

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK
İNANÇLARININ BELİRLENMESİ

ÜLGER UÇKAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP- 2023

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK
İNANÇLARININ BELİRLENMESİ

Ülger UÇKAÇ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZLEM İŞİL

GAZİANTEP-2023



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Ülger UÇKAÇ** tarafından hazırlanan “*Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Belirlenmesi*” başlıklı tez, **05/06/2023** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Unvanı, Adı ve Soyadı	Kurumu/Üniversitesi	İmzası:
Tez Danışmanı	Dr.Öğr.Üyesi Özlem IŞIL	İstanbul Gedik Üniversitesi	
Jüri Başkanı	Dr.Öğr.Üyesi Sezer AVCI	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr.Öğr.Üyesi Nareg DOĞAN	Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

.....
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Ülger UÇKAÇ

05.06.2023

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmamın hazırlanması aşamasında kendisiyle çalışma şansına sahip olduğum, bilgi ve tecrübeleriyle bana ışık tutan, her türlü konuda desteğini esirgemeyen, vizyonu, olumlu ve yapıcı kişiliğiyle kendisine hayran bırakan çok değerli tez danışmanım **Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL' a**,

Lisansüstü eğitim sürecimin ilk gününden, tez çalışmamı bitirme sürecime kadar bilgi birikimini ve tecrübelerini büyük bir sabır ve özveri ile aktararak çok büyük destekler sağlayan kıymetli meslektaşım ve sınıf arkadaşım **Uzman Hemşire Hakan DOKUMUŞ' a**, tez yazım sürecimde ve veri toplama aşamalarımda desteklerini esirgemeyip, varlıklarıyla enerji veren sevgili arkadaşlarım **Habibe GÜNEŞ KOCAÖZ** ve **Ayşe ŞÖHMELİOĞLU' na**, yoğun iş temposuna rağmen veri toplama formlarımı samimiyetle dolduran değerli **Meslektaşlarıma**,

Beni koşulsuz sevip her konuda destekleyen, bugünlere kadar yetiştiren, güvenen ve inanan sevgili **Annem, Babam ve Kardeşlerime**,

Yüksek lisans eğitimime başlamama vesile olan, her anımda varlığını, desteğini yanı başımda hissettiren, en zor zamanlarımda yapabileceğim inancını bana her zaman hatırlatıp motive eden sevgili hayat arkadaşım **İbrahim Halil UÇKAÇ' a** ve dünyaya gelişle hayatımızı anlamlı kılan, varlığından güç aldığım biricik kızımız **Azra UÇKAÇ' a**,

İsimlerine sayamadığım üzerimde emeği olan herkese; saygı, sevgi ve sonsuz şükranlarımı sunuyorum...

05.06.2023

Ülger UÇKAÇ

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK
İNANÇLARININ BELİRLENMESİ**

Ülger UÇKAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Özlem İŞİL**

ÖZET

Bu araştırma, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Çalışma Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerden araştırmaya katılmayı kabul eden 254 hemşire ile tamamlandı. Araştırmanın verileri; "Kişisel Bilgi Formu" ve "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)" kullanılarak elde edildi. Veriler sayı, yüzde, Bağımsız Örneklem t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi, Pearson Korelasyon testi ile değerlendirildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 35.27 ± 7.74 'tür. Hemşirelerin %76.8'inin kadın, %74.8'inin evli, %77.2'sinin lisans mezunu ve %37.4'ünün 16 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin RHİÖ toplam puan ortalamaları 53.69 ± 15.46 olarak bulundu. Hemşirelerin "Tehlikelilik" alt boyut puan ortalaması 23.73 ± 6.23 bulunup orta düzeyde olduğu saptandı. "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma" alt boyut puan ortalaması 28.14 ± 10.02 bulunup yüksek düzeyde olduğu saptandı. "Utanma" alt boyut puan ortalaması 1.80 ± 2.17 bulunup düşük düzeyde olduğu saptandı. Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının medeni durum, mesleki deneyim, çalışılan birim, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey bulunma durumu, ruhsal hastalara yönelik duyguları, psikiyatri servisinde çalışmalarını durumunda güvende hissetme durumları değişkenlerine göre farklılaştığı, ruhsal hastalıklara karşı orta düzeyde olumsuz inançlarının olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Ruhsal Hastalık, İnanç

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE
DEPARTMENT OF NURSING**

**DETERMINATION OF NURSES' BELIEFS TOWARD MENTAL
ILLNESSES**

Ülger UÇKAÇ

MASTER THESIS

**Advisor
Asst. Prof. Dr. Özlem IŞIL**

ABSTRACT

The research was conducted in a descriptive type in order to determine nurses' beliefs toward mental illnesses. The study was completed with 254 nurses working in Gaziantep 25 Aralık State Hospital who agreed to participate in the study. The data of the research was obtained by using the "Personal Information Form" and the "Beliefs Toward Mental Illness Scale (RHİÖ). Data were evaluated by number, percentage, Independent Sample t test, One-Way Analysis of Variance, Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Pearson Correlation test. The mean age of the nurses participating in the study was 35.27±7.74 years. It was determined that 76.8% of the nurses were women, 74.8% were married, 77.2% had a bachelor's degree and 37.4% had 16 years or more professional experience. The mean age of the nurses participating in the study was 35.27±7.74. It was determined that 76.8% of the nurses were women, 74.8% were married, 77.2% had a bachelor's degree and 37.4% had 16 years or more professional experience. The mean BMI scale total score of the nurses participating in the study was found to be 53.69±15.46. The nurses' "Dangerousness" sub-dimension mean score was 23.73±6.23 and it was found to be at a moderate level. The mean score of the sub-dimension "Helplessness and Impairment in Interpersonal Relationships" was found to be 28.14±10.02 and was found to be at a high level. The mean score of the "Shame" sub-dimension was found to be 1.80±2.17, and it was found to be at a low level. It was determined that the nurses' beliefs about mental illnesses differed according to the variables of marital status, professional experience, the unit they worked in, the presence of individuals with mental illness in the immediate vicinity, their feelings towards mental patients, their state of feeling safe when they worked in the psychiatry service, and they had moderate negative beliefs about mental illnesses.

Keywords: Nurse, Mental Illness, Belief

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
TEZ BİLDİRİMİ	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMALAR VEYA SİMGELER LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ruh Sağlığı	3
2.2. Tarihsel Süreçte Ruhsal Hastalıklara Yönelik Yaklaşımlar	3
2.2.1. İlk Çağlar	4
2.2.2. Eski Çağlar.....	4
2.2.3. Orta Çağ	4
2.2.4. Rönesans	5
2.2.5. Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi	5
2.3. Damgalama (Stigma).....	6
2.3.1. Ruhsal Hastalık ve Damgalama	6
2.4. Sağlık Profesyonellerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Yaklaşımları ve Önemi.....	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. Araştırma Soruları	12
3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı	12
3.3. Araştırmanın Etik Yönü	12
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	12
3.4.1. Araştırmanın Evreni.....	12
3.4.2. Araştırmanın Örneklemi	12
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri.....	13
3.6. Veri Toplama Gereçleri	13
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	13

3.6.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği.....	13
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	14
3.8. Verilerin İstatiksel Analizi.....	14
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA	31
5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	31
5.2. Mesleki Özelliklere göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	33
5.3. Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Tanıtıcı Özelliklere göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	35
5.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Alınan Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması.....	36
5.5. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
6.1. Sonuçlar	39
6.2. Öneriler.....	40
6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
KAYNAKLAR	42
EKLER	47

EK 1. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı

EK 2. Etik Kurul Onay Formu

EK 3. Kurum İzni

EK 4. Kişisel Bilgi Formu

EK 5. Ölçek Kullanım İzni

EK 6. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)

EK 7. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

EK 8. İntihal Raporu

EK 9. Kısa Özgeçmiş

TABLO LİSTESİ

Tablolar	Sayfa
Tablo 3.1 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ölçeğin Alt Boyutlarına Ait Varyansların Homojenliği Testi (N=254).....	15
Tablo 3.2 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ölçeğin Alt Boyutlarına Ait Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi (N=254).....	15
Tablo 3.3 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ölçeğin Alt Boyutlarına Ait Madde Güvenirlilik Katsayıları.....	16
Tablo 4.1 Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine göre Dağılımı.....	17
Tablo 4.2 Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine göre Dağılımı.....	18
Tablo 4.3 Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerine göre Dağılımı.	19
Tablo 4.4 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçek ve Alt Boyut Puan ile Ortalamalarına Ait Betimsel İstatistikler (N=254).....	20
Tablo 4.5 Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Ölçekten Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (N=254)	21
Tablo 4.6 Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Ölçekten Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (N=254)	22
Tablo 4.7 Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçekten Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (N=254)	25
Tablo 4.8 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları Korelasyon Analizi (N=254).....	27
Tablo 4.9 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Tehlikelilik Alt Boyutu Maddelerine Verilen Cevap Frekansları	28
Tablo 4.10 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu Maddelerine Verilen Cevap Frekansları.....	29
Tablo 4.11 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Utanma Alt Boyutu Maddelerine Verilen Cevap Frekansları	30

KISALTMALAR VEYA SİMGELER LİSTESİ

KISALTMALAR BAŞLIĞI

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
RHİÖ	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
ÇKİB	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
RH	Ruhsal Hastalık
RB	Ruhsal Bozukluk



1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

İnsanlık tarihi kadar eski olan psikiyatri, ilk çağlardan günümüze kadar önemli evrelerden geçmiştir (O Çam & Engin, 2014). Ruhsal sağlık kavramı topluma ve kültüre göre farklılık gösterdiğinden tek bir tanımlama getirmek kolay değildir (Gürhan, 2016). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin davranışları birçok kültürde toplum tarafından normalden sapma olarak değerlendirilerek bir tür damgalama yapılmıştır. Damgalama (stigma); kişide utanç duygusu yaratıp saygınlığını tehlikeye düşüren bir durumdur; bir şeyin olması gerekenin dışında olduğunu belirten bir leke olarak tanımlanmaktadır (Bağ & Ekinci, 2006).

Ruhsal hastalık ve ruhsal bozukluğu olan hasta gibi, tam manasıyla açıklanabilmesi güç olan konularda, olumsuz düşünce ve tutumlar sonucu damgalamanın varlığı, hasta ve yakınlarının sağlık yardımı arama davranışlarını azaltarak toplumdan da izole etmektedir (Tümer, Hebcan Örs, et al., 2019). Olumsuz tutum ve önyargılı yaklaşımlara en çok maruz kalan hasta grubu RH sahip olan bireylerdir. Ruhsal açıdan sorunlu bireylere yönelik toplumun gösterdiği damgalama ve önyargı, teşhis ve tedavinin önündeki en büyük engellerdendir (Avcil et al., 2016). Damgalanma nedeniyle, RH sahip kişilerin daha az tıbbi yardım aramaya yöneldiği, sağlık hizmetlerine erişim ve tedaviye uyumlarının azaldığı bildirilmiştir (Corrigan, 2004). Tüm gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda, normal olarak kabul edilen değer yargılarının dışında kalan RH sahip bireyler, olumsuz olarak yargılanmakta ve soyutlanmaktadır (Yıldırım et al., 2018).

Takınılan tutum en açık biçimiyle hemşirenin hastası ile olan iletişimde ortaya çıkar (Arısoy & Eşsizoglu, 2014). Sağlık çalışanları RH tanısı alan bireylerle birebir ve yakın temasta bulunan kişilerin başında gelmektedirler (Tarım Şahin & Yılmaz, 2018). Ruhsal bozukluğu olan hastaların çoğunun psikiyatri dışında tedavi gördüğü veya psikiyatri kliniğine geç geldiği bilinmektedir. Sağlık çalışanları, RB olan bir hasta ile hizmet verdikleri tüm alanlarda karşılaşabilmektedir (Bostancı & Aştı, 2004).

Hemşireler, insan yaşamının en kişisel ve özel yönleriyle ilgilenmelerinin yanı sıra içinde yaşadıkları toplumun da bir üyesidirler (1,10). Geçmişten günümüze RH hakkındaki toplum mitleri; hastaların, ailelerinin ve gelecek yaşantılarının olumsuz olduğudur (Bostancı & Aştı, 2004). Toplumun bir üyesi olan sağlık çalışanlarının da toplumla benzer inanç ve tutum özellikleri göstermesi kaçınılmazdır (E Oryal Taşkın et al., 2002). Hemşireler de RH olan bireyin, teşhisine ve hastalığının gidişatına yönelik olan toplum önyargılarından hiç

kuşkusuz etkilenirler. Dolayısıyla hemşirenin mesleki işlevleri üzerinde, içinde yaşadıkları toplumun RH hakkındaki bakış açıları ve inançları zaman zaman etkisini göstermektedir. Bu bakımdan, toplumun RH ilişkin inançları, hemşirelerin mesleki rolleri üzerindeki beklentilerini şekillendirmekte ve düşüncelerini etkilemektedir (Bostancı & Aştı, 2004).

Sağlık alanında çalışanların arasında da RH sahip bireyler hakkında önyargılı tutumların olduğu, bu bireylerin tehlikeli olarak tanımlandığı, yapılan birçok çalışmada saptanmıştır (Tarım Şahin & Yılmaz, 2018). Ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inanca sahip olan hemşireler, ruhsal problemi olan bireylere hemşirelik bakımı verirken zorlanabilir (Bağ & Ekinci, 2005). Bunların yanında, sağlık ve hastalık kavramlarına yönelik daha olumlu yaklaşım geliştirmede yaşadıkları topluma rol model olması beklenen hemşireler, bakım ve tedavi verdikleri toplumun kültür ve tutumlarına hakim olmalıdır (Olcaç Çam & Bilge, 2007). Sağlık profesyonelleri ve halk arasında bir köprü oluşturan hemşirelerin RH yönelik tutumları, bakış açıları önem arz eden bir konudur. Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler, sağlık çalışanlarının onlara yönelik yaklaşımlarına karşı çok duyarlıdırlar. Sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları RB olan bireylerin tıbbi yardımı alabilmelerini ve yönlendirilmelerini etkileyen önemli etmenlerdendir (Asi Karakaş et al., 2017). Bu durum hastalara verilen bakımın kalitesini etkileyebileceği için oldukça önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Hemşireler ile gerçekleştirilecek bu araştırma ile elde edilecek bulgular ışığında sağlık ekibinin önemli bir yapıtaşını oluşturan ve toplumda süregelen ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumunu olumlu yönde değiştirmeye katkısı beklenen hemşirelerin, ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesi hedeflenmiştir. Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkileyen faktörler ortaya çıkarılıp ileriki uygulama ve araştırmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ruh sağlığı; sağlığın ayrılmaz ve temel bileşenidir. Ruhsal yönden iyilik halinde olan bireyler, kendi yeteneklerini gerçekleştirebilir, yaşamın normal stresiyle baş edebilir, verimli çalışabilir ve içinde bulunduğu topluma katkı sağlayabilirler. DSÖ anayasasında “Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” denilmektedir. Bu tanımın önemli bir anlamı, ruh sağlığının, yalnızca zihinsel bozuklukların veya engellerin varlığından daha fazlası olduğu gerçeğidir (*World Health Organization (WHO)(2018)*, n.d.). Ruhsal sağlık; kişinin yaşama isteğinin bulunması ve içinde bulunduğu hayata uyumunda başarılı olmasıdır (Mehmet Akif Ersoy, 1999).

