğü, %76.4'ünün çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %94.2'sinin kendisinde ve %89'nun yakınlarında ruhsal bir hastalık saptanmamıştır.

Hemşirelerin %79.1'i Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde, %59.7'si hem gece hem gündüz vardiyasında, %39.5'inin meslekte 11 yıl ve üstü çalıştığı %51.2'sinin psikiyatri kliniğindeki çalışma süresinin 1-5 yıl arasında olduğu bulgulanmıştır.

Hemşirelerin %75.6'sı psikiyatriye özel bir eğitim almamışken, eğitim aldığını belirten hemşirelerin %34.9'u hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmiştir.

Hemşirelerin %58.1'i psikiyatri kliniklerinde kendi istekleri ile çalıştıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızın bu bulgusu psikiyatri alanındaki gelişmelerin hemşirelerin ruhsal hastalıklar hakkında bilgi düzeyinin artmasıyla psikiyatri kliniğinde çalışma isteğini olumlu yönde etkilediği ile açıklanabilir.

Şekil 1'de görüldüğü gibi hemşirelerin % 60.1' i ruhsal hastalıkların birincil nedeni olarak biyolojik nedenleri belirtmişlerdir. Ruhsal hastalıkların birçoğunda genetik ve biyokimyasal bozuklukların rol oynadığı bilinmektedir. Çalışma bulgusu modern psikiyatride kabul gören ruhsal hastalıkların etyolojisi için biyopsikososyal model ile uyumludur. Ülkemizde yapılan benzer araştırmalarda farklı nedenlerin ilk sırada olduğu görülmüştür. Bağ ve Ekinci (2005), sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarını araştırdığı çalışmasında katılımcıların %55'i ruhsal hastalıkların genetik geçişli ve kalıtsal olduğunu belirtmiş, şizofreniye yönelik

tutumların incelendiği bazı çalışmalarda “şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır” sorusuna “katılıyorum” yanıtını verenlerin oranı yüksek (Aker ve ark. 2002, Ergün 2005, Kayahan 2009) bulunurken, Özyiğit ve arkadaşlarının (2004) hemşireler ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumlarını incelediği araştırmalarında katılımcıların %57’si şizofreninin doğuştan gelen bir hastalık olduğuna katılmadıklarını, psikososyal faktörlerin öncelikle sorumlu olduklarını belirtmişlerdir. Topaç (2004) hasta yakınlarıyla yapmış olduğu benzer bir çalışmada da ruhsal hastalıkların etyolojik faktörleri arasında bozuk anne-baba-çocuk ilişkilerinin ön plana çıktığını belirtmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %86’sı bir yakını psikiyatrik belirti gösterdiğinde iyileşmesi için öncelikle yardım almak için psikiyatriste, başvuracaklarını belirtmiştir. Ülkemizde ve yurt dışında yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Caldwell ve Jorm 2001, Özyiğit ve ark.2004, Ergün 2005, Bağ ve Ekinci 2005). Buna karşılık çalışmamızdaki katılımcıların %0.8’i hocaya başvururum yanıtını vermiştir Araştırmanın bu bulgusuyla benzer şekilde Bağ ve Ekinci (2005) hekim ve hemşirelerden oluşan sağlık personelleriyle yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların %5’inin öncelikle hacı-hocadan yardım almak istediklerini bulgulamışlardır. Psikiyatri alanındaki yapılan bilimsel çalışmalar ruhsal hastalıkların tanısından tedavisine kadar birçok alanda gelişme göstermişse de olumsuz yargıları, inançları ve hurafeleri tamamen ortadan kaldırmamıştır. Bizim bulgumuz sağlıkla ilgili eğitim almanın bile bazı yanlış inançları değiştirmedigine ilişkin bir bulgudur.

Ruhsal hastalığı olan bireyle aynı binada oturmak isteyip istemediğine hemşirelerin % 64’3’ü hayır cevabını vermiş, %73.6’sı işyerinde ruhsal hastalığı olan bir bireyle çalışamayacağını belirtmiştir, ruhsal hastalıklardan biri olan şizofreni ile yapılmış bir çok çalışmada katılımcıların çoğu şizofrenik bir komşusu olmasından rahatsızlık duyacağını ve aynı işyerinde çalışmak istemediğini belirtmesi bulgumuzu desteklemektedir (Taşkın, Özmen, Özmen ve DM 2003, Yanık ve ark 2003, Özyiğit ve ark 2004, Bağ ve Ekinci 2005). Benzer şekilde Arkar’ın (1991) akıl hastalıklarına yönelik sosyal mesafeyi değerlendirmek için yaptığı araştırmasında da bireylerin sosyal yakınlık gerektiren ortamlarda (iş yerinde aynı ortamı paylaşma, evlenme

gibi) ve sosyal sorumluluk gerektiren ortamlarda (ev kiralama ve işe almak gibi) akıl hastalığı olanlarla daha az etkileşime girme eğilimi olduğu bulunmuştur. Literatürde tersi yönde şizofrenik bir komşusu olmasından rahatsız olmayacağını ve aynı iş yerinde çalışabileceğini belirten çalışmalara da rastlanmıştır (Yıldız ve ark. 2003, Ergün 2005). Yüce ve arkadaşlarının (2005) hemşirelerin ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyona yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında katılımcıların çoğu depresif bir komşusu olmasından rahatsızlık duymayacağını ve aynı iş yerinde çalışabileceğini belirtmişlerdir. Bu farklılığa toplumda şizofreni olgusunun depresyona göre daha ağır ruhsal hastalık olarak tanımlanmasının yol açtığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşireler ruhsal bozukluğu olan bireyle aynı işyerinde çalışmama nedeni olarak % 47.8 oranında ruhsal bozukluğu olan bireylerin işini tam olarak yapamayacağını belirtmiştir. Bu bulgu ruhsal hastalığı olan bireylerin tam olarak iyileşemeyeceği ve düzenli olarak çalışamayacağına ilişkin inançları ile açıklanabilir.

Hemşirelerin % 59.3'ü ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin en çok hissedilen duygu "**üzüntü**" iken, "**heyecan**" (% 3) en az yaşanan duygu olarak bulunmuştur. Angermeyer ve Matschinger (2003) toplumun şizofreni ve depresyona yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında şizofreni hastalarına karşı daha çok hem acıma hem de korku hissedildiğini, benzer şekilde Nijerya'da yapılan bir çalışma da ruhsal hastalıklara karşı deneklerin çoğunun korku ve çekinme gibi olumsuz duygularının olduğu belirtilmiştir (Kabir, Iliyasu, Abubakar and MA 2004). Bilge (2006) çalışmasında ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik en çok yaşanan duygunun sıkıntı olduğunu belirtmiştir. Literatürdeki çalışma sonuçlarına bakıldığında ruhsal hastalığı olanlara karşı hissedilen duyguların daha çok negatif özellik taşıdığı görülmektedir.

