

**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ÖĞRETİM ELEMANLARININ RUHSAL HASTALIKLARA  
VE HASTALARA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

**Nurdan YÜKSEL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ**

**MERSİN 2012**

**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ÖĞRETİM ELEMANLARININ RUHSAL HASTALIKLARA  
VE HASTALARA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

**Nurdan YÜKSEL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ**


**TEZ NO: 206**


**MERSİN-2012**

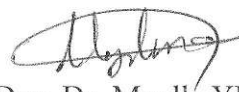
**Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan **Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıklara Ve Hastalara İlişkin Görüşleri** adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 11.04.2012

  
Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Başkanı

  
Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

  
Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 26/04/2012...tarih ve 2012/100 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Ülkü CÖMELEKOĞLU  
Enstitü Müdürü



## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam boyunca benden destek ve deneyimlerini esirgemeyen tez danışman hocam Sayın **Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ'a**,

Tezimin istatistiksel analizlerinde yardımları için Sayın **Öğr. Gör. Gülhan ÖREKİCİ'ye**,

Tez çalıőmam boyunca benden ilgi, sevgi ve desteğini esirgemeyen sevgili eőime,

Hayatımın her anında olduğu gibi öğrenim hayatım boyunca benden sevgi, ilgi, sabır ve desteklerini esirgemeyen, minnet borçlu olduğum aileme, sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

**Nurdan YÜKSEL**

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iv
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	vi
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	viii
<b>ÖZET</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
2.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkla İlgili Kavramlar.....	6
2.1.1. Ruh Sağlığı.....	6
2.1.2. Ruhsal Hastalık.....	9
2.1.2.1. Ruhsal Hastalık Belirtileri .....	9
2.1.2.2. Ruhsal Bozuklukların Nedenleri .....	10
2.1.3. Ruhsal Bozukluklarda İnanç ve Tutum.....	10
2.1.3.1. İnanç.....	10
2.1.3.2. Tutum .....	11
2.1.3.3. Tutum ve İnanç İlişkisi.....	12
2.1.3.4. Ruhsal Bozukluklarda Etiketleme (Stigma).....	13
2.2. Tarihsel Süreçte Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Yaklaşımlar.....	14
2.2.1. İlk Çağlar.....	14
2.2.2. Eski Çağlar.....	15
2.2.3. Orta Çağ.....	16
2.2.4. Rönesans.....	16
2.2.5. Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi.....	17
2.2.6. Türkiye’de Psikiyatrinin Tarihçesi.....	18
2.3. Kültür ve Psikiyatri.....	19
2.4. Toplumun Ruhsal Bozukluklara Yönelik Tutumları.....	21
2.5. Ülkemizde Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Yasalar .....	27

2.5.1. Devlet Memurları Kanunu.....	27
2.5.2. Türk Medeni Kanunu.....	28
2.5.3. Türk Ceza Kanunu.....	28
2.6. Ruhsal Bozukluğa Olan Bireylerin Bakımında Psikiyatri Hemşiresinin Rolleri ve Sorumlulukları.....	30
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>34</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	34
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	34
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	35
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	35
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	35
3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması.....	35
3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	35
3.5.1.2. Ruh Hastaları Ve Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği.	35
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	37
3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	37
3.5.4. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirmesi.....	38
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	38
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>40</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>52</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>63</b>
6.1. SONUÇ.....	63
6.2. ÖNERİLER.....	65
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>66</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>73</b>
EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	73
EK-2 RUH HASTALARI ve HASTALIKLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLER ÖLÇEĞİ.....	76
EK-3 İZİN YAZILARI.....	78
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>81</b>

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 3.1.</b> Araştırmanın Yapıldığı Mersin Üniversitesi'ne Bağlı Fakülte ve Yüksekokullar.....	34
<b>Çizelge 3.2.</b> Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	39
<b>Çizelge 4.1.</b> Öğretim Elemanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri .....	40
<b>Çizelge 4.2.</b> Öğretim Elemanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları.....	41
<b>Çizelge 4.3.</b> Öğretim Elemanlarının Akademik Ünvanlarına Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları.....	43
<b>Çizelge 4.4.</b> Öğretim Elemanlarının Tanıdığı Kişiler Arasında Ruhsal Hastalığı Olan ve Olmayanlara Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları.....	43
<b>Çizelge 4.5.</b> Öğretim Elemanlarının Ailesinde Herhangi Bir Hastalığı Olan ve Olmayanlara Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları.....	44
<b>Çizelge 4.6.</b> Öğretim Elemanlarının Psikoloji veya Psikiyatri ile İlgili Kitap Okuma Durumlarına Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları.....	45
<b>Çizelge 4.7.</b> Öğretim Elemanlarının Ruhsal Bir Sıkıntı İçinde Olduklarında Psikiyatriste ya da Psikologa Gitme Durumlarına Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları.....	45
<b>Çizelge 4.8.</b> Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastaları Tanımlama Durumu.....	46
<b>Çizelge 4.9.</b> Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıklarının Ana Nedenlerini Belirtme Durumu.....	46
<b>Çizelge 4.10.</b> Öğretim Elemanlarının Arkadaş veya Komşusu Ruhsal Hastalık Belirtisi Gösterdiğinde Yardım Alma Durumu.....	47
<b>Çizelge 4.11.</b> Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastaların Zekalarına İlişkin Düşüncelerini Belirtme Durumu.....	47
<b>Çizelge 4.12.</b> Öğretim Elemanlarının Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Saldırganlıklarına İlişkin Düşüncelerini Belirtme Durumu.....	48

<b>Çizelge 4.13.</b> Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Çalışmalarına İlişkin Düşüncelerini Belirtme Durumu .....	48
<b>Çizelge 4.14.</b> Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalığı Olduğunu Bildiği Biriyle Arkadaşlık Yapma Durumu.....	49
<b>Çizelge 4.15.</b> Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalığı Olduğunu Bildiği Biriyle Evlilik Yapma Durumu .....	49
<b>Çizelge 4.16.</b> Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalığı Olduğunu Bildiği Birine Evini Kiraya Verme Durumu.....	50
<b>Çizelge 4.17.</b> Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumu .....	50
<b>Çizelge 4.18.</b> Öğretim Elemanlarının Cinsiyetlerine Göre Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Çocuk Sahibi olmaya İlişkin Düşünceleri.....	51



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**OMI:** Opinions About Mental Illness Scale

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

**BMI:** Beliefs Toward Mental Illness

**CAMI:** The Community Attitudes Toward Mental Illness

**RHİGÖ:** Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği

## ÖZET

### Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara İlişkin Görüşleri

Bu çalışma Kasım 2010–Nisan 2011 tarihleri arasında öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin tutum ve davranışlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Mersin Üniversitesi 2010-2011 Eğitim-Öğretim döneminde dört yıllık fakültelerde görev yapan toplam 435 öğretim elemanı, örneklemini ise tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 284 öğretim elemanı oluşturmaktadır.

Veriler, ruh hastaları ve ruh hastalıklarına ilişkin görüşler ölçeği (Opinions About Mental Illness Scale-OMI) ve 21 soruluk öğretim elemanlarına yönelik kişisel bilgi formu kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences programı (SPSS) ve MedCalc®v da Shapiro Wilks testi, Student t, Varyans Analiz Tukey testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan öğretim elemanlarının %68,7'sinin 35-50 yaş grubunda, %56,7'sinin erkek, %68,7'sinin şehirde doğduğu, %93,7'sinin şehir merkezinde en uzun süre yaşadığı ve %54,3 ünün 10-20 yıl çalışma süresi olduğu saptanmıştır. 20-35 yaş, 35-50 yaş ve 50 yaş ve üstündeki yaş grubunda olan öğretim elemanlarının ruhsal hastalık ve hastalıklara ilişkin görüşler ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, erkek öğretim elemanlarının kadın öğretim elemanlarına göre ruh hastalığının oluşumunda sadece bireyi değil çevresinde önemli payı olduğu görüşünde oldukları, %53,2'si ruhsal hastaların saldırganlık durumunu bilmediklerini, %31'i ise ruhsal bozukluğu olan bireylerin saldırgan olduklarını, psikoloji veya psikiyatriye ilgi duyup kitap okumayan öğretim elemanlarının ruhsal hastaların tehlikeli olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin bilgilendirilmeye gereksinimleri vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Ruhsal hastalık, görüşler, tutum, hemşirelik

## **ABSTRACT**

### **Faculty Members' Opinions about Mental Illnesses and Patients**

**This study was conducted as a descriptive study from November 2010 to April 2011 in order to examine faculty members' attitudes and behaviors about mental illnesses and patients. The research universe included a total of 435 academicians of four-year faculties of Mersin University during 2010-2011 academic year while the research sample consisted of a total of 284 faculty members who were chosen through the stratified random sampling method and agreed to participate in the study.**

**Research data were collected through the Opinions about Mental Illness Scale-OMI and a 21-item personal information form for faculty members. The obtained data were then analyzed by using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) and the MedCalc®v Shapiro Wilks test, Student's t test, analysis of variance and Tukey tests.**

**The study found that 68,7% of the faculty members in the study were aged 35-50, 56,7% were male, 68,7% of them had been born in a city, 93,7% had lived in a city center for the longest period, and 54,3% had worked for 10-20 years. It was also found that there was no statistically significant differences between the opinions about mental illness scale mean scores of the faculty members in 20-35, 35-50 and over-50 age groups, male faculty members tended to believe that not only mental patients but the people around them had a role in the formation of mental illnesses more than female academicians, 53,2% did not know the aggression status of mental patients, 31% thought individuals with mental disorders are aggressive and those faculty members who were interested in psychology or psychiatry but didn't read relevant books believed that mental patients are dangerous.**

**As a result, this study concluded that faculty members needed to be informed about mental illnesses.**

**Key words: Mental illness, opinions, attitude, nursing**

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık “yalnızca hasta veya sakat olmamak değil; beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlanmaktadır (1). DSÖ'nün tanımı gelişmemiş ülkeler ve sosyo-ekonomik statüsü düşük kişiler için gerçekçi değildir, buna göre birçok kişi sağlıklı sayılamaz. Bireyler sağlığı benimsedikleri değerler çerçevesinde tanımlarlar. Bu nedenle evrensel bir sağlık tanımı yoktur (1).

İnsan yaşamında önem verilen konulardan birisinin de sağlık olduğu bilinen bir gerçektir. Geçmişten günümüze kadar sağlık, insan hayatındaki önem verilen konuların en başında gelmiştir. Sağlık geçmişte hastalığın tersi olarak düşünülür, buna göre kişi ya sağlıklıdır ya da hastadır şeklinde açıklanmaktaydı. Bu görüş fizyolojik, duygusal, zihinsel, sosyo-kültürel, gelişimsel ve ruhsal boyutları arasındaki etkileşimi göz ardı eden bir görüştür (2).

Ruhsal sağlık kavramı ise bireyin yaşamını, geçmekte olan bir zaman diliminin içinde ve değişen mekanlarda; kendisiyle, ailesi ve yakın çevresiyle, içinde yaşadığı toplum ve yaptığı iş ya da görevi ile yoğun bir ilişkiler ağı içerisinde sürdürmesidir. Bu ilişkiler ağında denge, uyum ve doyum mevcut ise, birey ruhen sağlıklıdır (3).

Ruhsal hastalık durumu ise; “insanın duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık ve aykırılıkların bulunması” olarak tanımlanabilir. Her kişide tutarsız uygunsuz ve yetersiz davranışlar görülebilir. Bu nedenle ruhsal hasta denilebilmesi için bu özelliklerin az çok sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını ve kişilerarası ilişkilerini bozması gerekmektedir (3,4). Ruhsal hastalığı olan bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında ortaya çıkan değişiklikler çoğu kültürde normalden sapma olarak kabul edilir ve bu davranışlar genellikle toplum tarafından uygun bulunmaz, kabul görmez ve bir tür etiketlendirme yapılır (5,6). Etiketlendirme; bir birey ya da grubun saygınlığını tehlikeye düşüren ve onlara utanç duygusu yaşatan bir durum; bir şeyin normal ya da standart kabul edilmediğini belirten bir imge olarak tanımlanmaktadır (6).

Ruhsal sorunlu birey olarak etiketlenen kimsenin ruh hastası rolünü öğrenme ve benimsemeye teşvik edildiği, ayrıca toplumsal kurumların da bu etiketleme sürecine katkıda bulunduğu ve sorunları çözmekten çok yeni sorunlar yarattığı belirtilmektedir. İnsanlar tutumlara sahip olarak doğmazlar, onları sonradan öğrenirler. Tutumların değişimi güç olsa da zaman içinde değişim ve gelişim gösterebilirler (7).

Türkiye’de ve değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda tarihsel süreç içinde ele alındığında ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarda olumsuzdan olumluya doğru bir yönelimin olduğu görülmektedir. Ancak bu değişimin istenen düzeyde olmadığı özellikle az gelişmiş ülkelerde ve ülkemizde bu kapsamla ilgili olarak yeni çalışmaların yapılması gerekmektedir (7,8).

Ruhsal sorunu olan bireylere yönelik toplumsal tutumlar, 1940’ların sonlarından bu yana pek çok araştırmaya konu olmuştur. Ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi ve tutumların belirlenmesi çalışmalarının büyük çoğunluğu halkın tutumlarının belirlenmesine yöneliktir. Bu araştırmalar sonucunda ruhsal sorunlu bireylere karşı toplumun aynı anda hem olumlu hem de olumsuz bir tutuma sahip olduğu şeklinde karışık görüşler ortaya çıkmıştır. Genel olarak halkın ruhsal hastalıklarla ilgili olumlu ve olumsuz birçok düşünce, tutum ve davranışa sahip olduğu görülmektedir (7,8,9).

Son yıllarda ruhsal hastalıkların görülme sıklığı dünyada ve ülkemizde giderek artmakta ve ekonomik sıkıntılar, zorlu iş koşulları, parçalanmış aile yapısı, azalan sosyal destek vb. nedenler bu sonuçta önemli rol oynamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde ulusal ek-tanı araştırmasında DSM-III-R ölçütlerine göre 12 aylık ve ömür boyu psikiyatrik hastalık riski incelenmiş ve örnek grubunda hayat boyu herhangi bir psikiyatrik hastalık gözlenme riski kadınlarda %47,3 ve erkeklerde %48,7 olarak (genel toplamda %48) saptanmıştır. Aynı çalışmada ayrıca, ruhsal hastalıkların yaş, cinsiyet, etnik grup gibi demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Örneğin, depresyon ve alkolizm prevalansı kadın ve erkeklerde anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışma grubunda hayat boyu majör depresyon prevalansı kadınlarda %21,3 ve erkeklerde %12,7 iken, alkol bağımlılığı yaşam boyu prevalans değeri kadınlarda %8,2 ve erkeklerde %20,1 olarak bildirilmiştir. Buna göre, ruhsal hastalıkların nedenleri ve/veya risk faktörlerini inceleyen araştırmalarda, analizlerin cinsiyete göre tabakalı olarak yapılması gerekliliği vurgulanmıştır. Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre şizofreni,

anksiyete bozuklukları ve alkolizmin kalıtsal özellikler gösterdiğine dair çok sayıda araştırma yayınlanmış ve olası risk genlerinin varlığından söz edilmekte ise de, bu tür hastalıklardan sorumlu kesin bir genin varlığı henüz bilinmediği bildirilmektedir (10). Bağ'ın (2003) sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının nasıl olduğunu ortaya çıkaran çalışmasında, sağlık personelinin ruhsal sorunlu bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemedikleri belirlenmiştir (11). Kocabaşoğlu ve ark.'nın belirttiğine göre Shibre ve ark. nın (2001) çalışmalarında, Çin toplumunda ruhsal hastalıkların atalara ve tanrılara yeterince saygı gösterilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (12). İtalya'da, 30 merkezde tedavi edilen şizofreni hastaları ile yapılan bir başka çalışmada, hasta yakınlarının hastalıkla baş etmede kendilerini yalnız hissetmekle beraber akıl hastanelerini uygun tedavi seçeneği olarak görmediklerini, hastaların oy kullanma haklarının olması gerektiği belirtilmiş, ancak evlenmelerine ve çocuk sahibi olmalarına ise sıcak bakmadıkları belirlenmiştir (13). Almanya'da yapılan bir toplum taramasında, halkın %50'den fazlasının şizofreninin psikososyal stresten kaynaklandığını düşündüğü, bunu %50'ye yakın olarak biyolojik etkenlerin izlediği belirlenmiştir. %5'inin hastalığı dini faktörlere ya da doğa üstü güçlere bağladıkları görülmüştür. Cinsiyet, yaş ve eğitim düzeylerinin ise bu sonuçları etkilemediği saptanmıştır. Daha çok faydalı olan yöntemlerin, gevşeme, güvenilen bir kişiyle konuşma gibi yöntemler olduğu, tedavi seçenekleri arasında psikoterapiyi önerenlerin %50'yi aştığı, psikofarmakolojinin ise %20 ile en alt sırada bulunduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, şizofrenide kendiliğinden iyileşmenin olmadığı, buna karşın optimum tedavi ile dörtte bire varan oranlarda tamamen ya da yarıya varan oranlarda en azından belli bir süreyle iyileşmenin olabileceği düşünüldüğü belirtilmiştir (14).

Türkiye'de toplum ruh sağlığı düzeyinin yükseltilmesine ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin etkililiğinin artırılmasına katkıda bulunabilmek için, toplum liderlerinin inançlarını saptamak ve bu konulardaki inançların eğitimle olumlu bir şekilde iyileştirilmesine yönelik araştırmalar yapmak gerekmektedir (7).

Üniversitenin temel işlevi öğretim, araştırma ve toplum hizmetidir. Bu bağlamda üniversite öğretim elemanları üniversite düzeyinde eğitilmiş bireyler olarak ruhsal hastaları tanıma, anlama ve ruhsal hastaların sosyal ve politik haklarının korunması, sağlığını sürdürmesi konusunda toplumun diğer bireyelerine de rol modeli olan bireyelerdir. Öğretim elemanları toplumun önde gelen lideri konumunda olmalarından

dolayı ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin görüşleri toplum ruh sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Öğretim elemanları topluma önderlik yapan konumunda olduklarından dolayı toplumun ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını ve görüşlerini olumlu yönde değiştirmede ayrıca, hastaların ve ailelerin damgalanmasını önlemede etkin rol alabilecekleri düşünülmektedir (15). Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşleri öğrenciler için örnek oluşturduğundan; öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin inanç ve tutumları belirlenmeli gereksinime göre sağlık eğitim çalışmaları planlanmalıdır. Dünyada ve ülkemizde bugüne kadar ruh sağlığı ve hastalıklarına ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde; sağlık profesyonelleri (8,16-22), hasta ve aileleri (23-25), polisler (26) ve üniversite öğrencilerinin ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin görüşlerini (27-32) ortaya çıkaran çalışmalar yapılmıştır ancak öğretim elemanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin görüşlerini ele alan niteliksel ya da niceliksel çalışma yok denecek kadar azdır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüş ve yaklaşımları içinde yaşadıkları toplumdan etkilenebilmektedir. Öğretim elemanları, toplumda görüşlerine değer verilen bireylerdir. Öğretim elemanları, her kesimden öğrencinin tutum ve davranışlarının şekillenmesine katkıda buldukları için, toplumun ruhsal sorunu olan hastalara ve hastalıklara karşı düşünce yapısının oluşmasında önemli bir role sahiptir. Ayrıca hasta kişilerin istismar edilmemesi için toplumu etkileyebilir ve toplumu yönlendirebilirler. Ruhsal sorunu olan hastalar ve hastalıklarla ilgili bilimsel bilgiye sahip olmaları da büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle öğretim elemanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin görüşlerini belirlemek son derece önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, öğretim elemanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin görüşlerini belirlemektir.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

Öğretim elemanlarının ruhsal sorunu olan hasta ve hastalıklara yönelik tutumları nelerdir?

Öğretim elemanlarının ruhsal sorunu olan hasta ve hastalıklara yönelik görüşleri nelerdir?

Öğretim elemanlarının ruhsal sorunu olan hasta ve hastalıklara yönelik yanlış inanç ve tutumları var mıdır? Varsa bunlar nelerdir?