Ruhsal bozukluk ise; kişinin duygu durumunda ve davranışlarında olağandışı sapmalar ve çelişkilerin varlığı olarak tanımlanabilir (Ulutaş et al., 2019). Normal ve sağlıklı olmanın tanımı yapılırken birtakım güçlükler yaşanabilir. İnsana, ruh sağlığına ve normal olmaya karşı bakış kültürden kültüre ve tarihten bugüne farklılıklar göstermiştir (Mehmet Akif Ersoy, 1999). Ruhsal yönden neye normal neye anormal tanımı yapılabileceği tartışmalıdır ve bu durum çok eski tarihlerden bu yana süregelir.

Ruhsal hastalıklar son yıllarda dünyada ve ülkemizde daha fazla görülmekte ve maddi sıkıntılar, bütünlüğü bozulmuş aile yapısı, azalan sosyal yardım vb. sebepler bu sonuçta önemli rol oynamaktadır (Çakır, 2002). Tüm insanlar hayatlarının kısa dönemlerinde, hafif düzeyde RB belirtileri gösterebilirler. Dünya Sağlık Örgütü her dört insandan birinin yaşamlarının bir döneminde RB ile mücadele ettiğini ve bu bozuklukların görülme sıklığının %24 olduğunu belirtmiştir (*World Health Organization (WHO) (2001)*., n.d.). Çam ve Engin (2014)'in de belirttikleri üzere; “Dünya’da sakatlığa sebebiyet veren 10 hastalıktan beşi ruhsal kaynaklıdır ve birçok ülkede yapılan toplum taramaları, ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir” (O Çam & Engin, 2014). Sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen bireylerin büyük çoğunluğunda RB vardır (Ünal et al., 2010). Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda RH önemli bir hastalık yükünü oluşturmaktadır (Malas, 2019).

2.2. Tarihsel Süreçte Ruhsal Hastalıklara Yönelik Yaklaşımlar

Geçmişten günümüze kadar ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik birçok farklı yaklaşımlar sergilenmiştir. İkel çağlarda hastalıkların sebebi olağanüstü güçlere ve zararlı

ruhlara bağlanırken derin korku ve güvensizlik içindeki ilkel insan, varlığını anlamlandıramadığı bir olguyu açıklamak, anlamak ve buna karşı kendini savunmak adına farklı yollar aramıştır.

2.2.1. İlk Çağlar

İlkel çağlarda ruhsal hastalıkların sebebi doğaüstü zararlı ruhlara bağlandığından, zararlı ruhlar çeşitli törenler, garip hareketler, büyücü hekimler ve trans durumları ile kovularak iyileştirilmeye çalışılmıştır (Gürhan, 2016). Bu çağlarda ruhsal hastalığı olan birey işlediği günahlar sonucu şeytanın bedenini ele geçirdiği insan olarak değerlendirilip, hastanın bakımı; aile üyeleri, komşuları, bazı dini gruplar tarafından yerine getirilmiştir (Özbaş & Buzlu, 2011).

2.2.2. Eski Çağlar

M.Ö. V. Yüzyılda ilk kez Hipokrat hastalıkların büyüsel-gizemci, doğaüstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu açıklamış ve ilk kez beynin merkezinin sinir sistemi olduğunu ileri sürerek geçici de olsa RH karşı takınılan büyüsel düşünceye son vermiştir. Eflatun, Aristo, Celcus, Soronos gibi filozoflar da Hipokrat gibi ruhsal hastalıkların doğal etmenlere bağlı geliştiğini savunmuşlardır (Özakkaş, 2006). Bu dönemde ruhsal hastalıklara karşı daha kabullenici bir görüş hâkim olmuştur. Örneğin, Erasmus Deliliğe Övgü adlı eserinde psikiyatrik hastalıklara karşı toplumda varolan yargıların tamamen dışına çıkıp deliliğin aslında bilgelik olduğunu ileri sürerek deliliğe övgüler sıralamıştır (Erasmus, 2009). Ruhsal hastalıklara karşı Hipokrat ile başlayan bu insancıl, hoşgörülü dönem çok uzun sürmeyip M.S 200 yıllarında Gallen'in ölümüne kadar devam etmiştir (Özakkaş, 2006).

2.2.3. Orta Çağ

Orta Çağ'da, yaşanan gelişmeler büyük bir gerilemeye uğrayarak akıl hastalığından muzdarip kişilere yönelik büyüsel-gizemli düşünce yeniden egemen olmuştur. Yaşanan bu gerilemenin sebebinin; o dönemde gelişen Hristiyanlığın gizemsel-büyüsellğe verdiği önemden mi, eski Yunan ve Roma'nın çöküşünden mi kaynaklandığı tartışılmaktadır (Özakkaş, 2006).

Orta Çağ Avrupa'sında ruh hastaları ciddi işkencelere maruz bırakılıp, aileleri ve toplum tarafından dışlanarak kilit altında tutulmuştur. Hastaların bakım ve yardımı dini gruplar tarafından karşılanıp, düşkünler evi ve ruh hastalarının bulunduğu hastanelere yerleştirilmişlerdir (Özbaş & Buzlu, 2011). Ruhsal hastalığın çaresi olmadığı görüşü hâkimdir ve hastalar bu dönemde toplanarak şehir şehir dolaştırılmış veya bir nehirde

gemiye bindirilerek sürüklenirilmiş, diri diri mezara gömülüp çıkarılmışlardır (25,26). Bu dönemde sadece ruhsal problemi olan bireyler değil, güçten düşmüş yoksul veya yaşlı insanlar, dilenciler, müzmin işsizler, zührevi hastalar da kapatılmaya başlanmıştır. Bu şekilde oluşturulan kurumlar herhangi bir tıbbi amaç gütmeyen ıslah evleri niteliğindedir. İnsanlar burada tedavi amacı ile değil toplumun değer yargılarının dışında davranış sergilediklerinden dolayı kapatılmışlardır (Foucault, 2013).

IV. yüzyıl itibariyle ses getiren Bizans'ta RH ile ilgili bilgiler kilisenin görüşüne bırakılmıştır. İnsan ruhunun hasta olma ihtimali reddedilerek, onun Tanrı'nın ruhunun bir uzantısı olduğu görüşü benimsenip, hasta kişinin ruhunun şeytan tarafından ele geçirildiğine inanılmıştır (Düzgüner, 2013).

Orta Çağ Avrupa'sında ruh hastalarına karşı karanlık ve acımasız tutum hüküm sürerken, İslam toplumlarında her ne kadar çok eski çağlardan kalma damgalama yaygın olsa da, damgalamalar Avrupa kadar acımasız ve ağır olmayıp bu hastalara karşı acıma ve hoşgörü egemen olmuştur. Hastalara karşı gösterilen tutum; utanç, gizleme ve acımanın ötesine gitmemiştir (Gürhan, 2016). Özellikle İbn-i Sina'nın ruhsal sıkıntıları beyinden kaynaklanan bir işlev olarak ele aldığı ve bu hastaların incitilmemesi gerektiğini savunarak tedavilerinde ilaç, telkin ve müzik yöntemlerini kullandığı bilinmektedir (Alataş et al., 2009).

2.2.4. Rönesans

Orta Çağ'ın kapanmasıyla birlikte Rönesans ile hızla gelişen Avrupa'da ruhsal hastalıklara yönelik dogmatik inançlar, yerini gerçek anlamda yapılan bilimsel çalışmalara bırakmıştır. Rönesans ile birlikte insan bir birey olarak ele alınmaya başlanmış ve akıl hastalığından muzdarip kişilere eziyet edilme dönemi son bulmuştur (O Çam & Engin, 2014).

2.2.5. Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi

İlk olarak 17. yüzyılda akıl hastalarına yönelik kararların artık din adamlarınca değil, hekimler tarafından verilmesi gerektiği görüşü kabul edilmiştir (O Çam & Engin, 2014). 18. yüzyılın sonunda akıl hastalığından muzdarip bireylere yönelik en köklü değişimi Fransız hekim Philippe Pinel (1745-1826) gerçekleştirmiştir. Akıl hastalığı ile doğa üstü güçlerin bağlantısını reddetmiş, hastalığın; psikolojik, sosyal ve kalıtım gibi faktörlerle ortaya çıkabileceğini savunmuştur (Horwitz & Grob, 2011). Bu görüş aynı yüzyılda yaşamış birçok hekim tarafından da kabul görmüştür. Akıl hastalığına yönelik paradigmada köklü değişiklik

yapan Pinel, ‘hastaları zincirden kurtaran hekim’ olarak psikiyatri tarihinde yer edinmiştir (Grange, 1963). 19. yüzyıldan önce, Batı dünyasında RH deneyimi çok yönlü görünümde olup bu yüzyıldan sonra devam eden süreç, akıl hastalığının tanımı konusunda olumlu bir etkiye sahiptir (Foucault, 2013). 19. yüzyılda RH olan bireylerin onurlarına saygı duyan ve onları toplumsal hayata yeniden kazandırmaya çalışan tedavi yaklaşımları benimsenmiştir (Ekmekçi, 2018).

Kraepelin, Freud, Bleuler, Jung, Adler gibi isimler çağdaş psikiyatrinin kurucusu olmuşlardır. Fakat Freud, 19. yüzyıl sonunda geliştirdiği psikanaliz kuramı ile psikiyatride bir çığır açmıştır. Freud ile birlikte Rus fizyolog Pavlov da koşullandırma ve öğretim denemeleri ile aynı dönemde psikiyatride ayrı bir boyut kazandırmıştır (O Çam & Engin, 2014).

Dünyada ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve bakış açısında değişikliklere yol açan dört önemli gelişmeden söz edilebilir. Bunlardan ilki; 18. yüzyılın sonlarına doğru hastaları zincirden kurtaran hekim olarak adından söz ettiren Fransız ruh hekimi Pinel’ in başlattığı insancıl akımın giderek dünyaya yayılması, ikincisi; 19. yüzyılın sonlarına doğru Sigmund Freud’un geliştirdiği psikoanalitik kuramının psikiyatrik tanı ve tedavideki etkisi, üçüncüsü; 20. yüzyılın ikinci yarısında çağdaş anlamda psikiyatride ilaç kullanımının başlaması, dördüncü ise; toplum ruh sağlığı hareketidir (O Çam & Engin, 2014).

2.3. Damgalama (Stigma)

Damgalama; normal olarak kabul görmeyen, utanılması gereken bir durumun varlığından kaynaklanan etiketlemeyi ifade etmektedir (Özmen & Erdem, 2018). Damgalama; ruhsal hastalık, madde bağımlılığı, etnik köken, fiziksel engellilik ve daha birçok özelliği nedeniyle bir kişi veya grubun, toplum tarafından onaylanmaması, kusurlu, yetersiz, dışlanmış olarak değerlendirilmesidir (King et al., 2007).

Keller ve ark. (2019) belirttikleri üzere Goffman (1963); damgalamayı, damgalanmış bir durumla ilişkilendirilen bireylerin toplum tarafından itibarsızlaştırıldığı ve istenmeyen bir sosyal statüye mahkûm edildiği, kimliğin sosyal inşasına dayalı bir süreç olarak tanımlamıştır (35,36).

2.3.1. Ruhsal Hastalık ve Damgalama

Damgalama, toplumsal olarak çok farklı şekillerde karşımıza çıksa da hiç kuşkusuz ilk çağlardan günümüze kadar ayrımcılık ve etiketlendirmeye en çok maruz kalan kesim RH olan bireylerdir. Toplum, kendi normlarının dışında kalan, kendi görüşlerine göre normal

sayılmayan, rahatsız eden konuşma ve tuhaf davranışlara sahip bireylerle karşılaştığında genellikle bu bireylere kendilerine zarar verme potansiyeli olan kişi gözüyle bakıp, toplumsal dışlama yoluna gitmektedir. Bu izolasyon durumu ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ve ayrımcılığın temelini oluşturmaktadır (Emin Oryal Taşkın, 2007). Uygarlığın eski zamanlarından beri var olan bu lekenin genetik yolla günümüze kadar gelmiş olduğu kabul edilebilir (Üçok, 1999).

Tüm toplumlar ruhsal bozukluk tanısı almış bireyleri damgalamaktadırlar (39,40). Farklı inanç ve kültürler ruhsal hastalıklara karşı tutumu etkilemektedir ve bunun yanı sıra kişinin sosyal yeterliliği, içinde bulunduğu toplumun kültürel özellikleri damgalama veya damgalanma yaşantısını etkilemektedir (Doğanavşargil Baysal, 2013). Schafer ve ark. (2011) yaptığı çalışmada ruhsal problemler yaşayan bireyleri tanıyan insanların tutumlarının tanımayanlara göre daha olumlu olduğu tespit etmişlerdir (Schafer et al., 2011).

Akıl hastalığı bulunan bireylere karşı olumsuz tutumlar çok yönlü olup, bireysel ve sosyal faktörlerden etkilenir (Duman et al., 2019). Kişilerin gösterdiği damgalayıcı tutum, ruhsal hastalığı olan birey tehlikelidir, şiddet içeren zarar verici davranışlar gösterebilir düşüncesi sebebiyle artmaktadır (Grover et al., 2020). Akıl hastalığı ve şiddeti ilişkilendirmek, önyargıyı ve ayrımcılığı arttırmaktadır (Cremonini et al., 2017). Ruhsal sorunu olan bireylere yönelik damgalamanın temeli, bu bireylerin karakter olarak yetersiz, tehlikeli, çevresine şiddet gösterebilen ve kısıtlanması gereken bireyler olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır (Eksteen et al., 2017).

Dünya üzerinde her dört kişiden biri hayatlarının herhangi bir noktasında ruhsal bir problemle karşılaşabilmekte ve ruhsal hastalık küresel anlamda büyük bir yük teşkil etmektedir. Buna rağmen RH bulunan bireylerin yaklaşık üçte ikisi yardım arama davranışını göstermemekte ve sorunlarını ruh sağlığı ile ilgili bir profesyonelden gizlemeyi tercih etmektedir (Grover et al., 2020). Damgalama, ruh sağlığı hizmetlerine erişmeye çalışan kişilerin kişisel özgürlüklerinin ihlal edilmesiyle de ilişkilendirilmiştir (Keller et al., 2019).

Özellikle ciddi ve kalıcı akıl hastalığı olan bireyler savunmasızdırlar, damgalama ve ayrımcılık ile beraber bu bireylerin tedavilerinde yetersizlikler, eksiklikler meydana gelebilir (Stuart, 2013). Haghigat (2001) toplumun önyargıları sebebiyle, ruhsal problemler yaşayan bireylerin ilaç tedavisi almaktan kaçındıklarını belirtmiştir (Haghigat, 2001). Ruhsal hastalıklara ve bu hastalara yönelik ortaya konan olumsuz tutumlar, ruhsal hastalıkların önlenmesinde, erken tanısında ve tedavisinde de problemlere yol açmaktadır (Bağ & Ekinci, 2006). Dolayısıyla damgalama, bazen en az hastalığın kendisi kadar tehlike teşkil etmektedir

(Avcil et al., 2016). Akıl hastalığına sahip bireylerin damgalanması ve bu bireylere karşı toplumun tutumu birçok yetişkinde utanç duygusu yaratacağından, damgalanma düşüncesinin psikiyatrik yardım arama davranışını olumsuz yönde etkilediği üzücü fakat yadsınamaz bir gerçektir (Segal et al., 2005).

