

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ VE PSİKİYATRİ DIŞI KLİNİKLERDE
ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN RUH
SAĞLIĞI BOZUK OLAN BİREYLERE İLIŐKİN
GÖRÜŞLERİ**

SELDA IŞIK

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2010

DEÜ.HSI.MSc.2003970047

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ VE PSİKİYATRİ DIŞI KLİNİKLERDE
ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN RUH
SAĞLIĞI BOZUK OLAN BİREYLERE İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SELDA IŞIK

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: PROF. DR. BESTİ ÜSTÜN

DEÜ.HSI.MSc.2003970047

Psikiyatri Ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşleri isimli bu teztarihinde tarafımızdan yapılan tez sınavında başarılı bulunmuştur.

Jüri Başkanı(Danışman):

Prof. Dr. Besti Üstün

Üye:

Yard.Doç.Dr.Zekiye Duman

Üye:

Doç. Dr.Samiye Mete

TABLO LİSTESİ.....	III
KISALTMALAR.....	IV
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1.GİRİŞ.....	5
2.GENEL BİLGİLER.....	10
2.1.Ruh Sağlığı.....	10
2.2.Ruhsal Bozukluk.....	14
2.3.Stigma(Damgalama).....	16
2.3.1.Etiketleme Kuramı.....	19
2.4.Toplumun Ruhsal Hastalara ve Hastalıklara Yönelik Yaklaşımlarıyla İlgili Çalışmalar	20
2.5.Sağlık Profesyonellerinin Ruhsal Hastalara ve Hastalıklara Yönelik Yaklaşımlarıyla İlgili Çalışmalar	26
2.6.Tutumların Bilinmesinin Önemi	33
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1.Araştırmanın Şekli	36
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.3.Veriler Toplama Araçları	36

3.4.Verilerin Toplanması	39
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.6.Araştırma Etiği	39
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları	39
3.8.Etik Kurul Onayı	39
4-BULGULAR	40
5-TARTIşMA	59
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	68
7.KAYNAKLAR	71
8.EKLER	80

Tablo 1.	Hemşire ve Hekim Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	40
Tablo 2.	Hemşire ve Hekimlerin Yaşa ve Çalışma Süreleri ile OMI Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42
Tablo 3.	Hemşire ve Hekimlerin OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.	Hemşire ve Hekimlerin Çalıştıkları Birime Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 5.	Hemşire ve Hekimlerin Medeni Duruma Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 6.	Hekimlerin Cinsiyetine Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 7.	Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 8.	Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görevlerine Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 9.	Hemşire ve Hekimlerin En Uzun Süre Yaşadığı Yere Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 10.	Hemşire ve Hekimlerin Kendisinde Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsü Varlığına Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 11.	Hemşire ve Hekimlerin Ailesinde Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsüne Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57

KISALTMALAR

ark. : Arkadaşları

DEÜ : Dokuz Eylül Üniversitesi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EÜ : Ege Üniversitesi

OMI : Opinions About Mental Illness Scale

SML : Sağlık Meslek Lisesi

WHO : World Health Organization

WPA :World Psychiatric Association

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve tezimin hazırlanması aşamalarında rehberlik ederek beni destekleyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, sabrına hayran olduğum danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Besti Üstün'e

Bilgi birikimini, mesleki tecrübesini ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Saniye Çimen'e

Tez savunma sınavı jürimde yer alan, önerileri ile katkıda bulunan değerli hocalarım Doç. Dr. Samiye Mete ve Yard. Doç. Dr. Zekiye Duman'a

Gerekli izinleri vererek araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan Dokuz Eylül Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik ve Başhemşireliği' ne, Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'ne

Bu kurumlarda yoğun şekilde çalışan ve boş zamanlarından fedakarlık ederek veri toplama formlarını dolduran tüm hekim ve hemşirelere,

Manevi destekleriyle her zaman yanımda olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi acil servisinde çalışan değerli meslektaşlarıma,

Tüm öğrenim hayatım boyunca maddi ve manevi destekleri ile yanımda olan aileme, tezin her aşamasında bütün zorlukları benimle birlikte yaşayan anneme

teşekkürlerimi sunuyorum

PSIKİYATRİ VE PSIKİYATRİ DIŞI KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN RUH SAĞLIĞI BOZUK OLAN BİREYLERE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

SELDA IŞIK

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

[e-posta:selda_isik80@mynet.com](mailto:selda_isik80@mynet.com)

ÖZET

Sağlık alıőanları, ruhsal bozukluğu olan bireylerle toplumda ve hizmet verdikleri her alanda karşılaşabilmektedirler. Sağlık alıőanlarının bu bireylere yönelik görüşleri verdikleri bakımın niteliğini doğrudan etkilemektedir. Sadece psikiyatride değil psikiyatri dışı kliniklerde çalışanların da bu hastalara yönelik tutumları erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonda etkili olmaktadır.

Amaç: Araştırma psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı bozuk bireylere ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini, Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yetişkin psikiyatri klinikleri ve psikiyatri dışı (dahiliye ve cerrahi) kliniklerinde çalışan araştırmayı kabul eden 157 hemşire ve 141 hekim oluşturmuştur. Veriler OMI (Opinions About Mental Illness Scale) ölçeği ve tanıtıcı bilgiler formu aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, bağımsız gruplarda t testi, nonparametric bağımsız gruplarda Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve Sperman Korelasyon analizi uygulanmıőtır.

Bulgular: Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı ideoloğisi boyutunda puan ortalamaları psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerden daha düşük, sosyal kısıtlayıcılık puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Psikiyatri kliniğinde çalışan hekimlerin otoriterlik, ruh sağlığı ideoloğisi, bireylerarası etiyoloji ve sosyal kısıtlayıcılık puan ortalamaları psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekimlerden daha düşük iken koruyuculuk/kollayıcılık puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekimlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik daha olumsuz görüş ve tutumlara sahip oldukları saptanmıştır. Bu sonuca göre hekim ve hemşirelerin tutumlarına yönelik farkındalık ve eğitim programlarının oluşturulması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal hastalık, stigma, ruhsal hastalığa yönelik tutum.

**THE OPINIONS OF THE PHYSICIANS AND NURSES WORKING AT
PSYCHIATRY AND OTHER CLINICS TOWARDS THE INDIVIDUALS WITH
MENTAL DISORDERS
SELDA IŞIK**

Dokuz Eylül University School of Nursing

[e-mail:selda_isik80@mynet.com](mailto:selda_isik80@mynet.com)

ABSTRACT

Health professionals can be confronted with individuals who have mental illness both in community and working areas. The opinions of the health professionals about these individuals, directly affect the quality of the care. Attitudes of the psychiatry and other clinics' personel to these patients affect early diagnosis, treatment and rehabilitation.

Aim: This study aimed to determine the opinions of the physicians and nurses of psychiatry and other clinics, about the psychiatric patients.

Method: Study group included 157 nurses and 141 physicians from psychiatry and other(internal medicine and surgery) clinics accepted to participate this study from Manisa Neuropsychiatry Hospital, Dokuz Eylül University Medical School Hospital, Ege University Medical School Hospital, Atatürk Teaching Hospital. Data were collected with OMI scale(Opinions About Mental Illness Scale) and informative form. For data analysis t test was used for independent groups and Mann-Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman Correlation analysis for nonparametric independent groups.

Results: Average points of the psychiatry nurses for mental hygiene ideology were lower than the nurses of other clinics and significantly higher for social restrictiveness. Average points of the psychiatry doctors for authoritarianism, mental hygiene ideology, interpersonal etiology and social restrictiveness were lower than the doctors of other clinics but, average benevolence points were higher.

Conclusion: Nurses of psychiatry clinics and doctors from the clinics other than psychiatry have more negative opinions and attitudes for psychiatric patients. According to these results an awareness and training program is recommended for attitudes of the doctors and nurses.

Key words: Mental illness, stigma, attitude for mental illness

1.GİRİŞ

Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Bireyin yaşamını, geçmekte olan bir zaman diliminin içinde ve değişen mekanlarda; kendisi, ailesi ve yakın çevresiyle, içinde yaşadığı toplum ve yaptığı iş ya da görevi ile yoğun ilişkiler ağı içinde sürdürmesi, bu ilişkiler ağında denge, uyum ve doyum içinde olması, bireyin ruhsal yönden sağlıklı olduğunu göstermektedir. Bu denge uyum ve doyumdaki bozulma ruhsal sağlığın bozulmasına yol açmaktadır (nloğlu 2000).

Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik özelliklerini taşır. Genellikle yetersiz, uygunsuz ve aşırı tanımlamaları belli normlara göre yapılır. Bu normlardan bir kısmı evrensel olup, bir kısmı ise çağdan çağa, toplumdaki topluma değişebilir. Ancak her kişide tutarsız, uygunsuz ve yetersiz davranışlar görülebilir. Hasta sayılabilecek kişide bu özelliklerin az çok sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını ve kişilerarası ilişkilerini bozması gerekir (ztrk 1997).

Ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin tutumlar özellikle I. Dünya Savaşı'ndan sonra giderek artan biçimde, araştırma konusu olmuştur. Araştırmaların çoğu halkın tutumları üstünde yoğunlaşmıştır. Toplumun ruh hastasını ne dereceye kadar kabul veya reddettiği konusunda yapılan araştırmaların sonuçları toplumun ruh hastasına olumsuz baktığı ve reddettiği yönündedir (Rabkin 1972, Rabkin 1981, Nieradzic ve Cochrane 1985, Trute ve ark. 1989).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda da halkın psikiyatrik hastalara yönelik tutumlarının negatif olduğu saptanmıştır (Arkar, Eker 1992; Sarı, Arkar, Aklın 2000; Sağduyu ve ark. 2003; zmen ve ark. 2003). Sunman ve Savaşı'nın (1969) yaptığı bir çalışmada vaka öyküleri anlatılarak tutum ve inançlar saptanmıştır. Ruhsal sorunlu bireyin kendi kendine konuşmak, gülmek, saldırmak, kaçıp gitmek şeklinde belirtiler vermediği sürece toplum tarafından tanınmadığı ve hasta kabul edilmediği bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada ruhsal hastalıkların nedenlerinin doğa üstü glerle açıklandığı bildirilmiştir.

Sosyal mesafe ölçeği kullanılarak yapılan araştırmalarda, sosyal yakınlık gerektiren ortamlarda ruh hastası ile etkileşimi azaltma ya da kesme eğiliminin olduğu, kişisel olmayan ortamlarda ise daha fazla kabulün olduğu ortaya konmuştur (Eker ve Arkar 1991; Arkar ve Eker 1992,1994; Taşkın ve ark. 2003; Ogunsemi ve ark. 2008). Özmen ve ark. (2004) yaptıkları araştırmada Türkiye'deki psikiyatrik hastalıklar için kullanılan üç terimin (ruhsal hastalık, akıl hastalığı, sinir hastalığı) halk tarafından farklı anlamlarda kullanıldığını, özellikle ruhsal hastalık ve akıl hastalığı kavramlarının birbirinden çok farklı klinik durumları ifade etmek için kullanıldığı bulunmuştur. Klinik uygulamalarda ve günlük yaşamda edinilen izlenimler daha ağır ve daha olağan dışı belirtilerin gözlendiği psikiyatrik durumların "akıl hastalığı" olarak nitelendiğini göstermiştir. Halk, paranoid şizofreni örnek olgusunu depresyona oranla daha fazla akıl hastalığı olarak tanımlamaktadır (Arkar, Eker 1996).

Kırsal kesimde benzer anketin kullanıldığı bir çalışmada "akıl hastalığı" tanımının damgalayıcı içeriğinin daha fazla olduğu yorumu bulunmaktadır. Ayrıca bu çalışmada deneklerin yarısı şizofreni hastalarının serbestçe dolaşmamaları gerektiğini, yarısından fazlası ise şizofreni hastalarının saldırgan olduklarını düşünmektedirler. Halk, hastalarla yakınlık kurma konusunda isteksiz, belirli bir mesafeyi korumaktan yana olmak üzere reddedici tutumlara sahiptir (Taşkın ve ark.2002). Araştırma sonuçları, ruh hastasına karşı, olumsuz, itici ve reddedici tutumların hastanın damgalanmasına yol açtığı görüşünde birleşmektedir.

Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle de damgalanan kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Önce damgalanan ve ardından tüm olumsuzlukların atfedildiği bu kişiler daha sonra toplumdan uzaklaştırılır, yalıtılır, yok edilmek için çaba gösterilir, ya da yok olması için kendi haline bırakılır. Damgalamanın amacı bireyi toplumdan ayırmak ve dışlamaktır. Damgalama pek çok olgu ve durum için görölse de, ilk çağlardan bu yana damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim ruhsal hastalığı olan kişilerdir (Taşkın 2004).

Literatürde, halkın ve sağlık çalışanlarının psikiyatrik bozukluğu olan kişilere yönelik tutumlarının karşılaştırıldığı çalışmalar da vardır. Jorm ve ark.'nın (1999)

Avusturya halkı ile sağlık çalışanlarının (pratisyenler, psikologlar ve psikiyatristler) tutumlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, sağlık çalışanlarının tutumlarının halka göre daha negatif olduğunu, halkın uzun dönem prognoz hakkında daha pozitif düşünceleri olduklarını bulmuşlardır. Hugo (2001) tarafından yapılan çalışmada örnekleme ruh sağlığı hemşireleri de dahil edilmiştir. Sonuçlar bir önceki çalışmayla benzer bulunmuştur. Her iki çalışmada da ruh sağlığı çalışanlarının prognoz ve tedavinin uzun dönem sonuçları konusunda daha negatif düşüncelere sahip oldukları bulunmuştur. Bu çalışmalarda sağlık profesyonellerinin kendi tutumlarının farkında olmalarının gerekliliği ve bunun psikiyatrik bozukluğu olan birey ve ailesi üzerindeki etkileri vurgulanmıştır.

Kısıtlı sayıda olmasına rağmen ülkemizde sağlık çalışanlarının tutumlarının araştırıldığı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların bir kısmında birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin psikotik bozukluk ve tedavisine yönelik tutumları incelenmiştir. Hekimlerin eğitim almalarına rağmen psikiyatrik hastalıkları yeterince teşhis edemedikleri, tedavi ve takipte ise çok istekli olmadıkları bulunmuştur(Ayrancı, Yenilmez 2002; Yıldız ve ark.2003). Bağ'ın (2005) psikiyatri dışında çalışan hekim ve hemşirelerin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarını araştırdığı çalışmasında; sağlık personelinin yarıya yakın bir çoğunluğunun psikiyatri hastalarını saldırgan buldukları ve aynı iş yerinde çalışmak istemedikleri bulunmuştur. Bostancı (2000) psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşlerini araştırdığı çalışmasında; psikiyatri dışında çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere göre, ruhsal bozukluğu sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu, hastalığın özellikle olumsuz anne - baba ve ocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutum eğilimi gösterdiklerini bunun yanı sıra bu hastalara karşı daha az koruyucu - kollayıcı ve kısıtlayıcı görüşe sahip olduklarını saptamıştır.

Ülkemizde, psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin psikiyatrik bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarını inceleyen kapsamlı bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Sağlık çalışanları, ruhsal sorunları olan bireylerle toplumda ve hizmet verdikleri her alanda karşılaşabilmektedirler. Bu nedenle, hemşire ve doktorlardan hangi alanda çalışırsa çalışsın, her hastalık durumunda yer alabilecek duyguları ya da davranışları altında yatan nedenleri tanıyabilmesi bakım planını bu doğrultuda gerçekleştirmesi beklenmektedir. Sağlık çalışanları bunu yaparken toplumsal ön yargılardan uzak, kendi duygularının tutumlarının farkında olarak, profesyonel ilişki doğrultusunda objektifliğini kaybetmemelidir. Ancak doktor ve hemşireler mesleki eğitimden geçtikleri, hastalık bilgileri ile donanımlı oldukları ve semptomları tanıdıkları halde hasta bireyi anlamakta güçlük yaşadıkları da bilinmektedir (Öz 1984).

Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalara / hastalıklara yönelik tutumlarının farkında olmaları, ruhsal hastalıklarının erken ve doğru tanınması, hastaların yeterli tedavi ve bakımı almaları, koruyucu tedavi, bakım ve rehabilitasyon açısından oldukça önemlidir. Birçok Avrupa ülkesinde sağlık çalışanlarının tutumlarını belirlemek ve bu tutumlara yönelik eğitim programları geliştirmek amacıyla projeler yürütülmektedir. Avustralya'da ruhsal hastalara yönelik stigma ve ayrımcılığı azaltmayı amaçlayan Ulusal Toplum Farkındalık Programı geliştirilmiştir (Hugo 2001).

Sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri bireye bakış açıları onların verdikleri bakımın niteliğini doğrudan etkileyecektir. Sadece psikiyatri çalışanlarının değil, psikiyatri dışı kliniklerde çalışanların da bu hastalara yönelik tutumları erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonda etkili olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sahip olduğu tutumlar hastalarını önemli derecede etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının sahip oldukları olumsuz tutumlar hastaların hastalıkla etkin baş etme, bakıma yöneltme ve yaşam niteliklerine önemli bir engel oluşturmakla beraber, korku ve bilgisizlik hastaların fiziksel ve ruhsal gereksinimlerinin yeterince karşılanmasını önlemektedir. Özmen ve Taşkın (2004), Bağ (2005), topluma verilen sağlık hizmeti sağlık çalışanları ile halk arasında bir köprü oluşturduğundan, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının önemsenmesi gereken bir konu olduğunu belirtmektedirler. Sağlık çalışanlarının daha olumlu tutumlara sahip olması, halkın tutumlarının olumlu yönde değişmesine katkıda bulunacaktır.

Bu alışma, psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı bozuk bireylere ilişkin görüşlerini araştırmak ve ileride yürütülecek eğitim ve hizmet programları için veri tabanı oluşturmak amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Ruh Sağlığı

Birey, bedensel, zihinsel, toplumsal, duygusal ve manevi boyutları olan bir bütündür ve bu boyutların her biri diğeri ile karşılıklı olarak bağlantılıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, 1947 yılında, “tam bir fiziki, ruhsal ve toplumsal iyi oluş” olarak tanımlamaktaydı, ancak 1958’de bu tanıma manevi iyi oluş halini eklemiştir. 1978 Eylül’ünde Sovyetler Birliği’nin Alma-Ata kentinde toplanan WHO konferansında sağlığın tanımına “Bu iyi oluş halinin bireyler için temel bir hak olması yanı sıra sosyal bir amaç olduğu” ilave edilmiştir. Böylesi bir amacın ancak eğitim, sağlık, sosyal, ekonomik sektörlerin işbirliğini sağlayacak bir hükümet plan ve programı ile gerçekleşebileceği vurgulanmıştır (WHO 1978).

Marks (1996)’da sağlığın özünde çok değişkenli bir yapıya sahip olduğunu ve merkezinde yaş, cinsiyet ve genetik özellikler gibi değişkenlerin olduğu bir çekirdek içerdiğini ileri sürmektedir. Bu çekirdek etrafında ise, bireyin yaşam biçimi, sosyal etkiler, yaşam ve çalışma koşulları, kültür ve çevresel faktörler gibi değişkenler yer alır. Marks’ın sabit faktörleri olarak isimlendirdiği bu çekirdekte yer alan faktörler ve diğerleri birbiriyle etkileşim halindedirler (Marks 1996).

Witner ve Sweeney (1992) insanların yaşam süresi için bir sağlıklılık yani “iyi-oluş” (wellness) ve önlem (provention) modeli oluşturmuşlar ve buna bütüncül (holistic) model adını vermişlerdir. Bir yaşam süresi boyunca birey yaşam görevleri ve yaşam güçleri arasındaki dinamik ve karmaşık ilişkiler içindedir. Doğal, insancıl, sosyal ve küresel olaylar bu ilişkiyi etkilediği gibi hepsi de onlardan etkilenir. Witner ve Sweeney yaşam güç ve görevlerini tanımlamışlardır. Beş adet yaşam görevi ve yedi adet yaşam gücü vardır. Yaşam görevlerinin ilki maneviyat (spirituality), ikincisi kendini düzenleme/ayarlama (self-regulation), üçüncü çalışma (work), dördüncü dostluk/arkadaşlık (friendship) ve beşinci ise sevgi (love) olarak belirlenmiştir. Yaşam güçleri ise aile, toplum, din, eğitim, devlet, medya ve iş/sanayiden oluşmaktadır. Bu görev ve güçlerin ilişkiler bütünü belirleyen bir çark çizmişler ve buna “iyi-oluş çemberi” (wheal of wellness) ya da sağlık çemberi adını koymuşlardır (Witmer ve Sweeney 1992).

Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanır. İnsanlık tarihi boyunca en çok ilgilenilen sorunlardan biri ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar konusudur. İnsanoğlu çeşitli gelişme ve büyüme basamaklarında davranış ve duygularının “normal” olup olmadığını soruşturmuştur. Tarihsel gelişim içerisinde normallik kavramının tanımında çeşitli değişiklikler görölmüştür (Köknel 1999).

