



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN FONKSİYONEL
NÖROLOJİK SEMPTOM BOZUKLUĞU
(KONVERSİYON BOZUKLUĞU) OLAN
BİREYE YAKLAŞIM KONUSUNDA BİLGİ
VE İNANÇ DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ

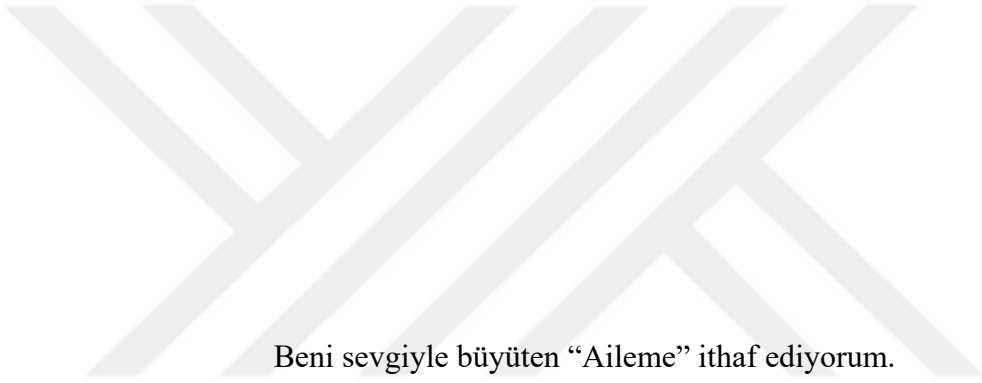
MERVE BOY ESİN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ELVAN EMİNE ATA

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
MAYIS/2023

İTHAF



Beni sevgiyle büyüten “Aileme” ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitim hayatımın başından sonuna kadar fikir ve taleplerimi göz önünde bulundurarak bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren sevgili hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Elvan Emine ATA'ya,

Çalışmada kullanılan veri toplama formunun şekillenmesinde öneri ve katkıda bulunan değerli hocalarıma,

Çalışmaya gönüllü olarak katılan ve yardımlarını esirgemeyen tüm hemşire arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında beni her zaman cesaretlendiren, desteğini ve merhametini kalbimde hissettiğim, bana pes etmeden çalışmayı ve sabretmeyi öğreten, benimle üzülüp benimle gülen biricik annem Ümit BOY'a,

Her şeyin en iyisine sahip olmam için çabalayan, destekleyen ve sevgisini hiç esirgemeyen sevgili babam Mesut BOY'a,

Bu süreçte bana sabır, anlayış, sevgi ve sonsuz fedakârlık gösteren her anlamda hayatımı kolaylaştıran canım eşim Burak ESİN'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ÖZET	x
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. TANIM.....	4
2.2. TARİHÇE	4
2.3. EPİDEMİYOLOJİ	5
2.4. ETİYOLOJİ	5
2.5. BELİRTİ VE BULGULAR	7
2.6. TANI ÖLÇÜTLERİ.....	7
2.7. TEDAVİ.....	9
2.8. HEMŞİRELİK BAKIMI.....	11
2.9. HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARI	13
2.10. FONKSİYONEL NÖROLOJİK SEMPTOM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARI İNCELEYEN ÇALIŞMALAR.....	14
2. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	17
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	17
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	17
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	18
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	18
3.4.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale).....	18
3.4.3. Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu Olan Bireye Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları Belirleme Formu	19
3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI	20
3.6. ETİK KONULAR	20
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	20
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLARI	21

3. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	38
5.1. HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIKLARLA İLGİLİ GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	38
5.2. HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	39
5.3. HEMŞİRELERİN FONKSİYONEL NÖROLOJİK SEMPTOM BOZUKLUĞU OLAN BİREYE YÖNELİK BİLGİ VE YAKLAŞIMLARINI BELİRLEME FORMU PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	40
5.4. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	41
5.5. FONKSİYONEL NÖROLOJİK SEMPTOM BOZUKLUĞU OLAN BİREYE YÖNELİK BİLGİ VE YAKLAŞIMLARI BELİRLEME FORMUNUN PUAN ORTALAMALARI İLE HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	46
5.6. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ İLE FONKSİYONEL NÖROLOJİK SEMPTOM BOZUKLUĞU OLAN BİREYE YÖNELİK BİLGİ VE YAKLAŞIMLARI BELİRLEME FORMUNUN KORELASYON BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	48
6.1. SONUÇLAR.....	48
6.2. ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR.....	52
EKLER.....	58

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1: Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N:121).....	22
Tablo 4.2: Hemşirelerin ruhsal hastalıklarla ilgili görüşlerinin dağılımı (N:121).....	23
Tablo 4.3: Hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı (N:121)	24
Tablo 4.4: Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formuna verdikleri yanıtlar (N:121).....	26
Tablo 4.5: Hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları	27
Tablo 4.6: Hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formu puan ortalamaları.....	27
Tablo 4.7: Hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formu ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki (N:121)	28
Tablo 4.8: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:121)	29
Tablo 4.9: Hemşirelerin ruhsal hastalıklarla ilgili görüşlerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:121)	32
Tablo 4.10: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formu puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:121).....	33
Tablo 4.11: Hemşirelerin ruhsal hastalıklarla ilgili görüşlerine göre fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:121).....	35

SİMGELER VE KISALTMALAR

ALS	: Amyotrofik Lateral Skleroz
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BMI	: Beliefs toward Mental Illness Scale
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DSM-4	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın Dördüncü Versiyonu
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın Beşinci Versiyonu
EEG	: Elektroensefalogram
EKG	: Elektrokardiyografi
FNSB	: Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu
FNSD	: Functional Neurological Symptom Disorder
ICD-10	: International Classification of Disease-10
IM	: Intramuscular
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
PHQ-15	: Hasta Sağlığı Anketi
PIT	: Psikodinamik Kişiler Arası Terapi
PNES	: Psikojenik Epileptik Olmayan Nöbet
RHiÖ	: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
TMS	: Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ACIL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN FONKSİYONEL NÖROLOJİK SEMPTOM BOZUKLUĞU (KONVERSİYON BOZUKLUĞU) OLAN BİREYE YAKLAŞIM KONUSUNDA BİLGİ VE İNANÇ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

ÖZET

Amaç: Araştırma acil serviste çalışan hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan bireye yaklaşım konusundaki bilgi ve inanç düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini İstanbul'da bir üniversiteye bağlı şehir hastanesinin acil servisinde çalışan 121 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri; "Kişisel Bilgi Formu", "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)", ve "Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu (FNSB) Olan Bireye Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları Belirleme Formu" ile toplanmıştır. Verilerin analizinde, iki gruplu karşılaştırmalarda Student t testi ve/veya Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ANOVA ve/veya Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiye Korelasyon analizi ve/veya Ki-Kare analizleri aracılığı ile bakılmıştır. Anlamlılık seviyesi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin %57,9'unun kadın, %75,2'sinin 20-29 yaş aralığında, %65,2'sinin bekar, %71,9'unun lisans mezunu olup %46,3'ünün ruhsal bozukluğu olan bireye bakım vermeyi istemediği belirlenmiştir. RHİÖ toplam puan ortalaması $46,36 \pm 15,80$ olup orta düzeyde olduğu bulunmuştur. FNSB'li bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun alt başlık puan ortalamaları hastalıkla ilgili bilgiler $7,90 \pm 1,43$, hastalığa yönelik düşünceler $5,42 \pm 2,43$, tedavi yaklaşımı $2,79 \pm 1,13$ ve hemşirelik yaklaşımı $6,98 \pm 1,86$ olarak saptanmıştır. Hastalığa yönelik düşünceler ile RHİÖ'nün toplam ve tehlikelilik alt boyutunda negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$).

Sonuç: Acil serviste çalışan hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yaklaşım konusundaki bilgi ve inanç düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve hemşirelerin ruhsal hastalığa ilişkin düşünceleri olumsuzlaştıkça inançlarının bundan olumsuz etkilendiği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Acil Servis, Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu,
Hemşirelik



**DETERMINATION OF KNOWLEDGE AND BELIEF LEVELS OF NURSES
WORKING IN THE EMERGENCY DEPARTMENT ON APPROACH TO
INDIVIDUALS WITH FUNCTIONAL NEUROLOGICAL SYMPTOM DISORDER
(CONVERSION DISORDER)**

ABSTRACT

Aim: The research was conducted to determine the knowledge and belief levels of nurses working in the emergency department about the approach to individuals with functional neurological symptom disorder (conversion disorder).

Materials and Methods: The universe of the descriptive study consisted of 121 nurses working in the emergency department of a university city hospital in Istanbul. Research data; It was collected with the “Personal Information Form”, the “Beliefs toward Mental Illness Scale (BMI)”, and the “Information and Approaches Determination Form for Individuals with Functional Neurological Symptom Disorder (FNSD)”. In data analysis, Student's t test and/or Mann-Whitney U test were used for two-group comparisons, and ANOVA and/or Kruskal-Wallis H test for three or more group comparisons. The relationship between the variables was examined through correlation analysis and/or chi-square analysis. The significance level was accepted as 0.05.

Results: 57.9% of the nurses are women, 75.2% are between the ages of 20-29, 65.2% are single, 71.9% are undergraduate graduates and 46.3% are giving care to individuals with mental disorders determined didn't want. The average total score of BMI is 46.36 ± 15.80 , which is moderate. The sub-heading mean score of the form for determining the knowledge and approaches towards the individual with FNSD was 7.90 ± 1.43 for the information about the disease, 5.42 ± 2.43 for thoughts about the disease, treatment approach was determined as 2.79 ± 1.13 and nursing approach as 6.98 ± 1.86 . A negative significant correlation was found between thoughts about the disease and BMI total and dangerousness sub-dimensions ($p < 0.05$).

Conclusion: It can be said that the level of knowledge and belief of the nurses working in the emergency department about the approach to the individual with functional neurological symptom disorder is at a moderate level, and as the nurses' thoughts on mental illness become negative, their beliefs are negatively affected.

Keywords: Emergency Service, Functional Neurological Symptom Disorder, Nursing, Emergency Service



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu ruhsal sıkıntının nörolojik ve tıbbi bir nedenle ilişkisi olmayan, fiziksel ifadesi olarak tanımlanabilen epileptik olmayan bayılma, güç kaybı, anormal hareketler, yutamama, anestezi, konuşamama gibi semptomlarla karakterize bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır (1,2). FNSB; “histeri”, “dönüşüm bozukluğu”, “somatoform bozukluklar” ve “konversiyon bozukluğu” gibi çeşitli kelimelerle de ifade edilmektedir (3). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı’nın beşinci versiyonunda (DSM-5)’te “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu (FNSB) olarak adlandırılmıştır (3,4).

Yapılan çalışmalarda Türkiye’de FNSB’nin görülme oranı %4,5-32 arasında olup, kadınlarda ve gençlerde daha sık karşılaştığı bulunmuştur. Ayrıca ayaktan hasta başvurularının yaklaşık %30-50’sini FNSB’li bireyler oluşturmaktadır. Bu bireyler de FNSB’ye ek olarak majör depresif bozukluk (MDB), kişilik bozukluğu gibi ruhsal bozukluklar da eşlik edebilmektedir (5,6).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunun etiyolojisinde hastalığa eğilimli olma, ortaya çıkarıcı ve sürdürücü etkenler olarak üç ana etkenin etkili olduğu düşünülmektedir. FNSB’ye eğilimli olma; sıkıntı yaratan uyaranları psikosomatik yollarla daha kolay ifade edebilen kişilik örüntüleri, kişilik bozuklukları, cinsel kötüye kullanım öyküsünün olması, iletişim problemleri yaşama, ruhsal veya nörobiyolojik bozukluğun olması şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyde strese sebep olan ruhsal çatışmalar veya olaylar ortaya çıkarıcı etkenler, FNSB belirtileri sonucunda çözülen sorunun şiddetini, hastanın rolünü ve bu durumdan kazancının olup olmaması ise sürdürücü etkenler olarak nitelendirilmektedir. Diğer yandan, FNSB’nin ortaya çıkışını araştıran bazı çalışmalarda FNSB’nin yaşamın herhangi bir döneminde her bireyin gösterebileceği bir tepki ya da çoğu ruhsal bozuklukta görülebilecek bir belirti olarak değerlendirildiği görülmektedir. Hastalık sırasında ortaya çıkan tepkilerin birçok ruhsal ve fiziksel hastalıkta olduğu düşünülerek beyin görüntüleme çalışmaları, ruhsal testler ve sosyal incelemeler hastalığa neden olan faktörleri araştırmak için uygulanmaktadır (7-10).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu tanısı konulan bireyin yaşadığı belirtiler birey için gerçektir; temaruz ve yapay bozuklukta olduğu gibi kasıtlı olarak yapılmaz ve altta yatan duygusal problemin, fiziksel (nörolojik) semptomlara “dönüştürülmesi” sonucu ortaya çıkar. Psikojenik Epileptik Olmayan Nöbet (PNES), güç kaybı (parezi), yürüme bozukluğu, fonksiyonel distoni, anormal hareketler, yutamama, görme kaybı veya diplopi; işitme kaybı veya hassasiyet, konuşma sorunları (dizartri, konuşamama) gibi motor ve duyu işlevlerde bozukluklar başlıca belirtilerindendir. Bu belirtilerin gözlemlendiği durumlarda ayrıntılı fizik muayene ve görüntüleme testlerinin yapılması gerekmektedir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda genel tıbbi durumla ilişkisi olmayan olgularda FNSB açısından değerlendirmenin yapılması önerilmektedir (11-14).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireyler genellikle stresli bir yaşam olayı sonrasında yaşadığı bayılma, ayakta duramama, yürüyememe, konuşamama gibi nörolojik şikayetlerle acil servise başvurumaktadırlar. Acil ekibi, bu semptomlar ile hastalar ilk kez acil servise başvurduklarında ortaya çıkan semptomların nedenlerini araştırmak için detaylı nörolojik ve fiziksel muayene yapmakta, laboratuvar tetkikleri ve radyolojik incelemelere gereksinim duymaktadır (15,16). Yapılan çalışmalarda acil serviste FNSB'nin genel prevalansı %0,4 ile %4 arasında olduğu rapor edilmiştir. Ancak tanısız kodlamadaki tutarsızlık ve yetersiz tanıma nedeniyle bu oranların düşük olduğu tahmin edilmektedir (15).

Özellikle çalıştıkları her alanda fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bireylerle en çok temas eden, etkileşen hemşireler; acil serviste FNSB’li bireylere bakım ve tedavi uygulamaktadır (15,17). Türkiye’de ve yurt dışında yapılan çalışmalarda hemşirelerin, fiziksel bir hastalığı bulunan bireylere göre FNSB’li bireylerin sağlık bakım hizmetine daha az layık olduğunu düşünme ve bu bireylere yönelik “semptomlarının hayal ürünü olduğunu” söyleme, “rol/numara yapmakla” suçlama gibi olumsuz etkileşimlerinin olduğu ve FNSB’ye yönelik bilgi düzeyinin düşük olduğu belirtilmektedir. Bu durum ise hastaların ihtiyaç duydukları sağlık bakım hizmetini alamaması ile sonuçlanmaktadır (16,18-21). Hastalarla acil servislerde en çok temas eden sağlık profesyonellerinden biri olan hemşirelerin FNSB konusundaki tutumları, güvenli ve nitelikli bakım vermek açısından oldukça önemlidir.

Hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları birçok çalışmaya konu olmuştur. Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve

tutulmlara sahip oldukları ve bu durumun hastalara yaklaşımlarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (17,20). Ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutumlara sahip olan hemşirelerin FNSB'li bireylere karşı olan tutumlarının da olumsuz olması beklendiktir. Oysa hemşirelerin, FNSB'nin belirtilerinin "gerçek" olduğunu kabul ederek bu belirtilerle gelen bireye empati göstermesi, bu bireylere karşı kabullenici, destekleyici, hoşgörölü bir yaklaşım içinde olması ve FNSB'nin ruhsal nedenlerle olan ilişkisini hastalara açıklaması gerekmektedir. Hemşirelerde olumlu tutumların gelişmesi ile hastalara karşı olan damgalama azalacak, kapsamlı eğitim ile birlikte kanıta dayalı bakım verme hasta memnuniyetini ve bakımın kalitesini artıracaktır. Bunun aksine sağlık ekibi üyeleri tarafından FNSB'li bireylere yönelik olan aşağılayıcı, reddedici, etiketleyici ve ayrımcı yaklaşımların hastayı toplumdan uzaklaştırdığı, hastaların semptomlarını şiddetlendirdiği ve terapötik yaklaşımı engellediği bildirilmiştir (15,16,18-21).

Yapılan literatür incelemesinde Türkiye'de acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB'ye yönelik bilgi düzeyleri ve inançları konusunda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görölmektedir. Hemşirelerin FNSB'li bireylere yönelik bilgi ve inanç düzeyinin belirlenerek elde edilen sonuçlar doğrultusunda müdahale çalışmalarının planlanmasına ışık tutacağı ve bu hastalara karşı olan ayrımcı tutumların, etiketlenmenin azaltılabileceği düşünölmüştür. Bu çalışmada acil serviste çalışan hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan bireye yaklaşım konusundaki bilgi ve inanç düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma soruları şu şekildedir:

1. Acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşım düzeyleri nasıldır?
2. Acil serviste çalışan hemşirelerin RHIÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları nasıldır?
3. Acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşım düzeyleri ile RHIÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?
4. Acil serviste çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ve ruhsal hastalıklarla ilgili görüşlerine göre RHIÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
5. Acil serviste çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ve ruhsal hastalıklarla ilgili görüşlerine göre FNSB olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşım düzeyleri arasında fark mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIM

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu, bilinen nörolojik ve tıbbi tanılarla ilişkisi olmayıp bireyin duyuşsal veya motor işlevini önemli ölçüde etkileyen belirti veya semptomlarla karakterize nöropsikiyatrik bir bozukluktur (22,23). FNSB, DSM-5'ten öncesinde "histeri", "dönüşüm bozukluğu", "somatoform bozukluklar" ve "konversiyon bozukluğu" gibi birçok terimle adlandırılmaya çalışılmış ve bu terimler teorik olarak aynı semptomları tanımlamak için kullanılmıştır (3,24) Mayıs 2013'ten itibaren ise "Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu" olarak DSM-5'de sınıflandırılmaya başlanmıştır. (24-26).

2.2. TARİHÇE

Tanımlanması güç bir tablo olan FNSB, eski çağlardan beri açıklanmaya çalışılmıştır. Dinsel yorumlamaların etkisinin büyük olduğu Antik Mezopotamya'da başlayan hastalığın kötü ruhlar ve şeytanın etkisiyle oluştuğu düşüncesi orta çağda da devam etmiş ve hastalar toplumdan dışlanarak işkencelere maruz kalmışlardır (26,27). Hipokrat ilk zamanlarda bu belirtilerin kadınlara ait bir hastalık olabileceğini açıklamış ve hastalarında gözlemlediği bu belirtilerin epilepsiyle benzerlik gösterse de histeriye ait olduğunu savunmuş, fakat ikisi arasında ayırım yapmanın güç olduğunu belirtmiştir (28). Yunanlı filozof ve hekimler histeri kavramının kadın ve erkeğin doğasında var olan üreme ihtiyacının karşılanmaması durumunda uterusun bedende sebep olduğu bozukluk olarak tanımlamışlar ve evlilik, gebe kalma gibi uygulamalarla histeriyi tedavi etmeye çalışmışlardır (26). Robert Carter, "Histerinin Patolojisi ve Tedavisi Üzerine" yazdığı kitabında histeri teriminin ilk bilimsel tanımlamasını yapmıştır (8). Jean Martin Charcot ise 1879 yılında "histerik nöbet" terimini literatüre kazandırmış ve çalışmalarında hastaların hipnotik telkinlere özellikle duyarlı olduğundan bahsetmiştir. Pierre Janet; kişilerin ruşsal sıkıntılar nedeniyle bilinçaltında yaşadığı çatışmanın, dissosiasyon yoluyla bilinçten uzaklaştırılarak hastalığa sebep olduğunu açıklamıştır (28,29).

Birinci Dünya Savaşı sırasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) yaşayan askerlere Fransız nörolog Clovis Vincent (1879–1947) ve daha sonra Gustave Roussy (1874–1948), günümüzde işkence olarak kabul edilen "Torpilage" adlı bir yöntem ile

elektrik şoku uygulamışlardır. Daha sonra bu yöntem, temaruz, yapay bozukluk ve konversiyon bozukluğunun tedavisinde de kullanılmıştır (27). Ardından, Sigmund Freud ilk kez 1895 yılında, kişinin yaşadığı zor olan duyguları bilinç dışına itip bu duygulardan kaçınarak yaşadığı ruhsal çatışmayı sembolik bir bedensel belirtiyeye dönüştürdüğü bu tabloya konversiyon adını vermiştir (27,30).

2.3. EPİDEMİYOLOJİ

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranları çeşitlilik gösterir. Yapılan çalışmalarda hastaların sıklıkla acil servise başvurdukları ve acil serviste çalışan hekimlerin öncelikle fiziksel semptomlara odaklandığı, FNSB'yi tanılamakta zorlandıkları ve bu da hastalıkla ilgili sağlıklı verilerin elde edilmesini engellediği düşünülmektedir (14,31). Aynı zamanda FNSB'nin görülme ve hastanelere başvurma oranının çok sık olduğu bilinmektedir (32,33).

Yapılan çalışmalarda FNSB'nin yetişkinlerde görülme sıklığının; Birleşik Krallıkta %15 (32), Avustralya'da %15-20, Yeni Zelanda'da %9 (34) olduğu, İngiltere'de yetişkinlerde yıllık insidansının 5/100.000 (35), New York'ta ise yıllık insidansının 22/100.000 (36) olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de (1997) FNSB'nin görülme oranının %4,5-32 arasında olduğu bildirilmektedir. Acil serviste FNSB insidansının %1,94 olduğu tahmin edilmektedir (14).

Düşük sosyoekonomik koşulların, düşük eğitim düzeyinin, düşük zeka düzeyinin, kadın cinsiyetin ve genç yaşın FNSB için risk faktörleri arasında olduğu gösterilmiştir (37,38). Ancak yapılan bir çalışmada da cinsiyetin risk faktörleri arasında olmadığı bulunmuştur (39). Ek olarak FNSB'nin; kişilik bozuklukları, duygudurum bozuklukları, psikoaktif maddelerin kullanımı ve TSSB gibi psikiyatrik bozuklukların olduğu bireylerde daha yaygın görüldüğü belirtilmektedir (35,39,40).

2.4. ETİYOLOJİ

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunun etiyolojisi tam olarak açıklanamamıştır (41). Ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde genetik-biyolojik ve psikososyal faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (42). FNSB'nin ortaya çıkmasında genel olarak kronik ağrıya bir yatkınlığın olması ve düşük serotonin seviyeleri ile ilişkilendirilmeye çalışılmış ancak anlamlı sonuçlar elde edilememiştir (43).