Çalışmada ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin toplam puanı  $52.84 \pm 16.68$ , kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt grubu puanı  $28.58 \pm 10.07$ , tehlikelilik alt grubu puanı  $22.54 \pm 6.88$  ve utanma alt grubu puanı  $1.73 \pm 2.24$  bulunmuştur (Tablo 4). Bozkurt ve Top' un (2009) hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını incelediği çalışmalarında ölçeğin toplam puanı  $52.64 \pm 12.68$ , kişilerarası ilişkilerde bozulma çaresizlik alt

grubu puanı  $28.15 \pm 7.78$ , tehlikelilik alt grubu puanı  $23.26 \pm 5.10$ , utanma alt grubu puanı  $1.48 \pm 2.20$  dir. Bilge'nin (2006) Bornova bölgesinde yaşayan 262 kişiye uygulayarak yaptığı ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik çalışmasından elde edilen değerler toplam puan  $59.0 \pm 16.3$ , kişilerarası ilişkilerde bozulma çaresizlik alt grubu puanı  $32.0 \pm 10.07$ , tehlikelilik alt grubu puanı  $25.3 \pm 7.6$ , utanma alt grubu puanı  $1.7 \pm 2.5$  olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki bulgunun diğer çalışmalara göre daha düşük bulunması katılımcıların sağlık eğitimi almış olmaları ve ruhsal hastalığı olan bireyler hakkında diğer gruplara göre daha çok bilgi sahibi olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişisel özellikler (eğitim durumu, medeni durumu, büyüdüğü yer, yetiştiği aile tipi, kendisinde ve yakınında ruhsal hastalığın varlığı) ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5). Bozkurt ve Top'un (2009) çalışmasında da kişisel özellikler ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasında ilişki bulunmaması çalışmamızı destekler niteliktedir.

Tablo 6'da görüldüğü gibi psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki özellikleri ve ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasında; çalıştığı kurum ( $KW=9.88$ ,  $p=0.007$ ), psikiyatri hemşireliğini isteyerek seçme durumu ( $Z=3.46$ ,  $p=0.001$ ) ve alınan eğitim şekline ( $KW=11.61$ ,  $p=0.009$ ) göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki, psikiyatriye özel alınan eğitim şekli ( $Z=2.080$ ,  $p=0.037$ ) ile ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasında ise anlamlılık bulunmuştur. Üniversite hastanesinde çalışan, psikiyatri kliniğinde çalışmayı isteyerek seçen ve psikiyatriye özel eğitim alan hemşirelerde olumsuz inançların diğerlerinden daha az olduğu görülmüştür. Üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin diğerlerine göre daha olumlu inançlarının olması eğitim seviyelerinin daha yüksek olması ile açıklanabilir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda sağlık profesyonellerinin eğitim seviyeleri yükseldikçe ruh sağlığı bozuk bireylere yönelik bakış açısının daha olumlu olduğu belirtilmiştir (Bostancı 2000, Ergün 2005).

Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar üzerinde çalışma biçimi, çalışma süresi, psikiyatride çalışma süresi ve çalıştığı klinik açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ergün (2005) psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin şizofreni

tanısı almış bireylere yönelik yaklaşımlarını incelediği çalışmasında eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin çalışma yıllarının şizofren bireylere yaklaşım ve sosyal mesafeye ilişkin görüşler açısından anlamlı bir etkisi olmadığını belirtmiştir. Bu sonuç çalışmamızın bulgusunu destekler niteliktedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa ilişkin düşünceleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasındaki ilişki incelendiğinde; ruhsal hastalığı olan bireyle aynı binada oturmak isteyip istememe ( $Z=2.74$ ,  $p=0.006$ ) ile ölçeğin toplam puanı arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Ruhsal hastalığı olan bireyle çalışmak isteyip istememe durumu ( $Z=2.51$ ,  $p=0.012$ ) ise istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo7). Özyiğit ve arkadaşlarının (2004) hemşirelik öğrencileri ve klinik hemşirelerinin şizofreni hastasına yönelik tutumlarını incelediği çalışma da hemşirelerin %70'i şizofren bir bireyle çalışmak istemediğini belirtmiştir. Yanık ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da tıp fakültesi öğrencilerinin büyük çoğunluğu şizofren bir bireyle aynı ortamda çalışmak istemeyeceğini ifade etmişlerdir. Bağ ve Ekinci'nin (2005) hemşire ve doktorların görüşlerini değerlendirdiği çalışmada katılımcıların psikotik bozukluğu olan bir bireyle aynı işyerinde çalışma fikrine büyük oranda sıcak bakmadıkları görülmüştür. Aker ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında hekimlerin %70'den fazlası şizofren bir komşu istemediklerini belirtmiştir. Bireylerin özellikle şizofreni tanısı almış hastaları yaşadığı sosyal çevre içerisinde görmek istemediğini belirten çalışmaların çoğunlukta olması çalışmamızın bu bulgusuyla benzerlik göstermektedir. (Sağduyu ve ark. 2001, Taşkın ve ark. 2002, Taşkın ve ark. 2003, Arısoy ve Eşsizoglu 2004). Literatürde farklı yönde sonuçları olan çalışmalara da rastlanmaktadır. Ergün (2005) çalışmasında ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin % 64.6'ı şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olacağını belirtirken, eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin % 62'si rahatsız olmayacağını belirtmiştir. Benzer şekilde Sağduyu ve arkadaşlarının (2003) şizofreni hastalarına yönelik tutumu inceledikleri araştırma ve Hannigan'ın (1999) yapmış olduğu çalışmada halkın büyük bir kısmı psikotik rahatsızlığı olan bireyle aynı ortamda çalışabileceğini belirtmiştir. Yıldız ve arkadaşlarının (2003) yapmış olduğu pratisyen hekimlerin şizofreni hastalarına yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında ise hekimlerin %85'i şizofrenik bir komşusu olmasından rahatsızlık duymayacağını belirtmiştir.