Psikiyatrik anlamda sorunu bulunan bireyler, kendilerine karşı takınılan olumsuz tutumların bilincindedirler (Avcil et al., 2016). Bu noktada içselleştirilmiş damgalama kavramından da bahsedilebilir. Bu kavram; bireyin toplum tarafından kendisine gösterilen dışlama, etiketlendirme gibi olumsuz önyargıları kabul ederek, benliğini değersizleştirme, kendinden utanç duyması ve sosyal çevreden geri çekilmesidir (Corrigan, 1998). İçselleştirilmiş damgalanma, RH olan bireylerin toplumdaki damgalayıcı tutumla baş etmelerini zorlaştırmaktadır (M. A Ersoy & Varan, 2007). Ruhsal bozukluğa sahip, toplumca dışlanmış ve olumsuz tutum gösterilmiş bireyler, herhangi bir uyarın verilmeden kendilerine gösterilmiş olan olumsuz tutum yaşantıları sebebiyle damgalanmış duygusu taşıyabilmektedirler (Emin Oryal Taşkın, 2007). Grover ve ark. (2016) bipolar bozukluğu olan hastalarla yaptıkları çalışmalarında, çalışmaya dahil edilen hastaların yüksek düzeyde kendini damgaladıklarını, kendini damgalamanın en yaygın etki alanının ayrımcılık deneyimi olduğu, içselleştirilmiş damgalamanın genç hastalar ve daha düşük aile geliri olanlar arasında daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Grover et al., 2016).

Damgalama kişiyi diğerlerinden ayırırken beraberinde utanç, kaçınma, saklama, reddetme duygusunu da getirir. Akıl hastalığı, bireylerin ailesi için de onur kırıcı olarak algılanmakta ve ailede bu algılamaya sebep olan faktörler RH istenmeyen, toplum tarafından kabul görmeyen biçimde etiketlendirilmesidir (Grover et al., 2020).

2.4. Sağlık Profesyonellerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Yaklaşımları ve Önemi

Ruhsal hastalığa sahip olmak, toplumda; zayıf bir kişilik, düşük zekâ seviyesi, güvenilmezlik veya yetersizlik öngörülerine sahiptir, RB olan bireylere gösterilen bu tür olumsuz önyargılar neredeyse toplumun tüm kesimlerinde bulunmaktadır (Bekiroğlu, 2021). Toplumda damgalamayı yapan kesimlerin; hastaların aile üyeleri, sosyal çevreleri, medya organları, sağlık çalışanları olduğu görülmektedir (53-55). Ne yazık ki, akıl hastası kişilere yönelik damgalanma yalnızca genel halktan değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarından da kaynaklanmaktadır. Psikiyatrik hastalığa yönelik damgalanma, sağlık çalışanları arasında da oldukça yaygındır (Grover et al., 2020). Toplumun ve bireyin kendisinin yanı sıra, ruhsal hastalığa sahip bireylerin bakım ve tedavi veren ekip tarafından da damgalandığını ortaya koyan birçok çalışma mevcuttur (Arslan Şimşek & Buldukoğlu, 2018). Açıköz ve Akkuş'a

(2018) göre, toplum lideri meslek gruplarından olan sağlık çalışanlarının RH yönelik inançlarının bilinmesi hastalıklarının tedavisi ve rehabilitasyonu için önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının önyargılı yaklaşımları, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinde olumsuz etkiye neden olabilir (Açıkgöz & Akkuş, 2018). Sağlık profesyoneli olan hemşirelerin de yapılan birçok çalışma neticesinde ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik olumsuz tutum sergiledikleri ortaya konmuştur. Gözlemsel araştırmalar, hemşireler de dahil olmak üzere sağlık profesyonellerinin sıklıkla damgalanmanın bir parçası olduğunu bildirmektedir (Siqueira et al., 2017). Ne var ki hekimler de bu olumsuz ön yargılardan arınmış değildirler (Üçok, 1999). Dünya’da yapılan çalışmalar, hekimler arasında RH ilişkin olarak tehlikeli, tahmin edilemez gibi tanımlamalarda bulunduğu ortaya koymaktadır (Günay et al., 2016). N. Ihalainen-Tamlander ve ark. (2016) çalışmaları neticesinde genç ve ruh sağlığı eğitimi almamış hemşirelerin ruhsal hastalığa sahip bireylerden, diğer hemşirelere oranla daha fazla korktuklarını ifade ettikleri sonucuna ulaşmışlardır (Ihalainen-Tamlander et al., 2016).

Ülkemizde de yapılan çalışma sonuçlarının benzer olması dikkat çekmektedir (Günay et al., 2016). Akıl hastalığına ilişkin damgalama, sağlık alanında çalışan profesyonellerde de yaygın olarak görülmektedir. Bu durum RH olan kişilerin toplumdan izole edilmesine ayrıca tedavi süreçlerinde olumsuz durumların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Gösterilen olumsuz tutum eğilimi ve inanç beraberinde verilen bakımın da kalitesini düşürebilmektedir. Bu nedenle toplumun, ruh hastalığı ve ruhsal hasta yönünden doğru şekilde bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Dal et al., 2018).

Bazı çalışmalarda doktorların akıl hastalığı ve akıl hastaları ile ilgili tutumlarının sağlık alanında çalışmayan bireylerle benzerlik gösterdiği ve sağlık çalışanlarının da RH olan bireyler ile aralarında sosyal açıdan belli bir mesafe olması isteğinin yanı sıra bu hastalara yönelik reddedici davranışlar sergiledikleri bildirilmiştir (Emin Oryal Taşkın & Özmen, 2004).

Fujii ve ark. (2018) çalışmasında, akıl hastalarına yönelik tutumun hem genel halk hem de sağlık çalışanları için genel olarak olumlu fakat yetersiz olduğu, genel halka göre hemşirelik mesleği mensuplarının tutumlarının daha olumlu olarak bulunduğu bildirilmiştir (Fujii et al., 2018). Koutra ve ark. (2021) çalışmasında ise ruh sağlığı profesyonellerinin ağır ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı tutumlarının genellikle olumlu olduğu sonucuna varmışlardır (Koutra et al., 2021). Nitekim yapılan çalışmaların çelişkili sonuçlar verdiği de görülmektedir.

Bostancı ve Aştı (2004), psikiyatri alanında görev yapan hemşirelerin, RH karşı psikiyatri dışındaki alanlarda görev yapan hemşirelere göre daha olumlu bir tutum eğilimi içinde olduklarını bildirmişlerdir (Bostancı & Aştı, 2004).

Sena Ulutaş S. ve ark. (2019) çalışmasında, RH olan bireylere karşı damgalayıcı tutumun doktorlar arasında yaygın olduğunu gözlenmiş ve genel olarak psikiyatri bölümündeki doktorların diğer bölümlerdeki doktorlara göre daha fazla damgalama yaptığı sonucuna ulaşmışlardır (Ulutaş et al., 2019).

Dickerson ve arkadaşlarının çalışmasında ise akıl hastalığından muzdarip bireyleri, toplumun birçok kesiminin damgaladığı saptanmıştır (64,65).

Çam ve Baysan Arabacı (2014) çalışmasında, psikiyatri hastanesinde görev yapan hemşirelerin RH ilişkin inançlarının, toplumun inançlarıyla benzer şekilde olumsuz olduğunu bildirmişlerdir (Olcaç Çam & Baysan Arabacı, 2014). Grover ve ark. (2020) hemşireler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında hemşirelerin ruhsal hastalığa sahip bireyler üzerinde olumlu bir tutuma sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır (Grover et al., 2020).

Sağlık çalışanları da nihayetinde toplumun birer bireyi olduklarından, toplumda var olan damgalama eğiliminden, ön yargı ve olumsuz tutumlardan etkilenebilirler. Sağlık profesyonelleri toplumun olumsuz inançlarının etkisi altında kalmışsa, sağlık hizmeti ve bakım vermede güçlük çekebilir veya kaçınabilirler (Arkan et al., 2011). Psikiyatrik olarak sorunu olan bireylerin toplum tarafından damgalanmasının yanı sıra, onlara bu sorunla başa çıkmada bakım ve tedavilerini sağlayacak olan sağlık profesyonelleri tarafından da damgalanması, tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (Arslan Şimşek & Buldukoğlu, 2018). Sağlık çalışanları tarafından gösterilen önyargılı tutum ve davranışlar, tedavi sürecini olumsuz etkileyip RH sahip bireylerin damgalanma korkusu sebebiyle psikiyatrik ilaç tedavisinden kaçınmalarına ve tedavi süreçlerinin kesintiye uğramasına neden olabilir (Arkan et al., 2011). Gureje ve ark. (2015) özellikle sağlık çalışanlarının hastalara karşı olumsuz tutumları ve damgalamalarının, hastaların hizmetleri kullanımında engel oluşturduğu ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişiler ile yakınlarının, olumsuz tutum ve damgalanmadan kaçınmak için hizmeti almaktan kaçınabildiklerini bildirmişlerdir (Gureje et al., 2015). Bu durumun tam aksine, sağlık çalışanlarının toplumun olumlu tutum geliştirmesinde danışman ve rol model olması beklenmektedir (Arkan et al., 2011).

Ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavileri sonrasındaki olumlu değişimler göstermesine şahit olan sağlık çalışanlarının bu hastalıklardan muzdarip bireylere yönelik tutumlarında olumlu yönde değişiklik gösterdikleri bilinmektedir. Arslan Büyükbayram

(2020) çalışmalarında, psikiyatri hemşireliği dersini alan öğrencilerin, damgalamayı önlemeye yönelik daha geniş bir bakış açısına sahip olduğunu ortaya koymuşlardır (Büyükbayram Arslan et al., 2020).

Bostancı ve Aştı (2004) çalışmaları sonucunda, psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin, diğer birimlerde çalışanlara göre RH karşı daha olumlu tutum eğilimi gösterdiklerini saptamışlardır. (Bostancı & Aştı, 2004).

Chambers (2010) ve arkadaşlarının beş farklı ülkede hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, genel olarak psikiyatri hemşirelerinin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının pozitif yönde olduğunu saptamışlardır (Chambers et al., 2010).

Sağlık personellerinin RH karşı önyargılı tutumların hastalarda yaratacağı olumsuz etkilere ilişkin belirli bir bilgi düzeyine sahip olması gereklidir (Asan, 2019). Nitekim hemşirelik; köklerini binlerce yıl öncesinden sevgi, şefkat ile hastanın bakımı ve tedavisinden alan, insanla başlayan, insanın gereksinimlerini yerine getirmeyi amaçlayan, uğraş alanı insan olan ve bakıma temellenmiş bir sağlık disiplindir (71,72). İnsan, sağlık-hastalık ve çevre hemşireliğinin odağını oluşturan kavramlardır (Arslan Şimşek & Buldukoğlu, 2018). Virginia Henderson'a göre "İnsanın temel gereksinimleri aynıdır, ancak birbirinin aynı iki insan yoktur. Bu nedenle hemşire, hastanın gereksinimlerini o hastaya özgü olarak değerlendirip, uygun bakımı vermelidir" (O Çam & Engin, 2014). Hemşire, insanı etkileyen tüm unsurları tanımlamalı ve bakımını o yönde vermelidir. Aynı zamanda kültürel farklılıklara bağlı gelişen ruhsal hastalıkları bilmeli, bireylerin ruhsal hastalık belirtilerini ortaya koyuş biçimleri ile kültürel özellikleri arasındaki ilişkiyi doğru değerlendirmeli ve bu hastalıkların önlenmesine yönelik bireye, aileye ve topluma koruyucu bakım vermelidir (56,73).

Tüm bunların yanı sıra hemşireler, RH olan bireye yönelik olumlu tutum geliştirmede topluma rol model olmalı, bu hastalara yönelik damgalama eğiliminin önüne geçmeli, damgalamanın bu hastalar üzerinde yaratabileceği risk ve olumsuz etkiler hakkında donanımlı olmalı ve toplumu bu konuda bilgilendirmeli, yaşanabilecek ön yargı ve olumsuz tutumun profesyonel hemşirelik davranışını etkilemesine izin vermemelidir. Olumsuz inanç ve yaklaşımlar değiştiği ölçüde RH sahip bireyler daha etkili bakım görebilecek, sosyal yaşantılarında çevrelerinden daha fazla destek bulabilecek ve hayata uyum sağlayabileceklerdir (Oban & Küçük, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Soruları

- Hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı tutumları nasıldır?
- Hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı olan inançları sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
- Hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı olan inançları mesleki özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı

Araştırma tanımlayıcı tipte olup, 04/04/2022 – 29/04/2022 tarihleri arasında Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 405 yatak kapasiteli, 445 hemşirenin faaliyet gösterdiği Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 13.07.2021 tarihli 2021/16 sayılı kararı ile tez konusu onaylanmıştır (EK-1). Araştırmanın yürütülebilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.12.2021 tarihli toplantısında 2021/034 sayılı karar ile etik kurul onayı alındı (EK-2).

Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma verilerinin toplanabilmesi amacıyla kurum izni alındı (EK-3). Çalışmaya katılan hemşirelerden veriler toplanmadan önce Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu (EK-7) kapsamında çalışma hakkında bilgi verildi.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde görev yapan 445 hemşire oluşturmaktadır.

3.4.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örneklem hesaplanması yapılmadan evrenin tümüne ulaşılması hedeflendi. Ancak Covid-19 pandemisi nedeniyle ulaşılamayan birimler ve risk etkenleri, idari ve doğum izni, rapor, geçici görevlendirme, araştırmaya katılmak istememe gibi nedenlerden dolayı 254 hemşireye ulaşılabildi.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

Araştırmaya sadece Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi bünyesinde görev yapan, yazılı ve sözel onam alınmış hemşireler katıldı.

Dâhil edilme ölçütlerini karşılamayan, araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılmak isteyen ve çalışmayı tamamlayamayan hemşireler çalışma dışında bırakıldı.

3.6. Veri Toplama Gereçleri

Araştırma verileri, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelere yönelik araştırmacı tarafından literatür gözden geçirilerek hazırlanan 14 soruluk “Kişisel Bilgi Formu” (EK-4) ve “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)” (EK-6) uygulanarak toplandı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan 14 soruluk kişisel bilgi formu; sosyodemografik, mesleki ve ruhsal hastalıklara yönelik tanıtıcı özellikleri belirleyen sorular içermektedir. Sosyodemografik özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi özellikleri belirlemeye yönelik sorulardır. Mesleki özellikler; şu anda çalışılan servis, meslekteki toplam hizmet süresi, çalışılan serviste ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı, psikiyatri servisinde çalışma deneyimine sahip olup olmama gibi soruları içermektedir. Ruhsal hastalığa yönelik tanıtıcı özellikleri ise psikiyatrik tanı veya öykülerinin bulunması, yakın çevrelerinde RH sahip birey bulunma durumu, RH sahip olan bireylerin yarattığı duygu gibi soruları içermektedir.

3.6.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

2000 yılında Hirai ve Clum tarafından geliştirilen ölçeğin (75) Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlik-güvenirliliği Bilge tarafından 2006 yılında doktora tezi çalışmasında yapılmıştır (76). Ölçek 21 maddeden ve Tehlikelilik, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma, Utanma alt boyutu olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinde Cronbach Alpha Katsayısı Asya toplumu için 0.91; Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışmasında 0.82 olarak bulunmuştur. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği; 6'lı Likert tipinde tasarlanmıştır. “Tamamen katılmıyorum: 0”, “Çoğunlukla katılmıyorum: 1”, “Kısmen katılmıyorum: 2”, “Kısmen katılıyorum: 3”, “Çoğunlukla katılıyorum: 4”, “Tamamen katılıyorum: 5” şeklinde puanlanmaktadır.