Genetik faktörlerin FNSB'nin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde etkili olmadığı bildirilmiştir (32). Psikososyal faktörlerde ise bastırılmış içgüdüsel dürtülerin birey tarafından semptomlara dönüştürülmesi, kişilik bozukluğunun olması, cinsel kötüye kullanım öyküsünün olması, ruhsal (depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları, duygu durum bozuklukları) bozukluğun varlığı, bireyin strese sebep olan çatışmalar-olaylar-iletişim problemleri yaşaması, bireyde bilinen bir neden olmaksızın çoklu somatik şikayetlerin (genel yorgunluk, halsizlik, ağrı vb.) varlığı, bireyin daha az eğitim almış olması, daha düşük sosyoekonomik statüye sahip olması ve kırsal alanlarda yaşaması FNSB'nin ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. FNSB belirtilerinin ortaya çıkması ile sorunların çözülmesi, hastadan rol beklentisinin düşük olması ve bu durumdan kazancı olup olmaması da hastalığın sürdürücü etkenleri arasındadır (44-46). Ayrıca ataerkil toplumda yaşama, hormonal değişiklikler, daha kolay istismara uğrayabilme, semptom gelişimine karşı verilen tepkilerin farklı olması gibi sebeplerden dolayı kadın olmanında FNSB için risk faktörü olduğu düşünülmektedir (35).

Manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları, FNSB'li bireyler de hem kortikal hem de subkortikal beyin anatomisinde farklılıklar olduğunu göstermektedir (47). Motor ve duysal belirti gösteren hastalarda beyin yapısındaki değişimleri araştıran çalışmalar günümüzde yapılmaya devam edilmektedir (48,49).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunu açıklayan kuramlar:

Psikodinamik modele göre; Freud FNSB'yi bilinç dışı çatışmanın neden olduğu anksiyetenin fiziksel belirtiler ile ortaya çıkması şeklinde açıklamaktadır. Diğer psikodinamik modeller ise; FNSB'nin bir bireyin yaşadığı travmatik olaylara ve olumsuz kişilerarası ilişkiler yaşamasının sonucunda başa çıkma mekanizmasının yetersiz olması durumunda bireyin ruhsal tepkisinin fiziksel semptomlarla ifade edileceğini savunur. Bu semptomlar yaşamın ilerleyen dönemlerinde birey başka bir travmatik olayla karşılaştığında yineleyebilir (22).

Bilişsel-davranışçı modelde; bireylerin hastalıklarla ilgili daha önceki deneyimleri ve öğrenmeleriyle ilişkili bilgi birikimine sahip olduklarını, özellikle çocukluk yıllarında birlikte yaşadıkları ya da örnek aldıkları bir bireyin ruhsal sıkıntılarını fiziksel semptomlar ile ifade ederek kaygıdan kurtulduklarını öğrendiklerini ve bu bireylerin erişkin yaşantıda aşırı endişeli durumlarda bu öğrenmelere göre hareket ederek fiziksel semptomlar ile anksiyeteden kurtulmaya çalıştıklarını savunur. Aynı zamanda

birey ortaya çıkan fiziksel belirtiler ile zamanla ikincil kazançları öğrenir ve bu öğrenilmiş tepkiyle FNSB semptomlarının daha süregelen, yineleyici olması ve bireyin farkındalığının dışında gerçekleştiği varsayılır (22,50).

2.5. BELİRTİ VE BULGULAR

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu; istemsiz tremor, tikler (51), ayakta duramama, anormal yürüme (52), distoni, kol ve bacaklarda güç kaybı (psödopleji), parezi (53), epileptik olmayan nöbet belirtileri (uzun nöbetler, göz kapağının açılmasına direnç) (23), konfüzyon, hafıza sorunu, zayıf konsantrasyon (54), kelime bulma güçlükleri, konuşamama (mutizm), ses çıkaramama (afoni), duyu kaybı (anestezi), duyu azalması (hipoestezi), duyu artması (hiperestezi), histerik sağırlık, histerik körlük, koku alamama, öksürük, hıçkırık, kusma, boğazda tıkanma, yutma güçlüğü, dokunma ya da ağrı duyusunda kayıp, çift görme, senkop gibi nörolojik semptomların ve depresyon, anksiyete gibi ruhsal semptomların tek başına ya da bu belirtilerin kombinasyonları şeklinde ortaya çıkar (55-57). Bu belirtiler gerçektir ve tedavi edilmezse ciddi işlevsellik kaybına neden olabilir (58,59).

2.6. TANI ÖLÇÜTLERİ

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu tanısı konulurken kapsamlı bir nörolojik muayene gereklidir (60). Öykü alınırken hastanın dışa vuran davranışları dikkatle izlenmelidir. Hastada istemsiz hareketler muayene sırasında aniden ortaya çıkabilir ya da öykü alma süresince hiç ortaya çıkmayabilir (61). FNSB'yi organik bozukluktan ayırmak için yapılan en yaygın test "Hoover Testi" dir. Hasta sırtüstü uzanırken doktor ellerini hastanın topuklarına yerleştirir. Fiziksel işlevde sıkıntı yaşadığı bacağını kaldırması istenir, normal bacakta aşağı doğru itme varsa FNSB düşünülebilir. Ayrıca duyu fonksiyonel işaretler (örn. orta hat bölünmesi), hareket fonksiyonel işaretleri (örn. titreme sürüklenmesi), görsel fonksiyonel işaretler (örn. tübüler görme alanı defekti), epileptik olmayan nöbet belirtileri (örn. uzun nöbetler, göz kapağının açılmasına direnç) gibi fonksiyonel bir belirtilerin olması (23), altta yatan nörolojik veya tıbbi durumları dışlamadığından, FNSB'nin tanılanması laboratuvar ve beyin görüntüleme testleri olmadan tamamlanamaz. Bu nedenle rutin laboratuvar testleri (tam kan sayımı, biyokimya, karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testi, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein vb.) ve bilgisayarlı tomografi (BT) taraması ve

MRG dahil olmak üzere nörogörüntüleme testleri hastanın hastaneye ilk başvurusunda yapılmaktadır. Epileptik nöbetler ile FNSB arasında ayırım yapmak için video elektroensefalogram (EEG) yapılması gerekebilir. Laboratuvar testleri ve görüntüleme çalışmalarının sonuçlarının FNSB'de normal olması beklenmelidir. Ancak amyotrofik lateral skleroz (ALS) ve otoimmün ilişkili nörolojik hastalıklar gibi bazı kronik nörolojik hastalıkların görüntüleme ve laboratuvar bulgularının da normal olduğu unutulmamalıdır; bu nedenle, kronik nörolojik hastalıkları düşündürmeyen semptomların izlenmesi için nörolojik takibin de yapılması önerilmektedir (62,63).

Hasta Sağlığı Anketinin (PHQ-15), FNSB'nin tanılanmasında faydalı olabilecek bir tarama aracı olduğu belirtilmektedir. Anket hastalık semptomlarının ne sıklıkla rahatsız edici olduğunu 0 ile 2 arasında bir puanla değerlendirerek, toplam aldığı puan üzerinden 5-10 puan hafif, 11-15 puan orta, >16 puan şiddetli düzeyde bedensel belirtilerin olduğunu ifade eder. Anketten alınabilecek en yüksek puan ise 30'dur (63).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu DSM-4'te somatoform bozukluklar tanı grubunda, International Classification of Disease (ICD-10)'da dissosiyatif bozukluklar tanı grubunda yer almaktadır (64). Bazı yazarlar, DSM-5'te de ICD-10'daki gibi dissosiyatif bozukluklar grubunda yer alması gerektiğini belirtmişlerdir (65). 2013 yılında DSM-5'te 'Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar' alt başlığı içerisinde yayınlanmıştır. FNSB'nin DSM-5'e göre tanı kriterleri:

A. Bir ya da birden çok, istemli devinsel (motor) ya da duyuşal işlev değişikliği ile ilgili belirtinin var olması.

B. Klinik bulgular, söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıp durumları arasında bağdaşmazlık ve uyumsuzluk olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.

C. Bu belirti ya da eksiklik başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.

D. Bu belirti ya da eksiklik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur ya da sağlık açısından değerlendirilmeyi gerektirir (4).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı'nın beşinci versiyonunda anlaşılması zor olması gerekçesiyle "istemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen belirtilerin başlaması ve alevlenmesi öncesinde psikolojik çatışmaların varlığı" ve "bu

belirti ya da bozuklukların amaçlı olarak ortaya çıkarılmadığı” maddeleri çıkarılmıştır. Bunun yanında belirtilerin stres ile ilişkisinin olup olmadığı ve belirtilerin devam ettiği süre ayrı olarak belirtilmiştir (66).

Acil serviste FNSB ile ilgili vakaların triyajı henüz standardize edilmemiştir (67) ve nörolojik acil bir durum gibi görülmesi nedeni ile triyaj kodu kırmızı verilebilir. Bu da FNSB’li bireyler de belirtilerin ruhsal bir nedenle ilişkili olduğuna inanmalarını zorlaştırabilir (68). Bu tarz yaklaşımlar hastaları belirsizliğe itebilir; teşhis edilmemiş organik durumu bulmak için başka testler ve doktorlar aramaya devam edebilirler. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının tanıyı nasıl koyacağını, ne zaman daha ileri testler yapmaya devam edeceğini ve ne zaman kesin bir sonuca varacaklarını bilmeleri önemlidir (61).

2.7. TEDAVİ

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu; dikkatli değerlendirme, tanının açık bir şekilde bütüncül tartışılması ve bireyselleştirilmiş tedavi gerektiren heterojen bir hastalıktır. Çeşitli tedavi seçenekleri için kanıtlar ortaya çıktıkça, hastaların sağlık sistemine uygun şekilde erişmesine izin verecek bir strateji geliştirilmesi önerilmektedir (69).

Farmakolojik tedavi açısından, fonksiyonel nöbetlerin tedavisinde etkili olduğu gösterilen özel bir ilaç yoktur. Hastalığa eşlik eden psikiyatrik bozukluklar varsa bu hastalıkların tedavisi için antidepresan ve antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır (10,69). Ayrıca LaFrance ve ark. (2010) yaptığı bir çalışma da serotonin seçici geri alım inhibitörü ile tedavi edilen hastalarda PNES’in azaldığı gözlemlenmiştir (70).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireyler akut semptomlar nedeni ile acil servise başvurduklarında tedavi de 5 mg Haloperidol intramuscular (IM) olarak uygulanmaktadır. Akut durum ortadan kalktığı zaman birey güvenli bir ortama alınmalı, bireyle iletişim kurulmalı, bireye açıklama yapılmalı, bireyin güvende olduğu ve anlaşıldığı vurgulanmalıdır. Hastaya uygun tedavinin hastayı psikiyatriye sevk etmek olduğu anlatılmalıdır. FNSB’li bireyler hastalıklarının psikolojik bir etiolojisi olma olasılığına karşı direnç gösterebilir ve hastalığının “organik” bir hastalık olduğunu düşünebilirler. Hastayı takip eden psikiyatristin tanıdan emin olmaması, hastanın direncini daha da artırabilir. Tanı konurken hastaya hiçbir şeyi olmadığını düşündüren yorumlar yapılmamalıdır. Tedavinin ilk önemli adımı tanının konulmasıdır (71).

Sağlık çalışanına duyulan güven ile hastalığın prognozunun pozitif ilişkili olduğu bu alanda yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (39,72). Aşamalı tedavi de doğru tanı ve konsültasyon yapılarak tedaviye başlansa bile tedavi öncesi hastanın başvurduğu nörologların, hemşirelerin, pratisyen hekimlerin bilgi düzeyinin yetersiz olması ve olumsuz tutumlarının hastanın tedaviye uyumu açısından engel olarak değerlendirilmektedir (39,73). Tanı konulduktan sonra fonksiyonel nöbetleri olan hastalarda anti-epileptik ilaçlar, kronik ağrı için opiyatlar ve etkili olmayan psikotrop ilaçlar gibi, endikasyon olmaksızın başlanmış ve hastaya zarar verebilecek ilaçları alması durdurulmalıdır (69).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunun tedavisinde hem psikodinamik hem de bilişsel davranışçı yaklaşımların etkili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur. Psikodinamik Kişiler Arası Terapi (PIT), psikodinamik psikoterapi, uzun süreli maruz kalma (eştanı TSSB olanlar için), farkındalık temelli psikoterapi, yatan hasta programları, çeşitli psikoterapiler, psikoeğitimsel müdahaleler ve transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS), hipnoz, nörolojik rehabilitasyon, komorbiditelerin tedavisi, fizik tedavi, mesleki terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kullanılan tedavi yöntemleri arasındadır (23,74,75). İkincil kazancın pekiştirilmemesi için hastalar genel bir ilke olarak çoğunlukla hastaneye yatırılarak tedavi edilmemektedir. Ancak yapılan bazı çalışmalarda fizik tedavi kliniğinde yatarak tedavi gören FNSB'li bireylerin psikiyatri servisinde yatarak tedavi görenlere göre iyileşme durumlarının ve prognozunun daha iyi olduğu belirtilmektedir (76,77).

Tedavi seçenekleri arasında BDT'nin kanıt düzeyi yüksek ve en etkili tedavi seçeneği olduğu bilinmektedir (75,78,79). BDT fiziksel semptomların hızlı şekilde düzeltilmesi değil, fiziksel semptomlara neden olan bilişleri düzenleyerek, bireyin etkili problem çözme ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesini amaçlar. Hastalar ile tedaviye başlamadan önce tedavinin hedefleri tartışılır ve üzerinde anlaşmaya varılır, ardından hastalığın bilişsel modele göre tanımlanması ve psikoeğitimi içeren bir oturum ile tedaviye devam edilir (80-82). FNSB'nin tedavisinde kullanılan bir diğer terapi yöntemi ise psikodinamik psikoterapidir. Psikodinamik psikoterapinin amacı ise; hastanın bilinçdışı çatışmalarını düzeltmek, ego fonksiyonunu güçlendirmek, öz farkındalığı ve işlevselliğini arttırmaktır (81).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu tedavi edilmezse hastaların iş, okul, sosyal yaşamları ve aile ilişkilerinde sorunlar meydana gelebilir, hastalık belirtileri şiddetlenebilir, sekonder kazançları pekişebilir, tabloya başka ruhsal hasarlar eşlik edebilir (58). FNSB'nin birçok semptomu birkaç hafta içerisinde kendiliğinden düzelmektedir ve tanı konulan bireylerin %20'si 1 yıl içinde eski haline dönmektedir (83).

2.8. HEMŞİRELİK BAKIMI

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireyler hastalık semptomları ilk kez ortaya çıktığında sıklıkla bu durumun fiziksel bir nedeni olduğunu düşünerek acil servislere başvurmaktadır. Acil servisler ise acil fiziksel semptomlara odaklanılan bir alan olması nedeni ile fiziksel semptomları ile başvuran bu hastaların fiziksel sağlık sorunlarını tanılamaya dönük hastanın vital bulgu ve elektrokardiyografi (EKG) monitorizasyonunu sağlanması, tetkikler için kan alma, radyolojik incelemelerin başlatılması, oksijen tedavisi, ilaç infüzyonu vb. uygulamaların başlatılması ile hastanın fiziksel hastalığa olan inancının pekiştirildiği bir alan haline gelmektedir (84). FNSB belirtilerinin bir iletişim biçimi, başa çıkma düzeneği ya da strese tepki olduğu düşünüldüğünde hastalara hastalık seyrinde uygulanacak psikososyal bakım ve tutum çok önemlidir (85). Bu bağlamda hemşire fiziksel semptomlara çok fazla odaklanmadan FNSB'li bireyin sorunlarını anlamasına yardım etmeli, başa çıkma stratejilerini artırma yolunda yeni davranış örüntülerini belirlemeli ve bunları ortaya koyarken terapötik iletişim yoluyla hastaya destek olmalıdır (70,83). Hastanın psikopatolojilerini tanımlarına ve semptomlarının nörolojik bir durumdan ziyade psikiyatrik bir durumdan kaynaklandığını fark etmesine yardım edilmelidir (86). Hastayla olan iletişimde belirtilerin hayal ürünü olmadığını, hastanın gerçekten acı çektiğini farkında olduğumuzu iletmek, hastayı anladığımızı göstermede etkili olabilir. Bu tanı koyulmadan önce organik tıbbi durumların araştırıldığı belirtilmelidir. Bu tabloyla ilk kez karşılaşmadığı ve bu hastalığın yaygın görüldüğü de hastaya ifade edilebilir. Hastalığa yönelik metaforlar hastalığı açıklama da kullanılabilir. Hastaya ve ailesine nöbet benzeri yaşanan belirtilerin epileptik nöbetle ilişkili olmadığı, epileptik nöbetin özellikleri açıklanarak anlatılabilir. Hastanın kaygısının artması ile semptomların kötüleşmesi arasındaki ilişki hastaya açıklanmalıdır. Psikiyatrik yardım almanın bu hastalıkta önemli olduğu vurgulanmalıdır. Psikiyatriye gitmelerinin; semptomları yönetmelerine ve üstesinden gelmelerine yardımcı olma konusunda önemli bir adım olduğu açık bir şekilde hastaya söylenmelidir.

Hastalığın iyileşme potansiyeline sahip bir hastalık olduğu, tanının netleştirilmesinin ardından uygulanacak doğru tedavi yaklaşımları ile hastanın tekrar normal yaşantısına dönebileceği anlatılmalı ve hastanın iyileşme umudu desteklenmelidir. Hastanın düzenli yaşam ve uyku alışkanlıkları kazanması, stresle baş etme, problem çözme ve atılganlık becerilerinin geliştirilmesi gibi konularda hemşire tarafından desteklenmesi gerekmektedir. Hemşirelerin hasta ile FNSB'li hastalar ile çalışırken teröpatik iletişim becerilerini kullanmaları ve hastalara karşı uygulanan damgalama ve ayrımcılık ile de mücadele etmeleri, hastanın haklarını savunmaları gerekebilir (23,69,71,87,88). Ayrıca hemşirelerin ruhsal hastalara yönelik tutumları, bireylerin hastalık prognozu üzerinde doğrudan etkilidir (89). Bu yüzden hemşireler, çalıştığı her alanda hastalık durumunda oluşabilecek duyguları veya davranışların altında yatan nedenleri anlayabilmeli ve bu doğrultuda hemşirelik sürecini uygulamalıdır (90).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu ile sağlık bakım hizmetlerine başvuran hastalara, herhangi bir patolojik kanıt olmadan çok sayıda fiziksel şikayet dile getirme ve bu şikayetlere odaklanmaya bağlı Etkisiz Baş etme; fiziksel semptomlarının organik bir hastalığa bağlı olduğu düşüncesiyle psikiyatrik bozukluk olduğunu kabul etmeyerek sık sık hastaneye başvuruda bulunmaya bağlı Bilgi Eksikliği; ciddi bir hastalığının olmasından korkma ve duyuların gerçek dışı yorumlanmasına bağlı Korku/Kaygı; herhangi bir patolojik kanıt olmadan fiziksel işlevde değişiklik ya da kayba bağlı Duygusal Algısal Bozulma; fiziksel işlevlerde değişiklik ya da kayıp nedeniyle yeme, giyinme, banyo ve tuvalet gibi öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmede isteksizliğe bağlı Kendine Bakımda Yetersizlik gibi hemşirelik tanıları konulabilir (83,91).

Etkisiz Baş etme hemşirelik tanısında; FNSB'li hastaların belirtilerinin gerçek olduğunu bilme, hastaları yargılamama, hastanın duygularını dile getirmesini sağlama, hastanın stresle baş etmesinde alternatif yöntemleri (gevşeme teknikleri, meditasyon, nefes egzersizleri vb.) belirlemesini ve öğrenmesini sağlama, empati kurma gibi hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır (83).

Bilgi Eksikliği hemşirelik tanısında; yapılan fiziksel değerlendirmeleri ve laboratuvar bulgularının amaç ve sonuçlarını hastayla tartışarak yaşadığı semptomların psikiyatrik bozukluk kaynaklı olduğunu açıklama, hastanın ruhsal problemlerinin vücudunu nasıl etkilediğiyle ilgili bilgi düzeyini değerlendirme, hastalığın tedavisi ve yönetimi konularında hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır (83).

Korku/Kaygı hemşirelik tanısında; hastanın korkularını ifade etmesini sağlama, hastanın organik bir sağlık sorunu bulunmadığını açıklama, belirtilerinin gerçekten var olduğuna dair empati kurma ve bunu hastayla paylaşma, gevşeme tekniklerini uygulaması için teşvik etme, fiziksel semptomların kötüleşmesiyle oluşan kaygının süresini ve şiddetini belirleme, hastanın fiziksel bulgularını sınırlı zaman ayırarak tartışma, hastanın dikkatini fiziksel semptomlardan uzaklaştırmak için aktivitelere yönlendirme gibi hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır (83).

Duygusal Algısal Bozulma hemşirelik tanısında, fiziksel semptomun hastaya sağladığı birincil ve ikincil kazançları belirleme, bu kazançlara odaklanmayarak hastanın bağımsızlık kazanmasına pozitif destek sağlama, fiziksel bulgularına yönelik uyumsuz tepkiyi söndürme, baş etme stratejilerini belirlemede destek verme gibi hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır (83).

Hemşirelik girişimlerinin uygulanmasından sonra hastanın fiziksel durumunu etkileyen psikolojik sorunları dile getirmesi, hastalık hakkında bilgi düzeyinin artırılması, fiziksel bulgularında iyileşme göstermesi, korkularını anlaması ve baş etme stratejilerini geliştirmesi gibi hedeflerin başarılı olup olmadığını tespit etmek için yeniden değerlendirmeler yapılır. Girişimlerin sonucunda hedeflenen amaca ulaşılmadığı durumlarda yeni girişimler planlanır ve uygulanır (83).

2.9. HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARI

Ruhsal hastalıklar sırasında görülen belirtiler birçok kişi tarafından farklı ve korkutucu olarak değerlendirilmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireyler hastalıkları nedeniyle tehlikeli, ne yapacağı belli olmayan ve korkutucu olarak algılanmaları sebebiyle toplum tarafından olumsuz tutumlara ya da ayrımcılığa maruz kalmaktadır (17,20). Bu olumsuz ayrımcı eylemler ve önyargı, damgalanma (stigma) olarak adlandırılmaktadır (92).

Son 10 yılda hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarını incelemek amacıyla yapılan bir derleme çalışmasında olumlu tutumun hastalığın prognozunu iyi yönde etkilediği; olumsuz tutumların ise ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakım için başvurularını engellediği ve hastalığın semptomlarını şiddetlendirdiği belirtilmektedir (93). Hemşirelerin ruhsal hastalıklar ile ilgili tutumlarını

etkileyen değişkenler birçok araştırmaya konu olmuştur. Çalışmalarda hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlara ve tutumlara sahip oldukları vurgulanmaktadır. Diğer yandan hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklar konusunda mesleki ve teorik eğitim aldıkları, hastalık belirtilerini tanıdıkları ve ruhsal hastalıklara karşı olan olumsuz tutumların etkisini bildikleri ancak ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik ayrımcı, reddedici ve damgalayıcı davranış, dışnce ve inançları sürdürdükleri yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. (14,16,17,20,21,93). Sağlık alışanlarının damgalayıcı tutumlarına özellikle şizofreni, bipolar bozukluk, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, intihar gibi ruhsal hastalıklara sahip olan bireylerin daha çok maruz kaldığı, ancak konversiyon bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriazis gibi ruhsal bozuklukları olan bireylerinde diğer ruhsal bozukluğu olan bireyler kadar olumsuz tutumlara maruz kaldıkları ve çoğu zaman nitelikli fiziksel ve ruhsal bakıma ulaşamadıkları da belirtilmektedir (16,18-21,90,93).