1- Klinik Belirtilerde Normallik:

Bu görüş açısından normallik bir kişinin hasta olmaması anlamına gelir. Hastalık tanısını koyacak yeterli belirtiler yoksa hasta yoktur ve kişi normaldir (Öztürk1997, Köknel 1999).

2- İstatistik Boyutta Normallik:

Bu görüş açısından normallik çan eğrisinin ortalarında yer almak, iki aşırı uçta olmamaktır. Normal davranış, toplumun çoğu tarafından kabul edilen ve varolan davranışların toplamıdır. Tutum, tavır, davranış, inanç ve görüş bakımından yüksek frekansı olan durumlar normaldir (Öztürk1997; Köknel 1999; Oltmanns ve ark. 2003).

3- Normatif Normallik:

Normallik bir idealdir. Normal ve sağlıklı insanın, erişilmesi, gerçekleşmesi olanaksız düşüncelerde imgelerde ya da tasarımlarda, başka bir deyişle, “ütopya” da bulunabileceği görüşüdür. Bireyin bütün yaşamsal işlevlerini uyumlu bir biçimde sürdürmesi ancak düşlenebilecek bir durumdur. Bu sebeple düşsel yaklaşım olan normallik tanımları gerçeği değil ideali yansıtır (Köknel 1999, Baltaş 2000).

4- Genel Sistemler Kavramı Açısından Normallik:

Normal ve sağlıklı olmak sürekli olarak değişen, canlı, hareketli iletişim ve etkileşim sürecidir. Normallik zamana, yere ve ilişkilerin anlamına göre değişir, kültürlere ve yaşam dönemlerine bağlı olarak farklılaşır. Sürdürölen tutum ve yaşantılar toplumun diğer yaşam biçimlerini ve/veya bütününü tehdit etmedikçe normallik sınırı içinde değerlendirebilir (Köknel 1999; Soykan 2001; Oltmanns ve ark. 2003).

İçinde yaşadığımız dünyada her tanımsal boyutun belki de geçerli olduğu durumlar vardır. Ancak tanı konulmuyor diye her bireyin ruh sağlığı tam kabul edilemeyeceği gibi, azınlıkta kalan davranışlar da anormal tanımıyla yargılanmaz. Normallik geniş bir yelpazenin çeşitli basamaklarıdır ve içinde yaşanan sistemlere göre farklı değerlendirilebilir (Baltaş 2000).

Ünlüoğlu (1998) tarafından aktarıldığı üzere; Freud ruh sağlığını, sevmek ve çalışabilmek olarak tanımlamıştır. Daha sonra sevmek ve çalışabilmeye gülebilmek de eklenmiştir. Hipokrat (MÖ 460-377) ruhsal hastalıklarla ilgili tanımlar yapmış ve ruhsal hastalıkların, bedensel hastalıklardan farklı olmadığını açıklamıştır.

Baltaş'ın (2000) belirttiğine göre; Ginsburg tarafından 1955 yılında geniş bir ruh sağlığı tanımı yapılmıştır. Bu tanımda ruh sağlığının hayatın üç önemli alanıyla çok belirgin bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Söz konusu üç alan eş ilişkileri, iş ilişkileri ve zevk alınan eğlence biçimidir. Bu yaklaşıma göre ruh sağlığı, bir aile kurmak, iş hayatını sürdürebilmek, kanunlarla başı derde girmeden keyif ve mutluluk için var olan imkanları zevk alarak ve hoşlanarak yaşamaktır.

1948'de Londra'da 3. Uluslararası Ruh Sağlığı Kongresinde ruh sağlığı tanımında hem bireyi hem de toplumu gözetken şu iki noktanın bulunması gerektiği kabul edilmiştir.

- 1- Ruh sağlığının geliştirilmesi için, bireyin fiziki, zihin ve duyu açısından optimal düzeyde gelişimini sağlamasına izin veren şartlar gereklidir.
- 2- Ruh sağlığının varlığı iyi bir toplum düzenine ihtiyaç duyar. İyi toplum kendini meydana getiren bireylerin gelişmesine izin veren ve aynı zamanda kendi gelişmesini güven altına alarak diğer toplumlara karşı da hoşgörülü olan bir organizasyondur. (Baltaş 2000)

Genel olarak birey yaşamını, geçmekte olan zaman diliminin içinde ve değişen mekanlarda kendisiyle, ailesiyle ve yakın çevresiyle, içinde yaşadığı toplumu ile ve yaptığı iş ya da görev ile yoğun ilişkiler ağı içinde sürdürmektedir. Eğer bu ilişkiler ağında denge, uyum ve doyum mevcut ise birey ruhsal yönden sağlıklıdır (Ünlüoğlu 2000).

Bireyin, bir yönden kendisiyle, başka bir deyişle iç benliği, iç dünyasıyla, bir yönden çevresini oluşturan diğer kişiler ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge ve uyumu sağlayabilmesi için durağan olmayan, devamlı değişen ve yenilenen ruhsal işlevlere gerek vardır. Ruh sağlığı devamlı bir sürecin ürünüdür (Köknel 1999).

Ruhsal bakımdan sağlıklı bir insanın özelliklerini saymak, ruh sağlığının ölçütlerini sıralamak olanağı olmasa da, ruh sağlığının bozulmaması ya da bozulduğunda yeniden düzelmesine yararlı ve geçerli olan bazı temel ölçütler belirlenmiştir (Köknel 1999, Ünlüoğlu 2000).

- İnsan her yaşta içinde yaşadığı yakın ve uzak çevreyle sevgi, saygı, güven ve özveriye dayanan ilişkiler kurup sürdürmelidir. Çevresindeki diğer bireyleri gerçekçi olarak değerlendirmesi, anlaması, onları tanıdıktan sonra sevgiye layık olanı sevmesi, herkesi sayması, gereken kişiye güvenmesi uygundur.
- Aile içinde, arkadaşlar arasında, oyunda, eğlencede, boş zamanlarında, okulda, işyerinde değişik kişilerin ve koşulların bulunduğu çevrelerde uyum sağlayabilecek uzlaşabilecek esnekliği göstermelidir.
- Kişinin kendine güveni olmalı, kendini başkasının bakış açısından görebilmeli, yetenek ve olanaklarını gerçekçi olarak değerlendirebilmeli, kendi güvensizliğine bağlı kaygılarını başkalarına yansıtmamalı, gerçeğe uygun özsaygısı olmalıdır.
- Kişi toplumda yeri, görevi, sorumluluğu, özgürlüğü, özerkliği, tek sözcükle rolü olduğuna inanmalıdır. Sorumluluğun, özgürlük ve özerkliğinin sınırlarını iyi çizmeli, alabildiğine ağır sorumluluğun baskısı altında ezilmemeli, sınırsız özgürlük, bağlantısız özerkliğin doğuracağı sorunlardan uzak kalmasını bilmelidir.
- Karşı cinsle sevgi, anlayış, beğeni ve desteğe dayalı sağlıklı ilişkiler kurabilmeli, sevmeli, sevimli, kız erkek arkadaş, sevgili, eş seçmede kendi başına sorumluluk alabilmelidir.
- Kişinin gelecekte beklenenleri ve amaçları olmalı, bunlara erişmek için geçerli ve gerçekçi yolda çaba göstermeli, karşısına çıkan engelleri

aşabilecek gücü kendisinde bulmalı ya da başvuracağı kaynakları seçmesini bilmelidir.

- Kişi engeller karşısında başarısız olursa, beklentilerini elde edemez ya da amaçlarına ulaşamazsa, yılmamalı, bıkkınlık göstermemeli, kendi gerçekleri, yetenek ve olanakları içinde aynı yönde çaba harcamalı, ya da çabasını yeni değişik beklentiler ve amaçlara yöneltebilmelidir.
- Kişinin saygı duyduğu, değer verdiği inançlar ve değer yargıları olmalıdır. Başkasının da saygı duyduğu, değer verdiği inançları ve değer yargıları olduğunu düşünmeli, kendine uymayan ters düşen inançlar ve değer yargıları karşısında esnek olmalı, bağnaz bir tutum içine girmemeli, önyargı ve art niyetten uzak düşünce ve davranış göstermelidir.
- Kişi sürekli olarak kendi kendini yenilemeli, eskilerle yeniler arasında sürekli bağlantılar kurmalı, değişmelere, gelişmelere uzak ve yabancı kalmamalıdır.
- Kişinin günlük işi, çalışması, uğraşısı dışında, kişiliğini geliştirecek, güçlendirecek güven duygusunu pekiştirecek, çevreye ve topluma katkısı olacak değişik ilgi ve uğraşı alanları olmalı, günlük yaşantının tekdüze sürüp giden bıkkınlığından kaçacak ya da engeller ve başarısızlıklarda sığınacak ilgi alanları bulunmalıdır.

Tüm bu ölçütler bireyin ruhsal yönden sağlıklı olduğunun göstergesidir.

2.2.Ruhsal Bozukluk

Ruhsal bozuklukların tıbbi olarak tanımlanmasında ciddi güçlüklerle karşılaşmıştır. Bozuklukları sınıflandırma ve tanımlamalarda uzlaşmayı zorlaştıran öğeler şunlardır (Baltaş 2000; Şemin, Aras 2004).

1. Farklı Kültürler:

Toplumsal farklara bağlı olarak arzu edilmeyen durumların tanımları da farklıdır. Davranışlar, toplumsal ve kültürel değişiklikler gösterir. Kültür farkları da olumlu, olumsuz, istenen, istenmeyen davranış ve tutumların yorumunda farklılığa yol açar.

2. Belirsiz Normlar:

Durumun bir hastalık olarak değerlendirilmesi için, olumsuz ve istenmeyen koşulların hangi düzeyde bulunacağı boyutu bir başka tartışma konusu olmuştur çünkü toplumun davranışları hoş görme düzeyleri farklıdır. Konuları değerlendirme ve zihin haritalarının farklılığı yorumu değiştirir.

3. Farklı Disiplin:

Ruh sağlığı ile ortaya çıkan sağlık koşullarının hangi disiplinler içinde değerlendirileceği uzun yıllar tartışılmıştır. Tıbbi bilimler içinde dahiliye ve psikiyatri, sosyal bilimlerde psikoloji sorunu çeşitli dönemlerde farklı yaklaşımlarla karşılamıştır.

Bütün bu değişkenlere bağlı olarak ruhsal bozuklukları tanımlayan yaklaşımlarda farklılıklar vardır. Bunlar:

- a) Akıl sağlığının olumlu ve yapıcı ideal durumdan ileri düzeyde sapmasını ruhsal hastalıkların başlangıcı olarak kabul eder. Bu görüş psikoanalitik prensiplere dayanır.
- b) Ruhsal hastalıklar, çok kabul gören ve hiç kabul görmeyen durumlarda bir duraklama olarak değerlendirilir. İnsanlar kabul gören ve kabul görmeyen davranışlar ile iç içedirler ve hayatlarını ikisini de barındıran bir süreç olarak yaşarlar. Sürecin kesintiye uğramasıyla ruh sağlığı sorunları ortaya çıkar (Baltaş 2000).

Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik özellikleri taşır. Genellikle yetersiz, uygunsuz ve aşırı tanımları belli normlara göre yapılır. Bu normlardan bir kısmı evrensel olup, bir kısmı çağdan çağa, toplumdaki topluma değişebilir. Ancak her kişide tutarsız, uygunsuz ve yetersiz davranışlar görülebilir. Hasta sayılabilecek kişide bu özelliklerin az çok sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını ve kişilerarası ilişkilerini bozması gerekir (Öztürk 1997).

Her bir bozukluktaki rolü farklı olmakla birlikte, ruhsal bozuklukların ortaya çıkışında biyolojik, sosyal ve kültürel birçok etken rol oynamaktadır. Toplumsal kültür ruhsal bozuklukların kliniğe yansıma biçiminde de önemlidir. Kültüre özgü ruhsal yakınmaları içeren sendromlar olabildiği gibi bireylerin öncelik verdikleri sorunlar, ilk önce çare aradıkları yerler ve yakınmalarını dile getiriş biçimleri de kültürler arasında farklılık gösterebilmektedir. Toplumsal kültürün aktarılmasında önemli bir aracı olan ailenin tutumlarının ve destek olma düzeyinin ruhsal bozuklukların gidişi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Bozuklukların ortaya çıkışını ve gidişini etkileyebilen sosyal etkenler, ruhsal bozukluğu olan bireyle toplumun karşılıklı etkileşim süreci, hasta rolünün oluşumu damgalama son dönemde yoğun şekilde araştırılmaktadır. Bunlardan özellikle ruhsal bozukluklarda damgalamanın yarattığı eşitsizlik ve hak kayıpları gibi sorunlar nedeniyle etik yönden de önem taşımaktadır (Şemin, Aras 2004).

2.3. Stigma (Damgalama)

Damga (stigma) bireyi toplumda “normal” insanlardan ayıran ve “kabul edilmez” olarak işaretleyen sıfat, özellik ya da bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Stigma sözcüğünün kökeni stizein sözcüğüne dayanmaktadır. Stizein Antik Yunan’da köle ya da suçlu bireyin düşük ahlak durumunu ya da daha az değerli olduğunu gösteren bir kesik ya da yanık anlamına geliyordu, bugün daha çok “kara leke” anlamında kullanılmaktadır. Sözcüğün modern şekli olan damga da “daha az değerli” olanı işaret etmektedir. Damgalama süreci, ayırıcı işaretin tanınması ve sonra bireyin değersizleştirilmesi basamaklarını içerir (Şemin, Aras 2004).

Stigmatizasyon(etiketleme veya damgalama) bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür (Kocabaşoğlu, Aliustaoğlu 2003). Sosyal bilimlerdeki damga kavramını Evring Goffman(1963) geliştirmiştir. Goffman stigmatı “daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi idrak edilmemesi” olarak tanımlamıştır (Shulze, Angermeyer 2003). Damgalama bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir (Corrigan ve ark. 2001).

Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle de damgalı kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Önce damgalanan ve ardından tüm olumsuzlukların atfedildiği bu kişiler daha sonra toplumdan uzaklaştırılırlar, yalıtılır, yok edilmek için çaba gösterilir ya da yok olması için kendi haline bırakılır. Damgalamanın amacı ayırmak ve dışlamaktır. Damgalama pek çok olgu ve durum için görülse de erken çağlardan bu yana damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim ruhsal hastalığı olan kişilerdir (Taşkın 2004).

İnsan ilkel güçsüzlük döneminde, ne zaman, nasıl, nerede ortaya çıkacağını bilemediği, niteliklerini anlayamadığı doğa olaylarını nasıl insan-üstü ve doğa-dışı kuvvetlerin etkisiyle açıklamışsa, anlaşılmaz ve bilinmez özellikler gösteren ruh hastalığını da aynı şekilde algılamıştır. Bunun için sağaltma türlü eziyetlerle hastanın içine girmiş olan kötü ruhu kaçırarak hastayı kurtarmak ya da hastayı ortadan kaldırmak veya uzaklaştırmakla toplumu kurtarmak olmuştur (Savaşır 1971).

Düzensiz ve beklenmedik şeylerden kaçınma, her şeyin önceden bilinmesi gerçeği, neyin ardından ne olacağını bilmesi isteği insanoğlu için özel bir gereksinimdir. Yaşam ve ilişkilerdeki belirsizlik düzeyi yükseldikçe insanoğlunun yaşamı güçleşir. Olayları şansa, kadere ya da başkalarının gücüne bağlayanlar daha sık korkuya kapılırlar. Toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumları, hastaların tehlikeli ve ne zaman ne yapacağı bilinmez kişiler olarak algılanmasıyla ilişkilidir. Hastaların önceden kestirilemeyen, alışılmadık dışında davranışları, kısaca düzen gereksinimini bozmaları, toplumda anksiyete uyandırmaktadır. Birey ya da toplum kendini ürküten, rahatsız eden bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gider. Bu da ayrımcılığın başlangıcıdır (Taşkın 2004).

Ayrımcılık, damgalamanın ve önyargının olumsuz sonuçlarından biridir. Toplum içerisindeki birey ya da grupların diğer kişileri önyargılar ya da damgalama nedeniyle haklarından ya da çıkarlarından mahrum bırakması anlamına gelir (World Psychiatric Association (WPA) 1996).

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ve ayrımcılık ya da dışlama toplumlarda yaygın olarak görülmektedir. Bu damgalama eğiliminin yüzyıllarca pek

değişmeden sürmesinin en önemli nedenlerinden birisi, toplumsal ve bireysel gereksinimi karşılıyor olmasıdır. Toplum açısından düzen bozan, huzursuzluk yaratan ve toplumsal yaşantı için tekin olmayan kişiler, toplumda korku yarattığından damgalanıp dışlanarak toplum dışına atılırlar. Bireysel olarak da ruhsal hastalığı olanları damgalamanın temel nedeni bu hastalıkların tehlikeli olduğu, kendisine zarar verebileceği düşüncesidir. Bir bakıma bu kez söz konusu olan kişisel korkudur (Taşkın 2004).

Damgalamanın üç bileşeni vardır.

- 1- Sterotipler: Bu kavram insan gruplarının ya da toplumların ortak görüşünü temsil eder. Ruhsal hastalığı olan kişilerin nasıl oldukları konusu da toplumun daha önce üzerinde hem fikir olduğu bir kavramdır. Hasta bir kişi dendiğinde bireyler öncelikle bu sterotipler eşliğinde durumu kavramlaştırmaktadır. Toplumdaki ruhsal hasta sterotipi de pek çok çalışmada gösterildiği üzere tehlikeli ve ne yapacağı belli olmaz sterotipdir.
- 2- Önyargılar: Önyargılar, sterotipleri destekler ve birlikte bir sonuç olarak duygusal reaksiyonlara neden olur. Önyargılar sonucu hastalara karşı oluşan duygular genellikle korku ve öfkedir.
- 3- Ayrımcılık: Basit olarak, sterotiplere ve önyargılara göre değerlendirilen bir durum sonucu ortaya çıkan bilişsel ve duygusal yanıtlar, davranışa yansır. Ruhsal olarak hasta olan bir kişi için bu davranış ayrımcılık ve dışlayıcı davranışlardır (Angermeyer, Matschinger 2003; Kocabaşoğlu, Aliustaoğlu 2003, Taşkın 2004, Ogunsemi ve ark 2008).

Sonuçta damgalama, bir etiket (ruhsal olarak hasta) ile başlamakta ve ayrımcılık, dışlama ile sona ermektedir. Ruhsal olarak hasta kişi etiketi olumsuz sterotipleri etkinleştirmektedir. Bunun sonucunda hastalar, özelliklerine bakılmaksızın tehlikeli ve ne yapacakları belli olmaz kişiler olarak algılanmaktadır. Korku uyandıran bu algı da hastaların dışlanması ve sosyal olarak reddedilmesi ile sonuçlanmaktadır (Taşkın 2004).

2.3.1.Etiketleme Kuramı

İnsan bir kez “akıl hastası” olarak etiketlendi mi toplum önceden belirlenmiş basmakalıp bir anlayışla karşılık verir ve birey kurtulma şansının çok düşük olduğu süregelen akıl hastalığı rolüne itilir (WPA 1996).Damgalamanın başlangıcı, bazen görülen ya da algılanan bir davranış ya da durum olabilir. Bazen de sadece ruhsal hastalık etiketi (label) damgalamaya neden olabilir. Etiketleme kuramı “ruhsal hastalık” etiketi ile etkilenen kişilerin davranışları ne olursa olsun olumsuz ya da istenmeyen toplumsal tepkilere maruz kaldığını belirtmek için kullanılmaktadır. Etiketleme olduğunda, etiketlenen kişinin kimliği ve özellikleri artık çok da önemli değildir. Etiketli bir kişi, normal dışı davranışlar göstermese bile sadece etiket nedeni ile önyargılı ve ayrımcı tutumlara maruz kalmaktadır (Taşkın 2004).

Toplum, ruhsal hastalık etiketi taşıyan kişiyi gerçek kimliği ve gerçek davranışlarından bağımsız olarak değerlendirerek, tutumlarını önceden varolan stereotiplere göre düzenlemektedir. “Ruhsal hastalığı olan kişi” stereotipi, daha önce toplumun üzerinde hemfikir olduğu bir kavramdır ki bu kavramsal içeriğin en önemli bileşenleri bu hastaların tehlikeli olduğu ve davranışlarının öngörülmez olduğu inançlarıdır. Önyargılar, bu olumsuz stereotipleri destekler ve bir sonuç olarak duygusal yanıtlara neden olur (özellikle korku ve öfke). Bundan sonra da toplum tehlikeli olarak gördüğü ve korktuğu bu kişileri damgalayarak toplum dışına atmak ister. Ayrımcılık ve sosyal olarak red edilme etiketleme ile başlayan bir sürecin sonucudur (Angermeyer, Matschinger 2003).

