

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TEMAS HİPOTEZİNE DAYALI EĞİTİM PROGRAMININ
HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE ŞİZOFRENİYE YÖNELİK
İNANÇ, DAMGALAMA VE SOSYAL MESAFE DAVRANIŞLARI
ÜZERİNE ETKİSİ**

Burcu CEYLAN

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN

KONYA-2017

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TEMAS HİPOTEZİNE DAYALI EĞİTİM PROGRAMININ
HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE ŞİZOFRENİYE YÖNELİK
İNANÇ, DAMGALAMA VE SOSYAL MESAFE DAVRANIŞLARI
ÜZERİNE ETKİSİ**

Burcu CEYLAN

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN

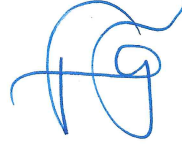
KONYA-2017

Ş.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Burcu CEYLAN tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Doktora Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

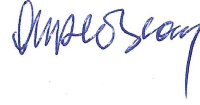
Jüri Başkanı: Prof. Dr. Fatma ÖZ

Hacettepe Üniversitesi



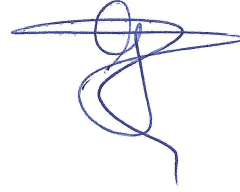
Danışman: Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN

Karatay Üniversitesi



Üye: Prof.Dr.Gülsüm ANÇEL

Ankara Üniversitesi



Üye: Doç.Dr. Mustafa SEMİZ

Selçuk Üniversitesi



Üye: Yrd.Doç.Dr.Şerife KURŞUN

Selçuk Üniversite



ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmenliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ender ERDOĞAN

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Araştırmanın her aşamasında rehberliği, desteği, hoşgörüsü ve engin bilgilerinden faydalanma şansını bana verdiği için danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN'a en içten saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Araştırmanın gelişiminde ve ortaya çıkmasında görüşlerini ve bilgilerini benimle paylaşan, yardım istediğimde değerli zamanlarını benim için ayırıp destek veren hocalarım Doç Dr. Mustafa SEMİZ ve Yrd. Doç. Dr. Şerife KURŞUN'a teşekkür ediyorum.

Doktora eğitimimde ve araştırma boyunca göstermiş olduğu ilgi ve yardımlardan dolayı değerli hocam Prof. Dr. Belgin AKIN'a teşekkür ediyorum. Ayrıca öğrenim yaşıntım boyunca öğrencileri olma gururunu yaşadığım tüm hocalarıma minnettarlığımı belirtmek istiyorum.

Araştırmanın önemli bir parçası olan ve araştırmanın çalışma grubunda yer alan öğrencilere, varlıkları ve işbirlikleri için teşekkür ediyorum.

Araştırmanın eğitim programının hazırlanmasında uzman görüşleriyle destek veren Doç. Dr. Hüseyin GÜLEÇ, Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN ve Uzm. Hemşire Hacer AYDÖNER'e teşekkür ediyorum.

Hayatımda olduğu için kendimi şanslı hissettiğim, araştırma boyunca bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, en duygusal anlarımda bana sabır gösteren değerli arkadaşım Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU'na teşekkür ediyorum.

Son olarak varlıkları için şükrettiğim, bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan ve üyesi olmaktan gurur duyduğum Canım Aileme sonsuz saygı ve sevgilerimi sunuyorum. İyi ki varsınız ve iyi ki yanımdasınız!

Burcu CEYLAN

Konya/2017

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
SUMMARY	viii
1.GİRİŞ	9
1.1.Ruhsal Bozukluk ve Şizofreni	13
1.2. İnanç	15
1.3.Tutum	17
1.3.1.Tutum Kavramı.....	17
1.3.2.TutumlarınBileşenleri	17
1.3.3.Tutumların İşlevi	18
1.3.4. Tutumların Oluşması ve Değişmesi	18
1.4.Damgalama (Stigmatizasyon)	20
1.4.1.Şizofreniye Yönelik Damgalama.....	21
1.5.Sosyal Mesafe.....	23
1.6.Temas Hipotezi.....	24
1.7.Şizofreniye Yönelik Olumsuz İnanç, Damgalama ve Sosyal Mesafe İle Mücadele	26
1.7.1.Mücadele Çalışmaları ve Hemşirelik.....	29
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
2.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	31
2.2.Araştırmanın Değişkenleri	31
2.3.Araştırmanın Hipotezleri	31
2.4.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	32

2.5.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
2.5.1.Örnek büyüklüğü	33
2.5.2. Çalışma grubu.....	34
2.6.Veritoplama Araçları.....	34
2.6.1.Bilgi Formu (Bkz. Ek A)	34
2.6.2.Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) (Bkz. Ek B).....	34
2.6.3.Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) (Bkz. Ek C).....	35
2.6.4.Damgalama Ölçeği (DÖ) (Bkz. Ek D)	38
2.7.Verilerin Toplanması.....	39
2.8. Araştırmanın Akış Şeması.....	39
2.8.1. Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programı.....	39
2.9.Verilerin Analizi.....	47
2.10.Araştırmanın varsayımlarının incelenmesi.....	48
2.11.Araştırmanın Etik Boyutu	49
3. BULGULAR	50
3.1. Araştırma öncesi gruplar arası benzerliğin karşılaştırılması	50
3.3. RHİÖ Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	56
3.4. SMÖ ölçümlerinin değerlendirilmesi	60
3.5. DÖ ölçümlerinin değerlendirilmesi.....	64
4. TARTIŞMA	70
4.1.Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik Duygularına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	71
4.2. RHİÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	74
4.3. SMÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	76
4.4. DÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	78
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81

5.1.Sonuçlar.....	81
5.2. Öneriler.....	82
6.KAYNAKLAR	85
7.EKLER.....	92
7.1. Formlar	92
7.1.1. EK A: Bilgi Formu	92
7.1.2.EK B: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği-RHIÖ	93
7.1.3. EK C: Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ).....	95
7.1.4. EK D: Damgalama Ölçeği (DÖ).....	96
7.2.Bilgilendirilmiş Onay Formları	97
7.2.1. EK E: Öğrenci Onay Formu	97
7.2.2. EK F:Şizofreni Hasta Ailesi Onay Formu	98
7.3. EK G: Etik Kurul İzni	99
7.4. EK H: Hemşirelik Bölüm İzni.....	100
7.5. EK I: Ölçek Kullanım İzinleri	101
7.7.EK K: Katılım Belgesi	102
8. ÖZGEÇMİŞ.....	103

SİMGELER VE KISALTMALAR

DÖ: Damgalama Ölçeği

KMO: Kaiser Meyer Olkin

RHIÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği

SMÖ: Sosyal Mesafe Ölçeği

TDK: Türk Dil Kurumu

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

YLD: Years Lost with Disability (Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

WPA: World Psychiatric Association (Dünya Psikiyatri Birliği)

ÖZET
T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programının Hemşirelik Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik İnanç, Damgalama ve Sosyal Mesafe Davranışları Üzerine Etkisi

Burcu CEYLAN

Hemşirelik Anabilim Dalı

DOKTORA TEZİ / KONYA-2017

Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinde şizofreniye yönelik inanç, damgalama ve sosyal mesafe davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma, ön test, tekrarlı test ve kontrol gruplu müdahale araştırmasıdır. Araştırmanın çalışma grubunu deney (41) ve kontrol (40) grubuna random atanan 81 hemşirelik birinci sınıf öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama formu olarak sosyodemografik özellikleri değerlendiren bilgi formu, RHİÖ, SMÖ ve DÖ kullanılmıştır. Ölçümler, temas hipotezine dayalı eğitim programı öncesi, teorik eğitim sonrası, temas eğitimi sonrası ve uygulamadan üç ay sonra olmak üzere dört kez yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki kare testi, bağımsız/bağımlı gruplarda t testi, Cochran's Q, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve iki yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde sınanmıştır.

Deney grubundaki öğrencilerin ölçümler sonunda korku ve tedirginlik duygularında azalma, şefkat ve merak duygularında artma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca deney grubundaki öğrencilerde RHİÖ alt boyutları ve toplam puanında ve SMÖ toplam puanında tüm ölçümler arasında olumlu yönde fark bulunmuştur ($p<0,05$). DÖ'de ise ayrımcılık ve dışlama alt boyutu hariç diğer alt boyut ve toplam puanlarda benzer yönde farklılık belirlenmiştir. Eğitim programının en geniş etki düzeyi Sosyal Mesafe Ölçeği'nde saptanmıştır.

Sonuç olarak; temas hipotezine dayalı düzenlenen bu eğitim programının, şizofreni hastalarına yönelik sosyal mesafe ve damgalama davranışının gelişmesinde önemli rolü olan "şizofreni hastalarının tehlikeli olduğu" yönündeki olumsuz inanç ve davranışların azalmasında etkili olduğu saptanmıştır. Toplumdaki odak grupların (sağlık çalışanları, toplum liderleri, işverenler, öğretmenler, öğrenciler vb grupların) eğitiminde, medya ve ilgili kurumlar ile işbirliği sağlamada da bu yöntemin kullanılması önerilmektedir. Bu tür çalışmalarda katkı ve katılımlarının artmasıyla ruh sağlığı psikiyatri hemşirelerinin görünürlüklerinin de artacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: damgalama; inanç; sosyal mesafe; şizofreni; temas hipotezine dayalı eğitim programı

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY

SELCUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The effect of a contact hypothesis-based training program on nursing students' beliefs, social distance and stigmatization behaviors towards schizophrenia

Burcu CEYLAN

NURSING DEPARTMENT

PhD THESIS / KONYA-2017

The aim of this study is to determine the effect of a contact hypothesis-based initiative program on nursing students' attitudes, social distance and stigmatization behaviors towards schizophrenia. The research was carried out as a pre-test, repeated test, and kontrol group intervention research. The study group consisted of 81 freshman nursing students who were assigned to the experimental (41) and control (40) groups. An information form assessing their sociodemographic characteristics, the Beliefs toward Mental Illness Scale (BMI), the Social Distance Scale and the Stigmatization Scale were used as data collection forms. The measurements were performed before the contact hypothesis based initiative program, after the theoretical training, after the contact training and three months later. The data were analyzed using the chi square test, the dependent and independent samples t-test, Cochran's Q test, the analysis of variance for repeated measures and the two-way analysis of variance. The results were tested at the $p < 0.05$ significance level.

At the end of measurements, the feelings of fear and uneasiness of students in the experimental group were found to decrease, and their feelings of compassion and curiosity were found to increase ($p < 0.05$). A positive difference was also found between all measurements in terms of the Beliefs toward Mental Illness Scale (BMI) subscale and total scale scores, and the Social Distance Scale total scores of students in the experimental group ($p < 0.05$). A similar difference was also found in other subscale and total scores on the Stigmatization Scale, except for its discrimination and exclusion subscale. The highest effect level of the program was observed in the Social Distance Scale.

As a result; this training program based on the contact hypothesis has been found to be effective in reducing the negative beliefs and behaviors that "schizophrenia patients are dangerous" which is an important role in the development of social distance and stigmatization behavior towards schizophrenia patients. It is recommended to use this method in cooperation with the media and related institutions in the training of the focus groups in the society (health workers, community leaders, employers, teachers, students, etc.) It is thought that the visibility of mental health psychiatric nurses will increase with the increase of contributions and participation in such studies.

Keywords: stigmatization; belief; social distance; schizophrenia; contact hypothesis-based education program

1. GİRİŞ

Ruhsal hastalık, insanın duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik olması şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2008). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasına (1998) göre nüfusun %18'i yaşam boyu en az bir ruhsal hastalık geçirmektedir. Psikiyatrik hastalıklar, kardiovasküler hastalıklardan sonra en çok yük oluşturan hastalık grubu olarak ikinci sırada yer almaktadır. Özürlülükle kaybedilen yaşam yılları (Years Lost with Disability-YLD)'na bakıldığında ise ilk sırayı psikiyatrik hastalıkların aldığı görülmektedir. YLD' ye göre, ilk 20 hastalık arasında psikiyatrik hastalık oranı erkeklerde %16,2 kadınlarda %15,3 olarak belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011). Türkiye'de nöropsikiyatrik bozuklukların, küresel hastalık yükünün %17'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir (WHO 2011).

Ruhsal hastalıklar ile ilgili çalışmalar, Türk toplumunun ruhsal hastalık etiyolojisi, prognozu ve tedavisi konusundaki bilgide belirgin bir artış olduğunu göstermektedir. Buna karşın toplumda, ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik olumsuz ve hoşgörüsüz tutumların ve önyargıların halen sürdüğü birçok çalışmada gösterilmiştir (Taşkın ve ark 2002, Arı ve Öz 2005, Taşkın 2007, Eker ve ark 2010, Çam ve Bilge 2011, Çam ve Bilge 2013, Güngörmüş ve ark 2014).

Ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik olumsuz tutumlar sonucu, halkın hastalarla yeterli ilişki kuramaması ve kaçınma davranışları sosyal mesafeye neden olmaktadır. *“Sosyal mesafe, kişilerin sosyal ilişkilerinde ruhsal hastalığı olanların katılımını ne kadar kabul ettiklerinin derecesidir”* (Arkar 1991). Yapılan çalışmalar, halkın genellikle ruhsal hastalığı olan bireylere karşı daha mesafeli davrandıklarını ve damgaladıklarını göstermektedir (Angermeyer ve Matschinger 2003, Özmen ve ark 2003, Özyiğit ve ark 2004, Taşkın ve Özmen 2004, Arı ve Öz 2005, Thornicroft 2014). Bu durum hastaların daha az sosyal destek almaları ile sonuçlanmaktadır.

Ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin olumsuz tutum ve davranışlar bireylerin kendilerini değersiz hissetmelerine, reddedilme korkusuna, ümitsizliğe, özgüvenlerinin azalmasına ve ciddi düzeyde stres yaşamalarına neden olmaktadır. Bu yüzden bireyler tedaviye uyum göstermede ve sosyal ilişkilerde önemli sorunlar yaşamakta ve sonuçta da yaşam kaliteleri düşmektedir (Link ve ark 1997, Lai ve ark

2000, Corrigan ve ark 2001, Yanos ve ark 2001, Link ve ark 2004, Yıldız 2005, Fung ve ark 2007, Taşkın 2007, Kleim ve ark 2008, Lundberg ve ark 2008, Marcussen ve ark 2010, Egbe ve ark 2014, Avcil ve ark 2016). Öte yandan ruhsal hastalığı olan bireyler oy kullanma, ebeveynlik hakkı gibi yasal hakların ve tedaviye katılma (karar verme) hakkının kısıtlanması gibi nedenlerle de haksız uygulamalara maruz kalmaktadırlar (Türk Medeni Kanunu 2001, Collins ve ark 2012, Thornicroft 2014). Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve davranışlar kişilerin refahını azaltabilir. Olumsuz görüşlerin benimsenmesi içselleştirilmiş düşük benlik saygısına, kişinin kendini suçlamasına ve kendisi ile ilgili olumsuz duygularına neden olabilir. Bu olumsuz sonuçlar hastalar kadar yakınlarını da etkilemektedir (Arslantaş ve Adana 2011, Özkan ve ark 2014, Muralidharam ve ark 2014, Pazvantoğlu ve ark 2014, Ceylan ve Çilli 2015). Olumsuz tutum ve davranışlar hastalığı şiddetlendirici bir etki yapmakta ve bir kısır döngüye neden olmaktadır. Eğer bu döngü herhangi bir yerinden kırılmazsa bunların sürüp gitmesi kaçınılmaz olacaktır.

Ruhsal hastalıklar arasında bu tür olumsuz süreçlerden en fazla etkilenen grup şizofreni tanısı alan hastalardır (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003, Schulze ve Angerneyer 2003, Taşkın ve Özmen 2004, Bilge ve Çam 2010). Bu konuda yapılan çalışmalar, halkın yüksek oranda şizofreni hastalarını kendileri ya da çevreleri için tehlikeli kişiler olarak algıladıklarını ve bu kişilerle sosyal yakınlık kurma konusunda isteksiz olduklarını göstermektedir (Corrigan ve ark 2002, Taşkın 2004, Thornicroft 2014). Pek çok çalışmada halkın şizofreni hastalarıyla aralarına belli bir mesafe koyma eğiliminde oldukları, bu mesafeyi korumak istedikleri ve bu kişilerle damgaladıkları görülmekte ve hemen her kültürde benzer sonuçlara ulaşıldığı anlaşılmaktadır (Crips ve ark 2000, Sağduyu ve ark 2001, Corrigan ve ark 2002, Taşkın ve ark 2002, Taşkın 2007, Çam ve Bilge 2011, Egbe ve ark 2014, Sewilam ve ark 2014, Thornicroft 2014).

Dünya Psikiyatri Birliği (World Psychiatric Association-WPA) 1996'da şizofreniye yönelik damgalama ve ayrımcılıkla mücadele programı kapsamında birçok ülkede bölgesel damgalama karşıtı kampanyalar başlatmıştır. Bu kampanyalarda, şizofreni ile ilgili bilgi düzeyinin artırılması, böylece hastalara yönelik yanlış tutum ve davranışlar üzerinde olumlu değişiklikler yapabilme hedeflenmiştir (Bilge ve Çam 2010). Ülkemizde de bu program Türkiye Psikiyatri Derneği'yle işbirliği içinde, Şizofreni Dostları Derneği'nin öncülüğünde yürütülmüş ve 2001 yılında İstanbul ili

damgalama ve ayrımcılıkla mücadelede pilot bölge olarak seçilmiştir (Üçok 2003). Sağlık Bakanlığı tarafından, Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization-WHO) ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerileri doğrultusunda hazırlanan “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı”ndada damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması önemsenmiş, damgalama ile mücadele hedefine öncelikle yer verilmiştir(Sağlık Bakanlığı 2011). 66. Dünya Sağlık Asamblesi'nde belirlenen Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planında da ruhsal bozuklukların önlenabilir durumlar olduğu, bu hastalıklardan etkilenen bireylerin yüksek kalitede ve insan haklarına uygun nitelikte tedavi ve bakım almaları ve toplumda damgalama ile ayrımcılığın azaltılması yönünde her ulusun müdahale planının olması gerektiği vurgulanmaktadır (WHO 2013).

Özellikle şizofreni gibi ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz tutumların ve damgalamanın azaltılmasıyla ilgili çalışmalardatoplumuhastalıklarla ilgili bilgilendirmenin, ruhsal hastalığı olan bireylerle temas sağlanmasının ve bu konuda medya ile işbirliği yapılmasının temel unsurlar olduğu ifade edilmiştir (Pinto-Foltz ve Logsdon 2009, Bilge ve Çam 2010, Sartorius ve ark 2010, Collins ve ark 2012, Çam ve Bilge 2013, Çam ve ark 2014, Sewilam ve ark 2014, Thornicroft 2014). Literatürde kısa süreli yapılan eğitim müdahalelerinin bile yanlış tutumları değiştirmede etkili olduğu gösterilmiş (Pinfold ve ark 2003) olmasına rağmen, ruhsal hastalığı olan bireyler ile önceden kişisel temas kurmuş olmanın farklı sonuçlarından da bahsedilmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan bireyler ile önceden temas etmiş olmanın, bu kişilere yönelik önyargıları, olumsuz düşünceleri ve damgalama eğilimlerini azaltan bir faktör olabileceği gibi (Angermeyer ve Matschinger 2003, Taşkın 2007) olumsuz ve reddedici tutumlara da neden olabileceği (Corrigan ve ark 2005, Taşkın 2007) belirtilmiştir. Bununla birlikte, temas stratejilerinin tutum değiştirmede eğitimden çok daha büyük bir etkiye neden olabileceğini ve daha uzun süreli davranış değişikliğine yol açabileceğini vurgulayan çalışmalar da bulunmaktadır (Corrigan ve ark 2002, Pinfold ve ark 2005, Kanaak ve ark 2014, Thornicroft 2014, West ve ark 2014).

Toplumsal gruplar arasında temasın olmaması, önyargıyı besleyip mesafenin artmasına yol açarak, ayrımcılığı ve damgalamayı beraberinde getirmektedir. Bu nedenle “toplumsal temas”, önyargı ile başa çıkmanın en önemli araçlarından birisi olarak görülmektedir. Önyargının ve sosyal mesafenin artmasını önlemek için,

“toplumsal temas” kavramı 1954 yılında Allport tarafından bir hipotez olarak ortaya atılmıştır. Temas, diğer grup ile ilgili bilgiyi ve empatiyi artırarak hissedilen kaygının ve önyargının azalmasını sağlamaktadır (Pettigrew ve Tropp 2008). Temas arttıkça, önyargının temelinde yatan hatalı genellemeler fark edilerek benzerlikler keşfedilmekte, böylece bireyler birbirinin gözünde “insanlaşmakta”, belli bir grubun üyesi olmaktan ziyade insani özellikleriyle ön plana çıkmaktadırlar (Aronson ve ark 2012).

Toplumdaki olumsuz tutumların daha hızlı ve etkili bir şekilde değiştirilebilmesi için belli grupların (öğrenciler, sağlık çalışanları, toplumda önemli konumdaki yöneticiler, dini liderler, polisler, işverenler) öncelikle bilgilendirilmeleri en etkili yöntem olarak görülmektedir (Üçok 2003, Taşkın ve Özmen 2004, Bahar 2007, Çam ve Bilge 2013, Çam ve ark 2014, Thornicroft 2014). Bu odak gruplara verilen eğitimler sonucunda, ruhsal hastalıklara yönelik bilgi düzeylerinin arttığı, tutumların değiştiği ve sosyal mesafenin azaldığı bulunmuştur (Warner 2005). Ülkemizde olumsuz tutum ve damgalama sürecine eğitimin etkisini inceleyen çalışmalar (Oban ve Küçük 2012, Çam ve ark 2014) bulunmakta, ancak temasın etkisini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır ¹.

Öte yandan hemşireler, okul-işyeri gibi alanlarda yürüttükleri etkileşim ve eğitim işlevleriyle toplumun ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarının değiştirilmesine ve sosyal mesafe ile damgalamanın azaltılmasına katkıda bulunabilecek gruplardan biridir (Pinto-Foltz ve Longdon 2009). Böylece ruhsal hastalığı olan birey ve ailelerinin sosyal engellenmeler sonucu yaşadıkları güçsüzlük duygularıyla baş etmelerinde onları daha güçlü kılarak yaşam kalitelerini artırabilirler. Ayrıca kişilerin baş etme mekanizmalarını ve sosyal becerilerini geliştirerek onları toplum içinde yaşamaya hazırlayabilirler (Tang ve Wu 2012). Buna rağmen ülkemizde ve dünyada ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumların incelendiği sistematik bir derlemede; sağlık konusunda eğitim alan öğrencilerin ve kurumlarda görevli sağlık çalışanlarının toplumla benzer şekilde

¹ 08.06.2015-14.06.2016 tarihleri arasında www.psikiyatridizini.net aracılığı ile tarama yapılmıştır.

ruhsal hastalara ve hastalıklara yönelik hala reddedici ve dışlayıcı bir tutum sergiledikleri bildirilmiştir (Arkan ve ark 2011). Ayrıca hemşirelik ve tıp öğrencilerinin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik tutumlarında mesleki eğitimin önemli bir değişikliğe neden olmadığı ve olumlu tutum geliştirmek için yeni eğitim yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir (Arı ve Öz 2005, Taşkın 2004, Kayahan 2009, Paksoy-Erbaydar ve Çilingiroğlu 2010, Yenilmez ve ark 2010, Çam ve Bilge 2013).

Halkın ruhsal hastalıklarla ilgili farkındalığının ve duyarlılığının artırılması ve tutumların daha olumlu hale gelmesi, ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik önyargıları, sosyal mesafeyi ve damgalamayı azaltacaktır. Bunun gerçekleşmesinde halkın tutumlarını etkileyecek olan meslek üyelerinin rolü önemlidir. Bu meslekler arasında hekimler, din adamları, öğretmenler, polisler, hemşireler, ebeler, sosyal hizmet çalışanları ve diğer kesimler sayılabilir. Bu gruplardan hemşire adayları olan birinci sınıf öğrencileri bu çalışma kapsamına alınmıştır. Bunun nedeni, aynı zamanda temas hipotezinin halkın bu konudaki tutumları üzerindeki etkisini de sınamaktır. Bu nedenlerle bu araştırmada, insanlarla çalışan meslek gruplarından biri olan hemşirelik öğrencilerinin, ruhsal hastalığı olan bireylere ve hastalıklarına yönelik inançların değişmesinde, sosyal mesafe ve damgalamanın azaltılmasında temas hipotezine dayalı eğitim programının etkisi incelenmek istenmiştir.

1.1. Ruhsal Bozukluk ve Şizofreni

Ruhsal bozukluklar, bireyin duygusal ve düşünsel dünyasında, davranışlarında değişik derecede tutarsızlık, dengesizlik, aşırılık, yetersizlik ve uygunsuzlukların olduğu, farklı sürelerde iyileşme ve yinelemelerle devam eden bozukluklardır (Fortinash ve Holoday 1995, Öztürk ve Uluşahin 2008). Ruhsal bozukluklar bireyleri birçok yönde olumsuz etkileyebilir ve bireylerin kişisel hijyen ve bakım, kendi kendini yönetme, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkileşimler, öğrenme, eğlenme ve ekonomik olarak kendine yetebilme gibi birçok günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme becerilerini bozabilir (Varcarolis 1998, Yıldız 2011). En fazla tanınan ve belirtileri ruhsal hastalıkla en çok ilişkilendirilen ruhsal bozukluk şizofrenidir.

Şizofreni“düşünce, algılama, duygu ve davranışta bir dizi bozukluğa yol açan; belirti, bulgu, gidiş ve tedavi bakımından çeşitlilikler gösteren, hastalar ve yakınları

için ciddi yükler oluşturan bir ruhsal hastalıktır". Şizofrenide, değişik sıklık ve şiddette sanrı, varsanı, dağınık konuşma ve davranışlar gibi taşkınlık (pozitif) ve düşünce fakirleşmesi, irade azalması, zevk almada azalma, duygulanımda sığlaşmaya da küntleşme gibi yoksunluk (negatif) belirtileri görülmektedir (Yıldız 2011). Bu özellikleriyle bireysel, ailesel, toplumsal, mesleki ve akademik alanlarda işlevsellik ve yetkinlik bozulmalarına yol açmaktadır. WHO (2013)'ya göre şizofreni, dünya çapında 21 milyondan fazla kişiyi etkilemektedir. Türkiye'de ise şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının 1000 kişide 8.9 olduğu tahmin edilmektedir (Binbayı ve ark 2010). Hastalığın ortalama başlama yaşı 15-40 yaş arasında değişmekle birlikte hastaların %90'ı 15-25 yaş grubundadır. Herhangi birinin bu hastalığa yakalanma oranı ise yaklaşık olarak %1'dir. Şizofreninin, bireylerin en etkin olduğu ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkması ciddi yeti yitimlerine neden olmaktadır. Şizofrenide risk faktörleri arasında kalıtım, beyinde yapısal bazı değişimler (dopamin miktarında artma, ventriküllerde genişleme vb.), gebelikte (kötü beslenme, zehirlenme, aşırı strese mâruz kalma, enfeksiyonlar vb.) ya da doğum sırasında (erken membran ruptürü, forsepsle doğum ve 2.500 gramdan düşük doğum ağırlığı vb) yaşanan bazı sorunlar, ailede yüksek duygu dışavurum özelliği ya da disfonksiyonel aile özellikleri, psikososyal yaşam stresleri ve madde kullanımı yer almaktadır. Tedavi planında ilaç tedavisi uygulanması gereken ilk ve zorunlu tedavi şeklidir. Buna karşın, şizofreniyle ilgili tüm sorunların çözümünde ilaç tek başına yeterli olmadığından özel tedavi ve rehabilitasyon programlarına gereksinim vardır.

Psikiyatride, ilişkilerin insancıl olmasının gerekliliği ve "depo" hastanelerde yaşanan olumsuzluklar, 1960'lı yıllarda 'anti-psikiyatri' akımının doğmasına neden olmuştur. Bu akımın temel varsayımı, *"psikiyatrik hastalığın tıbbi olmaktan çok, toplumsal ve siyasal bir fenomen olduğu"*dur. Bu varsayıma dayanan ruh sağlığı hizmetleri, hastaların sadece "alevlenme/atak" dönemlerine odaklanmaz, hastalığın alevlenmesine zemin hazırlayan biyo-psiko-sosyal etmenlere müdahale ederek, hastayı sosyal ve mesleki işlevselliğine hazırlayabilir (Yılmaz 2012).