Öğretim elemanlarının ruhsal sorunu olan hasta ve hastalıklara ilişkin görüşlerini yordayan faktörler nelerdir?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkla İlgili Kavramlar

#### 2.1.1. Ruh Sağlığı

Ruhsal sağlık kavramına tek bir tanım getirmek zordur, çeşitli biçimlerde farklı değer yargılarından etkilenecek tanımları yapılmıştır. Bu tanımlar da toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Çoğunlukla benimsenen tanımı; kişinin kendi kendisiyle ve çevresi ile dinamik bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Başka bir ifadeyle; bireye uyumlu kişilerarası ilişkiler kurabilme kapasitesini kazandırabilme amacına yönelik faaliyetlerdir (3).

Ruhsal sağlık terimi yerine; “normal”, “uyumlu” gibi terimler de kullanılmaktadır. Normallik tanımının yapılabilmesi için çeşitli görüşler ortaya atılmıştır. Gençtan, “Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar” isimli kitabında Offer ve Sabshin’in (1974) normallik kavramını açıklayan görüşlerine yer vermiştir. Offer ve Sabshin normallik kavramını dört ana başlık altında incelemektedir (33).

1) Birinci görüşe göre; normallik sağlıklılık olarak tanımlanmaktadır. Bu durumu hastalık ya da sağlık olarak ele alan geleneksel yaklaşımlardır. Bu yaklaşıma göre, tüm insanların davranışları bir skalaya yansıtıldığında, çoğunluk normal azınlık ise normal dışını oluşturur. Bu yaklaşıma göre normal kişi normal dışı belirtilerden arınmış kişidir. Yani sağlıklı insan; fazla bir acısı, rahatsızlığı ya da sakatlığı olmayan kişidir.

2) İkinci görüşe göre; normallik diye bir şey yoktur. Normallik kavramı, organizmanın tüm kişilik bölümlerinin birbiriyle denge içinde olması ve uyum içinde işlevlerini sürdürmesi demek ise bu yaklaşıma göre böyle bir şey olamaz. Freud 1973’de “Normal bir ego, genel olarak normallik kavramı gibi, hayal ürünü bir beklentidir” şeklinde görüşünü açıklamıştır.

3) Üçüncü görüşe göre; normallik ortalama ile eşanlamda ele alınmıştır. Bu yaklaşım, davranışların normallik oranlarını ölçmek için günümüzde de uygulanmaktadır. Ortalama matematikteki çan eğrisi yöntemine göre bulunmaktadır. Orta derecede uyum sağlayan ve çoğunluğa uyan grup normal sayılırken, çan eğrisinin iki ucundakiler normal dışı durumlar olarak değerlendirilir.

4)Dördüncü görüşe göre; normallik bir süreçtir ve normal davranış birbiri ile etkileşimde bulunan süreçlerin ortak bir ürünüdür. Bu yaklaşım insanı genel sistemler kuramına göre ele alır. Bir sistem olarak normallik, canlı bir sistemin, biyolojik, psikolojik ve toplumsal değişkenlerin de katkısı ile bir süreç içerisinde işlevlerini sürdürebilmesidir.

Psikanalistler normalliğin tanımını; id, ego ve süperego arasındaki denge olarak yapmışlardır. Sağlıklı kişi, alt benlik (id) dürtülerine doyum olanağı sağlayabilen, fakat çevresine de uyum sağlayabilen (ego) ve üst benliğinin (süperego) sesini de dinleyebilen kişidir. Görüldüğü gibi normal ve anormal davranışların sınırları kesin değildir ve ölçütler görecelidir. Bütün bu görüşlerde az ya da çok gerçeklik payı vardır, fakat çağdan çağa, toplumdaki topluma ve kişiden kişiye değişen tanımlamalar yapılmıştır. Ruhsal sağlığın bittiği ve hastalığın başladığı sınırlar kesin değildir. Sağlıklı diye bilinen kişi de sağlıklı özellikler (özellikle genlerde saklı olabilir) hasta diye bilinen kişilerde de sağlıklı yanlar bulunabilir (5,33).

Ruhsal sağlık; çeşitli tanımlarına rağmen bireyin, ilişkilerinde denge ve uyum içinde olması, çalışabilmesi, sevebilmesi, mutlu olabilmesi, kendisinin farkında olabilmesi ve kendine yönelik olumlu tutumları olmasıdır (34). Ruhsal sağlıklı oluşa ilişkin kriterleri aşağıdaki haliyle gruplandırılmaktadır.

#### Ruhsal Sağlıklı Oluşa İlişkin Kriterler

a)Kendine yönelik olumlu tutumlar ve kişisel farkındalık; kendine yönelik olumlu tutumlar, kendini kabul ve kendinin farkında olmayı kapsar. Bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını tanıması, zevklerini umutlarını bilmesi, zeka, bilgi-görgü ve yeteneklerini, olumlu ve olumsuz özelliklerini tanıması, yaşam planını kendi yetenek ve sınırlarına göre yapması, başarılı olduğunda sevinebilmesi, mutlu olması, başarısızlıklarında üzülmeye, ancak üzülmeyi çok sürdürmeden başarısızlık nedenlerini araştırması ve hataları varsa onları düzeltmeye çalışması karamsarlıktan vazgeçmesi, umutlarını yitirmemesi, kendini sevmesi, sayması kendine güvenmesi, stres ile baş edebilmesi, fiziksel sağlığını koruyup kötü alışkanlıklardan uzak durabilmesidir. Kısaca sağlıklı bir kişi; kimlik duygusuna, bütünlük hissine, ait olma duygusuna, güvenlik ve anlamlılık hissine sahip olmalıdır (35,36).

b)Kendini gerçekleştirebilme; ruhsal sağlıklı bireyin kendine güveni vardır, özsaygısı gelişmiştir, orantısız bir üstünlük ya da aşağılık duygusu yaşamaz, beceri ve

yeteneklerinin farkındadır, kapasitesini kullanır ve kendini aşmaya isteklidir. Etkin ve bağımsız olarak girişimlerde bulunur, bireysel kararlar alır ve bu kararları uygular. Çatışmalı durumlarda doğru kararlar alıp uygulayabilir ve bu durumları aşabilir. Kararlarından, düşünce ve davranışlarından sorumludur, otonomi sahibidir ve başkalarına da bu yönde saygı duyan kişidir (37).

c)Çevresindeki diğer bireylerle, ait olduğu gruplarla ve çevresi ile ilişkisi; birey ailesi yakın çevresi ve uzak çevresi ile tutarlı ilişkiler kurabilme ve bunları sürdürme yetisine sahiptir. Diğer bireylerle ilişkilerinde sevme, sevilme ve başa çıkma yeteneğine sahiptir. Yaşadığı toplumla ters düşmeyen değer yargılarına ve inançlara sahiptir. Toplumda bir yeri ve görevi olduğunun bilincindedir. Yaşadığı çevre ve doğa ile uyum kurmaya çalışır (36).

d)Uyum ve entegrasyon yetisi; yeni ortamlara ve değişen durumlara uyum sağlayabilen, iletişim kurabilen kişidir. Bu durumlarda karşılaşacağı stresle başa çıkabilir. Duygu ve düşüncelerini iyi bir şekilde ifade eder ve gerektiğinde duygularını kontrol edebilir. İçsel çatışmalarıyla başa çıkıp duygu ve duygu durumu arasında bir düzenleme yapabilir (35,36).

e)Gerçeği değerlendirebilme yetisi; hayal ve gerçek olanı ayırabilme yetisine sahiptir. Kişilerin hissettiklerini ve tutumlarını anlama konusunda sosyal duyarlılık sahibidir (35,36).

f)Farklılıklara karşı tutumu ve yeniliklere açık olması; yaşanan her mekanda daima pek çok farklılıklar vardır. Örneğin; yaş, cinsiyet, dil, din, ırk, inanç, eğitim, ekonomik durum v.s. Bu gibi farklılıkların olduğu durumlara birey önyargısız bakabilmeli ve hoşgörülü olabilmelidir. Ruhsal yönden sağlıklı olan birey farklı durumlarda seçim yapabilme ve karar verebilme yeteneğine sahiptir (36,37).

g)Obje kaybı; ruhsal sağlıklı birey obje kaybı durumunda (sevdiği bir kişiyi kaybetme veya ayrı kalma) bu durumu olduğu gibi kabullenip yaşantısına devam edebilen kişidir. Üzüntü ve yasını başkalarıyla paylaşabilir (36).

Yukarıda sayılan kriterleri bireylerin yaşamında uygulayabilmesi kolaylıkla gerçekleşmeyebilir ancak bunların yarısından fazlası veya çoğunluğunun gerçekleşmesi durumunda birey optimal düzeyde ruhen sağlıklıdır denilebilir.

### **2.1.2. Ruhsal Hastalık**

Psikolojik ya da psikiyatrik bir yardıma gereksinim duyacak şekilde bilişsel, davranışsal veya duygusal bozukluklara sahip olduğu belirlenen bireyler “ruhsal hasta” olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal hastalık kavramı ruh sağlığı gibi göreceli bir kavramdır ve iki kavram kesin çizgilerle birbirinden ayırt edilemez. Ruhsal hastalık, insanın duygu, düşünce ve davranışlarında olağan dışı sapmaların, aykırılıkların bulunması olarak tanımlanabilir. Psikiyatrik bozukluklar, rahatsız edici, acı verici, bireyi ve çevreyi mutsuz eden, çalışma arzusunu azaltan türden belirtiler içerir (38).

Ülkemizde ruhsal hastalıkların yaygınlığı incelendiğinde, ruhsal hastalık prevalansının %18-31 arasında değiştiği, ruhsal sorunu olan 100 kişiden sadece %5'inin ruh sağlığı uzmanına ulaşabildiği ve %1'inin tedavi görebildiği bildirilmiştir (39). Bu bulgular, bireylerin ruhsal sorunlarının farkında olamadıkları, profesyonel yardım aramadıkları ve almadıkları biçiminde yorumlanır. Ruhsal hastalıkların ve ruhsal sorunlu bireylerin her toplumda arttığının görüldüğü 21. yüzyılda, ruh sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin yaşamsal bir parçası haline gelmiştir. Bu nedenle tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunu, bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (39).

Ruhsal sağlık alanına dair bazı genel istatistikî bilgilere göre;

- Dünya Sağlık Örgütü her 4 kişiden 1'inin ruhsal hastalık geçirme riski taşıdığını açıklamıştır.
- Dünyada en çok sakatlığa neden olan 10 hastalıktan 5'inin ruhsal kaynaklı olduğu belirtilmiştir.
- Birleşmiş Milletler Raporu'na göre ise 450 milyon kişi ruhsal hastalıklar ile mücadele etmektedir (40).

#### **2.1.2.1. Ruhsal Hastalık Belirtileri**

Ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin niteliklerini şu şekilde özetleyebiliriz:

- Ruhsal bozukluğu olan bireyde zayıf benlik kavramı ve yetersizlik duygusu vardır. Dünyadaki yerinden, özelliklerinden, yeteneklerinden ve başarılarından memnun değildir.
- Yaşam olayları, kişisel gelişim yetersizlikleri ve stresle etkisiz yöntemle baş etmeye çalışır ve başedemez.
- Anlamlı ilişkiler kuramaz, kişiler arası ilişkilerde memnuniyetsizlik ve etkisizlik yaşar,

- Karar veremez ve yerinde yargılamalarda bulunamaz.
- Sorumsuzca davranır ve sorumluluk alamaz.
- Yetersizlik ve beceriksizliklerinin farkında değildir. Yetersizlikleri nedeniyle başkalarına bağımlıdır.
- Gerçekleri algılama ve kabulde yetersizdir.
- Zevklerini ertelemesini bilmez ve topluma uyum sağlayamaz (41).

### **2.1.2.2. Ruhsal Bozuklukların Nedenleri**

- Kalıtım, beden yapısı, hastalıklar (metabolik, enfeksiyon, toksik gibi) beslenme yetersizlikleri ve bozuklukları, travmalar (doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında) gibi biyolojik etkenler,
- Çocukluk çağına ilişkin aşırı engellemeler ve stres etkenleri
  - Anne sevgisinin yoksunluğu, ihmal ve reddedilme,
  - Çocuğun aşırı korunması, aşırı doyurulması, bağımlılığın sürdürülmesi,
  - Çocuğa özerklik verilmemesi ve kişiliğinin gelişmesine fırsat verilmemesi,
  - Aile düzensizliği, parçalanması, yıkılması,
  - Aşırı ahlak değerleri ve baskıları, bozuk ve tutarsız disiplin,
  - Özdeşim örneklerinin yokluğu, olumsuzluğu ya da yetersizliği, çocuklar arasındaki kıyaslamalar,
  - Nörotik ya da psikotik anne ve babaya sahip olma,
  - Çocuğa erişilemeyecek amaçlar yüklenmesi,
  - Eğitim olanaklarının yetersizliği, düzensizliği ve uygunsuzluğu,
  - Gerçek ya da imgesel başarısızlıklar, yitimler, çatışma ve saplantılar,
  - Bozuk yaşam koşulları gibi psikolojik etkenler (42).

### **2.1.3. Ruhsal Bozukluklarda İnanç ve Tutum**

#### **2.1.3.1. İnanç**

İnançlar insanların davranışlarına rehberlik eden kurallardır. İnanç, bir tutumun üç temel bileşeninden biri olan bilişsel bileşeninden biri olup nesneye ilişkin değerlendirmelerle nesne hakkındaki görüşleri ve genel bilgilerini kapsamaktadır. İnançlar bireyin, nesne ile ilgili sahip olduğu bilgiyi temsil etmektedir. Tutumlar,

düşünceler ve inançların birçok ortak noktası vardır. Bunları ayırt etmek kolay değildir. Bu üç kavram, bir doğru üzerinde yerleştirilecek olsa, düşünceler ve inançlar iki uçta, tutumlar ise ortaya yerleştirilebilir. Tutumlar düşüncelerden daha uzun ömürlü ve köktencidirler, bununla birlikte inançlar kadar daha derinde saklanmamışlardır. Sonuçta; inançlar ve tutumlar arasında tutarlı bir ilişki vardır ve tutumlar destekleyici inançlardan doğal ve kaçınılmaz bir şekilde doğmaktadır (43,44).

### **2.1.3.2. Tutum**

Geçmişten günümüze tutumla ilgili pek çok tanım yapılmıştır. G.W. Allport'a (45) göre tutum; yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün nesne ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici veya dinamik bir etkiye sahip ruhsal sinirsel bir hazırlık durumudur.

Smith (46) tutumu bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir diye ifade etmektedir. Baron ve Bryn'da (47) tutumu, oldukça organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleri olarak tanımlamaktadırlar.

Tutum üç temel bileşenden oluşmaktadır. Duygusal bileşen, bilişsel bileşen, davranışsal bileşen. Duygusal bileşen, bir nesne ile görelilik olarak devamlı bulunan duygudur. Bu nesne bir insan, bir grup veya bir kurum olabilir. Duygunun yanı sıra bir tutumun bilişsel bileşeni de vardır. Bilişsel bileşen, bireyin tutum nesnesi hakkındaki fikirlerden oluşur (48).

Davranışsal bileşen, duygu ve kanıya uygun olarak hareket etme eğilimidir. Kişiler çoğu kez duygularına uygun olarak davranmazlar, ancak duygularına uygun olarak hareket etme eğilimi mevcuttur. Bu nedenle çoğu kez tutumlardan davranışları tahmin etmek mümkündür (49).

Kişinin ruh hastası bireyin tehlikeli, zarar verici ve saldırgan olduğunu düşünmesi tutumun bilişsel bileşenini; ruh hastası bireyden korkması duygusal bileşenini; ruh hastasıyla karşılaştığında onunla alay etmesi, onunla konuşmaması, ondan kaçması, yalnız kalmaya mahkum etmesi, bireye karşı insancıl davranılmaması davranışsal bileşenini oluşturur (49).

Ruhsal hastalığa sahip bireyler, toplum içerisinde çoğunluktan farklı olduklarını konuşma ve hareketleri ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda bazı tutumların

oluşmasına neden olmuştur. Bu olumsuz tutumların değiştirilmesiyle, hastanede tedavisi bittikten sonra toplum hayatına geri dönen hastalar dışlanmayacaklar, kendilerine korkuyla, potansiyel tehlike olarak bakmayan, anlamaya, yardımcı olmaya çalışan insanların arasında sosyal uyum sağlayarak ve üretkenliklerini sürdürerek, çevrelerine ve topluma yük olmadan yaşayabileceklerdir (50,51). Olumlu tutum; hastaları rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici, tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Buna karşın olumsuz tutumlar, hasta ile toplum arasındaki uçurumun daha da artmasına, bireyin toplumsal ilişkilerden iyice kopmasına ve bunlara bağlı olarak tedaviye direnç geliştirmesine neden olmaktadır. Bir bireyin herhangi bir konudaki tutumunun bilişsel bileşeni olan inançlarının belirlenip, bu alana yönelik gerekli girişimlerin yapılması o konuya yönelik tutumunu değiştirecek dolaylı bir sonuç olarak da davranışları geliştirebilir. Bu bakımdan inanç kavramı, inançların gelişimi, bireye etkisinin bilinmesi ve kavranması önemlidir (49).

### **2.1.3.3. Tutum ve İnanç İlişkisi**

Fikir, tutum ve inançlar öncelikle “anne ve babadan” etkilenme yoluyla geçer. Diğer kişilik özellikleri gibi 1-7 yaş arasında kazanılan bu özellikler etkilerini yaşam boyunca sürdürürler. Genel olarak yaşamın bir döneminde oluşmuş düşünce, tutum ve inançlar daha sonraki dönemlerde de sürer ve etkili olur. Bu düşünce, tutum ve inançların zamanla değişmeyeceği anlamına gelmez, zaman içinde gelişim ve değişim gösterebilirler (6). İnançların gelişimi ile ilgili Piaget’in bilişsel gelişim kuramı önemli bir yer oluşturmaktadır. Buna göre birey deneyim ve etkileşim yoluyla çevreye ilişkin bir anlayış ve anlama sistemi oluşturmaktadır. Bilginin; şema, olgunlaşma, yaşantı, uyum ve örgütlenme aşamasından geçerek davranışa büründüğü vurgulanır. Bireyin bilişsel gelişiminin dört ana evrede açıklandığı kuram da, özellikle bireyin 12-15 yaşları arasını kapsayan “soyut işlemler evresinde” bilimsel yöntemle problem çözme, değer ve inanç sistemini yapılandırma, fikir dünyasıyla aktif olarak ilgilenme ve düşüncesini etkinliklerine yansıtma kavramının yerleştiğinden bahsedilmektedir(52). Vygotsky ise inancın gelişimi ile ilgili görüşlerini sosyal çevre ve kültürel yapı ile açıklanmıştır. Vygotsky’e göre tüm öğrenimlerin (düşünce, inanç gibi) kaynağı sosyal çevredir. Öğrenmeyi bir bakıma sosyal etkileşim yoluyla kültürleme olarak tanımlayan Vygotsky kişinin psikolojik süreçlerinin bile, çevre tarafından etkilendiği görüşündedir(53).

Kültürleme diğer bir değişle; topluma özgü düşünce, inanç ve duyuş özelliklerinin çocuğa aktarılmasıdır. Tutum ve inançların oluşması için kritik dönem olarak kabul edilen 12–30 yaşlar arası, ergenlik devresi (12–21 yaşlar arası) ve ilk yetişkinlik evresi (21-30 yaşlar arası) olmak üzere iki devrenin üzerinde durulur. Tutumlar; ergenlik devresinde şekillenir, ilk yetişkinlik devresinde ise giderek kristalleşir veya kemikleşir (43,48).