2.10. FONKSİYONEL NÖROLOJİK SEMPTOM BOZUKLUğU OLAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARI İNCELEYEN ALIşMALAR

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamadan en çok etkilenen gruplardan biri de FNSB’li bireylerdir. Özellikle FNSB’li bireyler organik bir tanı alma çabası içinde birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sıklıkla başvuruda bulunmaktadır. Genellikle bu hastalar sağlık çalışanları tarafından numara yapmakla suçlanır, görmezden gelinir, önemsenmez ve stigmaya maruz bırakılır (3,18).

Fonsiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireylerin kriz durumlarında ilk başvuru yaptıkları yer acil servistir. Birleşik krallıkta (94) ve ABD’de (37,95) FNSB’li bireylerin acil servise başvuruları araştırılmıştır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarına sık başvuran hastaların aynı zamanda acil servisleri de yüksek oranda kullandığı bulunmuştur (96). Bu bireylere yeterli bilgi verilmediği ve psikiyatriye ynlendirilmedikleri için yaşadığı kriz durumlarında hastaların acil servislere tekrar tekrar başvurduğu saptanmıştır. Sık hastane başvurularının ise yüksek maliyete ve yüke neden olduğu vurgulanmaktadır (37,94,95).

Acil servislerde hastaların ilk temas ettikleri sağlık çalışanları ise hemşirelerdir (84). Hemşirelerin FNSB’li hastalara karşı olan tutum ve inançları hastalara verecekleri bakımın kalitesini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Hemşirelerin hastalara karşı gösterdikleri olumsuz ya da damgalayıcı tutumların hastaları olumsuz etkileyebileceği,

hastalarında kendi kendilerini damgalamasına yol açabileceği konusunda farkındalık geliştirmeleri önemlidir (92). Hemşirelerin olumsuz tutumları hastaları olumsuz etkileyebileceği gibi hemşirelerinde daha fazla tükenmişlik yaşamalarına neden olmaktadır (97,98). Hemşirelerin hastalara yaklaşımları sırasında oluşabilecek olumsuz duyguları anlamaları ve bilinçli davranmaları gerekmektedir (99).

Türkiye’de hemşirelerin FNSB’li bireylere yönelik tutumlarını inceleyen sınırlı sayıda çalışma literatürde yer almaktadır. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin FNSB’ye yönelik tutumlarını araştıran bir çalışmada (2018) hemşirelerin FNSB’li bireylere telkin ederek kendilerine gelmelerini sağladıklarını, serum fizyolojik enjeksiyonu, keskin kokulu madde koklatma gibi uygulamalar yaptıkları ve taburcu olurken de hastalar için herhangi bir girişimde bulunmadıkları saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda hemşirelerde farkındalık oluşturmak, damgalama eğilimlerini azaltmak ve FNSB’li bireylerin bakımı hakkında doğru yaklaşım göstermek için eğitimlerin yapılması gerektiği belirtilmektedir (100). İskoçya’da hemşirelerin FNSB’ye yönelik tutumlarını inceleyen bir çalışmada FNSB’li bireyler hakkında olumsuz görüşlerin yaygın olduğu ve FNSB hakkında hemşirelerin bilgi eksikliği olduğu bulunmuştur (16). Londra’da yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin yaklaşık %16’sı hastaların yaşadığı semptomların gerçek olmadığını ve hastaların semptomları simüle ettiğini düşündükleri saptanmıştır (30).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireylere hemşireler dışında sıklıkla hekimlerde temas etmektedirler. Hekimlerin tutumları da hastaların tedavi süreçlerinin sağlıklı yürütülmesi için oldukça önemlidir. Marotta ve ark. (2021) İtalya’da yaptığı çalışmada, pratisyen hekimlerin FNSB hakkındaki görüşleri ve bilgi düzeyleri araştırılmıştır. Çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin FNSB’li hastaları yönetim biçimlerinden hastaların genel olarak memnun oldukları vurgulanmıştır (101). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise FNSB’nin etiyolojisi, tanı ve tedavi yaklaşımlarını inceleyen daha çok çalışma yapılması, hekimlere bu konuda eğitim verilmesi gerektiği bulunmuştur (102,103). Türkiye’de acil servis, dahiliye ve psikiyatri doktorlarıyla yapılan çalışmada acil servis ve dahiliye doktorlarının FNSB’yi 'temaruz' olarak değerlendirme eğilimindeyken, çoğu psikiyatrist FNSB’yi psikiyatrik bir durum olarak kabul ettiği sonucuna ulaşılmıştır (104). Çin’de nörologlar ile yapılan bir çalışmada hekimlerin FNSB hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları ve FNSB’li bireyler de var olabilecek başka bir

organik bozukluğu gözden kaçırma olasılığı konusunda endişe duydukları saptanmıştır. Hekimlerin ruhsal hastalıklarla ilgili tedavi kılavuzlarının eksikliği nedeniyle FNSB'li bireyleri yönetme becerilerinin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (105). Bir başka çalışma da acil serviste çalışan ancak psikiyatri rotasyonunu tamamlamayan doktorların %36'sı FNSB'li bireylerin semptomlarını kontrol edebileceğini düşündüğü bulunmuştur (106). Acil serviste hekimlerin FNSB konusunda eğitim almalarının FNSB'ye yönelik teşhis ve tedavi tercihlerini olumlu etkilediği düşünülmektedir (107). Hastaların zamanında tanınıp psikiyatriye yönlendirilmesi sağlandığında, olumlu tutum gösterildiğinde, hastanın kendisine ve ailesine yeterli bilgi verildiğinde acil servislerin kullanımının azalacağı, hastalığın prognozu açısından olumlu yönde etkili olduğu düşünülmektedir (68,108,109).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireyler ile çalışan psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, fizyoterapistler, hemşireler, pratisyen hekimler, acil servis doktorları, cerrahlar ile yapılan çalışmaların sonucunda FNSB'li hastalarla karşılaşabilecek sağlık çalışanları için sürekli eğitim programlarına ek FNSB'li hastanın bakımını anlatan modüller eklenmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır (93,110-115). Pepper ve ark. (2022) Avustralya'da acil servislerde yaptığı çalışmada da FNSB'nin görülme oranının giderek arttığı ve FNSB'li hastalara bakım verecek sağlık çalışanı sayısının artırılarak bakımın kalitesinin iyileştirilmesi önerilmektedir (34). Aynı zamanda ruhsal hastalıklara yönelik tutumların hem daha ayrıntılı irdelenmesi hem de olumlu yönde değiştirilebilmesi açısından tutum araştırmalarının sayısının artırılması ve FNSB'ye yönelik herkesin erişebileceği fndHOPE ([https:// www.fndhope.org.](https://www.fndhope.org)) gibi genel klavuzlara ihtiyaç olduğu da literatürde belirtilmektedir (70,116,117).

Araştırmada acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB'li bireye yaklaşım konusunda bilgi ve inanç düzeyleri belirlenerek bu bilgiler ışığında hastaların en iyi nasıl yönetileceği ve daha adil bakım sağlanması konusunda fikir birliği oluşturulması amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma erişkin acil serviste çalışan hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan bireye yaklaşım konusundaki bilgi ve inanç düzeylerini belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma İstanbul'da bir üniversiteye bağlı şehir hastanesinin erişkin acil servisinde çalışan hemşireler ile 1 Mart 2022-31 Temmuz 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir üniversiteye bağlı şehir hastanesinin erişkin acil servisinde çalışan 121 hemşire oluşturmuştur. Araştırma için güç analizi yapılarak örneklem büyüklüğünün yeterliliği değerlendirilmiştir. G*Power bilgisayar programı, Güç Analizi için kullanılmış olup orta etki büyüklüğünde ($d=0.39$), %90 güçte ve %5 tip I hata düzeyinde, ANOVA testinin yapılabilmesi için minimum 110 kişiden oluşan örneklem grubuna ihtiyaç olduğu saptanmıştır (118,119). Araştırmada örneklem seçimi yapılmadan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bütün hemşireler (N:121) araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Erişkin acil serviste hemşire olarak çalışmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde erişkin acil serviste çalışmamak
- Araştırmaya katılmak istememek.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri; “Kişisel Bilgi Formu”, “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale)”, ve “Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu Olan Bireye Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları Belirleme Formu” ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form çalışmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini içeren 18 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.4.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale)

Hirai ve Clum (2008) tarafından geliştirilmiş olan ve Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam tarafından yapılan RHIÖ 21 maddeden oluşmaktadır (120). Ruhsal hastalığa yönelik inancı değerlendiren ölçek maddelerinde, “ruhsal hastalık” ve “ruhsal hastalığı olan birey” şeklinde genel ifadeler yer almaktadır. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının toplam ölçek puanı için 0,82, alt ölçekler için ise 0.69-0.80 arasında olduğu saptanmıştır. RHIÖ 6’lı likert tipi bir ölçek olup; “tamamen katılmıyorum” (0), “çoğunlukla katılmıyorum” (1), “kısmen katılmıyorum” (2), “kısmen katılıyorum” (3), “çoğunlukla katılıyorum” (4) ve “tamamen katılıyorum” (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır:

a. Tehlikeli Alt Boyutu: Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseden alt ölçek 1.,2.,3.,4.,5., 6.,7. ve 13. maddeleri içermektedir.

b. Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu: Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı kişilerin yaşadığı çaresizlik durumlarından bahseden alt ölçek 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, ve 21. maddeleri içermektedir.

c. Utanma Alt Boyutu: Ruhsal hastalığa yönelik bireylerin utanma duygusu yaşadığını ifade eden alt ölçek 12. ve 15. maddeleri içermektedir.

Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının ölçeğin toplamı için 0,88; tehlikelilik alt boyutu için 0,72; çaresizlik alt boyutu için 0,85; utanma alt boyutu için 0,74 olduğu saptanmıştır ve orijinali kadar geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır (EK-2).

3.4.3. Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu Olan Bireye Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları Belirleme Formu

Araştırmacılar tarafından acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB'ye dair bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmış, hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler, tedavi yaklaşımları ve hemşirelik yaklaşımlarını kapsayan 35 sorudan oluşan bir formdur. Formun alt başlıklarından sırasıyla hastalıkla ilgili bilgiler kısmından 10, hastalığa yönelik düşünceler kısmından 11, tedavi yaklaşımları kısmından 4, hemşirelik yaklaşımı kısmından 10 puan olmak üzere formdan alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 0 olarak belirlenmiştir. Bu formda; katılımcılar madde 1-2-3-4-5-6-7-8-9-11-13-24-25-28-29-32-33-34-35 için doğru cevap şikkını, madde 10-12-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-26-27-30-31 için ise yanlış cevap şikkını işaretlediklerinde formdan tam puan alabilmektedirler. Formun hazırlanmasının ardından uzman görüşleri alınıp bu doğrultuda forma son şekli verilmiştir (EK-3).

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun uygunluğunun uzmanlar tarafından değerlendirilebilmesi için araştırmacı tarafından bir Uzman Değerlendirme Formu (EK-4) hazırlanarak uzmanlara e-posta aracılığıyla iletilmiştir. Hazırlanan soruların kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesinde Psikiyatri Hemşireliği alanında görevli 8 uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlardan formdaki maddeleri (1) Hiç Uygun Değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok Uygun maddeleriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanların ifadeleri değerlendirmeleri durumunda "Öneri" sütununa görüş ve önerilerinin belirtilmesi talep edilmiştir. Yapılan öneriler doğrultusunda bilgi ve yaklaşımları belirleme formunda özellikle uzmanların dil ve anlatım açısından kelimelerin değiştirilmesine yönelik önerilerde buldukları belirlenmiş ve gerekli görülen değişiklikler yapılarak veri toplama formuna son şekli verilmiştir. Formda yer alan maddelerin her birinin ve tamamının kapsam geçerlilik indeksi Dawis tekniği kullanılarak hesaplanmıştır. Maddelerden $KG\dot{I} \geq 0.80$ olan maddeler (4,8,10,12,17,19,24,28,33,36. Maddeler) formdan çıkarılmıştır. Kalan maddeler uzmanlardan gelen geri bildirimler doğrultusunda düzenlenmiş ve forma son şekli verilmiştir. Form toplam 35 sorudan oluşan bir form olarak araştırmada kullanılmıştır. Ölçeğin toplamı için $KG\dot{I}$ 0,88 olarak hesaplanmış olup bu değer literatürde önerilen 0,80 değerinin üzerinde bulunmuştur (121) (EK-5).

3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırma öncesi verilerin toplanabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (EK-6) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (EK-7) alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hemşirelere araştırmanın amacı, araştırma sırasında kişisel bilgilerinin gizli kalacağı, mahremiyetlerine özen gösterileceği konularında açıklama yapıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK-8). “Kişisel Bilgi Formu”, “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale)”, ve “Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu Olan Bireye Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları Belirleme Formu” hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Hemşirelerin her biri için tüm veri toplama araçlarının doldurulması tahmini 20-25 dakika sürmüştür.

3.6. ETİK KONULAR

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce çalışmaya katılan hemşirelerin haklarının korunması amacı ile “Özerklik” ilkesine göre hemşirelere bilgilendirme yapılarak “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” imzalatılmıştır (EK-8). Araştırma için öncelikle Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK-6). Ayrıca İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni alınmıştır (EK-7). Ölçekleri kullanmak için Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğini Türkçe'ye çeviren Sayın Ayşegül Dönmez ve Sayın Mahire Olcay Çam'dan e-posta aracılığı ile gerekli izinler alınmıştır (EK-9).

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, minimum, maksimum)'dan yararlanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov Smirnov analizi kullanılmıştır. Çalışmada RHİÖ toplam, tehlikelilik ve çaresizlik alt boyutları puan ortalamaları ile Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun toplam ve hastalığa yönelik düşünceler alt boyutu normal dağılıma uygun ($p>0,05$) dağılım göstermiştir. Verilerin analizinde, iki gruplu

karşılaştırmalarda Student t testi ve/veya Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ANOVA ve/veya Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiye Korelasyon analizi ve/veya Ki-Kare analizleri aracılığı ile bakılmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLARI

Araştırmaya İstanbul ilinde bir üniversiteye bağlı şehir hastanesinin acil servisinde çalışan hemşireler dahil edilmiştir. Araştırma verilerin sadece bir hastanede toplanması nedeni ile araştırma sonuçları örnekleme alınan hemşirelerin verdiği bilgilerle sınırlıdır. Araştırma verilerinin yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmasından dolayı verilerin güvenilirliği katılımcıların verdikleri bilgilere dayalıdır.

3. BULGULAR

Bu bölümde acil serviste çalışan hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan bireye yaklaşım konusunda bilgi ve inanç düzeyleri belirlenerek ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular ele alınmıştır.

Tablo 4.1: Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N:121)

Değişkenler	n	%
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	70	57,9
Erkek	51	42,1
<u>Yaş</u>		
20-29 yaş	91	75,2
30-39 yaş	18	14,9
40 ve üstü	12	9,9
<u>Medeni durum</u>		
Bekar	79	65,2
Evli	40	33,1
Dul	2	1,7
<u>Eğitim durumu</u>		
Lise	8	6,6
Önlisans	19	15,7
Lisans	87	71,9
Yüksek Lisans	7	5,8
<u>Ekonomik durum</u>		
İyi	12	9,9
Orta	76	62,8
Kötü	29	24,0
Çok kötü	4	3,3
<u>Meslekte toplam çalışma süresi</u>		
1 yıldan az	8	6,6
1-5 yıl	75	62
6-10 yıl	22	18,2
11 yıl ve üzeri	16	13,2
<u>Acil serviste toplam çalışma süresi</u>		
1 yıldan az	25	20,7
1-5 yıl	74	61,2
6-10 yıl	14	11,6
11 yıl ve üzeri	8	6,6
<u>Çalışılan acil birim</u>		
Sarı Alan	32	26,4
Kırmızı Alan	30	24,8
Enjeksiyon	9	7,4
Gözlem	40	33,2
Triyaj-Cerrahi Müdahale	5	4,1
Toplam	121	100.00

Araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde araştırmada yer alan hemşirelerin %57,9’unun kadın, %75,2’sinin 20-29 yaş aralığında, %14,9’unun 30-39 yaş aralığında, %65,2’sinin bekar, %6,6’sının lise mezunu, %15,7’sinin önlisans mezunu, %71,9’unun lisans mezunu, %5,8’inin yüksek lisans mezunu ve ekonomik durumlarını %62,8’inin orta olarak tanımladığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin meslekte %6,6’sının 1 yıldan az, %62’sinin 1-5 yıl, %18,2’sinin 6-10 yıl ve %13,2’sinin 11 ve üzeri yıldır çalıştığı; acil serviste ise %20,7’sinin 1 yıldan az, %61,2’sinin 1-5 yıl, %11,6’sinin 6-10 yıl ve %6,6’sı 11 ve üzeri yıldır çalıştığı ve %33,2’sinin gözlem alanında çalıştığı saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Hemşirelerin ruhsal hastalıklarla ilgili görüşlerinin dağılımı (N:121)

Değişkenler	n	%
<u>Ruhsal hastalık denildiğinde aklı ilk gelen kelime</u>		
Depresyon	39	32,2
Şizofreni	13	10,7
Bipolar	9	7,4
Anksiyete	21	17,4
Konversiyon	4	3,3
Psikiyatri	25	20,7
Öfke/saldırganlık	10	8,3
<u>Ruhsal bozukluklara yönelik bilgi alma durumu</u>		
Evet	73	60,3
Hayır	48	39,7
<u>Daha önce psikiyatri kliniğinde çalışma durumu</u>		
Evet	22	18,2
Hayır	99	81,8
<u>Daha önce ruhsal bozukluğu olan bireve bakım verme durumu</u>		
Evet	68	56,2
Hayır	53	43,8
<u>Daha önce psikiyatrik destek alma durumu</u>		
Evet	8	6,6
Hayır	113	93,4
<u>Tanıması konmuş bir ruhsal hastalığının var olma durumu</u>		
Evet	5	4,1
Hayır	116	95,9
<u>Daha önce psikiyatrik bir tedavi alma durumu</u>		
Evet	7	5,8
Hayır	114	94,2
<u>Aile de ruhsal bozukluğu olan birevin var olma durumu</u>		
Evet	12	9,9
Hayır	109	90,1
<u>Ruhsal bozukluğu olan bir bireve bakım verirken hissedilen duygu</u>		
İyi/mutlu/normal	45	37,2
Tedirgin/kötü	44	36,4
Yetersiz	13	10,7
Hassas	12	9,9
Bakım vermedim	7	5,8
<u>Ruhsal bozukluğu olan bir bireve bakım vermemi isteme durumu</u>		
Evet	65	53,7
Hayır	56	46,3
Toplam	121	100,00

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin ruhsal hastalıklara ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Ruhsal hastalık dendiğinde ilk akla gelen kelime sorusuna hemşirelerin %32,2’si depresyon, %10,7’si şizofren, %7,4’ü bipolar, %17,4’ü anksiyete, %3,3’ü konversiyon, %20,7’si psikiyatri cevabını vermişlerdir. Hemşirelerin %60,3’ü ruhsal bozukluklar hakkında bilgi aldığını, %39,7’si ise bilgi almadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %18,2’sinin ise daha önce bir psikiyatri kliniğinde çalıştığı, %81,8’inin ise çalışmadığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %56,2’sinin ruhsal bozukluğu olan bireye daha öncesinde bakım verdiğini, %43,8’i ise daha önce bakım vermediğini belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin %46,3’ünün ruhsal bozukluğu olan bireye bakım vermeyi istemediği, %53,7’sinin ise bakım vermeyi istediği bulunmuştur. Hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım verirken %37,2’sinin iyi/mutlu/normal, %36,4’ünün tedirgin/kötü, %10,7’sinin yetersiz, %9,9’unun hassas hissettiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %6,6’sının daha önce psikiyatrik destek aldığı, %93,4’ü psikiyatrik destek almadığını; %4,1’ünün tanısı konulmuş bir ruhsal hastalığının var olduğu; %5,8’inin daha önce psikiyatrik tedavi aldığı; %9,9’u ailesinde ruhsal bozukluğu olan bireyin var olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı (N:121)

Madde	Tamamen Katılmıyorum % (n)	Çoğunlukla Katılmıyorum % (n)	Kısmen Katılmıyorum % (n)	Kısmen Katılıyorum % (n)	Çoğunlukla Katılıyorum % (n)	Tamamen Katılıyorum % (n)
Madde 1	1,7 (2)	13,2 (16)	16,5 (20)	28,9 (35)	19,0 (23)	20,7 (25)
Madde 2	3,3 (4)	9,9 (12)	8,3 (10)	19,8 (24)	26,4 (32)	32,2 (39)
Madde 3	17,4 (21)	23,1 (28)	30,6 (37)	18,2 (22)	7,4 (9)	3,3 (4)
Madde 4	26,4 (32)	18,2 (22)	21,5 (26)	19,8 (24)	9,1 (11)	5,0 (6)
Madde 5	6,6 (8)	7,4 (9)	19,8 (24)	29,8 (36)	19,8 (24)	16,5 (20)
Madde 6	3,3 (4)	15,7 (19)	20,7 (25)	39,7 (48)	13,2 (16)	7,4 (9)
Madde 7	1,7 (2)	9,9 (12)	19,8 (24)	34,7 (42)	24,0 (29)	9,9 (12)
Madde 8	9,9 (12)	12,4 (15)	14,0 (17)	33,1 (40)	14,0 (17)	16,5 (20)
Madde 9	9,1 (11)	17,4 (21)	26,4 (32)	20,7 (25)	14,9 (18)	11,6 (14)
Madde 10	3,3 (4)	12,4 (15)	24,8 (30)	33,9 (41)	14,9 (18)	10,7 (13)
Madde 11	7,4 (9)	17,4 (21)	31,4 (38)	25,6 (31)	12,4 (15)	5,8 (7)
Madde 12	58,7 (71)	18,2 (22)	8,3 (10)	7,4 (9)	5,0 (6)	2,5 (3)
Madde 13	18,2 (22)	21,5 (26)	27,3 (33)	23,1 (28)	8,3 (10)	1,7 (2)
Madde 14	11,6 (14)	20,7 (25)	26,4 (32)	22,3 (27)	12,4 (15)	6,6 (8)
Madde 15	59,5 (72)	20,7 (25)	8,3 (10)	5,8 (7)	3,3 (4)	2,5 (3)
Madde 16	17,4 (21)	22,3 (27)	24,0 (29)	18,2 (22)	10,7 (13)	7,4 (9)
Madde 17	6,6 (8)	20,7 (25)	27,3 (33)	22,3 (27)	15,7 (19)	7,4 (9)
Madde 18	14,9 (18)	22,3 (27)	23,1 (28)	23,1 (28)	13,2 (16)	3,3 (4)
Madde 19	5,8 (7)	11,6 (14)	24,0 (29)	31,4 (38)	19,0 (23)	8,3 (10)
Madde 20	28,9 (35)	30,6 (37)	1,8 (24)	12,4 (15)	4,1 (5)	4,1 (5)
Madde 21	9,9 (12)	21,5 (26)	28,1 (34)	27,3 (33)	7,4 (9)	5,8 (7)

