



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIKLARA VE
HASTALARA YÖNELİK İNANÇ VE TUTUMLARI**

Tuba ELÇİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI

Yard. Doç. Dr. Makbule BATMAZ

İSTANBUL, 2013



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIKLARA VE
HASTALARA YÖNELİK İNANÇ VE TUTUMLARI**

Tuba ELÇİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI

Yard. Doç. Dr. Makbule BATMAZ

İSTANBUL, 2013

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

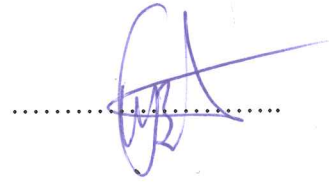
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba ELÇİ tarafından hazırlanan "*Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumları*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03.10.2013

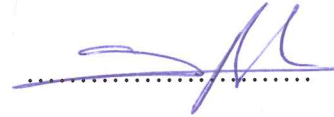
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

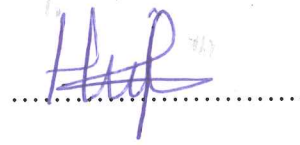
Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi (Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Sevim BUZLU
: İstanbul Üniversitesi



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Hatice YORULMAZ
: Haliç Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I.TEŞEKKÜR

Tüm öğrencilerinde olduğu gibi, bana da çalışmamda yardımlarını esirgemeyen, en büyük destekçilerimden biri olan, sevgili tez danışman hocam Yard. Doç. Dr. Makbule Batmaz'a sonsuz saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan ve sevgilerini hiç esirgemeyen sevgili babam Hacı Ahmet Elçi, annem Çiğdem Elçi, ablam Ayşe Funda Elçi, kız kardeşim Aslınur Elçi'ye, yanımda olup desteklerini hiç esirgemeyen sevgili dostlarım Zahide Karaman, Nalan Hacıoğlu, Derya Güleken ve Meltem Şeniz Toksoy'a, çalışmamda bana yardımcı olan sevgili meslektaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Tuba ELÇİ

İSTANBUL,2013

İçindekiler

I.TEŞEKKÜRLER.....	i
III.SİMGE VE KISALTMALAR.....	iii
IV.TABLO LİSTESİ.....	iv
1.ÖZET.....	1
2.SUMMARY.....	3
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
4.GENEL BİLGİLER.....	8
4.1.Psikiyatri.....	8
4.1.1.Psikiyatri Tarihi.....	9
4.2.Ruh Sağlığı.....	10
4.2.1.Ruh Sağlığı Sorunları.....	11
4.2.2.Toplum Ruh Sağlığı.....	12
4.2.2.1.Tolum Ruh Sağlığı Modeli.....	12
4.2.3.Deyimler.....	13
4.3.Sağlık Çalışanları.....	14
4.4.Hemşirelik.....	16
4.5.Kültür.....	18
4.6.İnanç.....	19
4.6.1.İnançlarla İlgili Kuramlar.....	20
4.6.1.1.Kuramsal Çerçeve İnanç Gelişimi.....	20
4.6.1.2.Piaget'in Bilişsel Gelişim Kuramı.....	20
4.6.1.3.Vygatsky'nin Bilişsel Gelişim Kuramı.....	21
4.6.1.4.Rosentock'ın Sağlı İnanç Modeli.....	21

4.7.Tutum.....	22
4.8.Davranış.....	23
4.8.1.Davranışı Etkileyen Faktörler.....	24
4.8.2.Davranış Bozukluğu.....	24
4.9.Tutum, Davranış ve İnanç Arasındaki ilişki.....	25
4.10.Damgalama.....	26
4.11.Hemşirelerin Ruh Sağlığına Yönelik İnançları ve Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Tutumları İle İlgili Literatür Bilgileri.....	28
5.GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
5.1.Araştırmanın Amacı.....	30
5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	30
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
5.4.Veriler Toplama Araçları.....	31
5.5.Verilerin İstatistiksel Analizi.....	34
5.6.Araştırmanın Etik Yönü.....	35
5.7.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
6.BULGULAR.....	34
6.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Dağılımı.....	35
6.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	37
6.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin Karşılaştırması	48
6.4.Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları ve Toplum Puanları Arasındaki İlişki.....	54
7.TARTIŞMA.....	58
7.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	59

7.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Tartışılması	61
7.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	63
7.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları ve Toplum Puanları Arasındaki İlişki Tartışılması.....	65
8.SONUÇ VE ÖNERİ.....	67
8.1.SONUÇ.....	68
8.1.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Bulguların Sonuçları.....	68
8.1.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Sonuçları.....	68
8.1.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Sonuçlar.....	71
8.1.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları ve Toplum Puanları Arasındaki İlişki Sonuçları.....	74
8.2.ÖNERİLER.....	75
9.KAYNAKLAR.....	76
10.EKLER.....	82
11.ÖZGEÇMİŞ.....	91

III. SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
ICD-10	: Hastalık Sınıflandırma Kitapçığı
DSM-IV	: Psikiyatri Sınıflama Sistemi

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1 – Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Katsayıları	30
Tablo 2 – Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Katsayıları	32
Tablo 3 – Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	35
Tablo 4 – Hemşirelerin Ebeveynlerinin Eğitim Durumlarının Dağılımı	36
Tablo 5 – Hemşirelerin Psikiyatri Hastasıyla Daha Önce Karşılaşma Durumlarının Dağılımı	36
Tablo 6 – Hemşirelerin Yaş Aralığı ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 7 – Hemşirelerin Cinsiyetleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 8 – Hemşirelerin Medeni Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 9 – Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 10 – Hemşirelerin Çalıştığı Kurum ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 11 – Hemşirelerin Çalıştığı Birim ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 12 – Hemşirelerin Çalıştığı Birimdeki Görevi ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 13 – Hemşirelerin Meslekte Çalışma Yılı ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42

Tablo 14 – Hemşirelerin Psikiyatrik Özgeçmişi Olma Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 15 – Hemşirelerin Psikiyatrik Soy Geçmişi Olma Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 16 – Hemşirelerin Daha Önce Psikiyatri Dersi Alma Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 17 – Hemşirelerin Annelerinin Eğitim Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 18 – Hemşirelerin Babalarının Eğitim Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 19 – Hemşirelerin Normal Yaşantıda Psikiyatri Hastası ile Karşılaşma Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 20 – Hemşirelerin Klinikte Psikiyatri Hastası ile Karşılaşma Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	47
Tablo 21 – Hemşirelerin Yaş Aralığı ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 22 – Hemşirelerin Cinsiyetleri ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 23 – Hemşirelerin Medeni Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 24 – Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 25 – Hemşirelerin Çalıştığı Kurum ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 26 – Hemşirelerin Çalıştığı Birim ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50

Tablo 27 – Hemşirelerin Çalıştığı Birimdeki Görevi ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 28 – Hemşirelerin Meslekte Çalışma Yılı ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 29 – Hemşirelerin Psikiyatrik Özgeçmişi Olma Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 30 – Hemşirelerin Psikiyatrik Soy Geçmişi Olma Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 31 – Hemşirelerin Daha Önce Psikiyatri Dersi Alma Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 32 – Hemşirelerin Annelerinin Eğitim Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 33 – Hemşirelerin Babalarının Eğitim Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 34 – Hemşirelerin Normal Yaşantıda Psikiyatri Hastası ile Karşılaşma Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 35 – Hemşirelerin Klinikte Psikiyatri Hastası ile Karşılaşma Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 36 – Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki	56

1.ÖZET

Bu araştırma; hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik inanç, tutumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı. Araştırma, Ekim 2012- Temmuz 2013 tarihleri arasında, İstanbul ili Avrupa bölgesinde kura yöntemi ile belirlenen bir devlet, iki SSK, iki özel, bir üniversite olmak üzere altı hastanede çalışan 1322 hemşireden araştırmanın kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden 360 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan 15 soruluk bilgi formu, Bilge ve Çam tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç (RHİÖ) ve Bağ ve Ekinci tarafından geçerlilik güvenilirliği yapılan Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ) kullanılarak toplandı. Veriler, Bağımsız Örneklem Student-t testi Tek Yönlü Varyans Analizi ile değerlendirildi. Örneklemin yaş aralığının 24-29 (%57,5, n=207) olduğu, %85,8'nin (n=309) kadın hemşirelerin oluşturduğu, %53,3'nün (n=192) devlet hastanesinde çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, çalıştığı kurum ve çalıştığı birime göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin Utanma alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Hemşireler eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, psikiyatrik soy geçmişi olma durumu, daha önce psikiyatri dersi alma durumu, psikiyatri hastası ile karşılaşma durumuna göre Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin Korku/Dışlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,01$). Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, meslekteki çalışma yılının psikiyatri hastalarına karşı inançları etkilediği, anne ve babanın eğitim durumunun hemşirelerin inançlarını etkileyemediği, ruh hastalarına karşı tutumlarının değişmediği, korku/dışlama davranışı sergiledikleri, ruh hastalarına karşı inançlarının zamanla utanma olarak değiştiği belirlendi. Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin alt boyutların karşılaştırılmasında hemşirelerin korku/dışlama davranışı sergiledikleri, ruh hastalarına karşı inançlarının zamanla utanma olarak değiştiği bulundu.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Ruhsal Hastalık, Ruhsal Sorunu Olan Birey, İnanç, Tutum.

2. SUMMARY

Beliefs and Attitudes of Nurses' towards to Mental Diseases and the Patients

Individuals don't born certain beliefs and attitudes. They acquire their beliefs and attitudes such as learning and cognitive learning ways and they are also affected by social experiences. The health professionals are also growing with beliefs and attitudes and these attitudes may change with their experiences. The study was carried out to determine beliefs and attitudes nurses' towards to mental disorders and the factors which they affected. The data was collected between on October 2012 and July 2013, by 1322 nurses who were working in three state hospital, two private hospital and one university hospital which was chosen by lottery method and the sample included 360 nurses who accepted to participated of the study and were in the research's criteria. The data was collected with the information form which was included 15 item and prepared by researches, the Mental Disease Belief Scale which was evaluated the reliability and validity by Bilge and Cam and the Community Attitudes toward the Mentally Ill Scale which was evaluated the reliability and validity by Bag and Ekinici. The data was evaluated by Student t-test One-Way Analysis of Variance. The sample's age range was found 24-29 (%57.5, n=207), 85.8% (n=309) of them was woman and 53.3% (n=192) was working in a state hospital. There was a statically significant between nurses' age, gender, working place and the shame sub-scale score of the Mental Disease Belief Scale ($p<0.05$). There was a statically significant between nurses' education, having psychiatric disorders history, taking psychiatric lecture, encounter with psychiatric patients and Fear/Exclusion sub-scale scores of the Community Attitudes toward the Mentally Ill Scale ($p<0.01$). Nurses' beliefs towards to psychiatry patients affected nurses' age, gender, marital status, education levels, and year of working. Nurse' parents education weren't affected their beliefs. Their attitudes didn't change towards to mental patients with mental illness. When the Mental Disease Belief Scale and the Mental Disease Belief Scale's sub—scales was compared, it was found that fear/exclusion behavior experienced towards to patients, beliefs against to patients with mental illness had changed to shame with time.

Key words: Nurse, Mental Illness, Individuals with mental problems, Beliefs, Attitudes

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık fiziksel, ruhsal boyutları ile ayrılmaz bir bütündür ve birbirini etkilemektedir. Hastalık birey için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psiko-sosyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgudur, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Geleneksel hastalık kuramlarına baktığımızda, insanın bir bütün olarak ele alınmadığını, sadece hasta olan organına ve hastalığına yoğunlaşıldığını görüyoruz. İlk defa Hipokrat (M.Ö./460-370) hastanın bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasındaki dengesizliklerin hastalıklara yol açtığına işaret etmiştir. Birçok fiziksel hastalığın etyolojisinin de psikolojik faktörlerin rol oynadığı görüşü aşularak, tüm hastalara bütüncül yaklaşım uygulanması ile kurumsallaşmıştır (Kocaman, 2004).

Ülkemizde hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumları üzerine yapılan araştırma sonuçlarının farklılığı dikkat çekicidir. Araştırmaların bir kısmı topluma kıyasla sağlık personelinin ruh sağlığına ilişkin tutumlarının olumlu olduğunu ortaya koyarken, bazı araştırmalar sağlık personelinin bu hastalara ilişkin tutumlarının toplumdaki ön yargılara paralel olarak olumsuz olduğunu göstermiştir (Arı ve Öz, 2005).

Ruhsal yakınmaları olan hastaların büyük bir bölümünün psikiyatri dışında tedavi edildiği ya da psikiyatri kliniğine geç ve güçlkle ulaşabildiği bilinmektedir. Yani; hemşire ve diğer sağlık görevlileri, davranış bozukluğu ve ruhsal alanda sorunları olan bir hasta ile sadece psikiyatri kliniklerinde değil hizmet verdikleri her alanda ve çevrelerinde karşılaşmaktadır. 1994 yılında Üstün ve Gater'in bir çalışmasına göre de temel sağlık hizmetlerine başvuran hastaların % 30'unda ruhsal bozukluk olduğu ileri sürülmektedir (Bostancı ve Aştı, 2004)

Sağlığa yönelik inanç ve tutumlar koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon süreçlerinde bireyleri etkilemektedir. Ruhsal hasta ve hastalıklar ise damgalanmaya maruz kalmaktadır. Ruhsal hastalığa yönelik toplumsal inanç ve tutumlar, 1940'ların son yıllarından bu yana çalışmalara konu olmuştur. Bu çalışmalar sonucunda ruhsal sorunlu bireylere karşı toplumun aynı anda hem olumlu, hem de olumsuz bir inanç ve tutuma sahip olduğuna yönelik farklı bulgular ortaya çıkmıştır. Türkiye'de "ruhsal hasta ve hastalığa yönelik tutumlarla" ilgili 1971 yılından 2004 yılına kadar 100'ü aşkın

araştırma yürütülmüştür (Taşkın ve Özmen 2003). Bu araştırmaların bazılarında ruhsal hastalığa yönelik tutum ölçekleri kullanılarak bireylerin veya toplumun inançları belirlenmeye çalışılmıştır (Çam ve Bilge, 2011) .

Sağlık profesyonellerinin tutumları, genel halkın sahip olduğu algılar gibidir. Çeşitli araştırmacılar, ruhsal hastalar ile uğraşan profesyonellerin tutumlarından da söz etmiştir. Bu tutumlar, hastanelerdeki hastalara direk temas deneyimleri ve toplumdaki ruhsal sağlık eğitimi nedeniyle çok anlamlı olabilir (Eker ve Arkar, 1995).

Hemşire, bir meslek kültürüne sahip olmakla beraber gene de 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 gösterecektir (Doğan S., 1992)

Farklı toplumların düşünce, tutum ve inançları farklı olabildiği gibi, aynı toplum içinde de farklı düşünce, tutum ve inançlar olabilir. Bireylerin ruhsal sorunu olan insanlara karşı oluşturduğu olumsuz tutumlar, hastanın toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi bir engel oluşturur ve ruhsal sorunu olan bireylerin topluma uyumunu sınırlar (Moran 2008).

İçinde yaşadığı toplumun bir üyesi olan sağlık çalışanlarının tutumları, ruhsal sorunları olan hastalara karşı olumsuz olabilmektedir. Dickerson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireyi; toplum (%61), işveren (%36), ruh sağlığı çalışanları (%20), aile üyeleri (%19), arkadaşları (%14) ve eş-yakınlarının (%11) damgaladığı belirlenmiştir. Ruhsal sorunları olan hastalar sağlık çalışanlarının tutumlarına karşı çok duyarlıdırlar. Sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları hastaların gereken yardımı alabilmelerini ve gerektiğinde yönlendirilmelerini etkileyen önemli bir etmen olarak ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmeti veren ve toplum içinde sağlık konusunda “danışman” ve “model” işlevi gören sağlık çalışanlarının hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımları bu hastaların tedavi için başvurmalarını engelleyici bir rol

oynamaktadır (Yüksel,2005). Bu nedenle günümüzde yapılan tutum araştırmaları sağlık çalışanlarının tutumlarını belirlemeye yönelmiştir (Eşsizoğlu,2008).

Bu araştırma; hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik inanç, tutumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı ve gerçekleştirildi.

4.GENEL BİLGİLER

Dünyada ruhsal hastalıklar yaygındır ve tüm insanların %25'inden daha fazlasını, yaşamının bir döneminde etkilemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların yaklaşık %20'sinin bir ya da daha fazla ruhsal bozukluğu vardır (Ünalı ve ark, 2010).

Ülkemizde; Kuzey, Üstün ve Güleç, Türkiye'de ruhsal bozukluklarla ilgili epidemiyolojik çalışmaları gözden geçirmişler ve bu çalışmalara dayanarak, Türk toplumunda tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal bozukluğu olanların oranını % 20, kesin ruhsal bozukluğu olanların oranını ise % 2-10 dolayında tespit etmişlerdir (Bostancı ve Aştı, 2004).

Tarihsel süreç içerisinde ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı çağdan çağa ve kültürden kültüre farklı tutum ve inançlar sergilenmiştir. Bazı toplumlar ruh hastalarına özel bir önem verip onları toplum içerisine kabul ederken bazı toplumlar ise insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip toplum dışına itmişlerdir. Toplumlarda genellikle ruhsal bozukluğu olan bireyler garip, korkutucu ve daha tehlikeli olarak algılanır. Ruhsal hastalığa sahip olan kişiler insancıl davranma, acıma ve destek almak yerine damgalama ve stereotiplere bağlı olarak sempatik olmayan, haksız veya düşmancıl olan tutumlarla karşılaşılabilir. Ruhsal hastalığı olan birisine yapılan her türlü ayırım onun temel insan haklarını ihlal etmektedir (Arslantaş ve ark, 2010).

4.1.Psikiyatri

Psikiyatri, insanların ruhsal sorunlarının ortaya çıkmasını engellemek veya ortaya çıkan sorunları tedavi etmek üzerine çalışılan bir tıp dalıdır. Psikiyatri terimi, Yunanca 'psyche' (ruh ve düşünce) ve 'iatros' (doktor veya tedavi edici) köklerinden meydana gelmiştir. Psikiyatrinin başlangıç tarihi olarak Ortaçağ'da akıl hastaları için açılan ilk hastane kurulduğu 5yy. olarak verilebilir (Argun ve ark, 2010).

4.1.1.Psikiyatri Tarihi

İlk çağlarda, hastalıkların olağanüstü güçlere bağlandığı, ‘animistik düşünce’ egemendi. Doğa karşısında güçsüz olan insan, anlayamadığı olayları olağanüstü güçlerin etkisine bağlayarak kendine savunma yolları aramıştır (Moran,2008).

Hastanın bakım işlevi aile üyeleri, komşular, hizmetçiler, din gruplar hatta iyileşmekte olan hastalar ve mahkumlar tarafından yerine getirilmiştir (Özbaş ve Buzlu, 2011).

İlk kez Hipokrat (MÖ 5.yy), hastalıkların olağanüstü güçlerle değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu söylemiştir. Aynı dönemde Eflatun ve Aristo da büyüsel düşüncenin geçersizliğini belirtmiştir. Yani bu dönemde Hipokrat ‘histeri’ ve ‘melankoli’ terimlerini kullandığı ve tapınaklarda hastaların uyutuldukları, düş yorumlarının ve telkinlerin yapıldığı görülmektedir. Hipokrat ruh hastalarından korkmak yerine, onlara şefkat ve iyilikle davranılması gerektiğini savunmuştur (Moran,2008).