Tehlikelilik Alt Boyutu: Bu alt boyut ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu ile ilgilidir. Alt boyut 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 13. maddeleri içermektedir ve en çok alınabilecek puan 40'tır. Cronbach alfa değeri 0.71 olarak bulunmuştur.

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu: Kişinin RH olan bireylerle kişilerarası ilişkilerinde bozulma yaşadığını ve ruhsal sorunlu bireylerin çaresiz bir yaşantıya sahip olduğunu ifade eder. Alt boyut 8., 9., 10., 11., 14., 16., 17., 18., 19., 20., 21. maddeleri içermektedir ve alınabilecek en yüksek puan 55'tir. Cronbach alfa değeri 0.80 olarak bulunmuştur.

Utanma Alt Boyutu: Bu alt boyut akıl hastalığının utanılacak bir durum olduğu ile ilgilidir. Alt Ölçek 12. ve 15. maddeleri içermektedir ve alınabilecek en yüksek puan 10'dur. Cronbach alfa değeri 0.69 olarak bulunmuştur.

Ölçekten alınabilecek minimum toplam puan 0, maksimum toplam puan ise 105'tir. Değerlendirme, alınabilecek toplam ölçek puanının ortalamasına göre yapılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçek maddelerine verdikleri yanıt karşılığında almış oldukları toplam ölçek puanının, alınabilecek ortalama puandan yüksek olması ruhsal hastalığa karşı olumsuz inancı yansıtırken, düşük olması olumlu inancı işaret etmektedir.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri 04/04/2022 – 29/04/2022 arasında Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde yüz yüze görüşülerek toplandı. Anket formunu yanıtlamadan önce araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden onay alındı ve anket hakkında sözlü olarak açıklama yapıldı. Hemşirelere veri toplama formu dağıtılıp ortalama 20-30 dakika sonra toplandı. Araştırma sonuçları, çalışmaya katılan toplam 254 hemşire tarafından uygun şekilde yanıtlanarak veri formundan elde edilen bilgilere göre değerlendirildi.

3.8. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences 23 (SPSS 23.0) kullanılarak değerlendirildi. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediklerini belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Ölçeğin "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma" ile "Tehlikelilik" alt boyut puanları ile RHİÖ toplam puanlarının normal dağılım gösterdiği, "Utanma" alt boyut puanlarının normal dağılım göstermediği saptandı. Normal dağılım gösteren verilerde; iki grubu bulunan değişkenler için Bağımsız Örneklem t testi, üç ve daha fazla grubu bulunan değişkenler için Tek Yönlü Varyans Analiz testi kullanıldı. Üç veya daha fazla grubun puan ortalamalarının

karşılaştırılmasında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Scheffe Post-hoc testi kullanıldı. Ölçek alt boyutları arasındaki ilişki için Pearson Korelasyon (r) testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen verilerde; iki grubu bulunan değişkenler için Mann Whitney U ve üç veya daha fazla değişkeni olan gruplar için Kruskal-Wallis H testleri kullanıldı. Ölçek güvenilirliği için Cronbach Alfa testi kullanıldı. Veriler %95 güven aralığında 0.05 hata payı ile anlamlı kabul edildi.

Tablo 3.1 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ölçeğin Alt Boyutlarına Ait Varyansların Homojenliği Testi (N=254)

Ölçek Ve Alt Boyutlar	Levene İstatistik Değeri	SD1	SD2	Anlamlılık Değeri p
Tehlikelilik Alt Boyutu	0.094	1	252	0.759
ÇKİB Alt Boyutu	0.245	1	252	0.621
Utanma Alt Boyutu	0.671	1	252	0.413
Ölçek Toplam	0.773	1	252	0.380

ÇKİB: Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma; SD: Serbestlik derecesi

Tablo 3.1’de RHİÖ ve alt boyutlarına ait varyansların homojenliğine ait değerler yer almaktadır. Ölçek toplam puanı ve alt boyut anlamlılık değerleri $p>0.05$ olması sebebiyle varyanslar homojen dağılım göstermektedir.

Tablo 3.2 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ölçeğin Alt Boyutlarına Ait Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi (N=254)

Ölçek Ve Alt Boyutlar	İstatistik Değeri	SD	Anlamlılık Değeri p
Tehlikelilik Alt Boyutu	0.052	254	0.089
ÇKİB Alt Boyutu	0.055	254	0.062
Utanma Alt Boyutu	0.238	254	0.000
Ölçek Toplam	0.035	254	0.200

ÇKİB: Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma SD: Serbestlik derecesi

Tablo 3.2’de RHİÖ ve alt boyutlarına ait Kolmogorov-Smirnov normallik testi sonuçları yer almaktadır. Dağılımın normal olduğuna karar verebilmek için p değerinin 0.05’in üzerinde olması gerekmektedir. Tehlikelilik alt boyutu, ÇKİB alt boyutu ve ölçek toplamı anlamlılık değeri $p>0.05$ olarak saptanıp, normal dağılım gösterdiği tespit edildi.

Utanma alt boyutu anlamlılık değeri $p<0.05$ olduğundan normal dağılım göstermediği saptandı. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar leği utanma alt boyutunun histogram grafiği incelendiğinde normal dağılım eğrisinin koşullarına tam olarak uymadığı ve bir miktar sağa çarpık olduğu tespit edildi.

Tablo 3.3 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar leği ve ölçeğin Alt Boyutlarına Ait Madde Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Ve Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha Katsayısı	Madde Sayısı
Tehlikelilik Alt Boyutu	0.73	8
KİB Alt Boyutu	0.86	11
Utanma Alt Boyutu	0.70	2
Ölçek Toplam	0.88	21

KİB: Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma

Tablo 3.3'te RHİÖ ve alt boyutlarına ait Cronbach's Alpha katsayı değerleri yer almaktadır. Ölçek toplam puanına ait Cronbach's Alpha katsayı değeri 0.88 olarak tespit edildi.

4. BULGULAR

Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını belirlemeye yönelik yapılan araştırmanın bulguları sunulmuştur.

Tablo 4.1 Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş ortalaması [35.27±7.74 (min.18-max.52)]		
Yaş		
18-29 yaş arası	74	29.1
30-40 yaş arası	107	42.1
41 ve üzeri yaş (≥41)	73	28.8
Cinsiyet		
Kadın	195	76.8
Erkek	59	23.2
Medeni durum		
Evli	190	74.8
Bekâr	64	25.2
Eğitim düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi (SML)	8	3.1
Önlisans	36	14.2
Lisans	196	77.2
Lisansüstü	14	5.5
Toplam	254	100.0

Tablo 4.1’de hemşirelerin sosyodemografik (tanıtıcı) özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %42.1’inin 30-40 yaş aralığında olduğu, %76.8’inin kadın, %23.2’sinin erkek olduğu tespit edildi. Katılımcıların %74.8’inin evli, %25.2’sinin bekâr olduğu, %3.1’inin sağlık meslek lisesi, %77.2’sinin lisans düzeyinde öğrenim gördüğü belirlendi.

Tablo 4.2 Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine göre Dağılımı

Mesleki Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesleki deneyim		
1-6 yıl arası	74	29.1
7-15 yıl arası	85	33.5
16 yıl ve üzeri (≥ 17)	95	37.4
Çalışılan birim		
Yataklı servis	90	35.4
Yoğun bakım	61	24.0
Ameliyathane	34	13.4
Acil servis	21	8.3
Poliklinik	28	11.0
Diğer (Hemovijilans, Nutrisyon, Diyabet Hemş. Vs.)	20	7.9
Ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı		
Çok sık	86	33.9
Ara sıra	125	49.2
Çok nadir	41	16.1
Hiçbir zaman	2	0.8
Psikiyatri servisinde çalışma deneyimi		
Var	24	9.4
Yok	230	90.6
Ruhsal hastalıklar konusunda eğitim alma durumu		
Evet	87	34.3
Hayır	167	65.7
Ruhsal hastalığı olan bireye bakım verme konusunda eğitim alma isteği durumu		
Evet	156	61.4
Hayır	98	38.6
Toplam	254	100.0

Tablo 4.2’de hemşirelerin mesleki özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Katılımcıların %33.5’inin 7-15 yıl, %37.4’ünün 16 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip oldukları saptandı. Araştırmaya katılan hemşirelerin %35.4’ünün yataklı servislerde, %24.0’ının yoğun bakım ünitesinde görev yaptığı tespit edildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin, ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklıklarını, %33.9’u çok sık, %49.2’si ara sıra, %16.1’i çok nadir, %0.8’i ise hiçbir zaman olarak ifade ettikleri belirlendi. Hemşirelerin %90.6’sının psikiyatri servisinde çalışma deneyimi bulunmazken, %9.4’ünün psikiyatri servis deneyimi bulunduğu saptandı. Araştırmaya katılan hemşirelerin %65.7’si ise ruhsal hastalıklara konusunda eğitim almadıkları belirlendi. Katılımcıların %61.4’ü ruhsal hastalığa sahip olan bireye bakım verme konusunda eğitim almayı istediğini belirtirken, %38.6’sının ise bu konuda eğitim almak istemediklerini belirttikleri tespit edildi.

Tablo 4.3 Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerine göre Dağılımı

Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Psikiyatrik tanı veya öyküsü bulunma durumu		
Var	20	7.9
Yok	234	92.1
Yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey bulunma durumu		
Var	98	38.6
Yok	156	61.4
Ruhsal hastalığa sahip bireylerin yarattığı duygu		
Acıma	56	22.0
Tedirginlik	85	33.5
Korku	23	9.1
Şefkat	64	25.2
Merak	26	10.2
Psikiyatri servisinde çalışmaları halinde his durumları		
Güvende hisseder	16	6.3
Güvende hissetmez	118	46.5
Kararsız	120	47.2
Toplam	254	100.0

Tablo 4.3'te hemşirelerin ruhsal hastalıklar ile ilgili tanıtıcı özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %7.9'unun psikiyatrik tanı veya öyküsünün bulunduğu, %92.1'inin psikiyatrik tanı veya öyküsünün bulunmadığı saptandı. Katılımcıların %38.6'sının çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey bulunduğu, %61.4'ünün yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey bulunmadığı tespit edildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin, ruhsal hastalığa sahip bireylerin onlarda yarattığı duyguya %22.0'ının acıma, %33.5'inin tedirginlik şeklinde yanıt verdikleri saptandı. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, psikiyatri servisinde çalışmaları halinde his durumlarını, %6.3'ü güvende hissedeceği, %46.5'i güvende hissetmeyeceği, %47.2'si kararsız şekilde belirttikleri tespit edildi.

Tablo 4.4 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ölçeğin Alt Boyut Puan Ortalamalarına Ait Betimsel İstatistikler (N=254)

RHIÖ Ve Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Beklenen Min. ve Max. Değerler	Gözlenen Min. ve Max. Değerler	$\bar{X} \pm Ss$
Tehlikelilik	8	0-40	9-40	23.73±6.23
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	11	0-55	2-51	28.14±10.02
Utanma	2	0-10	0-10	1.80±2.17
RHIÖ Toplam	21	0-105	13-93	53.69±15.46

Tablo 4.4'te RHIÖ ve alt boyut puan ortalamalarına ait betimsel istatistikler yer almaktadır. 8 maddeden oluşan tehlikelilik alt boyutu puanı 23.73±6.23, 11 maddeden oluşan ÇKİB alt boyut puanı 28.14±10.02, 2 maddeden utanma alt boyutu ölçek puanı 1.80±2.17, toplam 21 maddeden oluşan RHIÖ toplam puanı 53.69±15.46 olarak saptandı.

Tablo 4.5 Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Ölçekten ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (N=254)

Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	n	Tehlikelilik Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	ÇKİB Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	Utanma Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	RHIÖ Toplam $\bar{X} \pm Ss$
Yaş					
18-29 yaş	74	23.25±5.99	26.31±10.01	1.71±2.32	51.28±15.01
30-40 yaş	107	24.29±6.33	28.98±10.33	1.93±2.08	55.21±16.09
41 ve üzeri yaş	73	23.39±6.33	28.79±9.46	1.71±2.16	53.90±14.86
Önemlilik		F=0.762	F=1.774	KW=1.857	F=1.428
Testi		p=0.468	p=0.172	p=0.395	p=0.242
Cinsiyet					
Kadın	195	23.62±6.17	28.36±9.81	1.77±2.12	53.76±15.16
Erkek	59	24.10±6.46	27.42±10.75	1.91±2.33	53.44±16.56
Önemlilik		t=-0.513	t=0.634	MW=5702.0	t=0.143
Testi		p=0.608	p=0.527	p=0.915	p=0.887
Medeni Durum					
Evli	190	24.05±6.29	28.73±10.28	1.96±2.24	54.75±15.65
Bekâr	64	22.79±5.97	26.40±9.73	1.34±1.91	50.54±14.54
Önemlilik		t=1.397	t=1.613	MW=5071.5	t=1.891
Testi		p=0.164	p=0.108	p=0.037*	p=0.060
Eğitim düzeyi					
SML	8	23.50±3.74	21.87±12.75	0.87±2.47	46.25±15.36
Önlisans	36	24.52±6.51	28.00±8.61	2.05±2.59	54.58±14.86
Lisans	196	23.79±6.28	28.48±10.38	1.81±2.10	54.09±15.92
Lisansüstü	14	21.00±5.60	27.42±5.25	1.64±1.86	50.07±8.65
Önemlilik		F=1.104	F=1.146	KW=3.767	F=0.956
Testi		p=0.348	p=0.513	p=0.288	p=0.414

ÇKİB: Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma **F:** Tek Yönlü Varyans Analizi

t: Bağımsız Örneklem t testi **MW:** Mann Whitney U testi **KW:** Kruskal-Wallis H testi

Tablo 4.5'te hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin RHİÖ ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine göre, tehlikelilik alt boyutu, ÇKİB alt boyutu, utanma alt boyutu ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık belirlenmedi ($p>0.05$).

Hemşirelerin medeni durumlarına göre tehlikelilik alt boyutu, ÇKİB alt boyutu ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Medeni durum ile utanma alt boyutundan alınan puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edildi ($MW=5071.5$; $p=0.037$). Yapılan ileri istatistiksel değerlendirmede evli olan katılımcıların, bekâr olan katılımcılara göre ruhsal hastalıklara karşı daha fazla utanma duygusu yaşadıkları saptandı.