Bütün bu çalışmalardaki sonuçların farklı olması gerek sağlık personelinin gerekse toplumun ruhsal hastalığı olan kişilerle yaşadığı kişisel deneyimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ruhsal hastalığı olan yakının yakınlık derecesi ( $KW=13.214$ ,  $p=0.040$ ) ile kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir (Tablo 8). Ailesinde ve çevresinde ruhsal hastalığı olan bireyin varlığı genellikle ruhsal bozukluğu olan bireylere daha olumlu tutum içerisinde olmayı sağlayabileceği gibi ruhsal bozukluğu olan bireyle bir arada yaşamak olumsuz deneyimlere de neden olabilir. Hastanın yakınında bulunmak, hastalığın sonuçları ile başa çıkmaya çalışmak, hastanın bakımından sorumlu olmak, aynı sosyal çevreyi paylaşmak ve beraberinde getirdiği güçlükler (Topaç 2004, Oksal 2009), çaresizlik alt boyut puanının yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Psikiyatri hemşireliğini isteyerek seçme durumu ( $Z=-2.689$ ,  $p=0.007$ ) ile çaresizlik alt boyutu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı, çalıştığı kurum ( $KW=8.284$ ,  $p=0.016$ ) ile de anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 9). Kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt boyutu ruhsal hastalığın tedavi ve bakımının güçlüklerinden ve ruhsal hastalıklı bireylerin çaresiz bir yaşantıya sahip olduklarını ifade eder. Bu bulgunun kişilik yapıları nedeniyle yapmış oldukları meslek seçimden kaynaklandığı düşünülebilir.

Ruhsal hastalığı olan bireyle aynı binada oturmak isteyip istemediği ( $Z=-2.177$ ,  $p=0.029$ ) ve ruhsal hastalığı olan bireyle çalışmak isteyip istememesi ( $Z=-2.224$ ,  $p=0.026$ ) ile çaresizlik alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir (Tablo 10). Aynı binada oturmak istemeyen ve aynı işyerinde çalışmak istemeyen hemşirelerde kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt boyutundan alınan puan daha yüksektir. Ruhsal hastalığın tedavi ve bakımının güç olduğunu ve ruhsal hastalıklı bireylerin çaresiz bir yaşantıya sahip olduklarını ifade eden bu alt ölçekten alınan puanın aynı sosyal ve iş ortamını paylaşmak istemeyen hemşirelerde yüksek olması beklenilebilir sonuçtur.

Psikiyatri hemşireliğini isteyerek seçme durumu ( $Z=-3.940$ ,  $p= 0.000$ ) ve alınan eğitimin şekli ( $KW=16.313$ ,  $p=0.001$ ) ile tehlikelilik alt boyutu arasındaki

ilişkinin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir. Psikiyatriye özel eğitim alma ( $Z=-2.154$ ,  $p=0.031$ ) ve çalıştığı kurum ( $KW=7.727$ ,  $p=0.021$ ) ile tehlikelilik alt boyutu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 12). Literatüre göre eğitim seviyesinin artması ruhsal hastalıkları daha iyi tanımayı sağlar ve bu tür bireylere karşı olumsuz düşünceleri azaltır (Bostancı 2000, Ergün 2005). Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında da yüksekokul mezunlarının lise ve altında eğitim alanlara göre şizofreni hastasının tanısı, tedavisine ilişkin daha olumlu tutumları olduğu belirlenmiştir. Sağlık mesleğini seçme ve bu konuda gönüllüğün olması ruhsal hastalıklara karşı daha olumlu yaklaşımları desteklemektedir (Yüksel ve Taşkın 2005). Hemşirelik eğitimi almış bireylerde çalışmamızın bu bulgusu beklenen bir sonuçtur.

Ruhsal hastalığı olan bireyle aynı binada oturmak ( $Z=-3.042$ ,  $p=0.002$ ) ve aynı iş yerinde çalışmak isteyip istemediğiyle ( $Z=-2.436$ ,  $p=0.015$ ) tehlikelilik alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 13). Üçok (1999) çalışmasında şizofreninin psikiyatrik bozukluklar arasında belki de adı en ürkütücü olanı olduğunu, bunda hastalığın prognozunun diğerlerine göre daha olumsuz olması ve yakın zamanlara kadar tedavi imkanlarının kısıtlı olmasının etkili olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıklardan biri olan şizofreni hastalarının saldırgan ve tehlikeli olduğu yönünde sonuçlar görülmektedir (Bostancı 2000, Crisp ve ark. 2000, Aker ve ark. 2002, Taşkın ve ark. 2002, Sağduyu ve ark. 2003, Yanık ve ark. 2003, Özyiğit ve ark. 2004, Bağ ve İkinci 2005, Ergün 2005). Çalışmanın bu bulgusu hemşirelerin ruhsal hastalığı olanları tehlikeli buldukları için aynı binada oturmak ve aynı iş yerinde çalışmak istemediğini düşündürmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişisel özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin utanma alt boyutu arasındaki ilişkisi incelendiğinde; medeni durum ( $KW=8.688$ ,  $p=0.034$ ) ile utanma alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 14). Bu bulgu çalışmamıza katılan hemşirelerin % 60.9'u gibi büyük bir çoğunluğunun evli olması ile açıklanabilir.

Tablo 15 de görüldüğü gibi psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin utanma alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde; çalıştığı kurum (KW=13.632, p=0.001) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızın bu bulgusu kronik ruhsal hastalığı olanlarla tedavi, bakım ve rehabilitasyon sürecinde daha uzun süre çalışan hemşirelerin toplumun bu tür hastalara yönelik utanç ve damgalama eğiliminden etkilendikleri ile açıklanabilir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa ilişkin düşünceleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin utanma alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde; ruhsal hastalığı olan bireyle çalışmak isteyip istemediği (Z=-2.727, p=0.006) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 16). Ruhsal hastalığı olan bireylerle yakın ilişkiler içinde olanlar hastadan utanabilir, komşuları tarafından dedikodu yapılabilir endişesi yaşayarak, hastayı ve hastalığı saklama davranışında bulunabilirler (Kıvırcık ve ark 2004). Toplumda ruhsal hastalıkların yüksek düzeyde damgalanması, ruhsal hastalıklar için var olan mitler ve ruhsal hastalıkların daha az kabul edilebilirliği bunun nedeni olarak düşünülmekte olup çalışmanın bu bulgusu literatür bilgisiyle paraleldir. Suçluluk ve utanç duygularının toplumun kültürel yapısıyla ilgili olduğunu destekleyen çalışmalar vardır (Sevinçok 2000, Sayar 2000). Stuart ve Laraia şizofren hasta ailelerinin toplumun damgalama eğilimi yüzünden utanç yaşadıklarını ve bu durumun sosyal izolasyona neden olduğunu bulmuşlardır (Stuart ve Laraia 1998).