Avrupa’da 12. ve 13. yüzyıllardan başlayarak Hristiyan kilisenin katı, acımasız, dogmatik tutumlarına karşı giderek artan tepkiler belirmiştir. Sanatta, kültürel yaşamın her kesiminde gücünü dinden alan otokritik ve feodal kuruluşların egemenliği giderek zayıflamaya başlamıştır. Ancak bu kez de 17. yüzyılın ortalarından itibaren akıl hastalarını kapatma ve burayı onların doğal yeri olarak gören bir anlayışa bağlı olmuştur. Akıl hastaları yakılmaktan kurtulmuştur ancak bu kez de son derece kötü mekanlara kapatılmaları söz konusu olmuştur (Moran,2008).

Ortaçağ Avrupa’sında ruh hastaları, şeytanın yakaladığı bir büyücü olarak avlanmış ve diri diri yakılmışlardır. Kiliselerin ruhsal bozukluklara karşı tutumu, ilkel çağlardaki şamanizmden de geriye gitmiş; ilkel, acımasız bir anlayış, dinsel-politik amaçlarla geniş halk kitlelerine karşı benimsenmiştir. Ortaçağ Avrupa’sının bu tutumuna karşılık, aynı dönem İslam ve Türk toplumlarında ruh hastalarına anlayış, hoşgörü, acıma egemen olmuş; Anadolu’daki şifahanelerin bir kısmı akıl hastalarına ayrılmıştır. Yunanlıların ölmüş ruh hastalarını yaktıkları gelenek, Türklerde yasaklanarak uygulanmamıştır (Bilici ve ark, 2013).

Rönesans döneminde Avrupa’da 12. ve 13. Yüzyıllardan başlayarak Hristiyan kiliselerinin katı, acımasız, dogmatik tutumlarına karşı giderek artan tepkiler belirmiştir. Sanatta, kültürel yaşamın her kesiminde gücünü dinden alan otokratik ve feodal kuruluşların (Orta Çağda özellikle Batı Avrupa’da toprağı ve üzerinde yaşayan köylüleri tek bir kimsenin malı sayan siyasal düzen) egemenliğı giderek zayıflamaya başlamıştır. 17. Yüzyılın ortalarından itibaren akıl hastaları yakılmaktan kurtulmuştur ama bu kez de son derece kötü mekanlara kapatılmışlardır. 1956 yılında Paris’te Genel Hastanenin kurulması, ilk başta reform gibi görünen bir uygulama olmasına karşın, burjuva düzeninin bir yürütme mekanı halini almıştır (Argun ve ark, 2010).

On sekizinci yüzyılın sonlarında Philippe Pinel tarafından başlatılan ruhsal hastalığı olan bireylerin zincirlerinden kurtarılarak toplum içinde, anlayış ve hoşgörüyü tedavi edilmeleri gerektiğı düşüncesi psikiyatri tarihinde sembolik bir anlam taşımasının yanı sıra, gün geçtikçe taraftarı artmakta olan, psikiyatriyi salt bir tıp uygulaması olmaktan çıkarıp toplumla etkileşime sokan sosyal psikiyatrik akımının ortaya çıkmasında öncülük etmiştir. İkinci Dünya Savaşı’yla ruhsal hastalıklarda gözlenen artış, savaş sonrasında yapılan araştırmalarda çevre, sosyal durum ve hastalık arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması, hasta ve hastalıkların değerlendirilmesinde sosyal etkenlere daha fazla ağırlık verilmesini sağlamıştır. Düşünce alt yapısı Pinel’e kadar uzanan sosyal psikiyatri, İkinci Dünya Savaşı sonrasında ruhsal hastalıklara ve ruh hastalarına yaklaşımdaki inançlarla ilgisini sürdürmüştür (Çam ve Bilge,2007).

4.2.Ruh Sağlığı

Ruh hastası kavramı hastalığın nedenleri ve tedavisi hakkında anlayış, insanoğlunun ilk günlerinden beri içinde yaşadığı evren ve onunla ilgili bilgisi, varlığını sürdürebilme biçimi, üretim biçimi ve ilişkileri, kültürü, teknolojisi, kişilerin kendi aralarındaki ilişkilerin özellikleri gibi, karşılıklı etkileşen faktörlerin sonucu olarak sürekli değişiklik göstermiştir (Kırpınar,2012).

DSÖ’ü sağlığı, ‘Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur’ olarak tanımlamaktadır. Ruh sağlığı ise; ‘Kişinin kendisiyle ve çevresiyle sürekli denge ve uyum içinde olmasıdır.’ Şeklinde açıklanabilir (Argun ve ark, 2010).

Ruhsal hastalık,'insanın duygu, düşünce ve davranışlarında olağandışı sapmalarıyla, aykırılıkların bulunması' olarak tanımlanabilir. Ruhsal hastalıklar bireyin duygu, düşünce ve davranışlarından bozukluk, kişilerarası ilişkilerinde uyumsuzluklar yaratır. Byren'e göre bir kere ile sınırlı olan ruhsal sorun nöbeti bile, kişiye karşı olumsuz tepkiler yaratır (Bostancı,2005).

Ruhsal hastalığı olanların damgalanması kökeni, tarihin derinliklerinde saklı olan, insanlık tarihinin güçsüzlük ve bilgisizlik döneminde, bu belirtilerin açıklanamadığı ve korkuya kapıldığı zamanları kapsar. Kontrol dışılığına bağlı korku, hastaların dışlanmasına neden olmuştur. Toplumda özellikle düşük özsaygısı olanlar, dış kontrol odaklılar ve yüksek anksiyetesi olanlar daha dışlayıcı olmaktadır. Ürküten durum ile birlikte ilk dışlama davranışları başlar bu da ayrımcılığın ilk hareketleridir. Psikiyatri hastasının hastalık öncesi sahip olduğu bütün kimlik özellikleri damgalayan toplum tarafından kaldırılır, yerine 'lekeli bir kimlik' manasında 'deli' damgası vurulur. Özten ve arkadaşları ruhsal hastalıkları ile ilgili olumsuz olay ve yorumlara maruz kalmanın olumsuz görüşler ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Article, 2010).

4.2.1.Ruh Sağlığı Sorunları

Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her sosyoekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır (Pektaş ve ark,2006).

Ruh sağlığı sorunları kişinin kendinden beklenen iş, okul, ev, toplumsal roller ve kendine bakabilme işlevlerini giderek yitirip üretici niteliğini ve sosyalliğini kaybetmesi ve görevlerini aksatması anlamına gelen yeti yitimine yol açmaktır (Özer,2009).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları da, başta yakınları olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilgilidir. Tedavi için gelinen adres doğru olsa bile, hastalığa bakış açısı doğrudan tedaviye yanıt ve hastalığın gidişini etkileyecektir (Çam ve Bilge, 2007).

Ruhsal sorunlu bireyler üç grupta toplanmıştır. Ruhsal bozukluğu olan evsiz bireyler, hapishanede ruhsal bozukluğu olan bireyler, kırsal bölgede ruhsal bozukluğu olan bireylerdir (Pektaş ve ark,2006).

4.2.2.Toplum Ruh Sağlığı

Birçok ülkede yapılan taramaları, ruhsal hastalıkların sanılandan daha çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu nedenle tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunları, bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünya tarihsel gelişim süreci içinde ruhsal hastalıklara bakış açısında değişikliklere neden olan dört önemli gelişme olmuştur. Bunlardan birincisi, 18.yüzyılın sonlarında doğru Fransız ruh hekimi P. Pinel'in ruh hastalarını zincirden kurtararak bu hastaların bakımında insancıl hareketi başlatması; ikincisi, 19.yüzyılın sonlarında S. Freud'un geliştirdiği psikoanalitik kuramı ile ruhsal hastalık anlayışını ve tedavi yöntemlerini köklü bir şekilde etkilemiş olması; üçüncüsü, 20.yüzyılın ikinci yarısında çağdaş anlamda psikiyatride ilaç kullanımının başlaması ve hızla artması; dördüncüsü ise, toplum ruh sağlığı hareketidir. Bu hareket, batıda özellikle ABD'de 1960'lardan itibaren toplum merkezli hizmetlerin gelişmesi ile birlikte başlamıştır (Pektaş ve ark,2006).

4.2.2.1.Topum Sağlığı Hizmetleri Modeli

1. Halk Sağlığı Modeli: Ruh hastalıkları yönünden toplumdaki riskli gruplarla çalışır.
- 2.Biyomedikal Model: Organik kökenli ruh hastalıklarına tanı koyma ve önleme odaklı çalışır.
- 3.Sistem Modeli: Kapsamlı bakım sağlama ve bedensel-ruhsal bütünlük içinde rehabilitasyonu gerçekleştirme odaklı çalışır. Toplumda hastalığı nedeniyle işlevsel olmayan, ruh hastalıklarının tedavisi için yapılandırılmıştır.
- 4.Hasta Merkezli Modeli: Sistem modeli toplum ruh sağlığı ile ilgili gereksinimleri karşılamaya çalışmasına karşın bazı alanlarda yetersiz kalmıştır (Pektaş ve ark,2006).

4.2.3.Deyimler

- *Akıllı olsun, düşman olsun.
- *Alışmak, kudurmaktan beterdir.
- *Çok gülen deli akıllanmaz.
- *Deliden, deli doğar.
- *Deliden dost olmaz.
- *Deli kul neylesin canı, akıllı kul neylesin malı.
- *Delinin ipiyle kuyuya inilmez.
- *Delinin sözü kaleme alınmaz.
- *Delinin uyuklaması da deli, sayıklaması da.
- *Deli utanmaz, sahibi utanır.
- *Deliyi sevmektense, akıllıyı döv.
- *Deliyle bal yiyeceğime, akınıyla taş çekerim.
- *Evinde ölüsü olan bir defa, delisi olan her vakit ağlarmış.
- *Ne deliye söyle, ne de söylet.
- *Ölü ile delinin hatın sayılmaz.
- *Akıl var her şey var, akıl yok hiç bir şey yok.
- *Akli başında olmayanın, evinde aşı olmaz.
- *İte selam, deliye kelam olmaz gibi sözlerimizi görmekteyiz (Bostancı,2005).

4.3. Sağlık Çalışanları

İnsan yaşamında çalışma, önemli bir yere sahiptir. Çalışma yaşamı; bireye toplum içinde belli bir rol, yer ve ekonomik yarar sağlamaktadır. Bireyin işinden sağladığı doyum, hem kendi mutluluğu hem de verdiği hizmetin kalitesini yükseltme açısından önemlidir (Metin ve Özer, 2007).

Tibbin temel amacı, hastaya yararlı olma ilkesidir. Sağlık elemanının görevi, hastaya sağlık hizmeti vermektir. Sağlık hizmeti, bir meslektir. Meslek etiğinin ana kuralı, 'İşe veya mesleğe saygı, insana saygı'dır (Argun ve ark, 2010).

Sağlıklı yaşam hakkı, anayasa ile teminat altına alınmış, vazgeçilmez ve devredilmez insan haklarından biridir. Her vatandaş, sağlık hizmetlerinden gereksinim duyduğu yerde yararlanır (Argun ve ark, 2010).

Temel sağlık hizmetlerinin birinci basamak çalışanları, konumu gereği hizmet verdiği topluma hem yakın olmak hem de o toplumun özelliklerini, değer yargılarını ve inançlarını yakından tanımak durumundadırlar (Arı ve Öz, 2005).

Sağlık çalışanlarının kültürü ve sağlığa etkisini davranış olarak görülen tutumu ve o tutumun temelini atıldığı inancı kavraması ve bireyin yaşantısındaki yerini belirleyebilmesi gerekir (Çam ve Bilge, 2007).

Ruhsal yakınmaları olan hastaların büyük bir bölümünün psikiyatri dışında tedavi edildiği ya da psikiyatri kliniğine geç ve güçlkle ulaşabildiği bilinmektedir. Sağlık çalışanları, davranış bozukluğu ve ruhsal alanda sorunları olan bir hasta ile sadece psikiyatri kliniklerinde değil hizmet verdikleri her alanda ve çevrelerinde karşılaşmaktadır (Bostancı ve Aştı, 2004).

Ruhsal sorunları olan hastalar sağlık çalışanlarının tutumlarına karşı çok duyarlıdırlar. Sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları hastaların gereken yardımı alabilmelerini ve gerektiğinde yönlendirilmelerini etkileyen önemli bir etmen olarak ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmeti veren ve toplum içinde sağlık konusunda 'danışman' ve 'model' işlevi gören sağlık çalışanlarının hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımları bu hastaların tedavi için başvurmalarını engelleyici bir rol oynamaktadır (Arkan ve ark, 2011).

Sartorius, ruh sağlığı bozulmuş bireylerin etiketlenmesinde, sağlık çalışanlarının da önemli oranda katkıda bulunduğunu ifade etmektedir. Toplumun bir yesi olan sağlık çalışanlarının bunlardan nasıl etkilendiği yeterince bilinmemekte ve sağlık çalışanlarının bilgi, tutum ve davranışı konusunda az sayıda çalışma bulunmaktadır (Karahana,2009).

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. 1950 ve 1960 ‘lı yıllarda yapılan ilk çalışmalar ruhsal hastalıklara sahip kişilerle yakın ilişkide bulunmanın olumsuz tutumları azalttığını ortaya koymuştur (Arısoy ve Eşsizoğlu, 2004).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, pratisyen hekimlerin depresyonu bir hastalık olarak değerlendirdiğini, ancak etiyolojisinden büyük oranda sosyal etmenleri sorumlu tuttuğu belirlenmiştir (zmen ve ark, 2003).

Ülkemizde hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireylere karşı tutumları üzerine yapılan çalışmalar sonuçlarının farklılığı dikkat çekicidir. Araştırmaların bir kısmı topluma kıyasla sağlık personelinin ruh sağlığına ilişkin tutumlarının olumlu olduğunu ortaya koyarken, bazı çalışmalar sağlık personelinin bu hastalara ilişkin tutumlarının toplumdaki n yargılara paralel olarak olumsuz olduğunu göstermiştir (Arı ve z, 2005).

Yapılan araştırmalar öğrencilerin ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının psikiyatri hastalarına ve hastalıklarına yönelik tutumun son 10 yılda değişiklik göstermediğini, hala reddedici ve dışlayıcı olduğunu göstermiştir (Arkan ve ark, 2011).

4.4.Hemşirelik

Hemşirelik mesleği bir yardım mesleğidir. Yardım etmede temel amaç, karşılıklı güvene dayalı bir iletişim ve etkileşim içinde hizmet verilen bireyi tanımak, bakım gereksinimlerini tanımlamak ve sonuçları ile daha etkin baş edebilir, gereksinimlerini karşılayabilir hale gelmesini sağlamaktır (Tutuk ve ark, 2002).

Hemşire, bir meslek kültürüne sahip olmakla beraber gene de 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 gösterecektir (Doğan S., 1992)

Uluslararası hemşirelik konseyi (International Council of Nursing-ICN) tarafından hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilitasyon çalışmalarına katılan bir meslek olarak tanımlanmıştır. Hemşire, ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında aktif rol alan bir meslek elemanıdır (Karamanoğlu ve ark,2009).

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun mevcut ve olası sorunlara karşı fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerinin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanmasını ve tedavi edilmesini hedefleyen bir meslektir. Hemşirelik, bir toplum hizmeti olarak uzun yıllar varlığını korumuş, insanların sağlığını geliştirmek ve hastanın bakımını sağlamak isteği ile ortaya çıkmıştır. Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmış ancak hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir. Toplumlar, toplumsal dinamikler, sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları değişirken hemşirelik de modern bir meslek haline gelmiştir (Karadağ ve Ucan, 2006).

Hemşirelerin hastayla iletişimi sağlayabilmek ve müdahaleleri yapılandırmak için bilinçli olarak kendi kişiliğini kullanabilme yeteneğini geliştirmesi

gereklidir. Kendini anlaması için iç dünyasının, duygularının, davranışlarının, değer yargılarının ne olduğunu bilmesi ve bunların kontrolü gerekir. Hemşire, mesleğinin profesyonelliğine ulaşabilmesi için insan psikolojisini ve ruh sağlığını bilmesi gerekmektedir (Argun ve ark, 2010).

Hemşire bir meslek kültürüne sahip olmakla birlikte mensup olduğu büyük toplumun bir üyesidir. Ruhsal hastalıklar hakkındaki mitler, hastaların, ailelerinin ve geleceklerinin zararlı ve olumsuz olduğudur. Sağlık çalışanları gibi hemşireler de hastanın semptomlarına, teşhisine ve prognozuna yönelik olan bu mitlerden etkilenirler. Hemşirelerin içinde yaşadığı toplumun ruh hastalıkları hakkındaki görüş ve inançları, hemşirenin mesleki işlevleri üzerinde zaman zaman etkisini gösterecektir. Hemşireliğe başlayan bir kimsenin, kendi rolü üzerindeki düşünceleri ve kendi kendisinden bu sahada bekledikleri de toplumun ruh sağlığına sebep olarak ileri sürüldüğü inançlarla şekillenmiş bulunmakta ve etkisinde kalmaktadır. Özellikle hastalarla yakından ve uzun süreli ilişki içindeki hemşirelerin tutumları hastalar üzerinde doğrudan etkili olmakta ve hemşirenin tutumları kliniğin terapötik ortamını etkileyebilmektedir (Bostancı ve Aştı, 2004).

Ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı takınılan olumlu ve olumsuz tutumlar en açık biçimiyle hasta hemşire ilişkisi ile ortaya çıkar. Tessler'in (1991) yaptığı çalışmada hasta ve hasta yakınları hemşireleri kendilerine daha yakın hissettiklerini ifade etmiştir. Bu çalışmayla, hemşirelerin psikiyatri hastalıklara sahip olan kişiler ve yakınları ile psikiyatri hekimleri arasındaki ilişkide köprü görevi yaptığı söylenebilir (Arısoy ve Eşsizoglu, 2004).

Caine ve Smail psikiyatri hastalarının bakımından sorumlu hemşirelerin iki farklı tutum sergilediklerini belirtmiştir. Araştırmacılar hastalara daha uzak bir mesafe koyan grubun organik tedavileri ve katı bir servis disiplini benimsediklerini, hastalara daha az mesafe koyan grubun ise hastalarla yakın ilişki kurduklarını ve tedaviyle daha yakın ilgilendiklerini saptamıştır (Eşsizoglu ve Arısoy, 2008).

4.5.Kültür

Bir toplumun maddi ve manevi alanlarda meydana getirdiği ürünlerin tümüne ‘kültür’ denir. Kültürün oluşmasında ve şekillenmesinde yaşanan bölgenin coğrafi özellikleri, ekonomik ve sosyal yapı ile diğer toplumlarla yapılan temaslar etkili olmaktadır. Kültürün en önemli kaynağı din ve inançlardır (Eroğlu ve Kılıç, 2005).

Kültür insanoğlunun yeryüzünde var olduğu ilk günlerden beri var olan bir kavramdır. Uygarlık 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 (Ersoy, 1999).

Kültür, insan topluluklarının içinde yaşadıkları fiziksel ve toplumsal çerçeveye uyum çabalarından doğan bir yaşam biçimi olarak da tanımlanır. Bir bakıma kültür belli bir toplumun kişiliği demektir, onu başka toplumlardan farklı kılan tüm özellikleridir. Bir müzik aygıtı her yerde aynıdır, ama ondan çıkarılan ezgiler başkadır. Kültür maddi ve manevi yapıdan oluşmakta olup, maddi kültür somut olan o yöreye yönelik yapıtları, manevi kültür ise o yörenin değerlerini, inançlarını, tutumlarını ve soyut alanlarını içerir (Çam ve Bilge, 2007).