Damganın etkileri iki boyutludur: Toplumsal damga (public stigma) ve kendini damgalama (self-stigma). Toplumsal damga genel topluluğun ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tepkileridir. Kendini damgalama ise ruhsal hastalığı olan bireyin kendine yönelik önyargılarıdır (Şemin, Aras 2004).

Bir kişi psikiyatrik açıdan hasta olarak tanımlandıktan sonra halkta, o kişi ile iletişimi kesme, reddetme ve dışlama eğilimleri özellikle de kişisel yakınlık ve sosyal sorumluluk gerektiren durumlarda çok daha fazladır. Bu kişilerin arkadaşlık ilişkileri, okul yaşamları bu etiket nedeniyle olumsuz yönde etkilenmektedir. Tüm bu dışlayıcı

ve soyutlayıcı tutumlar, hastaların daha az sosyal destek almalarına neden olur ve bu durum sağaltım için de önemli bir olumsuzluktur (Taşkın 2004).

Birey bir hastalık etiketi alınca kendini başkalarından farklı hissetmeye başlar ve kendini damgalama süreci başlar. İçselleştirilmiş damgalama, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir (Ersoy, Varan 2007). Hastalarda durumdan utanma, yetersizlik duyguları, negatif otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma, kendilik değerinde düşme ortaya çıkmaktadır. Damgalayan görüşlerin geniş kabul gördüğü toplumlarda yaşayan ruhsal bozukluğu olan bireylerin ayrımcı ve değerini düşürücü tutumları içselleştirdikleri ve beledikleri reddetmek için hastalığını gizleme, toplumsal etkileşimden kaçınma gibi başa çıkma yollarına yöneldikleri belirtilmektedir (Şemin, Aras 2004).

2.4.Toplumun Ruhsal Hastalara ve Hastalıklara Yönelik Yaklaşımlarıyla İlgili Çalışmalar

Tüm dünyada yakın zamana kadar ruh sağlığı denildiğinde hep ciddi ruh hastaları akla gelmiş ve bunlar toplum dışında tutulmaya çalışılarak uzak yerlerde depolanmaları düşünülmüştür. Bu hastaların aileleri, yakın çevreleri her zaman göz ardı edilmiştir. Ruh hastalarının aile, yakın çevre ve toplumdan ayrı düşünülmemeyeceği, geleneksel merkezi hastanelerin dışında, yaşadığı yerde tedavi ve kabul görmeleri, topluma yeniden kazandırılmaları 1960'lı yıllardan sonra araştırmacıların dikkatini çekmiştir (Arkar 1991, Tuna1999).

Ruh hastalarının merkezi hastaneler dışında bakım ve tedavisinin gerekliliği, özellikle sınırlı kaynaklara sahip, gelişmekte olan ülkeler için daha belirgindir. Toplum içinde hizmet yaklaşımı (community-based mental health care) çerçevesinde halkın ruhsal hastalıklar ile ilgili tutumları önem kazanmaktadır. Genel olarak halkın ve hasta ailesinin tutumları ruhsal hastalıkların tanınmasında, tedavisinde ve tedavi sonrasında rol oynayan önemli etmenler olarak kabul edilmektedir. Ruhsal hastalıkların toplum içinde ilk olarak farkına varma ve ruh hastası olarak etiketleme, bu konuda çare aramak için karar verme, iyileştirme için hastane ve benzeri

kurumlara başvurma, tedavinin bir parçası olabilme, hasta kişinin hastaneye yatmadan ayaktan takip edilmesi ve eğer yattıysa hastaneden eve dönüşünden sonra tekrar uyum sağlaması gibi durumlarda ailenin ve yakın çevrenin önemli etkileri olabilmektedir (Arkar, Eker 1996).Toplum içinde hizmet yaklaşımlarının başarılı olması için ailenin, yakın çevrenin ve daha geniş anlamda halkın tutumlarını bilmemiz gerekmektedir (Arkar 1992).Halkın ruh hastalarını ne dereceye kadar kabul veya reddettikleri konusunda çok sayıda araştırma yapılmıştır.Genel olarak bu çalışmaların sonuçları halkın ruh hastalarına olumsuz baktıkları ve reddettikleri yönündedir (Rabkin 1972,1981; Nieradzic ve Cochrane 1985, Trute ve ark.1989, Arkar 1992).

Halkın farklı kesimlerinin farklı özelliklere sahip hastalara karşı tutumlarında farklılıklar görülmektedir. Daha yaşlı, düşük eğitim ve ekonomik düzeyi olan kişilerin ruh hastasına karşı daha az hoşgörü gösterdiği, hasta özellikleri açısından ise gözlenebilir bozukluğu olan, davranışları önceden kestirilemeyen, erkek, azınlık, toplumla bağları çok zayıflamış ve hastanede somatik tedavi görmüş hastalara karşı özellikle olumsuz tutum olduğu bildirilmiştir (Rabkin 1981).

Sosyal psikiyatrinin ve epidemiyolojik araştırmaların öncülerinden olan Shirley Star'ın 1950'li yıllarda 3000'nin üzerinde ABD vatandaşında yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre, halk tanımlanan ruhsal bozukluk olgularını çok düşük oranda belirleyebilmektedir. Olgunun bir ruhsal bozukluğu gösterdiği en çok paranoid şizofreni tanımları için belirtilmiş, bunu basit şizofreni, alkolizm ve anksiyete nevrozu izlemiştir (Sağduyu ve ark.2001).

Ruh sağlığı alanında toplum içinde hizmet yaklaşımı ruh hastalarının toplumla yaklaşması gerekliliğini ortaya koymuştur. Halkın ruhsal hastalığı olan kişilerle yakın ilişkiler içinde olmaktan kaçınmaları ve toplum ile hastaların olması gerektiği gibi yaklaşmamaları sosyal mesafe kavramının doğmasına neden olmuştur. Sosyal mesafe,kişilerin sosyal ilişkilerinde ruhsal hastalığı olanların katılımını ne kadar kabul ettiklerinin derecesidir (Arkar 1991,Taşkın 2004).

Whatley 1958-1959 yılları arasında yapmış olduğu sosyal mesafe çalışmaları ile halkın psikiyatrik hasta ile ilişkiye girmekteki istekliliğini değerlendirmiştir. Whatley sosyal yakınlık içeren ortamlarda "akıl hastası" olarak tanımlanmış kimselerle

etkileşimi kesme eğiliminin var olduğunu, buna karşın, göreceli olarak genel olan ve kişisel olmayan ortamlarda ise hastaların daha fazla kabul gördüğünü bulmuştur. Whatley, insanların hastalar ile özellikle “ego-içeren” ortamlarda etkileşimi kesme eğiliminin varlığını bildirmiştir (Arkar 1991, Taşkın 2004). İlk kez Whatley’in tanımladığı bu bulgu, Trute ve arkadaşlarının (1989) yaptıkları çalışmalar ile tekrar doğrulanmıştır.

Ülkemizde sosyal mesafe ölçeği kullanılarak yapılan araştırmalarda, çalışmaya alınan kişilerin sosyal yakınlık içeren ortamlarda akıl hastası ile etkileşimi azaltma eğiliminde oldukları (Arkar 1991); anksiyete nevrozu/depresyonu olan kişileri, paranoid şizofreni olgularına göre daha mutlu, daha verimli, daha iyi, daha çağdaş, daha temiz, daha az tehlikeli, daha sık rastlanan şekilde değerlendirdiği (Arkar 1992); paranoid şizofreni olgusunun anksiyete nevrozu/depresyon olgusuna göre daha fazla oranda bir akıl hastalığı olarak görüldüğü ve sosyal mesafe konulduğu, daha fazla fiziksel yük getiren ve kötü prognoza sahip bir hastalık olarak değerlendirildiği belirtilmiştir (Arkar, Eker 1996).

Çamkuşu’nun (1997) de yaptığı araştırma sonucunda da bireylerin, anksiyete nevrozu/depresif vakaya paranoid şizofrenik vakaya oranla daha fazla kabul (daha az sosyal mesafe) gösterdiği, paranoid şizofreniyi anksiyete nevrozu/depresif vakaya oranla daha fazla ruh hastalığı olarak tanımladığı ve paranoid şizofrenik vakanın daha kötü prognozunun olacağını belirttikleri bulunmuştur. Ayrıca tedavi seçeneklerine yönelik tutumlarda bireyler anksiyete nevrozu/depresif vaka için danışmanlık, psikoterapi ve aile danışmanlığı tedavilerini daha uygun bulurken, paranoid şizofrenik vakaya ise EKT (elektro konvulsif tedavi) uygulanmasını daha uygun bulmaktadırlar.

Sunman ve Savaşır’ın (1969) çalışmasında seçilen beş psikoz tablosuna karşı olan tutum ve inançlar ölçülmek istendiğinde ruh hastasının kendi kendine konuşmak, gülmek, saldırmak, kaçıp gitmek şeklinde semptomlar vermediği sürece, araştırılan toplum tarafından tanınmadığı ve hasta kabul edilmediği görülmüştür. Ruh hastalıklarının sebeplerinin daha çok insan-üstü ve doğa-dışı güçlerle açıklandığı, bu inanışların kadınlarda erkeklerden iki katı fazla olduğu saptanmıştır.

Savaşır (1971) tarafından Ankara'nın Nallıhan ilçesinin bir köyündeki aileler ve Çankaya ilçesindeki 150 aile ile yapılan çalışmanın sonucunda köy ve kent aileleri arasında ruh hastalarına yönelik tutumlarda fark olmadığı belirlenmiştir. İki kesim için de akıl hastalığı aile için bir leke kabul edilmekte ve saklanmakta ve bunda sosyal değişim rol oynamaktadır.

Taşkın ve arkadaşları (2002) kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla bir araştırma yapmışlardır. Kırsal kesimde deneklerin büyük bir bölümü şizofreniyi tanımaktadır. Etiyolojide ilk sırada sosyal sorunlar sorumlu tutulmuştur. Şizofreninin sağaltımı konusunda halk yeterli bilgiye sahiptir ancak etiketlenme korkusu nedeniyle sağaltım için, psikiyatrik yardım almaktan çekinmektedir. Halk, hastalarla yakınlık kurma konusunda isteksiz, belirli bir mesafeyi korumaktan yana olmak üzere reddedici tutumlara sahiptir.

Aynı örneklem grubunun depresyonlu hastalara yönelik tutumlarının araştırıldığı çalışmada, kırsal kesimde depresyonu tanımanın kentsel kesimdekine benzer şekilde sınırlı, fakat yeterli düzeyde olduğu, etiyojisinde sosyal sorunların sorumlu tutulduğu, depresyonlu hastaları etiketleme ve damgalama eğiliminin kırsal alanda yaşayanlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir. Halk depresyonlu hastalar ile aralarında daha fazla sosyal mesafe olmasını istemektedirler. Kırsal kesimde yaşayan halkın tutumları genel olarak daha olumsuz ve daha reddedicidir (Taşkın ve ark.2006).

Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) halkın şizofreniye yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, örnekleme oluşturan bireylerin çoğu şizofreniyi bir ruhsal hastalık olarak tanımlamıştır. Stresli yaşam koşulları ve kişilik zayıflığı etiyojide en önde görülen etkenlerdir. Örneklemin dörtte biri şizofrenlerin tehlikeli olduğuna ve toplum içinde serbest bırakılmaması gerektiğine inanmaktadır.

Aynı örneklemin depresyonlu hastalara yönelik tutumlarının araştırıldığı çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş, örneklemin büyük çoğunluğunun depresyonu bir ruhsal hastalık olarak tanımladığı, sosyal sorunlar ve kişilik zayıflığının etiyojide en çok sorumlu tutulan etmenler olduğu, halkın depresyonlu

hastalara karşı ayrımcı ve etiketleyici bir yaklaşıma sahip olduğu saptanmıştır (Özmen ve ark. 2003).

İngiltere’de 1998 yılında yapılan bir çalışmada halkın psikiyatrik hastalıklar ile ilgili görüşleri araştırılmış ve depresyonlu hastaların başkaları için tehlikeli ve davranışlarının öngörülemez olduğu, bu hastaların kendilerini kontrol edemeyeceği, iyileşmelerinin güç olduğu yargılarının bulunduğu belirlenmiştir (Crisp ve ark. 2000).

Avustralya’da 1995 yılında yapılan bir çalışmada halkın depresyonu bir ruhsal rahatsızlık olarak tanıyabildiği, ancak tedavisiyle ilgili yanlış bilgilere sahip olduğu gözlenmiştir (Jorm ve ark. 1997).

Damgalamanın karakterini belirlemede en önemli rolü kültürel ortamın ve tek tek alt kültürlerin oynadığı düşünülmektedir. Tutumları etkileyen en önemli etmenin kültürel olduğu düşünülüyor olsa da, sosyodemografik değişkenler, hastalık konusunda bilgi, hasta kişilerle kişisel deneyimin olması, ruhsal hastalık etiketi, hastalığın psikopatoloji tipi ve hastanın özellikleri gibi değişkenler de ruhsal hastalara ve hastalıklara yönelik tutumlar üzerinde etkili olabilmektedirler. Bunlardan başka, yasa ve mahkemeler, devlet politikaları ve kitle iletişim araçları da önemli etkilerde bulunmaktadır (Özmen ve ark. 2008).

Halkın psikoz, paranoid bozukluk ve depresyona yönelik tutumlarının incelendiği bir araştırmada; hastalığı tanıma ve tedavisi konusunda cinsiyetin, öğrenim durumunun, yaşın, gelir düzeyinin, akıl hastası ile önceden karşılaşmanın önemli olduğu görülmüştür (Dündar ve ark. 1995).

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumlarının belirlendiği bir çalışmada; hastaların depresyon ve depresyon sağaltımı konusunda genel halka göre daha doğru bilgiye sahip olduğu ve depresyonun sosyal sorunlar ile ilişkili olduğuna inandıkları saptanmıştır. Bu sonuç ruhsal bozukluklar ya da psikiyatri ile tanışıklığın depresyonun tanınması konusunda olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir. Hastaların depresyonu olan hastalara yönelik yaklaşımları genel halktan daha olumlu ve daha hoşgörülüdür. Ancak depresif nöbet içindeki hastalar,

depresyonu olan hastalara karşı daha olumsuz ve ayrımcı tutumlara, daha fazla sosyal mesafe isteğine sahiptir (Taşkın ve ark. 2009).

Bireyin sosyal yaşamı, sosyal yaşamındaki destek veya engeller hastalığına olumlu veya olumsuz etkiler yapabilir. Bireyin en yakın çevresi olan aile aynı zamanda yakın ilişki ve etkileşimlerin gerçekleştiği ortamdır. Sağlık sorunları aile sorunlarını da beraberinde getirir. Çünkü hastalık yalnızca hasta bireyi değil, onunla yaşayan bütün bireyleri de etkiler. Ailenin tutumlarının hasta bireyin sağaltımı açısından büyük önem taşıması nedeniyle tutumları belirlemek amacıyla araştırmalar yapılmıştır (Buldukoğlu, Tel 1992).

Şizofrenisi olan hasta yakınlarının şizofreniye yönelik tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada, hastalığın tanınması ve ele alınması bakımından topluma göre hasta yakınlarının çok daha olumlu bir tutum sergilemesine karşın, hastalığın tehlikeli olduğu yönündeki önyargı ve inançların hasta yakınları üzerinde bile etkili olmaya devam ettiği belirtilmiştir (Sağduyu ve ark.2003).

Hasta yakınları ile yapılan bir diğer çalışmada, ailesinde ruh hastası bulunmayanların, ailesinde ruh hastası bulunanlara göre ruh hastalarını daha fazla reddettikleri, kişisel yakınlık ve sorumluluk gerektiren durumlarda daha fazla sosyal mesafe koydukları ve psikotik bozukluğu olan hastaların nevroitik bozukluğu olanlara göre daha fazla reddedildikleri saptanmıştır (Tuna 1999). Arkar'ın (1991) araştırmasında ise psikiyatri bölümünde hastası olanlarla başka bölümlerde hastası olanlar arasında tutum farklılıkları bulunmamıştır.

Şizofreni tanısı almış kişilerin bakım vericilerinde stigmatizyon algısını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hasta yakınlarının çevrenin tutumlarından etkilendiği ve bunun sonucu olarak da yakınlarının hastalıklarını saklama gereksinimi duydukları, yoğun bir stigmatizasyon algılarının olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri normalin üzerinde bulunmuştur (Şenyuva, Kuşçu 2004). Buldukoğlu ve Tel'in araştırmasında da (1992) ailede ruh hastasının varlığının ailenin sosyal ilişkilerine %33 oranında olumsuz boyut kazandırdığı ve ailenin bunu daha çok kendilerini toplumdan soyutlama şeklinde yaşadıkları belirtilmiştir.

2.5.Sağlık Profesyonellerinin Ruhsal Hastalara ve Hastalıklara Yönelik Yaklaşımlarıyla İlgili Çalışmalar

Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar sık görülmeleri, yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve ekonomik kayıplara neden olabilmeleri nedeniyle toplumsal açıdan büyük bir öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre küresel düzeyde hastalık yükünün %2.3'ünü ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşturmaktadır (Brundtland 2000).

Türkiye'de psikiyatrik hastalığa rastlanma sıklığını belirlemek amacıyla birçok saha araştırmaları yapılmıştır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu bu konuda en kapsamlı araştırmadır. Bu rapora göre Türkiye genelinde psikiyatrik hastalığa rastlanma sıklığı %17.2 düzeyindedir. Küey, Üstün ve Güleç (1987) araştırmalarında ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığının %20 dolayında olduğunu saptamışlardır. Rezaki ve ark (1995) araştırmasında bu oran %17.6 olarak saptanmıştır. Depresyon sıklığı %23.2 (Sağduyu ve ark.2000), diğer bir çalışmada ise %11.6 (Rezaki 1995) olarak saptanmıştır. Dönmez ve ark.(2000) araştırmasında ise ruhsal bozukluk sıklığı %46.6 olarak tespit edilmiştir. Yapılan saha çalışmaları ile ruhsal bozuklukların hem genel toplumda hem de sağlık kuruluşlarına başvuranlar arasında oldukça yaygın karşılaşılan bir sorun olduğu görülmektedir.

Ruhsal hastalığı olan kişilerin çoğu öncelikle psikiyatri dışı hekimlere, özellikle de birinci basamak sağlık kurumlarına başvurmaktadır (Yüksel, Taşkın 2005). Birinci basamak ve pratisyen hekimler bu önemli halk sağlığı sorununda korunma ve tedavi yönünden ilk başvuru yeri olması nedeni ile önemli bir konuma sahiptir (Ocaktan ve ark. 2004).

Birinci basamak hekimlerinin depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere ruhsal bozukluklarla sık karşılaştıkları, ancak bunlardan çok azını teşhis edip tedavi uyguladıkları ya da hatalı tanı koydukları ortaya konmuştur. Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalar arasında depresyon oldukça sık görüldüğü halde bunların yaklaşık yarısının fark edilmediği ya da etkin tedavi alamadıkları belirtilmektedir (Deveci 2004).

Ülkemizde, psikiyatrik hastaların 1/7'si hekime başvurmakta, sağlık ocağına başvuran ve depresyonu olan hastaların yalnızca 1/7'si tanınabilmekte, tanınanların ise ancak küçük bir azınlığı uygun ve yeterli tedavi alabilmektedir (Soykan 2001). Aker ve arkadaşları (2002) birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında hekimlerin yarısından fazlasının şizofrenlerin toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğine, saldırgan olduklarına, kendi hayatları ile doğru kararlar alamayacaklarına inandıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular hekimlerin şizofreniye ilişkin stigmatı toplumla paylaştıklarını göstermektedir.

Kocaeli il merkezinde 195 pratisyen hekimin katıldığı bir çalışmada hekimlerin psikotik bozuklukları tanıma, sağaltım başlama ve izleme konusunda yetersiz ve isteksiz oldukları, bu hasta grubunun birinci basamakta tedavi edilmelerinin mümkün olamayacağını ifade ettikleri belirlenmiştir. Hekimlerin önemli bir kısmı psikotik bozukluğu olan hastaları ilk tedavi eden hekim olmak istememiştir. Hekimlerin %39.5'i psikotik bozukluğu olan hastaların genelde doğru kararlar veremediklerini düşünmekle beraber, %29.7'si bu hastaların tedaviyle topluma kazandırılabilirlerine inandıklarını belirtmişlerdir (Yıldız ve ark.2003).

Eskişehir' de 55 pratisyen hekimin katılımcı olduğu bir çalışmada, hekimlerin ruhsal hastalıklara ve psikiyatrik hizmetlere karşı olumsuz bir tutum içinde oldukları, psikiyatrik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar konusunda bilgilerinin kısıtlı olduğu, %60'ının eğitime soğuk baktığı saptanmıştır. Pratisyen hekimler, birinci basamak sağlık kurumlarında depresyonu tedavi edebileceklerini, ancak hastaların psikiyatrik sorunları ile ilgilenecek zamanları olmadığını belirtmiştir (Yenilmez 2002).