#### **2.1.3.4. Ruhsal Bozukluklarda Etiketleme (Stigma)**

Zaman zaman bizlerin de farkında olmadan yaptığı bir durum stigma, etiketleme anlamına gelmektedir. Damga kavramı aslen Yunan kökenli bir kelimeden türemiştir ve kelime köle ve suçluları belirlemek için kullanılan bir sembol ya da işarete verilen bir isimdir. Geçtiğimiz yüzyıl boyunca bu terime, anormallik ya da sapkınlık, utanılacak şey, korku ve sosyal izolasyon gibi çağrışımlar içeren sosyolojik bir anlam yüklenmiştir. Etiketleme psikiyatrik ruh sağlığı hizmetini kullanılan veya ihtiyacı olan bireyler tarafından deneyimlenmiş bir kavramdır. Ruhsal hastalığa sahip olan kişiler üzerinde korku ve cehaletten kaynaklanan etiketleme devam etmektedir. Kişilerin farklı olarak algıladıkları davranışa yönelik olan konuşmada sıkıntı veya gerginlik hissi duydukları zaman ortaya çıkar. Etiketleme yalnızca bir topluma özgü değil tüm toplumun sorunudur. Etiketleme toplumun ruhsal bozukluğu olan insanlara karşı gösterdiği tutumlardır. Bu tutumlar diğer bütün hastalıklarda da görülmektedir. Ancak ruh hastalığı olan insanlara karşı olan tutumun daha katı ve yoğun olduğu bilinmektedir (12,54,55). Etiketleme, akıl hastalarının ve ailelerinin yaşadığı önemli sorunlarından biridir. Toplumların dini veya inanç sistemleri, kültürleri ve gelenekleri etiketlemenin oluşumunda etkili olmaktadır. Günümüzde iletişim araçlarının artması etiketlendirmenin gelişimini hızlandırmaktadır. Bu durum hastalarda sosyal izolasyona, yaşam alanının sınırlanmasına ve yardım isteme davranışında gecikmeye yol açmaktadır (51,56,57). Olumsuz yaklaşımlar hastayı ciddi bir stres altına sokmakta, yaşam kalitesini ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Etiketleme toplum dışında hastayı tedavi eden hekim tarafından da yapılabilmekte ve hastaların fiziksel rahatsızlıklarının göz ardı edilmesine yol açmaktadır (12). Hastaların damgalanma ve sosyal olarak dışlanma endişesi ile psikiyatri servislerine başvurmaktan çekindikleri bilinmektedir. Meise ve ark.'nın (2001) şizofreninin etiketlenmesi ile ilgili yaptıkları bir



çalışmada, ön yargının ve dışlamanın hataların iyileşmesini önemli ölçüde baskıladığı belirtilmektedir (58). Olumsuz yaklaşımlar, tedavi ve etkilenen yaşam süreci boyunca “ikincil hastalığa” neden olabilmektedir. Toplumun etiketlenmesi hastayı ciddi bir stres altına sokmaktadır. Toplum tarafından olumsuz değerlendirmeler, küçük düşürücü tarzda olan ayrımcılık, zamanla hastanın özgüvenini zedelemekte ve hastalığın iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yirmi birinci yüzyıl hastaları artık bir stigmatizasyon fenomeninden haberdardır. Toplum psikolojisinin etkilerinden dolayı hastalar daha geç yardım istemekte ve antipsikotik tedaviyi istememektedir. Günümüzde çok sayıda hastanın “ben şizofreni haplarından istemiyorum” demelerinin asıl nedeninin ilacın yan etkilerinden dolayı hastalığı kabul etmek istememelerine bağlanmaktadır (59). Ruhsal rahatsızlıkları bulunan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, vakaların yaklaşık yarısında stigmatizasyonun doğrudan insanlarla temas sonucu oluştuğu belirlenmiştir. Kişiler etiketledikleri hastalar konusunda olumlu bir örnek görseler de fikirlerini çabuk değiştirmemektedirler. Hastanın iyi durumda olmasının örneğin, eğitilmiş olmasına, özenle tedavi edilmiş olmasına bağlarken, sıradan bir hastanın biraz kaba bir davranışı büyük bir olumsuzluk olarak kabul edilmekte ve stigmatize edilmektedir. Çünkü insanlar olumsuz bilgiye olumlu bilgidan daha çok değer verme eğilimindedirler. Örneğin, kişilerin birçok iyi örnekle karşılaşmaları olumlu düşüncelerini sağlamazken, bir tane cinayet işlemiş psikiyatrik hasta ile karşılaşmaları kalıcı olumsuz düşünce geliştirmelerini sağlamaktadır (54,59).

## **2.2. Tarihsel Süreçte Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Yaklaşımlar**

### **2.2.1. İlk Çağlar**

İlk çağlarda hastalıkların doğa üstü güçlere bağlandığı, animistik düşüncenin egemen olduğu ve eski Yunan-Roma dönemine uzanmaktadır. Bu çağlarda “hastalık” doğa üstü zararlı ruhlara bağlanıyordu. Büyücü hekimler, şamanlar ve çeşitli törenler, danslar, garip hareketler, ruhları saklayan eşyanın yok edilmesi, çılgınlık nöbetleri ve özgeçi (trans) durumları ile zararlı ruhları kovarak hastalıkları iyileştirmeye çalışılıyordu. Doğa karşısında çoğu kez güçsüz ve çaresiz kalan ilkel insan, açıklayamadığı her şeyi tanrısal olarak algılamış ve o şekilde açıklamaya çalışmıştır. Hastalıkları ve doğal güçleri kendi gücü ve teknolojisi ile yenemeyince, kendi

düşüncesinde bunların oluş biçimlerine ve bunlardan nasıl kurtulabileceğine, korunabileceğine ilişkin inançlar, kavramlar ve uygulamalar geliştirmiştir. Bu algılanışın izleri yakın tarihimize kadar taşınmıştır (60-62).

### 2.2.2. Eski Çağlar

Mısır, İbrani, Yunan uygarlıklarının gelişmesiyle insanlık tarihinin düşünme, çevresindeki evreni gözleme ve olaylar arasındaki sebep-sonuç ilişkilerini araştırma döneminin açıldığı görülmektedir. Toplumun iç ihtiyaçlarından çıkan bu akım sağlık alanında da sözcülerini bulmakta ve böylelikle hastalıkları kötü niyetli kuvvetlerin oyunu ve tanrısal ceza sayan tıbbın yanında, deliliğin de sebep-sonuç ilişkisine bağlı bir hastalık olduğu ve tedavi edilmesi gerektiğini ileri süren görüşlerin gelişmeye başladığı görülmektedir. Hipokrat öncesi dünyada, gizemci büyüsel düşünce biçimi ve buna dayalı hastalık ve tedavi anlayışı egemendi (60,61).

Eski Yunan'ın altın çağı Perikles döneminde Hipokrat (M.Ö. 460–337), hastalıkların doğa üstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu göstermiş ve bunların da diğer bedensel hastalıklar gibi tedavi edilmesi gerektiğini savunmuştur. Yine bu dönemde Hipokrat'ın histeri ve melankoli terimlerini kullandığı ve tapınaklarda hastaların uyutulduklarını, düş yorumlarının ve telkinlerinin yapıldığı görülmektedir. Hipokrat, ruh sağlığı sorunu olan bireyden korkmak yerine, onlara şefkat ve iyilikle davranılması gerektiğini savunmuştur. Kalıtımın üzerinde durmuş, kalıtım kadar çevresel etkenlere de önem vermiş ve gerektiğinde hastaları aile ortamından ayırmıştır (5,60).

Hipokrat'tan sonra Eski Yunan'ın Eflatun'u, Aristo'su; eski Roma'nın Aesculapiades'i, Galen'i Çiçero'su, Sorano'su; Kapadokya'nın Aretaeus'u ruhsal bozuklukların doğal açıklamalarına katkılar yapmışlar ve gizemci-büyüsel düşüncenin geçersizliğini kesinlikle belirtmişlerdir. Böylece Hipokrat ile başlayıp, M.S. 200 yıllarında ölen Galen'e kadar devam eden dönem içinde ruh hastaları bir dereceye kadar insancıl yaklaşım görmüşlerdir (5,61).

### 2.2.3. Orta Çağ

Aydınlanış dönemi uzun sürmemiş batı dünyasında karanlık çağlar (15.yüzyıl) diye bilinen orta çağda gerileme olmuş ve büyüsel-gizemci düşünce egemen olmuştur. Ruh hastaları dövülmüş, zincire vurulmuş, işkence edilmiş, lepralıları gibi izole edilerek, katil ve hırsızlar gibi hapisanelere kapatılmış, halkın alay ve eziyetlerine karşı savunmasız bırakılması olağan kabul edilmiş ve şeytanın içine girdiği bir büyücü olarak yakalanmış ve diri yakılmıştır (5,62). On beşinci yüzyılın ikinci yarısında iki rahip tarafından yazılan Malleus Malleficarum “Şeytan Çekici” adlı kitap ruh hastalarını kovalama, yakalama ve cezalandırmada büyük otorite belgesi olarak benimsenmiştir. Orta çağdaki kilisenin ruhsal hastalara karşı olan tutumu ilkel çağlardaki şamanizmden de geriye gitmiş ve ilkel, acımasız anlayış dinsel-politik amaçlarla geniş halk kitlelerine uygulanmıştır. Bu dönemde yalnız ruh hastalarının düşünce ve davranışları değil, kilisenin dogmatik kurallarına karşı olan her türlü bilimsel görüş ya da tartışma ağır cezalarla karşılaşmıştır (61,63).

Orta çağda akıl hastalıkları ile önce cinsel hastalıklar tarzında karşılaşmış ve bu insanların toplumdan tecrit edildikleri görülmüştür. Bu nedenle hastalar kuşkusuz çok büyük bir ahlaki yargılar bütününe kısılcasına girmiştir. Ruhsal hastalığı olan bireyler toplumun düzen ve huzurunu bozduğu ve kötü ruhun temsilcisi olduğundan kendisinden korkulduğu için kentlerin dışına atılmış, uzak kırlara yollanmış ve bir tüccar veya hacı grubuna emanet edilmişlerdir. Belediye örgütleri ruhsal hastaları serseri diye itham ettikleri için tutuklayabilmişlerdir. Hatta bu dönemlerde yüklerinin yanı sıra ruhsal hastaları da bir şehirden başka şehre taşıyan gemilerin de var olduğu görülmektedir (60,64).

### 2.2.4. Rönesans

Avrupa’da 12. ve 13. yüzyıllardan başlayarak Hıristiyan Kilisesi’nin katı, acımasız dogmatik tutumlarına karşı giderek artan tepkiler ortaya çıkmıştır. Sanatta kültürel yaşamın her kesiminde gücünü dinden alan otokratik ve feodal kuruluşların egemenliği giderek zayıflamaya başlamıştır. İşte bu sıralarda artık büyücü avı, ruhsal hastalara şeytana tutulmuştur diyerek diri diri yakma uygulamaları sonlandı. Avrupa toplumu, İslam dünyasının gelişmiş bilimsel çalışmalarını ve Arapçaya çevrilmiş olan eski yunan düşünürlerini tanıdı. Bütün bu değişiklikler ve akımlar bilimsel düşünme ve

araştırma yapma kapılarını açmıştır. Rönesans ile birlikte insanın anatomisi ve fizyolojisi incelenmiş, hastalıkların tanımları yapılmıştır. Bu dönemden sonra ruh hastalıklarının teşhis ve tedavisinde önemli gelişmeler sağlanmıştır (5,64).

### **2.2.5. Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi**

Ortaçağın kapanması ruh hastalıklarını katı dogmatik yarı dinsel inançlarla açıklayan görüşlerin ve uygulamaların son bulması ile Avrupa’da hızla gelişen bilimsel çalışmalar döneminde psikiyatri alanında da gerçek bilimsel çalışmalar başlamıştır. İlk olarak 17. yüzyılda ruh hastaları hakkında bir kararın din adamlarınca değil hekimlerce verilmesi gerektiği kabul edilmiştir. Bu çağda ruh hekimliğinde en önemli adımı 18. yüzyılın sonlarına doğru Fransız ruh hekimi Pinel atmıştır. Ruh hastalarını zincirden kurtaran hekim olarak bilinen Pinel, “Traitement Moral” aslı yapıtı ile planlı psikoterapinin ilkelerini belirten ilk hekimdir. Pinel’in başlattığı hümanist akım başka Avrupa ülkelerine ve A.B.D’ne de yayılmıştır. Giderek ruh hastalarına hastanelerde, bakım evlerinde sağaltım verme görüşü uygulama alanı bulmuştur. İngiltere’de William Tuke, A.B.D’de Benjamin Rush ülkelerinde çağdaş psikiyatrinin öncüleridir (60,63).

On dokuzuncu yüzyılda önemli çalışmalar Fransız ve Alman ruh hekimlerince yapılmıştır. Fransa’da Morel, Mangan, Charcot ve Piere Janet; Almanya’da ise Meynert, Kraepelin, Breuer, Freud, Yung ve Adler çağdaş psikiyatrinin kurucusu olmuşlar ve yeni yeni hastalıkları tanımlayarak, sınıflandırma çalışmaları yapmışlardır. Çoğu ruhsal bozukluğun etiyojisini beyindeki dejenerasyona bağlamışlardır. İlk kez Kraepelin, psikozları ve psikonevrozları ana ve alt gruplara ayırmıştır. Bugünkü tanımıyla şizofreniyi, “dementia precox” olarak tanımlamıştır. Kraepelin hastalıkların sınıflandırılmasında öncü olmuştur. Ruh fizyoloğu Pavlov koşullandırma ile öğretme ve koşullu tepki kuramını geliştirmiş ve davranışçı terapilerin kaynağı olmuştur ve giderek yeni öğrenme kuramlarını geliştirmeye başlamıştır (5,61).

On dokuzuncu yüzyılın sonunda psikanaliz kuramı ile Sigmund Freud bu konuda asıl çığırını açmıştır. Freud çoğunluğu nevrozik davranış bozukluğu gösteren hastaların arasından, özellikle histerik gösterenlerini giderek artan bir ilgi ile incelemiştir. Harry Stack Sullivan'ın kuramı ise kişilerarası ilişkilerdeki davranışları vurgulamıştır. Sullivana göre psikolojik sorunların tedavisi insan ilişkileri üzerine

kurulmuştur. Diğer bir deyişle insanları diğer insanlar hasta ettiğinden onları yine insanların iyi edebileceklerini ileri sürmüştür (65).

### **2.2.6. Türkiye’de Psikiyatrinin Tarihçesi**

İslamiyet öncesi Orta Asya Türklerinin hastalık anlayışı ve tedavi yöntemleri şamanizme dayanır. Tedavi görevini üstlenmiş olan şamanın, cinlerin, kötü ruhların, şeytanın etkisiyle hastanın bedenini terk eden iyi ruhların geri dönmesi için Gök tanrıya yalvardıkları görülmektedir. Doğu Karahan’da yaşayan Türk şairi Yusuf Has Hacib’in yazdığı ‘‘Kutadgu Biliğ’’ adlı eserinde bedensel ve ruhsal hastalıkları ilaçla tedavi eden hekimlerin yanında eski türk toplumlarında yer alan gök tanrıyla bağlantı kuran büyücülerin de olduğu belirtilmektedir. Bu da daha o çağlarda bir uzmanlaşma olduğuna işaret etmektedir (60).

İslamiyetin kabulünden ve diğer islam toplumları ile yakın ilişkiye girilmesinden sonra Türklerde hastalık anlayışı geleneksel islam tıbbına göre olmuş, fakat Şamanizm de etkisini yitirmemiştir. İslam uygarlığında hekimlik, sağlık tıp alanında İslam bilginlerinden başka hıristiyan Hintli İranlı bilginler de yer almış bunların hemen hemen hepsi Arapça eserler yazmışlardır. Eski yunan filozoflarının yapıtları da Arapçaya çevrilmiştir. 10. yüzyılın ortalarına kadar süren bu gelişmeler islam dünyasının felsefe bilim hekimlik ve tıp alanında gelişmelerini sağlamıştır (61,62).

On birinci yüzyılda yaşamış olan İbn-i Sina hekimlik alanında önemli gelişmeler yaratmıştır. İbn-i Sina ruhu bitkisel, hayvansal ve insani olarak üç ögeye ayırmıştır. Bitkisel ruhun beslenme ve üreme, hayvansal ruhun algılama ve hareket, insani ruhun da yüksek idealar ve ahlaki değerleri yürütme işlevi olduğunu savunmuştur.

Orta çağda Avrupa’da akıl hastalarına karşı acımasız tutumlar sergilenirken, Türk ve İslam toplumlarında akıl hastalarına karşı hoşgörü egemen olmuştur. Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde akıl hastaları darüşşifaların kapsamı içinde bulunan bimarhanelerde tedavi edilmişlerdir (62,63). Ancak ilk gerçek akıl hastanesi Fatih tarafından yapılmıştır. 1500 senesinde Kanuni yine bir akıl hastanesi açmıştır. 2. Selim’in eşi Nur Banu Sultan tarafından yaptırılan Toptaşı Akıl hastanesi Cumhuriyet dönemine kadar Türkiye’nin akıl hastanesi olmuştur. Buranın başhekimliğini yapan Mazhar Osman çağdaş Türk psikiyatrisinin kurucusu olarak bilinmektedir (60,61).

Bu darüşşifaları Amasya, İstanbul, Edirne ve Manisa külliyesi takip etmiştir. Padişah 2. Abdülhamit döneminde Gülhane Askeri Tatbikat Okulu ve Hastanesi açılmıştır. 1898'de açılan bu hastanenin başhekimliğini Raşit Tahsin yapmış ve ruhsal hastalıklarla ilgili dersler vermiştir. Böylelikle Türkiye'de çağdaş psikiyatri kuramsal ve uygulamalı olarak Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde başlamıştır (61).

Raşit Tahsin ve köhnemiş olan Toptaşı tımarhanesini 1927'de Bakırköy'e taşıyan Mazhar Osman gibi efsaneleşmiş isimleri; Gülhane'de Nazım Şakir, üniversitede İhsan Şükrü Aksel ve Fahrettin Kerim Gökay izlemişlerdir. Yirminci yüzyılın ilk yarısında Türk psikiyatrisinin temsilcisi olan bu hekimler Türkiye'de Kraplin okulunu izlemişlerdir. 1945'de Ankara Tıp Fakültesi'nin kuruluşu ile psikiyatri kliniğini kuran Rasim Adasal ise psikiyatridi topluma tanıtan hekim olmuştur. Son yıllarda hızla çoğalan psikiyatri poliklinikleri ve giderek çağdaş görünüme bürünen ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri sayesinde akıl hastalıkları toplum tarafından daha çok tanınır hale gelmiştir (5,60).

Cumhuriyet'le birlikte Manisa, Adana, Elazığ, Samsun gibi başka illerimizde de ruh sağlığı hizmeti veren ruh hastalıkları hastaneleri açılmıştır ve çağdaş olma çabasıdır. Ayrıca pek çok sayıda, devlet hastaneleri bünyesindeki psikiyatri servisleri hizmet vermektedir. Bunun yanında Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı hastanelerin psikiyatri servisleri ve az sayıda özel ruh hastalıkları hastaneleri hizmet vermektedir. Özellikle son on yılda, üniversitelerin tıp fakülteleri bünyesinde psikiyatri anabilim dalları hizmet ve eğitim vermektedir (65).

### **2.3. Kültür ve Psikiyatri**

Kuşaktan kuşağa geçen, belleklerde saklı tutulan, kendini çeşitli etkinliklerde gösteren, dinamik, devamlı değişen ve uyum sağlayan, gerçek ve bütünleyici olan, toplumun norm ve inançlarını içeren bireylerin bütünsel yaşam biçimini yansıtan kültür, ruh sağlığında oldukça önemlidir. Toplumun yaşam biçimlerini inceleyen kültür, paylaşılan inanç ve duyguları, kişinin gerçekliğini tanımlaması ve ona karşı tavır almasına rehberlik eden bilgiyi içeren bir kavramdır. Davranış bilimlerinin incelediği hemen her şey kültür tarafından biçimlendirilmiştir. Örneğin; dünyaya gelen bir çocuk dilini, yeme-içmesini, çevresini, sosyal yaşantısını, görgü kurallarını, manevi değerlerini

ve hatta ölümden sonraki yaşantısını da belirli bir kültür kalıbı içerisinde öğrenir (42,66).