Herstkovits kültürü, ‘insanın yaptığı her şeyin toplamı’ olarak tanımlarken, Geertz ‘bir toplumun üyelerince paylaşılanların tümüdür’ demektedir. Hall ise, ‘kültür iletişimdir ve iletişim kültürdür’ iki kavramı birbirine denk tutmaktadır. Etnografik anlamda kültür; terapi araçları kutusundaki herhangi bir aletten farklı bir işlev görerek iyileşmenin neyle ilgili olduğuna ilişkin farklı bir çerçeve sağlar (Çam ve Bilge, 2007).

Farklı kültürlerdeki kişilerin, kendilerindeki psikiyatrik bozuklukların doğası hakkında niteleyici kavramları, bilişsel özellikleri ve doğasıyla rahatsızlıklarına ilişkin tedavi beklentilerinin çok değişiklik göstermesi doğaldır. Aynı ülkenin çeşitli yöre ve sosyo-kültürel düzeylerinden gelen kişilerde bile, bu düşünüş ve beklentiler çok farklılık gösterir (Kırkpınar, 2012).

Uzakdoğu kültüründe insan bir birey olmaktan çok bir bütünün parçası olarak görülür. Ortadoğu kültüründe, özellikle Mısır’da hayat iç ve dış güçlerin etkileşimi olarak algılanır. İncil’de İsa peygamberin akıl hastalarını şeytanlardan kurtararak tedavi

edişi anlatılır. Yunan ve Roma kùltüründe akıl hastalıkları edebiyat, felsefe, tıp ve halk arasındaki yaygın kabul gören anlayışa göre çeşitli açıklamalarda bulunmuştur. Popüler görüşe göre delilik olağanüstü fenomenlerin ürünüyken, Hipokrat’a göre kan, kara safra, sarı safra ve balgam arasındaki etkileşim sonucudur (Ersoy, 1999).

Akıl hastası kişilerin davranışları, belirli kùltürlerde normalden sapmalar olarak kabul edilir ve bu sapmalar toplum tarafından uygun bulunmaz, kabul görmez ve damgalanır (Arslantaş ve ark, 2010).

4.6 İnanç

‘İnanç’; Tanrı’ya, bir dine inanma, iman, itikat, birine duyulan güven, inanma duygusudur.’ ‘İnanç’, sözlük anlamı ile ‘kişice, ya da toplumca, bir düşünceinin bir olgunun, bir nesnenin, bir varlığın gerçek olduğunun kabul edilmesi’ demektir (Eroğlu ve Kılıç, 2005).

İnanç, bireyin bir konu ile ilgili bilişlerinin tümüdür. Algılar ve bilişler kendi içlerinde örgütlenmeleridir ve inançlar bu örgütlerin birleşmesi ile ortaya çıkmaktadır. İnanç, bireyin bir konu ile ilgili bilişlerinin tümüdür. Algılar ve bilişler kendi içlerinde örgütlenmelerdir ve inançlar bu örgütlerin birleşmesiyle ortaya çıkmaktadır (Çam ve Bilge, 2007).

Günlük yaşantıda sıkça duyulan inanç kavramı insanlık tarihinin başlangıcı ile birlikte toplumsal normlar arasında yer almış, toplumun sosyal, kùltürel, ahlaksal yapısına yön vermiştir. Sosyal psikolojide inanç konusundaki ilk tanımlar 1954 yılında Allport tarafından yapılmıştır. Allport’a göre, bir grubun özüne ilişkin inançlar taşıma, önyargılı kişilik, katı ve belirsizliğe karşı toleransı düşük bir bilişsel stilin göstergesidir (Çam ve Bilge, 2008).

Toplumda yaşayan bireylerin, ruhsal hastalıklara yönelik geliştirdiği olumsuz inançları, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi engeller oluşturarak topluma uyumunu sınırlandırabilmektedir. Diğer yandan hastaların hastalıkla etkin baş etmelerini, tedavi ve bakımını sürdürmelerini ve yaşam kalitelerini de olumsuz etkileyebilmektedir (Çam ve Bilge, 2007).

Küey ve arkadaşlarının İzmir’de yarı kentsel alanda yaptıkları çalışmada, depresyon geçiren bireyin hastalığı tevekkül ile kabul ettiği ve kendiliğinden geçmesini beklediği, ayrıca halkın depresyona yönelik tıbbi inançlarını abartma ve dinsel inançlarını da gizleme eğiliminde olduğu görülmüştür (Çam ve Bilge, 2007).

Dünya genelinde ruhsal hastalıklara yönelik inançlar olumsuzdur. Bu nedenle her hasta hastalığını saklamak çabası içerisinde. Araştırmalara göre, toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanışlar ve düşünceler şu şekilde sıralanmaktadır:

*Ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir,

*Ruh hastaları kurumlarda kilitli tutulmalıdır,

*Ruh hastası olan birey asla normal yaşamına dönemez,

*Ruh hastaları tehlikelidir,

*Ruh hastaları düşük gelirli işlerde çalışabilir (Çam ve Bilge, 2007).

4.6.1 İnançlarla İlgili Kuramlar

4.6.1.1.Kuramsal Çerçeve ve İnanç Gelişimi

İnançlarla ilgili olarak literatürde birçok model ve kuram vardır. Bu bölümde bazılarının yer verilmiştir.

4.6.1.2.Piaget’in Bilişsel Gelişim Kuramı

Piaget’in kuramı bilgi inşası kavramını somutlaştıran bir çalışmadır. Buna göre birey deneyim ve etkileşim yoluyla çevreye ilişkin bir anlayış ve anlama sistemi oluşturmaktadır. Kuramda, bilginin şema, olgunlaşma, yaşantı, uyum ve örgütlenme aşamasından geçerek davranışa büründüğü vurgulanmaktadır. Bireyin bilişsel gelişiminin dört ana evrede açıklandığı kuramda, özellikle bireyin 12-15 yaşları arasında kapsayan “soyut işlemler evresinde”:

- Bilimsel yöntemle problem çözme,

- Değer ve inanç sistemini yapılandırma,
- Düşünce dünyasıyla aktif olarak ilgilenme,
- Düşüncesini etkinliklerine yansıtma kavramının yerleştiği belirtilmektedir.

4.6.1.3.Vygotsky'nin Bilişsel Gelişim Kuramı

Vygotsky, inancın gelişimi ile ilgili görüşlerini toplumsal çevre ve kültürel yapı ile açıklamıştır. Vygotsky'e göre tüm öğrenilenlerin (düşünce, inanç) kaynağı toplumsal çevredir. Öğrenmeyi bir bakıma toplumsal etkileşim yoluyla kültürleme olarak tanımlayan Vygotsky, kişinin psikolojik süreçlerinin bile, çevre tarafından etkilendiği görüşündedir. Kültürleme, topluma özgü düşünce, inanç ve duyuş özelliklerinin çocuğa aktarılmasıdır.

4.6.1.4.Rosentock'ın Sağlık İnanç Modeli

İnsan sağlığı yaklaşım, tutum ve inançlarla önemli düzeyde ilgilidir. Bu etkilenme nedeniyle kuramcılar tarafından sağlık davranış modelleri geliştirilmiştir.⁹ Bu modellerden biri olan ve 1950 yılında Rosentock tarafından geliştirilen Sağlık İnanç Modeli (SİM) sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarına açıklık getiren ve geçerliliği birçok çalışmada kanıtlanmış olan bir modeldir. Temelde bilişsel bir yaklaşım olan SİM'de; bireyin sağlığına yönelik bir tehdit algıladığında, ya da birey sağlık tehdidini önleyici birtakım şeyler yapıp yararını gördüğünde, birey tarafından koruyucu sağlık davranışı gösterildiği öne sürülmektedir. Ran, Xiang, Chan ve arkadaşlarının aktardığına göre, SİM'de, inancı açıklayan dört alt boyut vardır:

1. *Algılanan duyarlılık*: Bireyin sağlık problemine yatkın olduğuna inanmasıdır.
2. *Algılanan ciddiyet*: Tehdit edici sağlık probleminin kişide yarattığı endişedir.
3. *Algılanan yarar*: Bireyin koruyucu davranışın ya hastalıktan korunmada ya da hastalığın şiddetini azaltmada yararlı olacağının hissedilmesidir.
4. *Algılanan engel*: Bireyin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir (Çam ve Bilge, 2007).

Sağlık inançları modeline göre, tıbbi tedaviye uyumda hastalığa ilişkin algı ve inançların belirleyici rolü vardır. Modelin günümüzde odaklandığı konular, sağlıkla ilgili davranışların ardından yattığı düşünülen nesnel normlar, inançların ve tedaviye uyumda motivasyon gibi sosyal etkenlerdir. Örneğin hastalığın etiyolojisine ilişkin inançlar, belli bir tedavi yöntemine olan yaklaşımı da etkileyebilmektedir (Özbaş, Küçük ve Buzlu, 2008).

4.7.Tutum

Tutum, bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir (Kayahan, 2009).

Tutumlar, toplumun kültürel özelliklerinin ve bireysel inanışlarının kişinin yaşamda edindiği deneyimlerle kesişimi neticesinde oluşurlar. Yaş, cinsiyet, toplumsal sınıf, etnik köken, yaşanan çevre (kent/kır) gibi özellikler tutumların şekillenmesinde etkili olabilmektedir. Tutumların bireylerin gelişim süreci içerisinde ilk kez üç yaş civarında şekillenmeye başladığı ve uzun süre muhafaza edilme eğilimi nedeniyle değiştirilebilirlikleri güçtür (Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2010).

Psikiyatrik hastalıklara ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesine yönelik çalışmalarda genel olarak halkın ruhsal hastalıklarla ilgili birçok olumsuz düşünce, tutum ve davranışa sahip olduğu görülmektedir. Psikiyatri ve psikiyatrik hastalıklara ilişkin yapılmış tutum çalışmalarında üzerinde en çok çalışılmış olan hastalığın şizofreni olduğu görülmektedir. Çeşitli ruhsal hastalıkların tanımlandığı olgu öyküleri kullanılarak yapılan çalışmaların hemen hepsinde şizofreni olgusu diğerlerinden daha fazla tanınmıştır (Şavaş ve ark, 2006).

Bilişsel öge nesnelerle ilgili gerçeklere dayanan bilgi ve inançlardan oluşmaktadır. Bunlar çevredeki tutum nesneler (konular) hakkında bireylerin edindikleri bilgileri temsil etmektedir. Tutum nesnesi ile ilgili bilgi değiştiğinde tutum da değişir (Çam ve Bilge, 2007).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları da, başta yakınları olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilişkilidir. Tedavi için gelinen adres doğru olsa bile, hastalığa bakış açısı ve tutumları doğrudan tedaviye yanıtı ve hastalığın gidişini etkileyecektir (Çam ve Bilge, 2008). Olumsuz tutumlar, ruhsal sağlık sorunu olan bireylerin sosyalleşmesini engellerken, evlenme, çocuk sahibi olma ve çalışma haklarını, işe alınmalarını, ev kiralamalarını ve diğer insanlara yakın yaşama, komşuluk yapma olanaklarını kısıtlamaktadır. Ayrıca, toplumun ruhsal sorunları olan bireylerin tedavisi için kaynak ayırma konusundaki isteksizliğe de itebilmekte, tedavi ve sosyal hizmetlere erişim şanslarını azaltmaktadır (Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2010).

4.8.Davranış

Davranış, kişinin iç ve dış çevreden gelen uyarılara karşı gerçekleştirdiği ve bedensel, ruhsal, toplumsal etkinliklerin bütünüdür (Argun ve ark, 2010).

Psikolojide davranışçı yaklaşım 20. yy. başlarında Watson tarafından savunulmuştur. Watson, bilinci tanımlamanın zor ve ölçülemez olduğu için bilimsel araştırmaların konusu olamayacağını öne sürmüştür. Watson'dan sonra Pavlov'un klasik koşullama konusunda çalışmaları davranışçı akıma yeni boyut kazandırmıştır. Klasik koşullama araştırmaları, Pavlov'un hayvanların sindirimlerini incelediği sırada bir köpeğin yiyeceği gördüğü anda salya salgılamaya başladığını fark etmesi üzerine başlamıştır. Klasik koşullama yaklaşımında öğrenme, bir uyarıcı tarafından doğal olarak uyandırılan bir tepkinin, farklı ve nötr olan bir diğer uyarıcı tarafından da uyandırılabilir hale gelmesi olarak tanımlanmıştır. Davranışların uyarıcılara bağlı olarak ortaya çıktığını savunan klasik koşullama çalışmalarından elde edilen bulgular duygusal davranışların öğrenilmesinde hala kullanılmaktadır. Restoran dizaynlarında iştah açıcı renklerin kullanılması, alışveriş merkezlerinde müzik yayını yapılması, yükseklik, kapalı alan gibi özel korku ve kaygıların açıklanmasında hala klasik koşullama bulgularından yararlanılmaktadır (Çapan,2012).

Klasik koşullamadan sonra B. F. Skinner tarafından geliştirilen diğer bir davranışçı yaklaşım edimsel koşullamadır. Skinner de gözlenebilen davranışlara odaklanmış ve klasik koşullamada olduğu gibi çevremizde her zaman davranışı başlatan

uyarıcıların olamayacağına değinerek öğrenmede davranış ve sonuçları üzerinde durmuştur. Skinner'e göre, davranış sonrası olumlu kazanımlar o davranışın devamını, olumsuz kazanımlar ise o davranışın tekrar etme sıklığını azaltmaktadır. Edimsel koşullama yaklaşımının öğretileri eğitim sisteminde, istenilen davranışların kazandırılması, istenilmeyen davranışların söndürülmesinde hala kullanılmaktadır. Bununla birlikte Skinner, olumlu pekiştirmeye dayalı tasarlanmış kültürlerin bireylerin davranışlarını şekillendirmede etkili olduğunu, ödüllendirilen istenmeyen davranışların hava kirliliği, savaşlar, nüfus patlaması gibi sonuçlara yol açabileceğini vurgulamaktadır (Çapan,2012).

4.8.1. Davranışı Etkileyen Faktörler

- Kişinin biyolojik yapısı
- Kişinin gelişmiş deneyimleri
- Kişinin içinde bulunduğu psikolojik durum
- Kişinin içinde yaşadığı fiziksel çevre
- Kişinin içinde yaşadığı sosyal çevre
- Kişinin tutum ve davranışları (Argun ve ark, 2010).

4.8.2. Davranış Bozukluğu

Başkalarının temel haklarına saldırdığı ya da içinde olunan yaşa uygun olarak başlıca toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı, tekrarlayıcı bir biçimde ve sürekli olarak görülen bir bozukluktur (Argun ve ark, 2010).

DSM-IV ve ICD-10; davranış bozukluğunu yorumlarken farklı eğilimler göstermektedir. Belirgin yorum farklılıkları bulunmaktadır. Farklılıktan önce her iki sisteminde benzer yönlerinden ilki, sınırlandırılmış davranış problemlerini içeren geçici uyum bozukluklarını; yaygın uzun-sürelili davranış problemlerinden ayrı tutmaktadırlar. Diğer bir benzerlik ise Karsı Gelme Bozukluğu ve Davranış Bozukluğu arasında yapılabilir; ki Karsı Gelme Bozukluğu, Davranış Bozukluğuna göre daha az yaygındır ve Davranış Bozukluğunun gelişimsel habercisidir. ICD tanı sistemi, sosyal ve sosyal olmayan davranış bozuklukları arasındaki ayrımı akran ilişkileri ile tanımlamaktadır.

DSM tanı sisteminde ise davranış bozukluğunun alt kategorileri ‘çocukluk-başlangıçlı’ ve ‘ergenlik-başlangıçlı’ olarak tanımlanmaktadır. ICD tanı sisteminde, Davranış Bozuklukları ne Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile ne de depresyon ile birlikte görülmektedir, diğer bozukluklar davranış bozukluğunun alt kategorileri olarak tanımlanmaktadır; örneğin, hiperkinetik davranış bozukluğu ve depresif davranış bozukluğu. DSM tanı sisteminde, tam tersine, birlikte görülen bozukluklar ilk-eksen belirtileri olarak tanımlanmaktadır. Her iki sistemde de yer alan davranış bozukluğunun ‘dışadönük saldırgan’ ve ‘içedönük-aldatıcı’ alt kategorileri arasında bir farklılık bulunmamaktadır. Davranış bozukluğu ile birlikte görülen öğrenme problemleri ve ailevi sorunlar her iki sisteminde çoklu-eksen sınıflandırmasında yer almaktadır. DSM-IV, özel öğrenme problemlerini Eksen-I’deki birlikte görülen belirtiler arasında; ailevi problemleri de Eksen-IV’deki diğer psikososyal ve çevresel problemlerle birlikte tanımlamaktadır. ICD-10’da özel öğrenme problemlerini Eksen-II’de gelişimsel özel aksaklıklarda ve ailevi problemleri Eksen-V’de diğer anormal psikososyal durumlarda tanımlamaktadır (Öztürk,2007).

4.9.Tutum, Davranış ve İnanç Arasındaki İlişki

Ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin tutum ve davranışların tarihçesi insanlık tarihi kadar eskidir. Tarihsel süreç içerisinde çağdan çağa ve kültürden kültüre ruhsal bozukluğu olan bireylere farklı tutum ve davranışlar sergilenmiştir. Bazı toplumlar ruh hastalarına özel bir önem verip onlara toplum içerisine kabul ederken bazı toplumlar ise insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip toplum dışına itmişlerdir (Bostancı,2005).

Tutum ve inançların oluşması için kritik dönem olarak kabul edilen 12-30 yaşlar arası, ergenlik evresi (12-21 yaşlar arası) ve ilk yetişkinlik evresi (21-30 yaşlar arası) olmak üzere iki evrenin üzerinde durulur. Tutumlar ergenlik evresinde şekillenir, ilk yetişkinlik evresinde ise giderek kristalleşir veya kemikleşir. Bireyin inanç ve tutumu herhangi bir konudaki davranışına yön verici etki yapar (Çam ve Bilge, 2008).

Tutumlar, düşünceler ve inançların birçok ortak noktası vardır ve ayırt etmek kolay değildir. Üçü de çeşitli şekillerde tepki göstermek için öğrenilmiş eğilimlerdir.

Kavramlar bir doğru üzerinde yerleşse, düşünceler ve inançlar iki uçta, tutumlar ise ortaya yerleşirdi. Tutumlar düşüncelerden daha uzun ömürlü ve köretilicidir, inançlar kadar derinlerde saklanmamıştır. İnançlar ve tutumlar arasında tutarlı bir ilişki vardır ve tutumlar destekleyici inançlardan doğar ve kaçınılmaz bir şekilde doğar gibidir. İnançlar tutumların duygusal yönlerine eşlik eden söze dökülmüş anlamlardır. Bir nesneye yönelik olumlu ve olumsuz bir tutum varsa, o nesne hakkında olumlu ve olumsuz inanç da olacaktır (Çam ve Bilge, 2007).

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 (Tanel ve ark, 2007). Tutumun bilişsel bileşeni olan inançlar yavaş olmakla birlikte yeni bilgi ve deneyimlerle değişebilmektedir. Sağlığa yönelik inançlar ve tutular koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon süreçlerinde bireyleri etkilemektedir (Çam ve Bilge, 2011).

Toplumun ruhsal bozuklarla ilgili bilgi, tutum ve davranışı yıllardır üzerinde çalışılan önemli bir konudur. Gerek yurtdışında, gerekse Türkiye’de yapılan araştırmalarda önceleri halkın tutumuna odaklanmış ve halkın genel olarak ruhsal bozukluklara karşı olumsuz bakış açısına sahip olduğu ve ruhsal bozukluğu olanlara yönelik ayrımcı ve etiketleyici tutum gösterdiği görülmüştür (Alkan ve ark, 2011).