Araştırmaya katılan hemşirelerin RHIÖ maddelerine verdikleri yanıtlar Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Hemşirelerin madde 1'e (ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır) %28,9'unun, madde 5'e (ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir) %29,8'inin, madde 6'ya (ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır) %39,7'sinin, madde 7'ye (ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır) %34,7'sinin, madde 8'e (ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir) %33,1'inin, madde 10'a (bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler) %33,9'unun, madde 19'a (ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez) 31,4'ünün kısmen katıldığı saptanmıştır. Hemşirelerin madde 2'ye (ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir) %32,2'sinin tamamen katıldığı, madde 3'e (davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir) %30,6'sının, madde 9'a (ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır) %26,4'ünün, madde 11'e (ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur) %31,4'ünün, madde 13'e (bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım) %27,3' ünün, madde 14'e (ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne-baba olma olasılığı daha düşüktür) %26,4' ünün, madde 16'ya (ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum) %24' ünün, madde 17'ye (sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir) %27,3' ünün, madde 21'e (çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem) %28,1'inin kısmen katılmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin madde 4'e ("Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder) %26,4'ünün, madde 12'ye (insanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım) %58,7'sinin, madde 15'e (ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım) %59,5'inin tamamen katılmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin madde 20'ye (ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir) %30,6'sının, madde 18'e (çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz) %22,3'ünün çoğunlukla katılmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formuna verdikleri yanıtlar (N:121)

Maddeler	DOĞRU % (n)	YANLIŞ % (n)
<i>Hastalıkla ilgili bilgiler</i>		
Madde 1	86,8 (105)	13,2 (16)
Madde 2	76,9 (93)	23,1 (28)
Madde 3	72,7 (88)	27,3 (33)
Madde 4	92,6 (112)	7,4 (9)
Madde 5	86,0 (103)	14,0 (17)
Madde 6	71,1 (86)	28,9 (35)
Madde 7	70,2 (85)	29,8 (36)
Madde 8	88,4 (107)	11,6 (14)
Madde 9	90,9 (110)	9,1 (11)
Madde 10	44,6 (54)	55,4 (67)
<i>Hastalığa yönelik düşünceler</i>		
Madde 11	52,9 (64)	47,1 (57)
Madde 12	46,3 (56)	53,7 (65)
Madde 13	67,8 (82)	31,4 (38)
Madde 14	58,7 (71)	41,3 (50)
Madde 15	50,4 (61)	49,6 (60)
Madde 16	64,5 (78)	35,5 (43)
Madde 17	70,2 (85)	29,8 (36)
Madde 18	74,4 (90)	25,6 (31)
Madde 19	25,6 (31)	74,4 (90)
Madde 20	23,1 (28)	76,9 (93)
Madde 21	66,1 (80)	33,9 (41)
<i>Tedavi yaklaşımları</i>		
Madde 22	37,2 (45)	62,8 (76)
Madde 23	24,0 (29)	76,0 (92)
Madde 24	62,8 (76)	37,2 (45)
Madde 25	77,7 (94)	22,3 (27)
<i>Hemşirelik yaklaşımı</i>		
Madde 26	33,1 (40)	66,9 (81)
Madde 27	42,1 (51)	57,9 (70)
Madde 28	76,9 (93)	23,1 (28)
Madde 29	86,0 (104)	14,0 (17)
Madde 30	38,0 (46)	62,0 (75)
Madde 31	83,5 (101)	16,5 (20)
Madde 32	85,1 (103)	14,9 (18)
Madde 33	79,3 (96)	20,7 (25)
Madde 34	85,1 (103)	14,9 (18)
Madde 35	82,6 (100)	17,4 (21)

Araştırmaya katılan hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formuna verdiği cevapların yüzdesi Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Hemşirelerin %86,8'inin madde 1'e, %76,9'unun madde 2'ye, %72,7'sinin madde 3'e, %92,6'sının madde 4'e, %86'sının madde 5'e, %71,1'inin madde 6'ya, %70,2'sinin madde 7'ye, %88,4'ünün madde 8'e, %90,9'unun madde 9'a, %52,9'unun madde 11'e, %67,8'inin madde 13'e, %62,8'inin madde 24'e, %77,7'sinin madde 25'e, %76,9'unun madde 28'e, %86'sının madde 29'a %85,1'inin madde 32'ye, %79,3'ünün madde 33'e, %85,1'inin madde 34'e, %82,6'sının madde 35'e doğru cevap verdikleri belirlenmiştir.

Hastalığa yönelik düşünceler başlığı altında bulunan önermelerden; hemşirelerin %58,7'si madde 14'e, %50,4'ü madde 15'e, %64,5'i madde 16'ya, %70,2'si madde 17'ye, %74,4'ü madde 18'e, %66,1'i madde 21'e ve hemşirelik yaklaşımı başlığı altında bulunan %83,5'i madde 31'e doğru yanıtını vererek yanlış cevap verdikleri saptanmıştır.

Hemşirelerin %55,4'ü madde 10'a, %53,7'si madde 12'ye, %74,4'ü madde 19'a, %76,9'u madde 20'ye, %62,8'i madde 22'ye, %76'sı madde 23'e, %66,9'u madde 26'ya, %57,9'u madde 27'ye, %62'si madde 30'a yanlış yanıtını vererek doğru cevap verdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları

	N	Min.	Max.	x	Std. Sapma
RHİÖ Toplam	121	11,00	95,00	46,3636	15,80928
Tehlikelilik	121	6,00	33,00	18,9752	5,69278
Çaresizlik	121	2,00	55,00	25,6942	10,29226
Utanma	121	0,00	10,00	1,6942	2,32323

Hemşirelerin RHİÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Hemşirelerin RHİÖ toplam puan ortalamasının $46,36 \pm 15,80$ olduğu bulunmuştur. RHİÖ tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamalarının ise sırasıyla $18,97 \pm 5,69$; $25,69 \pm 10,22$; $1,69 \pm 2,32$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formu puan ortalamaları

	N	Min.	Max.	x	Std. Sapma
Hastalıkla ilgili bilgiler	121	5,00	10,00	7,90	1,43
Hastalığa yönelik düşünceler	121	1,00	11,00	5,42	2,43
Tedavi yaklaşımları	121	0,00	4,00	2,79	1,13
Hemşirelik yaklaşımı	121	2,00	10,00	6,98	1,86
Toplam	121	11	33	23,10	4,50

Hemşirelerin FNSB olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun toplam, hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler, tedavi yaklaşımları ve hemşirelik yaklaşımı alt başlıklarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun toplam puan ortalamasının $23,10 \pm 4,50$ olduğu belirlenmiştir. Formun alt başlık puan ortalamaları sırasıyla hastalıkla ilgili bilgiler $7,90 \pm 1,43$, hastalığa yönelik düşünceler $5,42 \pm 2,43$, tedavi yaklaşımı $2,79 \pm 1,13$ ve hemşirelik yaklaşımı $6,98 \pm 1,86$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formu ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki (N:121)

		RHIÖ toplam	Tehlikelilik	Çaresizlik	Utanma
Hastalıkla ilgili bilgiler	r	0,106	0,115	0,133	-0,063
	p	0,246*	0,209*	0,146*	0,496*
Hastalığa yönelik düşünceler	r	-0,226*	-0,273**	-0,168	-0,123
	p	0,013**	0,002**	0,066**	0,179*
Tedavi yaklaşımları	r	0,011	-0,017	0,040	-0,156
	p	0,902*	0,850*	0,661*	0,088*
Hemşirelik yaklaşımı	r	-0,005	-0,051	0,034	-0,158
	p	0,953*	0,577*	0,713*	0,084*
Toplam	r	-0,111	0,151	-0,031	-0,203
	p	0,227**	0,098**	0,735**	0,025*

*Spearman korelasyon, **Pearson korelasyon

Hemşirelerin FNSB olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun toplam, hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler, tedavi yaklaşımları ve hemşirelik yaklaşımı alt başlıkları ile RHIÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri ile RHIÖ toplam ($r=0,106$), tehlikelilik ($r=0,115$), çaresizlik ($r=0,133$) ve utanma ($r=-0,063$); tedavi yaklaşımları ile RHIÖ toplam ($r=0,011$), tehlikelilik ($r=-0,017$), çaresizlik ($r=0,040$) ve utanma ($r=-0,156$); hemşirelik yaklaşımları ile RHIÖ toplam ($r=-0,05$), tehlikelilik ($r=-0,051$), çaresizlik ($r=0,034$) ve utanma ($r=-0,158$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalığa yönelik düşünceler alt başlığı ile RHIÖ’nün çaresizlik ($r=-0,168$) ve utanma ($r=-0,123$) alt boyutlarıyla anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastalığa yönelik düşünceler ile RHIÖ toplam ($r=-0,226$) ve tehlikelilik ($r=0,273$) alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). FNSB olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formu toplam puanı ile RHIÖ utanma

($r=0,025$) alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:121)

Tanıtıcı ve mesleki özellikler	RHIÖ Toplam x±sd	Tehlikelilik x±sd	Çaresizlik x±sd	Utanma x±sd
Cinsiyet				
Kadın	44,82±16,01	18,58±5,76	24,84±10,66	1,40±2,07
Erkek	48,47±15,43	19,50±5,60	26,86±9,73	2,09±2,59
Test	-1,254	-0,881	-1,067	-1533,50*
f/p	0,212	0,380	0,288	0,161
Yaş				
20-29 yaş	45,38±15,68	18,71±5,90	25,30±10,26	1,36±2,05
30-39 yaş	46,22±16,64	18,72±4,53	25,27±11,27	2,22±2,48
40 ve üstü	54,00±14,66	25,27±11,27	22,25±0,06	3,41±3,17
Test	1,591	1,146	0,792	9,206**
f/p	0,208	0,322	0,455	0,010
Medeni durum				
Bekar	43,82±14,91	18,05±5,22	24,25±9,76	1,51±2,11
Evlü	51,95±16,49	20,92±6,23	28,92±10,73	2,10±2,70
Dul	35,00±4,24	16,50±3,53	18,00±8,48	0,50±0,70
Test	4,253	3,741	3,438	1,311**
f/p	0,016	0,027	0,035	0,519
Eğitim durumu				
Lise	44,00±7,87	18,25±2,71	24,25±7,66	1,50±2,00
Önlisans	48,15±1,40	19,68±5,59	25,84±12,80	2,63±3,21
Lisans	47,06±15,74	19,24±5,86	26,25±10,11	1,57±2,14
Yüksek Lisans	35,42±8,92	14,57±5,22	20,00±6,75	0,85±1,46
Test	1,326	1,626	0,850	1,445**
f/p	0,269	0,187	0,469	0,233
Meslekte toplam çalışma süresi				
1 yıldan az	31,37±16,00	13,62±5,82	17,62±10,90	0,12±0,35
1-5 yıl	47,17±15,20	19,17±5,73	26,41±9,85	1,58±2,17
6-10 yıl	43,45±12,12	18,86±4,57	23,31±9,04	1,27±1,60
11 yıl ve üzeri	54,06±18,28	20,87±5,69	29,62±11,64	3,56±3,28
Test	4,304	3,142	3,082	13,294**
f/p	0,006	0,028	0,030	0,004
Acil serviste toplam çalışma süresi				
1 yıldan az	40,12±16,15	16,32±6,10	22,32±10,40	1,48±2,29
1-5 yıl	47,44±14,65	19,68±5,33	26,7±9,78	1,37±1,97
6-10 yıl	46,00±11,01	18,92±4,48	25,35±7,52	1,71±1,81
11 yıl ve üzeri	56,50±25,60	20,75±7,75	30,50±16,38	5,25±3,49
Test	2,616	2,556	1,616	13,663**
f/p	0,054	0,059	0,190	0,003
Çalışılan acil birim				
Sarı Alan	49,03±18,65	19,53±6,03	27,84±11,85	1,65±2,82
Kırmızı Alan	45,56±13,70	18,43±5,43	25,76±5,55	1,36±1,77
Enjeksiyon	40,33±13,41	25,76±9,55	20,33±9,39	1,55±2,18
Gözlem	45,10±15,15	20,33±9,39	24,37±9,50	1,75±1,98
Triyaj-Cerrahi Müdahale	50,70±16,79	1,55±2,18	28,70±10,05	2,70±3,40
Test	0,821	0,167	1,353	2,903**
f/p	0,514	0,955	0,255	0,574
Ekonomik durum				
İyi	57,58±17,20	22,58±4,62	31,66±11,07	3,33±3,28
Orta	45,81±15,29	18,2±5,30	25,15±10,08	1,73±2,31
Kötü	43,34±15,38	17,6±6,81	24,51±10,01	0,86±1,43
Çok kötü	45,00±15,85	16,50±3,10	26,50±12,06	2,00±2,44
Test	2,498	2,232	1,572	7,800**
f/p	0,063	0,088	0,200	0,020

F: One Way Anova Test, * Man Whithney U Test, ** Kruskal Wallis Test, t: independent sample t test

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde cinsiyete göre RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırmada hemşirelerin yaşa göre RHİÖ toplam, tehlikelilik ve çaresizlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken, ($p>0,05$) utanma alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; 40 yaş ve üzerindeki hemşirelerin puan ortalamasının 20-29 yaş grubundaki hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$; $p<0,05$).

Hemşirelerin medeni durumu ile RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analiz sonucunda evlilerin bekarlara göre RHİÖ toplam ($p=0,02$) ve tehlikelilik ($p=0,02$), çaresizlik ($p=0,05$) alt boyutlarının puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ancak medeni durum ile utanma alt boyutunun puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Hemşirelerin eğitim durumu ile RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Meslekte toplam çalışma süresi RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analizin sonucunda meslekte toplam çalışma süresi 1 yıldan az olanların RHİÖ toplam puanının çalışma süresi 1-5 yıl ($p=0,03$) ve 11 yıl ve üzeri ($p=0,005$) olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölçeğin alt boyutlarından tehlikelilik alt boyutu için meslekte toplam çalışma süresi 1 yıldan az olanların puan ortalamasının çalışma süresi 1-5 yıl ($p=0,04$) ve 11 yıl ve üzeri ($p=0,01$) olanlara göre anlamlı düzeyde

daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çaresizlik alt boyutu için meslekte toplam çalışma süresi 1 yıldan az olanların puan ortalamasının çalışma süresi 11 yıl ve üzeri ($p=0,04$) olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölçeğin utanma alt boyutu için meslekte toplam çalışma süresi 1 yıldan az olanların, utanma alt boyut puan ortalamasının çalışma süresi 1-5 yıl ($p=0,036$), 6-10 yıl $p=0,024$) ve 11 ve üzeri ($p=0,002$) olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu; meslekte çalışma süresi 1-5 yıl arasında olanların utanma alt boyut puan ortalamasının 11 yıl ve üzerinde olanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p= 0,009$), çalışma süresi 6-10 yıl arasında olanların puan ortalamasının 11 yıl ve üzerinde olanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p= 0,015$) saptanmıştır ($p<0,05$).

Acil serviste toplam çalışma süresi ile RHIÖ toplam, tehlikelilik ve çaresizlik puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$) ve utanma alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Acil serviste çalışma süresi arttıkça utanma alt boyutunun puan ortalaması da artmıştır. Farkın kaynağını incelemek amacıyla yapılan post-hoc analiz sonucunda acil serviste 11 yıl ve üzerinde çalışanların utanma puan ortalamasının 1 yıldan az ($p=0,002$), 1-5 yıl ($p=0,000$) ve 6-10 yıl ($p=0,013$) çalışanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Acil serviste hemşirelerin çalıştığı birimler ile RHIÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin ekonomik durumları ile RHIÖ toplam, tehlikelilik ve çaresizlik puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelerin ekonomik durumu ile utanma alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla yapılan post-hoc test sonucunda, ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların utanma puan ortalamasının iyi olarak tanımlayanlara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,08$, $p<0,05$).

Tablo 4.9: Hemşirelerin ruhsal hastalıklarla ilgili görüşlerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:121)

Ruhsal hastalıklarla ilgili görüşler	RHİÖ Toplam x±sd	Tehlikelilik x±sd	Çaresizlik x±sd	Utanma x±sd
<u>Ruhsal bozukluklara yönelik bilgi alma durumu</u>				
Evet	44,58±14,25	18,39±5,33	24,79±9,71	1,39±1,85
Hayır	49,06±17,73	19,85±6,15	27,06±11,08	2,14±2,85
Test	-1,531	-1,382	-1,188	-1,749*
t/p	0,128	0,169	0,237	0,083
<u>Daha önce psikiyatri kliniğinde çalışma durumu</u>				
Evet	43,90±15,18	17,68±4,83	24,63±10,09	1,59±1,94
Hayır	46,90±15,96	19,26±5,84	25,92±10,37	1,71±2,40
Test	-0,804	-1,180	-0,531	-0,230*
t/p	0,423	0,240	0,596	0,819
<u>Daha önce ruhsal bozukluğu olan bireye bakım verme durumu</u>				
Evet	46,73±14,12	19,19±5,27	26,10±9,74	1,44±1,76
Hayır	48,88±17,87	18,69±6,22	25,16±11,02	2,01±2,87
Test	0,292	0,471	0,493	-1,362*
t/p	0,771	0,638	0,623	0,176
<u>Daha önce psikiyatrik destek alma durumu</u>				
Evet	41,50±14,17	19,50±5,12	20,62±10,30	1,37±1,40
Hayır	46,70±15,91	18,93±5,74	26,05±10,24	1,71±2,37
Test	-0,900	0,269	-1,448	-0,401*
t/p	0,370	0,789	0,150	0,689
<u>Tanısı konmuş bir ruhsal hastalığın var olma durumu</u>				
Evet	45,60±12,85	18,40±5,45	25,80±9,25	1,40±0,89
Hayır	46,39±15,96	19,00±5,72	25,68±10,37	1,70±2,36
Test	-0,110	-0,230	0,023	-0,288*
t/p	0,913	0,819	0,981	0,774
<u>Daha önce psikiyatrik tedavi alma durumu</u>				
Evet	50,00±18,02	21,14±4,41	27,14±13,69	1,71±1,38
Hayır	46,14±15,72	18,84±5,75	25,60±10,11	1,69±2,37
Test	0,625	1,038	0,382	0,023*
t/p	0,533	0,301	0,703	0,981
<u>Aile de ruhsal bozukluğu olan bireyin varlığı</u>				
Evet	52,50±23,01	22,33±6,21	27,83±14,86	2,33±3,70
Hayır	45,68±14,80	18,60±5,53	25,45±9,72	1,62±2,13
Test	1,423	2,187	0,757	1,004*
t/p	0,157	0,031	0,450	0,317
<u>Ruhsal bozukluğu olan bireye bakım vermemi isteme durumu</u>				
Evet	41,47±12,99	17,29±5,03	22,95±9,13	1,23±1,75
Hayır	52,03±16,96	20,92±5,83	28,87±10,71	2,23±2,76
Test	-3,871	-3,682	-3,281	-2,411*
t/p	0,000	0,000	0,001	0,017

t: Independent Sample T Test, * Man Whithney U Test

Hemşirelerin ruhsal bozukluklarla ilgili görüşlerine göre RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9'da gösterilmiştir. Hemşirelerin ruhsal bozukluklara yönelik bilgi alma durumu, daha önce psikiyatri kliniğinde çalışma durumu, daha önce ruhsal bozukluğu olan bireye bakım verme durumu, daha önce psikiyatrik destek alma durumu, tanısı konmuş bir ruhsal hastalığın var olma durumu, daha önce psikiyatrik bir tedavi alma durumuna göre RHİÖ

toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmış ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Ailesinde de ruhsal bozukluğu olan birey var olan hemşirelerin olmayanlara göre RHİÖ toplam, çaresizlik ve utanma alt boyutları puan ortalaması arasında anlamsız, tehlikelilik alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım vermeyi isteyen hemşirelerin istemeyenlere göre RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formu puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:121)

Tanıtıcı ve mesleki özellikler	Hastalıkla ilgili bilgiler x±sd	Hastalığa yönelik düşünceler x±sd	Tedavi yaklaşımları x±sd	Hemşirelik yaklaşımı x±sd	Toplam
Cinsiyet					
Kadın	8,11±1,45	5,42±2,37	2,92±1,04	7,40±1,47	23,87±4,33
Erkek	7,62±1,38	5,41±2,53	2,60±1,23	6,41±2,18	22,05±4,56
Test	1425,00	1,759*	1,539	1319,00	2,221*
U/p	0,053	0,970	0,178	0,013	0,028
Yaş					
20-29 yaş	7,90±1,43	5,63±2,40	2,84±1,13	7,03±1,87	23,41±4,47
30-39 yaş	7,66±1,49	5,00±2,67	2,72±1,27	7,27±1,77	22,66±4,74
40 ve üstü	8,33±1,43	4,41±2,10	2,50±0,90	6,16±1,85	21,41±4,33
Test	1,669	1,672**	1,814	3,277	1,150**
KW/p	0,434	0,192	0,404	0,194	0,320
Medeni durum					
Bekar	7,89±1,41	5,67±2,49	2,69±1,22	6,83±2,00	23,10±4,89
Evli	8,00±1,45	4,95±2,30	3,00±0,93	7,30±1,55	23,25±3,68
Dul	6,50±2,12	5,00±1,41	2,50±0,70	6,50±2,12	20,50±4,94
Test	1,696	1,202**	1,531	0,780	0,351**
KW/p	0,428	0,304	0,465	0,677	0,705
Eğitim durumu					
Lise	7,25±1,38	6,50±1,85	2,75±1,28	7,00±2,50	23,50±4,44
Önlisans	7,63±1,73	4,63±1,89	2,47±1,26	6,31±1,97	21,05±4,00
Lisans	8,05±1,34	5,37±2,53	2,80±1,09	7,03±1,74	23,27±4,48
Yüksek Lisans	7,57±1,71	6,85±2,34	3,57±0,78	8,14±2,03	26,14±4,67
Test	3,379	2,069**	5,167	6,113	2,069**
KW/p	0,337	0,108	0,016	0,106	0,061
Meslekte toplam çalışma süresi					
1 yıldan az	8,00±1,30	6,87±2,99	3,37±0,91	8,37±0,91	26,62±4,59
1-5 yıl	7,82±1,40	5,62±2,25	2,74±1,19	6,89±1,82	23,09±4,38
6-10 yıl	8,00±1,57	5,36±2,59	3,09±0,92	7,31±2,03	23,77±3,99
11 yıl ve üzeri	8,12±1,54	3,81±2,13	2,31±1,01	6,25±1,84	20,50±4,57
Test	1,030	3,705**	7,335	9,986	3,825**
KW/p	0,794	0,014	0,062	0,019	0,012

Tablo 4.10: (devam)

Acil serviste toplam çalışma süresi					
1 yıldan az	7,76±1,33	6,56±2,31	2,84±1,14	7,40±1,73	24,56±4,91
1-5 yıl	7,94±1,46	5,10±2,35	2,78±1,17	6,83±1,82	22,67±4,26
6-10 yıl	8,21±1,36	6,42±2,20	3,07±0,91	7,71±1,81	25,42±2,65
11 yıl ve üzeri	7,50±1,77	3,00±1,30	2,25±1,03	5,75±2,25	18,50±4,24
Test	1,193	6,457**	3,074	8,541	5,726**
KW/p	0,755	0,000	0,380	0,036	0,001
Çalışılan acil birim					
Sarı Alan	7,84±1,32	5,78±2,23	2,31±1,22	6,84±1,70	22,78±4,29
Kırmızı Alan	8,06±1,46	5,36±2,45	3,03±1,03	7,03±1,79	23,50±4,10
Enjeksiyon	7,22±1,71	5,44±2,78	2,66±1,41	7,11±1,61	22,44±5,07
Gözlem	8,00±1,51	4,95±2,55	3,02±1,04	7,05±2,12	23,02±4,94
Triyaj-Cerrahi müd.	7,90±1,19	6,30±2,16	2,80±0,78	6,90±2,02	23,90±4,70
Test	2,013	0,878**	8,671	1,243	0,222**
KW/p	0,733	0,480	0,070	0,871	0,925
Ekonomik durum					
İyi	8,33±1,37	5,33±2,14	2,41±1,31	7,75±1,28	23,83±3,87
Orta	7,89±1,46	5,50±2,66	2,92±1,12	7,10±1,98	23,42±4,90
Kötü	7,93±1,41	5,27±1,99	2,62±1,08	6,55±1,59	22,37±3,48
Çok kötü	6,75±0,95	5,25±2,06	2,75±0,95	5,50±1,91	20,25±4,57
Test	0,996	0,071**	3,323	5,499	1,016**
KW/p	0,608	0,975	0,10	0,064	0,388

** One Way Anova Test, * Independent Sample T test, U: Man Whithney U Test, KW: Kruskal Wallis Test

Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formu puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre yaş, medeni durum, çalışılan acil birim, ekonomik durum ile hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler, tedavi yaklaşımları ve hemşirelik yaklaşımı karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Cinsiyet ile hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler, tedavi yaklaşımları arasında anlamlı farklılık yokken ($p>0,05$), kadınların bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun toplam ve hemşirelik yaklaşımı alt başlık puan ortalamasında erkek hemşirelere göre anlamlı derece daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bunun yanında eğitim durumuna göre hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler, hemşirelik yaklaşımı alt başlıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken; tedavi yaklaşımı alt başlığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analiz sonucunda, farkın yüksek lisans ile ön lisans eğitimi almış olan hemşirelerin puan ortalaması arasında olduğu, yüksek lisans mezunu hemşirelerin tedavi yaklaşımı alt başlığı puan ortalamasının önlisans mezunu hemşirelerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,027$, $p<0,05$).