Kültürün bireylerin sağlığını etkilemesi ve davranış olarak dışa yansımaları manevi kültür ile olabilmektedir. Bu yüzden tutumun davranış olarak dışa yansımalarına neden olan, bilgi kümesinden oluşan inançları kavramada büyük önem taşımaktadır (67,68).

Hastalığı nasıl algıladığımız, nasıl yaşantıladığımız, nasıl başa çıktığımız kültürel yapılanmamızla ilişkilidir. Semptomları algılama ve sergileme biçimimiz, hastalığı açıklama sistemimiz, hastalıkla ilgili beklentilerimiz, bazı hastalık etiketlerinden etkilenme ve tepki gösterme biçimimiz, sağlık sorunları konusunda konuşma tarzımız, tedavi için nereye, ne zaman başvurduğumuz, ne kadar süreyle tedavide kaldığımız, tedaviyi nasıl değerlendirdiğimiz kültürel inanışlarımızdan etkilenir. Çünkü hastalık davranışı kültürel kurallar aracılığı ile kazanılan yaşantılardan oluşur. Kulağına gelen sesleri cinlere yükleyen kişi cinlerden kurtulmak için yaşadığı kültürün çözümüne başvurur (ülkemizde "cinci hocalara" başvurulması gibi) (69).

Ruhsal bozukluklarda ise hastalık ile kişi neredeyse aynı şeydir. Kişinin kendisini belirleyen, oluşturan şey ise kültürdür. Dolayısı ile ruhsal hastalık kavramı zorunlu olarak kültürel bir kavram olmak zorundadır. Ruhsal rahatsızlıkların belirtileri sözler ve davranışlarla dışarı yansıdığından, ruhsal bozukluklar temelde, biyolojik bulgulardan çok düşünce, duygu ve davranış değişiklikleri ile tanınır. Ruhsal yapıyı oluşturan düşünsel, duygusal, algısal süreçlerdeki bozukluklar belirtiler halinde dökülürken, kişinin önceden edindiği sözel ve davranışsal birikimi kullanılır. Bu birikimin oluşması ve şekillenmesi büyük ölçüde kişinin içinde yaşadığı kültürden etkiler taşır (69,70).

Kültür ve ruhsal bozuklukların karşılıklı etkileşimi, insan eliyle oluşmuş felaketlerde, zorlanmış ya da ekonomik göçlerde, savaşlarda en dramatik biçimde görülür. Bütün bunlar insanları yeni, yabancı ve çoğu zaman da düşmanca olan çevrelere maruz bırakır. Eski davranış kalıpları, bu değişiklikleri izleyen geçiş döneminde, yeni gerçeklerle başa çıkmada artık uygun değildir ve insanın kendi değerlerini değiştirmesi ve davranışlarını yeniden ayarlaması feci sonuçlar verebilir. Örneğin; göçmen, acil sorunlar karşısında sendelemiş olarak, öfkeli, güvensiz, yalnız, kargaşa içinde ve çaresiz bir duruma girebilir. Göçmen, kültürel açıdan yönelim

bozukluğu içinde olan bir kimsedir ve aynı zamanda gerilimi azaltabilecek kültürel araçlardan da yoksundur (43,69).

Semptomlar, normal davranışların abartılmışları gibidir. Bu yüzden de içlerindeki sosyal öğeler çok zengindir. Dahası, semptomlar, bir semptomun nasıl olması gerektiğine ilişkin sosyal beklentilere de, tıpkı normal davranışlarda olduğu gibi, uygun cevap vermek zorundadırlar (41,69).

Kültür ile ruhsal sağlık ve bozukluklar ilişkisi şu başlıklar altında ele alınabilir:

- (1) Bazı toplumlarda görülen kültüre özgü ruhsal bozukluklar,
- (2) Hemen her toplumda görülen bozuklukların belirli örüntüleri üzerinde o toplumun kültürel özelliklerinin etkileri,
- (3) Belirli bir toplumda, neyin "normal", neyin "anormal" olarak tanımlandığı ve buna bağlı olarak, gerek kişilik gelişimini gerekse kişilerarası ilişkileri ve gerekse "anormal" olarak tanımlamalara ilişkin tutum ve davranışların neler olacağını biçimleyen kültürel normlar ile akıl hastalıklarına bakış açısı yıllardır üzerinde çalışılan önemli bir konu olmuştur. Özellikle halkın bakış açısı üzerinde çok çalışılmıştır. Akıl hastalıklarına karşı da yüzlerce yıldır olumsuz bir tutum vardır. Çeşitli coğrafya ve kültürlerde farklı şekil ve şiddette olsa bile, bu olumsuz tutumların izleri görülmektedir (68).

#### **2.4. Toplumun Ruhsal Bozukluklara Yönelik Tutumları**

Ruhsal sorunlu bireylere karşı toplumsal tutumlar, 1940'ların son yıllarından bu yana pek çok araştırmaya konu olmuştur. Bu araştırmalar sonucunda ruhsal sorunlu bireylere karşı toplumun aynı anda hem olumlu hem de olumsuz bir tutuma sahip olduğu şeklinde karışık bulgular ortaya çıkmıştır. Ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi ve tutumların belirlenmesine yönelik araştırmaların büyük çoğunluğu halkın tutumlarının belirlenmesine yönelik olmuştur ve sonucunda genel olarak halkın ruhsal hastalıklarla ilgili birçok olumsuz düşünce, tutum ve davranışa sahip olduğu görülmektedir (51,71).

Ülkemizde ruh hastalıklarına yönelik toplum tutumları ile ilgili yapılan bir çalışma Çam ve Bilge'nin aktardığına göre Savaşır tarafından Ankara'nın Nallıhan ilçesinin bir köyünde aileler ve Çankaya ilçesindeki 150 aile ile yapılan çalışmadır. Araştırma sonucunda köy ve kent aileleri arasında ruh hastalarına yönelik tutumda fark olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca Savaşır'ın (1971) yaptığı bir başka araştırmada, kadın ve



erkekler arasında ruh hastalarına yönelik tutumlarla ilgili bir farkın olmadığı ve kadınların doğaüstü güçlerin daha çok etkisi altında olduğu saptanmıştır (43).

Üçok ve ark.'nın (2001) çalışmasında, pratisyen hekimlerin ve psikiyatrist olmayan hekimlerin şizofreni hastaları ile komşuluk, sosyal ilişki gibi konularda sorun yaşadıkları ve bu bireyleri tedavi etme konusunda isteksiz oldukları belirlenmiştir (18).

Özmen ve ark.'nın (2004) “hangi etiket daha damgalayıcı: ruhsal hastalık mı? akıl hastalığı mı?” konulu çalışmasında, halkın ruhsal hastalıklar ile ilgili inanç ve tutumlarının genelde olumsuz olduğu ve bu olumsuz tutumların sağlık personelinin günlük uygulamalarında çeşitli zorluklar yarattığı, bununla birlikte gerek Türkiye’de gerekse yurt dışında yapılan çalışmalarda bu tutumları olumlu ya da olumsuz etkileyen etkenler konusunda birbiriyle çelişen birçok bulgu elde edildiği aktarılmıştır (56).

Sağduyu ve ark.'nın (2001) tarafından gerçekleştirilen halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırmada araştırma örnekleminin, şizofreninin tanınmasında, tedaviye yönlendirilmesinde, hastaların kabullenilmesinde ve önyargılar bakımından, yurt dışı araştırmalarla da kıyaslandığında, çok olumsuz bir konumda olmadığı belirlenmiştir (51).

Bağ'ın (2003) sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırıldığı çalışmasında, ruhsal sorunlu bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemeyeceğini belirten sağlık personelinin, “korku/dışlama” boyutu puanı yüksek bulunmuştur (11).

Çam (1992) hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği konusundaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada sonucunda öğrencilerin staj öncesi hastaları korkma, kaçma ve zarar verecek insan olarak görürken, stajla birlikte yardıma gereksinen insanlar olarak görmeye başladıkları şeklinde değişimler olduğunu belirtmektedir (72).

Ünal ve ark.'nın (2010) üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının araştırıldığı çalışmada ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç; evli, ruhsal hastalığı olan bir kişi ile daha önce hiç karşılaşmamış ve orta düzey ekonomik duruma sahip olan öğrencilerde daha yüksek, ruhsal hastalıklı akrabaya sahip olanlarda ise daha düşük bulunmuştur (73).

Eker ve ark.'nın (2009) din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları konulu çalışmalarında erkeklerin hiç evlenmemiş olanların ve imam hatip lisesi

mezunlarının şizofreniye yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu ve olumsuz tutumlara sahip oldukları, genç olanların şizofreniyle ilgili olumlu bilgi ve tutuma sahip oldukları belirtilmektedir (74).

Ergün'ün (2005) psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin şizofren tanısı almış bireylere bakış açılarını değerlendirmek amacıyla hemşireler ile yaptığı araştırmada, hekimlerle yapılan çalışmalara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Tüm hemşireler şizofreni tanısı almış bir bireyle evlenmeyeceğini, şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olmayacağını, şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini ve şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etki ve bağımlılık yaptığını belirtmiştir. Eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerin çoğunluğu, şizofreninin sosyal nedenlerle ortaya çıkmadığını, şizofren bir bireyle birlikte çalışabileceğini, şizofreninin psikoterapi ile düzelebileceğini, şizofren hastalarının saldırgan olduğunu ifade ederken, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi'ndeki hemşirelerin çoğunluğu şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin, şizofren hastalarına sosyal mesafe açısından daha olumlu yaklaşım sergiledikleri saptanmıştır (75).

Çam ve Bilge'nin aktardığına göre sosyal psikiyatrinin ve epidemiyolojik araştırmaların öncülerinden olan Shirley Star'ın 1950'li yıllarda 3000'nin üzerinde ABD vatandaşı ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre, halk tanımlanan ruhsal hastalık olgularını çok düşük oranda belirleyebilmekte ve ruhsal hastalıklar tehdit içeren, korku veren, mantıklı düşünceyi ve özgür iradeyi kaldıran durumlar olarak görülmektedir. Bu çalışmada, ruhsal hastalığın en çok paranoid şizofreni tanımları için belirtildiği (%75), bunu basit şizofreni (%34), alkol bağımlılığı (%29) ve anksiyete bozukluğunun (%18) izlediği saptanmıştır (43).

Koçabaşoğlu ve Aliustaoğlu'nun aktardığına göre Shibre ve ark.'nın (2001) çalışmalarına göre, Çin toplumunda ruhsal hastalıkların atalara veya tanrılara yeterince saygı göstermemekten kaynaklandığını düşünülmektedir (12). Olade'nin (1983) yaptığı çalışmasında; hemşirelere sağlanan destek, deneyim ve eğitimle onların psikiyatrik hastalıklara yönelik yaklaşımlarının geliştiği sonucuna varmışlardır (19). Robert ve Prest'in (1983) çalışmalarında da psikiyatri ve diğer sağlık çalışanlarının ortaklaşa hizmet vermeleri durumunda bakım kalitesinin arttığı saptanmıştır (20).

Taşkın ve ark.'nın (2002) Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları araştırdığı çalışmalarında çalışmaya alınan 230 kişinin % 76,3'ü şizofreniyi bir hastalık, %62'si bir akıl hastalığı olarak değerlendirmiştir. Etiyolojide ilk sırada sosyal sorunlar sorumlu tutulmuştur. Şizofrenin sağaltımı konusunda halk yeterli bilgiye sahip ancak etiketleme korkusu nedeniyle sağaltım için, psikiyatrik yardım almaktan çekinmektedir. Halk, hastalarla yakınlık kurma konusunda isteksiz, belirli bir mesafeyi korumaktan yana olmak üzere reddedici tutumlara sahiptir. Sosyodemografik etmenler şizofreniye yönelik tutumlar üzerinde önemli bir etkiye sahip görünmemektedir (9).

Toplumun ruh hastalarına yönelik tutumlarının değişimi konusunda ilginç bir yaklaşım sergilenmiştir. Halka eğitim vermek yerine, hastalara dışarıda uyum sağlamalarına yardımcı olarak becerileri (telefon kullanmak, genel görünüşüne dikkat etmek, bütçe yapmak v.s) öğretmek onların baş etme becerilerini geliştirerek toplumdan olumlu tepki almaları sağlanmıştır (9).

Reed ve Fitzgerald'ın (2005) psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalara bakım veren hemşirelerin yaklaşım tarzlarını ele aldıklarında çalışmalarında, psikiyatri hastalarına karşı hemşirelerin geliştirdiği birkaç farklı davranış saptanmıştır. Bizim görevimiz değil yaklaşımı: bazı hemşireler psikiyatrik sağlık problemlerinin kendi bakım hizmetleri içerisine girmediğini belirtmektedir. Bu yaklaşımı savunan bazı hemşirelerin söyledikleri; "...çoğu zaman ajite ve agresif olabiliyorlar ve kendilerine yardım edilse bile yardım eden kişilere kötü davranabiliyorlar" ,"Hemşirenin görevi bakım vermektir. Hastayı zorla tutup isteği dışında zorla tedavi uygulamak değildir", "Psikiyatrik hastalar hemşirenin ve personelin en basit hijyen işlemlerine bile (yatak temizliği gibi) tepki verebiliyorlar. "Korku; Psikiyatrik hastalara bakım veren hemşirelerin bir kısmı da bu hastaların kendilerine zarar verebileceğinden dolayı hemşirelik hizmetlerini vermekte zorlanmaktadır. "Çoğu zaman bu hastalar vahşileşebiliyor ve hemşirelerde her insanın verebileceği tepki olarak kendini korumak istiyor" diye ifade eden hemşireler olmuştur. Birçok hasta odası diğer odalardan ve çalışanların odalarından izole olduğu için mental hastalara bakım veren hemşireler bu odalarda kişisel güvenlik sorunu yaşamaktadırlar. "Hastanın bir makasa ulaşır bakıma veren hemşireye zarar verebilme ihtimali hemşireyi bakıma vermekte isteksiz hale getiriyor" diyen hemşireler vardır. Psikiyatrik hastaya bakım veren hemşire ihtiyacı olduğunda gerekli yardıma ulaşamayacağını düşünüyorsa

bakım vermekte zorlanmaktadır. Personel ve hemşirelerin psikiyatrik hastalarla daha önce yaşadıkları olumsuz deneyimleri bakım vermelerini zorlaştırmaktadır. Bir hemşire; “Bir arkadaşım psikiyatrik hasta tarafından saldırıya uğradıktan sonra benim bu hastalara bakım vermem nasıl mümkün olabilir ki” demiştir (21).

Hirai ve Clum (2000) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’ni (Beliefs toward Mental Illness (BMI) ) geliştirerek ruhsal hastalığa yönelik bireysel ve toplumsal inançların önemini ve belirlenmesinin gerekliliğini vurgulamışlardır. Araştırmacılar ruh hastalığına yönelik inancın bireylerin sosyo-demografik verilerine göre değişkenlik gösterdiğini belirtmişlerdir (76).

İtalya’da, 30 merkezde tedavi edilen şizofreni hastalarının 709’a yakını üzerinde yapılan bir başka araştırmada, hasta yakınlarının hastalıkla baş etmede kendilerini yalnız hissetmekle beraber akıl hastanelerini uygun tedavi seçeneği olarak görmediklerini, bu hastaların oy kullanma haklarının olması gerektiğini düşündüklerini, ancak evlenmelerine ve çocuk sahibi olmalarına ise sıcak bakmadıkları belirlenmiştir (77).

Almanya’da 3000’i aşkın yetişkin üzerinde yapılan bir toplum taramasında, halkın %50’yi aşan oranlarda şizofreninin psikososyal stresten kaynaklandığını düşündüğü, bunu %50’ye yakın oranla biyolojik etkenlerin izlediği belirlenmiştir. Hastalığı dini faktörlere ya da doğa üstü güçlere bağlayanların oranı ise %5’tir. Cinsiyet, yaş ve eğitim düzeylerinin ise bu sonuçları etkilemediği saptanmıştır. Daha çok faydalı olan yöntemlerin, gevşeme, güvenilen bir kişiyle konuşma gibi yöntemler olduğu, tedavi seçenekleri arasında psikoterapiyi önerenlerin oranının %50’yi aştığı, psikofarmakolojinin ise %20 ile en alt sırada bulunduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, şizofrenide kendiliğinden iyileşmenin olmadığı, buna karşın optimum tedavi ile dörtte bire varan oranlarda tamamen ya da yarıya varan oranlarda en azından belli bir süreyle iyileşmenin olabileceği düşünüldüğü belirtilmiştir (78).

Vicente ve ark.’nın (1993) tarafından ruh sağlığına yönelik görüşleri değerlendirmek için yürütülen araştırmada, İtalyan profesyonellerin ruh sağlığına yönelik daha az geleneksel bir inanç ve tutum uyguladıkları belirlenmiştir (79). Avustralya’da kentsel ve kırsal kesimdeki 2000’i aşkın yetişkin üzerinde yapılan bir araştırmada, halkın %84’ü tanımlanan şizofreni olgusunun bir ruhsal rahatsızlığı, %27’si de şizofreniyi gösterdiğini belirtmiştir. Tedavide antipsikotiklerin yararı

olacağını düşünenlerin oranının %23, zararı olacağına inananların oranının ise, %34 olduğu bulunmuştur. İlaç dışı tedaviler arasında en çok önerilenler fiziksel sosyal aktivite artışı ve meditasyon gibi tıp dışı yöntemlerdir; psikoterapiyi yararlı bulanların oranı ise %55 iken, hastane yatışı ve elektrokonvülsif tedavisi büyük oranda zararlı bulunmaktadır. Hastalığın tedavisiz bırakıldığında daha da kötüleşeceği düşünülmekte, hastaların tedaviyle iyileşeceklerine inananlar ise %70'i bulmaktadır (80).

Crisp ve ark.'nın (2001) tarafından İngiltere'de genel popülasyonu temsil eden 1800'e yakın yetişkin üzerinde yapılan bir epidemiyolojik araştırmada, halkın %71'inin şizofreni hastalarını tehlikeli bulduğu, %51'inin hastalığın tedavisiz iyileşmeyeceğine ve %85'inin ise hastalığın tedaviye yanıt verdiğine inandığını ortaya koymuştur. Yaşla beraber hastaların tehlikeli olduğunu düşünenlerin azaldığı, ruhsal hastalığı olan bir kimseyi tanıyanlarda, tanımayanlara göre şizofreniye karşı olan tutum ve inançların değişmediği görülmüştür (81).

Cotton (2004) araştırmasında Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'ni (The Community Attitudes Toward Mental Illness (CAMI) 138 polise uygulamıştır. Bu ölçek Avustralya, İngiltere ve İrlanda'daki toplumlarda da kullanılmıştır. Polislerin akıl hastalığına yönelik daha az toleransa sahip olduğu ve bu hastalığa sahip olmak istemedikleri bu nedenle bilgilendirilmeye gereksinim duydukları belirtilmiştir (82).

Türkiye'de ve değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda tarihsel süreç içinde ele alındığında ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarda olumsuzdan olumluya doğru bir yönelimin olduğu görülmektedir. Ancak bu değişimin istendik düzeyde olmadığı özellikle daha az gelişmiş ülkelerde ve ülkemizde bu kapsamla ilgili olarak ele alınması gereken yolun uzun olduğu görünmektedir.

Ruh sağlığı sorunlarının, hangi toplumsal gelişmişlik ve kültürel düzeyde olursa olsun, her ülke için ciddi bir mesele olduğu kabul edilmektedir. Herhangi bir toplumda ruh sağlığı sorunlarına yüksek oranda çoğumuzun farkında olduğu bir durumdur. Çoğu zaman, ruh sağlığı sorunları ile karşılaşan bireyler, sorunların ilk aşamasının üstesinden kendileri gelmeye çalışırlar. Bu nedenle, halkın ruh sağlığı sorunları ile ilgili bilgi ve inançlar ve bunların sonucunda ortaya çıkan tutumlarının toplumun ruh sağlığı durumu üzerinde büyük bir etkisi olmaktadır.