Fishbein ve Ajzer Beklenen- Değer Modeli’nde tutumların inançlardan ayrıldığını belirtmiştir. Tutumlar, bireylerin hedef nesne ile ilgili tercih edilebilir ve tercih edilemez değerlendirilmesini temsil ederken; inançlar bireyin, nesne ile ilgili sahip olduğu bilgiyi temsil eder. Bir nesneye yönelik tutum, nesnenin sahip olduğu öznellik olasılığını ve hedef nesne ile bağlantılı olan belli özeliği değerlendirme ürününü birleştirerek belirlenir (Çam ve Bilge, 2007).

4.10. Damgalama (Stigma)

Damga (stigma), sözcük anlamı olarak ‘ yara, iz, işaret’ anlamına gelmektedir. Ancak günümüzde ‘kara leke’ anlamında kullanılmaktadır. Damga, bir kişi ya da grup için utanılması gereken bir durumun varlığın ya da normal dışı, kabul edilemezliğin

belirtisi olarak değerlendirilmektedir. Damgalama (stigmatization) ise, kişinin içinde yaşadığı toplumun ‘normal’ saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyle tarafından kişiye saygınlığını azaltıcı bir atfı da bulunmasıdır (Alkan ve ark, 2011).

Önyargı ve onun getirdiği damgalama ayrımcılığa yol açar. Ayrımcılık toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini damga ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakılmasıdır (Üçok, 2003).

Damgalamadan en fazla etkilenen gruplardan biri psikiyatri hastalarıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması, bu kişilerin tedaviye uyum göstermelerinde sorunlara yol açtığı gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla yüz yüze kalmalarına neden olabilmektedir (Özbaş, Küçük ve Buzlu, 2008).

Yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, sosyal sınıf, kültür, dini inançlar, hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalıkla temas, ruhsal hastalık etiketi, psikopatoloji tipi, hastalığın özellikleri, kitle iletişim araçları ruhsal hastalığa yönelik damgalamayı etkileyen etmenlerdir (Article, 2010).

Damgalama, bireyin toplumun genelinden farklı ve olumsuz olarak değerlendirilen bir özelliğine yönelik ayrımcı ve reddedici yaklaşımlar olarak tanımlanır (Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2010).

Damgalama ruhsal hastalılarının tedavisinde önemli sorun oluşturmakta; hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşantılarını ve psikolojik süreçlerini olumsuz etkilemekte böylece onların ‘yaşam kalitelerini’ düşürmektedir. Damgalanan bireyler kendilerini değersizleştirmekte, reddedilme korkusu yaşamakta, ümitsizliğe kapılmakta ve özgüvenlerini yitirmektedirler. Goffman (1963), damgalamaya ilişkin bir tipoloji kurmuştur. Bu tipolojide damga üç türde karşımıza çıkmaktadır; ‘Bedensel tiksinti/iğrenme’, ‘bireysel karakterin kusurları’ ve ‘kabilesel damga’. Bunlardan ilki fiziksel görünüme yönelik olumsuz yüklemelere işaret etmekte; ikincisi, kişisel karaktere yönelik olumsuz yüklemeleri; üçüncüsü ise, belirli ırksal, dinsel özelliklere sahip bir topluluğa yönelik olumsuz yüklemeleri içermektedir. Goffman’a göre damga, belirli bir sosyal etkileşim içinde itibarı sarsıcı yüklemelere işaret etmektedir (Saillard, 2010).

Damgalama süreçlerine yönelik bir diğer kavramsallaştırmada, ‘içselleştirilmiş damga’ ve ‘kurumsal damga’ ayrımı yapılmaktadır. İçselleştirilmiş damga, kişilerin özel alanlarında deneyimledikleri duygu, düşünce, inanç ve korkularını içermekte; kamusal alanda deneyimlenen kurumsal damga ise dolaylı, kişisel olmayan, örtük tutum ve ilişkileri içermektedir. Kurumların gündelik işlemlerinde yerleşik olan kurumsal ırkçılık, kural ve düzenlemelerden oluşan katmanların altında gizlidir ve gelenek tarafından sürdürülür. Kurumsal damgalama, işyerinde ve hizmetlerinden faydalanmak istedikleri kurum ve kuruluşlarda ruhsal hastalık sahibi kişilerin karşısına çıkabilmektedir (Saillard, 2010).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin bir şekilde damgalanması, ruhsal hastalıklarda uygun yardım aramayı, tedaviye uyumu, toplum içinde tedaviyi ve hastaların topluma uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Damgalama, aynı zamanda hastaların eğitim, çalışma ve barınma fırsatlarında da kayıplara yol açabilmektedir (Ünal ve ark, 2010).

4.11. Hemşirelerin Ruh Sağlığına Yönelik İnançları ile Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Tutumları ile ilgili Literatürler

Ülkemizde ruhsal hastalara yönelik toplum tutumları ile ilgili yapılan ilk çalışma Savaşır (1971) tarafından Ankara’nın Nallıhan ilçesinin bir köyündeki aileler ve Çankaya ilçesindeki 150 aile ile yapılan çalışmadır. Araştırma sonucunda köy ve kent aileleri arasında ruhsal hastalara yönelik tutumlarda fark olmadığı belirtilmiştir (Bilge ve Çam, 2008).

Arslantaş ve arkadaşlar (2010)’nın yaptıkları çalışma sonucunda psikiyatri polikliniğine başvuran bireyler arasında hem damgalayıcı tutumların hem de damgalanma kaygısının yaygın olduğu görülmüştür. Şizofreni hastalığına akıl hastalığı damgalamasının; depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik hastalıklara oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Çıtak ve arkadaşlar (2010)’ının yaptıkları araştırmanın sonucunda hemşirelik öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının olumlu olduğu belirtmiştir.

Bostancı ve aştı (2004)'nın yaptığı çalışmanın sonucunda psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler ruh hastaları ya da hastalıklarına karşı psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha olumlu görüş, davranış ve tutum eğilimi içinde olduğunu belirtmiştir.

Arkan ve arkadaşları (2011)'nin çalışmasında öğrencilerin ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının psikiyatri hastalarına ve hastalıklarına yönelik tutumun son 10 yılda değişiklik göstermediğini, hala reddedici ve dışlayıcı olduğunu belirtmiştir.

Aştı (1995)'nin hemşirelik öğrencilerinin psikiyatrik hastayla ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, öğrencilerin psikiyatri hastaları ile yakın ilişkiler gerektiren durumlarda daha olumsuz tutumlara sahip olduklarını belirtmiştir.

Araştırmalar hemşirelerin, psikiyatrik hastalığı olanlara karşı yaklaşımlarında olumsuz önyargıları bulunduğunu göstermektedir. Bu olumsuz tutumlar hemşirelerin hastaya etkili bakım vermesini zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda birçok hastanenin psikiyatrik hastaya bakım verebilecek yeterli eğitimi almış personeli bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda genel sağlık çalışanlarının mental hastalıklar konusunda diğer tıbbi alanlara göre daha az bilgiye sahip oldukları belirtilmiştir (Moran, 2008).

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma; hemşirelerin ruh hastalığına yönelik inançları ile ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplumsal tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma düzeninde gerçekleştirildi.

5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Eylül 2012 – Temmuz 2013 tarihleri arasında İstanbul ili Avrupa bölgesinde kura yöntemi ile belirlenen bir devlet, iki SGK, iki özel, bir üniversite olmak üzere altı hastanede gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; İstanbul Avrupa yakasında kura yöntemi ile belirlenen bir devlet, iki SGK, iki özel, bir üniversite olmak üzere altı hastanede çalışan 1322 hemşire, örneklem grubunu ise araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 360 hemşire oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün güvenilirliği %96 güven aralığında olduğu belirlendi.

5.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 24-64 yaş aralığında olma
- Psikiyatri alanında çalışmama

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada örneklem grubuna ait sosyodemografik bilgi formu veri elde edilmesine yönelik bir anket formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği (Ek2) ve Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (Ek3) kullanıldı.

5.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır (Ek.1).

5.4.2 Ruhsal Hastalıklara Karşı İnançlar Ölçeği – (Beliefs Toward Mental Illness Scale)

2000 yılında Hirai ve Clum tarafından Amerika’da geliştirilmiştir. Ölçek, ruhsal hastalığa yönelik farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin olumlu olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek madde havuzunda toplam 24 madde olarak oluşturulmuş, faktör analizi sonucunda ise 21 madde ile sınırlı kalmıştır. Ölçek, Tehlikelilik, Zayıf Sosyal ve Kişiler Arası Beceri ve Çaresizlik olmak üzere üç alt ölçekten oluşmuştur. Ölçeğin Türkiye için geçerlilik güvenirlik çalışması ise 2008 yılında Ayşegül Bilge ve Olcay Çam tarafından yapılmıştır.

Hirai ve Clum (2000) araştırmalarında 114’ü Asyalı, 102’si Amerikalı toplam 216 öğrencinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemişlerdir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Amerika toplumu için Cronbach Alpha Katsayısı 0.89, Asya toplumu için Cronbach Alpha Katsayısı 0.91 bulunmuştur. Ölçeğin Tehlikelilik alt ölçeği 0.75, Zayıf Sosyal ve Kişiler arası Beceriler alt ölçeği 0.84 ve Çaresizlik alt ölçeği ise 0.82 bulunmuştur.

Tehlikelilik Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseder. Alt ölçek 1., 2., 3., 6., 13. maddeleri içermektedir.

Zayıf Sosyal ve Kişiler Arası Beceriler Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme durumlarından bahseder. Bireylerin özellikle duygusal

etkilenmesinden dolayı, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki süresince kendini engellemesini ifade eder. Alt ölçek 4., 5., 8., 11., 12., 14., 15, 17., 18., 21.maddeleri içermektedir.

Çaresizlik Alt Ölçeği: Ruhsal hastalığın tedavi ve bakımının güçlüklerinden bahseder. Ruhsal sorunlu bireylerin çaresiz bir yaşantıya sahip olduklarını ifade eder. Alt ölçek 7.,9.,10.,16.,19.,20. maddeleri içermektedir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği; 6'lı Likert tipi bir ölçek olup, Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5 şeklinde puanlanmaktadır.

Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir(Ek.2).

Bu çalışmada ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları aşağıdaki tabloda belirtilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1 – Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Katsayıları (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Chronbach's Alpha Katsayısı
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	0,852
Tehlikelilik	0,630
Utanma	0,715
Toplam Puan	0,845

5.4.3.Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ)

1979 yılında Taylor ve Dear (1981) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinali toplam 40 maddeden oluşmakta olup, Otoriterlik, Koruyuculuk, Toplum Sağlığı İdeolojisi ve Toplumsal Kısıtlayıcılık olmak üzere dört alt ölçeği vardır. Ölçeğin Türkiye için geçerlilik güvenilirlik çalışması ise 2003 yılında Beyhan Bağ tarafından yapılmıştır (Çam ve Bilge, 2008). Türkçeleştirilen Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik

Toplum Tutumları Ölçeği'ndeki madde sayısı 21'dir. Ölçek, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi, İyi Niyet, Korku / Dışlama olarak üç alt ölçekten oluşmuştur.

İyi Niyet Ölçeği: İnsancıl ve dini prensipler temelinde sempatik ve paternalistik görüşü yansıtır. Bu görüşe göre toplumun ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görevini yerine getirmesi ve diğer bireylerin bu tür insanların duygularını anlayıp paylaşmaya istekli olması üzerinde durur. Alt ölçek; 2.,6.,11.,18.,20. maddeleri düz, 4.,9.,13.,16., maddeleri ters puanlanmakta olup, toplam dokuz maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumlu tutumu ifade etmektedir.

Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi Alt Ölçeği: Ruh sağlığının toplumdaki terapötik değerlendirilmesi üzerine durur. Ruhsal sorunlu bireylerin toplum içinde tedavi ve bakımlarının sürdürülmesini ifade eder. Alt ölçek; 3.,7.,12.,15.,19. maddeleri düz, 5.,10.,14.,17.,21. maddeleri ters puanlanmakta olup toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumsuz tutumu ifade etmektedir.

Korku / Dışlanma Alt Ölçeği: Ruhsal sorunlu bireylerin toplumdan uzaklaştırılması, bu bireylerden korkulması ve bu bireylerin dışlanması gerektiği üzerinde durur. Alt ölçeği; 1. maddesi düz, 8. maddesi ters puanlanmakta olup, toplam iki maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumsuz tutumu ifade etmektedir.

Ölçek; Tamamen katılıyorum: 1, Katılıyorum: 2, Kararsızım: 3, Katılmıyorum: 4, Kesinlikle katılmıyorum: 5 şeklinde, 5'li Likert tipi puanlanmaktadır. Türkiye için geçerlilik güvenirlik çalışmasında, ölçeğin Cronbach Alpha Katsayı Değeri 0.72, İyi Niyet alt ölçeği için 0.78, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojileri alt ölçeği için 0.76 ve Korku / Dışlama alt ölçeği için ise 0.75 bulunmuştur. Ölçeğin range değeri 50 bulunurken, İyi Niyet alt ölçeği için; 23, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojileri alt ölçeği için 21 ve Korku/Dışlanma alt ölçeği için ise 2 bulunmuştur (Ek.3).

Bu araştırmada ruhsal sorunlu bireye yönelik toplum tutumları leği alt boyutları iç tutarlılık katsayıları aşağıdaki tabloda belirtilmektedir. (Tablo 2).

Tablo 2 – Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları leği Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Katsayıları (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları leği Alt Boyutları	Chronbach’s Alpha Katsayısı
İyi Niyet	0,407
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	0,756
Korku/Dışlama	0,113
Toplam Puan	0,751

5.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, iki değerşkenine ait ortalamaların karşılaştırılmasında Bağımsız rneklem Student-t testi,  ve daha fazla değerşkene ait ortalamaların karşılaştırılmasında Anova Testi kullanıldı.  ve daha fazla değerşken arasındaki anlamlı farkın incelenmesi için Post-Hoc LSD analizi yapıldı. Değerşkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Veriler %95’lik güven aralığında $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi (Tablo 1 ve Tablo 2).

5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurum ve kuruluşlardan (Ek-4, Ek-5, Ek-6, Ek-7, Ek-10), ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılarından (Ek-8, Ek-9) gerekli izinler alındı. Araştırma süresince hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak çalışmaya gönüllü olarak katılımları sağlandı.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları örneklemi oluşturan hemşirelerin verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

6. BULGULAR

Bu araştırma, hemşirelerin ruh hastalığına yönelik inançları ile ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplumsal tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla 360 hemşire ile tanımlayıcı araştırma düzeninde gerçekleştirildi.

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular şu başlıklar altında tablolar halinde sunuldu:

6.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Dağılımı

6.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin Karşılaştırılması

6.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin Karşılaştırılması

6.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki

6.1. HEMŞİRELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN DAĞILIMI

Tablo 3 – Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=360)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Yaş	24-29 yaş arası	207	57,5
	30-44 yaş arası	138	38,3
	45-60 yaş arası	15	4,2
Cinsiyet	Kadın	309	85,8
	Erkek	51	14,2
Medeni Durum	Bekar	170	47,2
	Evli	190	52,8
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	122	33,9
	Ön Lisans	78	21,7
	Yüksekokul	136	37,8
	Lisansüstü	24	6,7
Çalıştığı Kurum	Özel Hastane	89	24,7
	Üniversite Hastanesi	79	21,9
	Devlet Hastanesi	192	53,3
Çalıştığı Birim	Dahili Bilimler	92	25,6
	Cerrahi Bilimler	115	31,9
	Acil	73	20,3
	Yoğun Bakım	63	17,5
	Poliklinikler	17	4,7
Çalıştığı Birimdeki Görevi	Klinik Hemşiresi	295	81,9
	Sorumlu Hemşire	49	13,6
	Poliklinik Hemşiresi	16	4,4
Meslekte Çalışma Yılı	0-11 ay arası	32	8,9
	1-4 yıl arası	124	34,4
	5-10 yıl arası	108	30,0
	11-20 yıl arası	67	18,6
	21 yıl ve üzeri	29	8,1
Psikiyatrik Özgeçmişi Olma Durumu	Var	21	5,8
	Yok	339	94,2
Ailesinde Psikiyatrik Özgeçmişi Olan Birey Olma Durumu	Var	56	15,6
	Yok	304	84,4
Daha Önce Psikiyatri ile İlgili Ders Alma Durumu	Var	229	63,6
	Yok	131	36,4

Tablo 3 incelendiğinde; hemşirelerin %57,5'inin (n=207) 24-29 yaş arasında, %85,8'inin (n=309) kadın, %52,8'inin (n=190) evli, %37,8'inin (n=136) yüksekokul mezunu olduğu, %53,3'ünün (n=192) devlet hastanesinde çalışmakta olduğu, %31,9'unun (n=115) cerrahi bilimlerde çalıştığı, %81,9'unun (n=295) klinik hemşiresi olarak görev yaptığı ve %34,4'ünün 1-4 yıl arası süreyle meslekte çalışmakta olduğu saptandı. Hemşirelerin %94,2'sinin (n=339) psikiyatrik özgeçmişinin olmadığı, %84,4'ünün (n=304) ailesinde psikiyatrik özgeçmiş olan birey olmadığı ve %63,6'sının (n=229) daha önce psikiyatri ile ilgili ders aldığı saptandı.

Tablo 4 – Hemşirelerin Ebeveynlerinin Eğitim Durumlarının Dağılımı (N=360)

Anne Eğitim Durumu	n	%
Okuryazar Değil	31	8,6
Okuryazar	35	9,7
İlkokul	124	34,4
Ortaokul	65	18,1
Lise	87	24,2
Yüksekokul	18	5,0
Baba Eğitim Durumu	N	%
Okuryazar Değil	7	1,9
Okuryazar	19	5,3
İlkokul	98	27,2
Ortaokul	60	16,7
Lise	123	34,2
Yüksekokul	53	14,7

Tablo 4 incelendiğinde; hemşirelerin %34,4'ünün (n=124) annesinin eğitim durumunun ilkokul olduğu, %34,2'sinin (n=123) babasının eğitim durumunun lise olduğu saptandı.

Tablo 5 – Hemşirelerin Psikiyatri Hastasıyla Daha Önce Karşılaşma Durumlarının Dağılımı (N=360)

Hemşirelerin Psikiyatri Hastasıyla Daha Önce Karşılaşma Durumları		n	%
Normal yaşantısında psikiyatri hastası ile karşılaşma durumu	Var	263	73,1
	Yok	97	26,9
Klinikte yaşantısında psikiyatri hastası ile karşılaşma durumu	Var	265	73,6
	Yok	95	26,4

Tablo 5 incelendiğinde; hemşirelerin %73,1'inin (n=263) normal yaşantısında daha önce psikiyatri hastası ile karşılaştığı ve %73,6'sının ise (n=265) daha önce klinikte psikiyatri hastası ile karşılaştığı saptandı.