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresi ve acil serviste toplam çalışma süresi ile hastalıkla ilgili bilgiler, hemşirelik yaklaşımı alt başlıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Meslekte ve acil serviste toplam çalışma sürelerine göre formun toplam, hastalığa yönelik düşünceler ve hemşirelik yaklaşımı alt başlık puan ortalamaları arasında anlamlı derecede farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi ölçümlerden kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analizde; 11 yıl ve üzeri süredir acil serviste çalışanların, 1 yıldan az ($p=0,001$) ve 6-10 yıl ($p=0,006$) arasında çalışanlara göre hastalığa yönelik düşünceler alt başlık puan ortalaması anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,05$). Acil serviste 1-5 yıl çalışanların puan ortalaması 1 yıldan az ($p=0,041$) çalışanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,05$). Formun toplam puan ortalamasının 11 yıl ve üzeri acil serviste çalışanların 1 yıldan az ($p=0,004$) ve 6-10 yıl ($p=0,002$) arasında çalışanlara göre puan ortalaması anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hemşirelik yaklaşımı puan ortalamaları arasındaki farkın, 11 yıl ve üzeri acil serviste çalışanların 6-10 yıl ($p=0,031$) arasında çalışanlara göre puan ortalaması anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11: Hemşirelerin ruhsal hastalıklarla ilgili görüşlerine göre fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:121)

Ruhsal hastalıklarla ilgili görüşler	Hastalıkla ilgili bilgiler x±sd	Hastalığa yönelik düşünceler x±sd	Tedavi yaklaşımları x±sd	Hemşirelik yaklaşımı x±sd	Toplam x±sd
<u>Ruhsal hastalık dendiğinde akla ilk gelen kelime</u>					
Depresyon	7,92±1,36	5,51±2,53	2,82±1,09	7,00±1,76	23,25±3,94
Şizofreni	7,69±1,93	5,23±2,04	2,92±1,03	7,00±1,77	22,84±4,91
Bipolar	7,88±1,36	5,77±2,86	3,33±0,70	8,11±0,78	25,11±3,68
Anksiyete	8,33±1,06	4,61±2,55	2,33±1,06	6,90±1,70	22,19±4,42
Konversiyon	6,50±1,00	4,25±2,50	2,25±0,95	2,25±0,50	15,25±2,62
Psikiyatri	7,72±1,42	6,36±2,11	3,12±1,23	7,52±1,61	24,72±4,22
Öfke/saldırganlık	8,30±1,76	4,80±2,25	2,40±1,34	6,60±1,71	22,10±5,02
Test	7,081	1,343**	12,052	18,799	3,487**
KW/p	0,313	0,244	0,061	0,005	0,003
<u>Ruhsal bozukluklara yönelik bilgi alma durumu</u>					
Evet	8,00±1,46	5,17±2,55	2,83±1,11	7,19±1,57	23,20±4,27
Hayır	7,77±1,40	5,79±2,21	2,72±1,16	6,66±2,21	24,87±0,70
Test	1593,500	-1,363*	1,662	1580,500	0,294
U/p	0,039	0,176	0,619	0,354	0,769

Tablo 4.11: (devam)

<u>Daha önce psikiyatri kliniğinde çalışma durumu</u>					
Evet	8,00±1,41	5,50±2,66	3,04±1,13	7,54±1,43	24,09±4,59
Hayır	7,88±1,44	5,40±2,39	2,73±1,13	6,85±1,93	22,88±4,47
Test	1035,500	0,167*	905,00	918,00	1,133*
U/p	0,713	0,868	0,197	0,241	0,259
<u>Daha önce ruhsal bozukluğu olan bireve bakım verme durumu</u>					
Evet	8,10±1,36	5,64±2,61	2,94±1,03	7,44±1,56	24,13±4,46
Hayır	7,66±1,50	5,13±2,15	2,60±1,23	6,39±2,06	21,79±4,24
Test	1495,500	1,157*	1541,00	1286,500	2,922*
U/p	0,101	0,249	0,155	0,006	0,004
<u>Daha önce psikiyatrik destek alma durumu</u>					
Evet	7,87±1,80	4,37±1,40	3,25±0,70	7,25±1,28	22,75±3,77
Hayır	7,91±1,41	5,49±2,47	2,76±1,15	6,96±1,90	23,13±4,56
Test	451,00	-1,263*	356,00	436,00	-0,231*
U/p	0,991	0,209	0,296	0,865	0,817
<u>Tanısı konmuş bir ruhsal hastalığın var olma durumu</u>					
Evet	8,00±1,87	4,20±1,92	3,60±0,54	6,60±1,51	22,40±4,09
Hayır	7,90±1,42	5,47±2,44	2,75±1,13	7,00±1,88	23,13±4,53
Test	270,500	-1,149*	165,00	240,00	-0,357*
U/p	0,795	0,253	0,090	0,507	0,721
<u>Daha önce psikiyatrik bir tedavi alma durumu</u>					
Evet	7,71±1,79	3,71±0,95	3,28±0,75	7,28±1,38	22,00±3,65
Hayır	7,92±1,42	5,52±2,45	2,76±1,14	6,96±1,89	23,17±4,55
Test	377,500	-1,936*	304,00	373,00	-0,668
mu/p	0,807	0,001	0,271	0,769	0,505
<u>Aile de ruhsal bozukluğu olan birevin varlığı</u>					
Evet	7,75±1,48	5,25±2,41	2,41±1,37	6,66±1,43	22,08±4,98
Hayır	7,92±1,43	5,44±2,44	2,83±1,10	7,01±1,90	23,22±4,46
Test	609,00	-0,256*	540,00	536,00	-0,829
U/p	0,690	0,798	0,303	0,297	0,409
<u>Ruhsal bozukluğu olan bireve bakım verirken hissedilen duvgu</u>					
İyi/mutlu/normal	8,06±1,35	6,17±2,44	3,15±1,02	7,40±1,86	24,80±4,08
Tedirgin/kötü	7,81±1,52	5,18±2,09	2,63±1,12	6,77±1,64	22,40±4,24
Yetersiz	8,07±1,25	4,46±3,09	2,38±1,26	6,53±2,40	21,46±5,25
Hassas	7,83±1,40	4,58±2,74	2,91±1,08	7,50±1,00	22,83±3,90
Bakım vermedim	7,28±1,88	5,28±1,38	2,00±1,15	5,57±2,57	20,14±5,49
Test	1,585	2,242**	11,427	8,247	3,288**
KW/p	0,811	0,080	0,022	0,083	0,014
<u>Ruhsal bozukluğu olan bireve bakım vermedi isteme durumu</u>					
Evet	8,12±1,31	5,70±2,56	3,06±1,01	7,52±1,72	24,41±4,17
Hayır	7,66±1,54	5,08±2,25	2,48±1,19	6,35±1,84	21,58±4,43
Test	1507,00	1,400*	1310,00	1139,500	-3,609*
U/p	0,096	0,164	0,006	0,000	0,000

** One Way Anova Test, * Independent Sample T test, U: Man Whithney U Test, KW: Kruskal Wallis Test

Hemşirelerin ruhsal bozukluklarla ilgili görüşlerine göre fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formu puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Ruhsal hastalık dendiğinde akla ilk gelen kelimelere göre hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler ve tedavi yaklaşımları puan ortalamaları karşılaştırıldığında

ralarındaki farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Hemşirelerin ruhsal hastalık dendiğinde aklına ilk gelen kelimelele göre hemşirelik yaklaşımları ve bilgi düzeyi formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc teste göre soruya konversiyon yanıtını verenlerin hemşirelik yaklaşımı ve bilgi düzeyi formu toplam puan ortalamalarının depresyon ($p=0,010$), şizofreni ($p=0,047$), bipolar ($p=0,004$) ve psikiyatri ($p=0,001$) yanıtını verenlere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Ruhsal bozukluklara yönelik bilgi alan hemşirelerin hastalıkla ilgili bilgiler alt başlığında puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hemşirelerin daha önce psikiyatri kliniğinde çalışma durumuyla hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler, tedavi yaklaşımları, hemşirelik yaklaşımı ve formun toplam puan ortalmaları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Daha önce ruhsal bozukluğu olan bireye bakım veren hemşirelerin formun toplam ve hemşirelik yaklaşımı alt başlığının puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin daha önce tanısı konmuş bir ruhsal hastalığının var olma durumu, psikiyatrik destek alma durumu ve aile de ruhsal bozukluğu olan bireyin var olma durumu ile formun toplam ve hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler, tedavi yaklaşımları, hemşirelik yaklaşımı alt başlıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce psikiyatrik tedavi alan hemşirelerin hastalığa yönelik düşünceler alt başlığı puan ortalamalarının almayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım verirken hissettikleri duyguya göre hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler ve hemşirelik yaklaşımı alt başlık puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0,05$), formun toplam ve tedavi yaklaşımları alt başlık puan ortalamaları arasında anlamlı derecede bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın nedenini tespit etmek amacıyla yapılan post-hoc analiz sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım vermeyi isteyen hemşirelerin formun toplam, tedavi ve hemşirelik yaklaşımı puan ortalamalarının istemeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireylere yönelik acil servis hemşirelerinin tutumlarını, inançlarını ve bunları etkileyen faktörleri belirleyerek bu bireylerin bakım kalitesini azaltan ve iyileşmelerini etkileyen olumsuz tutumların azaltılabileceği düşünülmektedir. Bu düşünceyle acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB'li bireylere yönelik bilgi düzeylerini ve inançlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIKLARLA İLGİLİ GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Katılımcıların ruhsal hastalıklara yönelik duyguları incelendiğinde FNSB'li bireylere bakım verirken %37,2'si kendisini iyi/mutlu/normal hissettiğini, %36,4'ü kendisini tedirgin ve kötü hissettiğini ifade etmişlerdir. Literatür incelendiğinde bu konuda yapılan çalışmalar da acil servis hemşirelerinin ruhsal hastalıklara olan bireylere bakım verirken üzüntü, kaygı, korku ve acıma gibi duygular hissettiği belirtilmiştir (100,122,123). Bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %60,3'ü ruhsal bozukluklar hakkında bilgi aldığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %18,2'sinin daha önce psikiyatri kliniğinde çalıştığı, %81,8'inin ise daha önce psikiyatri kliniğinde çalışmadığı saptanmıştır. Holmberg ve ark. (2020) İsveç'te acil serviste çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik düşüncelerini araştıran çalışma da %18'i (n:5) daha önce psikiyatri kliniğinde çalıştığını ifade etmiştir (21). Araştırmaya katılan hemşirelerin %56,2'sinin ruhsal bozukluğu olan bireye daha öncesinde bakım verdiğini, %46,3'ünün ruhsal bozukluğu olan bireye bakım vermeyi istemediği, %93,4'ünün daha önce psikiyatrik destek almadığı, %4,1'inin tanısı konulmuş bir ruhsal hastalığının olduğu, %9,9'unun ailesinde ruhsal bozukluğu olan bireyin var olduğu saptanmıştır. Özer ve ark. (2017) ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmada katılımcıların %7,8'inin kendisinde, %28,1'inin yakınlarında ruhsal bir hastalık olduğu belirlenmiştir (124). Yıldırım ve ark. (2018) yaptığı çalışma da sağlık çalışanlarının %22,8'inin yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan bireyin olduğu, %68,4'ünün ruhsal hastalıklar konusundaki bilgi düzeyini kısmen yeterli olarak değerlendirdiği ve %75,4'ünün ruhsal hastalığı olan bireyle çalışırken güçlük yaşadığı saptanmıştır (122). Bu çalışmalardan elde edilen bulgular çalışma ile benzerlik

göstermekte olup hemşirelerin ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sahibi olmalarına rağmen ruhsal hastalıkları olan bireylerle çalışırken güçlük yaşadıkları ve bu durumu ruhsal hastalığa yönelik inançları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.2. HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan hemşirelerin RHİÖ toplam puan ortalaması $46,36 \pm 15,80$ olarak belirlenmiştir. RHİÖ tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla $18,97 \pm 5,69$; $25,69 \pm 10,22$; $1,69 \pm 2,32$ olarak saptanmıştır. Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalığa ilişkin inançlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada RHİÖ toplam puan ortalaması $52,42 \pm 11,74$, tehlikelilik alt boyut puan ortalaması $22,54 \pm 5,58$, çaresizlik alt boyut puan ortalaması $27,81 \pm 7,65$ ve utanma alt boyut puan ortalaması $2,07 \pm 2,08$ olarak bulunmuştur (122). Büyükbayram ve ark. (2017) psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerle yaptığı çalışmada X kuşağındaki hemşirelerin RHİÖ toplam puan ortalamasını $48,89 \pm 17,21$, RHİÖ tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamalarını ise sırasıyla $20,36 \pm 7,12$; $27,44 \pm 10,44$; $1,07 \pm 1,53$ olarak bulunmuştur. Y kuşağındaki hemşirelerin RHİÖ toplam puan ortalamasını $52,33 \pm 21,23$ ve RHİÖ tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamalarını sırasıyla $20,59 \pm 9,52$; $30,07 \pm 11,77$; $1,66 \pm 2,75$ olarak saptamışlardır (98). Özer ve ark. (2017) ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmada RHİÖ toplam puan ortalamasının hekimlerde $35,95 \pm 13,10$, diğer sağlık çalışanlarında $47,29 \pm 19,40$ olduğu bildirilmiştir (124). Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin ruhsal hastalığa ilişkin inançlarının toplam, tehlikelilik ve çaresizlik alt boyut puan ortalamalarının orta düzeye yakın, utanma alt boyut puan ortalamasının ise düşük olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde RHİÖ toplam puan ortalaması Özer ve ark.'nın (2017) çalışmalarından elde ettikleri sonuçlarla benzer düzeyde olduğu bulunmuştur (124). Ancak çalışmadan elde edilen bulguların Yıldırım ve ark.'nın. (2018) ve Büyükbayram ve ark.'nın (2017) çalışmalarından düşük düzeyde olduğu bu durumun ise acil serviste çalışma süresiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin acil serviste çalışma süreleri arttıkça olumsuz inançlarında artış gösterdiği saptanmış olup bu bulgu literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (98,122). Çalışmada hemşirelerin ruhsal hastalığa ilişkin

inançlarının diğer çalışmalarla kıyaslandığında daha olumlu olmasının hemşirelerin %20,7'sinin acil serviste çalışma süresinin 1 yıldan daha az olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.3. HEMŞİRELERİN FONKSİYONEL NÖROLOJİK SEMPTOM BOZUKLUĞU OLAN BİREYE YÖNELİK BİLGİ VE YAKLAŞIMLARINI BELİRLEME FORMU PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hemşirelerin FNSB olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formuna verilen cevaplar incelendiğinde hastalıkla ilgili bilgiler $7,90\pm 1,43$, hastalığa yönelik düşünceler $5,42\pm 2,43$; tedavi yaklaşımları $2,79\pm 1,13$, hemşirelik yaklaşımı alt başlık puan ortalaması $6,98\pm 1,86$ ve formun toplam puan ortalaması $23,20\pm 4,50$ olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hemşirelerin hastalıkla ilgili bilgi, tedavi ve hemşirelik yaklaşımları ile formun toplam puan ortalamalarının ortanın üzerinde, hastalığa yönelik düşünceler puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin FNSB'li bireylere bakım verirken hastalıkla ilgili bilgi, tedavi ve hemşirelik yaklaşımlarının olumlu yönde olduğu söylenebilir. Hemşirelerin hastalığa yönelik düşüncelerinin orta düzeyde olması ise düşüncelerin olumsuz yönde değişebilme ihtimali nedeniyle kaygı yaratmaktadır. Anketin hastalığa yönelik düşünceler alt başlığına hemşirelerin verdiği yanıtlar incelendiğinde FNSB olan hastalar genellikle iyileşmek istemezler (madde 14), seçme şansım olursa FNSB olan hastalara bakım vermek istemem (madde 15), FNSB olan hastaların amacı dikkat ya da ilgi çekmek olabilir (madde 16), FNSB olan hastalarla genellikle başa çıkmak zordur (madde 17), FNSB olan hastalar çevresindeki insanları istemedikleri halde etkilemeye veya yönlendirmeye çalışırlar (madde 18), FNSB olan hastalara bakım vermek zordur (madde 21) yer alan ifadeler olumsuz yanıt verdikleri saptanmıştır. Bu yanıtlarda hemşirelerin FNSB'ye yönelik düşüncelerinin olumsuz olabileceğine yönelik kaygıları desteklemektedir. Aynı zamanda hemşirelerin RHiÖ verdikleri bazı yanıtlar incelendiğinde Madde 1'e (ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır) %68,5'i, Madde 2'ye (ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir) %78,4'ü, Madde 6'ya (ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır) %60,3'ü, Madde 8'e (ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda

düşünecekleri şeyler beni endişelendirir) %63,6'sı, Madde 10'a (bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler) %59,5'i ve Madde 19'a (ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez) %58,7'si "kısmen-çoğunlukla-tamamen katılıyorum" seçeneklerinden birini işaretlemişlerdir. Bu maddelere katılım oranlarının yüksek olması ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inançlara sahip olduklarını göstermektedir. FNSB'nin de bir ruhsal bozukluk olduğu düşünüldüğünde hemşirelerin bu bozukluk konusunda bilgi sahibi olmalarına rağmen tutumlarının olumsuz olma eğilimi göstermesi söz konusu olabilir.

Sağlık çalışanlarının FNSB'ye yönelik algılarını değerlendirmek amacıyla Avustralya'da yürütülen bir çalışmada sağlık çalışanlarının %44'ünün bu hastalarla çalışmak konusunda zorlandıklarını, %37'sinin bu hastalara zaman ayırmak istemediği ve %51'inin bu hastalara yardım etmenin zor olduğunu düşündüğünü belirlemişlerdir (3). İngiltere'de 68 hemşire ile yürütülen başka bir çalışmada hemşirelerin FNSB'li bireylere yönelik tutumları değerlendirilmiş ve çalışmanın sonucunda hemşirelerin %46'sının hastaların manipülatif olduklarını, %38'inin hastalara bakım vermenin zaman kaybı olduğunu düşündüğü ve %41'inin bakım vermekten hoşlanmadığı saptanmıştır (16). Barnett ve ark. (2020) yaptıkları sistematik derlemede sağlık çalışanlarının FNSB'ye yönelik tutumlarının olumsuz olduğu ve FNSB'li bireylerin manipülatif, sorun çıkaran (125), başatması ve yönetilmesi zor bireyler olarak tanımlandıklarını belirlemişlerdir (18). Bu çalışmaların sonuçları da FNSB'li olan bireylere yönelik düşüncelerin olumsuz olduğunu ve çalışmada yer alan hemşirelerin FNSB konusundaki düşüncelerinin zaman için de değişme potansiyeli olabileceğini ve bu riske yönelik önlemler alınmasına gereksinim olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

5.4. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin cinsiyete göre RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Türkiye'de (104), Avustralya'da (3) ve Amerika'da (126) yapılan çalışmalar da cinsiyetle tutum arasında ilişki bulunamamıştır. Bu bulgular çalışmayı destekler niteliktedir. Ancak acil servis çalışanlarıyla yapılan bir başka çalışmada utanma alt boyut puan ortalamasının cinsiyet değişkenine göre anlamlı

bulunduğu bildirilmiştir ($p<0.05$) (122). Çalışmanın sonucuyla farklılık göstermesinin bu çalışmanın küçük bir örneklem grubu ile yapılması ile ilişkili olduğu dşnlmştir. Nitekim bu çalışmada daha büyük bir örneklem grubu ile çalışmanın tekrarlanması araştırmacılar tarafından önerilmiştir (122).

Araştırmada hemşirelerin yaşa göre RHİÖ toplam, tehlikelilik ve çaresizlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken, ($p>0,05$) utanma alt boyutunun puan ortalamasının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır($p<0,05$). Buna göre araştırmada yaşı büyük olan hemşirelerin utanma alt boyut puan ortalaması yaşı kk olan hemşirelere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu yaşı büyük olan hemşirelerin ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğu inancına sahip olduğunu göstermektedir. zaydın ve ark. (2022) yaptığı çalışma da benzer olarak yaş ile sadece utanma alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (127). Avustralya’da yapılan çalışmada ise yaşı büyük olan sağlık çalışanlarının yaşı kk olanlara göre daha fazla olumsuz tutumlarının olduğu saptanmıştır (3). Bu sonuçlara göre yaşın ruhsal hastalığa ilişkin inancı etkileyen önemli bir değişken olduğu söylenebilir. Hemşirelerin yaş artışı ile çalışma yılları arasında bir paralellik olup yaşın artması ile çalışma yılının da arttığı ve hemşirelerin çalışma yılları arttıca mesleki tükenmişliklerinin ve mesleki yorgunluklarının arttığı bu nedenle de ruhsal hastalıkları olan bireylere karşı olan tutumlarının daha olumsuz olduğu söylenebilir.