Tüm ruhsal bozukluklarda olduğu gibi şizofrenide de hastalar için en iyi tedavi ortamının kişilerin kendi sosyo-kültürel ortamları olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde de toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri gündemdedir ve ruhsal sorun yaşayan bireylerin bağımsız yaşam becerilerini yeniden kazanmaları ve topluma

kazandırılmaları hedeflenmiş, bu doğrultuda toplum ruh sağlığı merkezleri açılmıştır. Böylece “döner kapı fenomeni” olarak adlandırılan yatış-taburculuk-tekrar yatış döngüsünün kırılması ve hastalar için gerekli olan psikososyal desteğin verilmesi planlanmıştır. Ayrıca hastaların topluma uyum sağlamaları ve toplum içinde yaşamaları için gereken becerileri öğrenecekleri en iyi ortamın yine toplum olduğu bir gerçektir.

İnsan sosyal bir varlıktır, toplum içinde yaşar, toplumu etkiler ve ondan etkilenir. Davranışların büyük bir bölümü sosyal çevrenin etkisiyle şekillenir. Hastanede yatmak yerine evde kalmak ve varsa işine devam etmek şizofreni hastası bireyin önce ailesinin ve yakın çevrenin sonra da içinde yaşadığı toplumun kişiyi kabulüne bağlıdır. Dolayısıyla bireyin toplum içinde fark edilmesi ve akıl hastası olarak etiketlenmesi, hastalığa yönelik tedavi ve hastaneye yatış süreci, tedavinin bir parçası olma ve sürdürme, hastaneden çıktıktan sonra ayaktan takip ve yeniden topluma uyum gibi hastaya ve hastalığa ait birçok süreç, toplumun inanç ve tutumu doğrultusunda şekillenebilmektedir. Bu tutumların özellikle toplum içinde sağlık hizmeti yaklaşımı çerçevesinde değerlendirilmesi yaşamsal önem taşımaktadır (Eker 1991).

1.2. İnanç

TDK inancı “bir düşünceye gönülden bağlı bulunma” olarak tanımlamaktadır. İnançlar, eski ve yeni birçok kültürde önemli olmuş, kültürlerin yazılı olmayan kanunları niteliğinde uzun yıllar insanların yaşam düzenini etkilemiş ve kişiler arası ilişkilerini düzenlemiştir (Ziyalar 1999). İnanç, bireyin bir konu ile ilgili bilişlerinin tümüdür. Algılar ve bilişler kendi içlerinde örgütlenerek inançları ortaya çıkarır (Eren 2001). Bu yönüyle inanç tutumun üç temel bileşeninden biri olan bilişsel bileşenle ilgili olup, nesneye ilişkin değerlendirmelerle, nesne hakkındaki görüşleri, gerçekleri ve genelbilgilerini kapsar (Tavşancıl 2005, Morgan 2013).

İnançlar, bireylerin yaşam biçimini, tutumlarını, sağlık ve hastalık hakkındaki duygularını etkileyerek davranışlarına rehberlik ederler (Parlatır ve ark 1994, McSherry ve Ross 2002, Kostak 2007). Benzer şekilde Sağlık İnanç Modeli de bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır. Bireylerin inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi uygulanacak tedavi

yöntemlerinin bireye uygun olarak belirlenmesini sağlayacaktır (Öz 2010). Özellikle kendi sağlığı, hastalığın ciddiyeti ve yapılan önerileri yararlı bulup bulmamasına ilişkin inanç ve tutumların, kişilerin hastalığına ilişkin düzenlemelere aktif katılımını etkilediği, bunlar göz ardı edildiğinde ise yapılan girişimlerin sonuçsuz kaldığı bildirilmektedir (Gökdoğan ve Akıncı 2001).

Psikiyatrik hastalık etiketi, muhataplarında bir inanç sistemini etkinleştirmektedir. Etkinleşen bu inanç sistemi, kişide bulunan belirtilerin çarpıtılarak yorumlanması, hastaların damgalanmasına ve hasta kişilere karşı ayrımcı davranışlara neden olmaktadır (Özmen ve ark 2004). Araştırmalar, çoğu toplumda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumların olumsuz olduğunu göstermektedir. Ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanışlar;

- Ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir,
 - Ruhsal hastalar kurumlarda kilitli tutulmalıdır,
 - Ruhsal hastalığı olan kişi asla normal yaşamına dönemez,
 - Ruhsal hastalığı olan kişi tehlikelidir,
 - Ruhsal hastalığı olan kişi düşük gelirli işlerde çalışabilir...şeklinededir
- (Ziyalar 1995, Sağduyu ve ark 2003, Bağ ve Ekinci 2005, Çam ve Bilge 2007).

Toplumdaki bu olumsuz yargılar yalnızca psikiyatri hastalarıyla sınırlı değildir ve bir bilim dalı olan psikiyatriyi de kapsamaktadır. Hatta ruhsal hastalığı olanlara ilişkin olumsuz inanç ve tutumlar çoğu kesimde normalleştirilmekte ve psikiyatri alan daha az bilimsel kabul edilmektedir (Savaş ve ark 2006, Tufan ve ark 2006, Taşkın ve ark 2006). Bu olumsuz tutumlar, psikiyatri hizmeti veren kurum ve kuruluşların fiziksel yapılarında ve tedavi uygulamalarında kendini göstermektedir. Hatta hekim-hasta görüşmesindeki temel ilke ve tekniklere uyma konusunda çoğu kez özen gösterilmediği şeklindeki vurgulanan (Göka ve Duman 2002) bu durum diğer sağlık çalışanlarını da kapsamaktadır.

İnanç ve tutumlar birbirleriyle sıkı sıkıya ilişkili olduklarından birlikte ele alınan iki kavram olmuştur. Çünkü bu iki kavram birbirlerine neden-sonuç ilişkisiyle bağlıdırlar. Bireyler, bilgi, kanaat ve inançlarını açığa vurmak istedikleri zaman bunu

tutum ve davranışları ile belli etmeye çalışırlar. Bilişsel kurama göre yaşanan olayın algılanışı düşünceyi biçimlendirmekte, düşünce duyguya yön vermekte, duygu ise davranışı belirlemektedir (Türkçapar 2008). Örneğin, zihindeki olumlu bir düşünce o anda yaşanan duygunun olumlu olmasını sağlamakta, bu da davranışın (tepkinin) olumlu olmasına yol açmaktadır. Öte yandan zihinde herhangi bir duruma, kişiye ya da gruba yönelik olumsuz bir düşünce oluştuğunda, o anda hissedilen duygu da olumsuz olmakta ve bu durum davranışın (tepkinin) olumsuz olmasına yol açmaktadır.

İnançlarölçülmek istendiğinde, gerçekte ölçülen bir bakıma tutumlardır. Tutumları ölçülmenin zor olduğu bilinmekle birlikte; kişilerin sözlü ya da sözsüz davranışları gözlenerektutumlarınınortaya konabileceği, böylece kişinin inancı doğrudan ölçülemese de, inancın dolaylı göstergesi olan tutum ve davranışları ölçmenin mümkün olabileceğivurgulanmaktadır. (Tavşancıl 2005, Morgan 2013).

1.3.Tutum

1.3.1.Tutum Kavramı

Tutumlar, davranıştan önce gelen, doğrudan gözlenemeyen, ancak hareketlerimize yön veren bilişsel yapılardır ve psikolojik eğilimlerin göstergesidir (Arkonaç 2001). Dolayısıyla tutumlar; sergilenen bir davranış değil, davranışın oluşmasına zemin hazırlayan eğilimin yansımasıdır (Taşkın 2007). Hakkında tutum geliştirilen şeye “tutum nesnesi” denilmektedir. Tutum nesnesi bir eşya, birey ya da grup olabileceği gibi, mutluluk, sonsuzluk, barış, tanrı vb. gibi soyut kavramlar da olabilir. Tutumların ilk ortaya çıkışı öğrenme yoluyla, çocukluk ve ergenlik döneminden yetişkinlik dönemine kadar olan süreçte şekillenir. Tutum doğrudan deneyim, pekiştirme, taklit ve sosyal öğrenme sonucu edinilmektedir. Bu nedenle bireylerin anlık veya geçici eğilimleri tutum değildir, tutumların çoğu yaşamın ilk 20-25 yılda kazanılmakta (Tavşancıl 2005, Taşkın 2007, Cüceloğlu 2013) ve benliğe yerleşmektedir.

1.3.2.TutumlarınBileşenleri

Tutumların başlıca üç bileşeni vardır. Tutum nesnesi ile ilgili düşünce, inanç ve bilgilerin tümü *bilişsel öge*, tutum nesnesine ilişkin olumlu olumsuz duygular içinde olma *duygusal öge* ve tutumun sözlü ya da eylemsel ifadesi olan *davranışsal öge*'dir.

Bu ögeler birbiriyle etkileşim halindedir ve genellikle birbiriyle tutarlıdırlar. Böylece tutumun bir ögesinde bir değişiklik ortaya çıktığında, tutarlılığı korumak ve çelişkiyi ortadan kaldırmak için diğer ögelerde de bir değişim meydana getirilmektedir (Sakallı 2001, Arkonaç 2001, İnceoğlu 2010, Tutar 2014).

1.3.3. Tutumların İşlevi

Belirli bir konuda bir tutum değişimi sağlanmak isteniyorsa bu tutumu benimsemenin yani işlevinin bilinmesi önemlidir. Katz (1960) farklı tutumlar olduğunu ve bunların dört temel işlevinin bulunduğunu belirtmektedir.

Anlama ve bilgilendirme; bireyin çevresinde olup bitenleri anlamasını ve anlamlandırmasını sağlar. Birey, çevresindeki uyaranlar üzerinde yargıya varabileceği bilgi, kültür, algılama enerjisine her zaman sahip olmayabilir. Bu nedenle bu uyarıcıları kategorize eder ve genellemelere gider. Bunun sonucunda ise basmakalıp yargılar ve inançlar oluşur.

İhtiyaçların karşılanması; birçok tutum, ödül ve ceza sonucu oluşmaktadır. Böylece sosyal onay, kabul görme, uyum, amaca ulaşma gibi ihtiyaçların karşılanmasını sağlar.

Egoyu savunma; tutumlar bireyin özgüveni ve yaşam güvenliğini sağlayabilen bir savunma mekanizması olabildiği gibi, diğer savunma mekanizmalarına da yardımcı olabilmektedir.

İçsel değerlerin ifade edilmesi; birey kendisi ve başkaları ile ilgili önemli gördüğü konuları ifade etme eğilimindedir. Böylece bireysel kimliğini ortaya koyar ve kendini değerlendirme biçiminin onaylanması ile manevi ödül elde eder. Ayrıca birey inançları, değerleri ve benlik saygısı doğrultusunda tutumlar geliştirir. Böylece birey benlik kimliğini tanımlar ve güçlendirir (Sakallı 2001, Arkonaç 2001, İnceoğlu 2010, Tutar 2014).

1.3.4. Tutumların Oluşması ve Değişmesi

İnsanlar belirli tutumlarla doğmamakta, tutumlar, öğrenme yoluyla oluşmakta ve sosyal deneyimlerle şekil almaktadır.

Tutumların oluşmasında bazı öğeler etkilidir. Bunlar;

Kişisel Deneyim; tutum nesnesiyle doğrudan yaşanan olaylar bireyin o nesneye karşı nasıl bir tutuma sahip olacağını belirlemektedir.

Aile (ana-baba) etkisi; bireyler doğuştan itibaren ana babalarının her türlü hareketinden, disiplin süreçlerinden, ödül ve cezalardan etkilenecek belirli bir gruba, kişiye veya nesneye karşı tutumlar geliştirebilmektedir.

Arkadaşlar, akrabalar ve referans gruplar; birey aile üyeleri dışındaki kişilerle olan iletişim sürecinde onların düşünce, duygu ve davranışlarından etkilenmektedir. Böylece somut ya da soyut nesneye karşı olumlu ya da olumsuz tutumlar geliştirebilmektedir (Tutar 2014).

Tutumlar, genetik değil davranışsal bir özellik olduğundan ve öğrenme yoluyla edinildiğinden, öğrenilen her davranışta olduğu gibi tutumlar da değiştirilebilmektedir. Tutum değişikliğinde, belli bir konuda var olan görüşün yerine yeni bir görüşün benimsenmesi söz konusudur. Değişime direnç söz konusu olsa da ve değişim yavaş olsa da, yaşam boyu yeni bilgi ve deneyimler edinildikçe yeni tutumlar öğrenilebilmekte ve varolan tutumlar farkındalık sonucu değiştirilebilmektedir. Tutum değişiminde, değişim sürecinin hızını etkileyen bazı etmenler vardır. Bunlar; bilgiyi aktaran kişinin güvenilir olup olmaması, dolayısıyla bilginin ikna edici olup olmaması, bilginin tehdit mi teklif mi olduğu, tek ya da çift taraflı oluşu, kişinin düşüncelerine uygun ya da karşıt oluşu, tutum değişikliği yapacak kişinin kolay ikna edilebilir oluşu gibi özelliklerdir (Tavşancıl 2005).

1.4.5.Şizofreniye Yönelik İnanç ve Tutumlar

Şizofreni, psikiyatrik bozukluklar arasında en çok bilinen, adı en ürkütücü olan ve hastaların da genellikle “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmayan kişiler” olarak tanımlandığı bir bozukluktur (Sungur 2000, Byrne 2001, Angermeyer ve Matschinger 2003, Taşkın 2007). Bu nedenle halk arasındaki inanç ve tutumların da olumsuz olduğu görülmektedir. Bu olumsuz inanç ve tutumlar şizofreniye, şizofreni hastası ve ailesi başta olmak üzere yakın çevresine, tedavide kullanılan psikotrop ilaçlara, hatta psikiyatri ekibine yönelik olabilmektedir (Taşkın 2007, Doğanavşargil-Baysal 2013, Thornicroft 2014). Öyle ki toplum içinde sağlık “danışman”ı ve “model” işlevi gören sağlık çalışanları arasında da olumsuz inanç ve tutumların olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Arı ve Öz 2005, Arkan ve ark 2011).

Şizofreniye yönelik inanç ve tutumları etkileyen etmenlerden bazıları da kültür ve hastalığın yanı sıra hastalık konusundaki bilgi düzeyi, hasta kişilerle daha önceki deneyimler, ruhsal hastalık etiketi, hastalığın psikopatolojisi ve hastanın özellikleri sayılabilir. Ayrıca inanç ve tutumlar üzerinde önemli bir etki de kitle iletişim araçları ile olmaktadır ve ne yazık ki bu etki oldukça olumsuzdur. Bu çok yönlü etmenler, bir yandan şizofreniye yönelik tutumları belirlerken, diğer yandan da değişmesinde etkili olabilmektedirler(Taşkın 2007, Thornicroft 2014).

Şizofreniye yönelik olumsuz inanç ve tutumlar; bireylerin evlenme, çocuk sahibi olma, çalışma, oy kullanma, ev kiralama gibi birçok bireysel ve sosyal haklardan mahrum olmalarına, kişinin giderek toplumsal ilişkilerden kopmasına ve bunlara bağlı olarak hastalıkla etkin baş edememesine ve tedaviye direnç geliştirilmesine neden olmaktadır (Çam ve Bilge 2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine yönelik ve genellikle olumsuz olan bu inanç ve tutumlar sonucu damgalama, ardından da sosyal açıdan reddedilmeve sosyal mesafe ortaya çıkmaktadır(Taşkın 2007). Oysa olumsuz inanç ve tutumların negatif etkilerine karşılık, olumlu inanç ve tutumların hastaları rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynadığı bilinmektedir.

1.4.Damgalama (Stigmatizasyon)

Damga, ilk olarak keskin bir aletin batırılmasıyla deride kalan, köleleri ve serserileri ayırt etmek için kullanılan kalıcı nokta şeklinde işaret; daha sonra, manevi

açından çökertilen, lekelenmiş veya kirletilmiş bireyleri ifade etmeye yönelik “damgalama” teriminin metamorfik kullanımı olarak karşımıza çıkmaktadır. Şimdilerde; toplumun, bireyi ‘normal’ kabul ettiği insanlardan saymayan ve bir tür toplum yaptırımı oluşturacak bir özellik veya hastalık olarak algılanmaktadır (Thornicroft 2014). Goffman’ın damgalama tanımı da benzer şekilde; toplum tarafından bireyin, içinde yaşadığı ve “normal” saydığı ölçütlerin dışında sayılması ve yine bireyi itibarsızlaştıran bir sığa atıfta bulunulması yönündedir (Goffman 2014). Ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler tarafından damgalanma etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada da en büyük problemin, toplum tarafından “normal” olarak algılanmama olduğu sonucuna varılmıştır (Whitley ve Campbell 2014).

Damgalama, insanların başkalarını aşağılamak ve kendilerinden uzak tutmak amaçlarına hizmet eden kaynaktır. Buna “damgalamanın gücü” denir. Damgalamanın gücü, damgalayanların çıkarlarına hizmet eder. Böylece, damgalanan kişiler istismar edilebilir, kontrol altında tutulabilir ve dışlanabilirler. Damgalamanın gücü, kültürde gizlenmiş, güçlü motivasyona sahip, hem dolaylı hem de genel olarak etkili ve tanınan damgalama süreçleri yoluyla bu hedeflere en iyi şekilde ulaşmayı sağlamaktadır (Link ve Phelan 2014).

Damgalamada, damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu inancından hareket edilmekte ve bu kişilere olumsuz birçok özellik atfedilmektedir (Byrne 2001, Taşkın 2007). Böylece, bireyin fiili toplumsal kimliği (kişinin gerçekten sahip olduğu sıfatlara ve dahil olduğu kategorilere ait kimliği) ile varsayılan toplumsal kimliği (bireye muhtemelen eski değerlendirmeler kapsamında yakıştırılan kimlik) arasında bir uyumsuzluk meydana gelmektedir (Goffman 2014). Bu uyumsuzluk damgalanan bireyin bu durumdan olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.

1.4.1.Şizofreniye Yönelik Damgalama

Damgalama, pek çok olgu ve durum ile ilgili olabilmesine karşın, uzun zamandan beri bu sürece en fazla maruz kalan kesim ruhsal bozukluğu olan bireyler olmuştur (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003, Üçok 2003, Taşkın 2004). WHO ve WPA ruhsal bozukluğu olan bireylerin damgalanmasının bir halk sağlığı ve insan hakları sorunu olduğunu tarafından kabul etmektedir. WHO damgalamayı, çoğunlukla

gizlendiği ve bildirilmediği için ruhsal bozukluğun “gizli yükü” olarak açıklamaktadır (WHO 2013).

Ruhsal sağlık durumu nedeniyle bireye yapılan haksız muamele ya da değersizleştirme söz konusu olduğunda damgalamadan söz edilebilmektedir (Stuart ve Arboleda-Florez 2012). Dolayısıyla farklı durum ve olaylarda damgalama sürecinin farklılık gösterebileceği belirtilmektedir (Perlick ve ark 2001). Damgalama süreci, hastalığın gizlenebilirliği ve görülebilirliği, zaman içindeki seyri, kişilerarası ilişkilerde yarattığı gerginlik, ilgili estetik özellikleri, sebebi ve başkalarına yönelik risk ve tehlikelilik algısı oluşturup oluşturmamasına göre değişmektedir (Taşkın 2007). Bu özellikleriyle şizofreni, damgalanan ruhsal bozukluklar arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Ruhsal bozukluklarda damgalama sürecinde dört temel öge yer almaktadır (Link ve Phelan 2001, Thornicroft 2014);

Etiketleme; Sürecin ilk aşaması olup, kişisel özelliklerin önemli bir farklılığının yansıtılması ya da fark edilmesidir. Ruhsal hastalıklarda bireyin kimliğine ve diğer tüm özelliklerine bakılmaksızın bazen sadece “ruhsal hastalık” tanısı almasıyla bile ortaya çıkmaktadır (Taşkın 2004).

Kalıpyargı (stereotipi) geliştirme; bu farkların istenmeyen özelliklerle bağdaştırılmasıdır. Kalıpyargılar, belirli bir objeye ya da gruba ilişkin bilgi boşluklarını dolduran, böylece onlar hakkında karar vermeyi kolaylaştıran, önceden oluşturulmuş birtakım izlenimler ve atıflar bütünüdür (Göregenli 2012).

Ayırma; normal ve etiketlenmiş grubun bazı hususlarda kökten farklı olduğuna dair kategorik bir ayırmadır. Önceki yargılar üzerine şimdiki durumu değerlendirmeden bir ön yargı oluşturulması ve ‘ötekiler’ kategorisine sokulmasıdır (Taşkın 2004).

Statü kaybı ve ayrımcılık; etiketlenmiş grubu değersizleştirme, reddetme ve dışlamadır. Böylece birey toplumda eski konumunda var olamayacak ve davranışsal bir kenara koyuş söz konusu olacaktır (Taşkın 2004).

Toplum, hastaları bazen yalnızca hastalık etiketi, bazen de hastaların toplumla bağının zayıflığı nedeniyle, ama en çok varsayılan tehlikelilik inancı nedeniyle

reddetme eğilimi içindedir. Ayrıca ruhsal hastalığı olan bireylerle dolaylı etkileşim sağlanmakta ve ne yazık ki damgalayıcı mesajları içeren medya yoluyla da reddetme gerçekleşmektedir (Phelan ve ark 2014). Böylece halkın ruhsal hastalığı olan kişilerle yakın ilişki içinde olmaktan kaçınmaları ve toplum ile hastaların olması gerektiği gibi yakınlaşamamaları, toplumsal kaynaşmanın sağlanamaması sosyal mesafe kavramının doğmasına neden olmuştur (Taşkın 2007).

1.5.Sosyal Mesafe

Sosyal mesafe *“kişilerin sosyal ilişkilerinde ruhsal bozukluğu olanların katılımını ne derece kabul ettiklerinin göstergesidir”* (Arkar 1991). Şizofreni hastalarında hastalık öncesi kişiliğin genellikle şizoid tipte olduğu ifade edilmektedir. Şizoid kişilikte birey, toplum içine girmekten kaçınmaktadır. Buna toplumun mesafeli yaklaşımı eklendiğinde bireyler istikrarlı bir biçimde insan ilişkilerinden ve temastan uzak kalmaktadırlar (Dick 2015). Bu konudaki çalışmalar, halkın genellikle hastalar ile kişisel bağlantı gerektiren durumlarda-istihdam, konut kiralama, sosyalleşme, evlilik gibi- daha mesafeli olduklarını göstermektedir (Trute ve ark 1989, Angermeyer and Matschinger 2003, Özmen ve ark 2003, Taşkın ve ark 2003). Toplumun ruhsal bozukluğu olan bireyleri ne dereceye kadar kabul veya reddettiği konusunda çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları halkın ruhsal bozukluğu olan bireylere genel olarak olumsuz baktıkları ve reddettikleri yönündedir (Eker 1991, Tuna 1999, Taşkın 2007, Thornicroft 2014).

Bütün ruhsal hastalıklar arasında bu olumsuz süreçlerden en fazla etkilenen grup şizofreni hastalarıdır (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003, Schulze ve Angermeyer 2003, Bilge ve Çam 2010). Bu konuda yapılan çalışmalarda, halkın şizofreni hastalarını kendileri ya da çevreleri için tehlikeli kişiler olarak algıladıkları ve bu kişilerle sosyal yakınlık kurma konusunda isteksiz oldukları çoğu kez yüksek bulunmuştur (Arkar 1991, Taşkın 2004, Thornicroft 2014, Demirören ve ark 2015). Özellikle de toplumda daha önce hastanede yatmış kişilere yönelik sosyal mesafenin çok daha fazla olduğu görülmüştür (Taşkın 2007). Ayrıca, pek çok çalışmada halkın şizofreni tanısı olan hastalarla aralarında belli bir mesafeyi korumak istedikleri bildirilmiş ve hemen her kültürde benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Crips ve ark 2000, Sağduyu ve ark 2001, Taşkın ve ark 2002, Taşkın ve ark. 2003, Taşkın 2007, Thornicroft 2014). Bu durum yalnızca birey üzerinde değil, ailesi üzerinde de olumsuz

sonuçlar oluşturmaktadır (Arıkan ve ark 2004, Şah 2012, Doğanavşargil-Baysal 2013, Duman-Çetinkaya ve Bademli 2013).

Şizofreni hastalarına yönelik sosyal hoşgörüsüzlük ve sosyal dışlanmanın asıl önemli nedeni, tehlikelilik kalıpyargısı ve hastaların ne yapacağı belli olmayan bireyler olarak nitelendirilmeleridir. Bu kalıpyargının desteklenmesi, söz konusu bireylerin zorla tedavi edilmelerine, buna yönelik yasal düzenlemelere ve sosyal eşitsizliğe, adaletsizliğe ve insan hakları ihlallerine yol açmıştır. Sonuçta halkın şizofreni hastalarını sosyal olarak daha fazla reddetmesi kaçınılmaz olmuştur (Göregenli 2012, Stuart ve Arboleda-Florez 2012). Bu durum hastaların daha az sosyal destek almalarına neden olmuş, iş bulma riski, toplumsal statü kaybı, toplumsal ret, toplum içinde izole edilme, lekeli kimlik algısı gibi pek çok biçimde kendisini göstermiştir (Öktem 2014).

Sosyal mesafenin diğer bir boyutu da hastaların algıladıkları damgalanmadır. Literatürde içselleştirilmiş damga olarak yer alan bu kavram bireyde utanç ve farklılık duygusuna neden olmakta ve kendilerini topluma ait hissetmemelerine yol açmaktadır. Toplumdan uzaklaşma ve daha az ilişki kurma, bireyin tedaviyi sürdürmesine ve toplumun destek kaynaklarından yararlanmasına engel olmaktadır. Magallares ve ark (2016) şizofreni hastalarında sosyal damgalama ve iyi olma durumunu inceledikleri çalışmada sosyal olarak reddedilmenin bireylerde psikolojik ve öznel “iyilik” durumunu olumsuz etkilediğini göstermiştir. Bazı çalışmalarda hasta bireylerin toplumun önyargılarına hak verdikleri bildirilmektedir (Camp ve ark 2002, Taşkın 2007, Thornicroft 2014).

1.6.Temas Hipotezi

Allport (1954) önyargıları azaltmak için gruplararası temasın en etkili yöntem olduğunu öne sürmektedir. Gruplararası Temas kavramıyla “iki ya da daha fazla grubun birbiri ile ilişkisi ve etkileşimi” ifade edilmektedir. Allport’a göre “Eğer çeşitli gruplardan insanlar arasında etkileşimsizlik ve ayrışmalar önyargıyı besliyorsa, bunun tam tersi, birbirini olumsuz olarak algılayan grup üyeleri arasında toplumsal teması sağlamak önyargının azalmasına neden olabilir” (Pettigrew 1998, Gürkaynak 2012). Bu konuda yapılan uluslararası çalışmalarda gruplar arasındaki temasın, önyargının azalması ve güven artışıyla sonuçlandığı gösterilmiştir (Pettigrew ve Tropp

2006). Gruplararası temasın sağlanması, dışlanan grup hakkında bilginin artmasına, grup hakkında kaygının azalmasına ve gruba yönelik empati ve olumlu bakış açısının gelişmesini mümkün kılabilen ve bunlar önyargının azalmasına neden olmaktadır (Pettigrew ve Tropp 2008).

Allport ayrımcılığın önlenmesinde dört temel şart olduğunu belirtmektedir (Davidson ve ark 2003, Pettigrew ve Tropp 2006). Bunlar;

Eşit Statü: Eşit statü, olumsuz kalıpyargıların adaletsiz ve yersiz olduğunu fark etmeyi sağlar. Pettigrew ve Tropp (2011) bireylerin düzenlenen etkinliklere, önerilen fikirlere ya da karar verme mekanizmasına katılmalarıyla ve kaynaklara ulaşmada eşit fırsatlara sahip olmalarıyla eşit statünün gerçekleşeceğini öne sürmektedirler.

Ortak Hedefler: Ortak hedeflerin olması, bireylerin işbirliği ve dayanışmaya dayalı bir ilişki kurabilmelerini, birbirlerini olumlu algılamalarını sağlayacak, böylece önyargı ve ayrımcılık azalacaktır.

Tanışıklık: Yeni ve doğru bilgiler edinmek, önceki olumsuz kalıpyargıları yıkabilir ve bu sayede gruplar arası farklılık algısı azalırken benzerlik algısı artabilir.

Sosyal ve Kurumsal Destek: Kurumsal destek ve sosyal onayla, gruplar arası temas daha kabul edilebilir hale dönebilir ve daha olumlu etkiler gösterebilir. Hükümet, basın, vakıf kuruluşları, sivil toplum örgütleri gibi kurum ve kuruluşların, ilişkileri destekleyici nitelikte olması gruplar arası ilişkileri yönetecek eğitimi, kaynakları ve teşvik edici durumları destekleyen bir sistemi yaratmaları önemlidir.