6.2. HEMŞİRELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ İLE RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6 – Hemşirelerin Yaş Aralığı ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Yaş Aralığı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	24-29 yaş arası	207	29,85	10,46	1,108	0,331
	30-44 yaş arası	138	29,24	11,35		
	45-60 yaş arası	15	25,60	11,63		
Tehlikelilik	24-29 yaş arası	207	23,41	6,18	0,064	0,938
	30-44 yaş arası	138	23,59	6,19		
	45-60 yaş arası	15	23,87	5,91		
Utanma	24-29 yaş arası	207	2,96	3,28	9,462	0,000 *
	30-44 yaş arası	138	1,59	2,27		
	45-60 yaş arası	15	1,80	2,30		
Toplam Puan	24-29 yaş arası	207	56,21	15,41	1,033	0,357
	30-44 yaş arası	138	54,42	16,54		
	45-60 yaş arası	15	51,27	16,69		

* $p < 0,001$

$F = \text{Tek Yönlü Varyans Analizi}$

Tablo 6 incelendiğinde; yaş gruplarına göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Utanma alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < 0,001$). Yapılan ileri analizde anlamlı farkın 24-29 yaş arasındaki hemşireler ile 30-44 yaş arasındaki hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu.

Tablo 7 – Hemşirelerin Cinsiyetleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Kadın	309	29,45	10,65	0,055	0,956
	Erkek	51	29,35	12,21		
Tehlikelilik	Kadın	309	23,42	5,89	-0,464	0,644
	Erkek	51	23,94	7,64		
Utanma	Kadın	309	2,18	2,77	-3,216	0,001 *
	Erkek	51	3,61	3,72		
Toplam Puan	Kadın	309	55,06	15,36	-0,659	0,513
	Erkek	51	56,90	18,99		

* $p < 0,01$

$t = \text{Bağımsız Örneklem t Testi}$

Tablo 7 incelendiğinde; erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Utanma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları saptandı ($p < 0,01$).

Tablo 8 – Hemşirelerin Medeni Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Bekar	170	29,28	11,21	-0,257	0,797
	Evli	190	29,58	10,57		
Tehlikelilik	Bekar	170	22,67	6,23	-2,411	0,016 *
	Evli	190	24,23	6,01		
Utanma	Bekar	170	2,69	3,11	1,870	0,062
	Evli	190	2,11	2,80		
Toplam Puan	Bekar	170	54,65	16,74	-0,754	0,451
	Evli	190	55,92	15,15		

* $p < 0,05$

t =Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 8 incelendiğinde; evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Tehlikelilik alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 9 – Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Sağlık Meslek Lisesi	122	32,43	11,22	6,123	0,000 **
	Ön Lisans	78	29,83	11,05		
	Yüksekokul	136	26,91	10,22		
	Lisansüstü	24	27,29	8,18		
Tehlikelilik	Sağlık Meslek Lisesi	122	24,09	6,41	0,607	0,611
	Ön Lisans	78	23,37	5,79		
	Yüksekokul	136	23,10	6,10		
	Lisansüstü	24	23,13	6,45		
Utanma	Sağlık Meslek Lisesi	122	2,56	3,10	1,906	0,128
	Ön Lisans	78	1,68	2,44		
	Yüksekokul	136	2,61	3,10		
	Lisansüstü	24	2,54	2,81		
Toplam Puan	Sağlık Meslek Lisesi	122	59,07	15,84	3,857	0,010 *
	Ön Lisans	78	54,88	15,29		
	Yüksekokul	136	52,62	16,06		
	Lisansüstü	24	52,96	14,46		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

F =Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 9 incelendiğinde; eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < 0,001$). Yapılan ileri analizde Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu için Sağlık Meslek Lisesi ile Yüksekokul ve Lisansüstü mezunu hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farkın, ölçek toplam puanı için ise Sağlık Meslek Lisesi ile Yüksekokul mezunu hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu.

Tablo 10 – Hemşirelerin Çalıştığı Kurum ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Çalıştığı Kurum	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Özel Hastane	89	30,04	9,72	0,205	0,815
	Üniversite Hastanesi	79	29,03	12,11		
	Devlet Hastanesi	192	29,33	10,87		
Tehlikelilik	Özel Hastane	89	24,21	5,74	1,795	0,168
	Üniversite Hastanesi	79	24,08	6,75		
	Devlet Hastanesi	192	22,92	6,06		
Utanma	Özel Hastane	89	2,17	2,92	5,252	0,006 *
	Üniversite Hastanesi	79	3,33	3,40		
	Devlet Hastanesi	192	2,10	2,72		
Toplam Puan	Özel Hastane	89	56,43	15,11	0,764	0,466
	Üniversite Hastanesi	79	56,43	18,27		
	Devlet Hastanesi	192	54,35	15,23		

* $p < 0,01$

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 10 incelendiğinde; çalıştıkları kuruma göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Utanma alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < 0,001$). Yapılan ileri analizde Utanma alt boyutu için anlamlı farkın; Üniversite Hastanesinde çalışmakta olan hemşireler ile diğer hastanelerde çalışmakta olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu.

Tablo 11 – Hemşirelerin Çalıştığı Birim ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Çalıştığı Birim	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Dahiliye	92	31,05	11,49	4,148	0,003 **
	Cerrahi	115	29,81	11,08		
	Acil	73	25,07	9,10		
	Yoğun Bakım	63	31,40	10,72		
	Poliklinikler	17	29,71	9,21		
Tehlikelilik	Dahiliye	92	22,41	6,88	3,379	0,010 *
	Cerrahi	115	23,68	5,88		
	Acil	73	22,63	5,86		
	Yoğun Bakım	63	25,79	5,77		
	Poliklinikler	17	23,29	4,44		
Utanma	Dahiliye	92	1,84	2,61	9,162	0,000 ***
	Cerrahi	115	1,94	2,59		
	Acil	73	4,16	3,59		
	Yoğun Bakım	63	2,16	2,69		
	Poliklinikler	17	1,84	2,47		
Toplam Puan	Dahiliye	92	4,16	17,65	1,901	0,110
	Cerrahi	115	2,16	15,97		
	Acil	73	51,86	13,63		
	Yoğun Bakım	63	59,35	15,94		
	Poliklinikler	17	54,59	12,17		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

$F=$ Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 11 incelendiğinde; çalıştıkları birimlere göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ($p<0,01$), Tehlikelilik ($p<0,05$) ve Utanma ($p<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Yapılan ileri analizde **Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma** alt boyutu için anlamlı farkın; Acil Servis'te çalışmakta olan hemşireler ile Dahiliye, Cerrahi ve Yoğun Bakım birimlerinde çalışmakta olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. **Tehlikelilik** alt boyutu için anlamlı farkın; Yoğun Bakım'da çalışan hemşireler ile Dahiliye, Cerrahi ve Acil Servis birimlerinde çalışmakta olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı görüldü. **Utanma** alt boyutu için ise anlamlı farkın; Acil Servis'te çalışmakta olan hemşireler ile diğer birimlerde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu.

Tablo 12 – Hemşirelerin Çalıştığı Birimdeki Görevi ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Birimdeki Görevi	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Klinik Hemşiresi	295	30,00	11,03	2,676	0,070
	Sorumlu Hemşire	49	26,14	10,14		
	Poliklinik Hemşiresi	16	29,19	8,34		
Tehlikelilik	Klinik Hemşiresi	295	23,52	6,16	0,150	0,861
	Sorumlu Hemşire	49	23,14	6,40		
	Poliklinik Hemşiresi	16	24,06	5,67		
Utanma	Klinik Hemşiresi	295	2,57	3,10	3,420	0,034 *
	Sorumlu Hemşire	49	1,43	1,86		
	Poliklinik Hemşiresi	16	1,88	2,65		
Toplam Puan	Klinik Hemşiresi	295	56,09	15,98	2,423	0,090
	Sorumlu Hemşire	49	50,71	16,02		
	Poliklinik Hemşiresi	16	55,13	12,24		

* $p < 0,05$

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 12 incelendiğinde; çalıştıkları birimdeki görevine göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Utanma alt boyutlarından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Yapılan ileri analizde anlamlı farkın Klinik Hemşiresi olarak görev yapan hemşireler ile Sorumlu Hemşire olarak görev yapan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu.

Tablo 13 – Hemşirelerin Meslekte Çalışma Yılı ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Meslekte Çalışma Yılı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	0-11 ay arası	32	25,34	7,60	3,547	0,007 **
	1-4 yıl arası	124	31,48	10,95		
	5-10 yıl arası	108	30,10	10,09		
	11-20 yıl arası	67	28,19	11,48		
	21 yıl ve üzeri	29	25,62	12,83		
Tehlikelilik	0-11 ay arası	32	21,44	6,34	1,366	0,245
	1-4 yıl arası	124	23,48	6,19		
	5-10 yıl arası	108	23,87	6,02		
	11-20 yıl arası	67	24,24	5,83		
	21 yıl ve üzeri	29	22,69	6,84		
Utanma	0-11 ay arası	32	3,19	3,05	3,335	0,011 *
	1-4 yıl arası	124	2,83	3,27		
	5-10 yıl arası	108	2,39	3,19		
	11-20 yıl arası	67	1,48	1,82		
	21 yıl ve üzeri	29	1,69	2,10		
Toplam Puan	0-11 ay arası	32	49,97	12,29	2,768	0,027 *
	1-4 yıl arası	124	57,80	15,99		
	5-10 yıl arası	108	56,36	15,00		
	11-20 yıl arası	67	53,91	16,02		
	21 yıl ve üzeri	29	50,00	19,77		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 13 incelendiğinde; meslekte çalışma yılına göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ($p<0,01$), Utanma ($p<0,05$) alt boyutlarından ve ölçek toplamından ($p<0,05$) aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Yapılan ileri analizde **Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma** alt boyutu için anlamlı farkın; 0-11 ay süreyle çalışmakta olan hemşirelerle 1-4 yıl ve 5-10 yıl süreyle çalışmakta olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. **Utanma** alt boyutu için ise anlamlı farkın; 0-11 ay süreyle çalışmakta olan hemşireler ile 11-20 yıl ve 21 yıl ve üzeri süredir çalışmakta olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. **Ölçek Toplam Puanı** için ise anlamlı farkın; 0-11 ay süreyle çalışmakta olan hemşirelerle 1-4 yıl ve 5-10 yıl süreyle çalışmakta olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu.

Tablo 14 – Hemşirelerin Psikiyatrik Özgeçmişi Olma Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Psikiyatrik Özgeçmişi Olma	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Var Yok	21 339	25,81 29,66	9,45 10,92	-1,796	0,085
Tehlikelilik	Var Yok	21 339	21,33 23,63	5,00 6,20	-2,008	0,056
Utanma	Var Yok	21 339	1,29 2,45	2,41 2,98	-1,757	0,080
Toplam Puan	Var Yok	21 339	48,43 55,75	11,72 16,05	-2,054	0,041 *

* $p<0,05$

t =Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 14 incelendiğinde; psikiyatrik özgeçmişi olan hemşirelerin olmayanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin toplamından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı saptandı ($p<0,05$).

Tablo 15 – Hemşirelerin Psikiyatrik Soy Geçmişi Olma Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Psikiyatrik Soy Geçmişi Olma	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Var Yok	56 304	27,04 29,88	9,27 11,09	-2,043	0,044 *
Tehlikelilik	Var Yok	56 304	23,09 23,57	4,87 6,37	-0,535	0,593
Utanma	Var Yok	56 304	2,29 2,40	2,78 3,00	-0,290	0,772
Toplam Puan	Var Yok	56 304	52,41 55,86	12,20 16,46	-1,491	0,137

* $p<0,05$

t =Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 15 incelendiğinde; psikiyatrik soy geçmişi olan hemşirelerin olmayanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı saptandı ($p<0,05$).

Tablo 16 – Hemşirelerin Daha Önce Psikiyatri Dersi Alma Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Daha Önce Psikiyatri Dersi Alma Durumu	n	Ortalama	Standart t Sapma	t	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Var	229	27,82	10,60	-3,798	0,000 **
	Yok	131	32,27	10,78		
Tehlikelilik	Var	229	23,95	6,30	1,909	0,057
	Yok	131	22,69	5,83		
Utanma	Var	229	2,63	3,00	2,090	0,038 *
	Yok	131	1,96	2,85		
Toplam Puan	Var	229	54,40	16,47	-1,499	0,135
	Yok	131	56,93	14,80		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t \text{ Testi}$

Tablo 16 incelendiğinde; daha önce psikiyatri dersi alan hemşirelerin almayanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ($p < 0,001$) alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı; Utanma ($p < 0,05$) alt boyutundan ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 17 – Hemşirelerin Annelerinin Eğitim Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Anne Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Okuryazar Değil	31	27,55	11,63	3,514	0,004 **
	Okuryazar	35	30,37	11,31		
	İlkokul	124	27,39	10,26		
	Ortaokul	65	29,23	10,75		
	Lise	87	31,23	10,64		
	Yüksekokul	18	37,11	10,52		
Tehlikelilik	Okuryazar Değil	31	22,87	7,07	2,525	0,029 *
	Okuryazar	35	24,80	6,51		
	İlkokul	124	23,98	5,93		
	Ortaokul	65	24,55	6,23		
	Lise	87	21,66	5,51		
	Yüksekokul	18	23,78	6,77		
Utanma	Okuryazar Değil	31	1,71	2,03	2,230	0,051
	Okuryazar	35	2,74	3,07		
	İlkokul	124	2,23	2,71		
	Ortaokul	65	3,35	3,42		
	Lise	87	1,99	3,00		
	Yüksekokul	18	2,39	3,29		
Toplam Puan	Okuryazar Değil	31	52,13	17,73	1,834	0,105
	Okuryazar	35	57,91	16,75		
	İlkokul	124	53,59	15,59		
	Ortaokul	65	57,14	16,26		
	Lise	87	54,87	14,31		
	Yüksekokul	18	63,28	17,44		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

$F = \text{Tek Yönlü Varyans Analizi}$

Tablo 17 incelendiğinde; anne eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ($p<0,01$) ve Tehlikelilik ($p<0,05$) alt boyutlarından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Yapılan ileri analizde **Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma** alt boyutu için anlamlı farkın; annesi Yüksekokul mezunu olan hemşireler ile annesinin eğitim durumu lise ve altı düzeyde olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. **Tehlikelilik** alt boyutu için ise anlamlı farkın; annesi Lise mezunu olan hemşireler ile annesinin eğitim durumu ortaokul ya da ilkokul düzeyinde olan veya yalnızca okuryazar olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu.

Tablo 18 – Hemşirelerin Babalarının Eğitim Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Baba Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Okuryazar Değil	7	21,71	13,23	2,585	0,026 *
	Okuryazar	19	28,05	9,90		
	İlkokul	98	27,53	10,76		
	Ortaokul	60	31,18	11,06		
	Lise	123	29,44	10,41		
	Yüksekokul	53	32,51	11,08		
Tehlikelilik	Okuryazar Değil	7	20,29	9,67	2,943	0,013 *
	Okuryazar	19	23,53	5,70		
	İlkokul	98	24,00	5,63		
	Ortaokul	60	25,72	6,18		
	Lise	123	22,67	5,75		
	Yüksekokul	53	22,38	7,01		
Utanma	Okuryazar Değil	7	1,57	2,82	1,446	0,207
	Okuryazar	19	2,89	3,46		
	İlkokul	98	1,87	2,36		
	Ortaokul	60	3,05	3,18		
	Lise	123	2,46	3,15		
	Yüksekokul	53	2,34	3,01		
Toplam Puan	Okuryazar Değil	7	43,57	20,44	2,325	0,043 *
	Okuryazar	19	54,47	13,56		
	İlkokul	98	53,40	15,50		
	Ortaokul	60	59,95	16,95		
	Lise	123	54,57	14,54		
	Yüksekokul	53	57,23	17,57		

* $p<0,05$

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 18 incelendiğinde; baba eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma,

Tehlikelilik alt boyutlarından ve ölçek toplam puanından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde **Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma** alt boyutu için anlamlı farkın; babası okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan hemşireler ile babası ortaokul veya yüksekokul mezunu olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. **Tehlikelilik** alt boyutu için ise anlamlı farkın; babası ortaokul mezunu olan hemşireler ile babası okuryazar olmayan, lise ve yüksekokul mezunu olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. **Ölçek toplam puanı** için ise anlamlı farkın; babası ortaokul mezunu olan hemşireler ile babası okuryazar olmayan, ilkokul ve lise mezunu olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu.

Tablo 19 – Hemşirelerin Normal Yaşantıda Psikiyatri Hastasıyla Karşılaşma Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Normal Yaşantıda Psikiyatri Hastası ile Karşılaşma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Var Yok	263 97	27,89 33,64	10,41 10,99	-4,464	0,000 **
Tehlikelilik	Var Yok	263 97	23,37 23,82	5,94 6,72	-0,583	0,560
Utanma	Var Yok	263 97	2,34 2,52	2,92 3,09	-0,488	0,626
Toplam Puan	Var Yok	263 97	53,60 59,98	15,40 16,40	-3,326	0,001 *

* $p<0,01$ ** $p<0,001$

t =Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 19 incelendiğinde; normal yaşantısında psikiyatri hastası ile karşılaşmış olan hemşirelerin karşılaşmamış olanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutundan ($p<0,001$) ve ölçek toplam puanından ($p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı saptandı.

Tablo 20 – Hemşirelerin Klinikte Psikiyatri Hastasıyla Karşılaşma Durumu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (N=360)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları	Klinikte Psikiyatri Hastası ile Karşılaşma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Var Yok	265 95	28,38 32,39	10,37 11,69	-2,951	0,004 *
Tehlikelilik	Var Yok	265 95	23,55 23,35	6,06 6,44	0,263	0,793
Utanma	Var Yok	265 95	2,64 1,67	3,07 2,52	2,753	0,006 *
Toplam Puan	Var Yok	265 95	54,57 57,41	15,60 16,64	-1,451	0,149

* $p<0,01$

t=Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 20 incelendiğinde; normal yaşantısında psikiyatri hastası ile karşılaşmış olan hemşirelerin karşılaşmamış olanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük ve Utanma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p<0,01$).

6.3. HEMŞİRELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ İLE RUHSAL SORUNLU BİREYE YÖNELİK TOPLUM TUTUMLARI ÖLÇEĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 21 – Hemşirelerin Yaş Aralığı ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Yaş Aralığı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İyi Niyet	24-29 yaş arası 30-44 yaş arası 45-60 yaş arası	207 138 15	20,79 20,31 23,20	4,33 3,75 6,53	3,220	0,041 *
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	24-29 yaş arası 30-44 yaş arası 45-60 yaş arası	207 138 15	21,39 20,66 25,66	6,54 5,60 8,70	4,319	0,014 *
Korku/Dışlama	24-29 yaş arası 30-44 yaş arası 45-60 yaş arası	207 138 15	5,68 5,84 6,73	1,93 1,84 1,75	2,239	0,108

* $p < 0,05$

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 21 incelendiğinde; yaş gruplarına göre hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin İyi Niyet ve Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Yapılan ileri analizde her iki alt boyutta da anlamlı farkın 45-60 yaş arasındaki hemşireler ile diğer yaş gruplarındaki hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu.

Tablo 22 – Hemşirelerin Cinsiyetleri ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
İyi Niyet	Kadın Erkek	309 51	20,50 21,94	4,16 4,64	-2,070	0,042 *
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Kadın Erkek	309 51	21,04 22,78	6,32 6,44	-1,787	0,078
Korku/Dışlama	Kadın Erkek	309 51	5,78 5,82	1,91 1,82	-0,133	0,894

* $p < 0,05$

t=Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 22 incelendiğinde; erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre, Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin İyi Niyet alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları saptandı ($p<0,05$).