Tablo 4.6 Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Ölçekten ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (N=254)

Hemşirelerin Mesleki Özellikleri	n	Tehlikelilik Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	ÇKİB Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	Utanma Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	RHİÖ Toplam $\bar{X} \pm Ss$
Mesleki deneyim					
1-6 yıl arası	74	23.25±6.19	26.13±10.07	1.66±2.15	51.05±15.21
7-15 yıl arası	85	23.25±6.47	27.51±10.14	1.80±2.16	52.85±15.90
16 ve üzeri	95	24.29±6.06	30.28±9.57	1.92±2.21	56.50±14.95
Önemlilik Testi		F=0.646 p=0.525	F=3.902 p=0.021*	KW=0.941 p=0.625	F=2.815 p=0.062
Çalışılan birim					
Yataklı Servis	90	24.14±6.19	28.35±10.25	2.22±2.37	54.72±16.53
Yoğun Bakım	61	23.63±6.66	27.31±10.09	2.04±2.11	53.00±15.21
Ameliyathane	34	23.52±5.76	28.41±8.53	1.14±1.92	53.08±13.68
Acil Servis	21	22.52±5.81	28.41±11.73	1.19±2.01	52.14±17.70
Poliklinik	28	23.60±6.77	26.89±11.07	1.21±1.49	51.71±16.51
Diğer (Hemovijilans, Nutrisyon, vs.)	20	24.00±5.96	30.80±8.12	1.80±2.41	56.60±10.24
Önemlilik Testi		F=0.252 p=0.938	F=0.463 p=0.803	KW=13.254 p=0.021*	F=0.385 p=0.859

ÇKİB: Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma **F:** Tek Yönlü Varyans Analizi

t: Bağımsız Örneklem t testi **MW:** Mann Whitney U testi **KW:** Kruskal-Wallis H testi

Tablo 4.6 Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Ölçekten ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (N=254) (Devamı)

Hemşirelerin Mesleki Özellikleri	n	Tehlikelilik Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	ÇKİB Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	Utanma Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	RHIÖ Toplam $\bar{X} \pm Ss$
Ruhsal hastalıkla karşılaşma sıklığı					
Çok sık	86	24.22±6.65	28.62±10.51	1.80±1.90	54.65±16.31
Ara sıra	125	22.99±6.10	27.04±9.91	1.81±2.33	51.85±15.51
Çok nadir	41	24.80±5.55	29.97±8.76	1.87±2.27	56.65±12.61
Hiçbir zaman	2	27.50±6.36	39.00±15.55	0.00±0.00	66.50±21.92
Önemlilik		F=1.420	F=1.819	KW=2.331	F=1.671
Testi		p=0.237	p=0.144	p=0.507	p=0.174
Psikiyatri deneyimi					
Var	24	22.16±7.11	28.08±12.89	1.25±1.79	51.50±19.87
Yok	230	23.90±6.12	28.15±9.71	1.86±2.20	53.92±14.96
Önemlilik		t=-1.298	t=-0.027	MW=2308.0	t=-0.580
Testi		p=0.195	p=0.979	p=0.166	p=0.567
Ruhsal hastalıklar konusunda eğitim alma durumu					
Evet	87	23.67±6.18	28.20±9.78	1.71±2.20	53.59±14.86
Hayır	167	23.76±6.27	28.11±10.17	1.85±2.16	53.74±15.81
Önemlilik		t=-0.107	t=0.066	MW=6896.5	t=-0.071
Testi		p=0.915	p=0.948	p=0.487	p=0.944
Eğitim alma isteği					
Evet	156	23.70±6.01	27.83±9.79	1.77±2.18	53.32±15.55
Hayır	98	23.78±6.58	28.64±10.41	1.85±2.16	54.28±15.38
Önemlilik		t=-0.100	t=-0.621	MW=7486.5	t=-0.483
Testi		p=0.920	p=0.535	p=0.772	p=0.629

ÇKİB: Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma **F:** Tek Yönlü Varyans Analizi

t: Bağımsız Örneklem t testi **MW:** Mann Whitney U testi **KW:** Kruskal-Wallis H testi

Tablo 4.6’da hemşirelerin mesleki zelliklerinin RHİÖ ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile tehlikelilik alt boyutu, utanma alt boyutu ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki deneyimleri ile KİB alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=3.902$; $p=0.021$). Yapılan ileri düzey istatistiksel analiz post-hoc testi ile 16 yıldan daha fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin diğerlerine göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıkları tespit edildi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları birime göre tehlikelilik alt boyutu, KİB alt boyutu ve ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları birim ile utanma alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($KW=13.254$; $p=0.021$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin RH sahip bireyle karşılaşma sıklığı durumları ile RHİÖ ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin RH konusunda eğitim alma durumları ile RHİÖ ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireye bakım verme konusunda eğitim alma istekleri ile RHİÖ ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.7 Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçekten ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (N=254)

Hemşirelerin RH ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri	n	Tehlikelilik Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	ÇKİB Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	Utanma Alt Boyutu $\bar{X} \pm Ss$	RHIÖ Toplam $\bar{X} \pm Ss$
Psikiyatrik tanı veya öyküsü bulunma durumu					
Var	20	22.60±5.78	25.80±10.05	1.45±2.06	49.85±14.57
Yok	234	23.83±6.27	28.35±10.02	1.83±2.18	54.02±15.52
Önemlilik		t=-0.849	t=-1.092	MW=2038.5	t=-1.159
Testi		p=0.397	p=0.276	p=0.316	p=0.248
Yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey bulunma durumu					
Var	98	22.73±6.75	26.82±10.10	1.58±1.99	51.14±16.03
Yok	156	24.36±5.81	28.98±9.91	1.94±2.27	55.29±14.92
Önemlilik		t=-1.975	t=-1.673	MW=7013.5	t=-2.097
Testi		p=0.050*	p=0.096	p=0.246	p=0.037*
Ruhsal hastalığa sahip bireylerin yarattığı duygu					
Acıma	56	24.73±5.68 ^{a1}	31.60±9.87 ^{a1}	2.21±2.40	58.55±14.41 ^{a1}
Tedirginlik	85	25.41±5.85 ^{a2}	29.82±9.98 ^{a2}	1.90±2.18	57.14±15.29 ^{b1}
Korku	23	26.65±6.55 ^{b1}	29.47±9.51 ^{a3}	2.17±2.30	58.30±15.42 ^{b2}
Şefkat	64	21.79±5.06 ^{c1}	25.14±8.44 ^{b1}	1.32±1.96	48.26±12.56 ^{c1}
Merak	26	18.30±6.68 ^{c2}	21.46±10.07 ^{b2}	1.46±1.88	41.23±14.81 ^{c2}
Önemlilik		F=11.186	F=7.363	KW=6.668	F=10.519
Testi		p=0.000*	p=0.000*	p=0.083	p=0.000*
Psikiyatri servisi his durumları					
Güvende hisseder	16	20.00±5.20	22.31±8.41	0.87±1.96	43.18±13.85
Güvende hissetmez	118	25.89±5.91	31.37±9.97	2.00±2.07	59.27±14.36
Kararsız	120	22.10±5.96	25.75±9.29	1.74±2.27	49.60±14.79
Önemlilik		F=15.708	F=13.418	KW=7.768	F=17.596
Testi		p=0.000*	p=0.000*	p=0.021*	p=0.000*

ÇKİB: Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma **F:** Tek Yönlü Varyans Analizi

t: Bağımsız Örneklem t testi **MW:** Mann Whitney U testi **KW:** Kruskal-Wallis H testi

a .b, c harfleri anlamlı farkın hangi duygudan kaynaklandığını belirlemeye yönelik işaretlerdir.

Tablo 4.7’de hemşirelerin ruhsal hastalıklar ile ilgili tanıtıcı özelliklerinin RHİÖ ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yakın çevresinde RH olan birey bulunma durumları ile RHİÖ toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptandı ($t=2.097$; $p=0.037$). Araştırmaya katılan hemşirelerin yakın çevresinde RH olan birey bulunma durumları ile tehlikelilik alt boyutu puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($t=1.975$; $p=0.050$). Yakın çevresinde RH sahip birey bulunmayan hemşirelerin tehlikelilik alt boyut puanları ve ölçek toplam puan ortalamaları, yakın çevresinde RH sahip birey bulunanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi.

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin hemşirelerde yarattığı duyguya göre, tehlikelilik alt boyutu ($F=11.186$; $p<0.001$), ÇKİB alt boyutu ($F=7.363$; $p<0.001$) ve ölçek toplam puanı ($F=10.519$; $p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi. Yapılan ileri düzey istatistiksel analiz post-hoc testi ile tehlikelilik alt boyutuna göre acıma ve tedirginlik duygusu arasında bir farklılaşmanın olmadığı, aynı şekilde şefkat ile merak duygusu arasında bir farklılaşma olmadığı fakat acıma ve tedirginlik duygusunun puan ortalamalarının şefkat ve merak duygusuna göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Korku duygusunun diğer duygulardan hem en fazla farklılaşan hem de puan ortalaması en yüksek olan duygu olduğu tespit edildi. Bu sonuca göre ruhsal hastalığa sahip bireyleri daha fazla tehlikeli gören hemşirelerin korku duygusunu, diğer duygulara oranla daha fazla yaşadıkları tespit edildi. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutuna göre acıma, tedirginlik ve korku duygusunun şefkat ve merak duygusuna göre farklılaştığı fakat bu üç duygunun kendi içinde farklılaşmadığı tespit edildi. Bu sonuca göre ruhsal hastalığa sahip bireylerle kişilerarası ilişkilerinde bozulma yaşadığını ve ruhsal hastalığı olan bireylerin çaresiz bir yaşantısı olduğunu düşünen hemşirelerin, acıma, tedirginlik ve korku duygusunu şefkat merak duygusuna göre daha fazla yaşadıkları tespit edildi. Ölçek toplam puanına göre ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı daha fazla olumsuz tutuma sahip hemşirelerin en fazla acıma duygusunu yaşadıkları, korku ile tedirginlik duygusunun ve şefkat ile merak duygusunun farklılaştıkları fakat bu duyguların kendi aralarında farklılaşmadıkları tespit edildi.

Katılımcıların psikiyatri servisinde çalışmalarında halinde his durumları ile tehlikelilik alt boyutu ($F=15.708$; $p<0.001$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ($F=13.418$; $p<0.001$), utanma alt boyutu ($KW=7.768$; $p=0.021$) ve ölçek toplam puanına ($F=17.596$; $p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptandı. Yapılan ileri düzey istatistiksel analiz post-hoc testi ile anlamlı farkın, psikiyatri

servisinde çalışmaları halinde güvende hissetmeyeceğini belirten katılımcılardan kaynaklandığı, güvende hissetmeyen katılımcıların, güvende hissedener ve kararsızlara göre RH karşı daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları, daha tehlikeli olduğunu düşündükleri, daha fazla çaresiz bir yaşantıya sahip olduklarını ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarını ve RH daha fazla utanılacak bir durum olduğunu düşündükleri saptandı.

Tablo 4.8 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları Korelasyon Analizi (N=254)

		Tehlikelilik Alt Boyutu	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu	Utanma Alt Boyutu
Tehlikelilik Alt Boyutu	r	1,000	0,596	0,287
	p		0,000*	0,000*
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu	r		1,000	0,337
	p			0,000*
Utanma Alt Boyutu	r			1,000

***Korelasyon $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.*

Tablo 4.8’de katılımcıların RHİÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Tehlikelilik ile ÇKİB alt boyut puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde ($r=0.596$) ve anlamlı ($p < 0,001$) bir ilişki saptandı. Katılımcıların tehlikelilik ile çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puan ortalamalarının birlikte artış veya azalış gösterdiği saptandı. Tehlikelilik ile utanma alt boyut puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde pozitif yönde ($r=0.287$) ve anlamlı ($p < 0,001$) bir ilişki tespit edildi. Katılımcıların tehlikelilik ile utanma alt boyut puan ortalamalarının birlikte artış veya azalış gösterdiği bulundu. Utanma ile ÇKİB alt boyut puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde ($r=0.337$) ve anlamlı ($p < 0,001$) bir ilişki belirlendi. Katılımcıların utanma ile ÇKİB alt boyut puan ortalamalarının birlikte artış veya azalış gösterdiği saptandı.

Tablo 4.9 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Tehlikelilik Alt Boyutu Maddelerine Verilen Cevap Frekansları

Tehlikelilik Alt Boyut Maddeleri	Tamamen Katılmıyorum		Çoğunlukla Katılmıyorum		Kısmen Katılmıyorum		Kısmen Katılıyorum		Çoğunlukla Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-Ruhsal hastalığı olan bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.	9	3.5	13	5.1	23	9.1	70	27.6	81	31.9	58	22.8
2-Ruhsal hastalıklar fiziksel hastalıklara göre daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.	7	2.8	3	1.2	17	6.7	50	19.7	64	25.2	113	44.5
3-Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.	26	10.2	40	15.7	56	22.0	88	34.6	26	10.2	18	7.1
4-“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.	42	16.5	36	14.2	57	22.4	70	27.6	28	11.0	21	8.3
5-Ruhsal hastalığı olan bireyin sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.	9	3.5	15	5.9	33	13.0	87	34.3	45	17.7	65	25.6
6-Ruhsal hastalığı olan bireyin suç işleme olasılığı daha fazladır.	12	4.7	24	9.4	31	12.2	85	33.5	63	24.8	39	15.4
7-Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.	5	2.0	20	7.9	50	19.7	100	39.4	44	17.3	35	13.8
8-Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.	36	14.2	46	18.1	72	28.3	61	24.0	23	9.1	16	6.3

Tablo 4.9’da RHIÖ tehlikelilik alt boyutuna ait maddelerin cevap frekans ve yüzdeleri yer almaktadır.

Tablo 4.10 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu Maddelerine Verilen Cevap Frekansları

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyut Maddeleri	Tamamen Katılmıyorum		Çoğunlukla Katılmıyorum		Kısmen Katılmıyorum		Kısmen Katılıyorum		Çoğunlukla Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1-Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.	24	9.4	16	6.3	43	16.9	80	31.5	45	17.7	46
2-Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.	19	7.5	31	12.2	42	16.5	75	29.5	47	18.5	40	15.7
3-Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.	7	2.8	27	10.6	54	21.3	91	35.8	49	19.3	26	10.2
4-Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.	25	9.8	40	15.7	52	20.5	83	32.7	34	13.4	20	7.9
5-Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne-baba olma olasılığı daha düşüktür.	34	13.4	39	15.4	62	24.4	58	22.8	36	14.2	25	9.8
6-Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.	43	16.9	48	18.9	55	21.7	58	22.8	28	11.0	22	8.7
7-Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.	18	7.1	47	18.5	55	21.7	66	26.0	38	15.0	30	11.8
8-Çoğu birey, ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.	25	9.8	48	18.9	53	20.9	57	22.4	47	18.5	24	9.4
9-Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.	10	3.9	21	8.3	58	22.8	76	29.9	53	20.9	36	14.2
10-Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.	65	25.6	48	18.9	55	21.7	53	20.9	22	8.7	11	4.3
11-Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.	25	9.8	31	12.2	66	26.0	73	28.7	37	14.6	22	8.7

Tablo 4.10’da RHİÖ çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutuna ait maddelerin cevap frekans ve yüzdeleri yer almaktadır.

Tablo 4.11 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Utanma Alt Boyutu Maddelerine Verilen Cevap Frekansları

Utanma Alt Boyut Maddeleri	Tamamen Katılmıyorum		Çoğunlukla Katılmıyorum		Kısmen Katılmıyorum		Kısmen Katılıyorum		Çoğunlukla Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.	130	51.2	54	21.3	34	13.4	22	8.7	10	3.9	4	1.6
2-Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa utanırım.	149	58.7	45	17.7	26	10.2	26	10.2	4	1.6	4	1.6

Tablo 4.11’de RHİÖ utanma alt boyutuna ait maddelerin cevap frekans ve yüzdeleri yer almaktadır.