Araştırmada medeni durumu evli olan hemşirelerin RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik alt boyutlarının puan ortalamaları, medeni durumu bekar ve dul olanlara kıyasla daha yüksek aynı zamanda bekar hemşirelerin de dul hemşirelere göre RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik alt boyutlarının puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu bulgu medeni durumu evli olan hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli olduğu inancını ve bu bireylerle iletişim kurarken çaresiz hissettiklerini göstermektedir. zaydın ve ark. (2022) yaptığı çalışmada medeni durumu evli olanların RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik alt boyutlarının puan ortalamalarının yüksek bulunduğu bildirilmiştir (127). Bağ ve Ekinci’nin (2005) sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını belirlemeye yönelik farklı ölçüm aracıyla yaptıkları çalışma da ise evli hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere yaklaşımlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (128). Medeni durumun ruhsal hastalığa ilişkin inancı etkileyen önemli bir

değişken olduğu ancak farklı ölçüm araçları ile yapılan değerlendirmelerde farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumu ile RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Acil servis sağlık çalışanlarıyla Türkiye’de yapılan bir çalışmada eğitim durumuyla RHİÖ arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (122). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar çalışma ile benzerlik göstermektedir. Ancak İstanbul’da sağlık çalışanları ile yürütülen bir başka çalışmada eğitim durumu lise ve altı olanların ruhsal hastalığa ilişkin inançlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir (127). Bu sonuçlar doğrultusunda eğitim durumu ile ruhsal hastalığa ilişkin inançların değerlendirilmesine yönelik daha büyük örneklemlerle çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir. Ruhsal hastalıklara yönelik inancı etkileyen değişkenlerin araştırıldığı çalışmalarda eğitimin inançları etkileme de tek başına etkili olmadığı inançları etkileyen önemli faktörlerden birinin ruhsal hastalığı olan bireyler ile temas etmek olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle eğitimin yanında hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireyler ile temasının sağlanması da inançları etkileyecek önemli bir değişken olabilir. Ayrıca çalışmada hemşirelerin %43,8’i daha önce ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım vermemiştir ve %46,3’ü de ruhsal hastalığı olan bireye bakım vermeyi istemediğini ifade etmiştir. Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların değiştirilmesinde bu hemşirelerin hastalarla temasının sağlanması faydalı olabilir.

Meslekte çalışma süresi arttıkça çalışmada hemşirelerin RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur ($p<0,05$). Lehn ve ark. (2019) Avustralya’da yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresi arttıkça ruhsal hastalığa ilişkin inançlarının olumsuz yönde değişim gösterdiğini belirlemişlerdir (3). Yıldırım ve ark. (2018) acil servis çalışanlarıyla yaptığı çalışmada meslekte çalışma yılı ile RHİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (122). Ancak Büyükbayram ve ark. (2017) çalışmasında mesleki deneyim süresi arttıkça ruhsal hastalığı olan bireylere karşı hissedilen utanma duygusunun azaldığı, ruhsal bozukluğu olan bireylerle karşılaşma durumunun arttığı ve buna bağlı olarak bu bireylere karşı olan önyargıların yıkıldığı belirtilmektedir (98). Çalışmalar incelendiğinde meslekte çalışma yılı ile ruhsal hastalığa yönelik inançların bazı çalışmalarda olumlu bazı çalışmalarda olumsuz etkisi olduğu görülmektedir.

Bu çalışma da meslekte çalışma yılının ruhsal hastalığa yönelik inançları olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Benzer şekilde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile yapılan bir çalışmada da hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumları sahip oldukları ancak bunun tükenmişlik ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (97).

Çalışmada hemşirelerin acil serviste çalışma süresi arttıkça utanma alt boyut puan ortalamasının arttığı bulunmuştur ($p<0,05$). Türkiye’de acil servis çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada acil servis çalışma süresi ve RHİÖ toplam alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (122). Çalışmada acil serviste çalışan hemşirelerin birimde çalışma yılı arttıkça ruhsal hastalıkları olan bireyler ile ve FNSB nedeni ile tekrarlı başvuruları olan hastalara daha çok maruz kaldıkları için ruhsal hastalıklara karşı inançlarının olumsuz hale geldiği ve daha çok utanç yaşadıkları düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin ruhsal bozukluklarla ilgili görüşlerine göre RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin ruhsal bozukluklara yönelik bilgi alma durumu RHİÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmayla benzer şekilde Yıldırım ve ark. (2018) acil serviste çalışan sağlık profesyonelleri ile yaptıkları çalışmada ruhsal hastalığa yönelik bilgi düzeyine göre RHİÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamışlardır (122). Çam ve ark. (2007) ebe/hemşireler üzerinde yaptığı çalışma da sağlık çalışanlarının doğru bilgilendirilmesi, hastaların damgalanmasını azaltmada en etkili yöntem olduğu belirtilmiştir (129). Arkan ve ark. (2011) son 10 yılda Türkiye’de yapılan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını değerlendirdikleri çalışmada; sağlık konusunda eğitim alan öğrencilerin ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik tutumunun son 10 yılda bir değişiklik göstermediği, hala reddedici ve dışlayıcı oldukları bulunmuştur (93). Bu çalışma sonuçları doğrultusunda ruhsal hastalığa ilişkin olumlu inanç ve tutum geliştirmede sadece bilgi vermenin yeterli olmadığını göstermektedir.

Hemşirelerin daha önce psikiyatri kliniğinde çalışma durumu, RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Moran (2008) psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşlerini

araştırdığı çalışmada hemşirelerin psikiyatri biriminde çalışma deneyimlerinin olup olmaması ile ruhsal hastalığa ilişkin inançları arasında bir ilişki saptanmamıştır (117). Bu çalışmanın sonucuna göre psikiyatri kliniğinde çalışma deneyiminin olması inançlara yordayan bir faktör olarak tanımlanamamaktadır. Ancak Bostancı ve Aştı'nın (2004) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada psikiyatri kliniği deneyimi olmayanların ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik daha olumsuz tutum gösterdiklerine ilişkin bulgular elde edilmiştir (20). Bu sonuçlar doğrultusunda psikiyatri kliniğinde çalışma deneyiminin olması ruhsal hastalıklara yönelik inançları etkilemede tek başına yeterli olmadığı ve başka faktörlerinde inançlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin daha önce ruhsal bozukluğu olan bireye bakım verme durumu, tanısı konmuş bir ruhsal hastalığın var olma durumu, daha önce psikiyatrik destek alma durumu, daha önce psikiyatrik bir tedavi alma durumu, RHIÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Özaydın ve ark. (2022) yaptığı çalışmada kişinin kendisinde tanısı konmuş bir ruhsal hastalığın var olma durumunda utanma alt boyut puanı değişmezken çaresizlik, tehlikelilik ve RHIÖ toplam puanı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (127). Başka bir çalışmada hemşirelerin daha önce psikiyatrik destek alma durumuna göre RHIÖ tehlikeli alt boyut ve RHIÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (98). Çalışmada literatürle farklı sonuç bulunmasının nedeni çalışmaya katılan hemşirelerin ve yakınlarının ruhsal hastalık oranlarının düşük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Aile de ruhsal bozukluğu olan bireyin var olma durumu ile RHIÖ tehlikelilik puan ortalaması ile anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sonuç ruhsal bozukluğu olan bireylerin daha tehlikeli olduğu inancını göstermektedir. Literatür incelendiğinde yakınlarında bir ruhsal hastalık bulunduğunu bildiren hemşirelerin bulunmayanlara göre tutumlarının daha olumlu olduğu görülmektedir (127,130,131). Bu sonuçlar doğrultusunda ruhsal hastalığı olan bireylerle temas etmenin ruhsal hastalığa yönelik tutumları olumlu etkilediği ancak çalışmadan elde edilen bulguların bu durumu desteklemediği görülmektedir. Bu durum çalışmaya katılan hemşirelerin yakınlarında var olan ruhsal hastalığın ciddiyeti ve yaşanan semptomların şiddetiyle ilişkili olabilir.

Ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım vermeyi istemeyen hemşirelerin RHIÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda

ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım vermek istemeyen hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere karşı daha olumsuz tutum gösterdiği, iletişim kurarken güçlük yaşadığı, onları tehlikeli gördüğü ve utanç duygusu yaşadığı söylenebilir. Yapılan diğer çalışmalarda ruhsal bozukluğu olan bireylerin tehlikeli görüldüğü ve bu bireylere karşı toplumsal mesafenin korunması gerektiği yönünde görüşler saptanmıştır (117,131,132). Hemşirelerle yapılan bir başka çalışmada ise hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verme konusunda hem istekli hem de isteksiz oldukları bulunmuştur (21). Çalışma sonuçları literatür ile karşılaştırıldığında hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verme konusunda isteksiz olduğu söylenebilir.

5.5. FONKSİYONEL NÖROLOJİK SEMPTOM BOZUKLUĞU OLAN BİREYE YÖNELİK BİLGİ VE YAKLAŞIMLARI BELİRLEME FORMUNUN PUAN ORTALAMALARI İLE HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleriyle FNSB olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun puan ortalamalarının karşılaştırılmasını incelediğimizde ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi alanların hastalıkla ilgili bilgi puanlarının daha yüksek olduğu; meslekte ve acil serviste 1 yıldan daha az süredir çalışanların ve daha önce psikiyatrik tedavi almamış olanların hastalığa yönelik düşünce puanlarının daha yüksek olduğu; yüksek lisans mezunu, meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanların ruhsal hastalığı olan bireye bakım vermek isteyenlerin ve bakım verirken kendisini iyi/mutlu/normal hissedenlerin tedavi yaklaşım puan ortalamasının daha yüksek olduğu; kadın olanların, acil serviste 6-10 yıl arasında çalışanların, daha önce ruhsal hastalığı olan bireye bakım verenlerin ve ruhsal hastalığı olan bireye bakım vermek isteyenlerin hemşirelik yaklaşımları puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu bulgular doğrultusunda, FNSB'li bireylere karşı olumlu tutum ve davranışların oluşmasında bilginin önemli bir faktör olduğu, daha önce bu hastalar ile çalışma deneyimi olmasının tutumları olumlu yönde etkilediği ve bakım vermek konusunda istekli olmanında önemli bir belirleyici olduğu görülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda da kadın olmak, eğitim durumunun yüksek olması ve bilgi sahibi olmak bakım verme deneyimi açısından olumlu tutumların gelişmesinde önemli faktör olarak tanımlanmaktadır (3,16). Avustralya'da farklı sağlık profesyonelleri ile yapılan bir çalışmada FNSB olan bireye yönelik bilgi ve eğitim, tutum, istek ve güvenli iletişimi

değerlendiren dört faktörlü bir ölçek kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin FNSB'li bireylere yönelik olumsuz tutum gösterdiği ve bilgilerinin yeterli olmadığı saptanmıştır. Hemşireler FNSB'li bireyleri 'yardım edilmesi zor bireyler' olarak ifade etmişlerdir. Kadın sağlık çalışanları, erkeklere göre FNSB'li bireye bakım verirken daha istekli oldukları bildirilmiştir (3). İskoçya'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin uzmanlık alanları, çalışma süreleri, eğitim alma durumları ve fonksiyonel semptomları olan hastalara bakım verme istekleri değerlendirilmiştir. Çalışmada hemşirelerin çoğu FNSB konusunda yeterli bilgi ve eğitime sahip olmadığını ve bu hasta grubuna karşı orta düzeyde olumlu tutum gösterdikleri saptanmıştır (16). Bu çalışmalardan elde edilen bulgular çalışma ile paralellik göstermektedir.

5.6. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ İLE FONKSİYONEL NÖROLOJİK SEMPTOM BOZUKLUĞU OLAN BİREYE YÖNELİK BİLGİ VE YAKLAŞIMLARI BELİRLEME FORMUNUN KORELASYON BULGULARININ TARTIŞILMASI

Çalışmada formun toplam puan ortalaması ile RHİÖ'nün utanma alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Formun hemşirelerin FNSB konusunda bilgi düzeyini değerlendirdiği düşünüldüğünde FNSB konusunda bilgi düzeyi düşük olan hemşirelerin ruhsal hastalıklar ile ilgili daha fazla utanç duydukları düşünülmektedir. FNSB olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun hastalığa yönelik düşünceler alt boyutundan aldıkları puan azaldıkça RHİÖ'nün toplam ve tehlikelilik alt boyut puanlarının arttığı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda hastalığa yönelik düşünceleri olumsuz olanların hastalığa yönelik inançlarının da olumsuz olduğu ve ruhsal hastalıkları olan bireyleri tehlikeli olarak değerlendirdikleri söylenebilir. Çalışma ile benzer şekilde Şahin ve ark. (2021) acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB'li bireylerin semptomlarına yönelik olumlu (bireylerin semptomlarının gerçek olduğuna inanma, sorunları ile başetmeye çalışma, sıkıntılarını rahatlatmaya çalışma) ve olumsuz (hastaları dikkat çekme, ilgi çekme, numara yapmakla suçlama) tutumlara sahip olduklarını bulmuşlardır (10). Ancak çalışma ile benzer özellikte ölçüm araçlarının kullanıldığı çalışmalarda ruhsal hastalıklara ilişkin inançlar ile bilgi düzeyini değerlendiren formlara ilişkin yapılmış bir karşılaştırmaya rastlanmamıştır (3,16).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Acil serviste çalışan hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan bireye yaklaşım konusundaki bilgi ve inanç düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmada yer alan hemşirelerin %57,9'unun kadın, %75,2'sinin 20-29 yaş aralığında, %65,2'sinin bekar, %71,9'unun lisans mezunu, %5,8'inin yüksek lisans mezunu, %62,8'inin ekonomik durumunun orta düzeyde, çoğunun meslekte ve acil serviste çalışma süresinin 1-5 yıl arasında olduğu bulunmuştur.

Çalışmada hemşirelerin ruhsal hastalık dendiğinde ilk akla gelen kelimenin %32,2'si depresyon, %20,7'si psikiyatri olduğu, %39,7'sinin ruhsal hastalıklar konusunda bilgi almadığı, %81,8'inin daha önce psikiyatri kliniğinde çalışmadığı, %56,2'sinin ruhsal bozukluğu olan bireye daha öncesinde bakım verdiği, %46,3'ünün ruhsal bozukluğu olan bireye bakım vermeyi istemediği, ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım verirken %37,2'si iyi/mutlu/normal hissettiği saptanmıştır.

Katılımcıların %93,4'ünün daha önce psikiyatrik destek almadığı, %95,9'unun tanısı konulmuş bir ruhsal hastalığının olmadığı, %94,2'sinin daha önce psikiyatrik tedavi almadığı, %90,1'inin ailesinde ruhsal bozukluğu olan bireyin var olmadığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin RHİÖ toplam puan ortalaması $46,36 \pm 15,80$ olarak belirlenmiştir. RHİÖ tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla $18,97 \pm 5,69$; $25,69 \pm 10,22$; $1,69 \pm 2,32$ olarak saptanmıştır.

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formuna verilen cevaplar incelendiğinde hastalıkla ilgili bilgiler $7,90 \pm 1,43$, hastalığa yönelik düşünceler $5,42 \pm 2,43$; tedavi yaklaşımları $2,79 \pm 1,13$, hemşirelik yaklaşımı alt başlık puan ortalaması $6,98 \pm 1,86$ ve formun toplam puan ortalaması $23,20 \pm 4,50$ olarak belirlenmiştir.

Cinsiyet, eğitim durumu, ruhsal bozukluklara yönelik bilgi almak, daha önce psikiyatri kliniğinde çalışmak, daha önce ruhsal bozukluğu olan bireye bakım vermiş olmak, daha önce psikiyatrik destek almak, tanısı konmuş bir ruhsal hastalığın var olma

durumu ve daha önce psikiyatrik bir tedavi almak ile RHIÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım vermeyi istemeyen hemşirelerin isteyenlere göre RHIÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Hemşirelerden 40 yaş ve üstü olanlar ile ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların diğerlerine göre RHIÖ utanma alt boyutunun puan ortalamasının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Meslekte toplam çalışma süresi RHIÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve utanma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Acil serviste çalışma süresi arttıkça utanma alt boyutunun puan ortalaması da artmıştır ($p<0,05$).

Hemşirelerin ruhsal bozukluklarla ilgili görüşlerine göre fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye yönelik bilgi ve yaklaşımları belirleme formunun alt başlık puan ortalamaları yaş, medeni durum, çalışılan acil birimi, ekonomik duruma göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Cinsiyeti kadın olanların erkeklere ve daha önce ruhsal bozukluğu olan bireye bakım verenlerin vermeyenlere göre hemşirelik yaklaşımı alt başlık puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Eğitim durumu yüksek lisans olanların tedavi yaklaşımı alt başlığından diğerlerine göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hemşirelerin meslekte ve acil serviste toplam çalışma süresine göre hastalığa yönelik düşünceler ve hemşirelik yaklaşımı alt başlıklarının puan ortalamaları arasında anlamlı derecede farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Ruhsal bozukluklara yönelik bilgi alan hemşirelerin almayanlara göre hastalıkla ilgili bilgiler alt başlığında puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Psikiyatrik bir tedavi alan hemşirelerin almayanlara göre hastalığa yönelik düşünceler alt başlık puanı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım vermeyi isteme durumuna göre tedavi ve hemşirelik yaklaşımı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastalığa yönelik düşünceler ile RHI'nn toplam ve tehlikelilik alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir zayıf bir ilişki, formun toplam puan ortalaması ile RHI'nn utanma alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgulara dayanarak;

Ruhsal hastalığa ilişkin inançlarının olumlu hale gelmesi için FNSB konusunda acil serviste çalışan hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerini artıracak, müdahale stratejilerini öğretecek sürekliliği olan hizmetiçi eğitim programlarının düzenlenmesi,

Acil serviste çalışan hemşirelere yönelik hazırlanacak hizmetiçi eğitimsel ruhsal hastalıklara yönelik bilgi, tutum ve yaklaşımları geliştirecek programların entegre edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi,

Acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB konusunda bilgi düzeyini artıracak girişimlerin tek başına hastalığa yönelik olumsuz tutumları değiştirmede yeterli olmadığı, bilgi vermek ile teması da içeren eğitim programlarının oluşturulması,

Hastaların ve sağlık çalışanlarının bilgi edinebileceği www.fndhope.org benzeri türkçe online veri tabanlarının oluşturulması,

Acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB'li bireye karşı olan olumsuz tutumlarını değiştirecek müdahale çalışmalarının planlanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi,

FNSB'li bireylere yönelik olumsuz tutumlara sahip hemşireler ile bu durumun nedenini araştıran derinlemesine görüşmeleri içeren nitel çalışmaların planlanması,

Yaşı büyük ve kıdem yılı fazla olan hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlarını etkileyen değişkenleri belirlemeye odaklanan niteliksel çalışmaların yapılması,

Acil servislere sıklıkla başvuran FNSB'li hastaların daha nitelikli bakım alabilmesi için psikiyatrik ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) birimi ile bağlantının sağlanması,

Çalışmanın başka sağlık kurumlarında ve diğer sağlık çalışanları ile daha büyük örneklem gruplarında tekrarlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Altıparmak T (2021). Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu. İçinde Coşar B. (Ed.) *Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri
2. Nicholson, T. R. J., Stone, J., Kanaan, R. A. A. (2010). Conversion disorder: a problematic diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(11), 1267–1273. doi:10.1136/jnnp.2008.171306.
3. Lehn, A., Bullock-Saxton, J., Newcombe, P., Carson, A., Stone, J. (2019). Survey of the perceptions of health practitioners regarding Functional Neurological Disorders in Australia. *Journal of Clinical Neuroscience*, 67, 114–123. doi:10.1016/j.jocn.2019.06.008.
4. Köroğlu, E. (Çev.) (2013). *Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
5. Örum, M.H.(2020).Acil Servise Başvuran Psikiyatrik Olgular Ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. *Afet ve Acil Tıp Dergisi*, 1(2);31-52.
6. Espay, A. J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., Hallett, M., Morgante, F. (2018). Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *Journal of the American Medical Association Neurology*, doi:10.1001/jamaneurol.2018.1264.
7. Conejero, I., Thouvenot, E., Abbar, M., Mouchabac, S., Courtet, P., Olié, E. (2018). Neuroanatomy of conversion disorder: towards a network approach. *Reviews in the Neurosciences*, 29(4), 355–368. doi:10.1515/revneuro-2017-0041.
8. Alpat, B. (2017). Konversiyon bozukluğunda psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tarzlarının etkisi.(Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, İstanbul). Tez No:475941.
9. Ludwig, L., Pasmán, J. A., Nicholson, T., Aybek, S., David, A. S., Tuck, S., Stone, J. (2018). Stressful life event sandmal treatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-controlstudies. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 307–320. doi:10.1016/s2215-0366(18)30051-8
10. Doğan, ŞK., Ay, S., Evcik, D. (2013). Nörolojik Bozuklukları Taklit Eden Konversiyon Bozukluğu: Olgu Sunumu. *Kocatepe Medical Journal*,14:101-103.
11. Stone j. (2016). Functional neurological disorders: the neurological assessment as treatment. *Practical Neurology*, 16(1):7-17.
12. Feinstein, A. (2011). Conversion disorder: advances in our understanding. *Canadian Medical Association Journal*, 183(8), 915–920. doi:10.1503/cmaj.110490.
13. Bennett, K., Diamond, C., Hoeritzauer, ı., Gardiner, P., McWhirter, L., CarsonF, A., and StoneG, J.(2021). A practical review of functional neurological disorder (FND) for the general physician. *Clinical Medicine, Vol 21, No 1: 28–36*. doi: 10.7861/clinmed.2020-0987.
14. Evrin, T., Kaykısız (Kuday), E. (2018). Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı alan hastaların değerlendirilmesi: Retrospektif, gözlemsel bir çalışma. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 10 (3): 348-355.
15. Finkelstein, S. A., Cortel-LeBlanc, M. A., Cortel-LeBlanc, A., Stone, J. (2021).Functional neurological disorder in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 00:1–12.doi:10.1111/acem.14263.
16. Ahern, L., Stone, J., Sharpe, MC. (2009). Attitudes of Neuroscience Nurses Toward Patients With Conversion Symptoms. *Psychosomatics*, 50(4), 336–339. doi:10.1176/appi.psy.50.4.336.
17. Ceylan, B., Koçak (Uyaroğlu),A. (2018). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Hastalarına Yönelik Damgalamaya İlişkin Görüşleri Ve Önerileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2):97-103.
18. Barnett, C., Davis, R., Mitchell, C., Tyson, S.(2020). The vicious cycle of functional neurological disorders: a synthesis of healthcare professionals' views on working with patients with functional neurological disorder. *Disability and Rehabilitation*, doi:10.1080/09638288.2020.1822935.
19. Adams, C., Anderson, J., Madva, E. N., LaFrance Jr, W. C., & Perez, D. L. (2018). You've made the diagnosis of functional neurological disorder: now what? *Practical Neurology*, 0:1–8. doi:10.1136/practneurol-2017-001835.
20. Bostancı, N., Aştı, N. (2004). Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 17(2):87-93.
21. Holmberg, M., Hammarback, S., Andersson, H. (2020). Registered nurses' experiences of assessing patients with mental illness in emergency care: A qualitative descriptive study.*Nordic Journal of Nursing Research*, Vol. 40(3) 151–161.