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaşları ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin toplam puanı (r=0.161) arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki, kişilerarası ilişkilerde bozulma çaresizlik alt boyut puanı (r=0.144) ve tehlikelilik alt boyut puanı (r=0.132) arasında istatistiksel olarak pozitif yönde pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile utanma alt boyut puanı (r=0.103) arasında ilişki saptanamamıştır (Tablo 17). Yaş arttıkça ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinden, çaresizlik ve tehlikelilik alt boyutlarından alınan puanlarda artış görülmektedir. Segal ve Cooldge (2005) ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve yardım isteme durumlarını araştırdıkları çalışmalarına; 96 genç, 69 yaşlı birey katılmıştır. Bulgulara göre, gençlerin ruhsal hastalıklar konusunda profesyonel

desteğe daha açık oldukları, yaşlı bireylerin ruhsal hastalığı olanları güvenilmez ve sosyal açıdan zayıf bulduklarını belirtmiştir. Bostancı (2000) psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında yaş ilerledikçe hemşirelerin daha kısıtlayıcı bir tutum gösterdiklerini belirtmiştir. Madionas, Madianu, Vlachonikolis ve SN (1987) halkın ruh hastalarına karşı tutumlarına yönelik yaptığı çalışmalarında yaş arttıkça sosyal kısıtlayıcılığın ve sosyal ayırımın arttığını, Wolf ve arkadaşları (1996) yaş arttıkça korku ve dışlamanın arttığını belirtmişlerdir. Çalışmamızın bu bulgusu yaşla birlikte inançların daha yerleşerek katı hale gelmesi, yaşlı bireylerin kendi deneyimleri çerçevesinde düşüncelerinin ve yaptıklarının doğru olduğuna inanmaları ile açıklanabilir.

Tablo18'e bakıldığında üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve özel hastanelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasında anlamlı bir farkın bulunduğu ( $F=6.016$ ,  $p=0.003$ ), bu farkın hangi hastaneden kaynaklandığını belirleyebilmek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD) ise farkın üniversite hastanelerinden kaynaklandığı saptanmıştır. Çalışmamızın bu bulgusu üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin eğitim seviyelerinin yüksek olmasıyla birlikte inançlarının olumlu yönde etkilenmesiyle açıklanabilir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda eğitim seviyeleri arttıkça ruh sağlığı bozuk bireylere yönelik bakış açısının daha olumlu olduğu belirtilmiştir (Bostancı 2000, Ergün 2005).

## 8.SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $32.6\pm 7.65$ 'dir. Katılımcıların %43.4'ü lise mezunu, %60.9'unun evli, %46.1'inin şehirde büyüdüğü, %76.4'ünün çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %79.1'i Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde, %59.7'si hem gece hem gündüz vardiyasında, %39.5'inin hemşirelik mesleğinde 11 yıl ve üstü çalıştığı, %51.2'sinin psikiyatri kliniğindeki çalışma süresi 1-5 yıl arasında olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin %75.6'sı psikiyatriye özel bir eğitim almamış olup, eğitim alanların %34.9'u hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %58.1'i psikiyatri kliniklerinde kendi istekleri ile çalıştıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %94.2'si kendisinde, %89'u yakınlarında ruhsal bir hastalık bildirmemiştir, hemşirelerin % 60.1'i ruhsal hastalıkların birincil nedeni olarak biyolojik nedenleri belirtmişlerdir.

Çalışmamızda hemşirelerin %86'sı bir yakını psikiyatrik belirti gösterdiğinde iyileşmesi için öncelikle yardım almak için psikiyatriste başvuracaklarını belirtmiştir. Ruhsal hastalığı olan bireyle aynı binada oturmak isteyip istemediğine hemşirelerin % 64'3'ü hayır cevabını vermiştir. Hemşirelerin %73.6'sı işyerinde ruhsal hastalığı olan bir bireyle çalışmak istemediğini, neden olarak % 47.8 oranında işini tam olarak yapamayacağını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %59.3'ü ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin en çok hissedilen duygu "üzüntü", en az yaşanan duygu ise "heyecan" (% 3) olarak belirtmiştir.

Çalışmamızda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin toplam puanı  $52.84\pm 16.68$ , çaresizlik alt grubu puanı  $28.58\pm 10.07$ , tehlikelilik alt grubu puanı  $22.54\pm 6.88$  ve utanma alt grubu puanı  $1.73\pm 2.24$  olarak bulunmuştur.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişisel özellikler (eğitim durumu, medeni durumu, büyüdüğü yer, yetiştiği aile tipi, kendisinde ve yakınında ruhsal hastalığın varlığı) ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları kurum, psikiyatri hemşireliğini isteyerek seçme, psikiyatriye özel eğitim alma ve alınan özel eğitimin şekli ile ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Ruhsal hastalığı olan bireyle aynı binada oturmak ve aynı işyerinde çalışmak istemeyen hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları daha olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar üzerinde çalışma biçimi, çalışma süresi, psikiyatride çalışma süresi ve çalıştığı klinik açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan yakınının yakınlık derecesi ile kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Hemşirelerin medeni durumu ile utanma alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur, bu ilişkinin evli katılımcı sayısının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaşları ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin toplam puanı, tehlikelilik alt boyutu puanı ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt boyut puanı arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Utanma alt boyut puanı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yaş arttıkça ruhsal hastalıklara yönelik inançların daha olumsuzlaştığı sonucu belirlenmiştir.

Üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve özel hastanelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasında anlamlı bir farkın olduğu, bu farkın üniversite hastanelerinden kaynaklandığı bulunmuştur.

Sonuç olarak; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler toplumdaki diğer bireylere göre ruhsal hastalığı olanlara daha olumlu inançlar göstermektedir.

İnançlarının hemşirelerin çalıştıkları kurum, psikiyatri hemşireliğini isteyerek seçme, psikiyatriye özel eğitim alma ve alınan özel eğitimin şekli değişkenlerinden etkilendiği, ruhsal hastalıklara karşı azda olsa olumsuz inançlarının olduğu belirlenerek aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1-Mezuniyet sonrası mesleki uygulamalarda daha özgün ve bilgilendirici eğitimlerin yapılması,

2-Hazırlanan eğitim programları hemşirenin etkin danışmanlık almasına fırsat sağlayabilecek ve denetlenebilir nitelikte olması,

3-Araştırma sonucunda lisans veya lisans üzeri eğitim alan hemşirelerin inançlarının diğer eğitim düzeylerine göre daha olumlu olarak bulunmuştur, bu sonuç akademik düzeydeki hemşirelik eğitiminin olumlu bir yansıması olabilir. Daha donanımlı ve daha profesyonel hemşirelerin sağlık hizmeti vermesi için psikiyatri hemşireliğinde uzmanlaşmaya gidilmesi,

4-Lisans ve lisansüstü eğitimin hemşirelik mesleği için benimsenen tek eğitim modeli olması,

5-Öncelikle sağlık personelinin (hemşire, doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, tıbbi sekreter, hizmetli personel vb.) düşüncelerini inceleyen araştırmalar yapılarak ile negatif inanç, tutum ve davranışları belirleyip bunların giderilmesine yönelik girişimlerin eğitim programlarına dahil edilmesi,

6-Toplumda anahtar rolü olanların (öğretmen, imam, muhtar vb.) uzman kişiler tarafından eğitilmesi ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların, dışlama, damgalama ve ayrımcılığın azalması sağlanabilir.