Temas Kuramı, başlangıçta farklı etnik ya da dini grup üyelerinin birbirleriyle olan ilişkilerini ele alsa da şimdi toplumsal yaşamda bulunan diğer gruplar arası ilişkileri de değerlendirebilmektedir (Pettigrew ve Tropp 2006). Yaşlılar, psikiyatrik hastalar, engelli bireyler ya da eşcinsellerle olan temasın, dış grubu olumlu değerlendirmede olumlu etkileri üzerine yapılmış askeri alanda (Herek 1996, Biernat ve ark 1998) ve çalışma ortamlarında (Kalev ve ark 2006) yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Sözü edilen bu koşullar olmasa bile temas, önyargıları ve damgalamayı azaltmada etkilidir (Phelan ve ark 2014).

Toplumsal temasın önyargıları ve olumsuz tutumları nasıl azalttığı ile ilgili bazı psikolojik süreçlerin etkili olduğu ifade edilmektedir (Pettigrew 1998, Cuhadar ve Dayton 2011):

1. *‘Öteki’ grup ile ilgili öğrenmenin gerçekleşmesi yoluyla:* Var olan kalıpyargı ve tutumların temas sonucu ‘öteki’ hakkında elde edilen ‘yeni bilgi’ ışığında sorgulanması ve güncellenmesi.

2. *Önce davranışın değişmesi yoluyla:* Düşmanca ya da önyargıyla algılanan grup üyeleriyle dostane bir ortamda temasta bulunmak, yani kalıpyargılar ve tutumdan önce davranışı değiştirmek, davranış değişikliğinin bilişsel ve duygusal değişimini de beraberinde getirebilir, yeni olumlu davranış biçimi ve olumlu tutum gelişmesine yol açabilir.

3. *Duygusal bağlar kurulması yoluyla:* Öteki grup üyelerine karşı olumlu duygular ve empati sağlanması sayesinde de olumsuz tutum ve önyargılar değişebilir.

4. *Kendi grubunu yeniden değerlendirme yoluyla:* ‘Öteki’ gruba karşı tutum ve önyargıların azalması bireyin kendi grup aidiyetini yeniden değerlendirmesi yoluyla da olabilir. Örneğin, kendi grubunun o kadar da homojen ve tek tip olmadığını görmek ya da kendi grubunun da zayıf olduğu noktaları görmek ‘öteki’ gruba karşı duyulan önyargıyı azaltabilir.

Sonuç olarak toplumsal temasın önyargı, ayrımcılık ve gruplar arası çatışma ile başa çıkmada özellikle eğitimle birlikte kullanılabilecek önemli bir sosyal değişim aracı olduğu düşünülmektedir.

1.7.Şizofreniye Yönelik Olumsuz İnanç, Damgalama ve Sosyal Mesafe İle Mücadele

Ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve davranışlar (sosyal mesafe ve damgalama) ile bunların ruhsal hastalığı olan birey ve ailesi üzerine etkileri birçok araştırmanın konusunu oluşturmuştur. Araştırmalarda olumlu sonuçların çıkmadığı ve bu durumun toplumsal bir sorun olduğu ortadadır. Aynı zamanda ruhsal hastalıklara yönelik tutum araştırmaları değerlendirildiğinde, araştırmaların daha çok toplum tarafından normal kabul edilen bireylerin deneyimlerinden ziyade düşüncelerinden

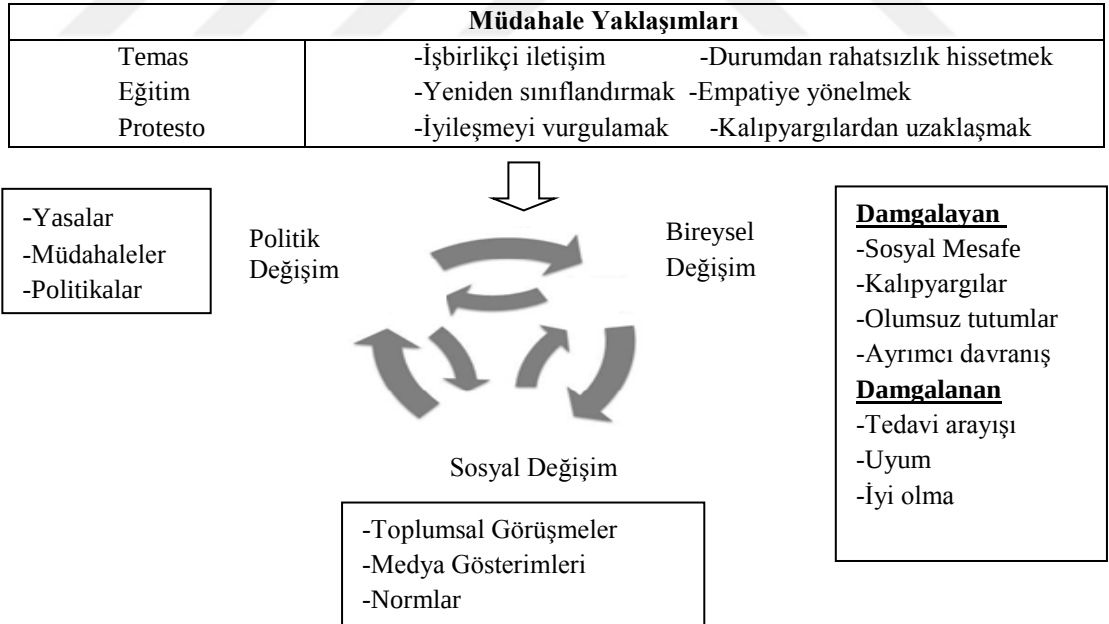
yola çıkarak, çıkarımlarda bulunulan anket çalışmaları olduğu da görülmektedir (Arkan ve ark 2011, Çam ve Bilge 2013, Thornicroft 2014). Dolayısıyla sürecin bundan sonraki basamağının bilenen bu sorunla nasıl mücadele edileceği, mücadelede kullanılacak stratejiler ve bu stratejilerin davranışsal sonuçlarının değerlendirilmesi olması gerekmektedir. Sonuçların paylaşılması da mücadeleye yön verecektir.

Özellikle şizofreni gibi ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz tutum ve davranışların (sosyal mesafe ve damgalama) azaltılması çalışmalarında hastalıklarla ilgili bilgilendirmenin, ruhsal hastalığı olan bireylerle temas sağlanmasının ve bu konuda medya ile işbirliği yapılmasının temel unsurlar olduğu ifade edilmektedir (Trute ve ark 1989, Penn ve ark 1999, Blascovich ve ark 2001, Pinto-Foltz ve Logsdon 2009, Sartorius ve ark 2010, Bilge ve Çam 2010, Collins ve ark 2012, Çam ve Bilge 2013, Çam ve ark 2014, Thornicroft 2014, Avcil ve ark 2016). Şizofrenili bireyle doğrudan etkileşimde olmanın özellikle tehlikelilik algısını azalttığı ve hastayı kabul etmede olumlu yönde etkili olduğu ifade edilmektedir (Trute ve ark 1989, Tuna 1999, Angermeyer ve Matschinger 2003, Taşkın 2007). Literatürde kısa vadede yapılan eğitim girişimlerinin bile yanlış tutumları değiştirmede etkili olduğu gösterilmiştir (Eker 1989, Pinfold ve ark 2003). Bununla birlikte temas stratejilerinin tutum değiştirmede eğitimden daha çok etkiye neden olabileceği ve daha uzun süreli davranış değişikliğine yol açabileceğini vurgulayan çalışmalar da bulunmaktadır (Arkar ve Eker 1992, Corrigan ve ark 2002, Pinfold ve ark 2005, Kanaak ve ark 2014, Thornicroft 2014, West ve ark 2014). Belirtilen çalışmalardan çıkan ortak görüş, damgalama ile mücadelenin uzun zaman isteyen, kolay çözümlenmeyen, toplumun her kesimine ulaşmayı gerektiren bir hizmet olduğudur. Ayrıca tutumların pekiştirilerek yerleştiği öğretim yıllarında bu konu hakkında doğru bilgilerin verilmesinin önemli olduğu kaçınılmaz bir gerçektir. Bu gerçek, eğitimcilerin bu konuda bilgi ve donanımının da artırılmasının ön koşul olduğunu ifade etmektedir (Çam ve Bilge 2013). Ancak Beldie ve ark (2012)'nin orta ölçekli Avrupa ülkelerinde ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadeleleri değerlendirdikleri çalışmalarında, mücadelelerin genellikle yeterli destekle yapılamayan ve uzun vadeli olmayan mücadeleler olduğu ifade edilmektedir.

Olumsuz tutumlar ve davranışlarla mücadelede literatürde çeşitli yollar önerildiği görülmektedir. Örneğin; Corrigan ve Watson (2002) toplumda damgalama

sürecini değiştiren stratejileri değerlendirmişlerdir. Sonuçta; (1) Lisans ve yüksek lisans öğrencileri, gençler, toplum sakinleri ve ruhsal hastalığa sahip bireyler de dahil olmak üzere geniş yelpazelerde ruhsal hastalıklarla ilgili bilgilendirme eğitimleri yapmanın (2) ruhsal hastalığı olan bireylerle iletişimin damgalamayı azaltıcı etkilerinden dolayı bu hastalarla temas etmenin (3) medyada ruhsal hastalıklarla ilgili yanlış beyanları ve halkın ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz propagandalarını protesto ederek toplumda damgalamanın değiştirilebileceğini öne sürmüşlerdir.

Ruhsal bozukluklarda damgalama (a) yapısal/sistemsel düzeyde, (b) sosyal/grup düzeyinde ve (c) içselleştirilmiş/bireysel düzeyde olmak üzere üç seviyededir ve bu üç düzeydedir ve bu üç düzeydeki damgalama birbirini etkilemektedir (Park ve ark 2013). Bu etkileşimden yola çıkarak ruhsal hastalıklarla ilgili damgalamanın azaltılmasına yönelik kavramsal bir model önerilmiştir (Şekil 1.1). Bu model ruhsal hastalık damgasının azaltılmasında, sosyal normların, bireysel eylemlerin ve inançların, geleneksel uygulamaların ve politikaların ruhsal sağlık sorunları olan kişilerin kabulünü desteklemek için birleştirilmesigerektiğini ve çoklu düzeyde müdahalelerin hedeflenmesini önermektedir(Collins ve ark 2012).



Şekil 1.1. Ruhsal Hastalıklarda Damgalamayı Azaltmak İçin Kavramsal Bir Model
(Collins RL, Wong EC, Cerully JL, Shults D, Eberhart NK, 2012. Interventions to reduce mental health stigma and discrimination. Erişim Tarihi: 25.02.2015, Erişim: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1318.html)

1.7.1.Mücadele Çalışmaları ve Hemşirelik

Günümüzde psikiyatrik tedavide benimsenen toplum temelli yaklaşımda ruhsal hastalığı olan bireylerin kaybettikleri bireysel ve sosyal rollerini geri kazanmaları, desteklenmeleri ve toplum içerisinde yer almaları hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda yaşamının önemli bir bölümünü kurumlarda geçirmiş bireylerin, hasta rolünden çıkıp birey rolüne geçerek toplum içerisinde yaşamaya başlamaları, sorumluluk almaları ve “iyi oluş” halinin desteklenmesi gerekmektedir. Farmakolojik ve psikosozal tedavilerle bütünleşmiş psikiyatrik rehabilitasyon stratejileri belirtilen hedefe hizmet ederek, bireylerin toplum içerisinde yaşamaya başlamalarıyla birlikte karşılaşılabilecekleri sorunları en aza indirebilmektedir (Yıldız 2005, Arslan-Delice ve ark 2014, Arslan ve ark 2015).

Psikiyatrik rehabilitasyon hizmetleri, bireylerin toplum içerisinde ve bağımsız olarak en az destekle sosyal, mesleki, eğitimsel ve ailevi rollerini sürdürebilmeleri için gerekli becerilerle donatılmalarını ve yeterli toplumsal desteklerin sağlanmasını içermektedir (Yıldız 2004). Bu süreci olumsuz etkileyebilecek önemli faktörler arasında toplumun bu bireylere yönelik olumsuz inanç ve tutumları, ayrımcı ve damgalayıcı davranışları gelmektedir. Toplumun bir parçası olan bireyin sosyalleşmesi ve topluma kazandırılmasında primer rol üstlenen psikiyatri ekibinin üyelerinden biri olan psikiyatri hemşirelerine son derece önemli sorumluluklar düşmektedir.

Hemşireler, ruh sağlığı ekibinin önemli ve büyük bir gücü olarak, şizofreni hastasına karşı olumsuz tutum ve davranışların farkında ve mücadele etkinliklerinin içinde yer alarak mesleğinin gerektirdiği bakım verme, eğiticilik, araştırıcılık, danışmanlık, savunuculuk gibi hemşirelik rollerini hasta lehine daha etkin bir şekilde kullanabilirler (Ergün 2005). Psikiyatri hemşireleri hastaların çalışmasını, üretici işlerle uğraşmasını sağlayarak toplum içinde sosyal kabul görmelerine, sosyal ilişkiler kurmalarına ve sürdürmelerine yardımcı olabilirler (Yılmaz ve Özcan 2016). Toplumda değerinin düştüğünü algılayan hastaların damgalama sürecine direncinin de azaldığı (Thoits ve Link 2016), damgalamanın özsaygıyı azalttığı ve yalnızca özsaygısı yüksek olanların damgalama ve ayrımcılıkla mücadele edebildiği ifade edilmektedir (Thoits 2011). Bu bilgi doğrultusunda hemşireler, toplumun sağlık ve

hastalığa karşı olumlu inanç geliştirmelerinde rol modeli olabilir ve toplumu olumlu yönde etkileyebilirler (Bağ ve Ekinci 2005, am ve Bilge 2007).

Ülkemizde toplum temelli yaklaşım sürecinde kurulan toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin bu sürece katkı vermede imkanları daha fazla olabilir. Öyle ki Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte (2011) toplum ruh sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları arasında “*Toplumun ruh sağlığı inançları, tutumları ve damgalama ile mücadele programları yürütür ve görev alır*” şeklinde bu konuya yer verilmiştir (Resmi Gazete 2011).



2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinde şizofreniye yönelik tutum, sosyal mesafe ve damgalama davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma, öntest, tekrarlı test ve kontrol gruplu müdahale araştırmasıdır.

2.2.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler;

- Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) Puanı,
- Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) Puanı,
- Damgalama Ölçeği (DÖ) Puanı

Bağımsız Değişkenler;

- Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programı

2.3.Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Temas hipotezine dayalı eğitim programı boyunca öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik duygularında fark olmayacaktır.

- a) Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik duygularında gruplar arasında fark yoktur.
- b) Deney grubunda eğitim programı öncesi ve sonrası fark yoktur.
- c) Kontrol grubunda eğitim programı öncesi ve sonrası fark yoktur.

H₂: Temas hipotezine dayalı eğitim programının şizofreniye yönelik inanç ve tutuma etkisi yoktur.

- a) Eğitim programı öncesi gruplar arası fark yoktur.
- b) Eğitim programı sonrası gruplar arası fark yoktur.

- c) Deney grubunda eğitim programı öncesi ve sonrası fark yoktur.
- d) Kontrol grubunda eğitim programı öncesi ve sonrası fark yoktur.

H₃: Temas hipotezine dayalı eğitim programının şizofreniye yönelik sosyal mesafeye etkisi yoktur.

- a) Eğitim programı öncesi gruplar arası fark yoktur.
- b) Eğitim programı sonrası gruplar arası fark yoktur.
- c) Deney grubunda eğitim programı öncesi ve sonrası fark yoktur.
- d) Kontrol grubunda eğitim programı öncesi ve sonrası fark yoktur.

H₄: Temas hipotezine dayalı eğitim programının damgalama davranışına etkisi yoktur.

- a) Eğitim programı öncesi gruplar arası fark yoktur.
- b) Eğitim programı sonrası gruplar arası fark yoktur.
- c) Deney grubunda eğitim programı öncesi ve sonrası fark yoktur.
- d) Kontrol grubunda eğitim programı öncesi ve sonrası fark yoktur.

2.4.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 2015-2016 eğitim-öğretim yılında Konya il merkezinde bulunan Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde yapılmıştır. Araştırma verileri 9 Kasım 2015-30 Mart 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.5.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma grubunu Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümüne 2015-2016 Eğitim-Öğretim yılı içinde kayıt yaptıran birinci sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Toplumu etkileme güçlerinin yüksek olduğu düşünülen hemşirelik mesleğinin gelecekteki mensupları olan, ancak henüz mesleki eğitim almadıkları için toplumdaki şizofreniye yönelik sosyal mesafe, tutum ve damgalamadavranışlarını temsil edebilir durumda olmaları nedeniyle hemşirelik

birinci sınıf öğrencileri çalışma grubu olarak belirlenmiştir. Toplum tarafından belirtileri bir ruhsal hastalıkla en çok ilişkilendirilen hastalık olması ve toplum içinde yaygınlığının yüksek olması göz önüne alınarak şizofreni hastalığı, araştırmada tercih edilen ruhsal hastalık olmuştur.

2.5.1.Örnek büyüklüğü

Deney ve kontrol grubunu oluşturacak hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin sayıları Çizelge 2.1.'de verilmiştir. Hesaplar Minitab 14.0 istatistik paket programı ile hesaplanmıştır. Ölçeklerin standart sapma değerleri için literatürdeki araştırmalar kaynak olarak alınmıştır (Aydöner 2009, Oban ve Küçük 2011, Yaman ve Güngör 2013b).

Çizelge 2.1. Örnek büyüklüğü.

ÖLÇEK	Soru Sayısı	Puan Aralığı	Std. Sapma	Güç	Anlamlı fark	Deney	Kontrol
RHİÖ	21	0-105	16,68	%95	15	34	34
SMÖ	14	14-98	17,93	%95	15	39	39
DÖ	22	22-110	11,48	%95	15	17	17

Deney ve kontrol gruplarına 39'ar hemşirelik birinci sınıf öğrencisinin dahil edilmesiyle araştırmanın gücü %95 olmuştur. Sadece, Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) için Minitab 14.0 program çıktısı aşağıda verilmiştir.

Power and Sample Size
 2-Sample t Test
 Testing mean 1 = mean 2 (versus not =)
 Calculating power for mean 1 = mean 2 + difference
 Alpha = 0,05 Assumed standard deviation = 17,93
 Sample Target
 Difference Size Power Actual Power
15 39 0,95 0,954220
 The sample size is for each group.

2.5.2. Çalışma grubu

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümüne 2015-2016 Eğitim-Öğretim yılı içerisinde kayıt yaptıran birinci sınıf öğrencilerinin toplam sayısı 190'dır. Ortak dil oluşturması amacıyla yabancı uyruklu öğrenciler çalışma grubuna dahil edilmemiştir. Randomizasyon sınıf içinde yapılmıştır. Öğrenciler numaralandırılmış, araştırmadan bağımsız bir kişi tarafından (deney büyüklüğüne bağlı olarak her grup için 39 ve 4'er kişi kayıp ihtimaline karşı) kura ile 43'er öğrenci iki gruba ayrılmış, daha sonra iki grup tesadüfi olarak; deney ve kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Araştırmada deney grubuna temasa hipotezine dayalı eğitim programı uygulanırken, kontrol grubu, standart ders müfredatı ile sürece devam etmiştir. Deney ve kontrol grubuna başlangıçta alınan birey sayısı 43 iken, deney grubundan 2 ve kontrol grubundan 3 öğrenci çalışmayı bırakmıştır.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Bilgi Formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ), Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) ve Damgalama Ölçeği (DÖ) kullanılmıştır.

2.6.1. Bilgi Formu (Bkz. Ek A)

Araştırmada literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formu (Özyiğit 2004, Taşkın 2004, Taşkın 2007, Aydoğan 2009, Eker ve ark 2010, Oban ve Küçük 2010, Paksoy-Erbaydar Çilingiroğlu 2010, Çam ve Bilge 2013, Güngörmüş ve ark 2014, Thornicroft 2014) yaş, cinsiyet, aile yapısı, en uzun yaşanan yer, anne ve babanın eğitim durumu, gelir durumu algısı, kardeş sayısı, yakın çevrelerinde ruhsal hastalığı olan bireyin olup olmadığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinip edinmediği, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı ne hissettiğini değerlendirmeye yönelik 11 sorudan oluşmuştur.

2.6.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ) (Bkz. Ek B)

Hirai ve Clum tarafından 2000 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam tarafından yapılmış, Cronbach's Alpha katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur. Ölçek, 6'lı Likert tipi bir ölçek olup, Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5 şeklinde

puanlanmaktadır. Faktör analizi sonucunda RHIÖ'nün 21 maddeden ve üç alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek puan 0-105 arasındadır. Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. Bu araştırma için ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur

Tehlikeli Alt Ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseder. Alt ölçek 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13. maddeleri içermektedir. Bu alt ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-40 arasındadır. Bu araştırma için alt boyutun Cronbach's Alpha katsayısı 0,50 olarak bulunmuştur

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarından bahseder. Bireyin özellikle duygusal etkilenmesinden dolayı, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki sürecinde kendini engellemesini ve çaresizlik yaşandığını ifade eder. Alt ölçek 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeleri içermektedir. Bu alt ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-55 arasındadır. Bu araştırma için alt boyutun Cronbach's Alpha katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur

Utanma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek bireylerin ruhsal hastalığa yönelik bireylerin utanma duygusu yaşadığını ifade eder. Alt ölçek 12. ve 15. maddeleri içermektedir. Bu alt ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-10 arasındadır (Bilge ve Çam 2008). Bu araştırma için alt boyutun Cronbach's Alpha katsayısı 0,33 olarak bulunmuştur

2.6.3. Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) (Bkz. Ek C)

Arkar'ın 1991 yılında geliştirdiği ölçekte, Paranoid Şizofreni ve Anksiyete Bozukluğu olmak üzere iki örnek vaka ve ruhsal hastalığı olan bireye karşı tercih edilen sosyal mesafeyi ölçmek amacıyla geliştirilen 14 soru yer almaktadır. Vakalarda tıbbi tanımlar verilmemiştir. Ölçek 7'li Likert tipi bir ölçek olup; Kesinlikle rahatsız etmez: 1, Rahatsız etmez: 2, Pek rahatsız etmez: 3, Farketmez: 4, Biraz rahatsız eder: 5, Rahatsız eder: 6, Kesinlikle rahatsız eder: 7 şeklinde puanlanmaktadır. SMÖ'nün güvenirlik çalışmasında Cronbach's Alpha katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur.

Ölçekten alınabilecek puan 14-98 arasındadır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirmekte olup, ölçekten alınan yüksek puan sosyal mesafenin fazla olduğunu göstermektedir (Arkar 1991). Çalışma şizofreni hastalarına yönelik olduğu için vakalardan sadece paranoid şizofreni vakası çalışma grubuna verilmiştir. Ölçeğin geçerlik çalışmasına rastlanmamış, bu nedenle çalışma öncesi geçerlik çalışması farklı bir grupta yapılmıştır. Bu araştırma için ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur

2.6.3.1. SMÖ'nin geçerlik ve güvenirliği (pilot uygulama)

Önerilen ölçeğin geçerliği incelenmemiş fakat güvenirliği Cronbach alfa değeri 0,88 olarak yeterli bulunmuştur (Arkan 1991). Çalışmaya başlamadan önce Geçerliliğinin ve tekrar güvenirliğinin incelenmesi için 436 denek üzerinde bir pilot çalışma yapılarak değerlendirilmiştir (Büyükşahin 2005).

Kapsam geçerliği: Sosyal mesafe ölçeği kapsam olarak uzmanlar tarafından yeterli bulunmuştur. Hasta ile sosyal ortamda ve/veya uzun süreli birlikte olmak, kişisel olarak uzun süreli aynı ortamda bulunmak, sosyal, kişisel ve duygusal ilişki düzeylerini kapsamaktadır (Ercan ve Kan 2004).

Kriter geçerliği: Kriter geçerliği kestirimsel ve uyum ana başlıkları altında incelenmektedir. Kestirimsel ve uyum geçerliliği şizofreni ve anksiyete olgularına verilen cevaplar arasındaki beklenti ve uyum incelenmiştir.

Kestirimsel geçerlik için şizofreni ve anksiyete olgularına bağlı olarak şizofreni durumu için beklenen sosyal mesafenin daha ileri düzeyde olması beklenmektedir.

Çizelge 2.2.SMÖ'nin kestirim geçerliği

	N	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maximum	Test	p değeri
Anksiyete	436	3,73	1,24775	1,00	6,64	-17,265	<0,001
Şizofreni	436	5,59	1,35435	1,00	7,00		

Beklendiği gibi iki olguya cevap verenlerde şizofreni olgusuna sosyal mesafe daha fazladır ve kriter geçerliğinin kestirimsel yönü sağlanmıştır (Çizelge 2.2).

Uyum geçerliği için her iki olguya verilen cevapların yüksek korelasyonlu ($r=0,405$) olduğu görülmektedir.

Yapı geçerliği: Ölçeği oluşturan maddelerin (soruların) genel ölçüm içerisindeki açıklama gücünü ve genel ölçüm ile ilişkilerinin güçlü olmasını gerektirir.

Çizelge 2.3.SMÖ'nin faktör analizi ile yapı geçerliği

Madde	Faktör yükleri	Özdeğerler	% of Variance
1	0,781	8,791	62,792
2	0,828	0,775	5,539
3	0,787	0,750	5,356
4	0,867	0,524	3,744
5	0,810	0,497	3,549
6	0,733	0,485	3,463
7	0,803	0,423	3,021
8	0,774	0,346	2,473
9	0,793	0,306	2,186
10	0,846	0,276	1,969
11	0,770	0,245	1,753
12	0,848	0,237	1,694
13	0,780	0,210	1,504
14	0,651	0,134	0,958

Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,953 ($p<0,001$) ile verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Ölçek içerisinde özdeğeri 1'den büyük özdeğer sayısının tek olması anlamlı tek faktör bulunduğu ve açıklama oranının %62,79 olduğu belirlenmiştir. Faktör yükleri 0,651 (14. madde) ile 0,867 (4. madde) arasında değişmektedir (Çizelge 2.3).

Güvenirlilik: Güvenirlilik için Cronbach alfa değeri ve maddelerin ölçüm değeri ile ilişki düzeyleri değerlendirilmiştir.

Çizelge 2.4. SMÖ'nin Cronbach alfa değeri ve madde analizi

	Ölçek değeri ile korelasyon	Madde silinirse Cronbach's alfa
S1	0,749	0,950
S2	0,761	0,949
S3	0,809	0,950
S4	0,817	0,948
S5	0,758	0,950
S6	0,789	0,952
S7	0,777	0,950
S8	0,750	0,950
S9	0,742	0,950
S10	0,810	0,949
S11	0,705	0,951
S12	0,763	0,949
S13	0,800	0,950
S14	0,555	0,953

Maddelerin genel ölçek puanı ile pozitif ve ilişkili olduğu belirlenmiştir. Cronbach alfa değeri 0,953 olarak hesaplanmış ve hiçbir maddenin ölçekten çıkarılmasına gerek olmadığı görülmüştür (Çizelge 2.4). Ölçeğin son derece güvenilir olduğu belirlenmiştir.

2.6.4.Damgalama Ölçeği (DÖ) (Bkz. Ek D)

Yaman ve Güngör tarafından 2013 yılında geliştirilen ölçek 5'li likert tipi olarak hazırlanmıştır. Kesinlikle katılmıyorum: 1, Katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Katılıyorum: 4, Tamamen Katılıyorum: 5 şeklinde cevaplanmakta ve puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 22-110 arasında olup, 55 puanın altında alan bireylerin damgalama eğiliminin düşük, üzerinde alan bireylerin ise damgalama eğiliminin yüksek olduğu söylenebilir. Damgalama Ölçeği 22 madde ile 4 boyuttan oluşmaktadır ve ters puanlanmış madde yoktur. Ayrımcılık ve dışlama alt boyutu 10,17,18,19,20,21 etiketleme alt boyutu 3,4,5,7,8,9 psikolojik sağlık alt boyutu 11,12,13,15,16, önyargı alt boyutu 1,2,6,14,22 maddelerini içermektedir. Güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur. Damgalama Ölçeğinin Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayıları ayrımcılık ve dışlama, etiketleme,-psikolojik sağlık, önyargı alt boyutları için sırasıyla 0,77;0,68; 0,66; 0,54 olarak bulunmuştur (Yaman ve Güngör 2013a). Bu araştırma için ölçeğin

Cronbach's Alpha katsayısı 0,80 ve ayrımcılık ve dışlama, etiketleme,-psikolojik sağlık, önyargı alt boyutları için sırasıyla 0,56; 0,56; 0,58; 0,57 olarak bulunmuştur

2.7.Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Formlar (Bilgi Formu, SMÖ, RHİÖ ve DÖ) çalışma grubuna temas hipotezine dayalı eğitim öncesi, teorik bilgilendirme sonrası, temas eğitimi sonrası ve eğitimlerden üç ay sonra öğrencilere verilerek doldurmaları istenmiştir.