Özmen ve arkadaşlarının (2003) psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumlarını belirledikleri araştırmalarında; uzman hekimler ruhsal bozukluklar ve ruhsal bozuklukların tedavisi konularında kendilerini orta düzeyde yeterli gördüklerini, %65'i depresyon, anksiyete ve somatizasyon konusunda eğitim alma gereksinimi duyduğunu belirtmişlerdir.

Tufan ve arkadaşları (2006) psikiyatri dışı araştırma görevlisi hekimlerin psikiyatri ve psikiyatristlerle ilgili tutumlarını belirledikleri araştırmanın sonuçlarını

Seber ve arkadaşlarının (1988) aynı envanteri kullandıkları araştırmanın sonuçlarıyla karşılaştırmışlardır. Yıllar içinde psikiyatrinin önemine olan inancın arttığı, hekimlerin hastalarını psikiyatriste yönlendirmeleriyle ilgili daha rahat oldukları ancak psikiyatrinin biyolojik tedaviler açısından ilerleme göstermediğini düşünenlerin sayısında artış olduğu, halen psikiyatristlerin gerçeklikten uzak olduğunu düşünen ve toplumsal işlevi konusunda tereddütleri olan hekimlerin olduğu da belirlenmiştir.

Az sayıda çalışmada, sağlık profesyonellerinin tutumları diğer meslek gruplarının tutumları ile karşılaştırılmıştır. Mersin'de hekimler, diğer sağlık personeli ve sağlık dışı çalışanların katıldığı bir çalışmada hekimler ve sağlık personelinin psikiyatri ve psikiyatrik hastalarla ilgili görüşleri sağlık dışı çalışanlarla benzerlik göstermiştir. Üç grubun da ruhsal hastalıkların sağaltımında kullanılan ilaçlar hakkında olumsuz ve yanlış bilgiye sahip olduğu ilaçların zihinsel işlevleri bozduğu ve kişiliği olumsuz yönde etkilediği inancının olduğu bulunmuştur. Etiyolojik neden konusunda ise hekimlerin diğer iki gruba göre daha doğru bilgiye sahip olduğu görülmüştür (Tot ve ark. 2000).

Ankara'da çeşitli meslek gruplarının (pratisyen hekimler, hemşireler, öğretmenler, bankacılar, polisler ve taksi şoförleri) ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada, hekim ve hemşirelerin tutumları oldukça olumlu olarak bulunmuştur. Ancak tüm gruplar içinde taksi şoförlerinin en olumlu tutumlara sahip olduğu saptanmıştır. Şoförler, hastaları hekim ve hemşirelerden daha kabullenici tutumlar göstermişlerdir (Birinci, Sayıl 2004).

Jorm ve arkadaşları (1999) tarafından Avustralya'da yapılan bir çalışmada halkın, genel pratisyenlerin, psikiyatristlerin ve klinik psikologların ruhsal hastalığı olanlara yönelik tutumları incelenmiş, sağlık alanında çalışan profesyonellerin ruhsal hastalığın uzun dönemli seyrine daha olumsuz baktığı görülmüştür. Hugo (2001) tarafından yapılan çalışmada örnekleme ruh sağlığı hemşireleri de dahil edilmiştir. Sonuçlar bir önceki çalışmayla benzer bulunmuştur. Her iki çalışmada da ruh sağlığı çalışanlarının prognoz ve tedavinin uzun dönem sonuçları konusunda daha negatif düşüncelere sahip oldukları bulunmuştur. Bu çalışmalarda sağlık profesyonellerinin

kendi tutumlarının farkında olmalarının gerekliliği ve bunun psikiyatrik bozukluğu olan birey ve ailesi üzerindeki etkileri vurgulanmıştır.

Psikiyatrist (93) ve psikiyatri dışı (74) hekimin şizofreniye yönelik tutumlarını karşılaştıran bir çalışmada, psikiyatristlerin hastalara şizofreni tanısını söyleme konusunda daha çekingen davrandıkları görülmüştür. Bu bulgu ve adli raporlarda psikiyatristlerin şizofreni tanısı yerine bir başka tanı yazma eğilimi nedeni ile çalışmacılar psikiyatristlerin de şizofreniyi damgalama eğilimi taşıdıkları yorumunda bulunmuşlardır (Mantar ve ark. 2004).

Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar konusunda yoğun çalışma alanlarından bazıları da mesleki eğitimin-bilginin ve ruhsal hastalarla deneyiminin etkileridir. Çalışmalarda çoğu kez psikiyatri stajı öncesi ve sonrası değerlendirmeler yapılmış ve psikiyatri stajının tutum ve bilgilerde bir değişiklik yaratıp yaratmadığı araştırılmıştır (Yüksel, Taşkın 2005).

Ünal'ın (1990) tıp fakültesi 5. sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada staj sonrasında, öncesine göre psikiyatri ile ilgili olumlu düşüncelerde genel olarak bir artış olduğu gözlenmiştir. Ünal'ın (1990) diğer bir çalışmasında; öğrencilerde staj sonrası psikiyatrik sorunların sağaltımında kendilerine güvenin arttığı görülmüştür. Öğrenciler staj öncesi ruhsal yakınmaları olan kişilerin çoğunu psikiyatriste göndermeyi tercih ederken, staj sonrası bunların önemli bir bölümünün sağaltımını üstlenebileceklerini belirtmiştir. Ancak psikiyatri dışı hekimlerin kendilerini yetersiz hissetme nedenini, çalışmacı staj sonundaki yeterlilik duygusunun geçici olması ile açıklamaktadır.

Tıp fakültesi öğrencilerinin psikiyatrye ilişkin tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada öğrencilerin %29.8'inin psikiyatryi ilk beş tercihine yazabileceklerini belirttiği ve psikiyatrye bakışın genel olarak olumlu olduğu, bunu da en çok stajyerlik deneyiminin arttırdığı saptanmıştır (Güney ve ark. 1994).

Birdoğan ve Berksun (2002) psikiyatri eğitimi ve psikiyatri stajının tutumlar üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında; 6.Sınıf öğrencilerinde hastaların diğer insanlardan farklı (daha aşağı) olduğu ve hastaların

kısıtlanması gerektiği (toplumu ve aileyi korumak için) düşüncesinde azalma olduğu, etiyolojik inançlarda da olumlu yönde bir değişim olduğu görülmüştür.

Arıkan'ın (1989) sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yaptığı araştırmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Psikiyatride deneyim kazanma ile otoriter ve kısıtlayıcı tutumlar azalmıştır. Psikiyatri stajı yapmış olan öğrenciler ruh hastalarına karşı daha anlayışlı, yardımsever, daha az otoriter olurken; henüz staj yapmamış öğrenciler hastalara karşı daha kısıtlayıcı ve otoriter bulunmuşlardır.

Doğan (1992) aynı ölçeği, hemşirelik yüksekokulu birincisi ve dördüncü sınıf öğrencilerine uygulamış ve yaptığı araştırma sonucunda: hemşirelik öğrencilerinin ruh hastaları ve hastalıklarına karşı olumlu tutum geliştirmelerinde eğitimin ve etkili eğitimsel yaşantıların önemli rolünün olduğu ortaya konmuştur. Özellikle otoriterlik, ruh sağlığı ideolojisi ve sosyal kısıtlayıcılık boyutlarında 4. Sınıf öğrencilerinde 1. Sınıf öğrencilerine göre olumlu yönde önemli farklılık saptanmıştır. Koruyuculuk-insancılık boyutuna göre, 4. Sınıf öğrencileri daha insancıl bir yaklaşıma sahiptirler.

Tıp Fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada; şizofrenin tedavisi ve çare arama davranışı bölümlerinde psikiyatri eğitimi alanlarda tutum iyileşmesi gözükürken, şizofrenlerin toplum içinde yaşamı ile ilgili maddelerde psikiyatri eğitimi alanların daha kötü tutuma sahip oldukları bulunmuştur (Yanık ve ark. 2003).

Arkar ve Eker'in çalışmalarında psikiyatri stajının tutumlar üzerinde bir değişiklik yaratmadığı saptanmıştır. Araştırmacılar, hastalarla etkileşimi içeren uygulamalı psikiyatri stajının önemli bir değişime yol açmamasının bir nedeni olarak, öğrencilerin zaten hekimliği seçen bir kesim olduğundan tutumlarının optimum olabileceği ve daha fazla değişmesinin olanaklı olmayabileceğini ileri sürmüşlerdir (Arkar, Eker 1997,1998).

Altındağ ve arkadaşları (2004) damgalamayı azaltıcı bir programın tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları üzerine etkilerini belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Damgalama eğiliminin azaltılması amacıyla uygulanan, konferanslar, film gösterimi ve şizofreni hastasının kendi deneyimlerini

aktarmasından oluşan programdan sonra, öğrencilerin tutumlarında kısa sürede bazı değişiklikler gözlenmiştir. Ancak tutumların bir ay sonra tekrar değerlendirilmesi sonucu, şizofreni için sağaltım ve çare arama konusunda değişen olumlu yaklaşımın sürmesine karşın, hastalarla olması istenilen sosyal mesafe konusundaki olumlu değişimin sürmediği görülmüştür.

Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyona yönelik tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada; sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyonu bir akıl hastalığı olarak düşünmekten çok, bir ruhsal hastalık olarak kavramlaştırdığı görülmüştür. Genel toplum örneklemi ile karşılaştırıldığında sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyonlu olgu örneğine bakış açısının genelde olumlu olduğu belirlenmiştir. Ancak öğrencilerin depresyon olgunun tedavisinin hastanede yatırılarak yapılması gerektiğini düşündüğü, psikolog ve psikiyatrist kavramları konusunda bilgi eksikliklerinin bulunduğu görülmüştür (Özmen ve ark.2003).

Sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışmada depresyon olgu örneğini katılımcıların %78'i bir ruhsal hastalık olarak nitelerken %0.8'i akıl hastalığı olarak nitelemiştir. Şizofreni olgu örneği ise katılımcıların %65'i ruhsal hastalık olarak, %26'sı akıl hastalığı olarak nitelemiştir. Araştırmacı bu bulgular doğrultusunda akıl hastalığı ve ruhsal hastalık kavramlarının farklı anlamlar taşıyacak şekilde kullanıldığını ve akıl hastalığı kavramının daha damgalayıcı anlamlar taşıdığını belirtmiştir(Özmen ve ark 2004).

Koruyucu rehabilite ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerinin etkin ve verimli olması, toplumun tüm kesimlerinin, özellikle de ruh sağlığı alanında çalışanların ruhsal bozukluklar ve ruhsal sorunlu bireylere karşı tutumlarının olumlu yönde olmasına bağlıdır. İnsancıl tutumların, düzeltici bir ilişkinin en önemli ögesi olduğu söylenebilir. Kabullenici, destekleyici tutumlar, hasta bireyi rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici, tedaviye katılımını sağlayıcı yönde etkilerken, aşağılayıcı, reddedici, kısıtlayıcı ve soyutlayıcı tutumlar hastayı toplumdan uzaklaştırmakta, tedavi ve bakımı olumsuz yönde etkilemektedir (Doğan 1992).

Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 59 hemşire ile yapılan çalışmada; hemşirelerin hastalara karşı yeterince uygun ve terapötik tutum

göstermedikleri, ruh sağlığı ve hastalıkları konusunda bilgi eksikliği içinde oldukları saptanmıştır. Hemşireler ruh hastasını kontrolünü kaybetmiş, psikotik tablo içinde olan biri olarak tanımlamışlardır. Hemşirelerin %83'ü ruh hastalığının iyileşmeyeceğini, %62.7'si akıl hastanesinde çalışıyor olması nedeniyle şansız olduğunu ve %84.7'si olumsuz etkilendiğini düşünmektedir. Hemşirelere verdikleri bilgi ve görüşleri nereden edindikleri sorulduğunda %96.6'sı hastanede gördüklerim, duyduklarım, tecrübelerim yanıtını vermiştir (Kırlangıç 1984).

Bostancı (2000) psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşlerini araştırdığı çalışmada; psikiyatri dışında çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere göre, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu, hastalığın özellikle olumsuz anne - baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutum eğilimi gösterdiklerini bunun yanı sıra bu hastalara karşı daha az koruyucu - kollayıcı ve kısıtlayıcı görüşe sahip olduklarını saptamıştır.

Eşsizoğlu ve Arısoy'un (2008) depresyona ve depresyon hastalarına karşı hemşirelerin tutumlarını incelediği araştırmada; hem psikiyatri hemşirelerinin hem de psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin tutumlarının olumlu olduğu, depresyonu bulunanları tehlikeli ve saldırgan bulmadıkları, bu hastaların düzelebileceğini düşündükleri ve bu hastalara şizofren hastalara kıyasla daha az mesafe koydukları saptanmıştır. Psikiyatri klinikleri dışında çalışan hemşirelerin depresyonu bir hastalık olarak görmemeleri, depresyonu olağanlaştırıcı bir tutum sergilemeleri etiketlemeyi azaltmakla birlikte hastalığın tanınmasını ve fark edilmesini zorlaştırabilir. Aynı araştırmacıların şizofreniye yönelik tutumları belirledikleri çalışmalarında, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre şizofreni hastalarının saldırgan olduklarını, şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini düşündüklerini, şizofreni hastalarına daha fazla sosyal mesafe koyduklarını bulmuşlardır (Arısoy, Eşsizoğlu 2004).

Bağ'ın (2005), sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırdığı çalışmada; sağlık personelinin %55.7'si ruhsal hastalıklarının ana nedeninin genetik ve kalıtsal olduğunu belirtirken, %20.9'u gibi

önemli bir yüzdesi de büyü ve dinsel sorunlarla ilgili olduğunu söylemişlerdir. Ayrıca sağlık personelinin yarısına yakın bir bölümü psikiyatri hastalarını saldırgan bulduklarını ve aynı iş yerinde çalışmak istemediklerini belirtmişlerdir.

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan 103 hemşire ve Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, 1.ve 4. Sınıf öğrencilerinden 84 kişi ile yapılan çalışmada, deneklere sunulan olgu öyküsünün ruhsal bir hastalık (%96.8) ve özel olarak da şizofreni olarak yüksek oranlarda tanımlanması (%89.8) örneklem grubunun büyük bir bölümünün şizofreniyi yeterince tanıdığını ve tanımladığını göstermiştir. Ayrıca deneklerin büyük çoğunluğu şizofreninin tedavi edildiğine inandığını belirtmesi, tedavi önerilerinde ilk seçeneğin hekim, hekim olarak da ilk seçeneğin hem olgu öyküsü hem de şizofreni için psikiyatri uzmanı olması, deneklerin çare arama konusunda doğru ve yeterli bilgiye sahip olduklarını düşündürmektedir. Ancak bu çalışmada da tutumları değerlendiren maddelere bakıldığında yüksek oranda reddetme söz konusudur. En fazla kişisel yakınlık gerektiren evlenme, birlikte çalışma gibi durumlarda belirgin olmak üzere deneklerin şizofreni hastalarına karşı reddedici tutum içinde oldukları bulunmuştur (Özyiğit ve ark. 2004).

2.6.Tutumların Bilinmesinin Önemi:

Toplum içinde hizmet yaklaşımı çerçevesinde halkın ruhsal hastalıklar ile ilgili tutumları önem kazanmaktadır. Genel olarak halkın ve hasta ailesinin tutumları ruhsal hastalıkların tanınmasında, tedavisinde ve tedavi sonrasında rol oynayan önemli etmenler olarak kabul edilmektedir. Ruhsal hastalıkların toplum içinde ilk olarak farkına varma ve ruh hastası olarak etiketleme, bu konuda çare aramak için karar verme, iyileştirme için hastane veya benzeri kurumlara başvurma, tedavinin bir parçası olabilme, hasta kişinin hastaneye yatmadan ayaktan takip edilmesi ve eğer yattıysa hastaneden eve dönüşünden sonra tekrar uyum sağlaması gibi durumlarda ailenin ve yakın çevrenin önemli etkileri olabilmektedir (Arkar, Eker 1996).

Toplumlar bireyleri ile bir gelişim süreci içindedirler. Ruh hastalıkları hakkındaki bugünkü tutumları bilmek ileride ruh sağlığı politikalarının verimini ölçme ve gereken düzeltmeleri yapmak için vazgeçilmez bir gerekliliktir (Savaşır 1971).

Günümüzde hızlı toplumsal değişim, nüfus artışı, kültürel sorunlar, ekonomik olaylar ve göçler aile yapısında değişim meydana getirdiği gibi kültürel değer, tutum ve inançlarda da değişiklik yaratmaktadır. Ruh hastalıklarına yönelik toplumların tutumları da bu değişen süreçten etkilenerek değişebilir. Değişen / değişmeyen ya da aynen kalan tutumları belirlemek gelecekteki ruh sağlığı kurumlarının örgütlenmesi ve ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine ışık tutacaktır (Küey 1996).

Ruh hastalığı ve hastalıkları alanında çalışan personelin ruhsal sorunları olan bireylere karşı tutumları son yıllarda giderek önem kazanmaktadır. Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinin etkin ve verimli olması genelde toplumun tüm kesimlerinin, özelde de ruh sağlığı alanında çalışan görevlilerin ruhsal bozukluklar ve ruhsal sorunlu bireylere karşı tutumlarının olumlu yönde olmasına bağlıdır.

Ruhsal sorunlu bireyler sağlık elemanlarının tutumlarına karşı duyarlıdırlar ve bundan etkilenirler. Kabullenici, destekleyici, hoşgörülü tutumlar hasta bireyi rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici, tedavi ve bakımına katılımı sağlayıcı yönde etkilemesine karşın, aşağılayıcı, reddedici, kısıtlayıcı ve soyutlayıcı tutumlar hastayı toplumdan uzaklaştırarak, tedavi ve bakımı olumsuz yönde etkilemektedir (Doğan 1992).

Hastalarla yakından ve uzun süreli ilişki içindeki hemşirelerin tutumları ruhsal hastalığı olan bireyler üzerinde doğrudan etkili olmakta ve hemşireler tutumları ile kliniğin terapötik ortamını etkileyebilmektedirler. Hemşire, “temel hemşirelik eğitim programı tamamlamış olan, hastalıkların önlenmesi, sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hasta bireyin bakım ve rehabilitasyonu için hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişidir” diye tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre; hemşireden salt bağımlı fonksiyonlarını yerine getirmesi değil, kendi mesleki bilgi ve becerileri doğrultusunda bağımsız işlevlerinin de yerine getirmesi beklenmektedir. Hemşire, sağlık hizmeti verirken ve bağımsız rollerini yerine getirirken hasta bireyi biopsikososyal bütünlük kavramı içinde ele almalıdır. Hasta bireyin sorunlarını görmelerinde baş etme gücü kazanmalarından ve kendi kendine yeterli hale gelmelerinde yardımcı olmalıdır. Hemşire bireyi biopsikososyal bir varlık olarak ele

alırken, bireyin geldiği kültürü ve özelliklerini tanımali, hasta ve hastalık bulgularını nasıl algıladıklarını bilmelidir (z 1984).

Sağlık sorunu ile başarılı bir şekilde baş edebilme gereksinimi olan bireylere yardım etmek hemşirenin sorumluluğudur. Hemşire aileye sorunlarını tanımlamada ve sorunla baş edebilmelerinde yardımcı olabilir. Yardım kaynaklarını bulmada danışmanlık yapabilir. Hemşirenin bu rolünü yerine getirebilmesi için öncelikle ailelerin hastaya karşı tutum ve yaklaşımlarını tanınması gerekir (Buldukoğlu, Tel 1992).

Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları, sağlık profesyonelleri ve halk arasında bir köprü oluşturduğundan, önemsenmesi gereken bir konudur. Hemşirelerin daha olumlu tutumlara sahip olması, halkın tutumlarının olumlu yönde değişmesine katkıda bulunacaktır (zmen, Taşkın 2004).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşlerini araştırmak üzere tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve İzmir ilindeki bünyesinde psikiyatri kliniği bulunan üniversite ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan hekim ve hemşireler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yetişkin psikiyatri klinikleri (hekim sayısı=114, hemşire sayısı=108) ve psikiyatri dışı (dahiliye ve cerrahi) kliniklerinde çalışan (hekim=313, hemşire=206) araştırmayı kabul eden 157 hemşire ve 141 hekim oluşturmuştur. Araştırmanın planlama aşamasında Bozyaka SSK Hastanesi İzmir ilinde bulunması ve bünyesinde psikiyatri kliniği bulundurması nedeniyle araştırmaya dahil edilmiş ve ilgili makamlardan izin alınmıştır. Ancak psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin araştırmaya katılmak istememeleri nedeniyle bu hastane araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Ege Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Anabilim Dalı anketlerin uygulanması için gerekli izni vermemişlerdir. Bu nedenle bu bölümde görev yapan hekim ve hemşireler de araştırma kapsamından çıkarılmıştır.

3.3.Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen Tanıtıcı Bilgiler Formu (Bostancı 2000, Bağ 2005, Arıkan 1989) ile Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin Görüşler (Opinions Mental Illness Scale-OMI) Ölçeği kullanılmıştır.