## 10. KAYNAKLAR

- Adams A, Bond S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *J Adv Nurs*; 32:536-543.
- Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D, Boratay C, Liman O. (2002). Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 3(1):5-13
- Al-Krenavi A. (2005). Socio-political aspects of mental health practice with arabs in the israeli context. *J. Psiciatry Relat. Sci.* Vol:42. No:2. 126-136
- Angermeyer MC, Matschinger HZ. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression. similarities and differences. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 38:526-534
- Arısoy Ö, Eşsizoglu A.(2004). Genel ve ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin şizofreniye bakış açılarının karşılaştırılması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 17(3): 146- 153
- Arkar H.(1991). Akıl hastalarının sosyal reddedimi. *Düşünen Adam Dergisi* 4:6-9
- Atik H.(2007). Psikiyatri Hastalarında Anestezili Elektorkonvülsif Tedavi Uygulama Öncesi Ortaya Çıkan Anksiyetenin Giderilmesinde Bilgilendirmenin Etkisi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yard. Doç.Dr. Ö. Işıl)
- Atkinson R.L, Atkinson R.C, Smith E.E., Bem D., J.Hilgrad E.R: (1990). Introduction to Psychology. New York, Harcourt Brace Jovanoich Publishers,
- Avcı A. (2001). Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. N. Bayraktar).

- Bağ B, Ekinci M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* ISSN:1304-0278 Kış C.3 S.11(107-127)
- Bağ B. (2003). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman Yard. Doç. Dr. M Ekinci)
- Bağ B, Ekinci M. (2006). Ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeğinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* ISSN:1304-0278 Kış C.5 S.15(63-83)
- Bahar A. (2007). Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:4
- Başbüyük Ş. (2004). Psikiyatri Servisinde Yatan Hastaların Ailelerinin Hastanın Bakımıyla İlgili Yaşadıkları Güçlükler ve Stresle Başa Çıkma Stratejileri. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Prof. Dr. A Özcan)
- Bayat M. (2005). Öğretim süreci ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 66-72
- Bilge A. (2006). Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman Prof. Dr. O Çam)
- Bilgili M. (1995). Psikiyatrik olgularda toplumsal yargı. *Kriz Dergisi*, 3(1-2): 175-17
- Bostancı N, Aştı N. (2004). Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 17(2):87-93

- Bostancı N. (2000). Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman Doç. Dr. N Aştı)
- Boyd, M. A. (2002). *Psychiatric Nursing*, 2nd Edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p.10-11, 26-27.
- Bozkurt S, Top D. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı İnançlarının İncelenmesi 3.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Düzce, s.162
- Calldwell T.M, Jorm A.F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public other healthcare professionals. *Mental Health Nurses*10(1): 42- 54
- Castledine G. (1994) A definition of nursing based on nurturing. *Br J Nurs*. 3:3:134-135.
- Ceylan B. (2007). Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman Doç. Dr. A S Çilli)
- Crisp A:H, Gelder M:G, Rix S, Meltzer H.I, Rowlands O.S. (2000). Stigmatisation of people with mental illness. *Br. J. Psychiatry* 177:4- 7
- Çam O, Akgün E, Babacan A, Bilge A, Ünal G. (2005). Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:213- 220
- Çam O, Bilge A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 8: 215- 223

- Çam O, Dülgerler Ş, Engin E. (2006). Psikiyatri Hemşireliğinde Standart Bakım İçin Hemşirelik Süreci. Güven Kitabevi, İzmir
- Çam O, Engin E. (2006). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde farkındalık eğitiminin bireysel performans standartlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7: 82- 91
- Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan FB. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:133- 139.
- Doğan S. (1992). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ruh Hastaları ve Hastalıklarına Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi 3.Ulusal hemşirelik Kongresi Özet Kitabı Sivas 783- 786
- Dülgerler, Ş. (2008). Şizofrenik bozukluklara yönelik tutumlarda psikiyatri hemşirelerinin rolü. 15. Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Kocaeli, s.28.
- Dündar D. (1999). Duygu Durum Bozukluğu ve Psikotik Hastalarda Aile Ortamı ve Bu Ortamın Hastaneye Yatış Sıklığına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman Doç Dr. N Aştı)
- Dündar S. (1993). Kayseri ve Yöresinde Psikiyatrik Hasta ve Hastalıklara Yönelik Tutumlar. E.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kayseri (Danışman Prof. Dr. A Oğuz)
- Dündar, S.Oğuz, A. Aldanmaz, F. (1993) Halkın psikoz, paranoid bozukluk ve depresyona yönelik tutumları ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 3 (1-2) 241-249
- Ebrinç S. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1):5-14.
- Ehrenreich B, English D. (1992). Cadılar, Büyücüler ve Hemşireler. Kavram Yayınları, s:7- 30.

- Eker D, Arkar H. (1991). Experienced turkish nurses' attitudes towards mental illness and the predictor variables of their attitudes. *The International Journal of Social Psychiatry*. 37(3)214- 222
- Eren E. (2001). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Geliştirilmiş 7. Baskı. İstanbul: Beta yayınları, s:180.
- Ergün G. (2005). Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açısı. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman Yard. Doç. Dr. K Kukulu)
- Ersoy MA. (1999). Psikiyatri ve sosyal bilimlerin ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2: 230-238
- Eşsizoglu A, Arısoy Ö. (2008). Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına karşı tutumları karşılaştırmalı bir çalışma. *Dicle Tıp Dergisi* Cilt: 35, Sayı: 3, 167-176
- Foucault M. (2006). Deliliğin Tarihi. **Basım Sayısı**, İmge Yayınevi, Ankara.
- Glozier N, Hough C, Henderson M, Elliott K. (2006). Attitudes of nursing staff towards co-workers returning from psychiatric and physical illnesses. *International Journal Of Social Psychiatry* 52 (6)
- Göka E, Duman Ö. (2002). Ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerinin örgütlenme sorunları ve bazı öneriler. *T. Klin. Psikiyatri*, 3:80- 92
- Göka E, Türkçapar H, Şirin A, Berber S, Elverici Ş, Soygür H. (1993). Bir vaka, kültürel fenomenlerin psikiyatrik tanımlara etkisi. *Kriz Dergisi* 2(1) 214- 217
- Gökdoğan F, Akıncı F. (2001). Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1)
- Güleç H, Yavuz A, Topbaş M, Ak İ, Kaygusuz E. (2006). Psikiyatri hastalarında tıp dışı çare arama davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri*; 9:36- 44