Tablo 23 – Hemşirelerin Medeni Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
İyi Niyet	Bekar Evli	170 190	20,85 20,58	4,47 4,07	0,594	0,553
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Bekar Evli	170 190	21,50 21,11	6,61 6,13	0,577	0,564
Korku/Dışlama	Bekar Evli	170 190	5,68 5,88	1,94 1,86	-0,975	0,330

t=Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 23 incelendiğinde; medeni duruma göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 24 – Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İyi Niyet	Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Yüksekokul Lisansüstü	122 78 136 24	20,97 20,29 20,43 22,29	4,32 4,36 3,97 4,94	1,707	0,165
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Yüksekokul Lisansüstü	122 78 136 24	21,69 20,58 21,20 22,04	6,56 6,44 6,04 6,97	0,599	0,616
Korku/Dışlama	Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Yüksekokul Lisansüstü	122 78 136 24	5,29 5,65 6,22 6,29	1,84 1,92 1,86 1,70	6,112	0,000 *

* $p<0,001$

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 24 incelendiğinde; eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p<0,001$). Yapılan ileri analizde anlamlı farkın Sağlık Meslek Lisesi mezunu olan hemşireler ile Yüksekokul ve Lisansüstü Eğitim mezunu olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. Ayrıca Ön Lisans mezunu hemşireler ile

Yüksekokul mezunu hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 25 – Hemşirelerin Çalıştığı Kurum ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Çalıştığı Kurum	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İyi Niyet	Özel Hastane Üniversite Hastanesi Devlet Hastanesi	89 79 192	21,17 21,01 20,36	3,34 5,03 4,28	1,354	0,259
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Özel Hastane Üniversite Hastanesi Devlet Hastanesi	89 79 192	22,07 21,93 20,66	5,84 6,68 6,42	2,025	0,134
Korku/Dışlama	Özel Hastane Üniversite Hastanesi Devlet Hastanesi	89 79 192	5,98 5,60 5,77	1,91 1,99 1,85	0,856	0,426

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 25 incelendiğinde; çalıştığı kuruma göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 26 – Hemşirelerin Çalıştığı Birim ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Çalıştığı Birim	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İyi Niyet	Dahiliye Cerrahi Acil Yoğun Bakım Poliklinikler	92 115 73 63 17	20,64 20,60 21,12 20,66 20,17	4,43 4,05 4,94 3,87 3,00	0,260	0,903
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Dahiliye Cerrahi Acil Yoğun Bakım Poliklinikler	92 115 73 63 17	21,08 20,44 22,04 22,50 20,47	6,89 6,14 6,62 5,96 4,40	1,442	0,220
Korku/Dışlama	Dahiliye Cerrahi Acil Yoğun Bakım Poliklinikler	92 115 73 63 17	5,46 5,63 6,02 6,19 6,11	2,03 1,95 1,67 1,72 2,05	1,989	0,096

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 26 incelendiğinde; çalıştığı birime göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 27 – Hemşirelerin Çalıştığı Birimdeki Görevi ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Birimdeki Görevi	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İyi Niyet	Klinik Hemşiresi	295	20,66	4,37	0,152	0,859
	Sorumlu Hemşire	49	20,79	3,97		
	Poliklinik Hemşiresi	16	21,25	2,93		
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Klinik Hemşiresi	295	21,28	6,52	0,004	0,996
	Sorumlu Hemşire	49	21,28	5,83		
	Poliklinik Hemşiresi	16	21,43	5,15		
Korku/Dışlama	Klinik Hemşiresi	295	5,70	1,88	3,112	0,046
	Sorumlu Hemşire	49	6,40	1,86		
	Poliklinik Hemşiresi	16	5,50	1,96		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 27 incelendiğinde; çalıştığı birimdeki görevine göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 28 – Hemşirelerin Meslekte Çalışma Yılı ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Meslekte Çalışma Yılı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İyi Niyet	0-11 ay	32	20,78	3,70	2,266	0,062
	1-4 yıl	124	20,50	4,72		
	5-10 yıl	108	20,66	3,59		
	11-20 yıl	67	20,19	3,79		
	21 yıl ve üzeri	29	20,78	5,53		
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	0-11 ay	32	21,12	6,77	1,534	0,192
	1-4 yıl	124	21,32	6,96		
	5-10 yıl	108	20,71	5,68		
	11-20 yıl	67	21,10	5,44		
	21 yıl ve üzeri	29	23,96	7,27		
Korku/Dışlama	0-11 ay	32	6,15	1,93	4,922	0,001 *
	1-4 yıl	124	5,37	1,89		
	5-10 yıl	108	5,67	1,91		
	11-20 yıl	67	6,11	1,76		
	21 yıl ve üzeri	29	6,86	1,59		

* $p<0,01$

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 28 incelendiğinde; meslekte çalışma yılına göre hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ($p<0,01$). Yapılan ileri analizde bu anlamlılığın 0-11 ay süreyle çalışmakta olan hemşireler ile 1-4 yıl süreyle çalışmakta olan hemşirelerin; 1-4 yıl süre ile çalışmakta olan hemşireler ile 11-20 yıl ve 21 yıl ve üzeri süredir çalışmakla olan hemşirelerin; 5-10 yıl süreyle çalışan hemşireler ile 21 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelerin aldıkları puan ortalamalarının farkından kaynaklandığı bulundu.

Tablo 29 – Hemşirelerin Psikiyatrik Özgeçmişi Olma Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Psikiyatrik Özgeçmişi Olma	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
İyi Niyet	Var Yok	21 339	20,09 20,74	4,08 4,27	-0,710	0,485
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Var Yok	21 339	20,85 21,32	4,48 6,46	-0,324	0,746
Korku/Dışlama	Var Yok	21 339	6,38 5,75	2,22 1,87	1,262	0,220

t=Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 29 incelendiğinde; psikiyatrik özgeçmişi olma durumuna göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 30 – Hemşirelerin Psikiyatrik Soy Geçmişi Olma Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Psikiyatrik Soy Geçmişi Olma	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
İyi Niyet	Var Yok	56 304	19,98 20,84	4,02 4,29	-1,459	0,148
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Var Yok	56 304	21,32 21,28	5,89 6,45	0,037	0,971
Korku/Dışlama	Var Yok	56 304	6,39 5,68	1,92 1,87	2,555	0,013 *

* $p<0,05$

t=Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 30 incelendiğinde; psikiyatrik soy geçmişi olan hemşirelerin, psikiyatrik soy geçmişi olmayanlara göre Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p<0,05$).

Tablo 31 – Hemşirelerin Daha Önce Psikiyatri Dersi Alma Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Daha Önce Psikiyatri Dersi Alma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
İyi Niyet	Var Yok	229 131	20,73 20,67	4,18 4,41	0,130	0,896
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Var Yok	229 131	21,92 20,19	6,12 6,62	2,455	0,015 *
Korku/Dışlama	Var Yok	229 131	6,16 5,14	1,81 1,87	5,007	0,000 **

* $p<0,05$ ** $p<0,001$

t=Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 31 incelendiğinde; daha önce psikiyatri dersi alan hemşirelerin, almayanlara göre Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi ($p<0,05$) ve Korku/Dışlama ($p<0,001$) alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı.

Tablo 32 – Hemşirelerin Annelerinin Eğitim Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Anne Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İyi Niyet	Okuryazar Değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul	31 35 124 65 87 18	22,09 21,02 21,16 20,53 19,62 20,50	4,90 3,95 4,29 4,05 4,17 3,88	2,175	0,056
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Okuryazar Değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul	31 35 124 65 87 18	22,12 21,88 21,79 22,96 19,05 20,00	7,41 5,18 5,94 6,03 6,58 7,03	3,654	0,003 *
Korku/Dışlama	Okuryazar Değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul	31 35 124 65 87 18	6,29 5,94 6,16 5,83 5,10 5,22	2,00 1,99 1,75 1,92 1,83 1,86	4,249	0,001 *

* $p<0,01$

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 32 incelendiğinde; annesinin eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi ve Korku/Dışlama alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Yapılan ileri analizde her iki alt boyut için de anlamlı farkın annesi lise mezunu olan hemşireler ile annesi ortaokul ve altı düzeyde eğitim durumuna sahip hemşirelerin aldıkları puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu.

Tablo 33 – Hemşirelerin Babalarının Eğitim Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Baba Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İyi Niyet	Okuryazar Değil	7	22,42	7,04	4,155	0,001 *
	Okuryazar	19	22,78	3,40		
	İlkokul	98	21,36	4,42		
	Ortaokul	60	20,50	3,77		
	Lise	123	19,51	3,61		
	Yüksekokul	53	21,54	5,04		
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Okuryazar Değil	7	21,57	7,80	0,858	0,510
	Okuryazar	19	22,21	5,41		
	İlkokul	98	21,87	6,63		
	Ortaokul	60	21,70	5,40		
	Lise	123	20,34	5,90		
	Yüksekokul	53	21,58	7,85		
Korku/Dışlama	Okuryazar Değil	7	5,71	1,60	3,486	0,004 *
	Okuryazar	19	6,31	1,88		
	İlkokul	98	6,28	1,82		
	Ortaokul	60	6,00	2,01		
	Lise	123	5,43	1,82		
	Yüksekokul	53	5,28	1,87		

* $p < 0,01$

F = Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 33 incelendiğinde; babasının eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin İyi Niyet ve Korku/Dışlama alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Yapılan ileri analizde İyi Niyet alt boyutu için anlamlı farkın babası lise mezunu olan hemşireler ile babası okuryazar, ilkokul ve yüksekokul düzeyinde eğitim durumuna sahip hemşirelerin aldıkları puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. Korku/Dışlama alt boyutu için ise; anlamlı farkın babası yüksekokul mezunu olan hemşireler ile babası okuryazar, ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitime sahip hemşirelerin aldıkları puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu.

Tablo 34 – Hemşirelerin Normal Yaşantıda Psikiyatri Hastasıyla Karşılaşma Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Normal Yaşantıda Psikiyatri Hastası ile Karşılaşma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
İyi Niyet	Var Yok	263 97	20,71 20,69	4,31 4,12	0,056	0,955
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Var Yok	263 97	21,45 20,86	6,25 6,65	0,753	0,452
Korku/Dışlama	Var Yok	263 97	6,01 5,17	1,82 1,96	3,685	0,000 *

* $p < 0,001$

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t \text{ Testi}$

Tablo 34 incelendiğinde; normal yaşantısında psikiyatri hastası ile karşılaşan hemşirelerin, karşılaşmayanlara göre Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p < 0,001$).

Tablo 35 – Hemşirelerin Klinikte Psikiyatri Hastasıyla Karşılaşma Durumu ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=360)

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları	Klinikte Psikiyatri Hastası ile Karşılaşma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
İyi Niyet	Var Yok	265 95	20,66 20,83	4,17 4,52	-0,308	0,758
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	Var Yok	265 95	21,50 20,70	6,23 6,69	1,018	0,310
Korku/Dışlama	Var Yok	265 95	5,98 5,24	1,90 1,76	3,458	0,001 *

* $p < 0,01$

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t \text{ Testi}$

Tablo 35 incelendiğinde; klinikte psikiyatri hastası ile karşılaşan hemşirelerin, karşılaşmayanlara göre Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p < 0,01$).

6.4. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ VE RUHSAL SORUNLU BİREYE YÖNELİK TOPLUM TUTUMLARI ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI VE TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 36 – Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki (N=360)

		Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları			
		Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Tehlikelilik	Utanma	Toplam Puan
Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği	İyi Niyet	r=0,062 p=0,244	r=0,070 p=0,187	r=0,134 p=0,011 *	r=0,094 p=0,075
	Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	r=0,068 p=0,195	r=0,200 p=0,000 ***	r=0,239 p=0,000 ***	r=0,169 p=0,001 **
	Korku/Dışlama	r=-0,523 p=0,000 ***	r=-0,217 p=0,000 ***	r=-0,087 p=0,099	r=-0,457 p=0,000 ***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

$r = \text{Spearman Korelasyon Analizi}$

Tablo 36 incelendiğinde; Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin İyi Niyet alt boyutu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Utanma Alt boyutu arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf güçte bir ilişki saptandı ($r=0,134$, $p=0,011$).

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Tehlikelilik alt boyutu arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fakat zayıf güçte ($r=0,200$, $p=0,000$); Utanma alt boyutu ile pozitif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fakat zayıf güçte ($r=0,239$, $p=0,000$) ve ölçek toplam puanı ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf güçte ($r=0,169$, $p=0,001$) bir ilişki saptandı.

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu arasında negatif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ve orta güçte ($r=-0,523$, $p=0,000$); Tehlikelilik alt boyutu ile negatif yönde,

istatistiksel olarak derecede anlamlı fakat zayıf güçte ($r=-0,217$, $p=0,000$) ve ölçek toplam puanı ile negatif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ve orta güçte ($r=-0,457$, $p=0,000$) bir ilişki saptandı.

7.TARTIŞMA

Bu araştırmada hemşirelerin ruh hastalığına yönelik inançları ile ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplumsal tutumları araştırıldı. Bulgular literatür bilgileri doğrultusunda 4 ana başlık halinde tartışıldı.

7.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

7.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Tartışılması

7.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Tartışılması

7.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

7.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Sosyodemografik özelliklerine göre hemşirelerin yaş aralığı %57,5'inin (n=207) 24-29 yaş arasında olarak saptandı (Tablo 3). Moran (2008)'ın psikiyatri alanında ve diğer alanda çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşlerinin araştırıldığı çalışmasında hemşirelerin %36,0'ının (n=54) 20-27 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma ile Moran (2008) 'nın çalışması birbiri ile paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin %85,8'inin (n=309) kadın olduğu saptandı (Tablo 3). Turan ve arkadaşları (2011)'nin yapmış olduğu araştırmada %56.0'sının (n=830) kadın olduğu belirtmiştir. Turan ve arkadaşları (2011)'nin yapmış oldukları çalışma ile bu çalışma paralellik göstermektedir. Türkiye'de kadın hemşirelerin halen erkeklere oranla sayıca fazla olması ve kanunla erkeklerin de hemşire olmasının önünün açılmasının henüz yeni bir olgu olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca hemşirelerin erken emekli olmasıyla da ilişkili olabilir.

Hemşirelerin %52,8'inin (n=190) evli olduğu saptandı (Tablo 3). Özkan ve Yılmaz (2006)'ın yapmış olduğu araştırmada %82.8'inin (n=135) evli olduğu belirtmiştir. Altay ve arkadaşları (2010)'nin araştırmasında %62.3'ünün (n=119) evli olduğu belirtmiştir. Özkan ve Yılmaz (2006)'ın ve Altay ve arkadaşları (2010)'nin yapmış oldukları çalışmalar ile bu çalışma paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin %37.8'inin (n=136) yüksekokul mezunu olduğu saptandı (Tablo 3). Bostancı ve Aştı (2004)'nin yapmış olduğu araştırmada %21.1'inin (n=46) meslek yüksek okulu mezun olarak belirtmiştir. Bu çalışma ile paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni olarak araştırma yıllarının farklılığı, hemşirelik yüksek okullarında her yıl mezun sayısının artması, çalışan hemşirelerin mezuniyet durumlarının yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin çalıştıkları birim olarak %31,9'unun (n=115) cerrahi birimi olarak saptanmıştır (Tablo 3). Özgür ve arkadaşları (2011)'nin hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi araştırmasında hastanede çalışan hemşirelerin %33,3'ünün (n=120) cerrahi biriminde çalıştığı bildirilmiştir. Taycan ve arkadaşları (2006)'nin çalışmasında %59.0'unu (n=331) cerrahide çalışan hemşireler oluşturduğu

belirtilmiştir. Özgür ve arkadaşları (2011)'nın ve Taycan ve arkadaşları (2006)'nın yapmış oldukları çalışmalar ile bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Bunun nedeni, cerrahi girişimi gerektiren branşların dahili branşlara göre hastanelerde daha fazla yer almasına ve yatak sayılarının daha fazla olmasıyla birlikte daha fazla sayıda hemşire gerektiriyor olmasına bağlanabilir.

Hemşirelerin %81,9'unun (n=295) klinik hemşiresi olarak görev yaptığı saptandı (Tablo 3). Taycan ve arkadaşları (2006)'nın çalışmasında %55,8'inin (n=313) servis hemşiresi olarak çalıştığı belirtilmiştir. Taycan ve arkadaşları (2006)'nın çalışması ile bu çalışma paralellik göstermektedir. Hemşire sayısının kliniklerde veya servislerde yüksek olmasının nedeni; hemşirelerin nöbet usulü çalışmasından dolayı bu alanlarda fazla hemşire bulunmasıdır.

Bu çalışmada %34,4'ünün 1-4 yıl arası süreyle meslekte çalışmakta olduğu saptandı (Tablo 3). Moran (2008)'nin araştırmasında % 43,3'ünü (n=65) 1-2 yıl ve %28,7'sini (n= 43) 3-4 çalışma yılı olarak belirtilmiştir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2006)'nin çalışmasında %29,9'u 1-5 yıl hemşirelerin çalışma süresi olarak belirtmiştir. Moran (2008), Yılmaz ve arkadaşları(2006)'nin çalışmaları ile paralellik göstermektedir. Bunun nedeni son yıllarda mezun sayısının artması ile ilişkili olabilir.

Hemşirelerin %84,4'ünün (n=304) ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan birey olmadığı saptandı (Tablo 3). Moran (2008)'nin çalışmasında %83,3'ünün (n=125) ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmadığı belirtilmiştir. Moran (2008) ile bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin %94,2'sinin (n=339) psikiyatrik özgeçmişinin olmadığı saptandı (Tablo 3). Arısoy ve Eşsiz (2004)'in çalışmasında %90,0'ı (n=27), Bostancı ve Aştı (2004)'nin çalışmasında %94,5'in (n=206) psikiyatrik özgeçmişinin olmadığını belirtmiştir. Arısoy ve Eşsiz (2004) ve Bostancı ve Aştı (2004)'nin çalışmaları, bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin normal yaşantısında daha önce psikiyatri hastası ile karşılaştığı saptandı (Tablo 5). Ünal ve arkadaşları (2010)'nin çalışmasında ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaştığını belirtmiştir. Ünal ve arkadaşları (2010)'nin çalışması ile bu çalışma kısmen paralellik göstermektedir. Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında “ruhsal

hastalığı olan bireyle karşılaşma durumu” sorgulanırken, bu çalışmada normal yaşantıda ve klinikte psikiyatri hastası ile karşılaşma durumu ayrı şekilde sorgulandı. Bu bağlamda Ünal ve arkadaşlarının çalışması ile kısmen farklı sonuçlar elde edilmesi örneklemin bireysel özelliklerindeki farklılıkların yanı sıra sorunun sorulma biçimiyle de ilişkili olabilir.

7.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu çalışmada yaş gruplarına göre hemşirelerin, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin utanma alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p<0,001$). 24-29 yaş aralığındaki hemşirelerin puan ortalamasının 30-44 yaş arasındakilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuca göre genç grupta olan hemşirelerin daha fazla utanç duygusu yaşadıkları söylenebilir (Tablo 6).

Cinsiyetlerine göre erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre, ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğinin ruh hastalarından utanma alt boyutundan anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları saptandı ($p<0,01$) (Tablo 7). Ünal ve arkadaşları (2010)’nın çalışmasında cinsiyetlerine göre erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre, utanma alt ölçekleri puan ortalamalarının daha büyük olduğu belirtilmiştir ($p<0,05$). Ünal ve arkadaşları (2010)’nın çalışması, bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre, ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğinin alt boyutlarından tehlikelilik alt boyutundan anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları saptandı ($p<0,05$) (Tablo 8). Ünal ve arkadaşları (2010)’nın çalışmasında ise tehlikeli alt boyuttan anlamlı düzeyde puan saptanmadığı belirtilmiştir. Ünal ve arkadaşları (2010)’nın çalışması bu çalışma ile paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni örneklemi oluşturan çalışma gruplarının farklı olması olabilir.

Eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği’nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutundan ve ölçek

toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p<0,001$). Sağlık meslek lisesi mezunlarının puan ortalaması lisans ve lisans üstüne göre daha yüksek olduğu belirlendi. Buna göre, sağlık meslek lisesi mezunlarının çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulmayı diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla yaşadıkları söylenebilir (Tablo 9).

Hemşirelerin çalıştığı kurumlara göre dağılımlarında, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğinin alt boyutlarından ruhsal hastaları tehlikelilik buldukları saptandı ($p<0,01$) (Tablo 10). Moran (2008)'ın çalışmasında devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin 'bazıları tehlikeli olabilir' ifadesini belirtmiştir. Moran (2008) ile bu çalışma kısmen paralellik göstermektedir.

Çalıştıkları birimlere göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ($p<0,01$), Tehlikelilik ($p<0,05$) ve Utanma ($p<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Acil serviste çalışan hemşireler diğer birimlerde çalışanlara göre çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları belirlendi. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışanlara göre tehlikelilik alt boyutundan daha yüksek aldıkları görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda acil birimde çalışan hemşirelerin çaresizlik ve utanma duygusunu; yoğun bakımda çalışanların ise ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli oldukları duygusunu daha fazla yaşamış olacakları düşünülebilir (Tablo 11).

Çalıştıkları birimdeki görevine göre hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin utanma alt boyutlarından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Klinik hemşirelerin sorumlu hemşirelerden utanma alt boyutundan daha fazla puan aldıkları belirlendi. Buna göre klinik hemşirelerinin sorumlu hemşirelere göre daha fazla hasta ile birebir ilişkide olması nedeniyle utanma duygusunu daha fazla yaşamış olacağı söylenebilir. (Tablo 12)

Meslekte çalışma yılına göre hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($p<0,01$), utanma ($p<0,05$) alt

boyutlarından ve ölçek toplamından ($p<0,05$) aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Hemşirelerin, 0-11 ay çalışanın 1-4 ve 5-10 yıl çalışanlara göre çaresizlik ve kişiler arası alt boyutundan aldığı puan ortalamalarının daha düşük olduğu; utanma alt boyutundan 0-11 ay çalışanların 11-20 ve 20 yıl üzeri çalışanlardan daha yüksek olduğu; ölçek toplam puanından 0-11 ay çalışanların 1-4 ve 5-10 yıl çalışanlardan daha düşük puan aldıkları belirlendi. Buna göre 0-11 ay çalışan hemşirelerin 11-20 ve üzeri yıllar çalışan hemşirelere utanma yaşadığı, 1-4 ve 5-10 yılları arası çalışan hemşirelere göre daha az çaresizlik yaşaması deneyimlerinin az olmasından kaynaklandığı söylenebilir (Tablo 13).

Psikiyatrik özgeçmişi olan hemşirelerin olmayanlara göre, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin toplamında anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 14). Ünal ve arkadaşların (2010)'nın çalışmasında ise anlamlı düzeyde puan saptanmadığı belirtilmiştir. Ünal ve arkadaşları (2010)'nın çalışması bu çalışma ile paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni örnekleme oluşturan çalışma gruplarının farklı olması olabilir.

Psikiyatrik soy geçmişi olan hemşirelerin olmayanlara göre, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 15). Ünal ve arkadaşları (2010)'nın çalışmasında ise ölçeğin tehlikelilik alt boyutundan ve utanma alt boyutundan anlamlı düzeyde puan saptandığı belirtilmiştir ($p<0,05$) ($p<0,01$). Ünal ve arkadaşları (2010)'nın çalışması bu çalışma ile paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni olarak Ünal ve arkadaşları (2010)'nın çalışması hemşirelik öğrencilerine, bu çalışma ise mezun olmuş ve çalışmakta olan hemşirelere yönelik uygulanması olarak düşünülebilir.

Hemşirelerin anne ve babalarının eğitim durumlarına göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Tehlikelilik alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Tablo 17) (Tablo 18). Bhugra (1989)'nın çalışmasında ciddi depresyonla ilgili olumsuz görüşlerin eğitim durumlarına göre çok yaygın olduğu; katılımcıların

depresyonlu hastaların başkaları için tehlikeli olduğunu belirtmiştir. Bhugra (1989)'nın çalışması ile bu çalışma kısmen benzerlik göstermektedir.

Klinikte psikiyatri hastası ile karşılaşmış olan hemşirelerin karşılaşmamış olanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük ve Utanma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 20). Üçok ve arkadaşları (2001)'nin pratisyen, uzman ya da asistan hekimlerle yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarına yönelik olumsuz yargı ve tutumların toplumda olduğu gibi psikiyatri dışı hekimlerde de yaygın olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin, yarısının şizofreni hastalarını saldırgan ve tehlikelilik kişiler olarak değerlendirdikleri belirtilmiştir. Üçok ve arkadaşları (2001)'nin çalışması ile bu çalışma paralellik göstermemektedir. Sağlık çalışanlarının aldıkları eğitimden çok, hastalarla kurdukları diyaloglar ile tutumları değişmektedir. Sağlık çalışanlarından hasta ve hasta yakınlarıyla en çok diyalog kuran kişiler hemşirelerdir.

7.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu çalışma hemşirelerin yaş aralığının, ruhsal sorunlu bireye yönelik toplum tutum ölçeğinin, toplum ruh sağlığı ideolojisi alt boyutundan aldığı puanlar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu, medeni durum ve cinsiyet alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 21) ($p<0,05$). Özbaş ve arkadaşları (2008)'nin çalışmasında yaşı, medeni durumu, cinsiyeti ile ölçeğin puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Bu çalışma ile kısmen paralellik göstermektedir. Bunun nedeni Özbaş ve arkadaşları (2008)'nin çalışmalarını ruh hastası aileleri üzerinde, bu çalışma ise hemşirelere üzerinde uygulanması olarak düşünülebilir.

Erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre, ruhsal sorunlu bireye yönelik toplum tutumları ölçeğinin iyi niyet alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları saptandı ($p<0,05$) (Tablo 22). Iozzi (1989)'nin çalışmasında temelde aynı çevre bilgisine sahip olmalarına rağmen, kızların erkeklere göre çevreye

yönelik daha olumlu tutum gösterme eğilimli olduklarını belirtmiştir. Iozzi (1989)'nin çalışması ile bu çalışma benzerlik göstermemektedir. Bu çalışma psikiyatri hastalarına yönelik olup, Iozzi (1989)'nin çalışması çevreye karşı tutuma yönelik olduğu içindir.

Hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik toplum tutumları ölçeğinin korku/dışlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 28). Bailey (1998)'nin yapmış olduğu çalışmada yoğun bakım ünitelerindeki doktor ve hemşirelerin psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışma sonucunda; bu kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin daha önyargılı ve damgalayıcı olduğu ve psikiyatri hastalarına yeterli bakımı vermediklerini belirtmiştir. Bailey (1998)'nin çalışması bu çalışma ile kısmen paralellik göstermektedir.

Klinikte psikiyatri hastası ile karşılaşan hemşirelerin, karşılaşmayanlara göre ruhsal sorunlu bireye yönelik toplum tutum ölçeğinin korku/dışlama alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 35). Bağ (2003)'ın Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları (RSTTÖ) Ölçeği'nin Türkiye versiyonu çalışmasında ruhsal sorunlu bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemeyeceğini belirten sağlık personelinin, “korku/dışlama” boyutu puanı yüksek olduğunu belirtmiştir (Bilge ve Çam, 2007). Aştı (1995)'nin hemşirelik öğrencilerinin tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında öğrencilerin psikiyatri hastaları ile yakın ilişkiler gerektiren durumlarda daha negatif tutumlara sahip olduklarını belirtmiştir. Taşkın ve arkadaşları (2003)'nin sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofreni ile ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin psikiyatri hastaları ile yakın ilişkiler gerektiren durumlarda daha negatif tutumlara sahip olduklarını belirlemiştir. Bağ (2003)'ın, Aştı (1995)'nin, Taşkın ve arkadaşları (2003)'nin çalışmaları ile bu çalışma kısmen paralellik göstermektedir. Bunun nedeninin örneklemin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada daha önce psikiyatri dersi alan hemşirelerin, almayanlara göre Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Toplum Ruh Sağlığı

İdeolojisi ($p<0,05$) ve Korku/Dışlama ($p<0,001$) alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 31). Wolff ve arkadaşları (1996)'nın çalışmasında toplum eğitim kampanyalarının insanların akıl hastalığı olanlara yaklaşımı ve aynı zamanda bu hastalığı olanların topluma sosyal katılımında olumlu etkiler yarattığını belirtilmiştir. Pinfold ve arkadaşları (2003)'nin çalışmasında kısa eğitici eğitimlerin ruh sağlığı sorunları olan kişilere olan tavırlarda olumlu değişimlere yol açtığını belirtilmiştir. Wolff ve arkadaşları (1996)'nin çalışması ile Pinfold ve arkadaşları (2003)'nin çalışması, bu çalışma paralellik göstermemektedir.

Bu çalışmada annesinin eğitim durumuna göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik toplum tutumları ölçeğinin toplum ruh sağlığı ideolojisi ($p<0,03$) ve korku/dışlama ($p<0,01$) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı (Tablo32). Dünder ve arkadaşları (1984)'nin çalışmasında eğitim düzeyi grubunun ($p<0.05$) ve kadınların ($p<0.05$) diğer gruplara göre istatistiksel olarak önemli şekilde yüksek olduğunu belirtmiştir. Dünder ve arkadaşları (1984)'nin çalışması ile bu çalışma kısmen paralellik göstermektedir.

7.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada, Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Tehlikelilik alt boyutu arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fakat zayıf güçte; Utanma alt boyutu ile pozitif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fakat zayıf güçte ve ölçek toplam puanı ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf güçte bir ilişki saptandı (Tablo 36). Çam ve bilge (2008), Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği ve alt ölçekleri ile Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında alt ölçekleri arasında pozitif ve negatif yönde korelasyon olduğunu, diğer ölçeklerle en çok sayıda korelasyona sahip olan alt ölçeğin utanma alt ölçeği olduğunu belirtmiştir. Oban ve Küçük (2011)'ün çalışmasında RHIÖ puanının SMÖ puanı üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Etkileyen değişenlerin önem sırasını belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizinde, önem sırasıyla tehlikeli ve utanma alt boyutları

şeklinde olduğunu belirlemiştir. Çam ve bilge (2008)'nin ve Oban ve Küçük (2011)'ün çalışmaları ile bu çalışma paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada, Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu arasında negatif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ve orta güçte; Tehlikelilik alt boyutu ile negatif yönde, istatistiksel olarak derecede anlamlı fakat zayıf güçte ve ölçek toplam puanı ile negatif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ve orta güçte bir ilişki saptandı. Bağ (2003), Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması çalışmasında ölçeğin toplam puan korelasyonu sonucunda $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir(Bilge ve Çam, 2007). Oban ve Küçük (2010)'ün çalışmasında RHİO'nun çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma (CKİB) ve utanma alt boyutlarında iki ölçüm arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir. Çam ve bilge (2008)'nin ve Oban ve Küçük (2011)'ün çalışmaları ile bu çalışma kısmen paralellik göstermektedir.

8.SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin ruh hastalığına yönelik inançları ile ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplumsal tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen sonuçlar şu başlıklar altında tablolar halinde sunuldu:

8.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Sonuçları

8.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Sonuçları

8.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Sonuçları

8.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki Sonuçları

8.1. SONUÇLAR

8.1.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Sonuçları

Hemşirelerin ruh hastalığına yönelik inançları ile ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplumsal tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

Araştırmaya katılan hemşirelerin %57,5'inin 24-29 yaş arasında (n=207), %85,8'inin kadın (n=309), %52,8'inin evli (n=190), %37,8'inin yüksekokul mezunu (n=136), %53,3'ünün devlet hastanesinde çalışmakta (n=192), %31,9'unun cerrahi bilimlerde çalışmakta (n=115), %81,9'unun klinik hemşiresi olarak görev yapan (n=295) ve %34,4'ünün 1-4 yıl arası süreyle meslekte çalışmakta olan hemşireler oluşturdu.

Hemşirelerin %94,2'sinin psikiyatrik özgeçmişinin olmayan (n=339), %84,4'ünün ailesinde psikiyatrik özgeçmişli olmayan (n=304) ve %63,6'sının daha önce psikiyatri ile ilgili ders alan (n=229) hemşireler oluşturdu.

Hemşirelerin %34,4'ünün annesinin eğitim durumu ilkökul (n=124), %34,2'sinin babasının eğitim durumu lise (n=123)'den mezun, %73,1'inin normal yaşantısında daha önce psikiyatri hastası ile karşılaşmış (n=263) ve %73,6'sının ise daha önce klinikte psikiyatri hastası ile karşılaşmış (n=265) hemşireler oluşturdu.

8.1.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Sonuçları

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre 24-29 yaş arası 30-44 yaş arasında Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin utanma alt boyutunda aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0,000 < 0,001$).

Araştırmaya katılan erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin utanma alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0,001 < 0,01$).

Araştırmaya katılan evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin tehlikeli alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0,016<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumuna göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu ($p=0.000<0,001$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre üniversitesi hastanesinde Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin utanma alt boyutu aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu ($p=0,006<0,001$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları birime göre cerrahi biriminde Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($p<0,01$), tehlikeli ($p<0,05$) ve utanma ($p<0,001$) alt boyutları aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu ($p=0,03<0,01$) ($p=0,010<0,05$) ($p=0,000<0,001$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevine göre klinik hemşiresi Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin utanma alt boyutu aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu ($p=0,034<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ($p<0,01$), Utanma ($p<0,05$) alt boyutu ve ölçek toplamından ($p<0,05$) aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu ($p=0,034<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin psikiyatrik özgeçmişi olan hemşirelerin olmayanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin toplamından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldı ($p=0,034<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin psikiyatrik soy geçmişi olan hemşirelerin olmayanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve

Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldı ($p=0,044<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin daha önce psikiyatri dersi alan hemşirelerin almayanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı; Utanma alt boyutundan ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldı ($p=0,000<0,001$) ($p=0,038<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin anne eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ($p<0,01$) ve Tehlikeli ($p<0,05$) alt boyutlarından aldığı puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu ($p=0,004<0,01$) ($p=0,029<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin baba eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma, Tehlikeli alt boyutlarından ve ölçek toplam puanından aldığı puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu ($p=0,026<0,05$) ($p=0,013<0,05$) ($p=0,043<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin normal yaşantısında psikiyatri hastası ile karşılaşmış olan hemşirelerin karşılaşmamış olanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutundan ($p<0,001$) ve ölçek toplam puanından ($p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin normal yaşantısında psikiyatri hastası ile karşılaşmış olan hemşirelerin karşılaşmamış olanlara göre, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük ve Utanma alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldı ($p<0,01$).

Bireysel özellikler doğrultusunda yapılan karşılaştırmalarda hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, meslekteki çalışma yılının psikiyatri

hastalarına karşı inançları etkilediği, anne ve babanın eğitim durumunun hemşirelerin inançlarını etkileyemediği bulundu.

8.1.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Sonuçları

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin İyi Niyet ve Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu ($p=0,041<0,05$) ($p=0,014<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre, Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin İyi Niyet alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldı ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni duruma göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı kuruma göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı birime göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı birimdeki görevine göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre 1-4 yıl hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin

Korku/Dışlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulundu ($p=0,001<0,01$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin psikiyatrik özgeçmişi olma durumuna göre hemşirelerin ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin psikiyatrik soy geçmişi olan hemşirelerin, psikiyatrik soy geçmişi olmayanlara göre Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldı ($p=0,013<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin daha önce psikiyatri dersi alan hemşirelerin, almayanlara göre Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi ($p<0,05$) ve Korku/Dışlama ($p<0,001$) alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldı ($p=0,015<0,05$) ($p=0,000<0,001$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin annesinin eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi ve Korku/Dışlama alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu ($p=0,003<0,01$) ($p=0,001<0,01$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin babasının eğitim durumuna göre hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin İyi Niyet ve Korku/Dışlama alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu ($p=0,001<0,01$) ($p=0,004<0,01$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin normal yaşantısında psikiyatri hastası ile karşılaşan hemşirelerin, karşılaşmayanlara göre Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldı ($p=0,000<0,001$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin klinikte psikiyatri hastası ile karşılaşan hemşirelerin, karşılaşmayanlara göre Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları

Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı bulundu ($p=0,001<0,01$).

Bireysel özellikler doğrultusunda yapılan karşılaştırmalarda hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, meslekteki çalışma yılının psikiyatri hastalarına karşı tutumlarını etkilemediği, ruh hastalarına karşı tutumlarının değişmediği bulundu.

8.1.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Sonucu

Araştırmaya katılan hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin İyi Niyet alt boyutu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Utanma Alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,134$, $p=0,011$).

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Tehlikeli alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,200$, $p=0,000$).

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Utanma alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,239$, $p=0,000$).

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutu ile ölçek toplam puanı ile istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf güçte bir ilişki bulundu ($r=0,169$, $p=0,001$).

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,523$, $p=0,000$).

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutu ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Tehlikeli alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,217$, $p=0,000$).

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin Korku/Dışlama alt boyutu ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,457$, $p=0,000$).

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin alt boyutların karşılaştırılmasında hemşirelerin korku/dışlama davranışı sergiledikleri, ruh hastalarına karşı inançlarının zamanla utanma olarak değiştiği bulundu.

8.2. ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda ;

- Hemşirelerin eğitim düzeyinin arttırılması ruh sağlığı sorunu yaşayan hastalara karşı bakış açısını değiştirebilir. Hemşirelerin okuldaki eğitimlerinde psikiyatri derslerine ve ders içeriklerinde ruh hastalığına ağırlık verilmesi,
- Hemşirelerin eğitim sürelerince ruh sağlığı sorunu yaşayan hastalara yönelik tutum ve davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Mezuniyet sonrası eğitimlere devam edilebilir. Hizmet içi eğitim programlarında bu konulara ağırlık verilmesi ve çeşitli eğitim programlarına hemşirelerin katılımının sağlanması,
- Normal yaşantılarında psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarının olumlu yönde olması, toplum tarafından psikiyatri hastalarına karşı olumsuz inançları değiştirebilir,
- Çeşitli eğitim araçları ile bireylerin eğitilmesi,
- Hemşirelere en az lisans düzeyinde eğitim verilmesi,

9.KAYNAKLAR

Altay B, Gönener D, Demirkıran C (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi, Fırat Tıp Dergisi,15;1,10-16.

Allport GW (1967). Attitudes, Readings in Attitudes Theory and Measurement. M Fishbein (ed.), New York, John Wiley and Sons, 1-14.

Arı F, Öz F (2005). Temel Sağlık Hizmetlerinin Birinci Basamağında Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireye Karşı Tutumları, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Ankara, 14(1):16-28.

Arısoy Ö, Eşsizoglu A, (2004). Genel ve Ruhsal Sağlığı Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreniye Bakış Açılarının Karşılaştırılması, Düşünen Adam Dergisi, 17(3): 146-153.

Argur ve ark (2010). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Kitabı, İstanbul,s:9-30.

Arkan B, Bademli K, Duran Ç.Z (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry,3(2):214-231.

Arslantaş ve ark (2010). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine İlk Kez Başvuran Hastaların Damgalanmayla İlgili İnanç, Tutum Ve Davranışları, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Erzurum, 11(1) : 11-17.