Tanıttıcı Bilgiler Formu Hekim ve hemşirelerle ilgili tanımlayıcı bilgileri içeren 11 madden oluşmaktadı. Bu bilgiler yaş, cinsiyet, medeni durum, görevi, çalışılan kurum, çalıştığı birim, çalışma suresi, eğitim düzeyi, en uzun yaşadığı yer, kendisinin psikiyatrik muayene ve tedavi ykws, ailede psikiyatrik muayene ve tedavi ykws gibi bireysel özellikleri içermektedir.

Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler leği (Opinions Mental Illness Scale-OMI)

Ölçek, Cohen ve Struening tarafından 1963 yılında geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik alışması Arıkan tarafından 1986 yılında yapılmıştır. Ölçek 0.95 düzeyinde güvenilir bulunmuştur (Arıkan 1989).Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler leği 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar;

Ø **Otoriterlik Boyutu:** Bu boyut, ruh hastalarının normal insanlardan farklı, onlardan aşağı olduğu görüşünü yansıtmaktadır. Ruh hastası, büyük ölçüde ırk, din ve politik azınlık gruplarında olduğu gibi negatif bir stereotipi taşımaktadır. Boyutun minimum puanı 1, maximum puanı 56 dır. (1, 6, 9, 11, 16, 19, 21, 39, 43, 46, 48.maddeler)

Ø **Koruyuculuk-Kollayıcılık Boyutu:** Bu boyut, şanssız ve gcsz görünen ruh hastalarına karşı dinsel ve insancıl bir yaklaşıma dayalı paternalist bir bakış açısını yansıtmaktadır. Böyle bir bakış açısı profesyonel ya da bilimsel kabul edilmemektedir. Boyutun min puanı 1, max puanı 66 dır.(2, 12, 17, 18, 22, 26, 27, 32, 34, 36, 37, 40, 47, 49. maddeler)

Ø **Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu:** Ruh sağlığı alanında çalışanların felsefesini yansıtır. Buna göre, ruhsal bozuklukların başka hastalıklardan bir farkı yoktur. Boyutun min puanı 1, max puanı 46 dır. (3, 13, 23, 28, 31, 33, 38, 44, 50.maddeler)

Ø **Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu:** Bu boyut, hospitalizasyon sırasında ve sonrasında toplumu özellikle de aileyi korumak için ruh hastalarının kısıtlanması gerektiği görüşünü yansıtmaktadır. Bu görüş ile ruh hastalarının toplum için tehlike oluşturduğu ileri sürülmektedir.

Boyutun min puanı 1, max puanı 51 dir. (4, 7, 8, 14, 24, 29, 41, 42, 45, 51.maddeler)

Ø **Bireylerarası Etyoloji Boyutu:** Bu boyut, ruh hastalıklarının özellikle çocukluk çağındaki bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak sevgi ve ilgisizlikten ortaya çıktığı inancını yansıtır.Boyutun min puanı 1, max puanı 36 dır. (5, 10, 15, 20, 25, 30, 35. maddeler)

Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği (OMI) Likert tipi 51 maddeyi içermekte ve her bir madde kesinlikle katılıyorum (1) ve kesinlikle katılmıyorum (6) arasında değişen puanlara sahiptir.

Değerlendirme Cetveli

1-Kesinlikle katılıyorum

2-Katılıyorum

3-Emin değilim ama galiba katılıyorum

4-Emin değilim ama galiba katılmıyorum

5-Katılmıyorum

6-Kesinlikle katılmıyorum ifadelerini içermektedir.

Ölçeğin toplam puanı yoktur. Tutum değerlendirmeleri her bir boyutun ayrı puanları ile yapılmaktadır. Puanlar yükseldikçe ruhsal hasta/hastalıklarına ilişkin görüş ve tutumlar olumsuzlaşma eğilimi göstermektedir.

Cohen ve Struening'in (1963) araştırmalarında OMI ölçeği alt boyutlarının cronbach alfa güvenilirlik katsayıları 0.60 ve 0.82 arasında bulunmuştur. Hamaideh ve Mudallal'in araştırmasında 0.70 ve 0.94 arasında, Madianos ve arkadaşlarının araştırmasında 5 alt boyutun minimum cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.80 olarak saptanmıştır. Bu araştırmanın güvenilirlik katsayıları şu şekilde saptanmıştır.

Ölçek ve Alt boyutları	μ
OMI	.84
Otoriterlik Boyutu	.71
Koruyuculuk Boyutu	.45
Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu	.34
Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu	.54
Bireylerarası Etiyoloji Boyutu	.63

3.4.Verilerin Toplanması

Veri toplama formlarının örneklem grubuna uygulanabilmesi için çalışmanın yapıldığı kurum ve kliniklerin yetkili makamlarından izin alınmıştır. Araştırmanın amacı deneklere anlatılmış ve araştırmaya katılma deneğinin isteğine bırakılmıştır. Veriler, bireysel görüşme yoluyla araştırmacı tarafından Eylül-Şubat 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerden eşit sayıda örneklem grubu oluşturmak amacıyla toplam 180 hekim ve 180 hemşireye ulaşılmış ancak 157 hemşire ve 141 hekimin verileri değerlendirmeye alınabilmiştir.

3.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 15 paket programı ile bağımsız gruplarda t testi, nonparametric bağımsız gruplarda Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Spearman Korelasyon analizi kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

3.6.Araştırma Etiği

Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulu'ndan, Manisa İli Sağlık Müdürlüğü, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği, Ege Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden ve Psikiyatri, Cerrahi, Dahiliye Klinikleri Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan izin alınmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük ilkesi göz önünde bulundurulmuş, hekim ve hemşirelerden sözlü onam alınmıştır.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bozyaka SSK Hastanesi psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri nedeniyle, Ege Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Anabilim Dalı anketlerin uygulanması için gerekli izni vermedikleri için araştırma kapsamından çıkarılmıştır.

3.8.Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulu Tarih ve Sayı:31.05.2005 / 129

4.BULGULAR

Araştırmanın bulguları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1:Hemşire ve Hekim Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Hemşire n=157		Hekim n=141	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaş	Ortalama 30.98		Ortalama 30.77	
Cinsiyet				
Kadın	157	100.0	62	44.0
Erkek			79	56.0
Medeni Durum				
Evli	95	60.5	62	44.0
Bekar	62	39.5	79	56.0
Çalıştığı Kurum				
DEÜ Araştırma ve Uyg. Hastanesi	47	29.9	43	30.5
EÜ Araştırma ve Uyg. Hastanesi	39	24.8	34	24.1
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	31	19.7	56	39.7
Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	40	25.5	8	5.7
En Uzun Yaşadığı Yer				
Köy ve İlçe	36	22.9	10	7.1
İl	121	77.1	131	92.9
Çalıştığı Birim				
Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	87	55.4	74	52.5
Psikiyatri Klinikleri	70	44.6	67	47.5
Hekimlerin Görevi				
Asistan Hekim			117	83.0
Öğretim Üyesi Hekim			24	17.0
Eğitim Durumu				
Sağlık Meslek Lisesi	25	15.9		
Hemşirelik Önlisans	61	38.9		
Hemşirelik Yüksekokulu Mezunu	71	45.2		
Tıp Fakültesi			141	100.0
Kendisinin Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsü				
Evet	21	13.4	38	27.0
Hayır	136	86.6	103	73.0
Ailede Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsü				
Evet	30	19.1	30	21.3
Hayır	127	80.9	111	78.7
Toplam	157	100.0	141	100.0

Tablo 1’de hemşire ve hekim grubunun tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı gösterilmektedir. Örnekleme oluşturan hemşire grubunun (n=157, %52.7) çoğunluğunu evli (n=95, %60.5), şehirde büyüyen (n=121,%77.1), hemşirelik yüksekokulu mezunu (n=71,%45.2), DEÜ Hastanesi’nde çalışan (n=47, %29.9), kendisinde (n=136, %86.6), ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan (n=127,%80.9) ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan kişiler (n=87,%55.4) oluştururken; hekim grubunun ise (n=141,%47.3) çoğunluğunu erkek (n=79,%56), bekar (n=79,%56), Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan (n=56,%39.7), şehirde büyüyen (n=131,%92.9), psikiyatri dışı kliniklerde (n=74,%52.5) asistan hekim olarak görev yapan (n=117,%83), kendisinde (n=103,%73) ve ailesinde psikiyatrik öykü bulunmayanlar (n=111,%78.7) oluşturmaktadır.

Tablo 2. Hemşire ve Hekimlerin Yaşa ve Çalışma Süreleri ile OMI Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

OMI Alt Boyutları	Yaşa Göre		Çalışma Süresine Göre	
	r	p	r	p
Hemşire Grubu (n: 157)				
Otoriterlik	.02	.781	-.04	.637
Koruyuculuk ve Kollayıcılık	-.04	.595	-.07	.388
Ruh Sağlığı İdeolojisi	-.04	.618	-.06	.433
Sosyal kısıtlayıcılık	.18	.027	.14	.088
Bireylerarası Etyoloji	-.03	.709	-.10	.233
Hekim Grubu (n: 141)	r_s	p	r_s	p
Otoriterlik	-.30	.000	-.09	.300
Koruyuculuk ve Kollayıcılık	.19	.021	.03	.712
Ruh Sağlığı İdeolojisi	-.09	.377	-.06	.511
Sosyal kısıtlayıcılık	-.22	.009	-.09	.278
Bireylerarası Etyoloji	-.26	.002	-.15	.087

Hemşirelerin yaşları ile OMI alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendiğinde sadece sosyal kısıtlayıcılık alt boyutunda pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=.18$, $p=0.027$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Hemşirelerin yaşları arttıkça sosyal kısıtlayıcılık puanları da artmaktadır. Hemşirelerin yaşları ile otoriterlik ($r=.02$, $p=0.781$), koruyuculuk ve kollayıcılık ($r=-.04$, $p=0.595$), ruh sağlığı ideolojisi ($r=-.04$, $p=0.618$) ve bireylerarası etiyoloji ($r=-.03$, $p=0.709$) boyutlarının puanları arasında ilişki yoktur (Tablo 2).

Hekimlerin yaşları ile ruh sağlığı ideolojisi ($r=-.09$, $p=0.377$) puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Hekimlerin yaşları ile koruyuculuk ve kollayıcılık puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf ($r=.19$, $p=0.021$) ve istatistiksel olarak anlamlı; sosyal kısıtlayıcılık puanları ile zayıf ($r=-.22$, $p=0.09$), otoriterlik ($r=-.30$, $p=0.000$) ve bireylerarası etiyoloji boyutu puanları ($r=-.26$, $p=0.002$) arasında zayıf-

orta düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hekimlerin yaşları arttıkça koruyuculuk ve kollayıcılık puanları artmakta iken, otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireyler arası etyoloji puanları azalmaktadır (Tablo 2).

Hemşirelerin çalışma süreleri ile OMI alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Otoriterlik ($r=-.04$, $p=0.637$), koruyuculuk ve kollayıcılık ($r=-.07$, $p=0.388$), ruh sağlığı ideolojisi ($r=-.06$, $p=0.433$), sosyal kısıtlayıcılık ($r=.14$, $p=0.088$), bireylerarası etiyoloji ($r=-.10$, $p=0.233$) (Tablo 2).

Hekimlerin çalışma süreleri ile OMI alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Otoriterlik ($r=-.09$, $p=0.300$), koruyuculuk ve kollayıcılık ($r=.03$, $p=0.712$), ruh sağlığı ideolojisi ($r=-.06$, $p=0.511$), sosyal kısıtlayıcılık ($r=-.09$, $p=0.278$), bireylerarası etiyoloji ($r=-.15$, $p=0.087$) (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşire ve Hekimlerin OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

OMI Alt Boyutları	Görevi	Sayı	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Otoriterlik	Hemşire	157	4.00	49.00	24.72	6.87	4.232	.000
	Hekim	141			20.89	8.54		
Koruyuculuk ve Kollayıcılık	Hemşire	157	24.00	65.00	44.36	6.93	3.748	.000
	Hekim	141			47.48	7.43		
Ruh Sağlığı İdeolojisi	Hemşire	157	17.00	41.00	29.78	4.71	.293	.770
	Hekim	141			29.94	4.64		
Sosyal Kısıtlayıcılık	Hemşire	157	2.00	43.00	25.19	6.89	6.925	.000
	Hekim	141			19.45	7.41		
Bireylerarası Etiyoloji	Hemşire	157	2.00	32.00	19.37	4.85	2.444	.015
	Hekim	141			17.82	5.95		

Hemşire ve hekimlerin OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız örnekleme t testi ile karşılaştırıldığında; grupların otoriterlik, koruyuculuk, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır. Otoriterlik (t=4.232, p=0.000), sosyal kısıtlayıcılık (t=6.925, p=0.000) ve bireylerarası etyoloji boyutunda (t=2.444, p=0.015) hemşirelerin puan ortalaması hekimlerin puan ortalamasından daha yüksek iken, koruyuculuk ve kollayıcılık boyutunda (t=3.748, p=0.000) hemşirelerin puan ortalaması hekimlerden daha düşüktür. Ruh sağlığı ideolojisi boyutunda (t=0.293, p=0.770) grupların puan ortalaması benzer olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşire ve Hekimlerin Çalıştıkları Birime Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Görevi	OMI Alt Boyutları	Çalıştığı Birim	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	t	p	
Hemşire	Otoriterlik	Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	87	25.37	6.57	1.321	.188	
		Psikiyatri Klinikleri	70	23.91	7.18			
	Koruyuculuk ve Kollayıcılık	Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	87	44.72	7.29	.739	.461	
		Psikiyatri Klinikleri	70	43.90	6.49			
	Ruh Sağlığı İdeolojisi	Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	87	30.53	4.21	2.256	.025	
		Psikiyatri Klinikleri	70	28.84	5.15			
	Sosyal kısıtlayıcılık	Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	87	23.93	5.40	2.491	.014	
		Psikiyatri Klinikleri	70	26.76	8.16			
	Bireylerarası Etyoloji	Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	87	19.85	4.44	1.390	.166	
		Psikiyatri Klinikleri	70	18.77	5.28			
	Hekim	Otoriterlik	Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	74	25.43	8.15	8.120	.000
			Psikiyatri Klinikleri	67	15.88	5.70		
Koruyuculuk ve Kollayıcılık		Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	74	44.96	7.96	4.584	.000	
		Psikiyatri Klinikleri	67	50.25	5.66			
Ruh Sağlığı İdeolojisi		Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	74	30.97	4.12	2.861	.005	
		Psikiyatri Klinikleri	67	28.79	4.93			
Sosyal kısıtlayıcılık		Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	74	22.54	7.00	5.770	.000	
		Psikiyatri Klinikleri	67	16.04	6.30			
Bireylerarası Etyoloji		Cerrahi ve Dahiliye Klinikleri	74	20.11	5.01	5.185	.000	
		Psikiyatri Klinikleri	67	15.30	5.91			

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; ruh sağlığı ideolojisi ($t=2.256$, $p=0.025$) ve sosyal kısıtlayıcılık ($t=2.491$, $p=0.014$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, otoriterlik ($t=1.321$, $p=0.188$), koruyuculuk/kollayıcılık ($t=0.739$, $p=0.461$) ve bireylerarası etyoloji ($t=1.390$, $p=0.166$) boyutlarının puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Cerrahi ve Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı ideolojisi boyutunda puan ortalamaları psikiyatri kliniğinde çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek iken sosyal kısıtlayıcılık boyutundaki puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Hekimlerin çalıştıkları kliniklere göre OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; grupların tüm boyutlardaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Cerrahi ve Dahiliye kliniklerinde çalışan hekimlerin koruyuculuk/kollayıcılık ($t=4.584$, $p=0.000$) puan ortalamaları psikiyatri kliniklerinde çalışanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunurken, otoriterlik ($t=8.120$, $p=0.000$), ruh sağlığı ideolojisi ($t=2.861$, $p=0.005$), sosyal kısıtlayıcılık ($t=5.770$, $p=0.000$), bireylerarası etiyoloji ($t=5.185$, $p=0.000$) puan ortalamaları (psikiyatri kliniklerinde çalışan hekimlerden) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşire ve Hekimlerin Medeni Duruma Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Görevi	OMI Alt Boyutları	Medeni Durumu	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	t	p	
Hemşire	Otoriterlik	Evli	95	25.51	7.21	1.786	.076	
		Bekar	62	23.52	6.17			
	Koruyuculuk ve Kollayıcılık	Evli	95	44.06	6.53	.655	.513	
		Bekar	62	44.81	7.55			
	Ruh Sağlığı İdeolojisi	Evli	95	29.31	4.24	1.488	.140	
		Bekar	62	30.50	5.32			
	Sosyal kısıtlayıcılık	Evli	95	26.06	7.22	1.980	.049	
		Bekar	62	23.85	6.19			
	Bireylerarası Etyoloji	Evli	95	19.05	4.91	1.014	.312	
		Bekar	62	19.85	4.75			
	Hekim	Otoriterlik	Evli	62	21.66	8.98	.945	.346
			Bekar	79	20.29	8.18		
Koruyuculuk ve Kollayıcılık		Evli	62	48.50	8.14	1.457	.147	
		Bekar	79	46.67	6.76			
Ruh Sağlığı İdeolojisi		Evli	62	29.95	4.51	.035	.972	
		Bekar	79	29.92	4.76			
Sosyal kısıtlayıcılık		Evli	62	19.52	8.13	.088	.930	
		Bekar	79	19.41	6.84			
Bireylerarası Etyoloji		Evli	62	18.11	6.48	.512	.609	
		Bekar	79	17.59	5.53			

Hemşire ve hekimlerin medeni durumuna göre OMI alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; hemşire grubunda evli olanların sosyal kısıtlayıcılık (t=1.980,p=0.049) puan ortalamalarının bekar olanlardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu medeni duruma göre otoriterlik (t=1.786, p=0.076), koruyuculuk ve kollayıcılık (t=0.655, p=0.513), ruh sağlığı ideolojisi (t=1.488, p=0.140) ve bireylerarası etioloji (t=1.014, p=0.312) boyutlarının puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Hekimlerin medeni durumuna göre OMI alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı olarak fark olmadığı saptanmıştır. Otoriterlik (t=0.945, p=0.346), koruyuculuk ve kollayıcılık (t=1.457, p=0.147), ruh sağlığı ideolojisi (t=0.035, p=0.972), sosyal kısıtlayıcılık (t=0.088, p=0.930), bireylerarası etioloji (t=0.512, p=0.609) (Tablo 5).

Tablo 6. Hekimlerin Cinsiyetine Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Görevi	OMI Alt Boyutları	Cinsiyeti	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Hekim	Otoriterlik	Kadın	62	18.63	7.01	2.955	.004
		Erkek	79	22.67	9.23		
	Koruyuculuk ve Kollayıcılık	Kadın	62	47.85	6.73	.536	.593
		Erkek	79	47.18	7.96		
	Ruh Sağlığı İdeolojisi	Kadın	62	29.34	4.77	1.359	.176
		Erkek	79	30.41	4.51		
	Sosyal kısıtlayıcılık	Kadın	62	18.66	6.75	1.127	.262
		Erkek	79	20.08	7.87		
	Bireylerarası Etiyoloji	Kadın	62	17.11	5.61	1.258	.210
		Erkek	79	18.38	6.18		

Hekimlerin cinsiyetine göre OMI alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların otoriterlik ($t=2.955$, $p=0.04$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı fark olduğu, koruyuculuk ve kollayıcılık ($t=0.536$, $p=0.593$), ruh sağlığı ideolojisi ($t=1.359$, $p=0.176$), sosyal kısıtlayıcılık ($t=1.127$, $p=0.262$) ve bireylerarası etiyoloji ($t=1.258$, $p=0.210$) boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Kadın hekimlerin otoriterlik puan ortalamaları erkek hekimlerden anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 6).

Çalışmaya katılan tüm hemşirelerin bayan olması nedeniyle cinsiyete göre OMI alt boyutlarının karşılaştırması yapılamamıştır.

Tablo 7. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

OMI Alt Boyutları	Eğitim Durumu	Sayı	Ortalama	SS	KW	p	Fark
Otoriterlik	Sağlık Meslek Lisesi ^a	25	28.48	8.12	14.901	.001	a,b>c
	Hemşirelik Önlisans ^b	61	25.69	5.07			
	Hemşirelik Yüksekokulu ^c	71	22.56	7.06			
Koruyuculuk ve Kollayıcılık	Sağlık Meslek Lisesi	25	43.92	7.19	3.283	.194	
	Hemşirelik Önlisans	61	43.48	5.99			
	Hemşirelik Yüksekokulu	71	45.27	7.55			
Ruh Sağlığı İdeolojisi	Sağlık Meslek Lisesi	25	29.76	4.35	.834	.659	
	Hemşirelik Önlisans	61	29.56	4.39			
	Hemşirelik Yüksekokulu	71	29.97	5.14			
Sosyal kısıtlayıcılık	Sağlık Meslek Lisesi	25	29.24	6.48	17.820	.000	a,b>c
	Hemşirelik Önlisans	61	26.51	7.74			
	Hemşirelik Yüksekokulu	71	22.63	5.12			
Bireylerarası Etyoloji	Sağlık Meslek Lisesi	25	20.04	4.81	.865	.649	
	Hemşirelik Önlisans	61	19.28	4.12			
	Hemşirelik Yüksekokulu	71	19.21	5.45			

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldığında; grupların otoriterlik (KW=14.901, p=0.001) ve sosyal kısıtlayıcılık (KW=17.820, p=0.000) boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu, koruyuculuk/kollayıcılık (KW=3.283, p=0.194), ruh sağlığı ideolojisi (KW=0.834, p=0.659) ve bireylerarası etioloji (KW=0.865, p=0.649) boyutlarının puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır.

Otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutlarında farkın hangi eğitim grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan ileri analizde gruplar ikili olarak, sağlık meslek lisesi ile diğer iki eğitim grubu Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi, önlisans ile lisans grubu t testi ile karşılaştırılmıştır. Otoriterlik boyutunda; hem SML mezunu hemşirelerin (U=506.500, p=0.001), hem de önlisans mezunu hemşirelerin puan ortalaması lisans mezunu hemşirelerden (t=2.948, p=0.004) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. SML ile önlisans grubu arasında fark anlamsızdır (U=562.500, p=0.057). Sosyal kısıtlayıcılık boyutunda da; hem SML mezunu hemşirelerin (U=395.000, p=0.000), hem de önlisans mezunu hemşirelerin puan ortalaması lisans mezunu hemşirelerden (t=3.334, p=0.001) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. SML ile önlisans grubu arasında fark anlamsızdır (U=593.000, p=0.106) (Tablo 7).

Tablo 8. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görevlerine Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

OMI Alt Boyutları	Görevi	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	U	p
Otoriterlik	Asistan Hekim	117	22.32	8.39	523.000	.000
	Öğretim Üyesi Hekim	24	13.92	5.26		
Koruyuculuk ve Kollayıcılık	Asistan Hekim	117	46.92	7.64	1048.000	.051
	Öğretim Üyesi Hekim	24	50.17	5.71		
Ruh Sağlığı İdeolojisi	Asistan Hekim	117	30.18	4.77	1133.500	.137
	Öğretim Üyesi Hekim	24	28.75	3.80		
Sosyal Kısıtlayıcılık	Asistan Hekim	117	20.57	7.08	645.500	.000
	Öğretim Üyesi Hekim	24	14.00	6.61		
Bireylerarası Etiyoloji	Asistan Hekim	117	18.86	5.34	650.500	.000
	Öğretim Üyesi Hekim	24	12.75	6.26		

Asistan hekim ile öğretim üyesi olan hekimlerin OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında; grupların otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır. Otoriterlik (U=523.000, p=0.000), sosyal kısıtlayıcılık (U=645.500, p=0.000) ve bireylerarası etyoloji boyutunda (U=650.500, p=0.000) asistan hekimlerin puan ortalaması öğretim üyesi hekimlerden daha daha yüksek bulunmuştur. Asistan hekimlerle öğretim üyesi hekimler arasında koruyuculuk/kollayıcılık (U=1048.000, p=0.051) ve ruh sağlığı ideolojisi (U=1133.500, p=0.137) boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşire ve Hekimlerin En Uzun Süre Yaşadığı Yere Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Görevi	OMI Alt Boyutları	En Uzun Yaşadığı Yer	Sayı	Ortalama	SS	t / U	p
Hemşire	Otoriterlik	köy ve ilçe	36	25.72	7.17	.998*	.320
		il	121	24.42	6.78		
	Koruyuculuk ve Kollayıcılık	köy ve ilçe	36	45.11	7.52	.742*	.459
		il	121	44.13	6.77		
	Ruh Sağlığı İdeolojisi	köy ve ilçe	36	30.83	5.30	1.538*	.126
		il	121	29.46	4.50		
	Sosyal kısıtlayıcılık	köy ve ilçe	36	27.39	6.50	2.206*	.029
		il	121	24.54	6.90		
	Bireylerarası Etyoloji	köy ve ilçe	36	20.36	4.50	1.402*	.163
		il	121	19.07	4.92		
Hekim	Otoriterlik	köy ve ilçe	10	22.40	9.13	335.500**	.545
		il	131	20.78	8.52		
	Koruyuculuk ve Kollayıcılık	köy ve ilçe	10	48.50	8.95	361.500**	.740
		il	131	47.40	7.33		
	Ruh Sağlığı İdeolojisi	köy ve ilçe	10	30.90	5.51	266.000**	.180
		il	131	29.86	4.58		
	Sosyal kısıtlayıcılık	köy ve ilçe	10	22.10	5.63	288.000**	.269
		il	131	19.25	7.50		
	Bireylerarası Etyoloji	köy ve ilçe	10	20.00	4.83	358.000**	.712
		il	131	17.66	6.01		

Hemşirelerin en uzun yaşadıkları yere göre OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; sadece sosyal kısıtlayıcılık ($t=2.206$, $p=0.029$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, otoriterlik ($t=0.998$, $p=0.320$), koruyuculuk/kollayıcılık ($t=0.742$, $p=0.459$), ruh sağlığı ideolojisi ($t=1.538$, $p=0.126$) ve bireylerarası etyoloji boyutlarının ($t=1.402$, $p=0.163$) puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Sosyal kısıtlayıcılık boyutunda en uzun süre köy ve ilçede yaşayan hemşirelerin puan ortalaması şehirde yaşayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir.

Hekimlerin en uzun yaşadıkları yere göre OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında; gruplara göre hiç bir boyutun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır/yoktur. Otoriterlik ($U=335.500$, $p=0.545$), koruyuculuk/kollayıcılık ($U=361.500$, $p=0.740$), ruh sağlığı ideolojisi ($U=266.000$, $p=0.180$), sosyal kısıtlayıcılık ($U=288.000$, $p=0.269$), bireylerarası etyoloji ($U=358.000$, $p=0.712$) (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşire ve Hekimlerin Kendisinde Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsü Varlığına Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Görevi- doktor ve hemşire	Kendisinin Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsü	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	u/t	p		
Hemşire	Otoriterlik	Evet	21	25.00	6.57	1397.500*	.875	
		Hayir	136	24.68	6.93			
	Koruyuculuk ve Kollayıcılık	Evet	21	47.10	7.67	958.000*	.015	
		Hayir	136	43.93	6.75			
	Ruh Sağlığı İdeolojisi	Evet	21	29.90	5.02	1411.000*	.930	
		Hayir	136	29.76	4.68			
	Sosyal kısıtlayıcılık	Evet	21	22.90	5.22	1158.000*	.163	
		Hayir	136	25.54	7.07			
	Bireylerarası Etyoloji	Evet	21	18.76	5.12	1325.500*	.596	
		Hayir	136	19.46	4.82			
	Hekim	Otoriterlik	Evet	38	20.71	6.12	.186**	.853
			Hayir	103	20.96	9.30		
Koruyuculuk ve Kollayıcılık		Evet	38	45.03	7.77	2.419**	.017	
		Hayir	103	48.38	7.12			
Ruh Sağlığı İdeolojisi		Evet	38	29.61	4.32	.513**	.609	
		Hayir	103	30.06	4.76			
Sosyal kısıtlayıcılık		Evet	38	20.00	6.15	.593**	.555	
		Hayir	103	19.25	7.84			
Bireylerarası Etyoloji		Evet	38	19.13	4.17	1.934**	.056	
		Hayir	103	17.34	6.43			

Hemşirelerin kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü varlığına göre OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında; yalnız koruyuculuk/kollayıcılık boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hemşirelerin koruyuculuk/kollayıcılık (U=958.000, p=0.015) boyutundan aldıkları puan ortalamaları kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan hemşirelerden daha yüksektir. Kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü varlığına göre grupların otoriterlik (U=1397.500, p=0.875), ruh sağlığı ideolojisi (U=1411.000, p=0.930), sosyal kısıtlayıcılık (U=1158.000, p=0.163) ve bireylerarası etyoloji (U=1325.500, p=0.596) boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Hekimlerin kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü varlığına göre OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; sadece koruyuculuk/kollayıcılık boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hekimlerin koruyuculuk/kollayıcılık (t=2.419, p=0.017) boyutundan aldıkları puan ortalamaları kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan hekimlerden daha düşüktür. Hekimlerin kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü varlığına göre otoriterlik (t=0.186, p=0.853), ruh sağlığı ideolojisi (t=0.513, p=0.609), sosyal kısıtlayıcılık (t=0.593, p=0.555) ve bireylerarası etyoloji (t=1.934, p=0.056) boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Hemşire ve Hekimlerin Ailesinde Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsüne Göre OMI Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Görevi- doktor ve hemşire	OMI Alt Boyutları	Ailede Psikiyatrik Öykü	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	t	p	
Hemşire	Otoriterlik	Evet	30	23.83	6.31	.785	.434	
		Hayir	127	24.93	7.00			
	Koruyuculuk ve Kollayıcılık	Evet	30	45.57	7.14	1.063	.289	
		Hayir	127	44.07	6.88			
	Ruh Sağlığı İdeolojisi	Evet	30	31.60	4.84	2.390	.018	
		Hayir	127	29.35	4.60			
	Sosyal kısıtlayıcılık	Evet	30	23.93	6.32	1.112	.268	
		Hayir	127	25.49	7.01			
	Bireylerarası Etyoloji	Evet	30	18.87	4.87	.630	.529	
		Hayir	127	19.49	4.85			
	Hekim	Otoriterlik	Evet	30	17.93	6.14	-2.675	.009
			Hayir	111	21.69	8.93		
Koruyuculuk ve Kollayıcılık		Evet	30	50.80	7.04	2.832	.005	
		Hayir	111	46.58	7.30			
Ruh Sağlığı İdeolojisi		Evet	30	31.00	4.19	1.421	.157	
		Hayir	111	29.65	4.73			
Sosyal kısıtlayıcılık		Evet	30	16.77	5.53	-2.740	.008	
		Hayir	111	20.18	7.70			
Bireylerarası Etyoloji		Evet	30	16.47	5.51	-1.413	.160	
		Hayir	111	18.19	6.03			

Hemşirelerin ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü varlığına göre OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; yalnız ruh sağlığı ideolojisi boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hemşirelerin ruh sağlığı ideolojisi ($t=2.390$, $p=0.018$) boyutundan aldıkları puan ortalamaları ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan hemşirelerden daha yüksektir. Ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü varlığına göre grupların otoriterlik ($t=0.785$, $p=0.434$), koruyuculuk/kollayıcılık ($t=1.063$, $p=0.289$), sosyal kısıtlayıcılık ($t=1.112$, $p=0.268$) ve bireylerarası etyoloji ($t=0.630$, $p=0.529$) boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 11).

Hekimlerin ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü varlığına göre OMI ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; otoriterlik, koruyuculuk/kollayıcılık ve sosyal kısıtlayıcılık boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hekimlerin otoriterlik ($t=-2.675$, $p=0.009$) ve sosyal kısıtlayıcılık ($t=-2.740$, $p=0.008$) boyutundan aldıkları puan ortalamaları ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan hekimlere göre daha düşük iken, koruyuculuk/kollayıcılık ($t=2.832$, $p=0.005$) boyutundan aldıkları puan ortalamaları daha yüksektir. Hekimlerin ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü varlığına göre ruh sağlığı ideolojisi ($t=1.421$, $p=0.157$) ve bireylerarası etyoloji ($t=-1.413$, $p=0.160$) boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 11).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Örnekleme oluşturan hemşire grubunun çoğunluğunu evli (%60.5) şehirde büyüyen (%77.1), hemşirelik yüksekokulu mezunu (%45.2), kendisinde (%86.6), ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan (%80.9) ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan kişiler(%55.4) oluştururken; hekim grubunun ise çoğunluğunu erkek (%56), bekar(%56), şehirde büyüyen(%92.9), psikiyatri dışı kliniklerde (%52.5) asistan hekim olarak görev yapan (%83), kendisinde (%73) ve ailesinde psikiyatrik öykü bulunmayanlar (%78.7) oluşturmaktadır (Tablo 1).

Hekim ve hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüşleri karşılaştırıldığında; hemşireler otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etioloji boyutunda hekimlerden daha olumsuz tutuma sahip iken, koruyuculuk/kollayıcılık boyutunda hemşirelerin tutumları hekimlerden daha olumludur. Ruh sağlığı ideolojisi boyutunda tutumlar arasında farklılık bulunamamıştır (Tablo 3). Başka bir deyişle hemşirelerin hekimlere göre ruh sağlığı bozuk olan bireyleri normal insanlardan farklı, onlardan aşağı olduğu, hastane içi ve hastane dışında kısıtlanmaları gerektiği, tehlikeli oldukları, ruhsal hastalıkların özellikle çocukluk çağındaki bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisine bağlı olarak ortaya çıktığı inancında oldukları bulunmuştur. Bunun yanı sıra hekimlere göre bu hastalara karşı daha profesyonel bir yaklaşıma sahip oldukları söylenebilir. Koruyuculuk/kollayıcılık boyutu bilimsel düşünceden çok hümanistik ve dini yaklaşımı içermektedir.

Hugo'nun (2001) çalışmasında hekimlerin tutumları hemşirelere göre daha negatif bulunmuştur. Nordt ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da psikiyatristlerin diğer sağlık profesyonellerine (hemşireler, psikologlar, diğer terapistler) göre daha negatif stereotiplere sahip oldukları, ruhsal bozukluğu olan bireyleri daha tehlikeli, daha beceriksiz ve toplumu rahatsız eden kişiler olarak gördükleri bulunmuştur. Tot ve arkadaşlarının (2000) yaptığı ve örnekleme hemşirelerin de olduğu çalışmada ise psikiyatrik bozukluğu olan kişilerden korkma oranı hekimlerden daha yüksek

bulunmuştur. Etiyolojik neden konusunda hekimlerin daha doğru bilgiye sahip oldukları bulunmuştur. Bu sonuçlar araştırmanın sonucuyla paralellik göstermektedir.

Hemşire ve hekimlerin çalıştıkları birime göre ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüşlerinin karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre ruh sağlığı ideolojisi ve sosyal kısıtlayıcılık puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, diğer boyutların (otoriterlik, koruyuculuk/kollayıcılık ve bireylerarası etiyojisi) puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Psikiyatri dışında çalışan hemşirelerin ruh sağlığı ideolojisi boyutunda puan ortalamaları psikiyatri kliniğinde çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek iken, sosyal kısıtlayıcılık boyutundaki puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo 4). Başka bir deyişle psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastane içi ve dışında kısıtlanmaları gerektiği, toplum için tehlike arz ettikleri ve ruhsal bozukların diğer hastalıklardan farklı olmadığı görüşünde oldukları saptanmıştır.

Bostancı'nın (2000) psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı ideolojisi alt grup puan ortalaması cerrahi ve dahiliye kliniklerde çalışan hemşirelerden daha düşük, kısıtlayıcılık boyutundaki puan ortalaması cerrahi ve dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızın bulgularıyla benzer olmakla birlikte, araştırmanın diğer sonuçlarıyla (otoriterlik, bireylerarası etiyojisi, koruyuculuk/kollayıcılık) benzer özellikler göstermemektedir.

Arısoy ve Eşsizolu'nun (2004) araştırmasında şizofreni konusunda daha bilgili olan ruh sağlığı hastanesinde çalışan hemşirelerin, genel hastanede çalışan hemşirelere göre şizofreni hastalarına daha fazla mesafe koyduğu, şizofrenleri daha tehlikeli buldukları ve şizofrenlerin düzelemeyeceğine inandıkları saptanmıştır. Bulgular, bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir.

Hekimlerin çalıştıkları kliniklere göre ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüşleri karşılaştırıldığında; grupların tüm boyutlardaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Cerrahi ve dahiliye kliniklerinde çalışan hekimlerin koruyuculuk/kollayıcılık tutumları psikiyatri kliniklerinde çalışanlardan daha olumlu bulunurken, diğer boyutlara ilişkin tutumları puan (otoriterlik, ruh sağlığı ideolojisi,

sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyoloji) daha olumsuz bulunmuştur (Tablo 4). Başka bir deyişle cerrahi ve dahiliye kliniklerinde çalışan hekimler psikiyatri kliniğinde çalışan hekimlere göre ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu, ruhsal hastalığın diğer hastalıklardan farklı olduğu, ruh hastalarının hastane içinde ve dışında kısıtlanmaları gerektiği, tehlikeli oldukları, hastalığın özellikle olumsuz anne-baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutum eğilimi gösterdikleri bunun yanı sıra daha az koruyucu/kollayıcı görüşe sahip oldukları saptanmıştır.

Jorm ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada psikiyatristlerin uzun dönem prognoz açısından daha olumsuz tutumlara sahip oldukları saptanmıştır. Mantar ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada şizofreni tanısının söylenmesi ve raporlanması konusunda psikiyatristlerin daha çekimser oldukları saptanmıştır.

Araştırmanın sonucu olan psikiyatristlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik daha olumlu tutumlara sahip olmaları ruhsal hastalıklar konusunda daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olmalarına bağlanabilir.

Hekim ve hemşirelerin yaş ve çalışma süreleri ile ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüşleri arasındaki ilişki incelendiğinde; hemşirelerin yaşları arttıkça sosyal kısıtlayıcılık puanlarının arttığı, hekim grubunda ise yaşlar arttıkça koruyuculuk/kollayıcılık puanlarının arttığı, otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puanlarının azaldığı bulunmuştur (Tablo 1). Başka bir deyişle hemşirelerin yaşları arttıkça ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum için tehlike oluşturdukları bu nedenle hospitalizasyon sırasında ve sonrasında kısıtlanmaları gerektiği inancı artmaktadır. Buna karşın hekimlerin yaşları arttıkça ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin daha olumlu görüşlere sahip oldukları görülmüştür. Hekimler ruh hastalarının daha özgür olmaları gerektiğini, diğer insanlar kadar değerli olduklarını, ruhsal hastalıkların etyolojisinin çoklu nedenlere bağlı olduğunu düşünmektedirler.

Literatür, gençlerin yaşlılara göre daha olumlu tutumlara sahip olduğunu göstermektedir. Eker ve Arkar (1991) yaşı büyük olanların ruhsal hastalara karşı daha fazla sosyal mesafe koyduklarını, Wolf ve arkadaşları (1996) yaş arttıkça korku ve dışlamanın arttığını, Madionas ve arkadaşları (1987) yaşla beraber sosyal kısıtlayıcılığın arttığını, Tanaka ve arkadaşları (2004) daha yaşlı kişilerin ruhsal

hastaları daha fazla red etme eğilimi gösterdiklerini bulmuşlardır. Nordt ve arkadaşları (2006) ise yaptıkları iki çalışmada da gençlerin yaşlılara göre daha fazla negatif stereotipe sahip olduklarını, yaşlıların ruhsal sağlığı bozuk olan bireyleri daha becerikli ve daha az topluma rahatsızlık veren kişiler olarak gördüklerini saptamışlardır. Bostancı'nın (2000) çalışmasında yaş ilerledikçe psikiyatri ve psikiyatri dışında çalışan hemşireler daha az otoriter bulunurken, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıkları diğer hastalıklardan daha farklı gören, daha koruyucu/kollayıcı, daha kısıtlayıcı ve etyolojide diğer nedenleri de kabullenici bir görüş ve tutum eğilimi içerisine girdikleri saptanmıştır.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaşları arttıkça daha kısıtlayıcı olmaları, yani ruhsal hastaların tehlikeli olduklarını ve hospitalizasyon sırasında ve sonrasında kısıtlanmaları gerektiğini düşünmeleri, bilgi kaynaklarının hastanede duydukları, gördükleri ve yaşadıkları olmalarına, ruh hastalarının akut dönemlerinde hospitalize edilmeleri nedeniyle daha saldırgan tavır sergilemelerine, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri alanında uzmanlaşmamış olmalarına, kendi istekleri dışında ruhsal hastalarla çalışmak zorunda olmalarına bağlanabilir. Hekimlerin ise yaşları arttıkça ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik daha olumlu tutumlar sergilemeleri psikiyatri alanında uzmanlaşmayı ve çalışmayı istemelerine, yaşla beraber bilgi ve deneyimlerinin artmasına bağlanabilir.

Araştırmanın sonucunda çalışma süresinin ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin görüş ve tutumları etkilemediği bulunmuştur. Bağ'ın (2005) çalışmasında da benzer sonuç bildirilmiştir. Nordt ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise daha uzun çalışanların ruhsal bozukluğu olan bireyleri daha normal ve daha sağlıklı buldukları saptanmıştır. Bostancı'nın (2000) çalışmasında hemşirelerin otorite puanlarının çalışma sürelerine bağlı olarak azaldığı, koruyuculuk/kollayıcılık puanlarının arttığı, bireylerarası etiyoloji puanlarının psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde azaldığı, sosyal kısıtlayıcılık ve ruh sağlığı ideolojisi boyutlarında ise değişiklik olmadığı bulunmuştur.