2.8. Araştırmanın Akış Şeması

1.Araştırma için gerekli izinlerin alınması	
2. Temas hipotezine dayalı eğitim programının planlanması ve uzman görüşlerinin alınması	
3. Kullanılacak ölçeklerden SMÖ'nün geçerlik çalışmasının farklı bir çalışma grubunda yapılması	
4. Temas hipotezine dayalı eğitim programı öncesi RHİÖ, SMÖ ve DÖ'nin ilk ölçümleri	
5. Temas hipotezine dayalı eğitim programının teorik eğitiminin uygulanması	
Deney Grubu (41)	Kontrol Grubu (40)
Teorik Eğitim	Standart Eğitim Müfredatı
6. Temas hipotezine dayalı eğitim programının teorik eğitim sonrası RHİÖ, SMÖ ve DÖ'nin ölçümleri	
7. Temas hipotezine dayalı eğitim programının temas eğitiminin uygulanması	
Deney Grubu (41)	Kontrol Grubu (40)
Temas eğitimi	Standart Eğitim Müfredatı
8. Temas hipotezine dayalı eğitim programının temas eğitimi sonrası RHİÖ, SMÖ ve DÖ'nin ölçümleri	
9. Temas hipotezine dayalı eğitim programından üç ay sonra RHİÖ, SMÖ ve DÖ'nin ölçümleri	

2.8.1. Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programı

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Üçok 2003, Pinfold ve ark 2003, Taşkın 2004, Pinfold ve ark 2004, Yıldız 2007, Öztürk ve Uluşahin 2008, Gürkaynak 2012, Çam ve Bilge 2013, Amerikan Psikiyatri Birliği 2013, Yörükoğlu 2014, Thornicroft 2014) ve uzman görüşü (Doç. Dr. Hüseyin GÜLEÇ, Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN, Uzm. Hemşire Hacer AYDÖNER) alınarak hazırlanmıştır.

Çizelge 2.5. Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programı.

Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programı	Çalışmaya Hazırlık Aşaması		
	I. HAFTA	9 Kasım 2015	-Tüm hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine, çalışmanın amacının açıklanması ve onam alınması, ölçüm araçlarının uygulanması, Randomizasyon,
		10 Kasım 2015	-Deney grubuna alınan öğrencilerin davet edilmesi ve tanışma, program içeriği ile ilgili bilgilendirme, eğitim saatlerinin planlanması
	Teorik Eğitimin Başlangıcı		
	II. HAFTA	17 Kasım 2015	-Ruh Sağlığının tanımı -Ruhsal yönden sağlıklı/sağlıksız olma kriterleri -Ruhsal hastalık kavramı
		19 Kasım 2015	-Şizofreni nedir? -Şizofreni nedenleri nelerdir? -Şizofreninin belirtileri nelerdir? -Şizofrenide tedavi seçenekleri nelerdir?
	III. HAFTA	24 Kasım 2015	-Akıl oyunları filminin izletilmesi ve tartışma
	IV. HAFTA	04 Aralık 2015	-Biz Siz Onlar Şizofreni Belgeseli (Ev Ödevi)
	V. HAFTA	10 Aralık 2015	- Biz Siz Onlar Şizofreni Belgeselinin değerlendirilmesi - Şizofreniye Yönelik Yanlış Tutumlar, İnançlar ve Damgalama Süreci
	Temas Eğitiminin Başlangıcı		
	VI. HAFTA	18 Aralık 2015	-Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ziyareti ve hastalarla tanışma
	VII. HAFTA	22 Aralık 2015	-TRSM hastalar ile uygulama
		23 Aralık 2015	-Şizofreni hasta yakını ile söyleşi
		25 Aralık 2015	-TRSM hastalar ile uygulama
	VIII. HAFTA	4 Ocak 2015	- TRSM hastalar ile uygulama
		5 Ocak 2015	- TRSM hastalar ile uygulama
		6 Ocak 2015	- TRSM hastalar ile uygulama

TEMAS HİPOTEZİNE DAYALI EĞİTİM PROGRAMI

I. OTURUM (9 Kasım): Grup Dinamiklerinin Oluşturulması –I(1 saat)

AMAÇ: Grup üyelerinin birbirleriyle tanışmalarını sağlama, grubun amaçları ve araştırma gerekçelerinin açıklanması

İÇERİK:

- Program gerekçesinin açıklanması,
- Grubun mahremiyet/gizlilik sınırlarının tartışılması,
- Her bir grup üyesine izin formu imzalatılması (Bkz. Ek E).

II. OTURUM (10 Kasım): Grup Dinamiklerinin Oluşturulması –II (1 saat)

AMAÇ: Temas eğitimde yararlanılmak üzere her bir öğrencinin bireysel ve sosyal becerilerinin keşfedilmesi (müzik, resim, el-ışi, spor vb yetenek ve beceriler)

İÇERİK:

- Psikodrama yöntemi ile gruptaki her bir üyenin kendini ve becerilerini tanıtmaları,
- Ortak olan ve olmayan beceriler doğrultusunda temas eğitimi boyunca yer alacak etkinliklerin belirlenmesi.

III. OTURUM (17 Kasım): Aşamalı Temas Eğitimi I(Teorik Eğitim) (2 saat)

AMAÇ: Biyo-psiko-sosyal boyutları ile insanın ve özelliklerinin tartışılması, normal ve anormal davranış örüntülerinin ayırt edilmesi,

İÇERİK:

- Eğitim öncesi psikodrama yöntemi ile ısınma egzersizleri uygulanması,
- Ruh sağlığının tanımı, ruhsal yönden sağlıklı/sağlıksız olma ölçütleri ve ruhsal hastalık kavramının bilgisi ve tartışma.

IV. OTURUM (19 Kasım): Aşamalı Temas Eğitimi II (Teorik Eğitim) (2 saat)

AMAÇ: Şizofreni hastalığı hakkında farkındalık oluşturulması,

İÇERİK:

- Eğitim öncesi psikodrama yöntemi ile ısınma egzersizleri uygulanması,
- Şizofreninin tanımı, nedenleri, belirtileri ve tedavi seçeneklerinin bilgisi ve tartışma

V. OTURUM (24 Kasım): Aşamalı Temas Eğitimi III (Film Gösterimi) (3 saat)

AMAÇ: Hasta ile ilgili davranış değişimi, iç görü kazanma ve semptom yönetimi kavramlarında öğrencinin anlayış geliştirmesi,

İÇERİK:

- “Akıl Oyunları” filmi izletildi ve sonrasında öğrencilerle film değerlendirildi.

Akil Oyunları (A Beautiful Mind): Nobel ödüllü Amerikalı matematikçi John Nash'in yaşam öyküsünü anlatan ve yönetmenliğini Ron Howard'ın yaptığı 2001 yapımı biyografik drama filmidir. Başrollerini Russell Crowe (John Nash), Ed Harris (William Parcher), Jennifer Connelly (Alicia Nash) ve Christopher Plummer (Dr. Rosen) oynamıştır.

Filmin Konusu: Nash, öğrenciliği sırasında oyun kuramı üzerine büyük başarılar elde etmiş parlak bir matematikçidir. Nash, öğrencilik yıllarından itibaren hayaller görmeye başlar. Mezuniyet sonrası öğretim üyesi olarak üniversitede ders veren Nash, bir öğrencisiyle evlenir Mezuniyetinden sonra, zamanla paranoid şizofreni olur; fakat hasta olduğunun farkına varamaz. Bir konferans sırasında aniden bir psikiyatristin karşısına çıkması ile olaylar zinciri değişir. Hastaneye yatar ve bu nedenle akademik çalışmalarından uzaklaşır. Hastalığı kendi çocuğuna zarar vermesine neden olacak noktaya gelince eşi yeniden hastaneye gitmesi gerektiğini düşünür. Uzun süre hasta olduğunu kabul edemese de halüsinasyonlarında sürekli gördüğü kız çocuğunun yıllar içinde hiç büyümediğini fark eder. Bu durum onun hastalığını kabullenmesini sağlar. Nash, yaşadığı hayali gerçekleri görmezden gelerek onlarla yaşamaya çalışacaktır.

Gördüğü tedaviler etkili olmasa da eşi ve eski iş arkadaşlarının desteğiyle her şeye yeniden başlar. Kendi akıl hastalığını yine kendi aklı ile dizginleyerek akademik çalışmalarına yeniden hız verir. Tekrar üniversitede ders vermeye başlar. Sonunda gösterdiği sıradışı mücadeleyle şizofreni ile birlikte yaşamına devam eder. Ve tarih bu müthiş dehaya, akıl hastalığını yine aklıyla yenerek hayatının geri kalanını bilime adanmasından ve hastalığının başlamasından evvel yaptığı buluşlardan dolayı Nobel Ekonomi Ödülünü armağan eder [https://tr.wikipedia.org/wiki/Akıl_Oyunlari_\(film\)](https://tr.wikipedia.org/wiki/Akıl_Oyunlari_(film)).

VI. OTURUM (4 Aralık): Aşamalı Temas Eğitimi IV(EvÖdevi)

AMAÇ:Hasta ve ailesinin hastalık süreci ile ilgili deneyimleri, uyum çabaları konusunda öğrencinin anlayış geliştirmesi

İÇERİK:

- “Biz Siz Onlar Şizofreni Belgeseli” öğrencilerin e-posta adreslerine gönderildi ve bireysel olarak izlemeleri istendi (Bu uygulama eğitim sürecinde vize haftasına denk gelmesi nedeniyle sürecin kesintiye uğramaması amacıyla planlandı).

Biz Siz Onlar Şizofreni Belgeseli: Aylin Eren ve Çağdaş Kaya’nın yönettiği “Biz Siz Onlar” Belgesel filmi; Şizofreni Dernekleri Federasyonu ve Sanovel İlaç Firması’nın birlikte organize ettiği, Şizofreni hastalığı ile ilgili olarak toplumu bilinçlendirmeyi amaçlayan “Her Yüzde Bir Mutluluk” Kampanyası çerçevesinde gerçekleştirilen 52 dakikalık bir filmidir. Filmde 8 şizofreni hastasının büyük bir cesaret ve cömertlikle paylaştıkları hayatlarından, acılarından, sevinçlerinden, hastalıkla mücadelelerinden yola çıkarak şizofreni hakkındaki önyargıları bilgi ve empatiyle kırmak amaçlanmaktadır

<http://sizofrenifederasyonu.weebly.com/etkinlikler.html>).

VII. OTURUM (10 Aralık): Aşamalı Temas Eğitimi-V (Ev Ödeviyle İlgili Deneyimlerin Tartışılması ve Teorik Eğitim) (3 saat)

AMAÇ: Davranışların değiştirilmesi, farkındalığın ve anlayış geliştirme,

İÇERİK:

- Eğitim öncesi psikodrama yöntemi ile ısınma egzersizleri uygulanması,
- İzlenen belgesel ile ilgili tartışma,
- Şizofreniye yönelik inançlar, tutumlar, damgalama ve sosyal mesafe sürecinin bilgisi ve tartışma.

VIII. OTURUM (18 Aralık): Aşamalı Temas Eğitimi-VI (Hasta ile Doğrudan Temas) (3 saat)

AMAÇ: Kronik hastalarla yakın temas ve birebir etkileşim

İÇERİK

- Ziyaret edilecek merkezin tanıtımı ve TRSM ekibiyle tanışma,
<https://www.youtube.com/watch?v=LC--XjYZh9I>.
- Öğrencilerin TRSM'deki Halk Eğitim Merkezi'nin gelen beceri eğitmenleri tarafından yapılan (Müzik, Bilgisayar, El-İşi, Resim, Ebru, Telkari, Spor, Sera vb.) sosyal etkinlikleri ve eğitsel toplantıları doğrudan katılarak tanımaları,
- Öğrencilerin ortak becerileri doğrultusunda koro oluşturulması.

IX. OTURUM (22 Aralık):Aşamalı Temas Eğitimi-VII (Hasta ile Doğrudan Temas) (2 saat)

AMAÇ:Kronik hastalarla yakın temas ve birebir etkileşim(devam)

İÇERİK:

- Öğrencilerin TRSM'deki Halk Eğitim Merkezi'nin gelen beceri eğitmenleri tarafından yapılan (Müzik, Bilgisayar, El-İşi, Resim, Ebru, Telkari, Spor, Sera vb.) sosyal etkinlikleri ve eğitsel toplantıları doğrudan katılarak tanınmaları,
- Hasta ve öğrencilerden oluşturulan koro çalışmaları.

X. OTURUM (23 Aralık): Aşamalı Temas Eğitimi-VIII (Şizofreni hasta yakını ile söyleşi) (2 saat)

AMAÇ: Empati oluşturabilme

İÇERİK:

- Gizliliğin korunması amacıyla başka bir TRSM'ye devam eden bir hasta yakını ile söyleşi

M.E.:47 yaşında iki çocuk annesi, eşi S.E. 22 yıl önce paranoid şizofreni tanısı almıştır ve son 2 yıldır TRSM'ye düzenli olarak gelmektedir. M.E.'ye program ile ilgili açıklama yapıldı ve izin formu okutularak imzalatıldı (Bkz. Ek F).

XI. OTURUM (25 Aralık): Aşamalı Temas Eğitimi-IX (Hasta ile Doğrudan Temas) (2 saat)

AMAÇ: Akut hastalarla yakın temas ve birebir etkileşim

İÇERİK:

- Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği dersi klinik uygulaması esnasında hazırladıkları ve akut psikiyatri klinikleri ve TRSM'ye devam eden tüm hastaların katıldığı sosyal etkinliğe (yılbaşı partisine)katılma.

XII. OTURUM (4 Ocak): Aşamalı Temas Eğitimi-X (Hasta ile Doğrudan Temas) (2 saat)

AMAÇ:Kronik hastalarla yakın temas ve birebir etkileşim (devam)

İÇERİK:

- Öğrencilerin TRSM'deki Halk Eğitim Merkezi'nin gelen beceri eğitmenleri tarafından yapılan (Müzik, Bilgisayar, El-İşi, Resim, Ebru, Telkari, Spor, Sera vb.) sosyal etkinlikleri ve eğitsel toplantıları doğrudan katılarak tanınmaları,
- Hasta ve öğrencilerden oluşturulan koro çalışmaları.

XIII. OTURUM (5 Ocak): Aşamalı Temas Eğitimi-XI (Hasta ile Doğrudan Temas) (3 saat)

AMAÇ: Kronik hastalarla yakın temas ve birebir etkileşim (devam)

İÇERİK:

- Öğrencilerin TRSM'deki Halk Eğitim Merkezi'nin gelen beceri eğitmenleri tarafından yapılan (Müzik, Bilgisayar, El-İşi, Resim, Ebru, Telkari, Spor, Sera vb.) sosyal etkinlikleri ve eğitsel toplantıları doğrudan katılarak tanınmaları,
- Hasta ve öğrencilerden oluşturulan koro çalışmaları.

XIV. OTURUM (6 Ocak): Aşamalı Temas Eğitimi-XII(Hasta ile Doğrudan Temas ve Etkileşimin Sonlandırılması) (4 saat)

AMAÇ:Kronik hastalarla yakın temasın ve birebir etkileşimin sonlandırılması

İÇERİK:

- Üniversitenin Kültür Merkezinde (500 kişilik salon) TRSM hastaları ve öğrencilerin katıldığı koro tarafından verilen konser etkinliği,

- Konser sonrası hastalarla Merkezin kafeteryasında yapılan bir toplantıyla eğitim programının sonlandırılması,
- Öğrencilere katılım belgelerinin dağıtılması (Bkz. Ek K).

2.9.Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; ölçeklerin geçerlik ve güvenirliğini belirlemek için iç tutarlılık incelemesinde Cronbach's Alpha analizi, öğrencilerin bireysel özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesinde, yüzdelik ve ortalama-standart sapma kullanılmıştır.

Araştırma hipotezlerine ilişkin verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistikler ise aşağıda detaylı olarak belirtilmiştir. Elde edilen sonuçlar $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde sınanmıştır.

Araştırmada;

Deney ve kontrol grubunun kategorik olan sosyodemografik özelliklerinin benzerliklerinin ortaya konulması amacıyla Ki-kare testi ve sürekli değişkenlerde t-testi,

- Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik duygularının program boyunca değişim oranlarını değerlendirmek amacıyla Cochran's Q ve ki-kare testi,
- Öğrencilerin RHIÖ, SMÖ ve DÖ'nden aldıkları alt boyut ve toplam puanlarının program boyunca değişiminin değerlendirilmesinde normal dağılım puanların değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, normal dağılmayan ölçümlerde ise Friedman testi kullanılmıştır.
- Öğrencilerin RHIÖ, SMÖ ve DÖ'nden aldıkları alt boyut ve toplam puanlarının ilk, teorik, uygulama ve son değerlendirme normal dağılım puanlarının deney ve kontrol grupları arasındaki farklılığın belirlenmesinde iki yönlü varyans analizi ve t-testi uygulanmıştır. Normal dağılmayan ölçümlerde ise Wilcoxon testi kullanılmıştır.

- Araştırmada üç bağımlı değişken olup çok değişkenli istatistiksel analiz yöntemlerinin kullanılması uygun olacaktı. Ancak, bu üç değişken arasındaki ilişkinin zayıf olması (Çizelge 2.6’da görüldüğü gibi değişkenler arasındaki korelasyon %50’nin altında kalmıştır) tekrarlı ölçümlerin bulunması ve yorum güclüğü oluşacağı sebebiyle çok değişkenli istatistik analiz yöntemleri uygulanmamıştır.

Çizelge 2.6. İlk ölçüm ölçekler arasındaki ilişki.

		DÖ Toplam	SMÖ Toplam	RHIÖ Toplam
DÖ Toplam	Pearson Correlation	1	0,279(*)	0,462(**)
	Sig. (2-tailed)		0,012	0,000
	N	81	81	81
SMÖ Toplam	Pearson Correlation	0,279(*)	1	0,327(**)
	Sig. (2-tailed)	0,012		0,003
	N	81	81	81
RHIÖ Toplam	Pearson Correlation	0,462(**)	0,327(**)	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,003	
	N	81	81	81

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

- Eğitim programının etki büyüklüğünü değerlendirirken tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. Etki büyüklüğü sınıflamasına göre;

$-0,15 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri} < 0,15$ önemsiz

$0,15 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri} < 0,40$ küçük

$0,40 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri} < 0,75$ orta

$0,75 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri} < 1,10$ geniş

$1,10 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri} < 1,45$ çok geniş

$1,45 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri}$ oldukça yüksek düzeyde (Thalheimer ve Cook 2002) şeklinde değerlendirilmiştir.

2.10.Araştırmanın varsayımlarının incelenmesi

SMÖ ölçeğine ait veriler deney ve kontrol grubunda normal dağılımına sahiptir. RHIÖ verileri her iki grupta normal dağılıma sahiptir. Ancak tehlikeli ve utanma alt boyutunda deney grubunda normal dağılmamaktadır. Utanma alt boyutunda da kontrol

grubunda normal dağılmamaktadır. DÖ verileri her iki grupta normal dağılmaktadır. Ayrımcılık ve dışlama ile etiketleme alt boyutunda kontrol grubu ölçümleri normal dağılmamıştır. Ayrımcılık ve dışlama alt boyutunda deney grubu ölçümleri normal dağılmamıştır (Çizelge 2.7).

Çizelge 2.7. Ölçek ve alt boyutlarının güvenirlik ve ölçümlerinin normallik testi

Ölçekler		Ölçek Tipi	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha	Grup	Test Değeri
RHIÖ		6 Likert	21	0,77	Deney	p=0,496
					Kontrol	p=0,137
Alt Boyut	Tehlikeli	6 Likert	8	0,50	Deney	p=0,000
					Kontrol	p=0,437
	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	6 Likert	11	0,80	Deney	p=0,940
					Kontrol	p=0,444
	Utanma	6 Likert	2	0,33	Deney	p=0,000
					Kontrol	p=0,000
SMÖ		7 Likert	14	0,91	Deney	p=0,498
					Kontrol	p=0,360
DÖ		5 Likert	22	0,80	Deney	p=0,460
					Kontrol	p=0,279
Alt Boyut	Ayrımcılık ve Dışlama	5 Likert	6	0,56	Deney	p=0,000
					Kontrol	p=0,000
	Etiketleme	5 Likert	6	0,56	Deney	p=0,677
					Kontrol	p=0,038
	Psikolojik Sağlık	5 Likert	5	0,58	Deney	p=0,195
					Kontrol	p=0,512
	Önyargı	5 Likert	5	0,57	Deney	p=0,073
					Kontrol	p=0,242

2.11.Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırmada Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Bkz. Ek G) ve Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'ndan resmi izin (Bkz. Ek H), öğrencilerden (Bkz. Ek E) ve hasta yakınından yazılı izin (Bkz. Ek F), ölçek kullanım izinleri (Bkz. Ek I) alınmıştır.

3. BULGULAR

Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinde şizofreniye yönelik inanç, damgalama vesosyal mesafe davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular beş ana başlık altında sunulmuştur;

- 3.1. Araştırma öncesi gruplar arası benzerliğin karşılaştırılması,
- 3.2. Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik duygularına ilişkin bulgular,
- 3.3. RHİÖ ölçümlerinin değerlendirilmesi,
- 3.4. SMÖ ölçümlerinin değerlendirilmesi,
- 3.5. DÖ ölçümlerinin değerlendirilmesi,

3.1. Araştırma öncesi gruplar arası benzerliğin karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı ve araştırma öncesi gruplar arası benzerliğin karşılaştırılması çizelge 3.1.'de yer almaktadır.

Çizelge 3.1. Araştırma öncesi gruplar arası benzerliğin karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	DeneyGrubu		KontrolGrubu		t	p
	(n=41)		(n=40)			
	Ort±Std Sapma		Ort±Std Sapma			
Yaş	18,22±0,65		18,38±0,70		-1,031	0,306
	Sayı	%	Sayı	%	X²	p
Cinsiyet						
Kız	35	85,6	34	85,0	0,002	0,963
Erkek	6	14,6	6	15,0		
Aile Yapısı						
Çekirdek	36	87,8	33	82,5	0,451	0,502
Geniş	5	12,2	7	17,5		
En Uzun Yaşanılan Yer						
Köy ve İlçe	10	24,4	21	52,5	6,772	0,009
Kent	31	75,6	19	47,5		
Annenin Eğitim Durumu						
İlköğretim öncesi	4	9,8	5	12,5	0,226	0,893
İlköğretim	32	78,0	31	77,5		
İlköğretim Sonrası	5	12,2	4	10,0		
Babanın Eğitim Durumu						
İlköğretim öncesi	2	4,9	-	-	5,775	0,056
İlköğretim	20	48,8	29	72,5		
İlköğretim Sonrası	19	46,3	11	27,5		
Gelir Algısı						
Orta	29	70,7	32	80,0	0,935	0,333
İyi	12	29,3	8	20,0		
Kardeş Sayısı						
1	6	14,6	11	27,5	2,823	0,420
2	13	31,7	14	35,0		
3	13	31,7	9	22,5		
4 ve üzeri	9	22,0	6	15,0		
Yakın Çevresinde Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Varlığı						
Var	3	7,3	6	15,0	1,210	0,271
Yok	38	92,7	34	85,0		
Daha Önce Ruhsal Hastalığa Ait Bilgi Edinme Durumu						
Evet	10	24,4	8	20,0	0,226	0,635
Hayır	31	75,6	32	80,0		

Deney grubunda yer alan 41 öğrencinin yaş ortalamasının $18,22 \pm 0,65$ ve kontrol grubunda yer alan 40 öğrencinin yaş ortalamasının ise $18,38 \pm 0,70$ olduğu ve iki grubun yaş ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$).

Deney grubundaki öğrencilerin %85,6'sı kız, %87,8'i çekirdek aileye mensup, %75,6'sının en uzun yaşadığı yer kent, %78,0'sının annesinin ve % 48,8'inin babasının eğitim durumu ilkokul, %70,7'sinin gelir algısı orta düzeyde, %31,7'si iki veya üç kardeşesahip olduğu, %92,7'sinin yakın çevresinde herhangi bir ruhsal hastalığı olan bireyin olmadığı, %75,6'sının daha önce ruhsal hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmadığı görülmektedir.

Kontrol grubundaki öğrencilerin %85'inin kız, %82,5'inin çekirdek aileye mensup, %52,5'inin en uzun yaşadığı yer köy ve ilçe, %77,5'inin annesinin ve % 72,5'inin babasının eğitim durumunun ilkokul, %80,0'ının gelir algısının orta düzeyde, %35,0'ının iki kardeşe sahip olduğu, %85'inin yakın çevresinde herhangi bir ruhsal hastalığı olan bireyin olmadığı, %80,0'ının daha önce ruhsal hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özelliklerinin benzer olup olmadığını değerlendirmek için yapılan ki-kare testi sonuçları Tablo 3.1.de verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yaş, cinsiyet, aile yapısı, anne ve baba eğitim durumu, gelir durumu algısı, kardeş sayısı, yakın çevrelerinde ruhsal hastalığı olan kişinin olup olmadığı, daha önce ruhsal hastalıklar konusunda bilgi edinip edinmedikleri, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı ne hissettikleri konusunda benzer oldukları ($p > 0,05$), en uzun yaşanan yer açısından deney grubundaki bireylerin daha çok kent, kontrol grubundaki bireylerin ise köy-ilçe kökenli oldukları ve yalnızca bu özellikleri yönünden benzer olmadıkları ($p < 0,005$) belirlenmiştir.