5. TARTIŞMA

Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik, genel toplumdan ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan olumsuz tutumlar, bu hastaların ruh sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına, tanı ve tedavilerinde aksamalara, hastalıklarıyla etkin olarak baş etmelerinde yetersizliklere, içselleştirilmiş damgalamaya neden olacaktır. Bütüncül bir yaklaşımla, ruhsal hastalığa sahip bireylere hizmet vermek durumunda olan hemşirelerin bu hastalara yönelik inançları, verilen bakımda güçlük yaşanmaması ve bakımın kalitesi gibi noktalarda büyük önem arz etmektedir. Hemşirelerin yaklaşımlarının belirlenmesi, tutumları ve üzerinde etkili olan faktörlerin tespit edilmesi, bakım vericilerin olumsuz tutum ve damgalamalarına karşı önlem alınması, topluma rol model oluşturulması, verilen bakımın kalitesinin artırılması açısından kilit nokta durumundadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %42.1'i 30-40 yaş aralığındadır. Bu bulguya göre hemşirelerin orta erişkinlik düzeyinde oldukları söylenebilir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %76.8'i kadın, %74.8'i evlidir. Hemşirelerin %77.2'si lisans düzeyinde eğitim görmüşlerdir. Hemşirelerin %37.4'ü 16 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip ve %35.4'ü yataklı servislerde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %49.2'si ruhsal hastalığa sahip bireyle ara sıra karşılaştığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %9.4'ünün psikiyatri servisinde çalışma deneyimi vardır ve %34.3'ü ruhsal hastalıklar konusunda eğitim almıştır. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede kilit noktalardan biri sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik bilgi düzeylerini artırılmasıdır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %92.1'inin psikiyatrik tanı veya öyküsünün bulunmadığı ve %61.4'ünün yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olmadığı belirlendi. Hemşirelerin %46.5'inin psikiyatri servisinde çalışmaları halinde güvende hissetmeyecekleri ve %33.5'inin ruhsal hastalığa sahip bireylerin onlarda tedirginlik duygusu yarattığı saptandı.

Bu araştırma hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını ortaya koymak amacıyla Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) uygulanarak elde edilen bulgular ışığında, hemşirelerin sosyo-demografik, mesleki ve ruhsal hastalıklarla ilgili tanıtıcı özellikleri başlıkları altında literatürdeki diğer çalışmalar ile tartışıldı.

5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada hemşirelerin yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri ile, RHİÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede

farklılık bulunmadı. Literatürde bu çalışmanın bulgularını destekleyen çalışmalar mevcuttur (42,77-79). Chambers ve ark. (2010) beş Avrupa ülkesinden hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının karşılaştırmasını yaptıkları çalışmalarında, kadın hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik daha olumlu tutum sergilediklerini bildirmişlerdir (Chambers et al., 2010). Coşkun ve ark. (2019) çalışmalarında kadınların ruhsal hastalıklara yönelik daha olumsuz inanca sahip olduklarını, bu durumu daha tehlikeli olarak değerlendirdiklerini bildirmişlerdir (Tümer, Kırağ, et al., 2019). Yapılan bu iki araştırmanın da sonuçları, bu çalışmanın bulgularıyla uyuşmamaktadır.

Literatürde bazı çalışmalarda yaşın ruhsal hastalıklara yönelik tutumları etkilediği görülmektedir (81-83). Bazı çalışmalarda ise yaşın inanç ve tutumlar üzerinde etkisinin olmadığı bildirilmiştir (12,66). Gür ve Küçük (2016) kırsal kesimde ikamet eden kadınların ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında, bireylerin yaşlarının ilerledikçe ruhsal hastalıklara karşı daha olumlu tavır sergilediklerini bildirmişlerdir (Gür & Küçük, 2016). Yamawaki ve ark. (2011) Japonya’da ruh sağlığı hizmetlerine yönelik olumsuz tutumların yordayıcılarını araştırdıkları çalışmalarında, yaşlı yetişkinlerin genç yetişkinlere göre daha olumlu tutum sergileme eğiliminde olduğunu bildirmişlerdir (Yamawaki et al., 2011). Benzer şekilde Björkman ve ark. (2008) yaş ile olumlu tutum arasında pozitif korelasyon tespit etmişlerdir (Björkman et al., 2008). Bunun aksine Segal ve ark. (2015) yaş ile olumsuz tutumlar arasında pozitif korelasyon tespit etmişlerdir (Segal et al., 2005). Görüldüğü üzere literatürde farklı bulgular yer almaktadır. Bu çalışmada, yaş ile RHIÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı.

Çalışmada ruhsal hastalığa yönelik inançlar ile medeni durum arasında tehlikelilik alt boyutu puan ortalaması, ÇKİB alt boyutu puan ortalaması ve RHIÖ toplam puan ortalaması açısından anlamlı bir fark belirlenmezken, medeni durum ile utanma alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulundu. Evli hemşirelerin utanma alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulunarak, evli olanların bekar olanlara göre ruhsal hastalığın daha fazla utanılacak bir durum olduğunu düşündükleri tespit edildi. Björkman ve ark. (2008) ile Gür ve Küçük’ün (2016) çalışmalarında evli hemşirelerin yalnız yaşayanlara oranla ruhsal hastalıklara karşı daha az olumsuz tutuma sahip olduğu bildirilirken, Elçi (2013) çalışmasında evli olanların bekar olanlara göre ruhsal hastalığa sahip bireylerin daha tehlikeli olduğunu düşündüklerini bildirmiştir (81,82,85). Coşkun ve ark. (2019) çalışmalarında RHIÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile medeni durum arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirmişlerdir (Tümer, Kırağ, et al., 2019). Çalışmanın bulgularına benzer

şekilde, Aydöner (2009) çalışmasında hemşirelerin medeni durumları ile ölçeğin utanma alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiştir (Aydöner, 2009). Literatürde farklı sonuçların bulunduğu görülmektedir. Bu bulgunun sebebinin, toplumda evli bir birey olmanın getirdiği sorumluluktan ve evli bireylerin sahip oldukları aile yapısının ruhsal hastalık kavramından daha fazla etkilenip utanılacak bir durum olarak yorumlanabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada eğitim düzeyine göre, RHIÖ ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görüldü. Coşkun ve ark. (2019), Ergün (2005), Yıldırım ve ark. (2018) Karakaş (2016) Aydöner (2009) ile bu çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir (7,80,86-88).

5.2. Mesleki Özelliklere göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde bazı çalışmalar hemşirelerin mesleki deneyimleri ile RH yönelik tutumları arasında anlamlı bir farkın olmadığını göstermektedir (7,66). Ancak daha az mesleki deneyime sahip olmanın olumsuz tutumlarını arttırdığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Van Der Kluit & Goossens, 2011). Çalışmada hemşirelerin mesleki deneyimleri ile çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutundan alınan puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Yapılan ileri düzey istatistiksel analiz ile bu farkın 16 yıldan daha fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirelerden kaynaklandığı belirlendi. Buna göre araştırmaya katılan 16 yıldan daha fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin diğerlerine göre ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıkları saptandı. Bu bulguya, uzun çalışma hayatının ve bu süreçte ruhsal hastalığa sahip bireylerle olumsuz yaşantı öyküsünün neden olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bazı çalışma sonuçlarında, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin RH karşı psikiyatri kliniklerindeki göre daha olumsuz görüş, davranış ve tutum eğilimi içinde oldukları, ruhsal hastalıkların ve hastaların daha tehlikeli olduğunu düşündükleri bildirilmiştir (10,62,88,90). Hsiao ve ark. (2015) RB olan kişilerle temasta bulunanların onları daha iyi anladıklarını öne sürmüşlerdir (Hsiao et al., 2015). Arısoy ve Eşsizoğlu (2004) çalışmasında ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin şizofreni hastalarına karşı daha mesafe koyucu bir tavır sergilediklerini ve tutumlarının daha olumsuz olduğunu bildirmiştir (Arısoy & Eşsizoğlu, 2014). Görüldüğü üzere literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bu çalışmanın gerçekleştirildiği hastanede psikiyatri servisi bulunmayışı

nedeniyle, psikiyatri servisinde faaliyet gösteren ve psikiyatri dışı servislerde faaliyet gösteren hemşirelerin karşılaştırmaları yapılamamıştır. Ancak çalışmada daha öncesinde psikiyatri servisinde çalışma deneyimi olan ve olmayan hemşireler ve hemşirelerin ruhsal hastalar ile karşılaşma sıklıkları değerlendirildiğinde RHİÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı. Bu bulgunun nedeni olarak çalışmaya katılan hemşirelerin çok azının psikiyatri deneyiminin olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışma sonucunda hemşirelerin çalıştıkları birim ile tehlikelilik, ÇKİB ve RHİÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmazken, utanma alt boyutu puan ortalaması ile çalışılan birim arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edildi. Yataklı servislerde çalışan hemşirelerin diğer birimde çalışanlara kıyasla ruhsal hastalıkları daha fazla utanılacak bir durum olarak gördüğü saptandı. Bu bulgu, yataklı serviste çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa sahip olmanın utanılacak bir durum olduğunu düşündürecek olumsuz deneyimler yaşamış olma ihtimalleri ile ilişkilendirilebilir.

Literatürde birçok çalışma sonucu ruhsal hastalık ve hastalar konusunda eğitim almanın damgalamayı azalttığı ve tutumları olumlu şekilde etkilediği yönündedir (45,91). Economou ve ark. (2012) tıp fakültesi öğrencilerinin psikiyatri stajı öncesi ve sonrası ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını inceledikleri araştırmalarında psikiyatri stajının ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmayı azaltmada olumlu bir etkisinin olduğunu bildirmişlerdir (Economou et al., 2012). Benzer şekilde Martin ve ark. (2019) çalışmalarında verilen kurs sonrası hemşirelik öğrencilerinin damgalamalarının azaldığını bildirmişlerdir (Martin et al., 2019). Çam, Pektaş, Bilge'nin (2007) çalışmalarında ruh sağlığı ve hastalıkları eğitimi verilmesi sonrasında ebe ve hemşirelerde olumlu yaklaşımlarının arttığını bildirmişlerdir (Olçay Çam et al., 2007). Riffel ve Chen (2019) çalışmalarında ruh sağlığı eğitiminin akıl hastalıklarına yönelik damgalamayı azaltabileceğini ve sağlık çalışanları tarafından verilen bakımın kalitesini arttırabileceğini ileri sürmektedir (Riffel & Chen, 2020). Fujii ve ark. (2018) damgalamayı azaltmak için psikiyatri kliniğinde çalışma veya eğitim gibi hastayla iyi bir temas deneyiminin etkili olacağını öne sürmüşlerdir (Fujii et al., 2018). Benzer şekilde Çam, Baysan Arabacı (2014) çalışmalarında psikiyatri konusuna ilişkin kapsamlı bir eğitim programına katılan hemşirelerin, ruhsal hastalıklara yönelik daha olumlu inançlara sahip olduklarını bildirmişlerdir (Olçay Çam & Baysan Arabacı, 2014). Karakaş (2016) çalışmasında mezuniyetlerinin ardından psikiyatri hakkında eğitim almamış olan hemşirelerin almış olanlara oranla RH daha tehlikeli olduğunu düşündüklerini bildirmiştir (Karakaş, 2016). Çalışmada daha önce ruhsal hastalıklar konusunda eğitim almış olma ile

RHİÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. Bu çalışmanın bulguları Coşkun ve ark. (2019), Çalık Koyak ve Arslantaş (2020) çalışmaları ile benzerlik göstermektedir (80,96).

Çalışmada ruhsal hastalıklar konusunda eğitim alma isteği ile RHİÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. Karakaş (2016) aynı ölçüm aracını kullandığı çalışmasında, hemşirelerin mezuniyet sonrasında RH olan bireye bakım verme ve bakım verme konusunda bilgi alma isteği açısından RHİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark tespit edilmediğini bildirmiştir (Karakaş, 2016). Araştırma sonuçları bu çalışmanın bulgularıyla uyusmaktadır.

5.3. Ruhsal Hastalıklar ile İlgili Tanıtıcı Özelliklere göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Eksteen ve ark. (2017) çalışmalarında psikiyatrik öykü veya tanısı olan tıp fakültesi öğrencilerinin RH karşı görüşlerinin daha olumlu olduğunu tespit edip, ruhsal hastalığa aşinalık ile daha az damgalamayı ilişkilendirmişlerdir (Eksteen et al., 2017). Bu çalışmada hemşirelerin psikiyatrik öykü veya tanı almış olma durumları ile RHİÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı derecede istatistiksel bir fark tespit edilmedi. Bu bulgunun sebebi olarak, araştırmaya katılan hemşirelerin çok azının psikiyatrik tanı veya öyküsünün bulunması olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde bazı çalışmalar ruhsal hastalarla temasın damgalamayı azalttığı, olumlu inanç ve tutumları geliştirdiği yönündedir (Eksteen et al., 2017). Ancak bununla beraber yakın çevrede ruhsal hastalığa sahip bireyin bulunması, toplum tarafından damgalanmaya maruz kalma, ruhsal hastaya bakım verme yükümlüğünde olma gibi güçlüklerle neden olabilmenin yanı sıra, olumsuz deneyim ve inançlara da neden olabilir. Çalışmada yakın çevresinde RH sahip birey bulunmayan hemşirelerin tehlikelilik alt boyut puan ortalamaları ve RHİÖ toplam puan ortalamaları, yakın çevresinde RH sahip birey bulunanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi. Buna göre yakın çevresinde RH sahip birey bulunmayan hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları ve daha tehlikeli olduğunu düşündükleri belirlendi. Martensson ve ark. (2014) ruh hastalığına sahip yakını veya arkadaşı olan hemşirelerin daha olumlu tutuma sahip olduklarını bildirmiş ve ruhsal hastalıklara aşinalığın olması ve akıl hastalarıyla temasın daha olumlu yaklaşımlar için güçlü yordayıcılar olduğunu ileri sürmüşlerdir (Mårtensson et al., 2014). Benzer şekilde Schafer ve ark. (2011) ruhsal sağlık sorunu yaşayan kişileri tanıyan bireylerin bu hastalıklara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğunu

bildirmişlerdir (Schafer et al., 2011). Aynı şekilde Kluit ve Goossens (2011) olumsuz tutumlar ile ruhsal hastalığı olan bir yakının olmamasını ve bilgi eksikliğini ilişkilendirmişlerdir (Van Der Kluit & Goossens, 2011). Yapılan araştırma sonuçları bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin, hemşirelerde yarattığı duyguya göre, tehlikelilik alt boyutu puan ortalamaları, ÇKİB alt boyutu puan ortalamaları ve RHİÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi. Bu bulguya göre ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli gören hemşirelerin korku duygusunu daha fazla yaşadıkları, çaresiz ve kişilerarası ilişkilerinde bozulma yaşadıklarını düşünen hemşirelerin acıma, korku ve tedirginlik duygusunu daha fazla yaşadıkları ve ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı genel anlamda olumsuz tutumu olan hemşirelerin acıma duygusunu daha fazla yaşadıkları tespit edildi. Angermeyer ve Matschinger (2003) şizofreni ve depresyona yönelik tutumları inceledikleri çalışmalarında bu hastalıklardan muzdarip kişilerin toplumda en fazla uyandırdığı duygunun acıma ve yardım etme olduğunu tespit etmişlerdir (Angermeyer & Matschinger, 2003). Benzer şekilde Karakaş (2016) ve Aydöner (2009) çalışmalarında ruhsal hastalığa sahip bireylerin hemşirelerde en yoğun hissettirdiği duygunun üzüntü olduğunu bildirmişlerdir (86,88). Yapılan araştırma sonuçları bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin psikiyatri servisinde çalışmaları halinde his durumları ile RHİÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Psikiyatri servisinde çalışması halinde kendini güvende hissetmeyeceğini belirten hemşirelerin ölçek toplam ve alt boyutlara ait puan ortalamaları daha yüksek bulunup, ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik olumsuz inançlarının fazla olduğu saptandı. Bu bulgu çalışma için beklenen bir sonuçtur. Çalışma bulgularına benzer şekilde, Çam ve Arabacı (2014) çalışmalarında psikiyatri servisinde çalışırken kendilerini güvende hisseden hemşirelerin, ruhsal hastalıklara yönelik daha olumlu inançlara sahip olduklarını bildirmişlerdir (Olçay Çam & Baysan Arabacı, 2014). Bu çalışmanın bulguları Karakaş (2016) çalışması ile de uyumludur (Karakaş, 2016).