Çalışma süresinin yaşla birlikte ruhsal hastalığa yönelik tutumları olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir. Ancak ülkemizde klinikte çalışan hemşirelerin

uzman olmamaları ve aynı kliniklerde uzun süre çalıştırılmamalarının bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, hekim grubunda hiçbir boyut puanında fark olmadığı hemşire grubunda ise evli olanların sosyal kısıtlayıcılık puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Evli olan hemşirelerin ruhsal hastaları tehlikeli buldukları, hospitalizasyon sırasında ve sonrasında kısıtlanmaları gerektiği sonucu Bostancı'nın (2000) çalışmasının sonucuyla paralellik göstermektedir. Çamkuşu' nun (1997) çalışmasında evli bireylerin hem paranoid şizofreni vakasına hem de anksiyete nevrozu vakasına bekar olanlara göre daha fazla sosyal mesafe gösterdikleri bulunmuştur. Sağduyu ve arkadaşları da (2001) evli olmanın özellikle şizofrenili hastalara yönelik daha olumsuz tutumlarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bağ'ın (2005) çalışmasında evli olanların iyi niyet boyutundaki ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Pek çok çalışmada medeni durum ile ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin görüş ve tutumların ilişkisine yönelik ayrıntılı bilgi verilmemiştir. Ancak bu konu ile ilgili çalışmaların çoğunda medeni durum ile tutumlar arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Taşkın ve ark.2002,2003; Özmen ve ark. 2004).Araştırma sonuçlarından biri olan hemşirelerin yaşı arttıkça sosyal kısıtlayıcılık puanlarının arttığı bulgusu, evli olan hemşirelerin yaşlarının bekar olan hemşirelerden fazla olması bulgusuyla paralellik göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda medeni durum değişkeninin dolaylı olarak sosyal kısıtlayıcılık boyutu üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hekimlerin cinsiyete göre ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüşleri incelendiğinde; erkek hekimlerin otoriterlik puanlarının daha yüksek olduğu başka bir deyişle ruhsal bozukluğu olan bireylerin diğer insanlardan farklı, onlardan aşağı ve değersiz oldukları görüşüne sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 6). Çamkuşu'nun (1997) çalışmasında anksiyete nevrozu/depresif vakaya karşı kadınların erkeklere oranla daha fazla duygusal yük hissettikleri, Nordt ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında kadınların erkeklere göre ruhsal bozukluğu olan bireylerin“ topluma rahatsızlık verirler” stereotipini daha az destekledikleri bulunmuştur.

Literatürde cinsiyet değişkeninin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüş ve tutumları etkilemediğini gösteren çalışmalar da yer almaktadır (Madianos ve ark. 1987, 2005; Jorm ve ark.1999; Taşkın ve ark.2003; Bağ 2005; Nordt 2006; Ogunsemi ve ark.2008).

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutlarında hem SML hemşirelerin hem de ön lisans mezunu hemşirelerin tutumları lisans mezunu hemşirelerden daha olumsuz bulunmuştur. SML ile ön lisans grubunun tutumları arasında fark bulunamamıştır (Tablo 7). SML ve ön lisans mezunu hemşireler lisans mezunu hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu, hastane içi ve toplumda kısıtlanmalarının gerekli olduğu görüş ve tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Yüksek eğitim düzeyi otoriter ve kısıtlayıcı tutumu azaltmaktadır. Bu sonuç OMI ölçeği ile yapılan diğer araştırmalarla karşılaştırıldığında; Bostancı'nın (2000) hemşirelerin eğitimi arttıkça otoriter ve kısıtlayıcı tutumların azaldığı, Doğan'ın (1992)hemşirelik öğrencilerinin ruh hastalarına ve hastalıklarına karşı olumlu tutum geliştirmelerinde eğitim ve etkili eğitimsel yaşantıların önemli rolünün olduğu özellikle otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutlarında dördüncü sınıf öğrencilerinde birinci sınıf öğrencilerine göre olumlu yönde önemli farklılıkların olduğu, Arıkan'ın (1989) psikiyatri stajının otoriter ve kısıtlayıcı tutumları azalttığı, buna karşılık koruyuculuk/kollayıcılık, bireylerarası etiyoloji ve ruh sağlığı ideolojisi açısından farklılaşmaya yol açmadığı, Birdoğan ve Berksun'un (2002) Tıp Fakültesi altıncı sınıf öğrencilerinin otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutlarında birinci sınıf öğrencilerine göre daha olumlu puanlara sahip oldukları, Madianos ve arkadaşlarının (2005) hemşirelik öğrencilerinin 90 saatlik eğitim programı sonrasında otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık tutumlarında azalma olduğu sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Hamaideh ve Mudallal 'ın (2009) ruh sağlığı dersi (teorik ve klinik uygulama) sonunda öğrencilerin sosyal kısıtlayıcılık boyutu dışında diğer boyutlarda olumlu yönde değişimin olduğu, öğrencilerin kurs sonunda daha pozitif tutumlara sahip oldukları saptanmıştır. Diğer tutum ölçeklerinin kullanıldığı araştırma sonuçlarına baktığımızda; Bağ'ın (2004) araştırmasında da SML mezunları ile yüksekokul

mezunları arasında farkın olduğu ve bu farkında yüksekokul mezunları lehine olduğu saptanmıştır.

Asistan hekim ile öğretim üyesi olan hekimlerin ruhsal sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; asistan hekimlerin otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji boyutuna ilişkin tutumlarının öğretim üyesi hekimlerden daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Asistan hekimlerin koruyuculuk/kollayıcılık ve ruh sağlığı ideolojisi boyutlarının puan ortalaması öğretim üyesi olan hekimlerden daha yüksektir ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 8). Başka bir deyişle, asistan hekimlerin öğretim üyesi hekimlere göre ruh sağlığı bozuk olan bireylerin normal insanlardan farklı, onlardan aşağı olduğu hastane içi ve hastane dışında kısıtlanmaları gerektiği, tehlikeli oldukları, ruhsal hastalıkların çocukluk çağındaki olumsuz anne-baba ilişkilerinden kaynaklandığı inancına sahip oldukları saptanmıştır. Asistan hekimlere göre daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olan öğretim üyelerinin ruhsal hastalara yönelik görüşleri daha olumludur. Elde edilen bulgular bilgi ve deneyimin tutumlar üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir.

Hemşire ve hekimlerin en uzun yaşadığı yere göre ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; hekim grubunda hiç bir boyutun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, hemşire grubunda ise sadece sosyal kısıtlayıcılık puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, diğer boyutların (otoriterlik, koruyuculuk/kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi ve bireylerarası etiyoloji) puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 9). Sosyal kısıtlayıcılık boyutunda en uzun süre köy ve ilçede yaşayan hemşirelerin tutumları şehirde yaşayanlardan daha olumsuzdur. Başka bir deyişle köy ve ilçede yaşayan hemşireler şehirde yaşayanlara göre ruhsal hastaların hastane ve toplumda kısıtlanmalarının gerekli olduğunu düşünmektedirler. Ruhsal hastaları etiketleme ve damgalama eğiliminin kırsal alanda kentsel alanda yaşayanlardan daha fazla olduğunu, kırsal kesimde yaşayan halkın tutumlarının genel olarak daha olumsuz ve reddedici olduğunu, bu hastalara yönelik daha fazla sosyal mesafe konulduğunu gösteren araştırmaların bulguları (Nieradzic ve Cochrane 1985, Arkar ve Eker 1994, Sağduyu ve ark.2001, Taşkın ve ark. 2002, Taşkın ve ark. 2006), bu araştırmanın

bulgularını destekler niteliktedir. Savaşır da (1971) sağaltım ve etiyoloji konusunda köy ve kentsel kesim arasında bazı farklar(kent halkı etiyolojik nedenler konusunda ve sağaltım seçiminde biraz daha olumlu tutumlara sahip) olsa da genel olarak hastalara ve hastalığa yönelik tutum ve düşüncelerin benzer olduğunu ileri sürmektedir. Bu araştırmada hekim ve hemşirelerin çoğunluğunun en uzun yaşadığı yerin il olması önemli farklılığın oluşmamasına yol açmış olabilir.

Hemşire ve hekimlerin kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü varlığına göre ruhsal bireylere yönelik görüşleri karşılaştırıldığında; her iki grubunda yalnızca koruyuculuk/kollayıcılık alt boyutu puanlarında fark olduğu saptanmıştır. Kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hemşirelerin koruyuculuk/kollayıcılık boyutundan aldıkları puan ortalamaları muayene ve tedavi öyküsü olmayan hemşirelerden daha yüksektir (Tablo 10). Psikiyatrik tedavi ve muayene öyküsünün olması, daha hümanistik, daha insancıl ve paternalist tutumların oluşmasına neden olmuştur. Kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hekimlerin koruyuculuk/kollayıcılık boyutundan aldıkları puan ortalamaları psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan hekimlerden daha düşüktür. Kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavisi olan hekimler daha az koruyucu/kollayıcı tutumlara sahip olabilmektedirler.

Bostancı'nın (2000) çalışmasında psikiyatrik özgeçmişe sahip olan hemşirelerin otoriterlik alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu yani; ruh hastalarının normal insanlardan farklı ve dengesiz olmadığı görüş ve eğiliminde oldukları saptanmıştır. Bu çalışmada ise otoriterlik alt boyutunda fark bulunamamıştır. Arısoy ve Eşsizoglu'nun (2004) yaptığı çalışmada ruhsal tedavi öyküsünün tutumlar üzerinde fark oluşturmadığı bulunmuştur.

Hemşire ve hekimlerin ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olma durumuna göre ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüşleri karşılaştırıldığında; hemşirelerin yalnızca ruh sağlığı ideolojisi boyutunda fark olduğu saptanmıştır. Ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hemşirelerin ruh sağlığı ideoloji tutumları ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan hemşirelerden daha olumsuzdur. Ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü ruhsal hastalıkların diğer hastalıklardan farklı olduğu görüş eğilimini arttırmaktadır. Ailesinde psikiyatrik

muayene ve tedavi öyküsü olan hekimlerin otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutuna ilişkin tutumları ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan hekimlerden daha olumlu iken, koruyuculuk/kollayıcılık boyutuna yönelik tutumları daha olumsuzdur. Ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hekimler ruhsal bozukluğu olan bireylerin normal insanlardan farklı olmadıkları aynı değere sahip oldukları, hastanede ve dışında kısıtlanmamaları gerektiği görüşüne sahiptirler (Tablo 11).

Bu sonuçlar, Rabkin (1972), Trute ve Leowen (1978), Trute ve ark. (1989), Lopez (1991) çalışmalarında psikiyatrik öyküye sahip birini tanımanın ruhsal hastalıklara tutumu olumlu yönde etkilediği sonuçları ile paralellik göstermekte ancak Wolff ve arkadaşlarının (1996) psikiyatrik öyküye sahip birini tanımanın sosyal kısıtlılığı arttırdığı sonucu ile çelişmektedir.

Bostancı (2004) ve Bağ'ın (2005) çalışma sonuçlarında; ailesinde ruhsal bozukluğu olan bireylerin bulunması tutumlar üzerinde fark yaratmamıştır. Ailesinde psikiyatrik bozukluğu olan bireylerle, ailesinde psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylerin ruhsal sağlığı bozuk olan bireylere yönelik tutumları benzerdir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda benzer deneyiminin ve yaşantının olmasının konuya bakış açısını ve tutumu etkilediği söylenebilir. Ailesinde psikiyatrik bozukluğu olan hekimlerin daha olumlu tutumlara sahip olmaları beklendik bir bulgu iken, ailesinde psikiyatrik bozukluğu olan hemşirelerin olumsuz tutumlara sahip olmalarının nedenlerinin incelenmesine gereksinim vardır

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ruhsal bozukluğa sahip olan bireylere ilişkin görüşlerinin araştırılması amacıyla toplam 298 örneklem ile gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlar, aşağıda gösterilmiştir.

Örnekleme oluşturan hemşire grubunun çoğunluğunu evli (%60.5) şehirde büyüyen (%77.1), hemşirelik yüksekokulu mezunu (%45.2), kendisinde (%86.6), ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan (%80.9) ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan kişiler(%55.4) oluştururken; hekim grubunun ise çoğunluğunu erkek (%56), bekar(%56), şehirde büyüyen(%92.9), psikiyatri dışı kliniklerde (%52.5) asistan hekim olarak görev yapan (%83), kendisinde (%73) ve ailesinde psikiyatrik öykü bulunmayanlar (%78.7) oluşturmaktadır (Tablo 1).

Hemşirelerin hekimlere göre ruh sağlığı bozuk olan bireyleri normal insanlardan farklı, onlardan aşağı olduğu, hastane içi ve hastane dışında kısıtlanmaları gerektiği, tehlikeli oldukları, ruhsal hastalıkların özellikle çocukluk çağındaki bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisine bağlı olarak ortaya çıktığı inancında oldukları bulunmuştur. Bunun yanı sıra hekimlere göre bu hastalara karşı daha olumlu bir yaklaşıma sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 3).

Cerrahi ve dahiliye kliniklerinde çalışan hekimler psikiyatri kliniğinde çalışan hekimlere göre ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu, ruhsal hastalığın diğer hastalıklardan farklı olduğu, ruh hastalarının hastane içinde ve dışında kısıtlanmaları gerektiği, tehlikeli oldukları, hastalığın özellikle olumsuz anne-baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutum eğilimi gösterdikleri bunun yanı sıra daha az koruyucu/kollayıcı görüşe sahip oldukları saptanmıştır. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastane içi ve dışında kısıtlanmaları gerektiği, toplum için tehlike arz ettikleri ve ruhsal bozukların diğer hastalıklardan farklı olmadığı görüşünde oldukları saptanmıştır (Tablo 4).

Hemşirelerin yaşları arttıkça ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum için tehlike oluşturdukları bu nedenle hospitalizasyon sırasında ve sonrasında

kısıtlanmaları gerektiği inancı artmaktadır. Buna karşın hekimlerin yaşları arttıkça ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin daha olumlu görüşlere sahip oldukları görülmüştür (Tablo 1).

Çalışma süresinin ruhsal bireylere ilişkin görüş ve tutumları etkilemediği bulunmuştur (Tablo 1).

Evli olan hemşirelerin bekar hemşirelere göre ruhsal hastaları daha tehlikeli buldukları, hospitalizasyon sırasında ve sonrasında kısıtlanmaları gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (Tablo 5).

Erkek hekimlerin bayan hekimlere göre otoriterlik puanlarının daha yüksek olduğu başka bir deyişle ruhsal bozukluğu olan bireylerin diğer insanlardan farklı, onlardan aşağı ve değersiz oldukları görüşüne sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 6).

SML ve ön lisans mezunu hemşireler lisans mezunu hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu, hastane içi ve toplumda kısıtlanmalarının gerekli olduğu görüş ve tutuma sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 7).

Asistan hekimlerin öğretim üyesi hekimlere göre ruh sağlığı bozuk olan bireylerin normal insanlardan farklı, onlardan aşağı olduğu hastane içi ve hastane dışında kısıtlanmaları gerektiği, tehlikeli oldukları, ruhsal hastalıkların çocukluk çağındaki olumsuz anne-baba ilişkilerinden kaynaklandığı inancına sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 8).

Köy ve ilçede yaşayan hemşireler şehirde yaşayanlara göre ruhsal hastaların hastane ve toplumda kısıtlanmalarının gerekli olduğunu düşünmektedirler. Şehirde yaşayan hekimlerle köy ve ilçede yaşayan hekimlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüş ve tutumlarının benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hemşirelerin koruyuculuk/kollayıcılık boyutundan aldıkları puan ortalamalarının muayene ve tedavi öyküsü olmayan hemşirelerden daha yüksek, kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hekimlerin koruyuculuk/kollayıcılık boyutundan aldıkları puan ortalamalarının psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan hekimlerden daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hemşirelerin ruh sağlığı ideoloji boyutundan aldıkları puan ortalamalarının ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan hemşirelerden daha yüksek olduğu, ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü varlığının ruhsal hastalıkların diğer hastalıklardan farklı olduğu görüş eğilimini arttırdığı, ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hekimlerin otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutundan aldıkları puan ortalamalarının ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan hekimlere göre daha düşük iken, koruyuculuk/kollayıcılık boyutundan aldıkları puan ortalamaları daha yüksek olduğu. ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hekimlerin ruhsal bozukluğu olan bireylerin normal insanlardan farklı olmadıkları aynı değere sahip oldukları, hastanede ve dışında kısıtlanmamaları gerektiği görüşüne sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

Lisans mezunu hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarının ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin tutumlarına göre daha olumlu olması nedeniyle psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire grubunun lisans mezunu hemşirelerden oluşturulması

Psikiyatri klinikleri dışında çalışan hekim ve hemşirelerin hizmet içi eğitim programları ile ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin bilgilerinin desteklenmesi ve Farkındalık Programları oluşturulması, bu programların hekim ve hemşire gruplarına uygulanması **önerilir.**

7.KAYNAKLAR

1. Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D ve ark. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3: 5-13.
2. Altındağ A., Yanık M., Üçok A., Alptekin K., Özkan M. Damgalamayı azaltıcı bir programın tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları üzerine etkileri. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 424-426, 2004, İzmir.
3. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. Acta Psychiatr Scand, 2003; 108: 304-309.
4. Arıkan, Ç. Psikiyatrik tedavi kurumlarında staj yapmış olmanın ruh hastaları ve hastalıklarına karşı tutum değişikliği yaratmadaki rolü. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi,602-606,1989,Mersin.
5. Arısoy Ö, Eşsizoglu A. Genel ve ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin şizofreniye bakış açılarının karşılaştırılması. Düşünen Adam, 2004; 17(3): 146-153.
6. Arkar H, Eker D. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Psikiyatri stajının etkisi. 3P Dergisi, 1998; 6: 263-270.
7. Arkar H, Eker D. Influence of a 3-week psychiatric training programme on attitudes toward mental illness in medical students. Soc Psychiatr Epidemiol, 1997; 32:171-176.
8. Arkar H. Akıl hastalarının sosyal reddedilimi. Düşünen Adam. 1991; 4(3): 6-9
9. Arkar H. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1992; 8(4): 243-248.
10. Arkar H., Eker D. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: verilen neden tipinin etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996; 7(3):191-197.
11. Arkar H., Eker D. Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. The International Journal of Social Psychiatry, 1994; 40(3): 205-213.
12. Arkar, H, Eker D. Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1992; 27: 151-155.

13. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(2): 115-124.
14. Bağ, B. Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2005; 3(11):107-127. URL: [http:// www.e-sosder.com](http://www.e-sosder.com).
15. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. Birinci basım, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2000, 189-209.
16. Birdoğan SY, Berksun OE, Tıp fakültesi 1.sınıf ve 6.sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. Kriz Dergisi, 2002; 10(21): 1-7.
17. Birinci F, Sayıl I. Çeşitli meslek gruplarının akıl hastalarına yönelik tutumları. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi. 769-771, 2004, İzmir.
18. Bostancı N. Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşlerinin araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2000, İstanbul.
19. Brundtland G H. Mental Health in the 21st .Century Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78(4): 411.
20. Buldukoğlu K, Tel H. Psikiyatri kliniğinde yatan psikotik hasta ailelerinin hastaya ve hastalığa karşı tutum ve yaklaşımları. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 574-580, 1992, Sivas.
21. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance and familiarity with mental illness. Schizophr Bull, 2001; 27: 219-225
22. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. Br J Psychiatry, 2000; 177: 4-7.
23. Çamkuşu B. Zonguldak il merkezinde yaşayan bireylerin ruh hastalıklarına karşı tutumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1997, Ankara.
24. Deveci A. Hekimlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları. 3P Dergisi, 2004; 12 (Ek 3): 77-82.
25. Doğan S. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin ruh hastaları ve hastalıklarına karşı tutumlarının değerlendirilmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 783-787,1992, Sivas.

26. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocağına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2000; 11(3): 198-203.
27. Dünder SE, Oğuz A, Aldanmaz F. Halkın psikoz, paranoid bozukluk ve depresyona yönelik tutumları ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 1995; 3(1-2) 241-249.
28. Eker D, Arkar H. Experienced Turkish nurses' attitudes towards mental illness and the predictor variables of their attitudes. *The International Journal of Social Psychiatry*, 1991; 37(3): 214-222.
29. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007; 18(2): 163-171.
30. Eşsizöğlü A, Arısoy Ö. Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına karşı tutumları: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*, 2008; 35(3): 167-176.
31. Güney M, Özden A, Güraslan B. Tıp öğrencilerinin psikiyatriye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1994; 5(3): 198-204.
32. Hamideh SH, Mudallal R. Attitudes of Jordanian nursing students towards mental illness: the effect of teaching and contact an attitudes change. *Call Stud. J*, 2009; 43(2): 335-346.
33. Hugo M. Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2001;8: 419-425.
34. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1999; 33: 77-83.
35. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *MJA*, 1997;166:182-186.
36. Kırılancıç M. Hemşirelerin ruh hastalığı ve hastalarına karşı tutumlarının araştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1984, İzmir.

37. Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Stigmatizasyon. Yeni Symposium, 2003; 41(4):190-192.
38. Köknel  . Ruh Sağlığı. İstanbul, Alfa Basın Yayın, 1999, 1-5.
39. Küey L,  st n B, Güleç C. Türkiye'de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi,437-445,1987, İstanbul.
40. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? Acta Psychiatr Scand 2006; 113: 51-59.
41. Lopez LR. Adolescents' attitudes toward mental illness and perceived sources of their attitudes. An examination of pilot data. Archives of Psychiatric Nursing, 1991; 5(5): 271-280.
42. Madianos MG, Madianu D, Vlachonikolis J, Stefanis N. Attitudes towards mental illness in Athens area: implication for community mental health intervention. Acta Psychiatrica Scand, 1987; 75: 158-165.
43. Madianos MG., Priami M, Alevisopoulos G, Koukia E, Rogakou E. Nursing students' attitude change towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. Issues in Mental Health Nursing, 2005;26: 169-183.
44. Malla A, Shaw T. Attitudes towards Mental Illness: The influence of education and experience. Int. J soc. Psychiatry, 1987; 33: 33-41.
45. Mantar A,  zbay D, Akdede BB, Alptekin K. Psikiyatristlerde Şizofreniyi damgalama düzeyi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi. 472-474, 2004, İzmir.
46. Marks DF. Health psychology in context. Journal of Health Psychology, 1996; 1(1): 7-21.
47. Nieradzik K, Cochrane, R. Public attitudes towards mental illness- the effects of behaviour, roles and psychiatric labels. The International Journal of Social Psychiatry. 1985; 31: 22-33.
48. Nordt C, R ssler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. Schizophrenia Bulletin 2006; 32(4): 709-714.
49. Ocaktan ME,  zdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. Kriz Dergisi, 2004; 2(2): 63-73.

50. Ogunsemi OO, Odusan O, Olatawura MO. Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Annals of General Psychiatry*, 2008; 7: 15.
51. Oltmanns TF, Neale JM, Davison GC. Anormal davranışlar psikolojisinde vak'a çalışmaları. Çeviri Editörü: İhsan Dağ. Birinci basım, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2003, 7-23.
52. Öz, F. Öğrenci hemşirelerin ruhsal sorunları olan hastalar karşısındaki yaklaşımları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1984, Ankara.
53. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Tamar D, Boratav C, Aker T. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003; 4: 5-12.
54. Özmen E, Özmen D, Deveci A, Taşkın EO. Denetim odağının depresyon ve şizofreniye yönelik tutumlara etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008; 9(3): 125-131.
55. Özmen E, Özmen D, Taşkın EO, Demet MM. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003; 4: 87-97.
56. Özmen E, Taşkın EO, Özmen D, Demet MM. Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004; 15(1): 47-55.
57. Özmen E., Ögel K., Boratav C. Sağduyu A, Aker T, Tamar D. Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar. İstanbul örneği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003; 14(2): 89-100.
58. Özmen, E. Taşkın O. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkisi 3 P Dergisi, 2004; 12(3): 83-91.
59. Öztürk MO. Psikiyatrinin tarihçesi. Editör: Orhan Öztürk. Ruh sağlığı ve bozuklukları, yedinci baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997; 1-9.
60. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozukluğunun tanımlanması. Editör: Orhan Öztürk. Ruh sağlığı ve bozuklukları, yedinci baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997; 101-104.
61. Özyiğit Ş, Savaş HA, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Symposium*, 2004; 42(3): 105-112.

62. Rabkin JG. Opinions about mental illness: a review of the literature. Psychol Bull, 1972; 77: 153-171.
63. Rabkin JG. Public attitudes: new research directions. Hospital and Community Psychiatry,1981;32: 157.
64. Rezaki M, Kaplan İ, Üçok GÖ, Sağduyu A, Gürsoy B, Öztürk O. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar üzerine bir allan araştırması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1995; 6(1): 3-11.
65. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi,2003; 14(3): 203-212.
66. Sağduyu A., Aker T., Özmen E., Ögel K., Tamar D. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12(2): 99-110.
67. Sağduyu A., Ögel K., Özmen E., Boratav. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi, 2000; 11(1): 3-16.
68. Sarı Ö, Arkar H, Aklın T. Akıl Hastalıkları ile ilgili tutumlar: etiketlenmenin etkisi 36.Ulusal Psikiyatri Kongresi,405-407, 2000, Antalya.
69. Savaşır Y. Türk toplumunun araştırma yapılan geleneksel ve sosyal değişime uğramış kesimlerinde ruh hastasının algılanması ve nedenleri hakkındaki inançlar. 7. Milli Nöro-Psikiyatri Kongresi Kitabı, 293-312, 1971, Ankara.
70. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Social Science & Medicine, 2003; 56: 299-312.
71. Soykan A. Psikiyatriye Giriş. Ankara, Girişim Yayıncılık, 2001, 3-7.
72. Sunman T., Savaşır Y. Akıl hastalıkları ve akıl hastalarına karşı tutum ve inançlar. V. Nöro-Psikiyatri Kongresi, 481-485, 24-27 Eylül 1969, İzmir.
73. Şemin S, Aras Ş. Temel yönleriyle psikiyatride etik. Birinci baskı, İzmir, Dokuz Eylül Yayınları, 2004, 45-62.
74. Şenyuva G, Kuşçu MK. Şizofreni tanısı almış kişilerin bakım vericilerinde stigmatizasyon algısı ve duygu ifadesi düzeyleri. 40.Ulusal Psikiyatri Kongresi, 463-437, 2004, İzmir.

75. Tanaka G, Inadomi H, Kikuchi Y, Ohta Y. Evaluating stigma against mental disorder and related factors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2004; 58: 558-566.
76. Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İçelli İ. Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003; 38: 586-592.
77. Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö, Özmen E, İçelli İ. Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13(3): 205-214.
78. Taşkın EO, Şen FS, Özmen E, Aydemir Ö. Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 2006; 8(1): 11-16.
79. Taşkın EO, Yüksel EG, Deveci A, Özmen E. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009; 10: 100-108.
80. Taşkın O, Özmen E. Sosyodemografik etmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkileri. *3P Dergisi*, 2004; 12(Ek 3): 13-24.
81. Taşkın O. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *3P Dergisi*, 2004; 12(3): 5-12.
82. Tot Ş, Yazıcı K, Metin Ö, Bal N. Hekimler, yardımcı sağlık personeli ve sağlık dışı çalışanların psikiyatri ve psikiyatrik bozukluğu olan kişilerle ilgili bilgi ve tutumları. *9.Anadolu Psikiyatri Günleri*, 677-680, 2000, Edirne.
83. Trute B, Loewen A. Public attitudes toward the mentally ill as a function of prior personal experience. *Social Psychiatry*, 1978; 13: 79-84.
84. Trute B, Tefft B, Segal A. Social rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1989; 24: 69-76.
85. Tufan S, Güneş E, Kılıçoğlu A. Psikiyatri dışı araştırma görevlisi hekimlerin psikiyatri ve psikiyatristlerle ilgili tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2006; 28(1): 33-40.
86. Tuna A. Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması. *Düşünen Adam*, 1999; 12(3): 50-61.

87. Ünal F. Ruhsal yakınmaları olan kişilere psikiyatri dışı hekimlerin ve tıp fakültesi 5. sınıf öğrencilerinin yaklaşımları. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 473-478, 1990, İzmir.
88. Ünal F. Stajyerlerin staj öncesi ve sonrası psikiyatri ile ilgili düşünceleri. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 467-472, 1990, İzmir.
89. Ünlüoğlu G. Beden ve ruh sağlığı. Editör: Prof. Dr. Yıldırım B Doğan. Davranış bilimlerine giriş. Birinci basım, Ankara, ANTIP A.Ş. Yayınları, 1998, 201-207.
90. Ünlüoğlu G. Ruh sağlığı ve boyutları. Editör: Işık Sayıl. Ruh sağlığı ve hastalıkları ders kitabı, ikinci baskı, Ankara, Antıp Yayınları, 2000; 7-25.
91. WHO Declaration of Alma-Ata international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 september, 1978.
URL: [http:// www.healthpromotionagency.org.uk](http://www.healthpromotionagency.org.uk)
92. Witmer JM, Sweeney TJ. A holistic model for wellness and prevention over the life span. Journal of Counseling and Development, 1992; 71(2): 140-148.
93. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. British Journal of Psychiatry, 1996; 168: 183-190.
94. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. British Journal of Psychiatry, 1996; 168: 191-198.
95. World Psychiatric Association. The WPA global programme against stigma and discrimination because of schizophrenia. The global burden of disease. Genova 1996, 270.
96. Yanık M, Şimşek Z, Katı M, Nebioğlu M. Tıp fakültesi öğrencilerinin depresyona karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin bu tutumlara etkisi. Yeni Symposium, 2003; 41(4): 194-199.
97. Yenilmez Ç, Ayrancı Ü, Kaptanoğlu C. Eskişehir ili birinci basamak sağlık kurumlarındaki hekimlerin psikiyatrik hizmet, tanı ve tedavilere karşı tutumları. Türkiye'de Psikiyatri, 2002; 1: 14-24.
98. Yıldız M, Önder ME, Tural Ü, Balta Hİ, Koçalım N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; 14(2): 106-115.

- 99.** Yücel S, Savaş HA, Ersoy MA, Savaş E, Sertbaş G. Sağlık Yüksekokulu öğrencileri ve çalışan hemşirelerin depresyonu olan hastalara ilişkin tutumu. Türkiye'de Psikiyatri, 2005; 7(1): 7-14.
- 100.** Yüksel EG, Taşkın EO. Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005; 6: 113-121.

TANITICI BİLGİLER FORMU

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyet
 - Erkek
 - Kadın
3. Medeni Durumu
 - Evli
 - Bekar
4. Eğitim Düzeyi
 - Sağlık Meslek Lisesi Mezunu
 - Önlisans Mezunu
 - Hemşirelik Yüksek Okulu Mezunu
 - Tıp Fakültesi Mezunu
5. En Uzun Yaşadığı Yer
 - Köy
 - İlçe
 - Şehir
6. Çalışılan Kurum
 - Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
 - S.S.K Bozyaka Hastanesi
 - Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
 - Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 - Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
7. Ne Kadar Süredir Çalışıyorsunuz?

8. Görevi

- Hemşire
- Asistan (Hekim)
- Öğretim Üyesi (Hekim)

9. Çalışılan Birim

- Cerrahi Klinikleri
- Dahiliye Klinikleri
- Psikiyatri Kliniği

10. Psikiyatrik muayene + tedavi öykünüz var mı?

- Evet
- Hayır

11. Ailenizde psikiyatrik muayene + tedavi öyküsü olan birey/bireyler var mı?

- Evet
- Hayır

**RUHSAL HASTALIKLARA VE RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERE İLİŞKİN
GÖRÜŞLER ÖLÇEĞİ**

Aşağıda ruhsal hastalıklara ya da ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin düşünce ve görüşler verilmiştir. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak 6 seçenekten size en uygun olan seçeneği (x) biçiminde işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur.

ŞEÇENEKLER

- | | |
|--|---|
| 1. Kesinlikle katılıyorum | 2. Katılıyorum |
| 3. Emin değilim ama galiba katılıyorum | 4. Emin değilim ama galiba katılmıyorum |
| 5. Katılmıyorum | 6. Kesinlikle katılmıyorum |

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
1. Ruhsal hastalıklar genellikle insanlar çok çalıştıklarında ortaya çıkar.	()	()	()	()	()	()
2. Ruhsal hastalıklar da diğer hastalıklar gibidir.	()	()	()	()	()	()
3. Psikiyatri kliniklerindeki hastaların çoğu tehlikeli değildir.	()	()	()	()	()	()
4. Psikiyatri kliniklerinden taburcu olan hastalar iyileşmiş görünseler bile, evlenmelerine izin verilmemelidir.	()	()	()	()	()	()
5. Eğer ana-babalar çocuklarını daha fazla severlerse, ruhsal hastalıklar daha azalır.	()	()	()	()	()	()
6. Ağır bir ruhsal hastalık geçirmiş olan kişi kolayca tanınır.	()	()	()	()	()	()
7. Ruhsal hastalığı olan bireyler duygularıyla, normal insanlar ise mantıklarıyla düşünerek hareket ederler.	()	()	()	()	()	()
8. Psikiyatri kliniklerinde yatanlar normal insanlardan daha tehlikeli değildirler.	()	()	()	()	()	()
9. Bir insanın sorunu olduğunda, onun yerine daha güzel şeyler düşünmesi iyidir.	()	()	()	()	()	()
10. Farkında olmasalar da genellikle pek çok insan günlük hayatta karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkamazlarsa ruhsal bir hastalığa sahip olurlar.	()	()	()	()	()	()

11. Normal insanlara rahatça söylenmeyecek şeyler ruhsal hastalığı olan bireylere söylenebilir. () () () () () ()
12. Psikiyatri kliniklerindeki insanlar gülünç davranşlar bile, onlarla alay etmek yanlıştır. () () () () () ()
13. Ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğu çalışmaya isteklidir. () () () () () ()
14. Küçük çocukların, psikiyatri kliniklerinde yatan ana ve babalarını ziyaretlerine izin verilmemesi daha iyi olur. () () () () () ()
15. İşlerinde başarılı olan insanlar nadiren ruhsal bir hastalığa sahip olurlar. () () () () () ()
16. İnsanlar kötü şeyler düşünmezlerse, ruhsal bir hastalığa sahip olmazlar. () () () () () ()
17. Psikiyatri kliniklerinde yatan hastalar pek çok bakımdan çocuk gibidirler. () () () () () ()
18. Ciddi ruhsal bozukluğu olan insanların bakım ve tedavileri için devlet bütçesinden daha fazla para ayrılmalıdır. () () () () () ()
19. Bir kalp hastasında yalnız belli bir rahatsızlık vardır. Oysa ruhsal hastalığı olan bireyler diğerlerinden tam anlamıyla farklıdır. () () () () () ()
20. Ruhsal hastalığı olan bireyler, ana-babaların çocuklarıyla yeterince ilgilenmedikleri aile ortamlarında yetişmişlerdir. () () () () () ()
21. Ruhsal hastalığı olanlar bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilmemelidir. () () () () () ()
22. Psikiyatri kliniklerinde yeterli sayıda iyi eğitilmiş doktor, hemşire ve yardımcıları olursa ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğu, hastane dışında da belli bir uyumla yaşamlarını sürdürebilir. () () () () () ()
23. İyileşme çabası gösteren her insan saygıya layıktır. () () () () () ()
24. Bir kadının, şimdi tamamen iyileşmiş olsa bile, eskiden ciddi bir ruhsal hastalık geçirmiş bir adamla evlenmesi aptallık olur. () () () () () ()
25. Eğer ruhsal hastalığı olan bireylerin çocukları normal ebeveynler tarafından yetiştirilirse muhtemelen ruhsal bir hastalığa sahip olmazlar. () () () () () ()

26. Psikiyatri kliniklerinde yatmış olanlar bir daha asla eskisi () () () () () ()
gibi olmazlar
27. Ruhsal hastalığı olan bireylerin pek çoğu çok hasta olsa () () () () () ()
bile, ustalık gerektiren işi başarabilecek kapasitededir.
28. Psikiyatri klinikleri ruhsal hastalığı olan bireylerin () () () () () ()
bakılacağı yerler olmaktan çok, hapisanelere benziyor
29. Ruhsal bir hastalık nedeniyle hastanede yatmakta olan () () () () () ()
kişi oy kullanmamalıdır.
30. Çocukluk döneminde ana-babanın ayrı yaşaması ya da () () () () () ()
boşanması pek çok insandaki ruhsal bir hastalığın sebebidir.
31. Psikiyatri kliniğinde hastalarla başa çıkmanın en iyi yolu () () () () () ()
onları bir yerde kilitle tutmaktır.
32. Psikiyatri kliniğinde yatmış bir hasta olmak, yaşamda () () () () () ()
başarısız olmak demektir.
33. Psikiyatri kliniklerindeki hastalara daha fazla özgürlük () () () () () ()
tanınmalıdır.
34. Bir psikiyatri kliniğindeki hasta, eğer bir başkasına () () () () () ()
saldırırsa cezalandırılmalıdır. Böylece bir daha böyle
davranmaz.
35. Eğer normal ebeveynlerin çocukları, ruhsal hastalığı olan () () () () () ()
ebeveynler tarafından yetiştirilselerdi, muhtemelen ruhsal bir
hastalığa sahip olurlardı.
36. Psikiyatri kliniklerin etrafında yüksek duvarlar ve () () () () () ()
nöbetçiler olmalıdır.
37. Kanun bir kadına, kocası ciddi bir ruhsal hastalık () () () () () ()
nedeniyle psikiyatri kliniğine yatar yatmaz ondan boşanma
hakkı vermelidir.
38. Ruhsal hastalığı nedeniyle çalışamayacak durumda olan () () () () () ()
kişilere emekli olsun ya da olmasın yaşamlarını
sürdürebilecek miktarda para yardımı yapılmalıdır.
39. Ruhsal bir hastalık genellikle sinir sistemindeki () () () () () ()
bozukluklar nedeniyle ortaya çıkar.
40. Nasıl bakarsanız bakın ciddi bir ruhsal bozukluğu olan () () () () () ()
artık gerçek anlamda insan değildir.

41. Vaktiyle psikiyatri kliniğinde yatmış kadınların çoğu çocuk bakıcısı olabilirler. () () () () () ()
42. Psikiyatri kliniklerindeki hastaların çoğu nasıl göründüklerine dikkat etmezler. () () () () () ()
43. Üniversite hocaları, iş adamlarına kıyasla daha büyük olasılıkla ruhsal bir hastalığa sahip olabilirler. () () () () () ()
44. Psikiyatri kliniğinde hiç yatmamış pek çok insan, psikiyatri kliniğindeki çoğu hastadan ruhen daha hastadır. () () () () () ()
45. Bazı ruhsal hastalığı olan bireyler pek iyi görünseler bile, bir an olsun onların ruhsal bir hastalığa sahip olduklarını unutmak tehlikelidir. () () () () () ()
46. Bazen ruhsal bir hastalık, yapılan kötü davranışlar için bir cezadır. () () () () () ()
47. Psikiyatri klinikleri hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedecek şekilde düzenlenmelidir. () () () () () ()
48. Ruhsal hastalıkların başlıca nedenlerinden biri de, ahlak ve irade gücünden yoksun oluşturdur. () () () () () ()
49. Bir psikiyatri kliniğinde hastaların iyi beslenmeleri ve rahat ettirilmeleri dışında çok az şey vardır. () () () () () ()
50. Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta iyileşmedikçe hastaneden çıkarılmamalıdır. () () () () () ()
51. Psikiyatri kliniklerindeki hastaların tümü ağrısız bir operasyonla kısırlaştırılmalıdır. () () () () () ()



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
Tarih ve Sayı: 31.05.2005/129

<p><u>Etik Kurul Üveleri</u></p> <p>Prof. Dr. Mehmet ALAKAVUKLAR Doç. Dr. Cem Şeref BEDİZ Doç. Dr. Uğur MÜNGAN Doç. Dr. Hüseyin İŞLEKEL Doç. Dr. Arzu SAYINER Doç. Dr. Özgül SAĞOL Doç. Dr. Görsev YENER Yard. Doç. Dr. Cenk ERDAL Doç. Dr. Kamer UYSAL Doç. Dr. Mustafa SEÇİL Yard. Doç. Dr. Ayşe KARCI</p> <p><u>Etik Kurul Başkanı</u> Prof. Dr. Mehmet ALAKAVUKLAR</p> <p><u>Etik Kurul Sekreteri</u> Yonca YILDIRIM</p>	<p>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,</p> <p>Etik Kurulumuzun 31 Mayıs 2005 tarih ve 11 no.lu toplantısında, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Selda IŞIK'ın sorumlu olduğu 91 protokol no.lu "Psikiyatri ve Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşleri" isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur.</p> <p>Oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p> Prof. Dr. Mehmet ALAKAVUKLAR Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurul Başkanı</p>
---	---

ÖZGEÇMİŞ

SELDA IŞIK

Doğum Yılı:	1980
Yazışma Adresi :	Mimar Kemalettin Sok. Çetin Emeç Mah. No:6/6 Balçova/İzmir
Telefon :	02322784808
İş Telefonu	02324122733
e-posta :	selda_isik80@mynet.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Psikiyatri Hemşireliği	Y.Lisans	
Türkiye	İstanbul Üniversitesi	Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	Hemşirelik	Lisans	2003

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis	Hemşire	2004