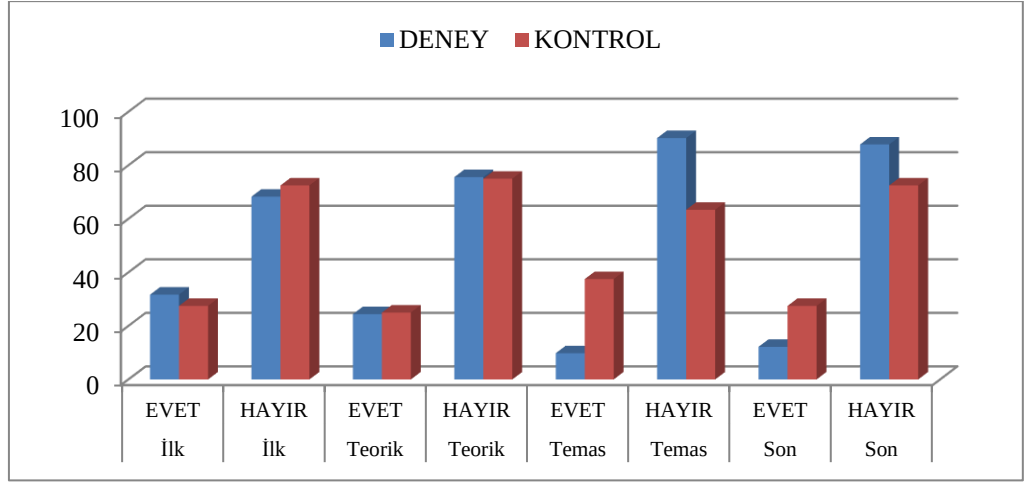
3.2. Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik Duygularına İlişkin Bulgular

Çizelge 3.2'de deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik duygularının eğitim programı boyunca değişimi değerlendirmek amacıyla yapılan Cochran's Q ve ki-kare analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

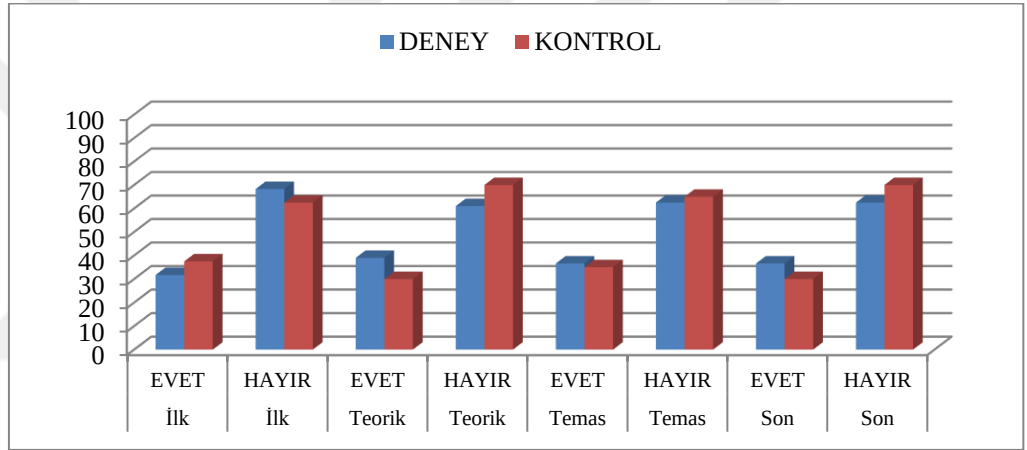
Çizelge 3.2. Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik duygularının eğitim programı boyunca değişimi

Duygu	Gruplar	Duygunun Varlığı	İlk Ölçüm	Teorik Eğitim Sonrası Ölçüm	Temas Eğitimi Sonrası Ölçüm	Son Ölçüm	Test ve Önemlilik Değeri
			Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Korku	Deney	Evet	13 (31,7)	10 (24,4)	4 (9,8)	5 (12,2)	Cochran's Q=12,96 p=0,005
		Hayır	28 (68,3)	31 (75,6)	37 (90,2)	36 (87,8)	
	Kontrol	Evet	11 (27,5)	10 (25,0)	15 (37,5)	11 (27,5)	Cochran's Q=2,43 p=0,489
		Hayır	29 (72,5)	30 (75,0)	26 (63,4)	29 (72,5)	
			$X^2 = 0,172$ p=0,678	$X^2 = 0,004$ p=0,949	$X^2 = 8,289$ p=0,004	$X^2 = 2,992$ p=0,084	
Acıma	Deney	Evet	13 (31,7)	16 (39,0)	15 (36,6)	15 (36,6)	Cochran's Q=1,629 p=0,653
		Hayır	28 (68,3)	25 (61,0)	25 (62,5)	26 (63,4)	
	Kontrol	Evet	15 (37,5)	12 (30,0)	14 (35,0)	12 (30,0)	Cochran's Q=1,373 p=0,712
		Hayır	25 (62,5)	28 (70,0)	26 (65,0)	28 (70,0)	
			$X^2 = 0,300$ p=0,584	$X^2 = 0,729$ p=0,393	$X^2 = 0,054$ p=0,816	$X^2 = 0,395$ p=0,530	
Tedirginlik	Deney	Evet	24 (58,5)	13 (31,7)	11 (26,8)	11 (26,8)	Cochran's Q=17,73 p<0,001
		Hayır	17 (41,5)	28 (68,3)	30 (73,2)	30 (73,2)	
	Kontrol	Evet	29 (72,5)	13 (32,5)	33 (82,5)	32 (80,0)	Cochran's Q=35,16 p<0,001
		Hayır	11 (27,5)	27 (67,5)	7 (17,5)	8 (20,0)	
			$X^2 = 1,745$ p=0,186	$X^2 = 0,006$ p=0,939	$X^2 = 25,289$ p<0,001	$X^2 = 22,984$ p<0,001	
Utanma	Deney	Evet	2 (4,9)	-	2 (4,9)	1 (2,4)	Cochran's Q=2,54 p=0,468
		Hayır	39 (95,1)	41 (100)	39 (95,1)	40 (97,6)	
	Kontrol	Evet	1 (2,5)	-	-	-	Cochran's Q=3,00 p=0,392
		Hayır	39 (97,5)	40 (100)	40 (100)	40 (100)	
			$X^2 = 0,321$ p=0,571	*	$X^2 = 2,001$ p=0,157	$X^2 = 0,988$ p=0,320	
Şefkat	Deney	Evet	17 (41,5)	27 (65,9)	31 (75,6)	31 (75,6)	Cochran's Q=20,68 p<0,001
		Hayır	24 (58,5)	14 (34,1)	10 (24,4)	10 (24,4)	
	Kontrol	Evet	14 (35,0)	30 (75,0)	12 (30,0)	11 (27,5)	Cochran's Q=32,19 p<0,001
		Hayır	26 (65,0)	10 (25,0)	28 (70,0)	29 (72,5)	
			$X^2 = 0,358$ p=0,550	$X^2 = 0,812$ p=0,367	$X^2 = 016,912$ p<0,001	$X^2 = 18,771$ p<0,001	
Merak	Deney	Evet	24 (58,5)	35 (85,4)	31 (75,6)	30 (73,2)	Cochran's Q=10,33 p=0,016
		Hayır	17 (41,5)	6 (14,6)	10 (24,4)	11 (26,8)	
	Kontrol	Evet	21 (52,5)	20 (50,0)	21 (52,5)	19 (47,5)	Cochran's Q=0,48 p=0,924
		Hayır	19 (47,5)	20 (50,0)	19 (47,5)	21 (52,5)	
			$X^2 = 0,299$ p=0,585	$X^2 = 11,619$ p=0,001	$X^2 = 4,705$ p=0,030	$X^2 = 5,583$ p=0,018	

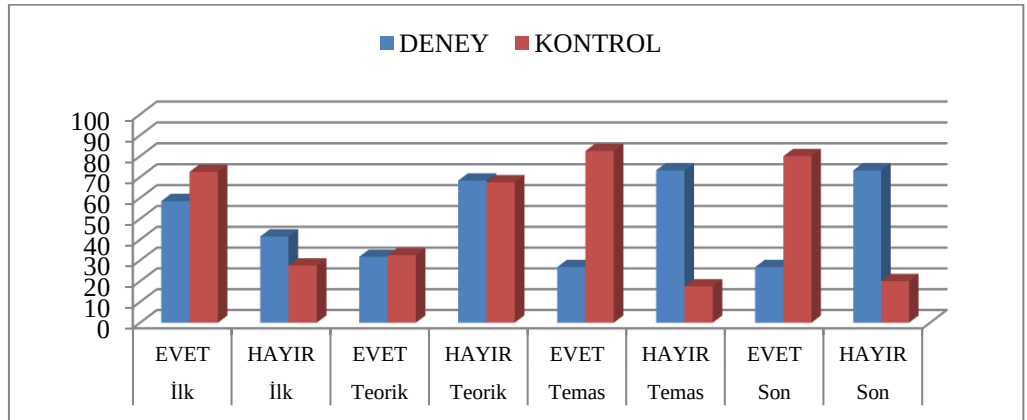
*=Gözlere düşen veri sayısı yeterli olmadığı için analiz değeri hesaplanamamıştır.



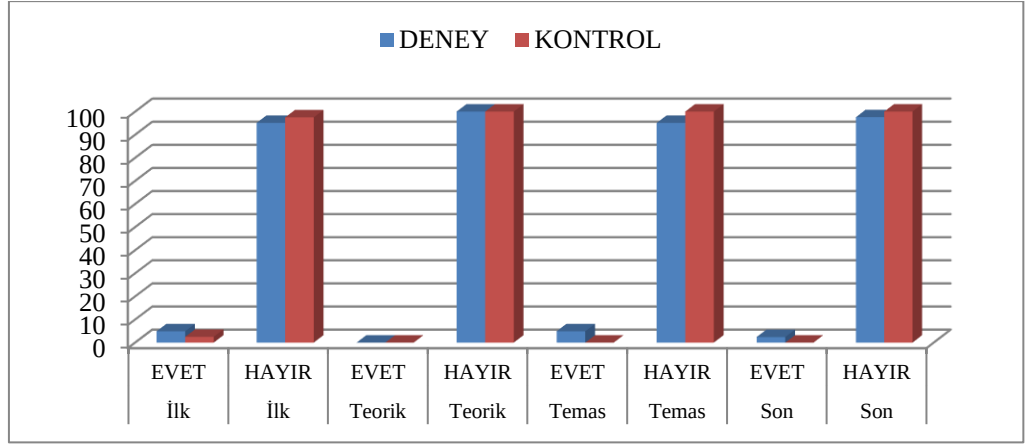
Şekil 3.1. Korku duygusununeğitim programı boyunca değişimi



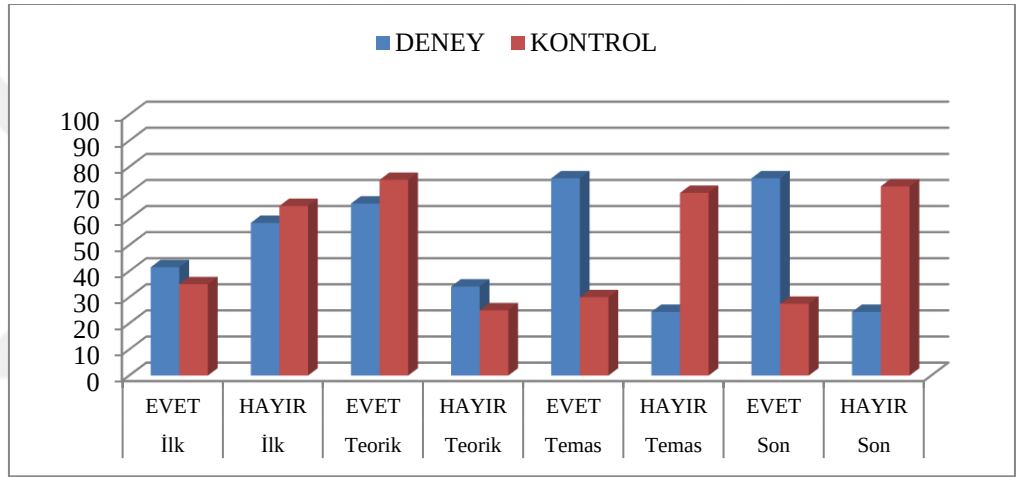
Şekil 3.2. Acıma duygusununeğitim programı boyunca değişimi



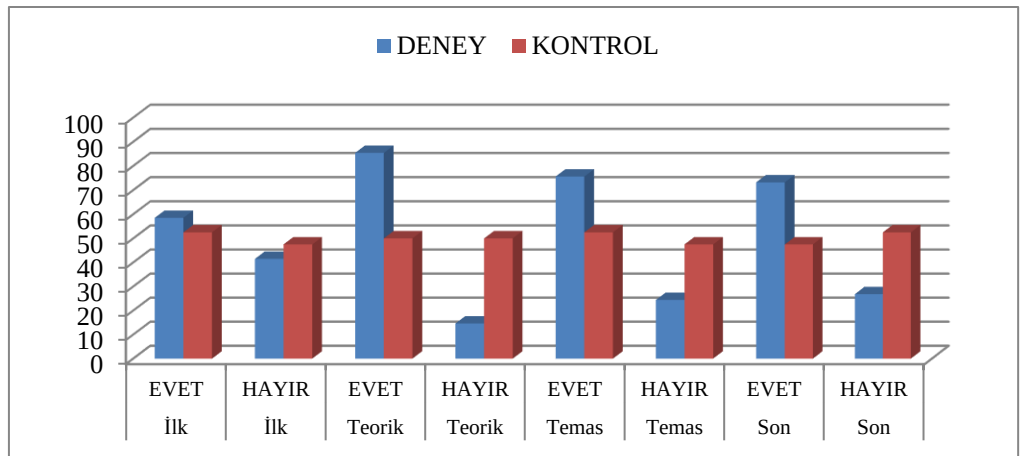
Şekil 3.3. Tedirginlik duygusununeğitim programı boyunca değişimi



Şekil 3.4. Utanma duygusununeğitim programı boyunca değişimi



Şekil 3.5. Şefkat duygusununeğitim programı boyunca değişimi



Şekil 3.6. Merak duygusununeğitim programı boyunca değişimi

Eğitim programı boyunca deney grubundaki ölçümlere göre korku ve tedirginlik duygularında azalma, şefkat ve merak duygularında artma olduğu belirlenmiş, değerlendirmeler arası fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Acıma ve utanma duygularında istatistiksel açıdan anlamlı bir değişim görülmemiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise, tedirginlik duygularında artma, şefkat duygularında azalma olduğu belirlenmiş ve değerlendirmeler arası fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Korku, acıma, utanma ve merak duygularında anlamlı bir değişim görülmemiştir ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grupları arasında fark olup olmadığı ve farkın hangi ölçümden kaynaklandığının belirlenmesinde ki-kare testi yapılmıştır. Deney ve kontrol grubunun ilk ölçüm sonuçları, tüm duyguların iki grupta da benzer olduğunu göstermektedir ($p>0,05$). Teorik eğitim sonrası ölçümlerde merak duygusunda artma; temas eğitimi sonrası yapılan ölçümlerde korku ve tedirginlik duygusunda azalma, şefkat ve merak duygularında artma; son ölçümlerde ise şefkat ve merak duygularında artma olduğu ve bütün bunların aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

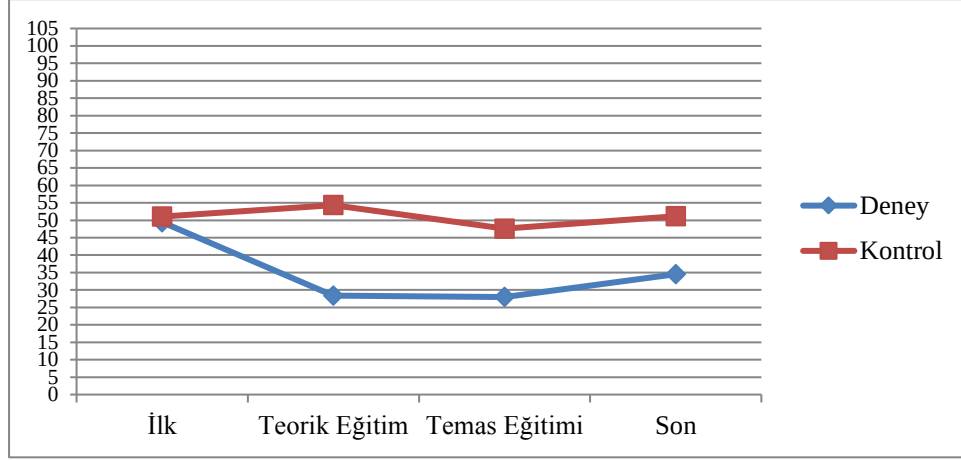
3.3. RHIÖ Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Çizelge 3.3’de deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin RHIÖ’den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucu verilmiştir.

Çizelge 3.3. Öğrencilerin RHİÖ'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği		İlk Ölçüm	Teorik Eğitim Sonrası Ölçüm	Temas Eğitimi Sonrası Ölçüm	Son Ölçüm	Test değeri	Önemlilik Değeri	Partial Eta
		Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma			
Alt Boyut	Deney Grubu							
	Tehlikeli	22,80±9,93(a)	10,70±5,53(c)	11,12±6,66 (c)	13,80±6,29(b)	X ² =61,782	p<0,001	0,61
	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	25,78±10,10 (a)	17,29±8,21(b)	16,56±9,83(b)	19,44±8,00 (b)	F=12,266	P<0,001	0,49
	Utanma	0,85±1,44 (a)	0,41±0,89 (a)	0,29±0,78(b)	1,29±2,43(a)	X ² =13,540	p=0,004	0,29
	Ölçek Toplam Puanı	49,44±18,03 (a)	28,41±13,03 (c)	27,98±16,07 (c)	34,54±14,27 (b)	F=20,386	P<0,001	0,62
Alt Boyut	Kontrol Grubu							
	Tehlikeli	23,15±5,86	23,90±6,59	21,70±6,70	22,02±6,82	F=1,138	p=0,337	
	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	24,13±8,39	29,05±9,02	24,23±9,24	26,02±8,91	F=2,927	p=0,050	
	Utanma	1,50±1,78 (b)	1,38±2,10(b)	1,68±2,04(b)	3,03±2,24(a)	X ² =23,346	p<0,001	
	Ölçek Toplam Puanı	51,08±12,23	54,33±14,96	47,60±14,94	51,13±15,97	F=1,861	p=0,153	

Farklı harfler anlamlı değişikliği ifade etmektedir.



Şekil 8. Öğrencilerin RHİÖ’den eğitim programı boyunca aldıkları puanların değişimleri

Deney grubunda RHİÖ’nden alınan toplam puan ve ölçeğin tehlikeli, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt boyut ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için Bonferroni testi yapılmış ve RHİÖ’nin toplam puanı ve ölçeğin tehlikeli oluş, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt boyut ortalama puanları için farklılığın tüm ölçümlerde anlamlı olduğu, öğrencilerin ilk ölçüm puan ortalamalarının en yüksek, son ölçüm puan ortalamalarının ise teorik eğitim ve temas eğitimi sonrası ölçümlerden yüksek olmasına rağmen ilk ölçümden daha düşük olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise RHİÖ’nden alınan toplam puan ve ölçeğin tehlikeli oluş, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut ortalama puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ($p>0,05$), yalnızca utanma alt boyutunda anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve utanma alt boyuna ait son ölçümün diğer ölçümlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Eğitim programı sonunda deney grubundaki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarına (0,62), tehlikelilik (0,61) ile çaresizlik ve kişilerarası ilişkiler (0,49) alt boyutlarına yönelik etki büyüklüğü orta düzeyde, utanma alt boyutunda ise (0,29) düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.4.’de deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin RHİÖ’nin ilk, teorik eğitim sonrası, temas eğitimi sonrası ve son ölçüm puan farklılıklarının zamana göre değişimi ve program boyunca gruplar arası değişimin değerlendirilmesi amacıyla tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonucu verilmiştir.

Çizelge 3.4.Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin RHIÖ'nin ilk, teorik eğitim sonrası, temas eğitimi sonrası ve son ölçüm puan farklılıklarının zamana göre değişimi ve program boyunca gruplar arası değişimin değerlendirilmesi

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	Grup	Ölçümler				Test ve Önemlilik Değeri
		İlk Ölçüm	Teorik Eğitim Sonrası Ölçüm	Temas Eğitimi Sonrası Ölçüm	Son Ölçüm	Gruplararası Fark
		Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	
Alt Boyut Tehlikeli Çaresizlik Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Utanma	Deney	22,80±9,93	10,70±5,53	11,12±6,66	13,80±6,29	Z=-5,754 p<0,001
	Kontrol	23,15±5,86	23,90±6,59	21,70±6,70	22,02±6,82	
		Z= -0,856 p=0,392	Z= -6,808 p<0,001	Z= -5,677 p<0,001	Z= -4,948 p<0,001	
	Deney	25,78±10,10	17,29±8,21	16,56±9,83	19,44±8,00	F=5,36 p=0,002
	Kontrol	24,13±8,39	29,05±9,02	24,23±9,24	26,02±8,91	
		t= 0,815 p=0,418	t= -6,134 p<0,001	t= -3,612 p=0,001	t= -3,502 p=0,001	
Ölçek Toplam Puanı	Deney	0,85±1,44	0,41±0,89	0,29±0,78	1,29±2,43	Z=-4,904 p<0,001
	Kontrol	1,50±1,78	1,38±2,10	1,68±2,04	3,03±2,24	
		Z= -1,858 p=0,063	Z= -1,974 p=0,048	t= -3,874 p<0,001	Z= -4,144 p<0,001	
	Deney	49,44±18,03	28,41±13,03	27,98±16,07	34,54±14,27	F=13,507 p<0,001
	Kontrol	51,08±12,23	54,33±14,96	47,60±14,94	51,13±15,97	
		t= -0,477 p=0,635	t= -8,317 p<0,001	t= -5,688 p<0,001	t= -4,391 p<0,001	

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin süreç içinde RHİÖ’nden aldıkları puan farklılıkları değerlendirildiğinde, ölçeğin toplam puan ve tüm alt boyutlarında farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Deney grubunda farklılığın teorik eğitim sonrası başladığı bulunmuştur. Program boyunca gruplar arası değişim değerlendirdiğinde ise RHİÖ toplam puanı ile tehlikeli oluş ve çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puan ortalamalarında fark anlamlı bulunmuş ($p<0,05$), yalnızca utanma alt boyutunda anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

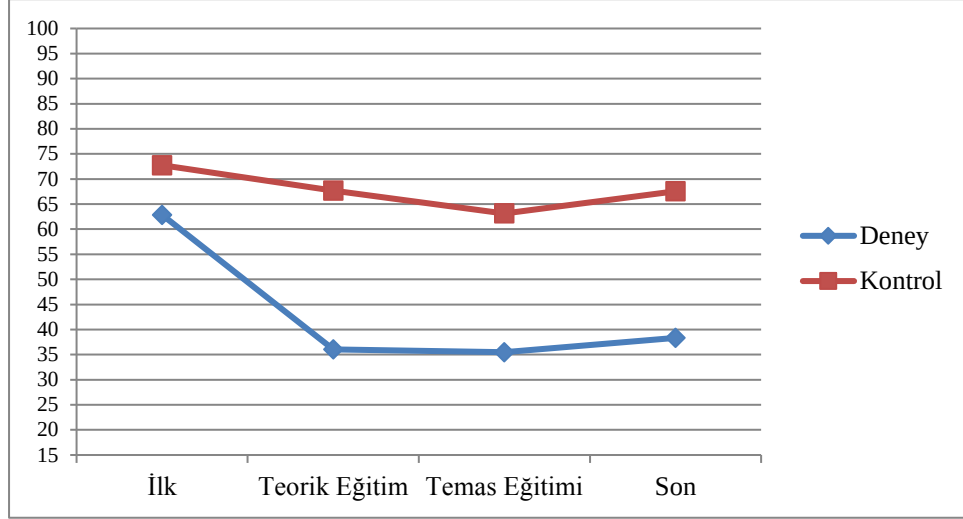
3.4. SMÖ ölçümlerinin değerlendirilmesi

Çizelge 3.5’de deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin SMÖ’den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonuçları görülmektedir.

Çizelge 3.5.Öğrencilerin SMÖ'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi

Sosyal Mesafe Ölçeği	İlk Ölçüm	Teorik Eğitim Sonrası Ölçüm	Temas Eğitimi Sonrası Ölçüm	Son Ölçüm	Test Değeri	Önemlilik değeri	Partial Eta
	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma			
Deney Grubu	62,85±17,70 (a)	36,05±16,07 (b)	35,49±16,85(b)	38,34±15,03(b)	F=81,183	p<0,001	0,82
Kontrol Grubu	72,75±14,77(a)	67,70±18,10(a)	63,13±20,67(b)	67,55±19,91(a)	F=3,628	p=0,022	

Farklı harfler anlamlı değişikliği ifade etmektedir.



Şekil 9. Öğrencilerin SMÖ’den eğitim programı boyunca aldıkları puanların değişimleri

Deney grubunda eğitim programı boyunca ölçümlerden alınan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için Bonferroni testi yapılmış ve SMÖ’nin toplam puanı için farklılığın tüm ölçümlerde anlamlı olduğu, öğrencilerin ilk ölçüm puan ortalamalarının en yüksek, son ölçüm puan ortalamalarının ise teorik eğitim ve temas eğitimi sonrası ölçümlerden yüksek olmasına rağmen ilk ölçümden daha düşük olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise temas eğitiminden sonra yapılan ölçümün diğer ölçümlerden farklı olduğu belirlenmiştir.

Deney grubunda eğitim programının etki düzeyi (0,82) geniş olarak tespit edilmiştir.

Çizelge 3.6’de deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin SMÖ’nin ilk, teorik eğitim, temas eğitimi ve son ölçüm puan farklılıklarının zamana göre değişimi ve program boyunca gruplar arası değişimin değerlendirilmesi amacıyla tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonucu verilmiştir.

Çizelge 3.6. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin SMÖ'nin ilk, teorik eğitim sonrası, temas eğitimi sonrası ve son ölçüm puan farklılıklarının zamana göre değişimi ve program boyunca gruplar arası değişimin değerlendirilmesi

Sosyal Mesafe Ölçeği	Ölçümler				Test ve Önemlilik Değeri	
	Grup	İlk Ölçüm Ort.±std sapma	Teorik Eğitim Sonrası Ölçüm Ort.±std sapma	Temas Eğitimi Sonrası Ölçüm Ort.±std sapma	Son Ölçüm Ort.±std sapma	Gruplararası Fark
Ölçek Toplam Puanı	Deney	62,85±17,70	36,05±16,07	35,49±16,85	38,34±15,03	F=37,81 p<0,001
	Kontrol	72,75±14,77	67,70±18,10	63,13±20,67	67,55±19,91	
		t= -2,729 p=0,008	t= -8,329 p<0,001	t= -6,604 p<0,001	t= -7,462 p<0,001	

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin SMÖ'nin ilk, teorik eğitim, temas eğitimi ve son ölçüm puan farklılıklarının zamana göre değişimi ve program boyunca gruplar arası değişimi değerlendirildiğinde ölçümler arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) ve bu farkın teorik eğitimden itibaren başladığı, puan farkının ve anlamlılığın en üst düzeyde olduğu belirlenmiştir.

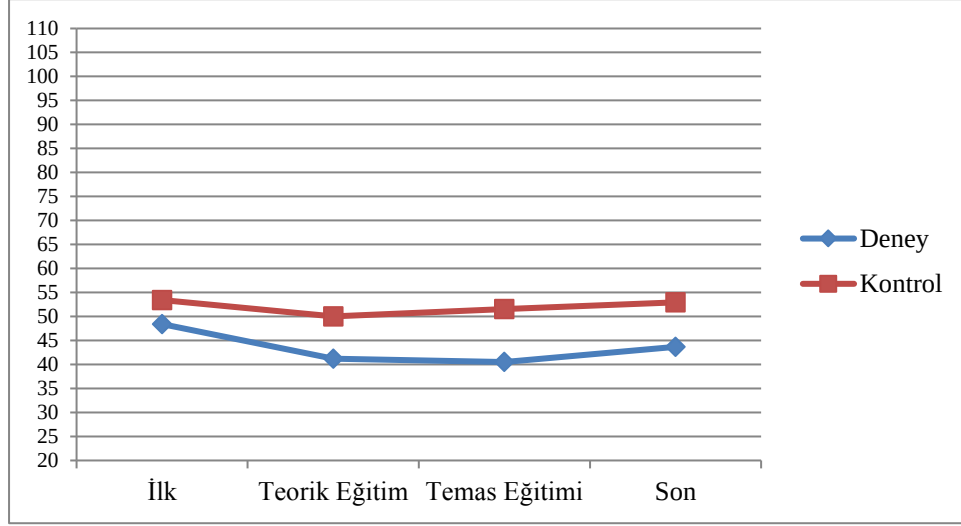
3.5. DÖ ölçümlerinin değerlendirilmesi

Çizelge 3.7.'de öğrencilerin DÖ'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucu verilmiştir.



Çizelge 3.7. Öğrencilerin DÖ'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi

Damgalama Ölçeği		İlk Ölçüm	Teorik Eğitim Sonrası Ölçüm	Temas Eğitimi Sonrası Ölçüm	Son Ölçüm	Test değeri	Önemlilik Değeri	Partial Eta
		Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma			
Deney Grubu								
Alt Boyut	Ayrımcılık ve Dışlama	8,34±2,30(a,b)	7,73±2,46(b,c)	7,54±2,32(c)	8,51±3,70(a)	X ² =11,815	p=0,008	0,14
	Etiketleme	13,73±3,26(a)	11,76±3,70(b)	11,34±3,86(b)	12,68±3,83(a,b)	F=11,195	p=0,005	0,22
	Psikolojik Sağlık	11,51±2,72 (a)	9,51±2,90 (b)	9,73±3,70 (b)	9,63±3,46(b)	F=7,883	p<0,001	0,17
	Önyargı	14,83±3,58 (a)	12,20±3,08(b)	11,90±3,81(b)	12,83±3,60(b)	F=10,650	p<0,001	0,46
Ölçek Puanı	Toplam	48,41±9,28(a)	41,19±9,51(b)	40,51±11,28(b)	43,66±12,19(b)	F=16,100	p<0,001	0,49
Kontrol Grubu								
Alt Boyut	Ayrımcılık ve Dışlama	8,97±2,63	8,62±2,09	9,37±4,30	10,45±4,91	X ² =1,922	p=0,589	
	Etiketleme	15,00±4,40	14,25±4,01	14,42±4,80	15,00±4,95	X ² =3,235	p=0,359	
	Psikolojik Sağlık	13,95±3,10	12,70±3,64	12,90±3,93	12,92±4,20	F=1,674	p=0,189	
	Önyargı	15,50±3,69	14,45±3,24	14,85±4,05	14,57±3,31	F=1,161	p=0,338	
Ölçek Puanı	Toplam	53,42±10,05	50,02±9,76	51,55±13,52	52,95±14,57	F=1,434	p=0,249	



Şekil 10. Öğrencilerin DÖ'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların değişimleri

Deney grubunda DÖ'den alınan toplam puan ve ölçeğin etiketleme, psikolojik sağlık ve önyargı alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için Bonferroni testi yapılmış ve DÖ'nin toplam puanı ve ölçeğin etiketleme, psikolojik sağlık ve önyargı alt boyut ortalama puanları için farklılığın tüm ölçümler için anlamlı olduğu, öğrencilerin ilk ölçüm puan ortalamalarının en yüksek, son ölçüm puan ortalamalarının ise teorik eğitim ve temas eğitimi sonrası ölçümlerden yüksek olmasına rağmen ilk ölçümden daha düşük olduğu görülmektedir. Ölçeğin ayrımcılık ve dışlama alt boyut puanının ise eğitim programı sonrası ölçümlerde azalma olduğu, fakat üç ay sonraki son ölçümde ise yeniden ilk ölçüme benzer bir sonucun elde edildiği bulunmuştur. Kontrol grubunda ise DÖ'nden alınan toplam puan ve ölçeğin tüm alt boyut ortalamalarının puan farkı istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Eğitim programı sonunda deney grubundaki öğrencilerin damgalama eğilimlerine (0,49) ve önyargı alt boyutuna (0,46) yönelik orta düzeyde; etiketleme (0,22) ve psikolojik sağlık (0,17) alt boyutlarında küçük düzeyde; ayrımcılık ve dışlama alt boyutunda (0,14) önemsiz düzeyde etki büyüklüğü olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.8’de öğrencilerin DÖ puanlarının zaman aralıklı yapılan dört değerlendirmeye göre değişiminin çalışma grupları arasında farklı olup olmadığı tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir.