22. Peeling JL, Muzio MR. *Conversion Disorder*. (İnternette) 2022, Erişim 15.05.2022, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551567/>
23. Teodoro, T., Vilas Boas Garcia, S., Oliveira, R., Oliveira, J. M. (2022). No Man's Land Between Psychiatry and Neurology: Functional Neurological Disorders And Conversion Disorder In Emergency Department Settings. *Psychiatria Danubina*, 34(1), 109-110.
24. McCormack, R., Moriarty, J., Mellers, JD, Shotbolt, P., Pastena, R., Landes, N., Fleminger, S., Davis, AS. (2014). Specialist inpatient treatment for severe motor conversion disorder: a retrospective comparative study. *Journal of Neurology, Neurosurgery Psychiatry*, Aug;85(8):895-900. doi:10.1136/jnnp-2013-305716. Epub 2013 Oct 11.
25. Edwards, MJ (2016). Functional neurological symptoms: welcome to the new normal. *Practical Neurology*, 16:2 3. doi:10.1136/practneurol-2015-001310.
26. Raynor, G., Baslet, G. (2021). A historical review of functional neurological disorder and comparison to contemporary models. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 100489.
27. Galli, S., Tatu, L., Bogousslavsky, J., & Aybek, S. (2018). Conversion, factitious disorder and malingering: a distinct pattern or a continuum? *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus*, Part II, 42, 72-80.
28. Kala, S. (2015). Konversiyon Bozukluğu Tanısı Konan Ergenlerde Yüz İfadelerinin, Duygu Tanımlama Becerilerin ve İlişkili Etmenlerin Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara).
29. Yogarajah, M., Child, R., Agrawal, N., Cope, S., Edwards, M., & Mula, M. (2018). Functional seizures: An evaluation of the attitudes of general practitioners local to a tertiary neuroscience service in London. *Epilepsia Open*, 4(1), 54–62. doi:10.1002/epi4.12283.
30. Deeley, Q. (2016). Hypnosis as therapy for functional neurologic disorders. *Handbook of clinical neurology*, 139, 585-595.
31. O'Neal, M. A., & Baslet, G. (2018). Treatment for patients with a functional neurological disorder (conversion disorder): an integrated approach. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 307-314.
32. Fobian, A. D., Szaflarski, J. P. (2021). Identifying and evaluating novel treatment targets for the development of evidence-based interventions for functional neurological disorder. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 100479
33. Williams, S., Southall, C., Haley, S., Dhafari, T. B., Kemp, S., Relton, S. D., ... & Maguire, M. (2022). To the emergency room and back again: Circular healthcare pathways for acute functional neurological disorders. *Journal of the Neurological Sciences*, 437, 120251.
34. Pepper, E., Mohan, A., tcher, K., Parsons, M., & Curtis, J. (2022). Functional neurological disorders: an Australian interdisciplinary perspective. *Medical Journal of Australia*.
35. O'Connell, N., Nicholson, T. R., Wessely, S., & David, A. S. (2020). Characteristics of patients with motor functional neurological disorder in a large UK mental health service: a case-control study. *Psychological medicine*, 50(3), 446-455.
36. Stefánsson JG, Messina JA, Meyerowitz S: Hysterical neurosis, conversion type: clinical and epidemiological considerations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1976; 53:119–138.
37. Stephen, C. D., Fung, V., Lungu, C. I., & Espay, A. J. (2021). Assessment of emergency department and inpatient use and costs in adult and pediatric functional neurological disorders. *The Journal of the American Medical Association neurology*, 78(1), 88-101.
38. Deka, K., Chaudhury, P. K., Bora, K., & Kalita, P. (2007). A study of clinical correlates and socio-demographic profile in conversion disorder. *Indian journal of psychiatry*, 49(3), 205.
39. Gelauff, J., Stone, J., Edwards, M., & Carson, A. (2014). The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 220-226.
40. Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., & Doğan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2271-2276.
41. Macchi, Z. A., Kletenik, I., Olvera, C., & Holden, S. K. (2021). Psychiatric comorbidities in functional movement disorders: a retrospective cohort study. *Movement disorders clinical practice*, 8(5), 725-732.
42. Kola, S., & LaFaver, K. (2022). Updates in Functional Movement Disorders: from Pathophysiology to Treatment Advances. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 1-7.
43. Aksu, MH. (2021). Somatik Belirti Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri*, 1: 12- 7.
44. Rawlings, G. H., & Reuber, M. (2016). What patients say about living with psychogenic nonepileptic seizures: a systematic synthesis of qualitative studies. *Seizure*, 41, 100-111.

45. McKee, K., Glass, S., Adams, C., Stephen, C. D., King, F., Parlman, K., ... & Kontos, N. (2018). The inpatient assessment and management of motor functional neurological disorders: an interdisciplinary perspective. *Psychosomatics*, 59(4), 358-368.
46. Sadock BJ, Sadock VA. (2005). Somatoform Bozukluklar ve Ağrı Bozuklukları. İçinde *Kaplan&Sadock Klinik Psikiyatri*. (ss: 247-249). Güneş Tıp Kitapevi
47. Atmaca, M., Aydın, A., Tezcan, E., Poyraz, A. K., & Kara, B. (2006). Volumetric investigation of brain regions in patients with conversion disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(4), 708-713.
48. Aybek, S., Nicholson, T. R., O'Daly, O., Zelaya, F., Kanaan, R. A., & David, A. S. (2015). Emotion-motion interactions in conversion disorder: an fMRI study. *PloS one*, 10(4), e0123273.
49. Conejero, I., Thouvenot, E., Abbar, M., Mouchabac, S., Courtet, P., Olié, E. (2018). Neuroanatomy of conversion disorder: towards a network approach. *Reviews in the Neurosciences*, 29(4), 355-368. doi:10.1515/revneuro-2017-0041.
50. Gürel, E., Güleç, C. (Ed.) (2007). Psikiyatri Temel El Kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın.
51. Vassilopoulos, A., Mohammad, S., Dure, L., Kozłowska, K., & Fobian, A. D. (2022). Treatment approaches for functional neurological disorders in children. *Current Treatment Options in Neurology*, 1-21.
52. Engin, MMN., Kılıçaslan, Ö., Yektaş, Ç., Temizkan, RC., Kocabay, K.(2020). Parapleji ile Bulgu Veren Konversiyon Bozukluğu. *Turkish Journal of Child and Adolescent Health*,27(2):116-9.
53. Çam O, Engin E. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: Bakım Sanatı*. 3. Baskı. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul.
54. Nicholson, T. R., Carson, A., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., Hallett, M., Mildon, B., ... & FND-COM (Functional Neurological Disorders Core Outcome Measures) Group. (2020). Outcome measures for functional neurological disorder: a review of the theoretical complexities. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 32(1), 33-42.
55. Göktaş, K., Kaya, N., Çilli, A.S. (2003).Psikiyatri polikliniğine başvuran konversiyon bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Genel Tıp Dergisi*,13(4).
56. Butler, M., Shipston-Sharman, O., Seynaeve, M., Bao, J., Pick, S., Bradley-Westguard, A., ... & Nicholson, T. (2021). International online survey of 1048 individuals with functional neurological disorder. *European Journal of Neurology*, 28(11), 3591-3602.
57. Alluri, P. R., Solit, J., Leveroni, C. L., Goldberg, K., Vehar, J. V., Pollak, L. E., ... & Perez, D. L. (2020). Cognitive complaints in motor functional neurological (conversion) disorders: a focused review and clinical perspective. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 33(2), 77-89.
58. Örum, MH.(2021).Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Tedavinin Bilişsel Hatalar Üzerine Etkisi. *Aegean Journal of Medical Sciences*,1:20-27.
59. Leary. P.(2013).Conversion Disorder. İçinde *Handbook of Clinical Neurology*.ss:883-887.
60. Stone, J. (2014). Functional neurological disorders: the neurological assessment as treatment. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 44(4), 363-373.
61. Hallett, M. (2016). Functional (psychogenic) movement disorders—clinical presentations. *Parkinsonism & related disorders*, 22, S149-S152.
62. Aybek, S., Kanaan, R. A., & David, A. S. (2008). The neuropsychiatry of conversion disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(3), 275-280.
63. Tsui, P., Deptula, A., & Yuan, D. Y. (2017). Conversion disorder, functional neurological symptom disorder, and chronic pain: comorbidity, assessment, and treatment. *Current pain and headache reports*, 21(6), 1-10.
64. Yalug, İ., Özten, E., Tufan, E. (2007). Konversiyon Bozukluğu ile İlgili Literatürün Bir Olgu Nedeni ile Gözden Geçirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 27:458-462.
65. Zincir (Bozkurt), S., Yanartaş, Ö., Semiz (Başar), Ü., Kazan, Ö. (2012). Konversiyon Bozukluğu ile ilgili Psikiyatrik ve Nörolojik Bakış Açılarının Bir Olgu Nedeniyle Gözden Geçirilmesi. *Journal of Mood Disorders*, 2(4):186-90.
66. Stone, J., LaFrance Jr, W. C., Brown, R., Spiegel, D., Levenson, J. L., & Sharpe, M. (2011). Conversion disorder: current problems and potential solutions for DSM-5. *Journal of psychosomatic research*, 71(6), 369-376.
67. Anderson, J. R., Nakhate, V., Stephen, C. D., & Perez, D. L. (2019). Functional (psychogenic) neurological disorders: assessment and acute management in the emergency department. *In Seminars in Neurology*, Vol. 39, No. 01, pp. 102-114.
68. Evans, R. W., & Evans, R. E. (2010). A survey of neurologists on the likeability of headaches and other neurological disorders. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50(7), 1126-1129.

69. Gilmour, G. S., Nielsen, G., Teodoro, T., Yogarajah, M., Coebergh, J. A., Dilley, M. D., ... & Edwards, M. J. (2020). Management of functional neurological disorder. *Journal of Neurology*, 267(7), 2164-2172.
70. LaFrance, W. C., Keitner, G. I., Papandonatos, G. D., Blum, A. S., Machan, J. T., Ryan, C. E., & Miller, I. W. (2010). Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*, 75(13), 1166-1173.
71. Kranick, S. M., Gorrindo, T., & Hallett, M. (2011). Psychogenic movement disorders and motor conversion: a roadmap for collaboration between neurology and psychiatry. *Psychosomatics*, 52(2), 109-116.
72. Jalilianhasanpour, R., Ospina, J. P., Williams, B., Mello, J., MacLean, J., Ranford, J., ... & Perez, D. L. (2019). Secure attachment and depression predict 6-month outcome in motor functional neurological disorders: a prospective pilot study. *Psychosomatics*, 60(4), 365-375.
73. Edwards, M. J., Stone, J., & Nielsen, G. (2012). Physiotherapists and patients with functional (psychogenic) motor symptoms: a survey of attitudes and interest. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 83(6), 655-658.
74. LaFaver, K. (2020). Treatment of functional movement disorders. *Neurologic clinics*, 38(2), 469-480.
75. Gonsalvez, I., Spagnolo, P., Dworetzky, B., & Baslet, G. (2021). Neurostimulation for the treatment of functional neurological disorder: A systematic review. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 100501.
76. Maggio, J. B., Ospina, J. P., Callahan, J., Hunt, A. L., Stephen, C. D., & Perez, D. L. (2020). Outpatient physical therapy for functional neurological disorder: a preliminary feasibility and naturalistic outcome study in a US cohort. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 32(1), 85-89.
77. Gilmour, G. S., & Jenkins, J. D. (2021). Inpatient treatment of functional neurological disorder: a scoping review. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 48(2), 204-217.
78. Sharpe, M., Walker, J., Williams, C., Stone, J., Cavanagh, J., Murray, G., ... & Carson, A. (2011). Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: a randomized controlled efficacy trial. *Neurology*, 77(6), 564-572.
79. Tolchin, B., Baslet, G., Carson, A., Dworetzky, B. A., Goldstein, L. H., LaFrance Jr, W. C., ... & Szaflarski, J. P. (2021). The role of evidence-based guidelines in the diagnosis and treatment of functional neurological disorder. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 100494.
80. O'connell, N., Watson, G., Grey, C., Pastena, R., McKeown, K., & David, A. S. (2020). Outpatient CBT for motor functional neurological disorder and other neuropsychiatric conditions: a retrospective case comparison. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 32(1), 58-66.
81. Myers, L., Sarudiansky, M., Korman, G., & Baslet, G. (2021). Using evidence-based psychotherapy to tailor treatment for patients with functional neurological disorders. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 100478.
82. Goldstein, L. H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M. R., Moriarty, J., Toone, B. K., & Mellers, J. D. C. (2010). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*, 74(24), 1986-1994.
83. Özcan, CT., Gürhan, N. (Ed.) (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıtı Dayalı Uygulama Kavramları*, Akdemisyen Kitabevi, Ankara, ss.516-543.
84. Mollaoğlu, M., & Çelik, P. (2016). Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. *Journal of clinical nursing*, 25(19-20), 2778-2785.
85. Fontão, M. C., Rodrigues, J., Lino, M. M., Lino, M. M., & Kempfer, S. S. (2018). Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 2199-2205.
86. Hurwitz, T. A. (2004). Somatization and conversion disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(3), 172-178.
87. Stone, J., Carson, A., & Sharpe, M. (2005). Functional symptoms in neurology: management. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76(suppl 1), i13-i21.
88. Saxena, A., Godena, E., Maggio, J., & Perez, D. L. (2020). Towards an outpatient model of care for motor functional neurological disorders: a neuropsychiatric perspective. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2119.
89. Üstün, B., İnan (Şengün), F. (2018). Psikiyatri Hemşireliği Uygulamasına Bir Örnek: Damgalamayla Mücadele Eğitim Programı. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*; 15 (2): 131-135.
90. Kayahan, M. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları Ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 6:27-34.
91. Escalada-Hernandez, P., Munoz-Hermoso, P., Gonzalez-Fraile, E., Santos, B., Gonzalez-Vargas, J. A., Fera-Raposo, I., . . . Garcia-Manso, M. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes,

- and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research*, 28(2), 92-98. doi: 10.1016/j.apnr.2014.05.006.
92. Rommelfanger, K. S., Factor, S. A., LaRoche, S., Rosen, P., Young, R., & Rapaport, M. H. (2017). Disentangling stigma from functional neurological disorders: conference report and roadmap for the future. *Frontiers in neurology*, 8, 106.
 93. Arkan, B., Bademli, K., Duman (Çetinkaya), 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.
 94. Williams, E. R., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., James, M., Tomenson, B., Eastham, J., & McNally, D. (2001). Psychiatric status, somatisation, and health care utilization of frequent attenders at the emergency department: a comparison with routine attenders. *Journal of psychosomatic research*, 50(3), 161-167.
 95. Ahmedani, B. K., Osborne, J., Nerenz, D. R., Haque, S., Pietrantonio, L., Mahone, D., & Smith, B. J. (2013). Diagnosis, costs, and utilization for psychogenic non-epileptic seizures in a US health care setting. *Psychosomatics*, 54(1), 28-34.
 96. Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., Tan de Bibiana, J., Hwang, S. W., & Stergiopoulos, V. (2017). "Hospital was the only option": experiences of frequent emergency department users in mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3), 405-412.
 97. Karakaş, S. A., Polat, H., Eda, A. Y., & Küçüköğlü, S. (2017). Türkiye'de Bir Psikiyatri Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sorunu Olan Bireylere Karşı Tutumları İle Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1), 40-48.
 98. Büyükbayram, A., Arabacı (Baysan), L., Arabacıoğlu, İ., Ayyıldız, C., Acar, K. (2017). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Alkol-Madde Bağımlılığı ve Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları. *Bağımlılık Dergisi – Journal of Dependence*; 18(4):122-134.
 99. Engebretson, J. (2013). Understanding stigma in chronic health conditions: Implications for nursing. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(10), 545-550.
 100. Şahin, M., Demirkıran, F., Kocairi, C. (2021). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Konversiyon Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları ve Damgalama: Kesitsel Bir Çalışma. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (2), 125-133.
 101. Marotta, A., Fiorio, M., Fracasso, I., Franchini, C. A., Defazio, G., & Tinazzi, M. (2021). Functional neurological disorders as seen by a cohort of general practitioners in northern Italy: evidence from an online survey. *Frontiers in neurology*, 12, 583672.
 102. Taşlı, B. A., Hocaoğlu, C. (2022). Sağlık sisteminde ihmal edilen bir konu'Bedensel Belirti Bozukluğu'. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 15(4), 1-1.
 103. Yarız, K., Yavaş, C. P., & Kumbasar, H. (2022). Fonksiyonel yürüme bozukluğu olan bir olguya yaklaşım: Olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25.
 104. Kiliç, Ö., Eser, H. Y., Necef, I., Altunöz, U., Öztöp (Çakmak), Ö., & Aktaş, C. (2021). How do Physicians Manage Functional Neurological Symptom Disorder and Somatic Symptom Disorder in the Emergency Department? *A Vignette Study. Archives of Neuropsychiatry*, 58(4), 261.
 105. Xie, X. Y., Lin, G. Z., Huang, Q., Li, C. B., Hallett, M., Voon, V., ... & Wang, G. (2021). Opinions and clinical practice of functional movement disorders: a nationwide survey of clinicians in China. *Boston Medical Center Neurology*, 21(1), 1-10.
 106. Bediz, U., Aydemir, Ç., Başterzi, A. D., Kısa, C., Cebeci, S., & Göka, E. (2004). Hekimlerin konversiyon bozukluğuna yaklaşımını etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7, 73-79.
 107. Cozzi, G., & Barbi, E. (2019). Facing somatic symptom disorder in the emergency department. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 55(1), 7-9.
 108. Beharry, J., Palmer, D., Wu, T., Wilson, D., Le Heron, C., Mason, D., ... & Duncan, R. (2021). Functional neurological disorders presenting as emergencies to secondary care. *European Journal of Neurology*, 28(5), 1441-1445.
 109. Anderson, M., & Standen, P.J. (2007). Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(5), 470-477. 10.1111/j.1365-2850.2007.01106.x
 110. Reid, S., Whooley, D., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms—GPs' attitudes towards their cause and management. *Family Practice*, 18(5), 519-523.
 111. LaFaver, K., Lang, A. E., Stone, J., Morgante, F., Edwards, M., Lidstone, S., ... & Espay, A. J. (2020). Opinions and clinical practices related to diagnosing and managing functional (psychogenic) movement disorders: changes in the last decade. *European Journal of Neurology*, 27(6), 975-984.

112. Rawlings, G. H., & Reuber, M. (2018). Health care practitioners' perceptions of psychogenic nonepileptic seizures: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Epilepsia*, 59(6), 1109-1123.
113. Sahaya, K., Dholakia, S. A., Lardizabal, D., & Sahota, P. K. (2012). Opinion survey of health care providers towards psychogenic non epileptic seizures. *Clinical neurology and neurosurgery*, 114(10), 1304-1307.
114. Aatti, Y., Schwan, R., Maillard, L., McGonigal, A., Micoulaud-Franchi, J. A., de Toffol, B., ... & Hingray, C. (2016). A cross-sectional survey on French psychiatrists' knowledge and perceptions of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 60, 21-26.
115. Shneker, B. F., & Elliott, J. O. (2008). Primary care and emergency physician attitudes and beliefs related to patients with psychogenic nonepileptic spells. *Epilepsy & Behavior*, 13(1), 243-247.
116. Annandale, M. M., Vilyte, M. G., & Pretorius, C. (2022). Stigma in functional seizures: A scoping review. *Seizure*.
117. Moran, M. (2008). Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşleri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Mersin).
118. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
119. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
120. Bilge, A. ve Çam O. (2008). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 91-96.
121. Almanasreh, E., Moles, R., Chen, T. F. (2019). Evaluation of methods used for estimating content validity. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(2), 214-221.
122. Yıldırım, S., Ersoysal, F., & Güler, C. (2018). Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi (tur). *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 380-388.
123. Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(6), 558-567.
124. Özer, Ü., Varlık, C., Çeri, V., Ince, B., & Delice, M. A. (2017). Değişim bizden başlar: ruh sağlığı çalışanlarında ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlar ve damgalayıcı dilin kullanımı. *Düşünen Adam*, 30(3), 224-232.
125. Kanaan, R. A., Armstrong, D., & Wessely, S. C. (2011). Neurologists' understanding and management of conversion disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(9), 961-966.
126. Matchinsky, D. J. (2001). Attitudes toward people with mental illness as a predictor for liking of people described with mental health problems. *University of Missouri-Kansas City*.
127. Özaydın, Ö., Gürün, H. P., Çavdar, S., Tanrıverdi, S., Dağ, B., Yüzal, S., & Akay, O. (2022). İstanbul'daki kamu sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik inançları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25(3).
128. Bag, B., & Ekinçi, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(11), 107-127.
129. Çam, O., Pektaş, I., Bilge, A. (2007). Ebe/Hemşirelere Verilen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Eğitiminin Ruhsal Hastalıklara Yaklaşımlarına İletişim Becerilerine Ve İş Doyumlarına Etkilerinin Araştırılması. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 7-15.
130. Şahin, G., Buzlu, S., Amancalı, M., Sayın, S.A., Yakar, A. (2019). Bir Hemşirelik Bölümündeki Öğrencilerin Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Karşı Tutumları ve İlişkili Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 10(2):218-224.
131. Reed, F., & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 249-257.
132. Arı, F. (2003). Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireye Karşı Tutumları. *Yayımlanmış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.

EKLER

EK-1.Bilgi Formu

Sayın katılımcı bu araştırma yüksek lisans tez çalışması olup, acil serviste çalışan hemşirelerin **Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu (Konversiyon Bozukluğu)** ile başvuran bireylere yaklaşımlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmektedir. Aşağıda belirtilen soruları, size en uygun olan cevabı daire içine alarak ya da açıkça yazarak cevaplayınız. Araştırmanın güvenilirliği size sunulan ifadeleri içtenlikle, dürüstçe ve dikkatlice doldurmanıza bağlıdır. Bu nedenle her bir soruyu dikkatle okumanızı ve boş bırakmadan tümünü yanıtlamanızı rica ediyoruz. Anket formunda isim belirtilmeyecek ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Merve BOY ESİN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Elvan E. ATA

Lütfen her soruda aksi belirtilmedikçe yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz.

1) Cinsiyetiniz:

- A) Kadın
- B) Erkek

2) Yaşınız: _____

3) Medeni durumunuz:

- A) Bekar
- B) Evli
- C) Dul

4) Eğitim durumunuz:

- A) Lise
- B) Önlisans
- C) Lisans
- D) Yüksek Lisans
- E) Diğer(*belirtiniz* _____)

5) Meslekte toplam çalışma süreniz: _____

6) Acil serviste toplam çalışma süreniz: _____

7) Acil Serviste hangi birimde çalışıyorsunuz?

- A) Sarı Alan
- B) Kırmızı Alan
- C) Enjeksiyon
- D) Gözlem

8) Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- A) Çok iyi
- B) İyi
- C) Orta
- D) Kötü
- E) Çok kötü

9) Ruhsal hastalık dendiğinde aklınıza ilk gelen kelimeyi yazınız.

10) Ruhsal bozukluklara yönelik bilgi aldınız mı?

- A) Evet (ise *nereden* *aldığınızı* belirtiniz _____)
- B) Hayır

11) Daha önce hiç psikiyatri kliniğinde çalıştınız mı?

- A) Evet
- B) Hayır

12) Daha önce hiç ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım verdiniz mi?

- A) Evet
- B) Hayır

13) Daha önce hiç psikiyatrik destek aldınız mı?

- A) Evet
- B) Hayır

14) Tanısı konmuş bir ruhsal hastalığınız var mı?

- A) Evet (ise hastalığın adını belirtiniz _____)
- B) Hayır

15) Daha önce hiç psikiyatrik bir tedavi aldınız mı?

- A) Evet
- B) Hayır

16) Ailenizde ruhsal bozukluğu olan birey var mı?