## **2.5. Ülkemizde Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Yasalar**

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilen ve resmi gazetede yayımlandıktan sonra uygulamaya geçen Devlet Memurları Kanunu, Türk Ceza Kanunu ve Türk Medeni Kanunun bazı maddelerinde ruhsal bozukluğu olan bireylerin bireysel haklarında kısıtlama, bazı maddelerinde ise koruyucu yaklaşım söz konusudur. Bu yasaların ilgili maddeleri başlıklar halinde ele alınmıştır.

### **2.5.1. Devlet Memurları Kanunu**

Devlet memurları kanununun 105. maddesinde memura, aylık ve özlük hakları korunarak, verilecek raporda gösterilecek lüzum üzerine, kanser, verem ve akıl hastalığı gibi uzun süreli bir tedaviye ihtiyaç gösteren hastalığı halinde onsekiz aya kadar, diğer hastalık hallerinde ise oniki aya kadar izin verilir. Memurun, hastalığı sebebiyle yataklı tedavi kurumunda yatarak gördüğü tedavi süreleri, hastalık iznine ait sürenin hesabında dikkate alınır (83).

Bu maddede yazılı azamî süreler kadar izin verilen memurun, bu iznin sonunda işe başlayabilmesi için, iyileştiğine dair raporu (yurt dışındaki memurlar için mahallî usûle göre verilecek raporu) ibraz etmesi zorunludur. İzin süresinin sonunda, hastalığının devam ettiği resmi sağlık kurulu raporu ile tespit edilen memurun izni, birinci fıkrada belirtilen süreler kadar uzatılır, bu sürenin sonunda da iyileşemeyen memur hakkında emeklilik hükümleri uygulanır (83).

Bunlardan gerekli sağlık şartlarını yeniden kazandıkları resmî sağlık kurullarınca tespit edilen ve emeklilik hakkını elde etmemiş olanlar, yeniden memuriyete dönmek istemeleri hâlinde, niteliklerine uygun kadrolara öncelikle atanırlar. Görevi sırasında veya görevinden dolayı bir kazaya veya saldırıya uğrayan veya bir meslek hastalığına tutulan memur, iyileşinceye kadar izinli sayılır (83).

Hastalık raporlarının hangi hallerde, hangi hekimler veya sağlık kurulları tarafından verileceği ve süreleri ile bu konuya ilişkin diğer hususlar, Sağlık, Maliye ve Dışişleri Bakanlıkları ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nun görüşleri alınarak Devlet Personel Başkanlığı'na hazırlanacak bir yönetmelikle belirlenir (83).

Ayrıca, memurun bakmakla yükümlü olduğu veya memur refakat etmediği takdirde hayatı tehlikeye girecek ana, baba, eş ve çocukları ile kardeşlerinden birinin ağır bir kaza geçirmesi veya tedavisi uzun süren bir hastalığının bulunması hâllerinde,

bu hâllerin sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi şartıyla, aylık ve özlük hakları korunarak, üç aya kadar izin verilir. Gerekliğinde bu süre bir katına kadar uzatılır (83).

### **2.5.2. Türk Medeni Kanunu**

Türk medeni kanununun 89. maddesinde sezgin (mümeyyiz) olanların evlenmeye yetenekli olduğu, akıl hastalarının hiç bir zaman evlenemeyeceği belirtilmiş; 133. maddesinde de akıl hastalarının, evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemeyecekleri belirtilmiştir (84).

Türk medeni kanununun 355.maddesinde akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle işlerini görme gücünden yoksun olan veya sürekli olarak yardım ve özen gereksinimi olan ya da başkasının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin için vasi (koruman) atanması gerektiği belirtilmiştir (84).

### **2.5.3. Türk Ceza Kanunu**

Ülkemizde 26.09.2004 tarihinde kabul edilen 5237 no'lu Türk ceza kanunu yürürlüğe geçen son kanun maddelerini içermektedir. Bu maddelerden bazıları ruhsal bozukluğu olan bireyin toplumdaki diğer bireyler tarafından dışlanmasını desteklerken, bazıları bir vatandaş olarak hakkını bireye teslim etmektedir. Aşağıda bu maddeler verilmiştir (85).

Türk ceza kanununun 32. maddesinde akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilemeyeceği ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunması gerektiği belirtilmiştir (85).

Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verileceği. Diğer hâllerde ise verilecek cezanın, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebileceği. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabileceği belirtilmiştir (85).

Türk ceza kanununun 175. maddesinde ise akıl hastası üzerindeki bakım ve gözetim yükümlülüğünü, başkalarının hayatı, sağlığı veya mal varlığı bakımından tehlikeli

olabilecek şekilde ihmal eden kişinin, altı aya kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılacağı belirtilmiştir (85).

Türk ceza kanununun 194 maddesinde sağlık için tehlike oluşturabilecek maddeleri çocuklara, akıl hastalarına veya uçucu madde kullananlara veren veya tüketimine sunan kişi veya kişilerin, altı aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı belirtilmiştir (85).

Türk ceza kanununun 57 maddesinde ise akıl hastalarına yönelik güvenlik tedbirleri ele alınmıştır. Bunlar:

1.Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenliqli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar.

2.Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığına veya önemli ölçüde azaldığına belirtilmesi üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.

3.Sağlık kurulu raporunda, akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre, güvenlik bakımından kişinin tıbbi kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyor ise, bunun süre ve aralıkları belirtilir.

4.Tıbbi kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanır.

5.Tıbbi kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu durumda, bir ve devamı fıkralarda belirlenen işlemler tekrarlanır.

6.İşlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenliqli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkûm olduğu hapis cezası, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, mahkeme kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.



7.Suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verilir. Bu kişilerin tedavisi, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam eder. Bu kişiler, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine mahkeme veya hakim kararıyla serbest bırakılabilir (85).

## **2.6. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Bakımında Psikiyatri Hemşiresinin Roller ve Sorumlulukları**

Sağlıklı/hasta olan bireylere götürülen sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Hemşirelik, bireyin ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesi ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (86).

Sağlık çalışanları olarak hemşireliğin temel amacı sağlığın sürdürülmesi ve hastalık halinde gerekli bakımın verilmesidir. Bireyin ruh sağlığının korunması, toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamındadır (34).

Toplum ruh sağlığı hizmetleri, toplum sağlığı ilkeleri doğrultusunda; Ruh sağlığının yükseltilmesi ve korunması (birincil önleme), ruhsal sorun ve hastalıkların erken tanısı ve erken müdahalesi (ikincil önleme), rehabilitasyonu (üçüncül önleme) işlevlerini kapsar (34,86,87).

Günümüzde bilimsel ve sosyo-kültürel gelişmeler; hastalıklardan korunmada toplumun inanç sistemlerinin iyileştirilmesiyle hastalıklara yönelik erken tanı yöntemlerinin gelişmesinin, sağlığı dar kapsamından çıkararak geniş sınırlar içinde tanımlanmasının gereğini doğurmuştur. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin ana felsefesi, ruh sağlığının korunması ve bakımının tüm insanların en doğal hakkı olduğu ve bu nedenle ruh sağlığı hizmetlerinin topluma kolayca ulaşılacak yapıda olmasıdır. Bu felsefe bütüncül yaklaşımın sağlanması esasına dayanır. Ancak öncelikle hizmet götürülecek toplumun özelliklerinin iyi bilinmesi gerekir. Birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarında toplumun yapısı, eğitim düzeyleri, inançları, değer yargıları gibi kültürel yapısının incelenmesi önemlidir (43). Hemşireler; toplumun, ailenin, bireyin

sosyokültürel özelliklerini tanımlarken, sağlık ekibinin de sosyokültürel yapısını bilmelidir (86,87).

Toplum ruh sağlığı hemşireleri, birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarında görev alarak, sağlık sisteminin ülke gereksinimleri doğrultusunda etkili olmasında önemli rol oynarlar. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde, psikiyatri hemşiresinin temel girişimlerini içeren “Ruh Sağlığının Yükseltilmesi ve Sürdürülmesi Standardı” da bu amacı gerçekleştirmede kılavuz rolü görür (34,86,87).

Türkiye’de toplum ruh sağlığı düzeyinin yükseltilmesine ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasına katkıda bulunabilmek için, bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından toplumdaki bireylere ulaşmak, inançlarını saptamak ve bu konulardaki inançların eğitimle olumlu bir şekilde iyileştirilmesine yönelik araştırmalar yapmak gerekmektedir (87).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi değerlendirme, eşgüdüm, hasta haklarını gözetme, savunma, sevk etme, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, krize müdahale, fiziksel değerlendirme, ilaç uygulamalarının izlenmesi becerileri ve yeteneklerini kazanmış olmalıdır. Toplum ruh sağlığı hemşiresi, bu beceri ve yeteneklerini maddi ve sosyal yardım sağlama (barınma, beslenme sorunlarına yardım), sorunlarla baş etmeye yardım etme (iş bulma, uğraş, kişilerarası ilişkileri ve ev yaşantısını sürdürmeye yardım), psikolojik işlevin yerine getirilmesine yardım etme (hastalıklara özgü davranışları kontrol etmeye yardım), sosyal destek sağlama (akraba ve arkadaşlarıyla ilişkilerini güçlendirmeye yardım), güdülenmeyi destekleme (bireysel ve sosyal rolleri yeniden kazanma ve sürdürmeye destek), sağlığın korunması ve iyilik halinin sürdürülmesi (beslenme, hijyen ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç alımlarının takibi) hedeflerine ulaşmak için kullanır (88).

Sonuç olarak; bir ülkede ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini sağlayabilmek için, ülke bireylerin ruh sağlığı yönünden korunması riskli grupların belirlenmesi, erken tanı ve tedavisinin sağlanması; bunların dolaylı sonucu olarak, sağlıkta yaşam kalitesinin artırılabilmesi için eğitim ve danışmanlık adımlarından oluşan rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması gerekmektedir (87).

### **2.6.1. İnançların ve Tutumların Değişmesinde Psikiyatri Hemşirelerinin Rollerini**

Hemşire, bir meslek kültürüne sahip olmakla beraber yaşadığı toplumun bir üyesidir. Ruhsal hastalıklara yönelik mitler; hastaların, ailelerinin ve geleceklerinin zararlı ve olumsuz olduğudur. Diğer sağlık çalışanları gibi hemşireler de hastanın semptomlarına, teşhisine ve prognozuna yönelik mitlerden etkilenirler. Dolayısıyla hemşirenin içinde yaşadığı toplumun ruh hastalıkları hakkındaki tutum ve inançları, hemşirenin mesleki işlevleri üzerinde etkisini göstermektedir (87).

Bu bakımdan, hemşirenin kendi rolü üzerindeki düşünceleri ve kendi kendisinden bu meslekteki beklentileri de, toplumun ruh hastalığına sebep olarak ileri sürdüğü inançlarla şekillenmekte ve bunların etkisinde kalmaktadır (87,88).

Özellikle hastalarla yakından ve uzun süreli ilişki içinde olan hemşirelerin tutumları bu hastalar üzerinde doğrudan etkili olduğundan tutumu hastaların iyileşme sürecini etkileyebilmektedir. Hastaların özellikle etiketlenme ve damgalanma korkusu ile psikiyatrik tedaviden kaçındıkları bilinmektedir. Öte yandan hastaların tedavi için başvurdukları sağlık kurumunda ki sağlık çalışanlarının hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımlarının hastaların tedavi için başvurmalarını engelleyebilmektedir. Toplumda yaşayan bireylerin, ruhsal hastalığa yönelik geliştirdiği olumsuz inançlar, hastalıkla etkin baş etmeleri, tedavi ve bakımı sürdürmeleri ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilenmektedir. İnançlar davranışları ve yaklaşımları etkilediği için ruhsal hastalığa karşı olumsuz inanca sahip hemşireler, ruhsal sorunlu bireylerin bakımını üstlenmek istemeyebilir ya da hizmette güçlük çekebilirler. Bununla birlikte hemşireler, sağlık ve hastalıkla ilgili hem kendi inançları, hem de hizmet sunduğu toplumun inançlarının farkında olmalıdır. Çünkü hemşirelerden toplumun sağlık ve hastalığa karşı olumlu inanç geliştirmelerinde rol modeli olması beklenir (88).

Psikiyatri hemşireliğinin amacı, hastada iyi olma isteğini oluşturacak bir motivasyon yaratmak, ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalık halinde tedavi edilmesi, bakım ve rehabilitasyona yönelik hemşirelik uygulamalarında rol almaktır. Psikiyatri hemşireleri, davranış tiplerinin derinine inen ve bireyi bir bütün olarak ele alan geniş bir vizyona sahip olmaları gerekir. Bu bilgilere sahip olan psikiyatri hemşireleri hastaların sağlık bakım gereksinimlerini karşılamada daha gerçekçi bir yaklaşımla hastalara bu hizmetlerin götürülmesinde diğer sağlık çalışanlarını destekleyebilir (89).

Diğer önemli rolleri ise genel sağlık bakımı içerisinde psikiyatri hizmetlerinin yayılmasında işbirliğinin sağlanmasıdır. Psikiyatrik rehabilitasyonun bir parçası da ruhsal sorunlu insanlara yönelik ayrımcılığı azaltma ve sosyal önyargılar konusunda dikkatli olmalıdır. Sağlık bakım çalışanları bu eğitim sürecine dahil edilmelidirler. Hemşirelerin etiklendirmeyi önleme konusunda pek çok rolü vardır. Eğitim ve etiklendirme konusundaki nedenlerinin araştırılıp ortaya çıkartılması ise bu rollerin en önemlilerini oluşturur. Bu bağlamda eğitim sadece ruh sağlığı alanında çalışanlarla sınırlı kalmamalıdır. Hemşireler ulaşabildikleri her alanda halkı sürekli eğitmelidir. Ruhsal sorunlu bireylere yönelik etiketleme ve ayrımcılık ruhsal sorunlu bireylerin kalacak yer, arkadaşlık ve çalıştıkları işteki başarılarını etkileyen ana etmendir (87-89).

Ruhsal bozukluğun iyileşmesi ve rehabilitasyon çabasının başarısı da negatif tutumlar ve önyargılar tarafından engellenebilir. Bütün bunların yapılması ruhsal sorunlu bireylerin tedavisinde ana engel olarak yer alan etiklendirmeyi ortadan kaldırmaya yardımcı olacaktır (87-89).

Ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini sağlayabilmek için bireylerin ruh sağlığı yönünden korunması, riskli grupların epidemiyolojik çalışmalarla belirlenmesi, erken tanı ve tedavinin sağlanması; bunların dolaylı olarak, sağlıkta yaşa kalitesinin artırılabilmesi için eğitim ve danışmanlık adımlarından oluşan rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması gerekir. Öğrencilerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumak amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak bu nedenle rehberlik merkezleri ile işbirliği sağlanabilir (87-89).

Türkiye’de toplum ruh sağlığı düzeyinin yükseltilmesine ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasına katkıda bulunabilmek için, bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından toplumdaki bireylere ulaşmak, inançlarını saptamak ve bu konulardaki inançların eğitimle olumlu bir şekilde iyileştirilmesine yönelik araştırmalar yapmak gerekmektedir. Psikiyatri hemşireleri ruh sağlığı yasasının ve politikaların oluşmasında etkin bir rol alabilir. Böylece toplumun ruh hastalığına inanç ve tutumlarını olumlu yönde değiştirmede aktif rol alarak hem topluma hem de mesleğine olumlu bir katkı sağlayabilir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma öğretim elemanlarının ruhsal hasta ve hastalıklarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Mersin Üniversitesi'nde dört yıllık fakülte ve yüksekokullarda görev yapan öğretim elemanları ile yapılmıştır. Mersin Üniversitesinde görev yapan öğretim elemanı toplam 435 dir. Toplamda 15 fakülte ve yüksekokul bulunmaktadır. 15 fakülteden kurum izni ve etik kurul izni alınmış olmasına rağmen, etik kuruldan gelen ikinci bir yazı ile sağlık alanında yer alan fakültelerin (tıp, eczacılık ve sağlık yüksekokulu) teze dahil edilmemesi gerektiği bildirildiği için 3 fakülte çalışmaya dahil edilmemiş ve toplam 12 fakültede çalışan öğretim elemanları çalışmaya dahil edilmiştir.

**Çizelge3.1.** Araştırmanın Yapıldığı Mersin Üniversitesi'ne Bağlı Fakülte ve Yüksekokullar

1	Mersin Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi
2	Mersin Üniversitesi Mühendislik Fakültesi
3	Mersin Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi
4	Mersin Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi
5	Mersin Üniversitesi Su ürünleri Fakültesi
6	Mersin Üniversitesi Mimarlık Fakültesi
7	Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi
8	Mersin Üniversitesi İletişim Fakültesi
9	Mersin Üniversitesi Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Yüksekokulu
10	Mersin Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu
11	Mersin Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu
12	Mersin Üniversitesi Devlet Konservatuvarı

### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, 2010-2011 Eğitim-Öğretim döneminde dört yıllık eğitim veren fakülte ve yüksekokullarda görev yapan 50 profesör, 50 doçent, 186 yardımcı doçent, 53 öğretim görevlisi, 79 okutman, 17 uzmandan oluşturmaktadır. Mersin Üniversitesi'nde görev yapan toplam öğretim elemanı sayısı 435'dir.

### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini, 01.12.2010–31.05.2011 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi'nde görev yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden 284 öğretim elemanı oluşturmaktadır. Verilerin toplandığı tarihlerde izinli olma (10), çalışmaya katılmayı kabul etmeme (132) ve veri toplama formunun eksik doldurulması (9) gibi nedenlerle Mersin Üniversitesinde görev yapan öğretim elemanlarının tümüne ulaşılamamıştır.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması**

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından ilgili literatür temel alınarak hazırlanan öğretim görevlilerine yönelik "Kişisel Bilgi Formu" (8,11,16,17,23,24,27) ve Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği (Opinions About Mental Illness Scale-OMI) ile toplanmıştır (8,17,23).

#### **3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formu toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Formdaki 7 soru sosyodemografik özellikleri, geriye kalan 14 soru ise ruh hastası ve hastalıklarına ilişkin görüş ve davranışları ortaya çıkarmak amacıyla hazırlanmıştır (Ek 1).

#### **3.5.1.2. Ruh Hastaları Ve Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği**

Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği (RHİG) Cohan ve Struening tarafından 1963 yılında geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Çiğdem Arıkan tarafından 1986'da yapılmıştır. RHİG ölçeği; ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin görüş ve tutumları beş boyutta ölçmektedir. Bunlar; (Ek 2)

**Faktör A-Otoriterlik (Authoritarianizm) Boyutu:** Bu boyut, ruhsal hastaların normal insanlardan farklı, onlardan aşağı olduğu görüşünü yansıtır. 1. , 6. , 9. , 11. , 16. , 19. , 21. , 39. , 43. , 46. , 48. maddelerden oluşur.

**Faktör B-Koruyuculuk-Kollayıcılık (Benevolence) Boyutu:** Bu boyut, ruhsal hastalara karşı gösterilen koruyucu ve insancıl yaklaşımın derecesini gösterir. Bu faktör “şansız ve güçsüz görünen” ruh hastalarına karşı dinsel ve insancıl bir ideolojiye dayalı bir bakış açısını/tutumunu yansıtmaktadır. 2. , 12. , 17. , 18. , 22. , 26. , 27. , 32. , 34. , 36. , 37. , 40. , 47. , 49. maddelerden oluşur.

**Faktör C-Ruh Sağlığı ideolojisi (Mental Hygiene Ideology) Boyutu:** Hasta ailelerinin ve ruh sağlığı profesyonellerinin felsefesini yansıtmaktadır. Buna göre, ruhsal bozuklukların başka hastalıklardan farkı yoktur. Buna göre ruh hastalığında diğer hastalıklar gibidir. Dolayısıyla bu çok farklı hastalık kategorisi gibi görülmektedir. 3. , 13. , 23. , 28. , 31. , 33. , 38. , 44. ,50. maddelerden oluşur.