Çizelge 3.8. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin DÖ'nin ilk, teorik eğitim sonrası, temas eğitimi sonrası ve son ölçüm puan farklılıklarının zamana göre değişimi ve program boyunca gruplar arası değişimin değerlendirilmesi

Damgalama Ölçeği	Ölçümler					Test ve	
	Grup	İlk Ölçüm	Teorik Eğitim Sonrası Ölçüm	Temas Eğitimi Sonrası Ölçüm	Son Ölçüm	Önemlilik Değeri	
						Gruplararası Fark	
		Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma	Ort.±std sapma		
Alt Boyut	Ayrımcılık ve Dışlama	Deney	8,34±2,30	7,73±2,46	7,54±2,32	8,51±3,70	Z=-2,873 p=0,004
		Kontrol	8,97±2,63	8,62±2,09	9,37±4,30	10,45±4,91	
		Z= -1,187 p=0,235	Z= -2,531 p=0,011	Z= -2,419 p=0,016	Z= -2,267 p=0,023		
	Etiketleme	Deney	13,73±3,26	11,76±3,70	11,34±3,86	12,68±3,83	Z=-2,826 p=0,005
		Kontrol	15,00±4,40	14,25±4,01	14,42±4,80	15,00±4,95	
		Z= -0,882 p=0,378	Z= -2,616 p=0,009	Z= -2,990 p=0,003	Z= -2,159 p=0,031		
	Psikolojik Sağlık	Deney	11,51±2,72	9,51±2,90	9,73±3,70	9,63±3,46	F=7,12 p<0,001
		Kontrol	13,95±3,10	12,70±3,64	12,90±3,93	12,92±4,20	
		t= -3,761 p<0,001	t= -4,361 p<0,001	t= -3,9734 p<0,001	t= -3,9854 p<0,001		
	Önyargı	Deney	14,83±3,58	12,20±3,08	11,90±3,81	12,83±3,60	F=8,22 p<0,001
		Kontrol	15,50±3,69	14,45±3,24	14,85±4,05	14,57±3,31	
		t= -0,830 p=0,409	t= -3,208 p=0,002	t= -3,371 p=0,001	t= -2,268 p=0,026		
	Ölçek Toplam Puanı	Deney	48,41±9,28	41,19±9,51	40,51±11,28	43,66±12,19	F=10,73 p<0,001
		Kontrol	53,42±10,05	50,02±9,76	51,55±13,52	52,95±14,57	
		t= -2,328 p=0,022	t= -4,123 p=0,001	t= -3,993 p<0,001	t= -3,116 p=0,003		

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin zamana göre DÖ'nden aldıkları puan farklılıkları değerlendirildiğinde ölçeğin toplam puan ve tüm alt boyutlarında farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. Deney grubunda ayrımcılık ve dışlama puan ortalamasının temas eğitiminden sonra, etiketleme, psikolojik sağlık ve önyargı puan ortalamasının ise teorik eğitimden sonra azaldığı görülmektedir. Program boyunca gruplar arası değişim değerlendirdiğinde ise DÖ toplam puanı ve önyargı alt boyut puan ortalamasında farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).



4. TARTIŞMA

Madrid deklarasyonu ile birlikte WPA hedefleri doğrultusunda kötü gidişe dur demek için 18 ülke (Avusturya, Brezilya, Kanada, Şili, Mısır, Almanya, Yunanistan, Hindistan, İtalya, Japonya, Fas, Polonya, Romanya, Slovakya, İspanya, Türkiye, Amerika ve İngiltere) şizofreniyle ilgili damgalama ve ayrımcılıkla mücadele programları düzenlenmeye başlamıştır. Bu program sonucunda; toplumda şizofreniyle ilgili farkındalığı arttırmak, hastalığın doğası ve tedavi olanakları hakkında toplumun bilgilenmesini sağlamak, şizofreni hastasına ve ailesine karşı tutumları iyileştirmek ve önyargı, damgalama ve ayrımcılığı ortadan kaldırmak amaçlanmıştır (WPA 1998). Ruhsal hastalıklara yönelik (özellikle şizofreni) olumsuz tutumlar ve davranışlarla (sosyal mesafe ve damgalama) mücadele programlarının üç bağımsız soruna yönelik planlanması önerilmektedir. Bunlar; (1) bilgi sorunu (cehalet), (2) tutum sorunu (önyargı-damgalama), (3) davranış sorunudur (ayrımcılık-sosyal mesafe) (Thornicroft 2014).

Şizofreniye yönelik bilgi sorunu (yetersiz ve/veya yanlış bilgi), olumsuz tutumların ve kalıpyargıların en önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalar şizofreni tanısı olan bireylere yönelik tutumların, özellikle hastalığın bu bireylerden kaynaklanmadığının bilinmesiyle daha olumlu olduğu bildirilmiştir (Corrigan 2000, Jason ve ark 2002, Corrigan ve ark 2003, Kıvırcık-Akdede ve ark 2004, Furnham ve Chan 2004, Bahar 2007, Çam ve Bilge 2007, Ünal ve ark 2010). Ayrıca, birçok kültürde şizofreni ile ilgili bazı yanlış söylencelerin (mit), olumsuz tutumlar üzerindeki etkisi düşünüldüğünde şizofreninin ne olduğunun yanısıra ne olmadığı bilgisinin verilmesinin tutum ve davranışlar üzerinde olumlu etkiler yapabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmamızda uygulanan teorik eğitimde bu hususlar göz önüne alınmıştır.

Doğru bilginin yanısıra ruhsal hastalığı olan bireylerle doğrudan etkileşimin tutumların olumlu yönde gelişmesi açısından en güçlü yöntemlerden biri olduğu, bu etkileşimin yüz-yüze ve doğrudan temas yöntemleri ile yapılması gerektiği ifade edilmektedir (Corrigan ve ark 2001, Alexander ve Link 2003, Couture ve Penn 2003, Dietrich ve ark 2004, Pinfold ve ark 2005, Oban ve Küçük 2011). Hedef grup ile doğrudan temas özellikle kalıpyargıların yıkılmasında etkilidir (Thornicroft 2014).

Böylece ruhsal hastalıkların soyut bir kavram olmadığı, gerçek bir insanı etkileyen gerçek bir hastalık olduğu görülebilecektir.

Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutum ve davranışlar (sosyal mesafe ve damgalama) eskiden beri araştırılan konular olmuş, araştırma sonuçları da bu tutumların çoğunlukla olumsuz ve süregelmekte olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra literatürde, olumsuz tutum ve davranışların önlenmesine yönelik müdahale çalışmalarının genellikle eğitimin etkisini değerlendirmeye yönelik olduğu belirlenmiştir. Yeni araştırmalar ise şizofreni tanısı olan bireylerle temasın tutum ve davranış üzerine olan etkilerine yönelmiştir (West ve ark 2014). Bu nedenle bu araştırmada hem eğitim hem de temas uygulaması birlikte yer almış ve etkileri değerlendirilmiştir. Birinci hipotez ile, deney ve kontrol grubu arasındaki benzerlik değerlendirilmiş ve iki grubun hemen her yönden birbirine benzer olduğu görülmüştür.

Araştırmanın geri kalan dört hipotezi aşağıda tartışılmıştır:

4.1.Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik Duygularına İlişkin Bulguların Tartışılması

Temas hipotezine dayalı eğitim programının, öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik duygularında değişime yol açıp açmadığı araştırmada sınanan ikinci hipotezdir.

Araştırmamızda ilk ölçümlerde tüm duygular yönünden deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark görülmemektedir. Ancak deney grubunda “**korku**” duygusunun teorik eğitim ile birlikte azalmaya başladığı, son ölçümde ise bir miktar arttığı görülmektedir. Azda olsa bu artışın nedeni öğrencinin öğretmen desteğinden uzak kalması, eğitim süresinin görece kısa olması ve önceki yerleşik ve güçlü inanç ve duyguların değişmesindeki zorluk ile açıklanabilir. “**Tedirginlik**” duygusunda da korku duygusuna benzer bir değişim izlendiği görülmektedir. Tedirginlik duygusunda da teorik eğitim ile birlikte belirgin bir azalma gözlenmektedir. “**Merak**” duygusu da teorik eğitim ile birlikte artış göstermekte, temas sırasında bir miktar azalarak sürmektedir. Bunun nedeni muhtemelen teorik eğitim ile birlikte artan merak duygusu, hastalarla temas ettikten sonra bu grubu tanıma sonucu bir miktar azalarak sürmektedir. “**Utanma**” duygusuna her iki grupta da düşük düzeyde rastlanmıştır. Ruhsal hastalıklardan ve hastadan utanma duygusunun düşük olması gerek damgalama gerekse sosyal mesafe açısından olumlu bir durumdur. “**Şefkat**” duygusu da olumlu

bir duygudur ve her iki grupta temas eğitimine kadar önemli bir fark göstermezken ($p>0,05$), temas eğitimiyle birlikte ve son ölçümde deney grubunda önemli düzeyde artış göstermekte ($p<0,001$), kontrol grubunda ise azalmaktadır. Teorik ve temas eğitimlerinin olumlu duyguların gelişmesindeki katkısı burada da açıkça görülmektedir. “**Acıma**” duygusu her iki grupta %30-40 arasında yer almaktadır ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Acıma duygusunun olumlu bir etkisi olmasa da sosyal mesafenin azaltılmasında katkısı olabilir (Çizelge 3.2). Bu bulgular, araştırmamızda uygulanan yöntemin kişilerdeki ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik olumsuz duyguların azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir. Bu durum aynı zamanda araştırmadan elde edilen önemli bulgulardan biridir.

Toplumda şizofreniye yönelik en yaygın olumsuz inanışlardan birinin “şizofreni hastalarının tehlikeli ve saldırgan” olduğu inancı vurgulanmaktadır (Üçok 1999, Bağ ve Ekinci 2005, Sağduyu ve ark. 2003, Çam ve Bilge 2007, Thornicroft 2014). Bu nedenle bu araştırmada eğitim programı öncesi tedirginlik duygusunun hem deney grubunda (%58,5), hem de kontrol grubunda (%72,5) ruhsal hastalığa yöneliken sık hissedilen duygu olması beklenen bir sonuçtur (Çizelge 3.2).

Toplumda şizofreni hastalarının tehlikeli oldukları inancı ve duygusu, ayrımcı davranışa yol açan anahtar tutumdur ve damgalamada önemli katkısı vardır. Birçok araştırma bulgusunda da bu yönde sonuçlar belirtilmektedir. Corrigan ve ark (2002) tehlikelilik ve bireysel sorumluluk değişkeni açısından ruhsal hastalık damgasını inceledikleri araştırmada, ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli olduklarını varsayarak onlardan korkulduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca bu kişilerin tehlikeli oldukları algısının otomatik bir yanıt olduğu da çalışma sonuçlarında vurgulanmaktadır. Angermeyer ve Matschinger (2003) toplumun şizofreni ve depresyona yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmada, şizofreni tanısı olan bireylerin tehlikeli ve ne yapacağı bilinmeyen bireyler olduğunu, bu algının korku ve öfkeyle ilişkili olduğunu, bunun yanında acıma ve yardım etme arzusunu da taşıdığını belirtmişlerdir. Ayrıca ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli oldukları inancının, kişilerarası ilişkileri bozacağı ve buna bağlı çaresizlik yaşanacağı da ifade edilmiştir (Corrigan ve ark 2002, Angermeyer ve Matschinger 2003, Aydoğan 2009, Paksoy-Erbaydar ve Çilingiroğlu 2010, Ünal ve ark 2010). Ülkemizde; Aydoğan (2009)’in psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik inançlarını incelediği araştırmada, hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireyleri

tehlikeli buldukları sonucuna ulaşmıştır. Ünal ve ark (2010)'nın üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını inceledikleri araştırmada, öğrencilerden evli ve ruhsal hastalığı olan bireyle hiç karşılaşmamış olanların ruhsal hastalığın utandırılması gereken bir durum olduğuna inandıklarını, ekonomik durumu orta düzeyde olanların ise ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğuna inandıklarını belirlemişlerdir. Yüksel ve ark (2015) öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin tutum ve davranışlarını inceledikleri araştırmasında, ruhsal bozuklukların üçte birinin saldırgan olduğuna inanıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Şizofreni hastalığı konusunda bilgilenmeyle birlikte merak duygusundaki artma öğrenmenin pekiştirici etkisi ile ilgili olabilir ve beklendik bir durumdur. Korku ve tedirginlik duygularının azalması, buna karşılık şefkat ve merak duygularının artması olumlu bir değişime işaret etmektedir. Paksoy-Erbaydar ve Çilingiroğlu (2010)'nın tıp eğitiminin öğrencilerin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarına etkisini inceledikleri çalışmada, öğrencilerin ruhsal sağlık sorunu yaşayan kişilere yönelik duygularında eğitimin ilk yıllarında “tedirginlik” duygusunun daha çok yaşandığını, altı yıllık süreç içerisinde değişim olduğunu, ancak farklı olarak tedirginlik duygusunun yerini “acıma” duygusuna bıraktığı saptanmıştır. Benzer şekilde Crisp ve ark (2005)'nin Londra'daki halkın ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını değerlendirdikleri araştırmada, özellikle 16-19 yaş grubu gençlerin olumsuz tutum ve bu hastaların tehlikeli oldukları algısı görülmüş ve özellikle gençlere yönelik mücadele kampanyaları yapılması önerilmiştir.

Şizofreni hastalığı olan bireylerin, topluma yönelik tehlike oluşturdukları inancıyla, hastaneye zorunlu yatırılmaları birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de ön koşul kabul edilmektedir. Her ne kadar toplum temelli tedavi sistemine geçiş çalışmaları olsa da ülkemizde akut atak yaşayan şizofreni hastaları süresi birkaç ayı bulan periyotlarda kliniklerde toplumdan izole bir şekilde tutulmaktadırlar. Ne yazık ki zorunlu tedavilerin ve ülke yasalarının, şizofreni hastalığı olan bireylerin toplumdan uzaklaşmalarına ve damgalanmanın sürmesine katkı verdiği söylenebilir. Medyada da şizofreninin şiddet olgusuyla yakından ilişkili olduğu varsayılmakta hatta saldırganlık ruhsal hastalıklarla özdeşleştirilmektedir. Şizofreni hastalarına yönelik tehlikelilik algısı ve buna bağlı korku duyguları toplumda sürekli yeniden üretilmekte ve sonuçta hastaların toplum tarafından damgalanmasının ve dışlanmasının en önemli nedenlerinden olmaktadır. Hâlbuki bireylerde şiddet ve tehlike riskinin hastalık tipine,

mevcut semptomların niteliği ve ciddiyetine, kişinin tedavi ve bakım alıp almadığına, kişinin şiddetle ilgili geçmişinin olup olmadığına, antisosyal kişilik bozukluğu ya da madde kötüye kullanım öyküsünün olup olmadığına ve kişinin sosyo-ekonomik ve kültürel ortamına bağlı olabileceği gibi (Bear 1991, Köknel 2000, Kızmaz 2006, İmer-Aras 2014) politik etkenlerde bağlı olabilir (Küçükparlak 2015)

Eğitim programı öncesi yüksek olarak belirlenen diğer duygu meraktır. Deney (%58,5) ve kontrol (%52,5) gurundaki öğrencilerin yarıdan fazlası şizofreni hastalığını ve şizofreni hastalarını merak ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu sonucun, şizofreninin, belirtileri bir ruhsal bozuklukla en çok ilişkilendirilen ve ifade edilen bozukluk olmasının yanında, hakkında doğru olmayan bilgilerin yaygın bir bozukluk olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Toplumun ruhsal hastalığı olan birini tanısa bile, ruhsal hastalıklar hakkında yeterli ve doğru bilgi sahibi olunmadığı yönünde kanıtlar mevcuttur (Crips ve ark 2005). Öte yandan merak insanı harekete geçiren bir duygudur. Türk Dil Kurumu (TDK) merakı, “bir şeyi anlamak veya öğrenmek için duyulan istek” olarak tanımlamaktadır. Bilinmeyene yönelik bu merakın, doğru bilgi ve öğrenme yaşantılarıyla istendik ve olumlu davranışların ortaya çıkmasında önemli bir araç olabileceği düşünülmektedir. Merak duygusuyla birlikte “şefkat” duygusunun da artmış olması eğitim programının olumlu etkilerinden biri olarak değerlendirilebilir.

4.2. RHIÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Temas hipotezine dayalı eğitim programının şizofreniye yönelik tutuma etkisi araştırmanın üçüncü hipotezidir.

Araştırmada, eğitim programı öncesi (ilk ölçüm) hem deney hem de kontrol grubundaki öğrencilerin şizofreniye yönelik inançları RHIÖ ile değerlendirilmiş, ölçeğin toplam puan ortalaması ile tehlikeli olma, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt boyut ortalamalarının her iki grupta da yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.3). Ülkemizde ve diğer ülkelerde şizofreniye yönelik inanç ve tutumların incelendiği çalışmalarda da tutumların daha çok negatif yönde olduğu belirtilmektedir (Taşkın ve ark 2002, Taşkın 2007, Pinto-Foltz ve Logsdon 2009, Bilge ve Çam 2010, Eker ve ark 2010, Sartorius ve ark 2010, Çam ve Bilge 2011, Collins ve ark 2012, Çam ve Bilge 2013, Güngörmüş ve ark 2014, Thornicroft 2014, Sewilam ve ark 2014). Ülkemizde; Arkan ve ark (2011)’nın

Türkiye’de 2000-2010 yılları arasında hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin de içinde bulunduğu, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik tutumları konusunda yapılmış araştırmaları gözden geçirerek yaptıkları derlemede, psikiyatri hastalarına ve hastalıklarına yönelik reddedici ve dışlayıcı yönde olumsuz tutumların olduğu ve 10 yıllık sürede bu sonucun çok fazla değişmediği belirlenmiştir. Çam ve Bilge (2013)’nin Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama sürecini inceledikleri sistematik derlemede, ruhsal hasta/hastalıklara karşı inanç, tutum ve damgalamaya yönelik olumsuz sonuçların olduğu vurgulanmış, özellikle şizofreni ve bipolar bozukluk gibi hastalıkların damgalamaya daha çok maruz kaldığı belirtilmiştir. Benzer şekilde; Ganesh (2011)’in Hindistan’ın güneyindeki halkın ruhsal hastalıklara yönelik bilgi düzeyi ve tutumlarını değerlendirdiği araştırmasında, halkın ruhsal hastalıklara yönelik bilgilerinin oldukça zayıf olduğunu ve tutumların da olumsuz olduğunu belirtmiş, çözüm olarak halkın ruhsal hastalıklara yönelik bilgilendirilmesinin önemini vurgulamıştır. Svensson ve ark (2014)’nın sağlık ve sosyal sektörlere öğrenci yetiştiren (hemşire, polis, sosyal çalışmacı, iş terapisti, fizyoterapist, hekim, psikolog ve halk sağlıkçı) sekiz üniversitede, öğrencilerin şizofreni hastalarına yönelik tutumunu değerlendirdikleri araştırmada, öğrenciler arasında şizofreniye yönelik olumsuz tutum ve önyargıların olduğu, şizofreni hastalarını başkaları için tehlikeli bulduklarını ve müdahale amacıyla hastalarla kişisel teması içeren eğitim yöntemlerinin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir.

Ruhsal bozukluklara yönelik aile ve toplumun tutumları, hastalıkların tanınması, tedavisi, rehabilitasyonu ve topluma yeniden kazandırılmasında rol oynayan önemli faktörlerdir. Ruhsal bozuklukların nedenleri, belirtileri ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi eksikliği ve kişisel temas eksikliği, önyargılara ve olumsuz tutumlara, son olarak da damgalama ve ayrımcılığa neden olmaktadır (Baumann 2007). Bu tür etkilerin önlenmesi amacıyla düzenlenen araştırmamızda uygulanan eğitim programının deney grubu öğrencilerinin ruhsal bozukluğa yönelik tutumlarında yüksek oranda olumlu bir etki sağladığı saptanmıştır. Ayrıca şizofreni hastalarının tehlikeli oldukları algısının azalması ile birlikte, bu bireylerle kişilerarası ilişki kurmada yaşanan zorluk ve çaresizlik duygusunda da olumlu yönde bir değişim gözlenmiştir(Çizelge 3.4).Şizofreniye yönelik olumsuz tutum ve davranışlarla mücadele konusundakiliteratürde de benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Ülkemizde Çam ve ark (2014)’nın muhtarların ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadele

eğitiminin etkinliğini değerlendirdikleri araştırmada, verilen eğitimin muhtarların ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarına olumlu etki ettiği belirlenmiştir. Benzer şekilde Crips ve ark (2003)'nın Londra halkının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının değerlendirildiği ve eğitimi içeren damgalamayı önleme kampanyasının 5 yıl sonraki sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada, özellikle şizofreni ve alkol/madde kullananlara yönelik olumsuz tutum ve tehlikelilik algısının kampanyalar sonunda azaldığı görülmüştür. Kanaak ve ark (2014)'nın sağlık bakım sağlayıcıları için damgalamayı önleyici programların anahtar bileşenlerini değerlendirdikleri araştırmada, ruhsal bozukluğu olan bireyleri anlamak amacıyla film izletme, video sunumları, sesli görüşme, doğrudan iletişim gibi sosyal temasların artırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Araştırmamızda elde edilen bulgular da önerilen bu yöntemlerin olumlu etkilerini ortaya koymuştur.

4.3. SMÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Temas hipotezine dayalı eğitim programının şizofreniye yönelik sosyal mesafeye etkisi bu araştırmanın bir diğer hipotezidir.

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlar önyargıları beraberinde getirmektedir. Önyargılar ise kendini bilişsel boyutta (şizofrenide en çok tehlikelilik kalıpyargısı), duygusal boyutta (korku ve öfke) ve davranışsal boyutta (sosyal mesafe koymak, ayrımcılık yapmak, şiddet uygulamak gibi) göstermektedir. Sosyal açıdan en fazla gözlenen sonuç ise sosyal mesafe koymak ve bunu sürdürmektir (Göregenli 2012). Ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadığı ortamda tedavi ve rehabilitasyonunu öneren bakış açısı, toplumun bu hastaları ne kadar kabul ya da reddettiğinin değerlendirilmesini ve istenmeyen sonuçları önleyecek hedef ve girişimlerin planlanmasını önemli görmektedir. Araştırmamızda, eğitim programı öncesi yapılan ilk ölçümde hem deney ($62,85 \pm 17,70$) hem de kontrol ($72,75 \pm 14,77$) grubundaki öğrencilerin şizofreniye yönelik sosyal mesafe puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.5). Pek çok araştırmada şizofreni hastalarına yönelik belli bir mesafenin korunmak istendiğinden söz edilmektedir (Taşkın 2007, Çam ve Bilge 2011, Thornicroft 2014). Konuyla ilgili yapılan araştırmalar da benzer sonuçları ortaya koymaktadır; Tuna (1999)'nın ruhsal bozuklukların sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerini değerlendirdiği çalışmada, ailesinde ruhsal bozukluğu olan birey bulunmayanların hastaları daha fazla reddedebildiklerini belirtmiştir. Taşkın ve ark

(2002) Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumlarını inceledikleri araştırmada, halkın hastalarla yakınlık kurma konusunda isteksiz, belirli bir mesafeyi korumaktan yana ve reddedici tutumlara sahip oldukları sonucuna varmışlardır. Taşkın ve ark (2003) Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin, şizofreni ile ilgili tutumlarını inceledikleri araştırmada, öğrencilerin şizofreni tanılı hastalarla bireysel yakınlık kurma konusunda isteksiz oldukları ve toplumdan daha fazla reddedici ve dışlayıcı bir tutuma sahip oldukları belirtilmiştir. Özyiğit ve ark (2004)’nın hemşire ve öğrenci hemşirelerin şizofreniye ilişkin tutumlarını değerlendirdikleri çalışma sonuçları, şizofreni hastalarına ilişkin sosyal mesafe ve sosyal reddedilme konusunda genel olarak olumsuz tutumların baskın olduğu yönündedir. Angermeyer ve Matschinger (2003)’in ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik halkın tutumlarına damgalamanın etkisini değerlendirdikleri araştırmada, ruhsal hastalık etiketinin halkın tutumlarına olumsuz etkisi olduğu, bu durumun tehlikelilik kalıpyargısını desteklediği ve sosyal mesafeyi artırdığı bildirilmiştir. Volmer ve ark (2008)’nin eczacılık bölümü öğrencilerinin şizofreni hastalarına yönelik tutumlarını ve profesyonel etkileşimlerini değerlendirdikleri çalışmada, öğrencilerin hasta bireyleri tehlikeli ve ne yapacağı öngörülemez olarak algıladıkları ve özellikle çocuklarına baktırma ya da ev arkadaşlığı gibi yakın ilişki kurma noktasında kaçınma davranışı sergiledikleri belirtilmiştir.

Dezavantajlı olarak düşünebileceğimiz bireylere yönelik (şizofrenili bireyler gibi) sosyal mesafenin azaltılması, hatalı genellemelerin önlenmesi ve farklılıklar yerine benzerliklerin keşfedilmesi noktasında doğru bilgi ve etkileşimin önemli araçlar olduğu vurgulanmaktadır (Çuhadar-Gürkaynak 2011). Araştırmamızda da Bu amaca yönelik uygulanan eğitim programı sonucu, program boyunca deney grubunda ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafenin ($38,34 \pm 15,03$) kontrol grubuna göre ($67,55 \pm 19,91$) belirgin düzeyde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca sosyal mesafe alanında bu programın etki düzeyinin tutum ve damgalama eğilimlerine göre oldukça yüksek olması bu araştırmanın en önemli sonuçlarından biridir (Çizelge 3.6).

Altındağ ve ark (2006)’nın tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile yaptıkları ve eğitim, temas ve film izleme girişimlerinin damgalama ve ayrımcılığa etkisini değerlendirdikleri araştırmada, girişim yapılan öğrencilerin şizofreniye yönelik daha olumlu bir tutuma sahip oldukları ve sosyal mesafenin azaldığı, hastayı daha çok kabul ettikleri görülmüştür. Oban ve Küçük (2011) lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik

bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisini değerlendirdikleri araştırmada, gençlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz düşünce ve tutumları olduğu ve sosyal mesafe koyma isteğinin bulunduğu sonucuna varmışlardır. Aynı çalışmada şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin öğrencilerin tutumlarını olumlu yönde değiştirdiği ve sosyal mesafeyi azalttığı görülmüştür. Corrigan ve ark (2002)'nin tehlikelilik ve bireysel sorumluluk değişkeni açısından ruhsal hastalık damgasını inceledikleri araştırmada, tehlikelilik algısının korku ve sosyal kaçınmayı artırdığı, olumsuz tutum ve davranışların azaltılmasında eğitim ve temasın olumlu etkilerinin olduğu, hatta temasın eğitimden daha etkili olduğu bildirilmiştir. Lincoln ve ark (2008)'nin tıp ve psikoloji öğrencilerinde eğitim, broşür ve film izletme gibi girişimler uygulanarak, şizofreniye yönelik tutum ve sosyal mesafeye etkisini değerlendirdikleri araştırmada, girişimler sonrası olumsuz kalıp-yargıların azaldığı, özellikle tıp öğrencilerinde tehlikelilik kalıpyargısının azalmasına paralel olarak sosyal mesafenin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Kerby ve ark (2008)'nin İngiltere'nin Nottingham eyaletinde, tıp fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerine damgalamayı önlemek üzere iki kısa film izletilerek, tutum değişimine etkisini değerlendirdikleri randomize kontrollü araştırmada, girişim yapılan öğrencilerin ruhsal hastalıklarla ilgili algıladıkları tehlikelilik ve sosyal mesafenin azaldığı görülmüştür.