- A) Evet (ise yakınlık derecenizi ve hastalığını belirtiniz _____)
- B) Hayır

17) Ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım verirken nasıl hissediyorsunuz?

18) Ruhsal bozukluğu olan bir bireye bakım vermek ister misiniz?

- A) Evet
- B) Hayır (Nedenini açıkla mısınız?)

EK-2.Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)

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

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0.Tamamen katılmıyorum	1.Çoğunlukla katılmıyorum	2.Kısmen katılmıyorum	3.Kısmen Katılıyorum	4.Çoğunlukla katılıyorum	5.Tamamen katılıyorum
1. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3. Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9. Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10. Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11. Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						

12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13. Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15. Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16. Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17. Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18. Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19. Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20. Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21. Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK-3.Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu Olan Bireye Yönelik Bilgi Ve Yaklaşımları Belirleme Formu

Sayın katılımcı bu araştırma yüksek lisans tez çalışması olup, acil serviste çalışan hemşirelerin Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu (Konversiyon Bozukluğu) ile başvuran bireylere yaklaşımlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmektedir. Aşağıda fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireye hemşirelik yaklaşım konusunda bazı önermeler verilmiştir. Bu önermelerin doğru ve yanlış olanlarını işaretleyiniz. Araştırmanın güvenilirliği size sunulan ifadeleri içtenlikle, dürüstçe ve dikkatlice doldurmanıza bağlıdır. Bu nedenle her bir soruyu dikkatle okumanızı ve boş bırakmadan tümünü yanıtlamanızı rica ediyoruz. Anket formunda isim belirtilmeyecek ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Merve BOY ESİN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Elvan E. ATA

	Önermeler	Doğru	Yanlış
Hastalıkla ilgili bilgiler			
1.	Hastada ayakta duramama, yürüyememe, kasılmalar, tremor, kol ve bacaklarda güçsüzlük şikayetleri varsa, nörolojik bir bozukluk tanılanmamışsa ruhsal bir bozukluk olan fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olduğunu düşünürüm.	.	
2.	Hastada tikler, konuşamama (mutizm), ses çıkaramama (afoni), duyu kaybı (anestezi), duyu azalması (hipoestezi), duyu artması (hiperestezi), histerik sağırılık, histerik körlük, koku alamama, öksürük, hıçkırık, öğürme, boğazda tıkanma, kusma şikayetleri varsa, nörolojik bir bozukluk tanılanmamışsa fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunu (konversiyon bozukluğunu) düşünürüm.	.	
3.	Hastada dokunma ya da ağrı duyusunda kayıp, çift görme, psödonöbetler (epileptik olmayan nöbet), bayılma gibi şikayetleri varsa, nörolojik bir bozukluk tanılanmamışsa fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunu (konversiyon bozukluğunu) düşünürüm.	.	
4.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) cinsiyet, psikolojik stres, aile içi çatışmalar, çocukluk çağı travması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sosyal çevrede yaşanan sorunlar gibi birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir.	.	
5.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) majör depresif bozukluk (MDB), kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülebilmektedir.	.	
6.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) kadınlarda erkeklerden daha sık görülür.	.	
7.	Düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik durum, zekâ düzeyinin düşük olması fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) için risk faktörüdür.	.	
8.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunun (konversiyon bozukluğunun) ortaya çıkışı ile stresli yaşam olayları arasında bir ilişki vardır.	.	
9.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) tanısı koymak için öncelikle hastanın fiziksel ve nörolojik incelemesinin yapılması gerekir.	.	
10.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastaların semptomları nörolojik bir hastalıkla ilişkilidir.		.
Hastalığa yönelik düşünceler			
11.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastaların semptomları ruhsal kaynaklıdır ve rol yapmazlar.	.	
12.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalar rol/numara yaptıkları için semptomlarını kontrol edebilirler.		.

13.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) tanınması güç bir durumdur.	.	
14.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalar genellikle iyileşmek istemezler.		.
15.	Seçme şansım olursa Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalara bakım vermek istemem.		.
16.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastaların amacı dikkat ya da ilgi çekmek olabilir.		.
17.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalarla genellikle başa çıkmak zordur.		.
18.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalar çevresindeki insanları istemedikleri halde etkilemeye veya yönlendirmeye çalışırlar.		.
19.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hasta ile uğraşmak zaman kayıbdır.		.
20.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalar iyileşmez.		.
21.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalara bakım vermek zordur.		.
Tedavi yaklaşımları			
22.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastaların belli bir tedavisi yoktur.		.
23.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalara ilaç olarak serum fizyolojik ya da vitamin enjeksiyonu yapmak yeterlidir.		.
24.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalara ilaç olarak anksiyolitik (anksiyete giderici) ilaçlar yapmak gerekir.	.	
25.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalara psikiyatri konsültasyonu istemek gerekir.	.	
Hemşirelik yaklaşımı			
26.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan ve sıklıkla bayılma şikâyeti ile acil servise başvuran hastaya keskin kokulu madde koklatırım ve başka hiçbir şey yapmadan beklerim.		.
27.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan ve sıklıkla bayılma şikâyeti ile acil servise başvuran hastaya rol yaptığını, bu bayılmanın gerçek olmadığını söyler, hastayı durumuyla yüzleştiririm.		.
28.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastaya semptomların nedenini açıklarken yaşadığı durumun ruhsal bir etkene bağlı olduğunu, fiziksel bir sorun olmadığını söylerim.	.	
29.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) hastanın kaygısı artmışsa hastayı sessiz, sakin, uyanların az olduğu bir ortama alırım.	.	
30.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastalara karşı katı ve sert bir tutum sergilersem tekrar hastaneye gelmelerini engellemiş olurum.		.
31.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastayı yaşadığı belirtilerin geçeceğini söyleyerek (telkin ederek) kendine gelmesini sağlarım.		.
32.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastaya yargılamadan yaklaşırım.	.	
33.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastayı hastalık belirtilerinin ortaya çıkışı ile stresli yaşam olayları arasındaki ilişkiyi anlatırım.	.	
34.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastaya duygularını sözel olarak ifade etmesi için destek olurum.	.	
35.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan hastaya kaygı ile baş etme yollarını öğretirim.	.	

EK-4.Uzman Değerlendirme Formu

Sayın Hocam

Acil servise sıklıkla başvuran ve tanılanması güç bir grup olan Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu (FNSB) olan bireylerin gereksinim duydukları bakımı sağlık çalışanlarının bu hastalıkla ilgili olan inanışları ve olumsuz tutumları nedeniyle alamadıkları gözlenmektedir. Bu araştırma acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB hakkındaki bilgi düzeyleri ve inançlarının belirlenmesi ile bu kapsamda ülkemizdeki durumu tanımlamak açısından literatüre katkı sağlaması amacıyla planlanmıştır. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Elvan Emine Ata ile birlikte ilgili literatür doğrultusunda acil serviste çalışan hemşirelerin FNSB'ye dair bilgi düzeylerini belirlemek ve bu araştırmayı yaparken kullanabilmek amacıyla hastalıkla ilgili bilgiler, hastalığa yönelik düşünceler, tedavi yaklaşımları ve hemşirelik yaklaşımlarını kapsayan **40 sorudan oluşan ve “doğru ve yanlış”** olarak puanlanması planlanan bir form hazırladık.

Değerli hocam, çalışmanın bu aşamasında acil serviste çalışan hemşirelerin “Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu Olan Bireye Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları Belirleme Formu”nda yazdığımız önermelerin uygunluğuna yönelik değerlendirmeleriniz her sorunun altında puanlanan;

(1) Hiç Uygun Değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok Uygun olarak puanlanacaktır.

Bu kapsamda değişiklik gerekli gördüğünüz sorular için “Öneriniz” bölümüne önerinizi yazabilirsiniz.

Çalışmaya verdiğiniz katkı, görüş ve önerileriniz için teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Yüksek Lisans Öğrencisi: Merve Boy
Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Elvan Emine Ata

**Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu Olan Bireye Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları
Belirleme Formu**

<p>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</p> <p>Öneriniz:</p>

Hastalıkla ilgili bilgiler			
<p>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</p> <p>Öneriniz:</p>			
	Önergeler	Doğru	Yanlış
1.	Hastada ayakta duramama, yürüyememe, kasılmalar, tremor, kol ve bacaklarda güçsüzlük şikayetleri varsa, nörolojik bir bozukluk tanılanmamışsa fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunu düşünürüm.		
	<p>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</p> <p>Öneriniz:</p>		
2.	Hastada tikler, konuşamama (mutizm), ses çıkaramama (afoni), duyu kaybı (anestezi), duyu azalması (hipoestezi), duyu artması (hiperestezi), histerik sağırlık, histerik körlük, koku alamama, öksürük, hıçkırık, öğürme, boğazda tıkanma, kusma şikayetleri varsa, nörolojik bir bozukluk tanılanmamışsa fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunu düşünürüm.		
	<p>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</p> <p>Öneriniz:</p>		
3.	Hastada dokunma ya da ağrı duyusunda kayıp, çift görme, psödonöbetler, bayılma gibi şikayetleri varsa, nörolojik bir bozukluk tanılanmamışsa fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunu düşünürüm.		
	<p>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</p> <p>Öneriniz:</p>		
4.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir.		
	<p>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</p> <p>Öneriniz:</p>		
5.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğuna başka ruhsal bozukluklarda eşlik edebilir.		
	<p>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</p> <p>Öneriniz:</p>		

6.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha sık görülür.		
	(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun Öneriniz:		
7.	Düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik durum, zekâ düzeyinin düşük olması fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu için risk faktörüdür.		
	(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun Öneriniz:		
8.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunun ortaya çıkışı ile stresli yaşam olayları arasında bir ilişki vardır.		
	(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun Öneriniz:		
9.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluk tanısı koymak için hastanın fiziksel ve nörolojik incelemesinin yapılması gerekir.		
	(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun Öneriniz:		
10.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu tanılanması güç bir durumdur.		
	(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun Öneriniz:		
Hastalığa yönelik düşünceler			
	(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun Öneriniz:		
11.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireyler semptomlarını kontrol edebilirler.		
	(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun Öneriniz:		
12.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastaların semptomları nörolojik bir hastalıkla ilişkilidir.		
	(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun Öneriniz:		
13.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalar genellikle iyileşmek istemezler.		
	(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun Öneriniz:		
14.	Seçme şansım olursa Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalara bakım vermek istemem.		
	(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun Öneriniz:		

15.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalar genellikle rol yaparlar.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
16.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastaların amacı dikkat ya da ilgi çekmektir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
17.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalarla genellikle başa çıkmak zordur.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
18.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireyler manipülatiftir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
19.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastaların semptomları gerçektir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
20.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalar epileptik nöbet benzeri nöbetler geçirebilirler.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
21.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hasta ile uğraşmak zaman kaybıdır.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
22.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalar iyileşmez.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
23.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalara bakım vermek zordur.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
Tedavi yaklaşımları			
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		

24.	Fonksiyonel Nörolojik bozukluğu olan hastalara ilaç vermeye gerek yoktur.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
25.	Fonksiyonel Nörolojik bozukluğu olan hastalara ilaç olarak serum fizyolojik ya da vitamin enjeksiyonu yapmak yeterlidir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
26.	Fonksiyonel Nörolojik bozukluğu olan hastalara ilaç olarak anksiyolitik ilaçlar yapmak gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
27.	Fonksiyonel Nörolojik bozukluğu olan hastalara psikiyatri konsültasyonu istemek gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
Hemşirelik yaklaşımı			
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
28.	Sıklıkla bayılma şikâyeti ile acil servise başvuran hastaya rol yaptığını, bu bayılmanın gerçek olmadığını söyler, hastayı durumuyla yüzleştirmek gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
29.	Hastanın yaşadığı durumun ruhsal bir etkene bağlı olduğunu, fiziksel bir sorun olmadığını hastaya söylemek gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
30.	Hastanın kaygısı artmışsa hastayı sessiz, sakin, uyanların az olduğu bir ortama alırım.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
31.	Hastalara karşı katı ve sert bir tutum sergilersem, tekrar gelmelerini engellerim.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
32.	Hastada sekonder kazanç gelişimini engellemek için sorumluluklardan kaçmasını engellemek gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		

33.	Sıklıkla bayılma şikâyeti ile acil servise başvuran hastaya hiçbir şey yapmadan beklemek gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
34.	Sıklıkla bayılma şikâyeti ile acil servise başvuran hastaya keskin kokulu madde koklatmak gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
35.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastanın telkin ederek kendine gelmesini sağlamak gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
36.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastayı yargılamamak gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
37.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastayı durumu ile ilgili yüzleştirmek gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
38.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastayı hastalık belirtilerinin ortaya çıkışı ile stresli yaşam olayları arasındaki ilişkiyi göstermek gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
39.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastaya duygularını sözel olarak ifade etmesi için destek olmak gerekir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		
40.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastaya kaygı ile baş etme yolları öğretilmelidir.		
	<i>(1) Hiç uygun değil (2) Uygun Değil (3) Uygun (4) Çok uygun</i>		
	Öneriniz:		

EK-5.Bilgi Formunun Kapsam Geçerlilik Tablosu

Önermeler		(1) Hiç uygun değil	(2) Uygun Değil	(3) Uygun	(4) Çok uygun	KGİ
Hastalıkla ilgili bilgiler						
1.	Hastada ayakta duramama, yürüyememe, kasılmalar, tremor, kol ve bacaklarda güçsüzlük şikayetleri varsa, nörolojik bir bozukluk tanılanmamışsa fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunu düşünürüm.		1	2	5	0,87
2.	Hastada tikler, konuşamama (mutizm), ses çıkaramama (afoni), duyu kaybı (anestezi), duyu azalması (hipoestezi), duyu artması (hiperestezi), histerik sağırlık, histerik körlük, koku alamama, öksürük, hıçkırık, öğürme, boğazda tıkanma, kusma şikayetleri varsa, nörolojik bir bozukluk tanılanmamışsa fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunu düşünürüm.		1	2	5	0,87
3.	Hastada dokunma ya da ağrı duyusunda kayıp, çift görme, psödonöbetler, bayılma gibi şikayetleri varsa, nörolojik bir bozukluk tanılanmamışsa fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunu düşünürüm.		1	3	4	0,87
4.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir.	1	1	2	4	0,75
5.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğuna başka ruhsal bozukluklarda eşlik edebilir.			3	5	1
6.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha sık görülür.			2	6	1
7.	Düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik durum, zekâ düzeyinin düşük olması fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu için risk faktörüdür.		1	3	4	0,87
8.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğunun ortaya çıkışı ile stresli yaşam olayları arasında bir ilişki vardır.		2	2	4	0,75
9.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluk tanısı koymak için hastanın fiziksel ve nörolojik incelemesinin yapılması gerekir.			2	6	1
10.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu tanılanması güç bir durumdur.	2	1	1	4	0,75
Hastahğa yönelik düşünceler						
11.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireyler semptomlarını kontrol edebilirler.		1	2	5	0,87
12.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastaların semptomları nörolojik bir hastalıkla ilişkilidir		2	2	4	0,75
13.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalar genellikle iyileşmek istemezler.		1	3	4	0,87
14.	Seçme şansım olursa Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalara bakım vermek istemem.		1	2	5	0,87

15.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalar genellikle rol yaparlar.			2	6	1
16.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastaların amacı dikkat ya da ilgi çekmektir.			3	5	1
17.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalarla genellikle başa çıkmak zordur.	1	1	2	4	0,75
18.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan bireyler manipülatiftir			3	5	1
19.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastaların semptomları gerçektir.	1	1	1	5	0,75
20.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalar epileptik nöbet benzeri nöbetler geçirebilirler.	1		2	5	0,87
21.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hasta ile uğraşmak zaman kaybıdır.			2	6	1
22.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalar iyileşmez.			2	6	1
23.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastalara bakım vermek zordur.		1	2	5	0,87
Tedavi yaklaşımları						
24.	Fonksiyonel Nörolojik bozukluğu olan hastalara ilaç vermeye gerek yoktur.		2	1	5	0,75
25.	Fonksiyonel Nörolojik bozukluğu olan hastalara ilaç olarak serum fizyolojik ya da vitamin enjeksiyonu yapmak yeterlidir.			2	6	1
26.	Fonksiyonel Nörolojik bozukluğu olan hastalara ilaç olarak anksiyolitik ilaçlar yapmak gerekir.		1	5	2	0,87
27.	Fonksiyonel Nörolojik bozukluğu olan hastalara psikiyatri konsültasyonu istemek gerekir.			2	6	1
Hemşirelik yaklaşımı						
28.	Sıklıkla bayılma şikayeti ile acil servise başvuran hastaya rol yaptığını, bu bayılmanın gerçek olmadığını söyler, hastayı durumuyla yüzleştirmek gerekir.	1	1	2	4	0,75
29.	Hastanın yaşadığı durumun ruhsal bir etkene bağlı olduğunu, fiziksel bir sorun olmadığını hastaya söylemek gerekir.		1	2	5	0,87
30.	Hastanın kaygısı artmışsa hastayı sessiz, sakin, uyarıların az olduğu bir ortama alırım.			2	6	1
31.	Hastalara karşı katı ve sert bir tutum sergilersem, tekrar gelmelerini engellerim.		1	2	5	0,87
32.	Hastada sekonder kazanç gelişimini engellemek için sorumluluklardan kaçmasını engellemek gerekir.		1	2	5	0,87
33.	Sıklıkla bayılma şikâyeti ile acil servise başvuran hastaya hiçbir şey yapmadan beklemek gerekir.		2	1	5	0,75
34.	Sıklıkla bayılma şikâyeti ile acil servise başvuran hastaya keskin kokulu madde koklatmak gerekir.		1	2	5	0,87
35.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastanın telkin ederek kendine gelmesini sağlamak gerekir.			3	5	1
36.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastayı yargılamamak gerekir.		2	2	4	0,75
37.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastayı durumu ile ilgili yüzleştirmek gerekir.		1	2	5	0,87

38.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastayı hastalık belirtilerinin ortaya çıkışı ile stresli yaşam olayları arasındaki ilişkiyi göstermek gerekir.		1	4	3	0,87
39.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastaya duygularını sözel olarak ifade etmesi için destek olmak gerekir.		1	2	5	0,87
40.	Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olan hastaya kaygı ile baş etme yolları öğretilmelidir.			2	6	1
KGİ						0,88

KGİ \geq 0.80 Madde kapsam geçerliği açısından yeterli kabul edilmektedir. 0.80'den düşük KGİ değerine sahip maddeler formdan çıkartılması önerilmektedir.

EK-6.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 27.07.2021-49241



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-46418926-050.01.04-49241
Konu : Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu
(21/509)

27.07.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Elvan Emine ATA

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, 21/509 kayıt numaralı "*Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu (Konversiyon Bozukluğu) Olan Bireye Yaklaşım Konusunda Bilgi ve İnanç Düzeylerinin Belirlenmesi*" başlıklı proje önerisi kurulumuzun 09.07.2021 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur. İlgili kurul kararı Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Ek:Kurul Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSA4TUM34* Pin Kodu : 62062
Adres: Mekteb-1 Tıbbiye-1 Şahane Kampüsü, Tıbbiye Cad. No:38 Samsun
Telefon: 0216 346 36 38 Faks: 0216 346 36 40
Web: <http://sbu.edu.tr>
Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Romay COŞKUN
Unvanı: Araştırma Görevlisi



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 09.07.2021
Toplantı Sayısı : 2021/24
Karar Sayısı : 24/8

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Dr. Öğr. Üyesi Elvan Emine ATA'nın sorumlu araştırmacı, Merve BOY'un yardımcı araştırmacı olduğu, 21/509 kayıt numaralı "*Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu (Konversiyon Bozukluğu) Olan Bireye Yaklaşım Konusunda Bilgi ve İnanç Düzeylerinin Belirlenmesi*" başlıklı proje önerisi kurulumuzun 09.07.2021 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir
e-imzalıdır
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys?eD=BS54T81AYP>

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

EK-7.İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM
VE TERCİH BİRİMİ

23.12.2021 22:59 - E:15916306-604.01.01-11749



00154968272

Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Merve BOY'un Başvurusu Hk.

KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 11/10/2021 tarihli ve 71211201-31159460-100.03.01-E.68722 sayılı yazı.

İlgi yazı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve BOY'un "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu (Konversiyon Bozukluğu) Olan Bireye Yaklaşım Konusunda Bilgi ve İnanç Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumlarda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 17.12.2021 tarih ve 2021/45 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Metin ÖZAYDIN
Başkan V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 63242c78-8236-4823-8813-69d642f0e6ea Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

Telefon: Faks No:

e-Posta: cemile.ozaslan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: .

Bilgi için: Cemile ÖZASLAN

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 212) 638 33 99



EK-8.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli meslektaşım;

Bu araştırma yüksek lisans tez çalışması olup, acil serviste çalışan hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan bireye yaklaşım konusunda bilgi ve inanç düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu araştırmaya katılmama ya da katıldıktan sonra ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırma kapsamında size hiçbir girişim yapılmayacaktır. Araştırma verileri kullanılırken adınız ya da kişisel bilgileriniz açıklanmayacaktır. Araştırmaya katıldığınızda, sizden 18 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu, 21 sorudan oluşan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale -RHİÖ) ve ardından 35 sorudan oluşan, Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu Olan Bireye Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları Belirleme Formunu doldurmanız istenecektir

Bu araştırmanın T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde acil serviste çalışan hemşireler ile gerçekleştirileceği ve acil serviste çalışan hemşirelerin fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (konversiyon bozukluğu) olan bireye yaklaşım konusunda bilgi ve inanç düzeylerinin belirlenmesi hususunda değerlendirileceği konusunda bilgilendirildim. Herhangi bir gerekçe göstermeden istediğim zaman araştırmadan çıkabileceğim, araştırmaya katılmak için herhangi bir ücret ödemeyeceğim ve tarafıma ücret ödenmeyeceği, adımın saklı tutulacağı, toplanan bilgilerin yalnızca araştırmacılar tarafından inceleneceği ve araştırma bulguları rapor edilirken adımın ve hizmet aldığım kurumların adının açıkça yazılmayacağı tarafımıza açıklanmıştır. Bu koşullar altında, herhangi bir baskı altında kalmadan söz konusu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hemşirenin Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacı Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Tanık Adı Soyadı:

Tarih

İmza:

EK-9.Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) Kullanım İzni

Merve Boy

4 Mar 2022 Cum 20:50



Alıcı:

Sayın Hocam;

Ben Merve Boy Esin, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisiyim.

Danışman Hocam Dr. Öğr. Üyesi Elvan Emine Ata ile yürüttüğümüz "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu (Konversiyon Bozukluğu) Olan Bireye Yaklaşım Konusunda Bilgi ve İnanç Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı tez çalışmamda veri toplamak amacıyla **RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ**'ni kullanmak istiyoruz.Bu sebeple gerekli izninizi talep ediyoruz.Çalışmama vereceğiniz katkı için teşekkür ederim.

Saygılarımla

Merve Boy Esin

mahire olcay cam

7 Mar 2022 13:45



Alıcı: ben ▾

Sayın Merve Boy Esin,

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız. "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği" ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Prof.Dr. M. Olcay Çam

Ayşegül Dönmez

1 Nis 2022 16:30



Alıcı: ben ▾

Sevgili Merve,

RHİÖ'yü tez çalışmanızda kullanabilirsiniz

Başarılar

Prof.Dr.Ayşegül DÖNMEZ