**Faktör D-Sosyal Kısıtlayıcılık (Social Restrictiveness) Boyutu:** Bu faktör gerek hastanede yatarken, gerekse sonrasında toplumu özellikle de aileyi korumak için ruh hastalarının kısıtlanması gerektiği görüşünü yansıtmaktadır. Bu görüş ile ruh hastalarının bir tehlike olduğu ileri sürülmektedir. 4. , 7. , 8. , 14. , 24. , 29. , 41. ,45. , 51. maddelerden oluşur.

**Faktör E-Bireylerarası Etiyoloji (Interpersonal Etiology) Boyutu:** Tutumun bilişsel yönü üzerine odaklanmıştır. Bu boyut, ruhsal hastalıkların özellikle çocukluk çağındaki bozuk anne, baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak sevgi ve ilgisizlikten ortaya çıktığı inancını yansıtır. Dolayısıyla ruh hastalığının oluşumunda yalnızca birey değil çevresi de pay sahibidir. 5. , 10. , 15. , 20. , 25., 30. , 35. maddelerden oluşur.

Ölçekteki bu faktörlerin her biri belirli bir grup madde ile tanımlanmıştır. Bu maddelere verilen cevaplar:

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

1'den 6'ya kadar verilen tüm cevaplar maddenin pozitif veya negatif yüklü olmasından bağımsız olarak puanlanır. Faktör puanları formülle hesaplanır. Bu faktörlerin formülleri şöyledir:

<u>Faktör</u>	<u>Formül</u>
A	= 67- $\Sigma$ (1.6.9.11.16.19.21.39.43.46.48)
B	= 31+ $\Sigma$ (26.32.34.36.37.40.49)- $\Sigma$ (2.12.17.18.22.27.47)
C	= 48+(31) – $\Sigma$ (3.13.23.28.33.38.44.50)
D	= 47+ $\Sigma$ (8.41) – $\Sigma$ (4.7.14.24.29.42.45.51)
E	= 43- $\Sigma$ (5.10.15.20.25.30.35)

Ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin görüşler ölçeği, likert tipi 51 maddeyi içermekte, her bir maddenin puanı kesinlikle katılıyorum (1 puan) ve kesinlikle katılmıyorum (6 puan) arasında değişmekte ve puanlar yükseldikçe ruhsal hasta/hastalıklara ilişkin görüş ve tutumlar olumsuzlaşma eğilimi göstermektedir. OMI ölçeği, özellikle farklı grupların ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin tutumları başarıyla ölçmektedir. Likert tipi ölçeklerde olduğu gibi, OMI ölçeğinde de altı tutum için düzenleme söz konusu olduğundan daha duyarlı bir analiz yapılabilmektedir (8,17,23).

### **3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması**

Veri toplama formlarından, “Kişisel Bilgi Formu”nun kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, 10 öğretim elemanına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, soruların açık ve anlaşılır olduğu anlaşılmıştır ve formda değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama yapılan öğretim elemanları araştırmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

### **3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler araştırmanın uygulanacağı kurumdan resmi izin ve etik kurul izni alındıktan sonra, öğretim elemanlarına araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanıp, sözlü onamları alınarak yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama formlarının uygulanma süresi yaklaşık olarak 10-20 dakika, ortalama 15 dakika sürmüştür.



#### **3.5.4. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirmesi**

Çalışmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak bilgisayar ortamında verilerin dağılımına göre parametrik ve nonparametrik istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçek puanlarının alt gruplarda normal dağılıma uygunluk kontrolleri Shapiro Wilks testi ile test edilmiş olup puanların normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir. Puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Kategorik yapıdaki anket sorularına ait tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzdeler verilmiştir. İki alt grupta ölçek puan ortalamaları arasında fark olup olmadığının kontrolünde Student t testi kullanılmıştır. İki'den fazla alt gruplarda ölçek puan ortalamaları arasında fark olup olmadığının kontrolünde Varyans Analiz testi kullanılmıştır. Grupların ikişerli karşılaştırılmasında ise Tukey testi kullanılmıştır. Kategorik yapıdaki anket sonuçları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ki-kare analizi kullanılmıştır. İki oran arasında fark olup olmadığının incelenmesinde Z testi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for The Social Sciences Windows SPSS 11,5 ve MedCalc®v11.0.1 paket programı kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  alınmıştır.

#### **3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma Mersin Üniversitesinde dört yıllık eğitim veren fakülte ve yüksekokullarda görev yapan öğretim elemanları ile sınırlıdır. Araştırmaya araştırma görevlileri alınmamıştır. Araştırma yüksek lisans tez süresi boyunca ulaşılan bilgi ve bulgularla sınırlıdır.

Çizelge 3.2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	2010							2011											
	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	
Literatür tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ön anket hazırlama				X	X														
Ön deneme						X													
Anket uygulama							X	X	X	X	X	X							
Veri girişi															X				
Analiz																X			
Rapor yazma														X	X	X	X	X	X

#### 4. BULGULAR

Öğretim Elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla araştırmamızın bulguları aşağıdaki gibidir. Bu bölümde araştırma kapsamına alınan öğretim elemanlarının sosyo-demografik özellikleri ve ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşleri yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Öğretim Elemanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b><u>Yaş Grubu</u></b>		
20-35	59	20.9
35-50	195	68.7
50 ve üzeri	30	10.6
<b><u>Cinsiyet</u></b>		
Kadın	123	43.3
Erkek	161	56.7
<b><u>Doğum Yeri</u></b>		
Köy	39	13.7
İlçe	33	11.6
Şehir Merkezi	195	68.7
Yurt Dışı	17	6.0
<b><u>En Uzun Süre Yaşanılan Yer</u></b>		
İlçe	9	3.2
Köy	2	0.7
Şehir Merkezi	266	93.7
Yurt Dışı	6	2.1
<b><u>Çalışma Süresi</u></b>		
0-10 Yıl	60	21.3
10-20 Yıl	153	54.3
20-30 Yıl	54	19.1
30-40 Yıl	15	5.3
<b>Toplam</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

Çizelge 4.1.'de çalışmaya katılan öğretim elemanlarının sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %68,7'sinin 35-50 yaş grubunda, yaş ortalamalarının ise 42 olduğu saptanmıştır. Öğretim elemanlarının %56,7'sinin erkek, %67,7'sinin şehirde doğduğu, %93,7'inin ise en uzun süre yaşadıkları yerin şehir olduğu ve % 54,3 ünün 10-20 yıl arasında çalışma süresi olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 4.2.** Öğretim Elemanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	(n)	Otoriterlik Boyutu Ort±Ss	Koruyuculuk Boyutu Ort±Ss	Ruh sağlığı İdeolojisi Boyutu Ort±Ss	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu Ort±Ss	Bireylerarası Etiyoloji Boyutu Ort±Ss
<b><u>Yaş Durumu</u></b>						
20-35	(59)	25,68±7,60	46,19±6,52	32,88±5,13	22,17±7,15	19,20±5,67
35-50	(195)	24,71±7,09	46,16±8,20	32,76±5,02	2,83±6,34	18,46±5,09
50 ve üzeri	(30)	26,17±6,73	47,10±6,22	33,20±3,59	23,77±7,30	17,60±4,98
		p=0,447	p=0,820	p=0,895	p=0,329	p=0,373
<b><u>Cinsiyet</u></b>						
Kadın	(123)	24,30±6,88	46,43±7,35	32,76±4,81	22,50±6,70	17,80±5,34
Erkek	(161)	25,65±7,33	46,14±7,93	32,8 ±4,99	21,80±6,57	19,08±5,04
		p=0,115	p=0,749	p=0,831	p=0,376	<b>p=0,039</b>
<b><u>Doğum Yeri</u></b>						
Köy	(39)	27,13 ±7,63	45,59±8,51	33,31±5,56	22,70±6,01	19,36±5,43
İlçe	(33)	25,79±7,18	45,91±6,93	32,39 ±4,15	23,39±6,3	17,88±5,18
Şehir	(195)	24,41±7,17	46,61±7,63	32,75±4,89	21,57±6,75	18,41±5,27
Yurtdışı	(17)	26,53 ±4,68	44,53 ±7,70	33,41 ±5,16	24,41±6,55	19,18±3,96
		p=0,114	p= 0,653	p= 0,823	p=0,180	p=0,602
<b><u>Çalışma Süresi</u></b>						
0-10 Yıl	(60)	25,32±7,78	46,75±6,51	32,83±4,60	21,52±6,82	19,18±5,48
10-20 Yıl	(153)	24,80±6,77	46,73±7,18	33,16±4,98	21,81±6,46	18,35±5,28
20-30 Yıl	(54)	24,28±7,93	44,30±10,1	31,80±5,18	22,31±6,95	18,04±5,11
30-40 Yıl	(15)	29,40±4,45	46,60±6,97	32,60±4,24	26,47±5,58	19,20±3,76
		p= 0,093	p=0,225	p=0,379	p= 0,062	p=0,604
<b><u>Bağlı Bulunulan</u></b>						
<b><u>Fakülte</u></b>						
Eğitim Fak.	(31)	26,81±6,57	46,77±6,47	32,97± 5,22	21,74±6,02	18,84±3,78
Fen-Edebiyat	(80)	24,16±7,53	45,00±9,61	32,55 ± 5,01	21,68±6,83	19,05±4,81
Mühendislik	(32)	25,50±6,62	47,03±5,11	33,19±5,3	22,56±6,02	18,56±5,84
Yabancı Dil.	(31)	25,03±6,13	46,26±6,93	32,74±4,92	22,77±4,74	16,71±5,65
İktisadi İ. B.	(27)	23,11±5,73	46,52±6,48	32,89±3,58	21,22±5,64	17,70±5,01
Konservatuar	(19)	26,89±5,99	47,94±8,78	33,84±5,34	23,58±6,87	19,63±4,90
Su Ürünleri	(15)	30,40±6,60	47,20±6,69	33,80±4,16	25,33±6,51	21,47±4,31
Güzel Sanat.	(12)	24,25±9,26	47,25±5,48	32,75±5,72	21,00±9,29	18,75±5,26
Turizm	(13)	26,69±5,12	42,46±5,97	29,23±5,69	23,54±6,01	18,08±4,25
Beden Eğit.	(9)	27,33±10,16	48,78±9,11	34,11±2,37	24,56±10,68	18,67±8,53
İletişim	(9)	19,22±8,23	49,11±6,70	33,67±3,54	16,67±6,61	16,89±6,88
Mimarlık	(6)	19,17±5,08	45,83± 8,84	33,17±5,85	18,67 ±6,92	14,67 ±5,40
		<b>p=0,004</b>	p= 0,589	p=0,556	p=0,148	p=0,164

Ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeği puan ortalamaları ile öğretim elemanlarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; öğretim elemanlarının yaş grupları arasında otoriterlik, koruyuculuk-

kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Öğretim elemanlarının cinsiyetleri ile otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı, ancak öğretim elemanlarının cinsiyetleri ile bireylerarası etiyoloji boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,039$ ). Erkek öğretim elemanlarının kadın öğretim elemanlarına göre, ruhsal hastalıkların özellikle çocukluk çağındaki bozuk anne, baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak sevgi ve ilgisizlikten ortaya çıktığını, dolayısıyla ruh hastalığının oluşumunda yalnızca birey değil çevresi de pay sahibidir görüşünde oldukları belirlenmiştir.

Öğretim elemanlarının doğum yeri ile otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Öğretim elemanlarının çalışma süreleri ile otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Öğretim elemanlarının bağlı buldukları fakülte ile koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ancak öğretim elemanlarının bağlı buldukları fakülte ile otoriterlik boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,004$ ). Otoriterlik boyutu ruh hastalarının normal insandan farklı ve ondan aşağı olduğu görüşünü yansıtmaktadır.

**Çizelge 4.3.** Öğretim Elemanlarının Akademik Ünvanlarına Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	(n)	Otoriterlik Boyutu Ort±Ss	Koruyuculuk Boyutu Ort±Ss	Ruh sağlığı İdeolojisi Boyutu Ort±Ss	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu Ort±Ss	Bireylerarası Etiyoloji Boyutu Ort±Ss
<b>Akademik Ünvanlar</b>						
Prof. Doktor	(20)	25,40±6,12	44,50±5,84	33,20±3,53	23,75±5,75	18,55±3,94
Doç. Doktor	(50)	25,60±7,71	42,86±11,01	31,52±5,68	23,14±6,56	18,32±5,33
Yrd. Doç. Dr.	(100)	24,48±7,32	46,69±6,66	32,77±4,98	21,49±6,93	18,75±5,02
Öğr. Gör.	(56)	25,66±7,14	48,18±6,13	33,48±4,94	22,25±7,40	19,48±5,72
Okutman	(51)	25,24±6,46	46,84±7,02	33,12±4,43	22,12±5,48	17,27±5,04
Uzman	(7)	22,71±9,63	50,00±5,03	34,58±3,26	17,57±4,47	18,14±6,67
		p= 0,829	<b>p=0,005</b>	p= 0,333	p=0,250	p=0,401

Çizelge 4.3.'de çalışmaya katılan öğretim elemanlarının akademik ünvanları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan otoriterlik, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireyler arası etiyoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p=0,005).

Öğretim elemanlarının akademik ünvanları ile koruyuculuk-kollayıcılık boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Akademik ünvanı doçent ve yardımcı doçent (p=0,040) ile doçent ve uzman (p=0,004) olan öğretim elemanları “şansız ve güçsüz görünen” ruh hastalarına karşı dinsel ve insancıl bir ideolojiye dayalı bir bakış açısını/tutumu yansıtan görüşte oldukları belirlenmiştir.

**Çizelge 4.4.** Öğretim Elemanlarının Tanıdığı Kişiler Arasında Ruhsal Hastalığı Olan ve Olmayanlara Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	(n)	Otoriterlik Boyutu Ort±Ss	Koruyuculuk Boyutu Ort±Ss	Ruh sağlığı İdeolojisi Boyutu Ort±Ss	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu Ort±Ss	Bireylerarası Etiyoloji Boyutu Ort±Ss
<b>Tanıdık Kişiler Arasında Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>						
Evet	(152)	24,64±7,43	47,60±6,82	33,62±4,90	21,89±6,98	18,14± 5,46
Hayır	(132)	25,56±6,82	44,73±8,31	31,92±4,76	22,36±6,21	18,96±4,88
		p=0,287	<b>p=0,002</b>	<b>p= 0,003</b>	p=0,542	p=0,187

Çizelge 4.4.'de tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan ve olmayan öğretim elemanları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyojoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan ve olmayan öğretim elemanları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,002, p=0,003). Tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan öğretim elemanları “şansız ve güçsüz görünen” ruh hastalarına karşı dinsel ve insancıl bir ideolojiye dayalı bir bakış açısını/tutumu yansıtan görüştedirler. Ayrıca tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan öğretim elemanları ruh hastalığı da diğer hastalıklar gibidir görüşünde olup, çok farklı bir hastalık kategorisi gibi görmemektedirler.

**Çizelge 4.5.** Öğretim Elemanlarının Ailesinde Herhangi Bir Hastalık Bulunup, Bulunmamasına Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	(n)	Otoriterlik Boyutu Ort±Ss	Koruyuculuk Boyutu Ort±Ss	Ruh sağlığı İdeolojisi Boyutu Ort±Ss	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu Ort±Ss	Bireylerarası Etiyojoloji Boyutu Ort±Ss
<b><u>Ailesinde Herhangi Bir Hastalık Öyküsü</u></b>						
<b>Evet</b>	(68)	24,32±7,38	47,28±6,64	32,76±4,72	22,35±7,20	17,44±5,62
<b>Hayır</b>	(216)	25,30±7,09	45,94±7,95	32,85± 4,97	22,03±6,45	18,87 ±5,03
		p= 0,327	p=0,211	p=0,904	p= 0,725	p=0,049

Çizelge 4.5.'de çalışmaya katılan öğretim elemanlarının ailesinde herhangi bir hastalığı olan ve olmayanlar ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireyler arası etiyojoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

**Çizelge 4.6.** Öğretim Elemanlarının Psikoloji veya Psikiyatri ile İlgili Kitap Okuma Durumlarına Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	(n)	Otoriterlik Boyutu Ort±Ss	Koruyuculuk Boyutu Ort±Ss	Ruh sağlığı İdeolojisi Boyutu Ort±Ss	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu Ort±Ss	Bireylerarası Etiyoloji Boyutu Ort±Ss
<b>Psikoloji veya Psikiyatriye</b>						
<b>İlgi Duyup Kitap Okuma Durumu</b>						
Evet	(204)	24,64±7,33	46,59±7,96	33,09±4,94	21,53±6,36	18,56±5,13
Hayır	(80)	26,16±6,60	45,44±6,85	32,15±4,77	23,56±7,08	18,44±5,41
		p= 0,106	p=0,256	p=0,145	<b>p= 0,020</b>	p=0,860

Çizelge 4.6.'da çalışmaya katılan öğretim elemanlarının psikoloji veya psikiyatriyle ilgili kitap okuma ve okumama durumları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, bireylerarası etiyoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Öğretim elemanlarının psikolojiye veya psikiyatriye ilgi duyup kitap okuma ve okumama durumu ile sosyal kısıtlayıcılık boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,020). Psikoloji veya psikiyatriye ilgi duyup kitap okumayan öğretim elemanlarının gerek hastanede yatarken, gerekse sonrasında toplumu özellikle de aileyi korumak için ruh hastalarının kısıtlanması gerektiği görüşünü yansıtmaktadırlar. Bu görüş ile ruh hastalarının bir tehlike olduğu görüşünü belirtmektedirler.

**Çizelge 4.7.** Öğretim Elemanlarının Ruhsal Bir Sıkıntı İçinde Olduklarında Psikiyatriste ya da Psikologa Gitme Durumlarına Göre Ruhsal Hastalık ve Hastalara İlişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	(n)	Otoriterlik Boyutu Ort±Ss	Koruyuculuk Boyutu Ort±Ss	Ruh sağlığı İdeolojisi Boyutu Ort±Ss	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu Ort±Ss	Bireylerarası Etiyoloji Boyutu Ort±Ss
<b>Psikiyatriste ya da Psikologa</b>						
<b>Gitme Durumu</b>						
Evet	(254)	24,82±6,77	46,42±7,53	32,78±4,89	21,92±6,44	18,72±5,05
Hayır	(30)	27,13±9,76	44,97±8,82	33,27±5,12	23,70±7,94	16,83±6,16
		p= 0,094	p=0,328	p=0,605	p= 0,164	p=0,060



Çizelge 4.7’de öğretim elemanlarının ruhsal bir sıkıntı içinde olmaları durumunda psikiyatriste ya da psikologa gitme ve gitmeme durumları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>0,005$ ).

**Çizelge 4. 8.** Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastaları Tanımlama Durumu

<b>Ruhsal Hastaları Tanımlama</b>	<b>Sayı (n)*</b>	<b>%</b>
Çevreye uyum sağlamakta zorluk çeken kişidir.	102	35,9
Düşünce bozukluğu olan kişidir.	164	57,7
Var olmayan şeyleri gören, sesleri duyan kişidir.	187	65,8
Kendisi ile ilgili çatışmaları olan kişidir.	111	39,1
Tedavisi mümkün olmayan yaşam boyu süren bir hastalığa sahip normal davranışlar göstermeyen kişidir.	121	42,6
Kendisine ve çevresine zarar veren davranışlar sergileyen kişidir.	203	71,5

n\*=Yanıtlara birden fazla şık işaretlenmiştir.

Çizelge 4.8.’de öğretim elemanlarına ruhsal hastaların tanımı sorulduğunda, öğretim elemanlarının %71,5’i kendisine ve çevresine zarar veren davranışlar sergileyen kişi, %65,8’i var olmayan şeyleri gören, sesleri duyan kişi, %57,7’si düşünce bozukluğu olan kişi olarak ruhsal hastaları tanımladıkları belirlenmiştir.