4.4. DÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Temas hipotezine dayalı eğitim programının damgalama davranışlarına etkisi bu çalışmanın son hipotezidir.

Damgalama, bilişsel ve davranışsal yönü bulunan karmaşık bir süreçtir. Araştırmamızda, eğitim programı öncesi (ilk ölçüm) hem deney hem de kontrol grubundaki öğrencilerin genel damgalama eğilimleri ve alt boyutları değerlendirildiğinde, ölçeğin toplam puan ortalaması ile etiketleme, psikolojik sağlık ve önyargı alt boyut ortalamalarının her iki grupta da yüksek olduğu bulunmuştur(Çizelge 3.7). Serafini ve ark (2011)'nin hemşireler, doktorlar, tıp öğrencileri ve hastaların şizofreniye yönelik algıladıkları damgalama süreçlerini karşılaştırdıkları araştırmalarında, tıp öğrencileri başta olmak üzere tehlikelilik, hastaların ne yapacağının öngörülememesi ve sosyal mesafe koyma isteği gibi damgalama davranışlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Linden ve Kavanagh (2012)'nin çalışan hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreni tanısı olan bireylere yönelik tutumlarını inceledikleri araştırmada, her iki grubunda şizofreni hastalarına

yönelik özellikle tehlikelilik algılarının olduğu ve bu hastalardan kaçındıkları bulunmuştur. Ayrıca bu inanç ve tutumların damgalamaya neden olacağı ve terapötik ilişkiyi olumsuz etkileyeceği de ifade edilmiştir.

Sosyal açıdan damgalayıcı özellik taşıyan durumlar ve dolayısıyla toplumsal algılar değiştirilebilmektedir (Goffman 2014). Eğitim süreci boyunca deney grubunda genel damgalama eğiliminin ($43,66 \pm 12,19$) kontrol grubuna oranla ($52,95 \pm 14,57$) belirgin düzeyde azalması ve bu uygulamanın tutumlardaki değişimin zor olacağı bilgisine rağmen etki düzeyinin yüksek bulunması bu araştırmanın önemli sonuçlarından bir diğeridir. Ölçeğin etiketleme, psikolojik sağlık ve önyargı alt boyut puan ortalamalarında da eğitim sonrası olumlu yönde değişimler olduğu, uygulanan eğitim programının özellikle önyargı üzerinde etkisinin en yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.8).

Üçok ve ark (2006)'nın damgalamayı önleme eğitiminin pratisyen hekimlerin şizofreniye yönelik tutumlarına etkisini inceledikleri araştırmada tek oturumun dahi tutumlarda olumlu değişiklikler yaptığı vurgulanmıştır. Temasın ruhsal hastalık damgasına etkisinin değerlendirildiği literatür taramasında, Couture ve Penn (2003), temasın, ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik damgalayıcı görüşleri azaltmada etkin bir yol olduğuna varmışlardır. Pinfold ve ark (2005)'nin ruh sağlığında damgalamayı önleme programlarını değerlendirdikleri çalışmada ruhsal hastalıklara yönelik bilginin, tutum ve davranışlar üzerinde olumlu etkisinin olduğu, etkileşimin ise en büyük ve kalıcı etkiyi sağladığı belirtilmiştir. West ve ark (2011)'nin şizofreni hastalarına yönelik önyargıyı azaltmada uygulanan temasın artırılması ile ilgili yaptıkları araştırmada, temasın önyargıları azaltmada yüksek oranda etkili olduğunu ancak temas deneyiminin kalitesinin araştırılması gerektiğini bildirmişlerdir. Evans-Lacko ve ark (2012)'nin ruhsal hastalıklara yönelik ayrımcılık ve damgalamaya sosyal temasın etkisini değerlendirdikleri araştırmada, sosyal teması kolaylaştıran koşulların varlığında yöntemin damgalama ve ayrımcılığı önlemede etkili olduğu bildirilmiştir. Collins ve ark (2012)'nin ABD'de özellikle şizofreni ve depresyona yönelik ayrımcılık ve damgalamayı azaltma girişimleri programlarında eğitim, hastalarla temas ve medya kampanyalarını içeren birleşik girişimlerin daha etkin olduğunu ve bu tarz uygulamaların olumlu davranışsal sonuçlarının olabileceğine işaret edilmektedir. Egbe ve ark (2014)'nin orta ve düşük gelirli ülkelerde ayrımcılık ve damgalamayı önleme girişimlerini değerlendirmek üzere yaptıkları araştırmada,

psikiyatrik damgalamanın aile üyeleri, arkadaşlar, işverenler, toplum üyeleri ve sağlık bakım vericileri tarafından yapılmaya devam edildiği sonucuna ulaşılmış ve damganın azaltılmasına yönelik öneriler, eğitim, etkileşim, kitle iletişim araçları kampanyaları gibi çok çeşitli ve çok yönlü müdahaleler üzerine odaklanması önerilmiştir. Sewilam ve ark (2014)'nın Orta Doğu'da ruhsal bozukluklara yönelik damgalama durumunu inceledikleri araştırmada, ruhsal bozukluklara yönelik damgalamanın olduğunu ve azaltılmasında, etkilenen aile ve akrabaların eğitilmesi, geleneksel şifacılar ve dini liderlerle işbirliğinin artırılması, gençlerin eğitilmesi ve sosyal medyanın kullanılması önerilmiştir. Evans-Lacko ve ark (2014)'nın İngiliz halkında, 2003-2013 yılları arasında, ruhsal hastalıklara yönelik eğitim, temas ve medya içerikli damgalamayı önleme kampanyalarının sonuçlarını değerlendirdikleri araştırmada, özellikle önyargı ve ayrımcılığın uzun süreli azaltılmasında kullanılan yöntemlerin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda eğitim programının son ölçümünde öğrencilerin tüm ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının ilk ölçümden düşük olmasına rağmen programın uygulandığı süreçte alınan puanlardan bir miktar yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni muhtemelen eğitimin sona ermesiyle birlikte öğrencilerin öğretim elemanının yoğun desteğinden uzak kalmaları,öte yandan geçmişte öğrendikleri vedavranışta yerleşmiş güçlü inanç ve tutumların etkisiyle bir miktartegeriye dönmeleri, yeni öğrendikleri bilgilerin henüz tümüyle davranışa dönüşmemiş oluşuve zamana ihtiyaçları oluşuyla açıklanabilir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye yönelik tutum, sosyal mesafe ve damgalama davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma bulgularına göre;

Öğrencilerin sosyodemografik verilerine ilişkin sonuçlar;

Deney ve kontrol gruplarına alınan bireylerin yaş, cinsiyet, aile yapısı, anne ve baba eğitim durumu, gelir durumu algısı, kardeş sayısı, yakın çevrelerinde ruhsal hastalığa sahip birey olup olmadığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinip edinmediği, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı ne hissettiği gibi özellikler açısından benzer oldukları, yalnızca en uzun yaşanan yer açısından deney grubundaki bireylerin daha çok kent, kontrol grubundaki bireylerin ise köy-ilçe olduğu belirlenmiştir.

Araştırma hipotezlerine yönelik elde edilen sonuçlar;

a)*Duygulara ilişkin sonuçlar;* Uygulanan eğitim programı boyunca deney grubundaki ölçümlere göre korku ve tedirginlik duygularında azalma, şefkat ve merak duygularında artma olduğu belirlenmiş, ölçümler arası fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

b)*İnançlara ilişkin sonuçlar;* Deney grubunda RHİÖ'nden alınan toplam puan ve ölçeğin tüm alt boyut ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Temas hipotezine dayalı uygulanan eğitim programının şizofreniye yönelik tutumları olumlu etkilediği görülmüştür.

c)*Sosyal mesafeye ilişkin sonuçlar;* Deney grubunda eğitim programı boyunca ölçümlerden alınan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Uygulanan eğitim programının şizofreniye yönelik sosyal mesafeyi azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

d)*Damgalama Eğilimine ilişkin sonuçlar;* Deney grubunda DÖ'den alınan toplam puan ve ölçeğin etiketleme, psikolojik sağlık ve önyargı alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Uygulanan eğitim programı şizofreniye yönelik damgalama davranışlarının azalmasını sağlamıştır.

5.2. Öneriler

Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinde şizofreniye yönelik inanç, damgalama ve sosyal mesafe davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada öneriler;

Eğitimle ilgili öneriler;

- Sağlık çalışanlarının (psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet çalışanı, aile hekimi) ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik tutumlarının tedavi sürecine etkisi düşünüldüğünde bu odak grupların hizmetiçi eğitimlerinin yaygınlaştırılması,
- Sağlık iş gücü yetiştiren eğitim kurumlarında (üniversiteler, kolejler, liseler) ders müfredatına dezavantajlı gruplara (ruhsal hastalık, adli suçlar, cinsel tercihi farklı olanlar, bulaşıcı hastalıklar vb.) yönelik damgalama süreci ve mücadele ile ilgili derslerin entegre edilmesi,
- İnanç ve tutum gelişiminin öğrenme yoluyla oluştuğu düşünüldüğünde ruh sağlığı-psikiyatri hemşirelerinin önemli bilgi kaynağı ve rol modeli olan ebeveynlerin, dolayısıyla toplumun eğitilmeleri için yapılan çalışmalara katılmaları,
- İnanç ve tutumların çocukluk ve ergenlik döneminde başladığı ve yetişkinliğe kadar şekillendiği düşünüldüğünde Milli Eğitim Bakanlığı ders müfredatının her kademesine damgalama süreci ve eğitim programlarının entegre edilmesi ve önemli rol modeli olan öğretmenlerin eğitilmesi,
- Şizofreniye yönelik özellikle tehlikelilik kalıpyargısı nedeniyle aslında hastaneye götürülmesi gerekirken cezai süreçler işletilerek bireylerin hapisahaneye götürülmesini engelleyecek konumdaki polislerin eğitimi,
- Toplumun önemseydiği toplum liderlerinin (özellikle din görevlileri, siyasi liderler) eğitimi,
- Sosyal yaşamın bir parçası olarak üretkenliğin devamında rolü bulunan işverenlerin eğitimi önerilmektedir.

Gruplar arası temasın sağlanması;

- Ruh sağlığı-psikiyatri hemşirelerinin dezavantajlı gruplara yönelik (ruhsal hastalık, adli suçlular, cinsel tercihi farklı olanlar, bulaşıcı hastalıklar vb.) uygun koşul ve sürelerde temas eğitimleri planlamaları ve değerlendirmeleri önerilmektedir.

Medya ile işbirliği sağlanması;

- Psikiyatrinin ve ruhsal bozuklukların medyadaki görünümünü değiştirmek, toplumu etkileyen önemli bir araç olduğu için olumsuz mesajları psikiyatri hemşireleri derneği eliyle protesto edecek etkinliklerin düzenlenmesi,
- Medyayı destekleyici bir güce çevirmek amacıyla ruh sağlığı-psikiyatri hemşirelerinin diğer ruh sağlığı çalışanlarıyla birlikte medya ile işbirliği yapmaları ve medyada sık yer alarak damgalamayı ve ayrımcılığı azaltacak yönde toplum eğitimine katkı vermeleri,
- Ruh sağlığı-psikiyatri hemşirelerinin damgalama ve ayrımcılığın önlenmesi konusunda sosyal medya gücünden yararlanmaları önerilmektedir.

Toplum kurumlarıyla işbirliği;

- Sivil toplum kuruluşları, dernekler, bakım evleri, vakıflar gibi toplumu içinde barındıran kurumlarla işbirliği yapılması,
- Hasta ve ailesini içine alan sosyal sorumluluk projelerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Gelecek araştırma planları;

- Damgalama karşıtı mücadelelerde yeni yöntem çalışmalarının planlanması ve uygulanması,
- Sektörler arası işbirliği ile eğitim-temas ve medya kampanyalarını içine alan yeterli destekle, uzun soluklu ve kapsamlı damgalama karşıtı girişimlerin yapılması, sonuçların belirli aralıklarla uzun soluklu izlenmesi önerilmektedir.

Yasal ve politik değişimler;

- Sağlık Bakım Sisteminin; koruyuculuk, tanı, tedavi, ve rehabilitasyon süreçlerinde hasta ve ailelerin desteklenmesine yönelik çalışmalar yapan kişi ve kuruluşlarla daha yakın işbirliği yapılması ve birbirlerini karşılıklı desteklemeleri,
- Toplumun ruhsal hastalıklara karşı tutum ve davranışlarını kendisinin yarattığı düşüncesinden yola çıkarak, ruh sağlığı hemşirelerinin yasa yapıcı kişi ve kurumlarla temasını yoğunlaştırması ve 2023 yılına dek netleştirilmesi planlanan “Ruh Sağlığı Yasası”nda damgalamanın önlenmesi yönünde maddelere yer verilmesini sağlamaları önerilmektedir.



6.KAYNAKLAR

- Akıl Oyunları Filmi. Erişim Tarihi 12.09.2015. [https://tr.wikipedia.org/wiki/Akıl_Oyunları_\(film\)](https://tr.wikipedia.org/wiki/Akıl_Oyunları_(film)).
- Altındağ A, Yanık M, Üçok A, Alptekin K, Özkan M, 2006. Effects of an antistigma program on medical students attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 283-88.
- Amerikan Psikiyatri Birliği 2013. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.s.43-62.
- Angermeyer MC, Matschinger H, 2003. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 108, 304-9.
- Arı F ve Öz F, 2005. Temel sağlık hizmetlerinin birinci basamağında çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1),16-28.
- Arıkan Z, Genç Y, Etik Ç, Aslan S, Parlak İ, 2004. Alkol ve diğer madde bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketleme. *Bağımlılık Dergisi*, 5(2),3-7.
- Arkan B, Bademli K, Çetinkaya-Duman Z, 2011. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2),214-31.
- Arkar H, 1991. Akıl hastalarının sosyal reddedimi. *Düşünen Adam*, 4,6-9.
- Arkar H, Eker D, 1992. Influence of having a hospitalized mentally ill member In the family on attitudes toward mental patients in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 27,151-5.
- Arkonaç SA, 2001. Sosyal Psikoloji, 2. Baskı, İstanbul, Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Aronson E, Wilson TD, Akert RM, 2012. Önyargı nasıl azaltılabilir?,*Sosyal Psikoloji*, Çev: Gündüz O, 1. Baskı, İstanbul, Kaknüs Yayınları. s.800-7.
- Arslan-Delice M, Mert-Akgül S, Yıldız M, 2014. Toplum ruh sağlığı merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *MÜSBED*, 4(2), 122-5.
- Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E, 2015. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16,238-46.
- Arslantaş H, Adana F, 2011. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2),251-77.
- Avcıl C, Bulut H, Hızlı-Sayar G,2016. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 175-202.
- Aydöner H, 2009. İstanbul ilinde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bağ B, Ekinci M, 2005. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(11),107-27.
- Bahar A, 2007. Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4),101-10.
- Baumann A E, 2007. Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a'stranger'. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 131-5.
- Bear D, 1991. Neurological perspectives on aggressive behavior. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 3, 53-8.
- Beldie A, Den Boer JA, Brain C, Constant E, Figueira ML, Filipic I ve ark, 2012. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*,47(1), 1-38.
- Biernat M, Crandall CS, Young LV, Kobrynowicz D, Halpin SM, 1998. All that you can be: Stereotyping of self and others in a military context, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (2), 301.
- Bilge A, Çam O, 2008. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği'nin geçerliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 9,91-6.
- Bilge A, Çam O, 2010. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Prev Med Bull*, 9,71-8.
- Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K, 2010. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 40-52.
- Biz Siz Onlar Şizofreni Belgeseli. Erişim Tarihi 12.09.2015. <http://sizofrenifederasyonu.weebly.com/etkinlikler.html>).

- Blascovich J, Mendes WB, Hunter SB, Lickel B, Kowai-Bell N, 2001. Perceiver threat in social interactions with stigmatized others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80,253-67.
- Büyükaşahin A, 2005. Çok boyutlu ilişki ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 97-105.
- Byrne P, 2001. Psychiatric stigma. *BJP*, 178, 281-4.
- Camp DL, Ginlay WM, Lyons E, 2002. Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Sos Sci Med*, 55,823-34.
- Ceylan B, Çilli AS, 2015. Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerde suçluluk ve utanç düzeylerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 85-90.
- Collins RL, Wong EC, Cerully JL, Shults D, Eberhart NK, 2012. Interventions to reduce mental health stigma and discrimination. Erişim Tarihi: 25.02.2015, Erişim:http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1318.html
- Corrigan PW, 2000. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Prac*, 7,48-67.
- Corrigan PW, Edwards BA, Gren E, Diwan SL, Penn DL, 2001. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2),219-25.
- Corrigan PW, Watson AC, 2002. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1),16-20.
- Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River P, Uphoff-Wasowski K ve ark, 2002. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull*, 28, 293-309.
- Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S, 2005. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv*, 56 (5), 544-50.
- Couture, S M, Penn, D L, 2003. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12, 291-305.
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ, 2000. Stigmatization of people with mental illnesses. *Brit J Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crips A, Gender MG, Goddard E, Meltzer H, 2005. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the changing minds campaign of the Royal College of psychiatrists. *World Psychiatry*, 4,106-13.
- Cüceloğlu D, 2013. İnsan ve davranışı. *Sosyal Psikoloji*. 27.Baskı, Remzi Kitapevi, s.515-21.
- Çam O, Bilge A, 2007. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8,215-23.
- Çam O, Bilge A, 2011. Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. *Yeni Sempozyum*, 49(3), 131-40.
- Çam O, Bilge A, 2013. Türkiye'de ruhsal hastalığa/ hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *J Psy Nurs*, 4, 91-101.
- Çam MO, Bilge A, Engin E, Baykal-Akmeşe Z, Öztürk-Turgut E, Çakır N, 2014. Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğinin araştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3),129-36.
- Çuhadar E, Dayton B, 2011. The Social psychology of identity and inter-group conflict: from theory to practice. *International Studies Perspectives*, 12, 273-93.
- Davidson JF, Gaertner SL, Kawakami K, 2003. Intergroup contact: the past, present, and the future. *Group Processes & Intergroup Relations*, 6(1),5-21.
- Demirören M, Şenol Y, Aytuğ-Koşan AM, Saka MC, 2015. Tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara karşı damgalama eğitimi gereksiniminin değerlendirilmesi: Nitel ve nicel yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 16, 22-9.
- Dick PK, 2015. Şizofreni ve değişimler kitabı. (Çev. Murat Karlıdağ). İstanbul.2. Baskı. Çınar Matbaacılık. s. 5-25.
- Doğanavşargil-Baysal GÖ, 2013. Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-51.
- Duman-Çetinkaya Z, Bademli K, 2013. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(1),78-94.
- Egbe OC, Brooke-Sumner C, Kathree T, Selohilwe O, Thornicroft G, Petersen I, 2014. Psychiatric stigma and discrimination in South Africa: perspectives from key stakeholders. *BMC Psychiatry*, 14(191),1-14.
- Eker D, 1989. Attitudes toward mental illness: recognition, desired social distance, expected burden and negative influence on mental health among Turkish freshmen. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 24, 146-50.

- Eker D, 1991. Ailenin ve toplumun akıl hastalıkları ile ilgili tutumları. *Aile ve Toplum*, 1 (2),72-9.
- Eker F, Öner Ö, Şahin S, 2010. Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları (Düzce örneği). *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2),63-70.
- Ercan İ, Kan İ, 2004. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlilik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-6.
- Eren E, 2001. *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Geliştirilmiş 7. Baskı. Beta yayınları, İstanbul. s:180.
- Ergün G, 2005. Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı almış bireylere bakış açısı. *Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Antalya.
- Evans-Lacko S, London J, Japhet S, Rüsch N, Flach C, Corker E, Henderson C, Thornicroft, G, 2012. Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. *BMC Public Health*, 12(489), 1–8.
- Evans-Lacko S, Corker e, Williams P, Henderson C, Thornicroft G, 2014. Effect of the time to change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003-13: an analysis of survey data. *Lancet Psychiatry*, 1, 121-28.
- Fortinash MK, Holoday AP, 1995. Person with cronic mental illness. In: *Psychiatric Mental Health Nursing*. Missoure: Mosby Year Book. p. 685–709.
- Fung K M, Tsang H W, Corrigan P W, Lam C S, Cheng W, 2007. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 408-18.
- Ganesh K, 2011. Knowledge and attitude of mental illness among general public of southern India. *National Journal of Community Medicine*, 2(1), 175-8.
- Goffman E, 2014. *Damga*. 1. Baskı. Çev. Geniş Ş, Ünsaldı L, Ağırnaslı SN, Heredik Yayıncılık, Ankara.s.27-74.
- Göka E, Duman Ö, 2002. Ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerinin örgütlenme sorunları ve bazı öneriler. *T. Klin. Psikiyatri*, 3,80- 92.
- Gökdoğan F, Akıncı F, 2001. Bolu’da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 10-7.
- Göregenli M, 2012. Temel kavramlar: önyargı, kalıpyargı ve ayrımcılık. *Ayrımcılık ve çok boyutlu yaklaşımlar*. Derleyenler: Çayır ve Ceyhan, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, s.17-28.
- Güngörmüş K, Ekinci M, Daş M, 2014. İlahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (2), 45-51.
- Gürkaynak EÇ, 2012. Toplumsal Temas: önyargı ve ayrımcılığı önlemek için bir sosyal değişim aracı olarak kullanılabilir mi? *Ayrımcılık ve çok boyutlu yaklaşımlar*. Derleyenler: Çayır ve Ceyhan, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, s.255-65.
- Herek GM, 1996. Why tell if you’re not asked? Self-disclosure, intergroup contact, and heterosexuals’ attitudes toward lesbians and gay men. *Out in force: Sexual orientation and the military*, Eds:Herek, G. M., Jared, B. Jobe & Carney R. M, 197-225.
- İmer-Aras H, 2014. Şizofrenide şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 45-55.
- İnceoğlu M, 2010. *Tutum algı iletişim*. 5. Baskı, Beykent Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, s.5-50.
- Kadri N, Sartorius N, 2005. The global fight against the stigma of schizophrenia we must dispel the myths and misunderstandings surrounding this illness. *Health in Action*, 2(7),e136, 597-9.
- Kalev A, Dobbin F ve Kelly E, 2006. Best practices or best guesses? Assessing the efficacy of corporate affirmative action and diversity policies. *American Sociological Review*. 71(4), 589-617.
- Kanaak S, Modgill G, Patten SB, 2014. Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *Can J Psychiatry*, 59(10 Suppl 1),19-26.
- Kayahan M, 2009. Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Haran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 6(1), 27-34.
- Kerby J, Calton T, Diambro B, Flood C, Glazebrook C, 2008. Antistigma films and medical students attitudes towards mental illness and psychiatry: randomised controlled trial. *Psychiatric Bulletin*, 32, 345-9.
- Kıvrıkcı-Akdede BB, Alptekin K, Özden-Toplaya Ş, Belkiz B, Nazlı E, Özsin E ve ark, 2004. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium*, 42 (3), 113-7.
- Kızmaz Z, 2006. Şiddetin sosyokültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 247-67.
- Kleim B, Vauth R, Adam G, Stieglitz R, Hayward P, Corrigan P, 2008. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 17(5), 482-91.
- Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S, 2003. Stigmatizasyon. *Yeni Symposium*, 41, 190-2.

- Kostak M, 2007. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), 106- 10.
- Köknel Ö, 2000. Bireysel ve toplumsal şiddet. 2. Baskı, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- Küçükparlak İ, 2015. Eril şiddetin psikiyatrizasyonu zulme ortaklıktır. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 18(1),4-6.
- Lai YM, Hong CPH, Chee CYI, 2000. Stigma of mental illness. Singapore Med J, 42(3), 111-4.
- Lincoln TM, Arens E, Berger C, Rief W, 2008. Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanation on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 34(5), 984-94.
- Linden M, Kavanagh R, 2012. Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. Journal of Advanced Nursing, 68, 1359-68.
- Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L, 1997. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of man with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. J Health Soc Behav., 38, 177-190.
- Link BG, Phelan J, 2001. Conceptualizing Stigma. Annu. Rev. Sociol, 27,363-85.
- Link BG, Yang LH, Phelan JC and Colins PY, 2004. Measuring mental illness stigma, Schizophrenia Bulletin, 30(3), 511-41.
- Link BG, Phelan J, 2014. Stigma power. Social Science & Medicine 103,24-32.
- Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T, 2008. Stigma, discrimination, empowerment and social networks: a preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample. Int J Soc Psychiatr, 54, 47-55.
- Magallares A, Perez-Garin D, Molero F, 2016. Social stigma and well-being sample of schizophrenia patients. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 10(1), 51-7.
- Marcussen K, Ritter C, Munetz MR, 2010. The effect of services and stigma on quality of life for persons with serious mental illnesses. Psychiatric Services, 61, 489-94.
- McSherry W, Ross L, 2002. Dilemmas of spiritual assessment. considerations for nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 38(5),479-88.
- Morgan CT, 2013. Psikolojiye Giriş,20. Baskı, Ed: Karakaş S, Eski R, Eğitim Kitabevi Yayınları, İstanbul, s.335-45.
- Muralidharan A, Lucksted A, Medoff D, Fang LJ, Dixon L, 2014. Stigma: a unique source of distress for family members of individuals with mental illness. Journal of Behavioral Health Services & Research, 484-93.
- Oban G, Küçük L, 2011. Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2,31-9.
- Oban L ve Küçük L, 2012. Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9 (2), 35-41.
- Öktem P, 2014. Türkiye’de HIV/AIDS ile yaşayanların çalışma hakkı ihlalleri: yasal çerçeve ve alandan örnekler. VI. Sosyal İnsan Hakları Ulusal Sempozyumu. 13-14 Kasım, Kongre Kitabı, İstanbul.
- Öz F, 2010. Sağlık alanında temel kavramlar. 2. Baskı. Mattek Matbaacılık, Ankara.
- Özkan B, Çoban Arguvanlı S, Saraç B, Medik K, 2014. Kronik ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarının stigmaya ilişkin görüşleri. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2(1), 1-6.
- Özmen E, Ögel K, Boratav C, Sağduyu A, Aker T, Tamar D, 2003. Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul Örneği. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(2), 89-100.
- Özmen E, Taşkın O, Özmen D, Demet M, 2004. Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalığı mı? Akıl hastalığı mı? Türk Psikiyatri Dergisi; 15(1),47- 55
- Öztürk O ve Uluşahin A, 2008. Ruh Sağlığı ve Bozukluğunun Tanımlanması, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Ankara, Tuna Matbaacılık. s. 129-32.
- Özyiğit Ş, Savaş HA, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G, 2004. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları, Yeni Sempozyum, 42(3), 105-12.
- Paksoy-Erbaydar N, Çilingiroğlu N, 2010. Tıp eğitimi geleceğin hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte midir? Türk Psikiyatri Dergisi, 21(2), 114-25.
- Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JJ, 2013. Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. Psychiatry Research 205,43-7.
- Parlatır İ, Zülfiyar H, Gözaydın N, 1994. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Türk Dil Kurumu Yayınları, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, s.390.