5.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Alınan Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin RHİÖ toplam puan ortalamaları 53.69 ± 15.46 olarak bulundu. Hemşirelerin “Tehlikelilik” alt boyut puan ortalamaları 23.73 ± 6.23 olup orta düzeydedir. “ÇKİB” alt boyut puan ortalamaları 28.14 ± 10.02 olup orta düzeydedir.

“Utanma” alt boyut puan ortalamaları 1.80 ± 2.17 olup düşük düzeydedir. Genel olarak değerlendirilecek olursa RHİÖ toplam puan ortalamalarına göre araştırmaya katılan hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik orta düzeyde olumsuz inançlarının olduğu bulundu.

Araştırma bulguları ile benzer şekilde, Coşkun ve ark. (2019) çalışmalarında katılımcıların RH yönelik orta düzeyde olumsuz inançlarının olduğunu bildirmişlerdir (Tümer, Kırağ, et al., 2019). Coşkun ve ark. (2019)’nın yaptıkları çalışmada RHİÖ toplam puan ortalaması $51,0 \pm 20,8$, alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla; tehlikelilik $21,7 \pm 8,3$, çaresizlik-kişilerarası ilişkilerde bozulma $27,8 \pm 12,3$ ve utanma puan ortalaması $1,5 \pm 2,4$ olarak bildirilmekte ve bu çalışmanın bulguları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir (Tümer, Kırağ, et al., 2019). Benzer şekilde Yıldırım, Ersoysal, Güler (2018) acil servis çalışanlarının RH yönelik inanç ve tutumlarını inceledikleri çalışmalarında ruhsal hastalıklara yönelik inancın orta düzeyde olumlu olduğunu bildirmişlerdir (Yıldırım et al., 2018). Bu çalışmanın sonuçları da araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Solak Kapşığay’ın (2021) aynı ölçüm aracını kullanarak yaptığı çalışmasında hemşirelerin RH yönelik olumsuz inançlarının düşük/orta düzeyde olduğunu ve tehlikelilik alt boyut puan ortalamasını $19,85 \pm 6,45$, RHİÖ toplam puan ortalamasını $44,47 \pm 15,10$ olarak bildirmiştir (Solak Kapşığay, 2021). Bu çalışmada hemşirelerin nispeten daha olumsuz tutuma sahip oldukları görülmektedir. Çam ve Baysan Arabacı’ nın (2014) aynı ölçüm aracını kullanarak bölge psikiyatri hastanelerinde görev yapan hemşireler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında RHİÖ toplam puan ortalamasını $60,16 \pm 14,83$, alt boyut puan ortalamalarını; tehlikelilik $25,10 \pm 6,3$, ÇKİB $33,31 \pm 9,51$, utanma $1,76 \pm 2,12$ olarak bildirmişlerdir (Olçay Çam & Baysan Arabacı, 2014). Çam ve Baysan Arabacı (2014) ile çalışmanın bulguları kısmen benzerlik gösterse de genel olarak ölçek toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde bu çalışmada puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir. Her iki çalışma sonuçları ile bu çalışmanın bulgularının benzerlik göstermemesinin sebepleri arasında çalışmanın gerçekleştirildiği hastanede psikiyatri servisinin bulunmayışı nedeniyle hemşirelerin bu hastalara yönelik olumsuz deneyimlerinin daha az olması, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma koşullarının ve sosyodemografik özelliklerinin farklı olması gibi birçok etkenin olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın bulguları Demir Gökmen ve Okanlı (2019) çalışması ile de benzerlik göstermektedir (Demir Gökmen & Okanlı, 2019).

Bu çalışmaya benzer şekilde, avukatlar ile yapılan bir araştırmada RH karşı olumsuz inancın orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Yener Özcan, 2019). Tümer, Hebcan Örs,

Akpınar'ın (2019) çalışmalarında sonuçlar bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir (Tümer, Hebcan Örs, et al., 2019). Taşkın ve ark. (2002) çalışmalarında halkın şizofren bir kişiyle temas kurmayı reddeden tutum içinde olduklarını bildirmişlerdir (E Oryal Taşkın et al., 2002). Çam ve Bilge (2013) çalışmalarında halkın RH karşı yaygın şekilde olumsuz yargılara sahip olduğunu bildirmişlerdir (Olçay Çam & Bilge, 2013). Literatürde sağlık profesyonellerinin görüşleri ile toplumun tutumlarının benzerlik gösterdiği belirtilmektedir (80,102). Nitekim Bağ ve Ekinci (2005) çalışmalarında sağlık personellerinin psikiyatri hastalarından korktuğunu bildirmişlerdir (Bağ & Ekinci, 2005). Benzer şekilde Arkan ve ark.'nın (2011) çalışmalarında sağlık çalışanlarında halen psikiyatri hastalarına yönelik oldukça olumsuz tutumlarının varlığını sürdürdüğünü bildirmişlerdir (Arkan et al., 2011).

5.5. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmada RHİÖ alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler saptandı. Bu bulgular çalışma için beklenen sonuçlardır. Tehlikelilik ve ÇKİB alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde güçlü, anlamlı bir ilişki saptandı. Hemşirelerin ruhsal hastalıkların tehlikeli olduğunu düşünmeleri ile ruhsal hastalıkları çaresizlik ile ilişkilendirme ve kişilerarası ilişkilerinde bozulma yaşadıklarını düşünme durumları birlikte artış veya azalış göstermektedir. Benzer şekilde utanma alt boyutu ile ÇKİB alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta düzeyde güçlü anlamlı bir ilişki saptandı. Hemşirelerin ruhsal hastalıkları utanılacak bir durum olarak değerlendirme durumları ile, ruhsal hastalığı çaresizlik durumuyla ilişkilendirmelerinin birlikte artış veya azalış gösterdiği tespit edildi. Tehlikelilik alt boyutu ile utanma alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptandı. Hemşirelerin ruhsal hastalıkları tehlikeli olarak değerlendirme durumları ile ruhsal hastalıkları utanılacak bir durum olarak değerlendirme durumlarının birlikte artış veya azalış gösterdiği tespit edildi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi;

Evli olan hemşirelerin "Utanma" alt boyutu puan ortalamaları bekâr olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunarak, evli hemşirelerin ruhsal hastalığı daha fazla utanılacak bir durum olarak değerlendirdikleri saptandı.

16 yıldan daha fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin "ÇKİB" alt boyutundan alınan puan ortalamalarının, hem 1-6 yıl hem de 7-15 yıl mesleki deneyime sahip olanlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanarak, ileri yaş düzeyinde olan hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylerle kişilerarası ilişkilerinde bozulma yaşadıklarını düşündükleri ve ruhsal hastalıkları çaresizlikle ilişkilendirdikleri tespit edildi.

Yataklı servis biriminde çalışan hemşirelerin "Utanma" alt boyutu puan ortalamaları diğer birimlerde çalışanlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Yakın çevresinde RH sahip birey bulunmayan hemşirelerin RHİÖ toplam puan ortalamalarının ve "Tehlikelilik" alt boyutu puan ortalamalarının, yakın çevresinde RH sahip birey bulunan hemşirelere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hemşirelerde, "Tehlikelilik" alt boyutu puan ortalamalarının, "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma" alt boyutundan alınan puan ortalamalarının ve RHİÖ toplam puan ortalamasının, ruhsal hastalığa sahip bireylerin yarattığı duyguya göre anlamlı olarak farklılaştığı tespit edildi. "Tehlikelilik" alt boyutu puan ortalamasının korku duygusu, "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma" alt boyutu puan ortalamasının acıma, korku ve tedirginlik duyguları ile, RHİÖ toplam puan ortalamasının ise acıma duygusu yönünden anlamlı olarak farklılaştığı bulundu.

Araştırmaya katılan hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışmaları halinde kendilerini güvende hissetmeyeceğini ifade edenlerin RHİÖ toplam puan ortalamalarının ve "Tehlikelilik" alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu saptandı.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği "Tehlikelilik" "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma" ve "Utanma" alt boyutları arasında orta ve zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptandı.

Hemşirelerin inançlarının “medeni durum”, “mesleki deneyim”, “çalışılan birim”, “yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey bulunması”, “ruhsal hastalara yönelik duyguları”, “psikiyatri servisinde çalışmaları durumunda güvende hissetme durumları” değişkenlerinden etkilendiği belirlenerek, “ruhsal hastalıklara karşı orta düzeyde olumsuz inançlarının olduğu” saptandı.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilere yer verildi;

Hemşirelere meslek hayatına başlamaları sonrasında RH yönelik bilgilendirici eğitimlerin verilmesi mesleğin ileri dönemlerinde gelişebilecek olumsuz tutumları engelleyebilir.

Yataklı servis birimlerinde çalışan hemşirelere yönelik bilgilendirici eğitimler olumsuz inançların değişimine katkıda bulunabilir.

Yakın çevresinde RH sahip birey olmayan hemşirelerin, tehlikelilik algısının ve olumsuz tutumlarının daha yüksek olduğu düşünüldüğünde, ruhsal hasta aşinalığı olmayan hemşirelere yönelik bilgilendirici eğitimler düzenlenip, ruhsal hastalar ile iletişim sağlayabilecekleri ortamlar oluşturulabilir.

Hemşirelerin psikiyatri servislerinde çalışmaları halinde kendileri daha güvende hissedebilecekleri gerekli önlemlerin alınmasına yönelik iyileştirmeler, verilen bakımın daha kaliteli hale getirilebilmesi ve tutumları olumlu yönde etkilemesi açısından önemli olduğu için, hemşirelerin güvende hissetmelerini sağlamak adına çalışmalar yapılabilir.

Öncelikle sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, ebe, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, tıbbi sekreter, hizmetli personel vb.) ruhsal hastalıklar konusunda tutumlarını belirleyen geniş kapsamlı çalışmalar yapıp olumsuz inanca neden olan faktörler belirlenebilir, bu faktörlere ilişkin hizmet içi eğitim programları ile RH ilişkin bilgileri desteklenip farkındalık programları oluşturulabilir.

Hemşirelerin inanç ve tutumları içinde buldukları toplumun inanç ve yaklaşımlarından etkilenebileceğinden, toplumda ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların, damgalama ve ayrımcılığın azaltılması adına konunun uzmanları tarafından bilgilendirici, sürekliliği olan, etkin eğitim programları düzenlenebilir.

6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Covid-19 pandemi sürecine denk geldiği için hastane bünyesinde çalışan hemşirelerin bir kısmı filyasyon birimine geçici görevlendirme ile gittiklerinden dolayı kısıtlı bir örneklem grubuyla çalışılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.



KAYNAKLAR

- Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142–146.
- Alataş, G., Karaoğan, A., Arslan, M., & Yanık, M. (2009). Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi.*, 46, 25–29.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 526–534. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>
- Arısoy, Ö., & Eşsizozlu, A. (2014). Genel ve ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin şizofreniye bakış açılarının karşılaştırılması. *Düşünen Adam Dergisi*, 17(3), 146–153.
- 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), 214–231. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/133407>
- Arslan Şimşek, B., & Buldukoğlu, K. (2018). Ruhsal hastalık deneyiminin büyüme mümkün müdür?: psikiyatri hemşireliği bakış açısından bir değerlendirme. *Sakarya Üniversitesi Bütünsel Sağlık Dergisi*, 1(1), 16–27.
- Asan, Ö. (2019). Ruhsal hastalıklar ve damgalama; toplumda, medyada, sağlık çalışanlarında, her yerde... *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(2), 199–205.
- Asi Karakaş, S., Polat, H., Ay, E., & Küçüköğlü, S. (2017). Türkiye’de bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal sorunu olan bireylere karşı tutumları işle tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1), 40–48.
- Avcil, C., Bulut, H., & Hızlı Sayar, G. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 175–201. www.psikiyatridizini.net
- 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), 107–127.
- Bağ, B., & Ekinci, M. (2006). Ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeğinin (RSTTÖ) Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(15), 63–83. www.e-sosder.com
- Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(33), 595–618. <https://doi.org/10.26466/opus.825384>
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170–177. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x>
- Bostancı, N., & Aştı, N. (2004). Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 17(2), 87–93.
- Büyükbayram Arslan, A., Baysan Arabacı, L., Taş, G., & Aşkın, K. (2020). Psikiyatri hemşireliği dersi alan ve almayan öğrenci hemşirelerin psikiyatrik damgalamaya ilişkin görüşleri. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 263–275.
- Çakır, B. (2002). Genetik epidemiyoloji: psikiyatrik araştırmalarda yeri ve kullanımı. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 300–311.
- Çam, O., & Engin, E. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul Kitabevi Yayınları.
- Çam, Olcay, & Baysan Arabacı, L. (2014). Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 13–25. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-bolge-psikiyatri-hastanelerinde-calisan-hemshirelerin-ruhsal-hastalıklara-yonelik-inanclari-ve-etkileyen-faktorler-68367.html>
- Çam, Olcay, & Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri*

- Dergisi*, 8(3), 215–223.
http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?cwid=3&vtadi=TPRJ%2CTTAR%2CTTIP%2CTMUH%2CTSOS%2CTHUK&c=google&s_f=_5&detailed=1&keyword=78594
- Çam, Olcay, & Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa /hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 91–101. <https://doi.org/10.5505/phd.2013.92300>
- Çam, Olcay, Pektaş, İ., & Bilge, A. (2007). Ebe/Hemşirelere verilen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin ruhsal hastalıklara yaklaşımlarına iletişim becerilerine ve iş doyumlarına etkilerinin araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 7–15.
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Staniulienė, V., & Zanotti, R. (2010). Nurses’ attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350–362. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008>
- Corrigan, P. (1998). The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201–222.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychological Association*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F., & Rubbi, I. (2017). Health care professionals attitudes towards mental illness: observational study performed at a public health facility in Northern Italy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.007>
- Dal, Ü., Güler, İ. O., Ülker, E., & Demiray, T. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 14–18.
- Demir Gökmen, B., & Okanlı, A. (2019). Özel bakım merkezlerinde çalışan bakım elemanlarına verilen psiko eğitim şizofreniye yönelik inançlara etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(1), 20–27. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.03360>
- Doğanavşargil Baysal, Ö. G. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239–251. <https://doi.org/10.17827/akt.49844>
- Duman, B., Çolak, B., Özdemir, S. N., Özkasap, N. S., Sabahi, İ. S., Şahinoğlu, M. B., Taşçı, D., Tatar, M. M., Ünalp, C., Kar, İ., & Kumbasar, H. (2019). Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(4), 141–149. <https://doi.org/10.15511/tahd.19.00441>
- Düzgüner, S. (2013). Ruh-beden ve insan-aşkın varlık ilişkisine yönelik psikolojik yaklaşımın tarihi serüveni. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 45, 253–284. <https://doi.org/10.15371/MUIFD.2013455968>
- Economou, M., Peppou, L. E., Louki, E., & Stefanis, C. N. (2012). Medical students’ beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(1), 17–25. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02282.x>
- Ekmekçi, P. E. (2018). Psikiyatri tarihinde bir dönüm noktası: 19. yüzyılda Avrupa’daki gelişmeler ve etkileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 26(2), 77–85. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2017-58861>
- Eksteen, H. C., Becker, P. J., & Lippi, G. (2017). Stigmatization towards the mentally ill: perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 782–791. <https://doi.org/10.1177/0020764017735865>
- Erasmus, D. (2009). *Deliliğe övgü* (1. Baskı). Kabalıcı Yayınevi.
- Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu’nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163–171.
- Ersoy, Mehmet Akif. (1999). Psikiyatri ve sosyal bilimlerin ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2, 230–238.
- Foucault, M. (2013). *Akıl Hastalığı ve Psikoloji*. Ayrıntı Yayınları.
- Fujii, T., Hanya, M., Kishi, M., Kondo, Y., Cates, M. E., & Kamei, H. (2018). An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.05.017>