- Gülseren L. (2002). Şizofreni ve aile; güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2): 143- 151.
- Güney M. (2004). Ruhsal hastalıklarda stigmatizasyonu önlemek için neler yapılabilir? *Kriz Dergisi*, 12(1): 67- 71
- Hannigon B. (1999) Mental health care in the community an analysis of contemporary public attitudes towards and public representations of mental illness. *Journal of Mental Health* 8 (5) 432- 440
- Hirai M, Clum G. (2000). Development, reliability and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 22, No. 3
- Kabir M, Iliyasu Z, Abubakar I, Aliyu M. (2004). Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi Village, Northern Nigeria. *BMC International Health And Human Rights* 4: 3
- Kamışlı S, Daştan L. (2008). Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik hasta görüşleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1) 45-51
- Karadağ G, Uçan Ö. (2006). Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:1, Sayı:3 43- 48
- Karancı N, Kökdemir D. (1994). Akıl hastası tanımlaması yarattığı rahatsızlık ve davranışları ile başa çıkma. *Kriz Dergisi* 3 (1- 2) 237-240
- Kayahan M. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye yönelik tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 6 (1) 27- 34
- Keady J. (2007). The role of the community psychiatric nurse. *Psychiatry*, 4 (2) p: 88- 90

- Kıvırcık BB; Alptekin K; Topkaya Ş; Belkiz B; Nazlı E, Özsin E; Piri Ö, Saraç E. (2004). Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium*, 42(3): 113-117
- Kocaman N. (2007) Acil psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri* 3(42):61- 74
- Kocaman N. (2008) Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *İst Tıp Fak Der.* 71: 52- 58
- Kostak M. (2007) Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:6 106- 110
- Kozacıoğlu G, Gördürür HE. (1995). Ruh Hastalıklarının Tarihçesi Bireyden Toplumda Ruh Sağlığı. Ed: G Çörüş. Melisa Matbaacılık, İstanbul, s:11- 22
- Köknel Ö. (2001). Kimliğini Arayan Gençliğimiz. Altın Kitaplar, İstanbul, s:25- 26
- Kuey L. (1995). Ruhsal bozukluklara ilişkin halkın tutum ve davranışları. *Kriz Dergisi* 3 (1- 2) 172- 174
- Kum N. (1996). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Ed: Nebahat Kum. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul
- Kurihara T, Kato M, Reverger R, Tirta I.G. (2006). Beliefs about causes of schizophrenia among families members a community-based survey in Bali. *Psychiatric Services*, December, 57: (12) -1795
- Leff J. (1990). The new cross-cultural psychiatry. *Br J Psychiatry*, 156: 305- 307.
- Madianos MG, Madianu D, Vlachonikolis J, Stefanis N. (1987) Attitudes towards mental illness in the athens area; implication for community mental health intervention. *Acta Psychiatrica Scand.* 75: 158- 165
- Marland GR, Sharkey V. (1999). Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse: is practice evidence based? A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6):1255- 1262.

- McSherry W, Ross L. (2002). Dilemmas of spiritual assessment. considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 38(5):479- 488.
- Morgan CT. (1991). Psikolojiye Giriş. Çeviri: H Arıcı. Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları 8. Baskı, Ankara s: 363- 377.
- Morris GC. (2002). Psikolojiyi Anlamak. Çeviri: Ayvalık H. Basım Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, s:609- 651.
- Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. (2004) Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12(2): 63- 73.
- Oflaz, F. (2006) Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7: 55- 61
- Oksal H. (2009). Psikiyatri Hastalarının Yakınlarının Duygu Kontrol Durumları ve Yaşam Doyumları. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman Prof. Dr. Ş Alpar)
- Oran N, Şenuzun F. (2008) Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* Cilt:5 Sayı:1 2- 8
- Ögel K. (1998). Psikiyatri Temel Kitabı. Ed: C Güleç E Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Cilt: 2, Ankara, s: 1319- 1327)
- Öz, F. Buldukoğlu, K. Çam,O. Ançel, G. Oflaz, F. Eren, N. Demirkıran, F. Bilge, A. Engin, E. Coşkun, S. (2007) Psikiyatri Hemşireliği Görev yetki ve Sorumlulukları Çalışma Grubu Raporu 1. Psikiyatri Hemşireliği Günleri Ankara
- Özdağ N. (2004). Hemşirelik Araştırmalarının Önemi ve Gelişimi II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu. HEMAR-G Derneği, Odak Ofset, Ankara, s.135- 139.
- Özmen E, Taşkın O, Özmen D, Demet M. (2004). Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalığı mı? Akıl hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*; 15(1):47- 55

- Öztürk, O. (2002 ) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevi, 9. Basım, Ankara, s.109
- Özyiğit Ş, Savaş HA, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. (2004). Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye yönelik tutumları. *Yeni Symposium* 42 (3): 105-112
- Parlatır İ, Zülfikar H, Gözaydın N. ( 1994). Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Türk Dil Kurumu Yayınları, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, s.390.
- Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. (2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:43-48
- Potter PA, Perry AG. (1993). Fundamentals Of Nursing: Concepts Process And Practice. Mosby Year Book, Third Edition, St Louis, p. 4-31.
- Potter, PA ., Perry, AG. (1995). Basic Nursing Theory And Practice. Mosby Year Book, Third Edition, St. Louis, p. 394-400.
- Roserberg,D. (1988) Dünya Mitolojisi Büyük Destan ve Söylemler Antolojisi. İmge Yayınevi, Ankara, s.55
- Sabuncu S, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T. (1996) Ed: H Seçim. Hemşirelik Esasları. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları. No: 496, s. 3-30
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. (2001). Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (2) :99-110
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. (2003). Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (3): 203-212

- Sağlık Bakanlığı. (2001). Ruhsal Bozukluğu Olanları Dışlamayalım Tedavi İçin Cesaretlendirelim. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kitapçığı, s:2
- Sarı Ö, Arkar H, Aklın T. (2005). Influence of psychiatric label attached to a normal case on attitudes towards mental illness. *Yeni Symposium*, 43(1): 28-32
- Savaş H, Yumru M, Göral L, Özen M. (2006). Türkiye'nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep şehrinden bir kesit. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:140- 149
- Sayar K. (2000). Şizofreni ve kültür. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1):64-73.
- Saygın N. (2007). Hasta ve Yakınlarının Bakış Açısıyla Psikiyatrik Yatışın Nedenleri. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman Prof. Dr. K Buldukoğlu)
- Sayıl I. (2003). 10.Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Sözel Bildiri. *Kriz Dergisi* 11(1); 1-2
- Segal D, Coolidge F, Mincic M, O'Riley A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help:a cross-sectional study. *Aging& Mental Health*, July; 9(4):363-367
- Sevinçok L. (2000). Şizofreni etiolojisinde psikososyal nedenler. *Şizofreni Dergisi*, 3(1): 5-10.
- Shives LR, Isaacs A. (2002). Basic Concepts Of Psychiatric-Mental Health Nursing (5. Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p:13-26 70-71
- Sökmez T, Yazan B, Üçok G, Ceylan E. (1996). Ortam Tedavisi. Psikiyatri Hemşiresine Pratik Notlar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, s. 2:83-89.
- Stuart GW, Laraia MT. (1998). Stuart and Suddeen's Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Mosby Inc, St. Louis

- Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök CM. (2009). Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanımlama rehberi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:6 793-804
- Taşkın O, Özmen D, Özmen E, Demet M. (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofreni ile ilgili tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 40(1-2): 5-12
- Taşkın O, Şen F, Aydemir Ö, Demet M, Özmen E, İçelli İ. (2002). Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 13 (3):205-214
- Taşkın O, Şen F, Özmen E, Aydemir Ö. (2006). Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye’de Psikiyatri*, Cilt 8, Sayı 1 -
- Tavşancıl E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 2.Baskı, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Tolan B, Esen G. Batmaz V. (1991). Sosyal Psikoloji. Birinci Baskı, Adım Yayıncılık, İstanbul, s:258.
- Topaç E. (2004). Aile Bireylerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutumları. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman Öğr.Üyesi Huriye Vural)
- Tufan S, Güneş E, Kılıçoğlu A. (2006). Psikiyatri dışı araştırma görevlisi hekimlerin psikiyatri ve psikiyatristlerle ilgili tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28(1):33-40
- Ulusoy MF, Görgülü S. (1996). Hemşirelik Esasları. 2. Baskı, TDFO Ltd. Şti. Ankara, s.1-4.
- Üçok A, Erkoç Ş, Ataklı C, Polat A. (2001). Psikiyatri Dışındaki Hekimlerin Şizofreniye İlişkin Tutumları. 5. Bahar Sempozyumları, Antalya.
- Üçok A. (1999). Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*, 3: 67

- Üçok A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6 (Ek 1):3-8
- Ünal S, Kaya Y.(2006). Psikoza açıklama ve çare arama davranışını etkileyen sosyal etkenler-Malatya örnekleme. *Klinik Psikiyatri*, 9: 138-147)
- Üstünsoy S, Aker T, Çobanoğlu N. (2003). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*,16(4): 211-218
- Varcarolis, E.M. (1998). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. Third Edition, Saunders Company, Philadelphia, p.1-25.
- Vaughan, B. (1992). Models In Curriculum Development. J Salvage (Ed). 5th. Edition, John Wiley And Sons, New York , p.123.
- Videbeck, S.L. (2001). Psychiatric Mental Health Nursing. Lippincott Company, Philadelphia, p.1-34.
- Wolff, G. Pathore, S. Craig, T. Leff, J. (1996) Community attitudes to mental illness. *British Journal Of Psychiatry*, 168: 183-190
- Yanık M, Şimşek Z, Katı M, Nebioğlu M.(2003). Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Yeni Symposium*, 41 (4): 194-199
- Yıldırım S. (2008). Bipolar bozukluğa yönelik damgalama ve psikiyatri hemşiresinin rolü. 15. Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Kocaeli, s.29.
- Yıldız M, Önder ME, Tural Ü, Balta H, Koçalım N. (2003). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 14(2):106-115
- Yıldız M. (2004). Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal Ve Toplumsal Girişimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir, Neden Nasıl Şizofreni? Ed: S Candansayar . PEDAY, Ankara, s.237- 268.

- Yurt V. (2000). Psikiyatride Rehabilitasyon. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Ed: N. Kum. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, s. 254- 263.
- Yüce S, Savaş HA, Ersoy MA, Savaş E, Sertbaş G. (2005). Sağlık yüksek okulu öğrencileri ve çalışan hemşirelerin depresyonu olan hastalara ilişkin tutumu. *Türkiye’de Psikiyatri*, Cilt 7 - Sayı 1
- Yüksel E, Taşkın O. (2005). Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 6:113-121
- Ziyalar A .(1995). Kültürün Psikiyatrik Yaklaşımına Etkisi. *Yeni Symposium*, 33:59-63
- Ziyalar A. (1999). Sosyal Psikiyatri. 2. Baskı, Yüce Yayım, İstanbul, s. 38.

## EK-1

### BİLGİ FORMU

1-Çalıştığınız kurum şekli:

( )1. Üniversite ( )2. Sağ. Bak. ( )3. Özel

2-Yaşınız:

( )1. 18-25 ( )2. 26-35 ( )3. 36-45 ( )4. 46 ve üzeri

3-Eğitim durumu:

( )1. SML ( )2. Önlisans ( )3. Lisans ( )4.Y. Lisans

4-Medeni durum:

( )1. Bekar ( )2. Evli ( )3. Dul ( )4. Boşanmış

5-Çalışma biçiminiz:

( )1. Gündüz ( )2. Gece ( )3. Gece- gündüz

6-Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?

( )1. 1yıldan az ( )2. 1-5 yıl ( )3. 6-10 yıl ( )4. 11 yıl ve üzeri

7-Kaç yıldır psikiyatri kliniğinde çalışıyorsunuz?

( )1. 1yıldan az ( )2. 1-5 yıl ( )3. 6-10 yıl ( )4. 11 yıl ve üzeri

8-Psikiyatri hemşireliğine özel bir eğitim aldınız mı?

( )1. Evet ( )2. Hayır

9-Yanıtınız evet ise ne tür bir eğitim aldınız?.

( )1.sertifika ( )2.Y.Lisans ( )3.HİE. ( )4.Psikoterapi kursu

10-Büyüdüğünüz yer?

( )1. Köy ( )2. Kasaba ( )3. Şehir ( )4. Büyükşehir

11-Yetiştığınız aile tipi?

( )1. Çekirdek aile ( )2. Geniş aile ( )3. Parçalanmış aile

12-Sizce ruhsal hastalıkların birincil nedeni nedir?

( )1. Sosyokültürel (göç, din, büyü vb)

( )2.ekonomik

( )3. Travmatik (disfonksiyonel aile, kayıp vb.)

( )4. Biyolojik (kalıtım, hormonlar, enfeksiyon vb.)

13-Ruhsal sorunlu bireylerin sizde çoğunlukla yarattığı duygu nedir?

1. Korku                      2. Üzüntü                      3. Öfke                      4. Heyecan  
5. Mutluluk                      6.Sıkıntı                      7. Acıma

14-Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız oldu mu?

1. Evet                      2. Hayır

15-Bir yakınınız psikiyatrik belirti gösteriyorsa iyileşmesi için öncelikle yardım alacağınız birey kimdir?

1. Psikiyatr                      2. Psikolog                      3. Pratisyen hekim  
4. Psikoterapist                      5. Hacı-Hoca                      6. Diğer.....

16-Ruhsal hastalığı olan yakınınız var mı?

1. Evet                      2. Hayır

17-Yanıtınız evet ise yakınlığınız?