**Çizelge 4.9.** Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıkların Ana Nedenleri İle İlgili Görüşleri

<b>Ruh Hastalıklarının Ana Nedenleri</b>	<b>Sayı (n)*</b>	<b>%</b>
Travmatik olaylar	239	84,2
Çocuklukta yaşanmış olaylar	220	77,5
Genetik ve kalıtsal bir durum	214	75,4
Büyü ve dini inancın zayıf olması	15	5,3
Yaşamın düzenli bir parçası olarak meydana gelen problemler	112	39,4

n\*=Yanıtlara birden fazla şık işaretlenmiştir.

Çizelge 4.9’da çalışmaya katılan öğretim elemanlarına ruhsal hastalıkların ana nedenlerinin neler olduğu sorulduğunda; öğretim elemanlarının %84,2’si travmatik olaylar, %77,5’i çocuklukta yaşanmış olaylar, %75,4’ü genetik ve kalıtsal bir durum, %39,4’ü yaşamın düzenli bir parçası olarak meydana gelen problemler, %5,3’ü büyü ve dini inancın zayıf olması durumuyla ruhsal hastalıkların ana nedenlerini ifade ettikleri saptanmıştır. Çalışmamızda öğretim elemanlarının %5,3’ü ruhsal hastalıkların ana nedenleri olarak büyü ve dini inancın zayıf olması şeklinde belirtmesi çarpıcı ve dikkat çekici bir bulgudur.

**Çizelge 4.10.** Öğretim Elemanlarının Arkadaş veya Komşusu Ruhsal Hastalık Belirtisi Gösterdiğinde Yardım Alma Durumu

<b>Ruhsal Hastalık Durumunda Yardım Alma Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Hekimden	43	15,3
Psikiyatristen, psikologdan v.b	218	76,8
Bilmiyorum	15	5,3
Diğer	8	2,8

Çizelge 4.10.’da çalışmaya katılan öğretim elemanlarına arkadaşı veya komşusu ruhsal hastalık belirtisi gösterdiğinde öncelikli olarak kimlerden yardım aldıkları sorulduğunda, öğretim elemanlarının %76,8’i psikiyatristten ve psikologdan, %15,3’ü hekimden yardım alırım şeklinde görüş bildirdikleri belirlenmiştir.

**Çizelge 4.11.** Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastaların Zekâlarına İlişkin Düşüncelerini Belirtme Durumu

<b>Ruh Hastalarının Zekaları</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Fazla zeki	49	17,3
Zeka düzeyi düşük	8	2,8
Normal	87	30,6
Bilmiyorum	140	49,3

Çizelge 4.11.’de öğretim elemanlarının %17,3’ü ruhsal hastalarının zekasını fazla zeki, %30,6’sı normal, %49,3’ü ise ruhsal hastaların zeka durumlarını bilmiyorum şeklinde ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.12.** Öğretim Elemanlarının Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Saldırganlıklarına İlişkin Düşüncelerini Belirtme Durumu

<b>Ruhsal Hastalarının Saldırganlık Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Fazla saldırgan	10	3,5
Saldırgan	88	31
Saldırgan değil	34	12
Bilmiyorum	151	53,2

Çizelge 4.12.'de çalışmaya katılan öğretim elemanlarının %53,2'si ruhsal hastaların saldırganlık durumunu bilmediklerini, %31'i ise ruhsal bozukluğu olan bireylerin saldırgan olduklarını belirtmişlerdir.

**Çizelge 4.13.** Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Çalışmalarına İlişkin Düşüncelerini Belirtme Durumu

<b>Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Çalışma Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Çalışabilir	237	83,5
Çalışamaz	43	15,1
Bilmiyorum	4	1,4
<b>Hayır ise nedeni</b>	<b>Sayı (n)*</b>	<b>%</b>
Başarılı olamaz.	14	32,6
Kendisine, işe ve çalışanlara zarar verebilir.	12	27,9
İşe ve çevresine uyum sağlayamaz.	13	30,2

\*Hayır diye yanıt veripte nedeni belirtilmeyen var.

Çizelge 4.13.'de öğretim elemanlarının %83,5'i ruhsal hastalığı olan bireylerin herhangi bir işte çalışabileceğini, %15,1'i ise herhangi bir işte çalışamayacağını ifade etmişlerdir. Öğretim elemanlarının %27,9'u ruhsal hastalığı olan bireylerin çalışamama nedeni olarak kendisine, işe ve çalışanlara zarar verebilir şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir.

**Çizelge 4.14.** Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalığı Olduğunu Bildiği Biriyle Arkadaşlık Yapma Durumu

<b>Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Arkadaşlık Yapma Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Arkadaşlık Yapılır	225	79,2
Arkadaşlık Yapılmaz	49	17,3
Bilmiyorum	10	3,5
<b>Hayır ise nedeni</b>	<b>Sayı (n)*</b>	<b>%</b>
Zarar verebilir	13	26,5
Psikolojimi bozabilir	9	18,3
Özel ilgi göstermek gerekir.	3	6,1
Nasıl davranacağımı bilmiyorum.	5	10,2
Sağlıklı bir arkadaşlık kurulamaz.	11	22,4

\*Hayır diye yanıt verip nedeni belirtilmeyen bulunmaktadır.

Çizelge 4.14.'de öğretim elemanlarının %79,2'sini ruhsal hastalığı olan biriyle arkadaşlık yapabileceğini, %17,3'ü ise arkadaşlık yapamayacağını ifade etmişlerdir. Öğretim elemanlarının %26,5'i ruhsal hastaların zarar verebileceğini düşüncesine sahip olmalarından dolayı ruhsal hastalığı olan biriyle arkadaşlık yapmama nedeni olarak ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.15.** Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalığı Olduğunu Bildiği Biriyle Evlilik Yapma Durumu

<b>Ruhsal Hastalığı Olan Biriyle Evlilik Yapma Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Evlenirim	48	16,9
Evlenmem	214	75,4
Bilmiyorum	22	7,7
<b>Hayır ise nedeni</b>	<b>Sayı (n) *</b>	<b>%</b>
Kendi sorunlarım bana yetiyor.	10	4,6
Düzenli aile kurulamaz	68	31,7
Hastalığı ile ilgili bilgi sahibi değilim.	23	10,7
Hastalığı çocuklarıma geçirebilirim.	17	7,9
Kendimi korumak için	20	9,3
Uyum sağlayamam.	34	15,8

\*Hayır diye yanıt veripte nedeni belirtilmeyen var.

Çizelge 4.15.'de çalışmaya katılan öğretim elemanlarının %75,4'ü ruhsal hastalığı olduğunu bildiği biriyle evlilik yapamayacağını, %16,9'u ise evlilik yapabileceğini ifade etmişlerdir. Öğretim elemanlarının %31,7'si ruhsal hastalığı olduğunu bildiği biriyle evlilik yapmama nedeni olarak ruhsal hastalarla düzenli aile kurulamayacağı düşüncesine sahip olmalarından kaynaklandığını ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.16.** Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalığı Olduğunu Bildiği Birine Evini Kiraya Verme Durumu

<b>Ruhsal Hastalığı Olan Birine Evini Kiraya Verme Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Kiraya veririm	154	54,2
Kiraya vermem	109	38,4
Bilmiyorum	20	7
<b>Hayır ise nedeni</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Olumsuz bir olay yaşanmasını istemem.	57	52,2
Maddi yönden sıkıntı yaşanabilir.	7	6,4
Dengesiz davranışlarda bulunabilir.	9	8,3
Eve ve çevresine zarar verebilir.	24	22

\*Hayır diye yanıt veripte nedeni belirtilmeyen var

Çizelge 4.16.'da çalışmaya katılan öğretim elemanlarının %54,2'sinin ruhsal hastalığı olduğunu bildiği birine evini kiraya verebileceğini, %38,4'ünün ise evini kiraya veremeyeceğini belirtmişlerdir. Öğretim elemanlarının %52,2'si evini kiraya vermeme nedeni olarak olumsuz bir olay yaşamak istemedikleri şeklinde açıklamada bulunmuşlardır.

**Çizelge 4.17.** Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Düşünceleri

<b>Ruhsal Hastalık Tanısı Olan Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Çocuğu olabilir	110	38,7
Çocuğu olmamalı	148	52,1
Bilmiyorum	26	9,2
<b>Hayır, ise nedeni</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Anne babalık yapamazlar.	22	14,9
Sağlıklı çocuk yetiştiremezler.	66	44,6
Hastalık genetik yolla geçebilir.	53	35,8

\*Hayır diye yanıt veripte nedeni belirtilmeyen var

Çizelge 4.17.'de öğretim elemanlarının %52,1'i ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin çocuk sahibi olmaması gerektiğini, %38,7'i ise ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin çocuk sahibi olabileceğini ifade etmişlerdir. Öğretim elemanlarının %44,6'sı

ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin sağlıklı çocuk yetiştiremeyecekleri düşüncesinden dolayı çocuk sahibi olmamaları gerektiğini belirtmişlerdir.

**Çizelge 4.18.** Öğretim Elemanlarının Cinsiyetlerine Göre Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Düşünceleri

Özellikler	Kadın	Erkek	p
	n (%)	n (%)	
Çocuğu olabilir	31 (25,2)	79 (49,1)	<b>0,0001</b>
Çocuğu olmamalı	78 (63,4)	70 (43,5)	<b>0,0013</b>
Bilmiyorum	14 (11,4)	12 (7,5)	0,3575

Çizelge 4.18.'de ruhsal hastalık tanısı alan bireyler çocuk sahibi olabilir diyen erkek öğretim elemanları ile kadın öğretim elemanları arasında yapılan istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (p=0,0001).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşlerini belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Sosyo-demografik özellikler yönünden bakıldığında; araştırma kapsamına alınan 284 öğretim elemanının sosyo-demografik özelliklerine baktığımızda; öğretim elemanlarının %68,7'sinin 35-50 yaş grubunda, %56,7'sinin erkek, %68,7' sinin şehirde doğduğu, % 93,7'sinin şehir merkezinde en uzun süre yaşadığı ve % 54,3 ünün 10-20 yıl çalışma süresi olduğu saptanmıştır.

20-35 yaş, 35-50 yaş ve 50 yaş ve üstündeki yaş grubunda olan öğretim elemanlarının ruhsal hastalık ve hastalıklara ilişkin görüşler ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bostancı'nın (8) psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşlerinin araştırıldığı çalışmasında 18-25 yaş grubu arasındaki psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu ve hastalığın özellikle olumsuz anne, baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş tutum eğilimi gösterdikleri bunun yanı sıra bu hastalara daha az kısıtlayıcı görüşe sahip oldukları bildirilmektedir. 26-45 yaş grubu arasındaki psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu ve hastalığın özellikle olumsuz anne, baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş tutum eğilimi gösterdikleri belirtilmektedir. 36-45 yaş grubu arasındaki psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu ve görüş ve tutum eğilimi gösterdikleri ve daha az kısıtlayıcı görüşe sahip oldukları belirtilmektedir. 45-55 yaş grubunda ise psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin görüşleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmektedir. Aker ve ark'nın (90) birinci basamakta görev yapan hekimlerin şizofreniye ilişkin bakış açısını araştırdığı çalışmasında yaş ortalaması büyüdükçe şizofreni tanısı ile ilgili hatalı görüşte bulunma oranının arttığı

bildirilmektedir. Özbaş ve ark.'nın ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumlarının incelendiği çalışmada yaş ile ruhsal hastalıklara ilişkin görüşler ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Bu açıdan bizim çalışmamızda Özbaş ve ark.'nın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Öğretim elemanlarının cinsiyetleri ile bireyler arası etioloji boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda erkek öğretim elemanlarının kadın öğretim elemanlarına göre, ruhsal hastalıkların özellikle çocukluk çağındaki bozuk anne, baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak sevgi ve ilgisizlikten ortaya çıktığını, dolayısıyla ruh hastalığının oluşumunda yalnızca birey değil çevresi de önemlidir görüşünde oldukları ortaya çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada erkekler ruhsal bozukluğu olan bireyleri daha fazla reddetme eğiliminde oldukları, yani negatif tutumlara daha fazla odaklandıkları ortaya çıkartılmıştır (91). Erkek öğretim elemanları kadın öğretim elemanlarına göre özellikle çocukluk çağındaki anne, baba ve çocuk ilişkisi konusuna daha duyarlı oldukları söylenebilir. Bu durum bizim örneklem grubumuzun eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Öğretim elemanlarının doğum yeri ile otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireyler arası etioloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Öğretim elemanları toplumun bir üyesidir ve yaşadığı toplumdaki etkilenmesi kaçınılmaz bir sonuçtur. Doğum yeri bireylerin toplumsal değer yargılarını, tutum ve inançlarını, kültürel özelliklerini belirlemede önemlidir. Ancak bu çalışmada doğum yeri ile ruhsal hastalık ve hastaya ilişkin görüşlerde belirgin bir farklılık olmadığı ortaya çıkmıştır.

Öğretim elemanlarının çalışma süreleri ile otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etioloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Bağ'ın (11) sağlık personelinin ruhsal hastalıkları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırdığı çalışmada hemşire ve doktorların çalışma süreleri ile ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmektedir. Bağ'ın araştırmasında bulunan sonuçlar bizim çalışmamızdaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Öğretim elemanlarının bağlı oldukları fakülte ile koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etioloji boyutu ölçek puanı



arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ancak öğretim elemanlarının bağlı oldukları fakülte ile otoriterlik boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Otoriterlik boyutu ruhsal hastaların normal insanlardan farkı ve ondan aşağı olduğu görüşünü yansıtmaktadır.

Çalışmaya katılan öğretim elemanlarının akademik ünvanları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan otoriterlik, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Öğretim elemanlarının akademik ünvanları ile koruyuculuk-kollayıcılık boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Akademik ünvanı doçent ile yardımcı doçent ve doçent ile öğretim görevlisi olan öğretim elemanları “şansız ve güçsüz görünen” ruh hastalarına karşı dinsel ve insancıl bir ideolojiye dayalı bir bakış açısını/tutumu yansıtan görüştedirler.

Birdoğan ve ark.’nın (29) Tıp Fakültesi 1.sınıf ve 6.sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumların araştırıldığı çalışmasında birinci sınıf ve altıncı sınıfta öğrenim gören öğrencilerin koruyuculuk-kollayıcılık ve ruh sağlığı ideolojisi boyutu arasında anlamlı bir farkın olmadığını buna karşın otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyoloji boyutu arasında anlamlı bir farklılık olduğunu bildirmektedir. Bilindiği gibi otoriterlik boyutu akıl hastalarının normal insandan aşağı olduğu, sosyal kısıtlayıcılık boyutu, toplumu özellikle de aileyi korumak için akıl hastalarının kısıtlanması gerektiği görüşünü, bireylerarası etiyoloji boyutu akıl hastalığının bozuk anne, baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak ortaya çıktığına işaret etmektedir. Her üç faktör içinde birinci sınıfların daha yüksek bir ortalamaya sahip olmaları öğrencilerin eğitim süreçleri içerisinde olumlu yönde değiştiği bildirilmektedir. Ancak Özbaş ve ark.’nın (25) ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan hasta yakınlarının hastalara yönelik etiketlenmenin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda akademik ünvanı uzman olan öğretim elemanları “şansız ve güçsüz görünen” ruh hastalarına karşı dinsel ve insancıl bir ideolojiye dayalı bir bakış açısını/tutumu yansıtan görüştedirler. Bu açıdan çalışmamız Özbaşın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe etiketlenmenin arttığı

bulunması, eğitimin artmasının ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar üzerine olumlu bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan ve olmayan öğretim elemanları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyojoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığını saptanmıştır.

Tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan ve olmayan öğretim elemanları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan öğretim elemanları “şansız ve güçsüz görünen” ruh hastalarına karşı dinsel ve insancıl bir ideolojiye dayalı bir bakış açısını/tutumu yansıtan görüştedirler. Ayrıca tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan öğretim elemanları ruh hastalığı da diğer hastalıklar gibidir görüşünde olup, çok farklı bir hastalık kategorisi gibi görmemektedir. Javed ve ark.’nın üniversite öğretim elemanlarının ve üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara ilişkin tutumları ile ilgili yaptığı bir çalışmada, tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan öğretim elemanları ile üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz tutumlarının olduğunu belirtmektedirler (92). Aroma ve ark.’nın Finlandiya’da genel popülasyonda yaptıkları çalışmada ruhsal bozukluğu olan kişilere aşinalığı olmayan kişilerin, ruhsal bozukluğu olan kişileri damgalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (93). Öğretim elemanları psikiyatri hastalarının damgalanmaması için toplumu etkileyebilir ve toplumu yönlendirebilirler. Özellikle toplumun her kesimden öğrencilerle bir aradadırlar ve böylece toplumun ruhsal sorunu olan hastalara ve hastalıklara karşı düşünce yapısının oluşmasında önemli bir role sahiptir.

Çalışmaya katılan öğretim elemanlarının ailesinde herhangi bir hastalığı olan ve olmayanlar ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyojoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığını saptanmıştır. Bağ’ın (11) sağlık personelinin ruhsal hastalıkları olan bireylere yönelik tutumlarını araştırdığı çalışmasında ailesinde ruhsal bozukluğu olan birilerinin varlığı ile sağlık personelinin ruhsal sorunlu bireylere yönelik tutumları

konusunda herhangi bir ilişki olmadığı belirtilmektedir. Çalışmanın sonucuna bakıldığında bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Ancak Moran'ın (17) psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşlerini ele alan çalışmasında ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan hemşirelerden; psikiyatri alanında çalışanların otoriterlik faktörü puan ortalaması psikiyatri alanında çalışmayan hemşire grubuna göre yüksek olduğu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin ruh hastalarının normal insandan farklı ve ondan aşağı olduğu görüşünde olduğu belirtilmektedir. Öğretim elemanlarının çoğunun ailesinde ruhsal hastalığı olan birey yoktur. Ailesinde ruhsal hastalığın olmaması veya bu durumu açıklamak istememeleri ruhsal bozukluğu olan bireyleri damgalama korkusundan, ruhsal hastalıkların iyi bilinmemesinden veya tanı konulmamış psikiyatrik rahatsızlığın hastalık olarak algılanmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmaya katılan öğretim elemanlarının psikoloji veya psikiyatriyle ilgili kitap okuma ve okumama durumları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, bireyler arası etiyoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Öğretim elemanlarının psikolojiye veya psikiyatriye ilgi duyup kitap okuma ve okumama durumu ile sosyal kısıtlayıcılık boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yine bizim çalışmamızdaki psikoloji veya psikiyatriye ilgi duyup kitap okumayan öğretim elemanlarının gerek hastanede yatarken, gerekse sonrasında toplumu özellikle de aileyi korumak için ruh hastalarının kısıtlanması gerektiğini, ruh hastalarının tehlikeli olduğu görüşünü belirtmektedir. Araştırmamızın sonuçlarına göre psikolojiye veya psikiyatriye ilgi duyup kitap okuyan öğretim elemanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin daha olumlu bir tutuma sahip oldukları görülürken, psikolojiye veya psikiyatriye ilgi duyup kitap okumayan öğretim elemanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin olumsuz bir tutuma sahip oldukları görülmektedir. Kitap okumanın bireylerin kişisel gelişimine olumlu katkıda bulunduğu, daha bilimsel bir bakış açısına sahip olma imkanı vermektedir.

Öğretim elemanlarının ruhsal bir sıkıntı içinde olmaları durumunda psikiyatriste ya da psikologa gitme ve gitmeme durumları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireyler arası etiyojoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Moran'ın (17) Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşlerini ele alan çalışmasında ruhsal sıkıntı içindeyken psikiyatrist veya psikolog desteği almayı tercih ettiğini ifade eden psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin otoriterlik ve bireylerarası etiyojoloji boyutu puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksektir. Ruhsal sıkıntı içindeyken psikiyatrist veya psikolog desteği almayı tercih ettiğini ifade eden psikiyatri kliniği hemşireleri diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireyleri normal insanlardan farklı, değersiz ve hastalığın özellikle olumsuz anne, baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüşünü belirtmişlerdir. Bu durum öğretim elemanlarının ruhsal sıkıntı içindeyken psikiyatrist veya psikolog desteği almak istemeleri eğitim düzeylerinin yüksek olmasına bağlı olarak bilinçli olduklarını göstermektedir.