Article R (2010). The Fight Against Stigma Toward Mental Illness, TAF Prev Med Bull, 9(1): 71-78.

Aştı N.(1995) Psikiyatrik İmajın Sosyal Travma Boyutu. Ruhsal Travma.23.

Bailey SR (1998). An exploration of critical care nurses' and doctors' attitudes towards psychiatric patients. Aust J Adv Nurs 15(3): 8- 14.

Bhugra D. (1989). Attitudes towards mental illness: a review. *Acta Psychiatrica Scand*;80:1-12.

Bilge A (2006). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. M. Olcay ÇAM).

Bilici R, Sercan M, Tufan E (2013). Psikiyatri Kliniklerinde Yalıtım ve Bağlama Uygulamaları, *Düşünen Adam Dergisi*, 26:80-88.

Bostancı N (2005). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar, *Düşünen Adam Dergisi*,18(1):32-38.

Bostancı N ve Aştı N (2004). Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, *Düşünen Adam Dergisi*, 17(2), S: 87-93.

Çam O, Bilge A (2011). Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi, *Yeni Symposium Dergisi*,49(3):131-140.

Çam O, Bilge A (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,9:91-96.

Çam O ve Bilge A (2007). Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,8:215-223.

Çapan B.E. (2012). Davranış Bilimine Giriş, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını; 2535,2;124.

Çıtak G.T, Akansel N, Özdemir A (2010). Hemşirelik Ve Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Meslek Seçimlerini Etkileyen Faktörler, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,3;1,26-32.

Çıtak E. A ve ark (2010). Başkent Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı İnançlarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 68–73.

Doğan S.(1992). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ruh Hastaları ve Hastalıklarına Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Esnaf Ofset, Sivas, 783-787.

Dündar S.E, Oğuz A, Aldırmaz F. (1984). Halkın Psikoz, Paranoid Bozukluk ve Depresyona Yönelik Tutumları ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Kriz Dergisi, 3(1-2), 241-249.

Eker D, Arkar H (1995). “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı”, Geçerlilik ve Güvenirliği, Türk Psikoloji Dergisi, 7(23),45-55.

Erbaydar NP, Çilingiroğlu N (2010). Tıp Eğitimi Geleceğin Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte Midir?, Türk Psikiyatri Dergisi, 21(2);114-125.

Eroğlu T, Kılıç H.Ç. (2005). Türk İnançları ve İnanışları, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 49(1):749-770.

Ersoy M. A (1999). Psikiyatri ve Sosyal Bilimlerin İlişkisi, Klinik Psikiyatri, Ankara, 2: 230-238.

Eşsizoglu A, Arısoy Ö (2008). Hemşirelerin Depresyona ve Depresyon Hastalarına Karşı Tutumları, Dicle Tıp Dergisi, Diyarbakır, 35(3): 167-199.

Iozzi, L. A. (1989). What Research Says to the Educator Part One: Environmental Education and the Affective Domain. The Journal of Environmental Education, 20 (3), 3-9.

Karahan M (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları Ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 6(1): 27-34.

Karadağ G, Uçan Ö (2006). Hemşirelik Eğitimi ve Kalite, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3),43.

Karamanoğlu Y.A, Özer G.F, Tuğcu A (2009). Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi, Fırat Tıp Dergisi,14(1):12-17.

Kaya N, Turan N, Öztürk A (2011). Erkek Hemşire İmgesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8;1.

Kırpınar İ (2012). Erzurum Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniğine Yatan Hastalarda Ruhsal Bozukluklar Nedeni İle Tıp Dışı Kişilere Başvurma Üzerine Bir Araştırma, Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,5:24-28.

Kocaman N (2004). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Rolü Nedir?, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 8,3;107-118.

Metin Ö. Özer F.G. (2007). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenebilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,10:1.

Moran M.(2008),. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına İlişkin Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Oban G, Küçük L (2010). Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2;1,31-39.

Oban G, Küçük L (2011). Lise Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik Bilgilendirme Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi, Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi,9;2,35-41.

Özbaş D, Küçük L, Buzlu S (2008). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları, Düşünen Adam Dergisi,21(1-4): 14-23.

Özbaş D ve Buzlu S (2011). Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,19(3):187-193.

Özgür G. Gümüş A.B. Gürdağ Ş. (2011). Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,24:296-305.

Özer Ş (2009). Ülkemizin Bir ‘Ruh Sağlığı Yasası’na Herkes İçin, Ulaşılabilir, Yaygın Ruh Sağlığı Hizmetine İhtiyacı Var, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni,12(3):19.

Özkan S, Yılmaz E (2006). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Ulusal Cerrahi Kongresi, Antalya.

Özmen E ve ark (2003). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyona Yönelik Tutumları, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 87-97.

Öztürk M. (2007). Sokakta Çalışan ve Suç İşlemiş Çocukların Toplumsal ve Bireysel Uyu ve Davranış Bozukluklarının Ölçülmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Danışman; Prof. Dr. Tülin İçli, Ankara.

Pelin S.Ş (2000). Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu, Klinik Psikiyatri, Ankara,3:117-125.

Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. Br J Psychiatry,6,182:342.

Pektaş ve ark (2006).Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü, Anadolu Psikiyatri Dergisi,7:43-48.

Saillard EK (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Önerileri, Türk Psikiyatri Dergisi, 21(1): 14-24.

Şavaş ve Ark (2006). Türkiye’nin Güneydoğusunda Psikiyatrik Hastalıklar Bağlamında Psikiyatri ve Psikoloji İle İlişkili Bilgi ve Tutumlar: Gaziantep Şehrinden Bir Kesinti, Anadolu Psikiyatri Dergisi,7:140-149.

Talcan ve ark (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi,7:100-108.

Tanel ve ark (2007). Fizik Öğretmen Adaylarının Öğretmenlik Mesleğine İlişkin Tutumlarının Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,22(2).

Taşkın E.O, Özmen D, Özmen E, Demet M.(2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofren ile ilgili tutumları, 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Ankara, 77.

Tutuk A, Al D, Doğan S (2002). Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 6(2): 36-45.

Üçok A (2003). ‘Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?’, Klinik Psikiyatri,6(Ek 1):3-8.

Üçok A, Erkoç Ş, Ataklı C, Polat A. (2001). Psikiyatri dışındaki hekimlerin şizofreniye ilişkin tutumları. 5. Bahar Sempozyumları,s.46, Antalya.

Ünal S ve ark (2010). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,23(3).

Yılmaz ve ark (2006). Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının İncelenmesi, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi,15;6:92.

Yüksel İ (2005). İşsizlik Olgusunun Psikolojik Boyutu: Görgül Bir Araştırma. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi;60: 256-74.

Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J.(1996). Public education for community care. A new approach. Br J Psychiatry ,7,168-441.

10. EKLER:

EK-1 Demografik Bilgi Formu

EK-2 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç (RHİÖ)

EK-3 Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ)

EK-4 Sağlık Bakanlığı Yazılı Araştırma İzni

EK-5 Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi Yazılı Araştırma İzni

EK-6 Balıklı Rum Hastanesi Yazılı Araştırma Uygulama İzni

EK-7 Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Araştırma İzni

EK-8 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği İzin Yazısı

EK-9 Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği İzin Yazısı

EK-10 Etik Kurul Onam Yazısı

EK-1 Demografik Bilgi Formu

1) Yaşınız ?

1 () 24-29

2 () 30-44

3 () 45-60

2) Cinsiyetiniz?

1 () Kadın

2 () Erkek

3) Medeni Durumunuz?

1 () Bekar

2 () Evli

3 () Dul

4 () Diğer

4) Eğitim Durumu

1 () Sağlık Meslek Lisesi Mezunu

2 () Ön Lisans Mezunu

3 () Yüksekokul Mezunu

4 () Lisansüstü Eğitim Yapıyor

5 () Lisansüstü Eğitim Mezunu

5) Meslekte Çalışma yılı

1 () 0-1 yıl

2 () 1-4 yıl

3 () 5-10 yıl

4 () 11- 20 yıl

5 () 20 yıl ve üzeri

6) Annenin Eğitim Durumu

- 1 ☐ Okur- Yazar Değil
- 2 ☐ Okur – Yazar
- 3 ☐ İlkokul
- 4 ☐ Ortaokul
- 5 ☐ Lise
- 6 ☐ Yüksek Okul Mezunu

7) Babanın Eğitim Durumu

- 1 ☐ Okur- Yazar Değil
- 2 ☐ Okur – Yazar
- 3 ☐ İlkokul
- 4 ☐ Ortaokul
- 5 ☐ Lise
- 6 ☐ Yüksek Okul Mezunu

8) Psikiyatrik Özgeçmişiniz Var mı?

- 1 ☐ Evet
- 2 ☐ Hayır

9) Ailede Psikiyatrik Özgeçmiş Olan Var mı?

- 1 ☐ Evet
- 2 ☐ Hayır

10) Çalıştığınız Kurum

- 1 ☐ Özel Hastane
- 2 ☐ Üniversite Hastanesi
- 3 ☐ Devlet Hastanesi

11) Çalıştığınız Birim Hangisi?

- 1 ☐ Dahiliye
- 2 ☐ Cerrahi
- 3 ☐ Acil
- 4 ☐ Yoğun Bakım
- 5 ☐ Poliklinikler

12) Şuan Çalıştığınız Birimde Hangi Görevde Çalışıyorsunuz?

- 1 ☐ Klinik Hemşiresi
- 2 ☐ Sorumlu Hemşire
- 3 ☐ Başhemşire
- 4 ☐ Poliklinik Hemşiresi

13) Psikiyatri Hastasıyla Normal Yaşantınızda Karşılaştınız mı?

- 1 ☐ Evet
- 2 ☐ Hayır

14) Çalıştığınız Klinikte Psikiyatri Hastası ile Karşılaştınız mı?

- 1 ☐ Evet
- 2 ☐ Hayır

15) Psikiyatri Hastalıkları ile İlgili Ders Aldınız mı?

- 1 ☐ Evet
- 2 ☐ Hayır

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 yanıtlarınızı belirtiniz.

Ölçek Değerlendirmesi:

0.Tamamen Katılmıyorum	1.Çoğunlukla Katılmıyorum	2.Kısmen Katılmıyorum	3.Kısmen Katılıyorum	4.Çoğunlukla Katılıyorum	5.Tamamen Katılıyorum
---------------------------	------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------------------------	--------------------------

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

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

Ek.3.

RUHSAL SORUNLARI OLAN BİREYLERE YÖNELİK TOPLUM TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (RSTTÖ)

Aşağıda ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumlarını ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Her bir madde ruhsal sorunlu bireylere yönelik tutumları anlamaktadır. Bu maddelerde tutumun derecesini belirleyen beş seçenek vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun rakamı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1.Tamamen Katılıyorum	2.Katılıyorum	3.Kararsızım	4.Katılmıyorum	5.Kesinlikle Katılmıyorum
-----------------------	---------------	--------------	----------------	---------------------------

Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği	1	2	3	4	5
1.Birisi, bir ruh hastalığı belirtisi gösterdiğinde hemen hastaneye yatırılmalıdır.					
2.Sağlığa ayrılan bütçeden ruh hastalıklarının tedavisine daha fazla kaynak ayrılmalıdır.					
3.Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bir çoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır.					
4. Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum için bir yüküdür.					
5.Bir semte ruh sağlığı hizmetleri veren bir kurumun açılması o semtin değerini azaltır.					
6.Ruhsal bozuklukları olan bireyler uzun zamandan beri alay konusu olmaktadır.					
7.Ruh sağlığı hizmetleri bugünkünden daha çok topluma yönelmelidir.					
8.Halkın ruhsal bozuklukları olan bireylerden koruma					

daha az gündemde tutulmaktadır.					
9.Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan harcamalardaki artış, vergilerin boşa gitmesi anlamına gelir.					
10.Ruhsal bozuklukları olan hastaların diğer insanlarla birlikte aynı semtte yaşaması tedavileri için iyi olabilir. Ama orada yaşayanlar için büyük bir risk vardır.					
11.Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutuma ihtiyaç vardır.					
12.Bir semtte yaşayanlar, gereksinimlerini karşılamak için o semtte ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesini kabul etmelidirler.					
13.Ruhsal bozuklukları olan bireylere verilen hizmet yeterlidir.					
14.İnsanların, semtlerinde ruh sağlığı hizmetleri veren kırımların çalışmasına karşı direnmelerinde haklı nedenleri vardır.					
15.Bir semtte ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılması orada yaşayan insanlar için herhangi bir tehlike içermez.					
16.Ruh sağlığı bozuklukları olan bireyler sempatiimize layık değillerdir.					
17.Ruh sağlığı kurumları yerleşim yerlerinden uzak tutulmalıdır.					
18.Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakım sağlamakla yükümlüyüz.					
19.Oturdukları semtte ruh sağlığı hizmeti almak için gelmiş olan insanlardan semt sakinlerinin hiçbir şekilde korkmasına gerek yoktur.					
20.Ruhsal bozuklukları olan bir bireyden sakınmak en iyi yapılması gereken şeydir.					
21.Bir yerleşim bölgesinde ruhsal bozuklukları olan bireylerin yaşamakta olduğunu düşünmek ürkütücüdür.					

TURKIYE KAMU HASTANELER KURUMU
İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Sayı :51800557 /
Konu : Araştırma İzni hk.

.../.../2013

10.06.2013* 11725

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

- İlgi:a) 11.03.2013 tarih 126 sayılı yazınız
b) 11.03.2013 tarih 127 sayılı yazınız
c) 21.05.2013 tarih 188 sayılı yazınız

Üniversiteniz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba ELÇİ'nin Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “*Hemşirelerin Ruh Sağlığına Yönelik İnançları ile Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplumsal Tutumları Arasındaki İlişki*” konulu çalışmayı Fakülteniz ile Genel sekreterliğimiz arasında imzalanan protokol doğrultusunda Genel Sekreterliğimize bağlı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Op. Dr. İdris KURTULUŞ
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Gelen Evrak
Tarih: 26.06.13
Sayı: 336
Ek : -



Belgrat Kapı Yolu No. 2 Zeytinburnu - İSTANBUL
(Abdi İpekçi Spor Salonu Arkası)
Tel. : (0212) 547 16 00 (4 Hat) - 664 21 80 (4 Hat)
Fax : (0212) 510 28 75

2541/1632
Tarih 16/03/2013

İlgili Makama,

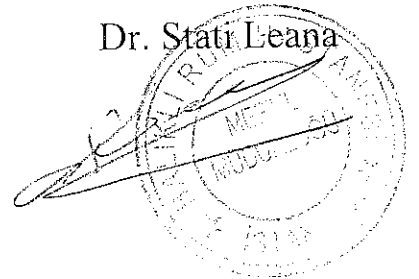
T.C Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans bölümünün 21.01.2011.019 nolu II. sınıf öğrencisi Tuba ELÇİ hastanemizin Dahiliye, Cerrahi, Yoğun Bakım ve Acil birimlerinde anket uygulamıştır.

Bilgilerinize arz olunur.

Balıklı Rum Hastanesi Vakfı

Mes'ul Müdür

Dr. Stati Leana





T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 128
KONU:

11.03/2013

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Tuba ELÇİ'nin Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Hemşirelerin Ruh Sağlığına Yönelik İnançları ile Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplumsal Tutumları Arasındaki İlişki" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gereğini arz ederim.

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdür V.

Ek (1): Anket Formu

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
GELEN EVRAK

Kayıt Tarihi	Kayıt No	Ek
29.05.2013	4994-dur	

İzmir Tıp Fakültesi Hastanesi
Doç. Dr. Adem AKÇAKAYA
Hastane Genel Koordinatörü

Hemşirelik Hizmetleri
Bastanme idare
güvenli ortamı

15.4.2013
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Doç. Dr. Adem AKÇAKAYA
Hastane Genel Koordinatörü

T.C. BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	
Tarih	15.05.2013
Sayı	1564
Konu	Hem Hk2



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

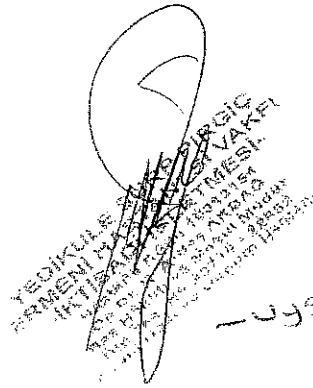
SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 235
KONU:

08.07.2013

SURP PİRGİÇ ERMENİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE

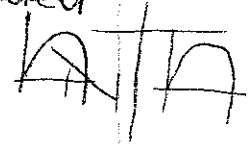
Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba ELÇİ'nin Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı *"Hemşirelerin Ruh Hastalığına Yönelik İnançları ile Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplumsal Tutumları Arasındaki İlişki"* konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.


Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdür V.


YEDİKULE SURP PİRGİÇ
ERMENİ HASTANESİ VAKFI
İHTİSASİ HEMŞİRELİK
HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ
Uzm. Hemş. Anita KARACA
Başhemşire
1577 - 1079

Ek(1):Anket Formu

Uygundur
YEDİKULE SURP PİRGİÇ
ERMENİ HASTANESİ VAKFI
Uzm. Hemş. Anita KARACA
Başhemşire
1577 - 1079





T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 16
KONU:

14/05/2013

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Tuba ELÇİ'nin *"Hemşirelerin Ruh Sağlığına Yönelik İnançları ile Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplumsal Tutumları Arasındaki İlişki"* isimli araştırması kurulumuzun 08.05.2013 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

EK-8 AYŞEGÜL BİLGE'DEN ALINAN İZİN BELGESİ

Konu: Re: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği

Kimden: aysegul.bilge@ege.edu.tr

Gönderme tarihi:02 Ağustos 2013 Cuma 16:46:15

Kime: "elçi tuba" (t_e_01@hotmail.com)

Sevgili Tuba,

Ölçeğime ilgin için teşekkürler. Ancak inanç ölçeği bana aitken, tutum ölçeği Beyhan Bağ'a ait. Bu nedenle inanç ölçeği ile ilgili bilgileri ekli dosyada gönderiyorum. Çalışmanızda kaynağı kullanmanızı ve bulgularınızı paylaşmanızı rica ediyorum.

Başarılar

Doç.Dr.Ayşegül BİLGE

E.Ü.Hemşirelik Fak.

Ruh Sağ. ve Hast. Hem AD

EK-9 BEYHAN BAĞ'DAN ALINAN İZİN BELGESİ

Konu:

Kimden: beyhan bag (beyhanbag@yahoo.com).

Gönderme tarihi:05 Ağustos 2013 Pazartesi 17:46:16

Kime: elçi tuba (t_e_01@hotmail.com)

Sayın Tuba elci,

Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum tutumları Ölçeği yle ilgili tüm bilgileri yök tüm metnin indirilmesine müsade ettigim doktora tezimde ulasabilirsiniz.Calismalarinizda kolayliklar dileklerimle

beyhan bag

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Tuba Elçi
Doğum Yeri ve Tarihi : Osmaniye / 01.06.1985
Yabancı Dil :
E-posta Adresi : tuba_elci01@hotmail.com
Tel : 05340383585

Eğitim ve Akademik Durum

Mezun Olduğu Kurumun Adı:	Mezuniyet Yılı
Lise: Adana Kız Lisesi	2002
Lisans: Haliç Üniversitesi	2011

İş Tecrübesi

Görev:	Süre
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	1 Yıl
29 Mayıs Hastanesi	4 Ay
Universal Aksaray Hastanesi	4 Ay
Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi	9 Ay (Halen)

Bildiriler/Yayınlar:

Üniversite Öğrencilerinde İnternet Kullanımı ve Yalnızlık (Bitirme Projesi) (9. Uluslar arası Katılımlı-Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi-Fethiye/ Poster).