1. Kardeş                      2. Arkadaş                      3. Akraba  
4. Ebeveyn                      5. Eş                      6.Çocuk

18-Aynı evde mi yaşıyorsunuz?

1. Evet                      2. Hayır

19-Ruhsal hastalığı olan biriyle aynı iş yerinde çalışmak ister misiniz?

1. Evet                      2. Hayır

20-Yanıtınız hayır ise neden çalışmak istemezsiniz?

1. İş yükü artar  
2. İşini tam olarak yapamaz  
3. Hastaya ve çalışanlara zarar verebilir  
4. Diğer...

## EK-2

### RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

#### (BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE -RHİÖ)

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.

#### Ölçek Değerlendirmesi:

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

1. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.

0() 1() 2() 3() 4() 5()

## **EK-3**

### **ONAM FORMU**

Yapılacak olan çalışmanın niteliği Hacer AYDÖNER tarafından bana ayrıntılı olarak anlatıldı.

Yanıtlamamı istedikleri kişisel ve mesleki bilgi ve düşüncelerimi içeren Bilgi Formu ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğini kendi rızamla yanıtlamayı kabul ediyorum.

Anket sonuçlarının ulusal ve uluslar arası organizasyonlarda kullanılmasına, sunulmasına, bilimsel dergilerde yayınlanmasına izin veriyorum.

ADI-SOYADI:

TARİH:

İMZA:

## **EK-4**

### **UZMAN GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN AKADEMİSYEN LİSTESİ**

Prof. Dr. Ertan TEZCAN Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Şefi

Doç. Dr. İbrahim EREN Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Şefi

Yard. Doç. Dr. Özlem IŞIL Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Yard. Doç. Dr. Aytül HARİRİ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Yard. Doç. Dr. Gülgün DURAT Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Uzm. Dr. Serhat ÇITAK Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Hüseyin GÜLEÇ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Arş. Gör. Dr. Semra KARACA ÇIĞRIKÇI Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Nevin ONAN Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Uzm. Hem. Burcu CEYLAN Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

Uzm. Hem. Hacer ATİK Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

**EK-5**



**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

SAYI: B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/208  
İLGİ :

03.04.2009

Sayın : Yrd.Doç.Dr. Gül Ünsal BARLAS

MAR-YÇ-2009-0098 protokol nolu “ İstanbul ilinde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirilmesi ” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr Haner DİRESKENELİ  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurul Başkanı

## EK-6

FRANSIZ LAPE HASTANESİ  
RUH VE SİNİR HASTALIKLARI  
P.K. 347 ŞİŞLİ- İSTANBUL  
Tel.:(0212) 246 10 20(5 hat)  
Fax:(0212) 233 69 89

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
İSTANBUL ERENKÖY RUH ve SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİNE

Hastanenizde görevli bulunan hemşire Hacer Aydöner yüksek linans eğitimi tezi için hastanemize çalışma anketi sunmuştur. Anket değerlendirilmiş olup hastanemizin hemşireleri tarafından uygulanması için izin verilmiştir.

BAŞHEKİM YARD.  
Dr. Ersan Kantarcı  
Psikiyatri uzmanı  
Dip no:2478

**EK-7**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
İstanbul Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

**MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ HEMŞİRELİK  
DİREKTÖRLÜĞÜNE**

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhemşire olarak görev yapmaktayım aynı zamanda Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.

Bilim uzmanlığı tezi olarak "İstanbul ilinde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirilmesi" konulu bir çalışma planlamaktayım. Çalışmanın anketini kurumunuz psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere uygulayabilmem için gerekli izin tarafıma verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

22.05.2009  
Hacer AYD NER

Uygundur.  
K. Günday  
Kadriye GÜNDAY  
Başhemşire

---

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimlik: 0216 356 05 03  
ağrı Merkezi:0216 302 59 59 Faks: 0216 356 04 96  
[www.erenkoyruhsinir.gov.tr](http://www.erenkoyruhsinir.gov.tr)

## EK-8



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
İstanbul Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

### MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİ ŞEFLİĞİNE

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhemşire olarak görev yapmaktayım aynı zamanda Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.

Bilim uzmanlığı tezi olarak "İstanbul ilinde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirilmesi" konulu bir çalışma planlamaktayım. Çalışmanın anketini kurumunuz psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere uygulayabilmem için gerekli iznin tarafıma verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

22.05.2009  
Hacer AYDÖNER

Uygundan.  
25.05.09  
Prof. Dr. Mehmet Ali ÇOKALP  
T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ  
BAŞHEKİMİ

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimlik: 0216 356 05 03  
Çağrı Merkezi: 0216 302 59 59 Faks: 0216 356 04 96  
[www.erenkoyruhsinir.gov.tr](http://www.erenkoyruhsinir.gov.tr)

## EK-9

### PROTOKOL

#### Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile *Marmara Üniversitesi*.....  
Üniversitesi/Hastanesi ..*Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.....  
Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.  
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş..*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH-Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH-Haydarpaşa Numune EAH-Şişli Etfal EAH*.....dir.  
Çalışmanın adı.."*İstanbul İlinde Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Değerlendirilmesi*".....dir.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler...*Hacer AYDÖNER.....Yrd.Doç.Dr.Gül ÜNSAL BARLAS*....dir.

#### Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

#### Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: *Başlangıç...23/02/09...../Bitiş...23/05/09*.....

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

#### İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

#### Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.

Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü..

*3..Ay*..... süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

#### Ek Bilgi:

#### Taraflar:

*22.1.02./2009*

Unvanı-Adı-Soyadı  
*Hacer AYDÖNER*

*22.1.02./2009*

Unvanı-Adı-Soyadı  
*Uz.Dr.Gönül SENGÖZ*

OLUR

*22.1.02./2009*

Vali

*Uz. Dr. Mehmet BAKAR*  
Sağlık Müdürü

## 11. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Hacer	<b>Soyadı</b>	AYDÖNER
<b>Doğum Yeri</b>	Kadıköy	<b>Doğum Tarihi</b>	08.07.1976
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kimlik No</b>	42322494730
<b>e-mail</b>	aydonerh@mynet.com	<b>Tel</b>	0505 575 85 29

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>		
<b>Lisans</b>	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2004
<b>Lise</b>	Bakırköy Sağlık Meslek Lisesi	1994

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
1. Hemşire	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğ. Arş. Hastanesi	2007-.....
2. Hemşire	Sakarya Devlet Hastanesi	2001-2007
3. Hemşire	Adana Ruh Sağlığı Hastanesi	1996-2001
4. Hemşire	Eskişehir Devlet Hastanesi	1996
5. Hemşire	Kastamonu Daday Sağlık Merkezi	1995

<b>Yabancı Diller</b>	<b>Okuduğunu Anlama *</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	Orta	Orta	Orta

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft Office programları	İyi
İnternet Uygulamaları	İyi