- Grange, K. M. (1963). Pinel or chiarugi? *Medical History*, 7(4), 371–380. <https://doi.org/10.1017/S0025727300028830>
- Grover, S., Hazari, N., Aneja, J., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2016). Stigma and its correlates among patients with bipolar disorder: a study from a tertiary care hospital of North India. *Psychiatry Research*, 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.012>
- Grover, S., Sharma, N., & Mehra, A. (2020). Stigma for mental disorders among nursing staff in a tertiary care hospital. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 11(2), 237–244. <https://doi.org/10.1055/s-0040-170291>
- Günay, S., Bekitkol, T., Beycan Ekitli, G., & Yıldırım, S. (2016). Bir hemşirelik fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(3), 129–134. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.43534>
- Gür, K., & Küçük, L. (2016). Females' attitudes toward mental illness: A sample from rural Istanbul, Turkey. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(5). <https://doi.org/10.5812/ircmj.22267>
- Gureje, O., Abdulmalik, J., Kola, L., Musa, E., Yasamy, M. T., & Adebayo, K. (2015). Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0911-3>
- Gürhan, N. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Ankara Nobel Tıp Kitabevi Yayınları.
- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178, 207–215. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.207>
- Horwitz, A. V., & Grob, G. N. (2011). The checkered history of American psychiatric epidemiology. *Milbank Quarterly*, 89(4), 628–657. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00645.x>
- Hsiao, C. Y., Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 272–280. <https://doi.org/10.1111/inm.12129>
- Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T., & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6–7), 427–437. <https://doi.org/10.1111/jpm.12319>
- Karakaş, M. (2016). *Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi, (Yüksek Lisans Tezi)*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Keller, S., McNeill, V., Honea, J., & Miller, L. P. (2019). A look at culture and stigma of suicide: textual analysis of community theatre performances. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 352. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030352>
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., & Serfaty, M. (2007). The Stigma scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190, 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>
- Koutra, K., Mavroeides, G., & Triliva, S. (2021). Mental health professionals' attitudes towards people with severe mental illness: are they related to professional quality of life? *Community Mental Health Journal*, 32, 519–522. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00874-x>
- Malas, E. M. (2019). Ruhsal bozukluklara karşı stigma-derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(1), 1170–1188.
- Mårtensson, G., Jacobsson, J. W., & Engström, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: An analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), 782–788. <https://doi.org/10.1111/jpm.12145>
- Martin, A., Krause, R., Chilton, J., Jacobs, A., & Amsalem, D. (2019). Attitudes to psychiatry and to mental illness among nursing students: Adaptation and use of two validated instruments in preclinical education. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 308–317. <https://doi.org/10.1111/jpm.12580>
- Oban, G., & Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31–39. http://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_2_1_31_39.pdf
- Özakkaş, T. (2006). Psikiyatrinin kısa tarihi (Azerbaycan tıp eğitiminde psikiyatri). *Journal of Human Sciences*, 1(1), 1–32.

- Özbaş, D., & Buzlu, S. (2011). Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3), 187–193. <https://doi.org/10.17672/fnhd.95119>
- Özmen, S., & Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185–208.
- Riffel, T., & Chen, S. P. (2020). Exploring the knowledge, attitudes, and behavioural responses of healthcare students towards mental illnesses—A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010025>
- Schafer, T., Wood, S., & Williams, R. (2011). A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. *Nurse Education Today*, 31(4), 328–332. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.06.010>
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Mincic, M. S., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: a cross-sectional study. *Aging and Mental Health*, 9(4), 363–367. <https://doi.org/10.1080/13607860500131047>
- Siqueira, S. R. G., Abelha, L., Lovisi, G. M., Sarução, K. R., & Yang, L. (2017). Attitudes towards the mentally ill: a study with health workers at a university hospital in Rio de Janeiro. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 25–38. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9431-5>
- Solak Kapşığay, K. (2021). *Heşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançları, (Yüksek Lisans Tezi). KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Konya.*
- Stuart, G. W. (2013). Principles and practice of psychiatric nursing. In *AJN, American Journal of Nursing* (10.Baskı). <https://doi.org/10.1097/00000446-198112000-00038>
- Tarım Şahin, H., & Yılmaz, M. (2018). Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal bozukluklara yönelik inançlarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 134–146.
- Taşkın, E Oryal, Seyfe Şen, F., Aydemir, Ö., Demet, M. M., Özmen, E., & İçelli, İ. (2002). Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 205–214.
- Taşkın, Emin Oryal. (2007). *Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık*. Meta Basım Matbaacılık.
- Taşkın, Emin Oryal, & Özmen, E. (2004). Sosyodemografik etmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkileri. *3P Dergisi*, 12(3), 13–24.
- Tümer, A., Hebcan Örs, S., & Akpınar, H. (2019). Yetişkinlerin ruhsal hastalığa/hastalara yönelik tutumları. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3(6), 139–147. <https://doi.org/10.31461/ybpd.590704>
- Tümer, A., Kırığ, N., & Coşkun, S. (2019). Birinci basamak sağlık çalışanlarında ruhsal hastalıklara yönelik inançların incelenmesi. *TJFMPC*, 13(3), 241–247.
- Üçok, A. (1999). Şizofreni: damga, mitler ve Gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*, 3, 67–71.
- Ulutaş, S., Ergin, D. D., Hıdırlıoğlu, S., Kalli, A., Yıldız, S. N., Ertürk, E. F., Topuzoğlu, A., & Karavuş, M. (2019). Hekimlerin ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(4), 185–194. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.19.00485>
- Ünal, S., Hisar, F., Çelik, B., & Özgüven, Z. (2010). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(3), 145–150. <https://doi.org/10.5350/dajpn2010230301>
- Van Der Kluit, M. J., & Goossens, P. J. J. (2011). Factors influencing attitudes of nurses in general health care toward patients with comorbid mental illness: An integrative literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(8), 519–527. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.571360>
- World Health Organization (WHO)(2018). (n.d.). <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization (WHO) (2001). (n.d.). <https://www.who.int/news/item/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people>
- Yamawaki, N., Pulsipher, C., Moses, J. D., Rasmuse, K. R., & Ringger, K. A. (2011). Predictors of negative attitudes toward mental health services: A general population study in Japan. *European Journal of Psychiatry*, 25(2), 101–110.

- Yener Özcan, F. (2019). *Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve damgalama eğilimleri, (Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.*
- Yıldırım, S., Ersoysal, F., & Güler, C. (2018). Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 380–388. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.65477>



EKLER

EK 1. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-97105791-302.14.02-17261
Konu : Tez konu başlağı hk.(Ülger UÇKAÇ)

17.06.2022

Sayın Ülger UÇKAÇ

Enstitü Yönetim Kurulunun 13.07.2021 tarih ve 2021/16 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
216113572 Ülger UÇKAÇ	Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Belirlenmesi

Prof.Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY
Müdür V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSDHCD6J5

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/hasan-kalyoncu-universitesi-ebys>

Adres:Hasan Kalyoncu Üniversitesi Havaalanı Yolu Üzeri 8. Km. Şahinbey / Gaziantep
Telefon:0 (342) 211 8080 / 1400/1402 Faks:0 (342) 211 80 81
e-Posta:info@hku.edu.tr Web:0 (342) 211 80 81
Kep Adresi:hasankalyoncu.univ@hs01.kep.tr

Bilgi için: Seda SÖNMEZ
Unvan: Memur
Tel No: 0(342) 211 8080



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2. Etik Kurul Onay Formu

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Karar No : 2021/034
Karar Tarihi : 06.12.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL,

"Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Belirlenmesi " konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

EK 3. Kurum İzni

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih ve Sayı : 30.03.2022 / 94

Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi :

Ülger UÇKAÇ

Çalışma Adları :

"Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Belirlenmesi"

(25 Aralık Devlet Hastanesi'nde)

Komisyon Kararı :

adlı başvuru sahibine ait "Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Belirlenmesi" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak yüksek lisans tez çalışma izni için gerçekleştirilecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dahil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile çalışmanın belirtilen sağlık tesislerinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK 4. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışmada, siz değerli hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmanız ve sorulara içtenlikle yanıt vermeniz, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını belirleyerek, etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılıp ileriki uygulama ve araştırmalara katkı sağlaması öngörülmektedir. Veri toplama formu içerisinde yer alan bilgilerinizin ve yanıtlarınızın hiçbir şekilde izniniz dışında kullanılmayacağını, beyan ederim. Veri toplama formundaki her bir soruyu dikkatle okuyup boş bırakmadan cevaplandıracağınızı bilerek vermiş olduğunuz destek için teşekkür ederim.

ANKET SORULARI:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

1- Kadın

2- Erkek

3. Medeni durumunuz:

1- Evli

2- Bekar

4. Eğitim düzeyinizi belirtiniz:

1- Sağlık Meslek Lisesi (SML)

2 - Önlisans

3 - Lisans

4 - Lisansüstü

5. Ne kadar süredir mesleki deneyime sahipsiniz? (yıl)

.....

6. Hangi birimde çalışmaktasınız?

1- Yataklı servis

2 - Yoğun Bakım

3 - Ameliyathane

4 - Acil Servis

5 - Poliklinik

6 - Diğer (.....)

7. Çalıştığınız birimde ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığınız nedir?

1 - Çok sık

2 - Ara sıra

3 - Çok nadir

4 - Hiçbir zaman

8. Psikiyatri servisinde çalışma deneyimine sahip olma durumunuz?

1 - Çalıştım

2 - Çalışmadım

9. Meslek hayatınızda ruhsal hastalıklar konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı? (Hizmet içi eğitim, kurs, seminer vb.)

1- Evet

2- Hayır

10. Ruhsal hastalığı olan bir bireye bakım verme konusunda eğitim almak ister misiniz?

1- Evet

2- Hayır

11. Daha önce psikiyatrik tanı veya tedavi öykünüz var mı?

1 - Evet

2 - Hayır

12. Yakın çevrenizde ruhsal hastalığı olan birey var mı?

1- Evet

2- Hayır

13. Ruhsal hastalığı olan bir bireylerin sizde çoğunlukla yarattığı duygu nedir?

1- Acıma

2- Tedirginlik

3- Korku

4- Utanma

5- Şefkat

6-Merak

7-Diğer (Belirtiniz).....

14. Psikiyatri servisinde çalışıyor olsaydınız kendinizi nasıl hissederdiniz?

1- Güvende hissederdim

2 - Güvende hissetmezdim

3 - Kararsızım

EK 5. Ölçek Kullanım İzni



ben 10 Haz 2021



Sayın Ayşegül Bilge Hocam,
Gaziantep Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik
Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans
öğrencisiyim, Dr. Öğr. Üyesi Özlem Işıl ile
Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının
Belirlenmesi adlı tez çalışmasını yürütmeyi
planlamaktayız, doktora tezinizde geçerlilik
güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Ruhsal
Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğini izninizle
çalışmamda kullanmak istiyorum, şimdiden teşekkür
ederim, iyi çalışmalar..

Ayşegül Dönmez 10 Haz 2021



alıcı: ben ▾

Sevgili Ülger,

RHIÖ'yü tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Başarılar

Ülger Uçkaç _____ , 10 Haz
2021 Per, 09:31 tarihinde şunu yazdı:



EK 6. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)

EK II :RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE -RHİÖ)

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

Ölçek Değerlendirmesi:

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



Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.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, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığım tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						

17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21 Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK 7. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı,


Ruhsal hastalığa sahip bireyler eski çağlardan bu yana toplumda, önyargılarla bakılan, toplumsal damgalamaya maruz kalan ve olumsuz şekilde değerlendirilen bir kesimi oluşturmaktadır. Son yıllarda görülme sıklığı önemli derecede artan ruhsal hastalıklara karşı, bakış açıları ve inançların belirlenmesi ruhsal hastalık kavramı üzerindeki damgalamaya karşı toplumun ve yanı sıra profesyonel bir meslek grubunu oluşturan hemşirelerin bilinçlendirilmesi adına yapıtaş oluşturmaktadır. Hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı olan inançlarının belirlenmesi toplumda varolan olumsuz inançların değiştirilebilmesi adına da önem arz etmektedir. Tüm bunların yanı sıra hemşirelerin ruhsal hastalığa sahip bireylere olan bakış açıları verdikleri hemşirelik bakımının niteliğini de etkileyecektir. Bu tanımlayıcı çalışmanın amacı; hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesidir. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı araştırma uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Destekleriniz için teşekkür ederim.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

EK 8. İntihal Raporu

	LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ TEZ / DÖNEM PROJESİ BENZERLİK (İNTİHAL) RAPORU
---	---

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

TEZ BAŞLIĞI : HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam **41** sayfalık kısmına ilişkin, 12 /06 /2023 tarihinde enstitü sekreterliği ve/veya tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir*) olup, projenin benzerlik oranı alıntılar dahil **% 18** 'dir.

Not: Benzerlik oranı; alıntılar dâhil **en çok %20** olarak kabul edilmektedir. Bu değeri geçen durumlarda öğrenci ve/veya danışman tarafından açıklama-gerekçeli ek rapor sunulması gerekmektedir.

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dâhil

Açıklama / Taahhüt

Hasan Kalyoncu Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim (12 / 06 / 2023)

Öğrenci İmza

Adı Soyadı:	:	Ülger UÇKAÇ
Öğrenci No:	:	216113572
Anabilim Dalı:	:	Hemşirelik Anabilim Dalı
Programı:	:	Tezli Yüksek Lisans
Statüsü:	:	<input type="checkbox"/> Dönem Projesi <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora

*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

DANIŞMAN ONAYI

Danışmanlığımda bulunan ve kimlik bilgileri yukarıda belirtilen öğrenciye ait lisansüstü tez/dönem çalışması intihal programında taranmış ve benzerlik raporu kontrol edilmiştir. Bu yönüyle çalışma,

UYGUNDUR.

İmza

Unvan, Adı ve Soyadı

ORJİNALLIK RAPORU

% **18**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **17**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **6**

YAYINLAR

% **8**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

% **7**

2

docs.neu.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

3

acikerisim.karatay.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

% **1**

4

hdl.handle.net

İnternet Kaynağı

% **1**

5

Submitted to Istanbul Gelisim University

Öğrenci Ödevi

<% **1**

6

Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% **1**

7

Submitted to Okan Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% **1**

8

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

<% **1**

9

acikerisim.kirklareli.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% **1**

EK 9. Kısa Özgeçmiş

Adı, Soyadı : Ülger UÇKAÇ

Görevi : Hemşire