- Pazvantoglu O, Sarisoy G, Böke Ö, Alptekin-Aker A, Özturan-Deniz D, Ünverdi E, 2014. Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: hastaların işlevselliğinin rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27,53-60.
- Penn DL, Kommana S, Mansfield M, Link BG, 1999. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 437-46.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL, Link, BG, 2001. Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52,1627-32.
- Pettigrew TF, 1998. Inter-group contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49,65-85.
- Pettigrew TF ve Tropp LR, 2006. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90 (5), 751-83.
- Pettigrew TF ve Tropp LR, 2008. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *Eur. J. Soc. Psychol*, 38, 922-34.
- Pettigrew TF, Tropp LR, Wagner U, Christ O, 2011. Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35, 271-80.
- Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor CJ, 2014. Stigma, status, and population health. *Social Science & Medicine*, 103, 15-23.
- Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G, Farmer P, Toulmin H, Graham T, 2003. Reducing psychiatric stigma and discrimination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 337-44.
- Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, 2005. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 123-31.
- Pinto-Foltz MD, Logsdon MC, 2009. Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 32-40.
- Resmi Gazete, 19.04.2011. 27910 sayılı “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” s.14.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D, 2001. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 99-110.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D, 2003. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 203-12.
- Sağlık Bakanlığı, 2011. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023, Ankara.
- Sakallı N, 2001. Tutum. *Sosyal Etkiler: Kim Kimi Nasıl Etkiler? 1. Baskı, İmge Yayınevi, Ankara.s.106-32.*
- Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Florez J ve ark, 2010. Psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanması ile nasıl mücadele edileceği üzerine WPA kılavuzu. *World Psychiatry*, 9,131-44.
- Savaş H, Yumru M, Göral L, Özen M 2006. Türkiye’nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep şehrinden bir kesit. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7,140-49.
- Schulze B, Angermeyer MC, 2003. Subjective experienced of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*, 56, 299-312.
- Serafini G, Pompili M, Haghighat R, Pucci D, Pastina M, Lester D ve ark, 2011. Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 576-85.
- Sewilam AM, Watson AMM, Kassem AM, Clifton S, McDonald MC, Lipski R ve ark, 2014. Suggested avenues to reduce the stigma of mental illness in the Middle East. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-10.
- Stuart H, Arboleda-Florez J, 2012. A public health perspective on the stigmatization of mental illnesses. *Public Health Reviews*, 34(2), 1-18.
- Sungur M Z, 2000. Şizofreni: Mitler ve gerçekler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(Ek-1), 5-12.
- Svensson B, Brunt D, Bejerholm U, Eklund M, Lundvik-Gyllensten A, Leufstadius C ve ark, 2014. Health care students’ attitudes towards people with schizophrenia-a survey of eight university training programs. *Open Journal of Psychiatry*, 4, 309-16.
- Şah U, 2012. Eşcinselliğe, biseksüelliğe ve transeksüelliğe ilişkin tanımlamaların homofobi ve LGBT bireylerle tanışıklık düzeyi ile ilişkisi. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 32(2), 23-49.
- Tang IC, Wu HC, 2012. Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *Psychiatr Q*, 83, 497-507.
- Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İçelli İ, 2002. Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Derg*, 13, 205-14.
- Taşkın EO, Özmen D, Özmen E, Demet MM, 2003. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofreni ile ilgili tutumları. *NöroPsikiyatri Arşivi*, 40,512.

- Taşkın, EO, 2004. Şizofreniye yönelik tutumlar ve damgalama. 3P (Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji) Dergisi, 12(3), 41-50.
- Taşkın EO ve Özmen E, 2004. Ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar: Türkiye çalışmalarının gözden geçirilmesi. 3P (Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji) Dergisi, 12(3), 229-38.
- Taşkın EO, 2007. Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. Ed: Taşkın EO, Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, Ankara, Turkuaz Yayıncılık, s.17-30.
- Taşkın O, Şen F, Özmen E, Aydemir Ö, 2006. Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. Türkiye'de Psikiyatri, 8(1), 11-7.
- Tavşancıl E, 2005. Tutumlar, Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 2. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.s. 65-85.
- Thalheimer W, Cook S, 2002. How to calculate effect sizes from published research articles: A simplified methodology. A part of book. Retrieved from http://education.gsu.edu/coshima/EPRS8530/Effect_Sizes_pdf4.pdf
- Thoits PA, 2011. Resisting the stigma of mental illness. Social Psychology Quarterly, 74 (1), 6-28.
- Thoits PA ve Link BG, 2016. Stigma resistance and well-being among people in treatment for psychosis. Social and Mental Health, 6(1), 1-20.
- Thornicroft G, 2014. Toplumun reddettiği ruhsal hastalığı olan insanlara karşı ayrımcılık, Çev: Soygür H, 1. Baskı, Ankara, Şizofreni Dernekleri Federasyonu.
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezi. Erişim Tarihi 12.09.2015. <https://www.youtube.com/watch?v=LC--XjYZh9I>.
- Trute B, Tefft B, Segall A, 1989. Social rejection of the mentally ill: A replication study of public attitude. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 24, 69-76.
- Tufan S, Güneş E, Kılıçoğlu A, 2006. Psikiyatri dışı araştırma görevlisi hekimlerin psikiyatri ve psikiyatristlerle ilgili tutumları. Osmangazi Tıp Dergisi, 28(1), 33-40.
- Tuna A, 1999. Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması. Düşünen Adam, 12 (3), 50-61.
- Tutar H, 2014. Tutumlar ve Davranışlar. Sosyal Psikoloji, 2. Baskı, Seçkin Yayıncılık. Ankara. s.137-79.
- Türk Dil Kurumu. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=MERAK, Erişim tarihi 02.12.2016.
- Türk Medeni Kanunu 2001. Erişim Tarihi 15.04.2015. Erişim: <http://mevzuat.adalet.gov.tr/medeni.html>.
- Türkçapar MH, 2008. Bilişsel terapi temel ilkeler ve uygulama. Psikoloji Kitapları 3. Baskı HYB Basım Yayın, Ankara.
- Üçok A, 1999. Şizofreni: Damga, mitler ve gerçekler. Psikiyatri Dünyası, 3, 67-71.
- Üçok A, 2003. Şizofreni hastası neden damgalanır? Klinik Psikiyatri, Ek 1, 3-8.
- Üçok A, Soygür H, Ataklı C, Kuşçu K, Sartorius N, Çetinkaya-Duman Z ve ark, 2006. The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60, 439-43.
- Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z, 2010. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23, 145-50.
- Varcarolis EM, 1998. The Several and Persistently Mentally Ill, Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, Saunders Company, New York, 837-50.
- Volmer D, Mäesalu M, Bell JS, 2008. Pharmacy students' attitudes toward and professional interactions with people with mental disorders. International Journal of Social Psychiatry, 54, 402-13.
- Warner R, 2005. Local projects of the world psychiatric association programme to reduce stigma and discrimination. Psychiatr Serv, 56(5), 570-75.
- West K, Holmes E, Hewstone M, 2011. Enhancing imagined contact to reduce prejudice against people with schizophrenia. Group Processes & Intergroup Relations, 14(3), 407-28.
- West K, Hewstone M, Lolliot S, 2014. Intergroup contact and prejudice against people with schizophrenia. The Journal of Social Psychology, 154, 217-32.
- Whitley R, Campbell RD, 2014. Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness. Social Science and Medicine, 107, 1-8.
- World Psychiatric Association, 1998. The Madrid Declaration. Curr Opin Psychiatry 11, 1.
- World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. Erişim Tarihi: 19.03.2015 Erişim: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html.
- World Health Organization, 2013. Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020. Erişim Tarihi 19.03.2015. Erişim: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-en.pdf.

- Yaman E, Güngör H, 2013a. Damgalama (Stigma) Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Değerler Eğitimi Dergisi, 11(25), 251-70
- Yaman E, Güngör H, 2013b. Okul yönetici ve öğretmenlerinin damgalama (stigma) eğilimleri ile örgüt kültürü arasındaki ilişki. International Online Journal of Educational Sciences, 5 (3), 783-97.
- Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV ve ark, 2001. Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. Community Ment Health J, 37(5), 405-19.
- Yenilmez Ç, Güleç G, Ernur D, Aydın A, Yücel Ö, Asil G, Şengüleroğlu N, Aycan Ö, Çetinoğlu S, Vatanseven Z, Öktem D, Genç M, 2010. Eskişehir’de tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye yönelik bilgi ve tutumları. Klinik Psikiyatri, 13, 185-95.
- Yıldız M, 2005. Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir. Neden Nasıl Şizofreni? Ed: Candansayar S, Ankara, PEDAY. s. 237-68.
- Yıldız M, 2007. Şizofreniyle yaşam rehberi. Hayata Köprü Projesi, Konya.
- Yıldız M, 2011. Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi, 1. Baskı, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara. s.3-16.
- Yılmaz M, Özcan A, 2016. Psikiyatri hemşireliğinin geleceği. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg, 9(1), 53-9.
- Yılmaz V, 2012. İnsan hakları ve karşılaştırmalı sosyal politika yaklaşımı ışığında türkiye’de ruh sağlığı politikaları: tespitler ve öneriler. RUSİHAK Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği. Karika Matbaacılık. İstanbul.s. 1-42.
- Yörükoğlu A, 2014. Çocuk ruh sağlığı. 35. Basım, Kurtiş Matbaacılık, İstanbul, s.13-20.
- Yüksel N, Yılmaz M, Örekici-Temel G, 2015. Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 6(1), 26-32.
- Ziyalar A, 1999. Sosyal Psikiyatri. 2. Baskı, Yüce Yayın, İstanbul, s. 38.
- Ziyalar A, 1995. Kültürün Psikiyatrik Yaklaşımına Etkisi. Yeni Symposium,33,59(2-3),59-63.

7.EKLER

7.1. Formlar

7.1.1. EK A: Bilgi Formu

Bu araştırma “Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç, damgalama ve sosyal mesafe davranışlarına etkisini değerlendirmek” amacıyla yapılmaktadır. Sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz araştırmanın geçerliliği için önemlidir. Vereceğiniz cevaplar sadece bu çalışmada kullanılacaktır.

TEŞEKKÜR EDERİM

1-Yaş: _____

2-Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

3-Aile Yapısı: ☐ Çekirdek ☐ Geniş ☐ Parçalanmış

4-En uzun yaşadığınız yer:

☐ Köy ☐ İlçe ☐ Kent (İl, Büyükşehir)

5-Annenizin eğitim durumu:

☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul
☐ Lise ☐ Yüksekokul ve üstü

6-Babanızın eğitim durumu:

☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul
☐ Lise ☐ Yüksekokul ve üstü

7- Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta
☐ İyi ☐ Çok iyi

8-Kardeş sayısı: _____

9- Yakın çevrenizde ruhsal hastalığı olan birey var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

10-Daha önce hiç ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edindiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

11- Ruhsal hastalığı olan birey/ bireylere karşı ne hissedersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

☐ Korku ☐ Acıma ☐ Tedirginlik
☐ Utanma ☐ Şefkat ☐ Merak
☐ Diğer (Açıklayınız) _____

7.1.2.EK B: 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.						

7.1.3. EK C: Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ)

ÖRNEK VAK'A:

Kısaca anlatacağımız bu delikanlı çok şüphecidir, kimseye güvenmez ve herkesin ona karşı olduğundan emindir. Arada bir yolda gördüğü insanların onun hakkında konuştuklarını ya da onu takip ettiklerini düşünmektedir. Hatta birkaç defa kendisine tuzak kurduklarını düşünerek onu hiç tanımayan insanları dövmüştür. Bir önceki gece herkes gibi erkek kardeşinin de ona karşı olduğunu söyleyerek kardeşine küfretmeye başlamış, sonra da ona vurmuş ve ölümle tehdit etmiştir.

Bu insan tipi ile ilgili düşüncelerinizi aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplarınız ile belirtiniz. Düşüncenizin kesinliği her sorudaki yedi kutudan yalnız bir tanesini işaretleyerek gösteriniz.

1- Bu kişi ile belediye otobüsünde yan yana oturmak sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle rahatsız eder**

2- Bu kişi ile şehirlerarası yolculukta, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle rahatsız eder**

3- Bu kişinin sokağınızda işlettiği bakkal dükkânından alış veriş yapmak sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle rahatsız eder**

4- Bir apartman dairesinde oturduğunuzu düşünelim. Bu kişinin apartmanınızda kapıcı olarak çalışması sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle rahatsız eder**

5- Kiraya vermek istediğiniz bir eviniz olduğunu farz edelim. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?

Kesinlikle kiralarım ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle kiralamam**

6- Bu kişinin geleceğini öğrendiğiniz bir aile toplantısına katılmak sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle rahatsız eder**

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

Kesinlikle oynarım ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle oynamam**

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

Kesinlikle sohbet ederim ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle sohbet etmem**

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

Kesinlikle dertleşirim ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle dertleşmem**

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

Kesinlikle rahatsız etmez ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle rahatsız eder**

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

Kesinlikle yaptırırdım ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle yaptırmazdım**

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

Kesinlikle rahatsız etmez ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle rahatsız eder**

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

Kesinlikle rahatsız etmez ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle rahatsız eder**

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

Kesinlikle rahatsız etmez ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 **Kesinlikle rahatsız eder**

7.1.4. EK D: Damgalama Ölçeği (DÖ)

DAMGALAMA ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Adli suça karışmış biriyle aynı ortamda çalışmak istemem.					
2. Aynı dünya görüşünü paylaşmayan kişiler birbirine adaletsiz davranır.					
3. Seçme şansım olsa evlilik dışı doğan bir kişiyle çalışmak istemezdim.					
4. Cinsel tercihleri farklı olduğunu düşündüğüm biriyle iletişim kurmak istemem.					
5. Yaşlı personelin iş ortamında verimleri oldukça düşüktür.					
6. Kıdemi fazla olan çalışanlar genç olanlar üzerinde otorite kurmayı sever.					
7. Bayan personel iş ortamında daha fazla sorun çıkarır.					
8. İnsanların kökenine göre farklı tavırlar takınılabılır.					
9. Boşanmış personelin iş ortamına negatif etkileri olabilir.					
10. İş ortamında dini inancı farklı olan birinin bulunması beni rahatsız eder.					
11. Psikolojik yardım alan bireylerin kişilik problemleri vardır.					
12. Psikolojik yardım aldığı bilinen kişilere güven azalır.					
13. Toplum kurallarına aykırı yaşantısı olan bir kişiyle aynı ortamda çalışmaktan rahatsız olurum.					
14. Yaşam tarzı bana uymayan bir kişiyle iş dışında görüşmem.					
15. Performansı kıskanılan bir kişi iş ortamında yalnız kalır.					
16. Meslektaşlarıyla sosyal paylaşımda bulunamayan bir kişi sorunludur.					
17. Çalışanlar arasında ayırım yapılması doğaldır.					
18. Farklı şivesi olan kişiler küçümsenebilir.					
19. Kılık-kıyafeti aykırı kişiler dışlanmayı hak eder.					
20. Tarzı taşralı olan birinin sosyal kabul görmemesi doğaldır.					
21. Güzel/yakışıklı olan kişiler daha başarılıdır.					
22. İletişime kapalı kişiler sorunludur.					

7.2.Bilgilendirilmiş Onay Formları

7.2.1. EK E: Öğrenci Onay Formu

Sizi “Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinde şizofreniye yönelik inanç, damgalama ve sosyal mesafe davranışları üzerine etkisi”başlıklı araştırmaya davet ediyorum. Bu araştırmada, insanla çalışan meslek grubu olan hemşirelik mesleğinin gelecekteki mensupları olan hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireyler ve ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının değişmesinde, damgalama ve sosyal mesafenin azaltılmasında temas hipotezine dayalı eğitim programının etkili olup olmayacağı merak edilmektedir. Araştırmada sizden tahminen haftalık ortalama 2 saat (8 hafta) süreyi ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 40 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz taktirde çalışma sonunda size bir **katılım belgesi** verilecektir. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakm hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

☐Araştırmaya Katılmak İstiyorum

Tarih:

☐Araştırmaya Katılmak İstemiyorum

İmza:

7.2.2. EK F:Şizofreni Hasta Ailesi Onay Formu

Sizi “Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinde şizofreniye yönelik inanç, damgalama ve sosyal mesafe davranışları üzerine etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyorum. Bu araştırmada, insanla çalışan meslek grubu olan hemşirelik mesleğinin gelecekteki mensupları olan hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireyler ve ruhsal hastalıklara yönelik inançların değişmesinde, damgalama ve sosyal mesafenin azaltılmasında temas hipotezine dayalı eğitim programının etkili olup olmayacağı merak edilmektedir.

Araştırmada sizden istenen 41 kişilik hemşirelik öğrencisi ile 2 saat/gün söyleşi yapmanız ve onların merak ettikleri sorulara cevap vermenizdir. Bu araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır ve kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.**

☐ Araştırmaya Katılmak İstiyorum

Tarih:

☐ Araştırmaya Katılmak İstemiyorum

İmza:

7.3. EK G: Etik Kurul İzni



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



SAYI : 34967403-

27/05/2015

Prof.Dr.Ayşe ÖZCAN
(S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Üyesi)

25.05.2015 tarihli, "Temas Modeline Dayalı Hemşirelik Girişimlerinin Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Yönelik Sosyal Mesafe, Tutum ve Damgalama Davranışı Üzerine Etkisi" başlıklı araştırma projeniz, 27.05.2015 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2015/46 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Prof. Dr. Aliye MAVİLİ
Başkan

Adres: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Alaaddin Keykubad Kampüsü Selçuklu / KONYA Tel : 0332 2416211 Faks:0332 240 00 56



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK
KURULU KARARI



Toplantı Sayısı: 05

Toplantı Tarihi : 27.05.2015

Karar Sayısı 2015/46 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Üyesi Prof.Dr.Ayşe ÖZCAN'ın "Temas Modeline Dayalı Hemşirelik Girişimlerinin Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Yönelik Sosyal Mesafe, Tutum ve Damgalama Davranışı Üzerine Etkisi" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 25.05.2015 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Prof.Dr.Ayşe ÖZCAN'ın "Temas Modeline Dayalı Hemşirelik Girişimlerinin Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Yönelik Sosyal Mesafe, Tutum ve Damgalama Davranışı Üzerine Etkisi" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI KİTAPÇIK
27.05.2015
Dolunay A. T. ÖZCAN
Sekreterya

7.4. EK H: Hemşirelik Bölüm İzni

HEMŞİRELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA

"Temas Hipotezine Dayalı Girişim Programının Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Yönelik Tutum, Sosyal Mesafe ve Damgalama Davranışları Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı doktora tez projemin Hemşirelik 1. Sınıf öğrencileri (43 Deney, 43 Kontrol toplam 86 öğrenci) ile yürütülmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

16/10/ 2015

Burcu CEYLAN



Adres: Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Psikiyatri Hemşireliği

İş Tel: 2233543



Uygundur.

16.10.2015

Prof. Dr. Belgin AKIN
Hemşirelik Bölüm Başkanı

7.5. EK I: Ölçek Kullanım İzinleri



Burcu Ceylan <burcucey78@gmail.com>

Ölçek izni hakkında

aysegul bilge <aysegul.bilge@ege.edu.tr> 19 Ocak 2015 10:07
Alıcı: Burcu Ceylan <burcucey78@gmail.com>

Sevgili Burcu,

Geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasını yaptığımız Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği (RHİO)'ni doktora tezinde, araştırma makalesini kaynak olarak kullanmanız ve sonuçlarınız hakkında bilgi vermeniz doğrultusunda kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili bilgiler ekli dosyada yer alıyor.

Başarılar

Doç.Dr. Ayşegül BİLGE
E.Ü.Hem. Fak. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hem. AD

Kimden: "Burcu Ceylan" <burcucey78@gmail.com>
Kime: "aysegul bilge" <aysegul.bilge@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 16 Ocak Cuma 2015 13:41:57
Konu: Ölçek izni hakkında

[Alınan metin gizlendi]

ruhsalhast.inanc.olcegi.doc
60K



Burcu Ceylan <burcucey78@gmail.com>

Ölçek izni hakkında

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr> 17 Ocak 2015 11:11
Alıcı: Burcu Ceylan <burcucey78@gmail.com>

Sayın Burcu Ceylan,
Sosyal Mesafe Ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof.Dr. Haluk Arkar

Kimden: "Burcu Ceylan" <burcucey78@gmail.com>
Kime: halukarkar@hotmail.com, "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 16 Ocak Cuma 2015 13:39:54
Konu: Ölçek izni hakkında

[Alınan metin gizlendi]



Burcu Ceylan <burcucey78@gmail.com>

yardım

Halime GÄ¼ngÖr <halime_gngr@yahoo.com> 6 Mart 2014 19:50
Yanıt Adresi: Halime GÄ¼ngÖr <halime_gngr@yahoo.com>
Alıcı: Burcu Ceylan <burcucey78@gmail.com>

Sayın Hocam,
Öncelikle çalışmamızla ilgilendiğiniz için teşekkür ederiz, çalışmamızla ilgili olumlu tepkiler almak bizi sevindiriyor. Etik kurallar çerçevesinde davranmaya söz verirsiniz ve çalışmanız yayımlandığında bizi haberdar ederseniz tabiki paylaşılabılıriz.

Saygılarımla

Halime GÜNGÖR

Hacettepe

Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Eğitim Yönetimi, Teftişi,

Planlaması ve Ekonomisi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

[Alınan metin gizlendi]

7.7.EK K: Katılım Belgesi



KATILIM BELGESİ

Sayın:.....

“Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programının Şizofreniye Yönelik İnanç, Damgalama ve Sosyal Mesafe Davranışları Üzerine Etkisi” isimli projenin **16 Kasım 2015-06 Ocak 2016** tarihleri arasındaki **30** saatlik *“Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programı”*na katılmıştır.

Öğr. Gör. Burcu CEYLAN

Eğitici

Doç. Dr. Belgin AKIN

Hemşirelik Bölüm Başkanı

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Burcu	Soyadı	CEYLAN
Doğum Yeri	Turhal/TOKAT	Doğum Tarihi	05.07.1978
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	63508257376
E-mail	burcucey78@gmail.com	Tel	05322702707

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2017
Y. Lisans	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2007
Tez Adı: Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerde suçluluk ve utanç düzeylerinin karşılaştırılması		
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	1998
Lise	Kongre Lisesi	1994

Devam Eden Eğitimler

Psikodrama	Abdülkadir Özbek Enstitüsü-Ankara Psikodrama	2013-
-------------------	--	-------

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Öğretim Görevlisi	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2011-
Başhemşire Yard.	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2009-2011
Araştırma Görevlisi	Selçuk Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2000-2009
Hemşire (Nöroşirurji)	Cumhuriyet Üni. Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1998-2000

İdari Görevler

GÖREV ÜNVANI	GÖREV YERİ	YIL
Komisyon Başkanlığı	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Öğrenci Bilimsel ve Sosyal Etkinlik Komisyonu	2013- Devam Ediyor
Yatay ve Dikey Geçiş Komisyon Üyeliği	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik BölümüYatay ve Dikey Geçiş Komisyonu	2011-2012
Başhemşire Yard.	İstanbul İli, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2009-2011
Müdür Yardımcısı	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2007-2009

Verdiği Dersler

Dersin Düzeyi	Dersin Adı	Bölümü	Teorik/pratik
Lisans	Psikoloji	Hemşirelik	Teorik
Lisans	İletişim	Hemşirelik	Teorik
Lisans	Atılğanlık ve Hemşirelik	Hemşirelik	Teorik
Lisans	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği	Hemşirelik	Teorik+Pratik
Lisans	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik	Pratik (Okul ve Saha)
Önlisans	Geriatrik Psikiyatri	Yaşlı Bakım	Teorik

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri:

Yayınları

1. Koçoğlu D, Ceylan B, Sarı E, 2014. Düşük Sosyoekonomik Duruma Sahip Öğrencilerde Ağız-Diş Sağlığı ve Risk Faktörleri, TAF Preventive Medicine Bulleti, 13(6), 479-486. **Doi: 10.5455/Pmb.1-1395039144**
2. Ceylan B, Çilli A S, 2015. Şizofreni Ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri Ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk Ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 6(2),85-90.**DOI: 10.5505/phd.2015.40412**
3. Arslan S, Ceylan B, Koçoğlu D, 2015. Hemşirelik Öğrencilerinin Ders Çalışma Yaklaşımları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2(2),59-69.
4. Sevinik H, Ceylan B, 2016. Sağlık Kurumlarında Şiddet ve Şiddeti Önlemede Hemşirenin Rolü. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4(37),675-686.

Kongre/Sempozyum Bildirileri

Sözel Bildiriler

1. Koçoğlu D, Ceylan B, Akın B, Cingil D. Kırsal alanda yaşayan ailelerin psikososyal sağlık sorunları, Sözel Bildiri, Sosyal Hizmet Sempozyumu, Konya, 2012 (Yayın No:1031383).
2. Ceylan B, Aydın S, Aydöner H. Servis ortamının hastalar tarafından değerlendirilmesi, Sözel Bildiri, III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, 2014.
3. Arslan S, Ceylan B, Koçoğlu D. Nursing students' learning approaches and factors affecting these, Sözel Bildiri, European Federation of Nurse Educators Xth International Conference, Nancy, Fransa, 2014. (Yayın No:1455305)
4. Koçak-Uyaroğlu, Aygör H, Demirel T, Çelen R, Ceylan B, Değerli-Kodaz N, Altinel B, Dönmez H, Postgraduate students' faced problems and solutions during The education process, European Federation of Nurse Educators Xth International Conference, Nancy, Fransa, 2014. (Yayın No:1455305)
5. Ceylan B, Koçak-Uyaroğlu A. Psychiatric nurses' opinions and suggestions about stigmatization of schizophrenia, Sözel Bildiri, ISES:20th International Academic Conference, Madrid, İspanya, 2015.**DOI: 10.20472/IAC.2015.020.021**
6. Koçak-Uyaroğlu A, Ceylan B. Sözel Bildiri, The opinions of adolescents about substance abuse and quit using substance, ISES:20th International Academic Conference, Madrid, İspanya, 2015.**DOI: 10.20472/IAC.2015.020.056**
7. Ceylan B, Koçak-Uyaroğlu A. Sözel Bildiri, The effect of a course about mental health and diseases nursing on nursing students' tendency to stigmatize, 2nd International Conference on Science, Ecology and Technology (ICONSETE'2016), Barselona, İspanya, 2016. **DOI: 10.1046/j.1360-0443.2000.95225112.x.**
8. Koçak-Uyaroğlu A, Ceylan B. Sözel Bildiri, İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Madde Bağımlılığından Korunmada Öz-Yeterlik Düzeyleri 2nd International Conference on Science, Ecology and Technology (ICONSETE'2016), Barselona, İspanya, 2016. **DOI: 10.1046/j.1360-0443.2000.95225112.x.**

9. Sevinik H, Ceylan B.Şizofrenisi Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumu, IISES:26th International Academic Conference, Istanbul2016
10. Ceylan B. Sevinik H. Hemşirelik Birinci Sınıf ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Genel Damgalama Eğilimi,IISES:26th International Academic Conference, Istanbul2016. **DOI: 10.20472/BMC.2016.004.004**
11. Günay-Molu N, Ceylan B. Koçoğlu D. Yatan Hastaya İstenen Psikiyatri Konsültasyonları İle Aynı Hastanın Hemşiresi Tarafından Belirlenen Psikososyal Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması, IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, 2016.

Poster Bildirileri

1. Ceylan B. Çilli A S. Şizofreni Ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri Ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk Ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması, Poster Bildiri, 4. Uluslar Arası, XI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, 2007.
2. Koçoğlu D, Cingil D, Akın B, Sarı E, Ceylan B. Koçak-Uyaroğlu A. Proje Deneyimi: Hemşirelik Hizmetlerinin Kırsal Bölge Halkının Sağlık Durumunun Geliştirilmesi Üzerine Etkisi, Poster Bildiri, XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2012 (Yayın No:1031416)
3. Koçak Uyaroğlu A, Koçoğlu D, Sarı E, Cingil D, Ceylan B. Akın B. Kırsal Alanda Okul Taraması Sonuçları, Poster Bildiri, XV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2012 (Yayın No:1031385).
4. Akın B, Koçoğlu D, Demirel T, Sarı E, Ceylan B. Uyaroğlu-Koçak A. Konya Selçuklu İlçesinde Okul Sağlığı Hemşireliğinin Bir Uygulama Örneği. Poster Bildiri, XVI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 2013.
5. Ceylan B. Bilişsel Alışkanlık, Poster Bildiri, European Federation of Nurse Educators Xth International Conference. Nancy, Fransa, 2014.
6. Sevinik H, Ceylan B. Hemşirelik ve Sosyal Hizmet Son Sınıf Öğrencilerinin Damgalama Eğilimi. IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, 2016.

7. Ceylan B., Sevinik H, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Yönelik Sosyal Mesafe, Tutum ve Damgalama Eğilimine Etkisi. IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, 2016.

Sertifika Bilgileri:

1. Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretmenlik Sertifikası-1998.
2. Enmac ISO 9001: 2008 Temel Eğitim Sertifikası-2010
3. Enmac ISO 9001: 2008 İç Tetkik-2010
4. Selçuk Üniversitesi: Fizik Muayene-2012

Ödüller

1. Plaket- Karaman İl Emniyet Müdürlüğü-2005
2. Teşekkür Belgesi – İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü-2009
3. Teşekkür Belgesi – İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü-2011
4. Takdir Belgesi – İstanbul Valiliği-2011
5. Plaket- Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi-2011

Üyelikler

1. Psikiyatri Hemşireleri Derneği
2. Türk Hemşireler Derneği
3. TEMA