Öğretim elemanlarına ruhsal hastaların tanımı sorulduğunda, öğretim elemanlarının %71,5'i kendisine ve çevresine zarar veren davranışlar sergileyen kişi, %65,8'i var olmayan şeyleri gören, sesleri duyan kişi, %57,7'si düşünce bozukluğu olan kişi olarak ruhsal hastaları tanımladıkları belirlenmiştir. Tanımlamalara göre öğretim elemanlarının ruh sağlığı sorunu olan kişiyi şiddete eğilimli gördüklerini ve bu hastalara karşı önyargılı oldukları ve ruh sağlığı sorunu olan bireyleri daha çok hastalık semptomları ile tanımladıklarını söylenebilir. Arı'nın (16) temel sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumları araştırdığı çalışmasında hemşire ve hekimlerin ruhsal hastaların tanımı sorulduğunda, hemşirelerin %72,6'sı ruh sağlığı sorunu olan bireyi "kendisine ve çevresine zarar veren davranışlar sergileyen kişidir" şeklinde tanımlarken, hekimlerin %88,2'si "düşünce bozukluğu olan kişidir", %82,0'si var olmayan şeyleri gören, sesleri duyan kişidir" gibi semptomlara yönelik tanımlamalar yapmışlardır. Çalışmanın sonuca bakıldığında bizim sonucumuzla paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan öğretim elemanlarına ruhsal hastalıkların ana nedenlerinin neler olduğu sorulduğunda; öğretim elemanlarının %84,2'si travmatik olaylar, %77,5'i çocuklukta yaşanmış olaylar, %75,4'ü genetik ve kalıtsal bir durum, %39,4'ü yaşamın düzenli bir parçası olarak meydana gelen problemler, %5,3'ü büyü ve dini inancın zayıf olması durumuyla ruhsal hastalıkların ana nedenlerini ifade ettikleri saptanmıştır.

Yapılan başka bir çalışmada ruhsal hastalığı dini faktörlere ya da doğa üstü güçlere bağlayanların oranı ise %5 olduğu bildirilmektedir (78). Öğretim elemanlarının ruhsal sorunu olan hastalar ve hastalıklarla ilgili bilimsel bilgiye sahip olması son derece önemlidir. Öğretim elemanları bilime inanan, bilimsel düşünceye hakim olan bireylerdir. Çok az bir oranda da olsa öğretim elemanları ruhsal hastalıkların ana nedenlerini büyü ve dini inancın zayıf olması şeklinde belirtmesi bilimsel düşüncenin tersi bir görüşte olduklarını düşündürmektedir.

Bağ'ın (11) çalışmasında ruhsal hastalıkların ana nedeni nedir sorusuna büyük bir çoğunluk çocuklukta yaşanmış olaylar yanıtını verirken (%69,7), sağlık personelinin yarısından çoğu genetik ve kalıtsal durum derken, %20,9'u gibi önemli bir yüzdesi de büyü ve dinsel sorunlarla ilgili olduğunu ifade etmişlerdir.

Kayahan'ın (32) hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi konulu çalışmasında şizofreninin etiyojisine ilişkin yanıtlara baktığımızda 4.sınıf öğrencilerinin %34,5'i "kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır ve %37,9'u ise sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar" yanıtını vermişler. Aker ve ark.'nın (90) birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısını ele aldıkları çalışmalarında tanımlanan şizofreni olgusundaki yakınmaları, örneklemin %42,7'si kişilik zayıflığına bağlamış, %39'u yaşanan sosyal sorunlardan kaynaklandığını belirtmişlerdir. Birinci basamak hekimlerinin % 37,7'si şizofreninin sosyal sorunlar nedeni ile ortaya çıktığını, %10,3'ü bulaşıcı olduğunu belirtmişlerdir.

Eşsizoglu ve ark.'nın (22) hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına karşı tutumlarını araştırdığı karşılaştırmalı çalışmasında Şişli grubundaki hemşirelerin depresyonun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını düşünmekte, bir hastalık olarak değil zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durum olarak değerlendirmekte, depresyonun bir hastalık olduğunu düşünmemektedir. Bakırköy grubu ise depresyonu bir akıl hastalığı olarak değerlendirmektedir. Her iki grup depresyonun bir ruhsal zayıflık ve aşırı üzüntü hali olduğunu ifade etmişlerdir. Ergün'ün (75) psikiyatri

servislerinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı almış bireylere bakış açılarını değerlendirmek amacıyla yaptığı araştırmada Eğitim Araştırma Hastanesi'ndeki hemşirelerin çoğunluğu şizofreninin sosyal nedenlerle ortaya çıkmadığını, şizofren bir bireyle birlikte çalışabileceğini, şizofreninin psikoterapi ile düzelebileceğini, şizofren hastalarının saldırgan olduğunu ifade ederken, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi'nde çalışan hemşirelerin çoğunluğu şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Öğretim elemanlarının ruhsal sorunu olan hastalar ve hastalıklarla ilgili bilimsel bilgiye sahip olması son derece önemlidir. Öğretim elemanları bilime inanan, bilimsel düşünceye hakim olan bireylerdir. Çok az bir oranda da olsa öğretim elemanları ruhsal hastalıkların ana nedenlerini büyü ve dini inancın zayıf olması şeklinde belirtmesi bilimsel düşüncenin tersi bir görüşte olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan öğretim elemanlarına arkadaşı veya komşusu ruhsal hastalık belirtisi gösterdiğinde öncelikli olarak kimlerden yardım aldıkları sorulduğunda, öğretim elemanlarının %76,8'i psikiyatristten ve psikologdan, %15,3'ü hekimden yardım alırım şeklinde görüş bildirdikleri belirlenmiştir.

Özmen ve ark.'nın (56) hangi etiket daha damgalayıcı ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı? yaptıkları çalışmada şizofreni olgu örneğini "akıl hastalığı" olarak niteleyen sağlık yüksekokulu öğrencilerinin daha yüksek oranda olgu örneğinde tanımlanan kişinin öncelikle bir doktora ve psikiyatriste gitmesi gerektiğini düşündükleri; "güçlü olmak", "tatile çıkmak" ve "şartların düzeltilmesi" gibi standart olmayan girişimleri belirgin olarak daha düşük oranlarda önerdikleri görülmüştür.

Eker ve ark.'nın (74) din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumlarının araştırdıkları çalışmada ankette verilen vakanın sağaltımı için en çok doktora, doktorlar içinde de psikiyatriste (% 89,9) başvurmayı önermişlerdir.

Bağ'ın (11) çalışmada çevrenizde birisi bir ruhsal bozukluk belirtisi gösterirse "öncelikle kimden yardım alırsınız" sorusuna sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğu bu konuda "uzmanlaşmış kişiden" yardım alacaklarını belirtmişler çok az oranda ki sağlık personeli ise öncelikle bir din hocasından yardım isteyeceklerini belirtmişler. Çalışmamızın sonucuna bakıldığında literatür ile benzerlik göstermektedir. Öğretim elemanlarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının %17,3'ü ruhsal hastalarının zekasını fazla zeki, %30,6'sı normal, %49,3'ü ise ruhsal hastaların zeka durumlarını bilmiyorum şeklinde ifade etmişlerdir.

Bağ'ın (11) çalışmasında sağlık personelinin büyük çoğunluğu ruhsal bozukluğu olan bireylerin zeka seviyelerinin normal olduğunu belirtirken, %29,8 ise bu tür hastaların toplumdaki diğer bireylerden zeka seviyelerinin farklı olduğunu düşündükleri, %24'de bilmiyorum yanıtını vermişler.

Moran'ın (17) çalışmasında psikiyatri hastasının zeka düzeyini "az zeki" olarak belirtmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında öğretim elemanları psikiyatri hastasının zeka düzeyleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan öğretim elemanlarının %53,2'si ruhsal hastaların saldırganlık durumunu bilmediklerini, %31'i ise ruhsal bozukluğu olan bireylerin saldırgan olduklarını belirtmişlerdir. Adewuya ve ark.'nın (94) doktorların batı Nijerya'da ruhsal hastalığı olan insanlara karşı tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında akıl hastasının tehlikeli olarak algılandığı ve prognozunun kötü olarak algılandığı saptanmıştır Taşkın ve ark.'nın (9) Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında halkın %53,4'ü şizofreni hastalarının saldırgan olduğunu belirtmişlerdir. Eker ve ark.'nın (74) çalışmasında din görevlilerinin %37,1'i şizofreni hastalarının saldırgan olacağına inandıklarını belirtmişler. Bizim çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda ruhsal hastalar çoğunlukla saldırgan olarak algılanmaktadır.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının %83,5'i ruhsal hastalığı olan bireylerin herhangi bir işte çalışabileceğini, %15,1'i ise herhangi bir işte çalışamayacağını ifade etmişlerdir. Öğretim elemanlarının %27,9'u ruhsal hastalığı olan bireylerin çalışamama nedeni olarak kendisine, işe ve çalışanlara zarar verebilir şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir.

Taşkın ve ark.'nın (9) Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında %61,1'i şizofreni hastasıyla birlikte çalışmak istemediklerini belirtmişlerdir. Taşkın ve ark.'nın (95) yaptığı bir başka çalışmada sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofreni ile ilgili tutumları araştırılmış ve öğrencilerin %73,1'i şizofreni hastası biriyle çalışmak istemediğini belirtmiştir. Bu durum bizim çalışmamızla farklılık göstermekte olup öğretim elemanların ruhsal

hastalığı olan bireylerin herhangi bir işte çalışabileceklerini düşünmeleri ruhsal hastalara karşı olumlu tutuma sahip olduklarını göstermektedir.

Öğretim elemanlarının %79,2'sini ruhsal hastalığı olan biriyle arkadaşlık yapabileceğini, %17,3'ü ise arkadaşlık yapamayacağını ifade etmişlerdir. Öğretim elemanlarının %26,5'i ruhsal hastaların zarar verebileceğini düşüncesine sahip olmalarından dolayı ruhsal hastalığı olan biriyle arkadaşlık yapmama nedeni olarak ifade etmişlerdir. Araştırmamızın sonuçlarına bakıldığında öğretim elemanlarının büyük çoğunluğunun ruhsal hastalığı olan biriyle arkadaşlık kurmak istemelerinin nedeni öğretim elemanlarının eğitim seviyelerinin yüksek olmasına bağlı olabilir. Eğitim seviyesi arttıkça ruhsal hastalara ilişkin inanç ve tutumların olumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan öğretim elemanlarının %75,4'ü ruhsal hastalığı olduğunu bildiği biriyle evlilik yapamayacağını, %16,9'u ise evlilik yapabileceğini ifade etmişlerdir. Öğretim elemanlarının %31,7'si ruhsal hastalığı olduğunu bildiği biriyle evlilik yapmama nedeni olarak ruhsal hastalarla düzenli aile kurulamayacağı düşüncesine sahip olmalarından kaynaklandığını ifade etmişlerdir.

Eker ve ark.'nın (74) din görevlilerinin şizofreniye yönelik bilgi ve tutumlarını ele aldıkları çalışmalarında %64,8 gibi büyük bir oranın şizofren biriyle evlenmeyi düşünmediklerini belirtmişlerdir. Taşkın ve ark.'nın (9) Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında halkın %85,6'sı bir şizofren hastası ile evlenmeyeceğini ifade etmişler yine Taşkın ve ark.'nın (96) kırsal kesimde yaşayan halkın depresyonlu hastalara yönelik tutumların araştırdığı çalışmasında halkın %75'i depresyonu olan birisiyle evlenmeyeceğini ve depresyonlu hastaların kendi yaşamları ile ilgili doğru kararlar alamayacaklarını belirtmişler. Yapılan bir başka çalışmada da psikiyatri hastalarının evlenmeleri ve çocuk sahibi olmalarına ise sıcak bakılmadığı belirtilmektedir (77). Çalışmaların sonuçlarına bakıldığında bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu durum ruhsal hastalarla bireysel olarak yakınlık konusunda reddedici olduklarını ve özel hayatta bu hastalardan rahatsızlık duyduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan öğretim elemanlarının %54,2'sinin ruhsal hastalığı olduğunu bildiği birine evini kiraya verebileceğini, %38,4'ünün ise evini kiraya veremeyeceğini belirtmişlerdir. Öğretim elemanlarının %52,2'si evini kiraya vermeme nedeni olarak olumsuz bir olay yaşamak istemedikleri şeklinde açıklamada bulunmuşlardır. Arkar'ın



(97) halkın akıl hastalarına karşı tutumunun araştırıldığı çalışmasında yapılan korelasyon hesaplamalarına akıl hastalarına ev kiralamak istemeyen kişinin aynı zamanda o kişiyi işe almama, onunla sohbet etmeme, komşuluk yapmama, iş yerinde aynı odayı paylaşmama ve evlenmeme yönünde eğilimleri olduğunu göstermiştir. Arslantaş ve ark.'nın (98) bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmalarında %67,6 kişi iyi komşuluk ilişkileri olan birinin akıl hastası olduğunun öğrendiğinde ilişkilerinde değişiklik olmayacağı ancak %15 şizofreni olması durumunda ilişkisini kesebileceğini ifade etmişler. Öğretim elemanlarının yarısından fazlası ruhsal hastalığı olduğunu bildiği birine evini kiraya verebileceğini ifade ederken, %38,4 oranındaki evini kiraya veremeyeceği düşüncesi Arkar'ın çalışması ile benzerlik göstermekle beraber sosyal sorumluluk gerektiren durumlarda etkileşimi azaltma eğilimi içinde olduğu söylenebilir.

Öğretim elemanlarının %44,6'sı ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin sağlıklı çocuk yetiştiremeyecekleri düşüncesinden dolayı çocuk sahibi olmamaları gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızın sonucuna bakıldığında öğretim elemanlarının büyük bir çoğunluğu ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin çocuk sahibi olmaması gerektiğini ifade etmiştir. Öğretim elemanları ruhsal hastaların sağlıklı çocuk yetiştiremeyeceğini düşünmektedirler. Çocuk yetiştirmenin önemli olduğu düşüncesi öğretim elemanlarının eğitim seviyesinin yüksek olmasına bağlı olabilir. Ayrıca öğretim elemanları ruhsal hastalıkların kalıtsal özelliğinin olduğu görüşünde olmalarına bağlı olarak çocuk yapmamaları gerektiği görüşünü savunuyor olabilirler.

Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler çocuk sahibi olabilir diyen erkek öğretim elemanları ile kadın öğretim elemanları arasında yapılan istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır Bu sonuca göre erkek öğretim elemanları kadın öğretim elemanlarına göre daha fazla ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin çocuk sahibi olabilir görüşüne sahip oldukları söylenebilir. Kadınlar çocuğun bakımından, eğitiminden sorumlu olduklarından dolayı bu nedenle erkeklerin farkındalıklarının düşük olduğu düşünülebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.SONUÇ

Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- 20-35 yaş, 35-50 yaş ve 50 yaş ve üstündeki yaş grubunda olan öğretim elemanlarının ruhsal hastalık ve hastalıklara ilişkin görüşler ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı,

- Erkek öğretim elemanlarının kadın öğretim elemanlarına göre ruh hastalığının oluşumunda sadece birey değil çevresinin de önemli payı olduğu görüşünde olduğu,

- Öğretim elemanlarının bağlı buldukları fakülte ile koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etiyoloji boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı,

- Öğretim elemanlarının akademik ünvanları ile koruyuculuk-kollayıcılık boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu,

- Akademik ünvanı doçent ile yardımcı doçent ve doçent ile öğretim görevlisi olan öğretim elemanları “şansız ve güçsüz görünen” ruh hastalarına karşı dinsel ve insancıl bir ideolojiye dayalı bir bakış açısını/tutumunu yansıtan görüşe sahip oldukları,

- Tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan ve olmayan öğretim elemanları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları olan koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi boyutu ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu,

- Tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan öğretim elemanları “şansız ve güçsüz görünen” ruh hastalarına karşı dinsel ve insancıl bir ideolojiye dayalı bir bakış açısını/tutumunu yansıtan görüşe sahip oldukları,

- Psikoloji veya psikiyatriye ilgi duyup kitap okumayan öğretim elemanlarının ruhsal hastaların tehlikeli olduğu görüşünde oldukları,

- Öğretim elemanlarının büyük çoğunluğu ruhsal hastalıkların ana nedeninin travmatik olaylar olduğunu,

- Öğretim elemanlarının %31’i ruhsal bozukluğu olan bireylerin saldırgan olduğunu,

- Öğretim elemanlarının büyük çoğunluğu ruhsal hastalığı olan bireylerin bir işte çalışabileceğini,

- Öğretim elemanlarının büyük çoğunluğu ruhsal hastalığı olan biriyle arkadaşlık yapabileceğini,
- Öğretim elemanlarının büyük çoğunluğu ruhsal hastalığı olduğunu bildiği biriyle evlilik yapamayacağını,
- Öğretim elemanlarının yarıdan fazlası ruhsal hastalığı olduğunu bildiği birine evini kiraya verebileceğini,
- Öğretim elemanlarının yarıdan fazlası ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin çocuk sahibi olmaması gerektiğini belirtmişlerdir.

## 6.2. ÖNERİLER

Çalışmamızda öğretim elemanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin olumlu görüşleri olmakla birlikte bazı sonuçlara bakıldığında ise öğretim elemanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin olumsuz görüşlere de sahip olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1.Öğretim elemanlarına ruhsal hastalığı olan birey ve ailesinin yaşadığı güçlükler konusunda bilgilendirici eğitim toplantılarının yapılması (Bu toplantılarda ekip içinde psikiyatri hemşirelerinin aktif rol alması),

2.Öğretim elemanlarına ruhsal hastalıklara ilişkin konferans, panel, sempozyum gibi eğitimlerle farkındalıkları artırılmalı,

3.Öğretim elemanlarına ruhsal hastalıklara ilişkin bilgilendirilmelerinde televizyon, radyo gibi iletişim araçlarından yararlanılması,

4.Öğretim elemanlarına ruhsal hastalığı olan birey ve ailesinin etiketlenmesi konusundaki nedenlerin araştırılıp ortaya çıkartılması,

5.Daha geniş ve farklı örneklem gruplarında bu çalışmanın yapılması,

6.Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşlerini belirlenmesine yönelik kalitatif çalışmaların yapılması,

7.Sağlık, fen ve sosyal bilimler alanındaki farklı fakülte ve yüksekokullarda görev yapan öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşlerinin belirlenerek fakülteler arasında karşılaştırmanın yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. **Akdemir N, Akkuş Y.** Rehabilitasyon ve Hemşirelik. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**;82-91.
2. **Kesgin C, Topuzoğlu A.** Sağlığın tanımı; başa çıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, **2006**;(3): 47-49.
- 3 **Güleç C.** *Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji*, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed. Bertan M,Güler Ç. Ankara: 2.baskı, Güneş Kitabevi, **1995**:442-451
4. **Oral T, Kıyak M.** Temel Sağlık Hizmetlerinde ICD-10 ile Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1995**;6(2):99-106.
5. **Öztürk MO.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*.5.Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2004**.
6. **Morgan CT.** *Psikolojiye Giriş*. 8. Baskı, Hacettepe Üniversitesi: Psikoloji Bölümü Yayınları, **1991**: 363-377.
7. **Polat A, Üçok A, Genç A, Aksüt D.** Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde Stigma. 36.Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Antalya, **2000**:339-340.
8. **Bostancı N.** Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşlerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2000**.
9. **Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İçelli İ.** Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniyeye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*,**2002**; 13(3):205-214.
10. **Çakır B.** Genetik Epidemiyoloji: Psikiyatrik Araştırmalarda Yeri ve Kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2002**; 13(4): 300-311.
11. **Bağ B.** Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumların Araştırılması. Atatürk Üniversitesi, Doktora tezi, Erzurum, **2003**.
12. **Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S.** Stigmatizasyon. *Yeni Symposium Dergisi*, **2003**; 41(4):190-192.
13. **Magliano L, Guarneri M, Fiorillo A.** A Multicenter Italian Study of Patients’ Relatives’ Beliefs About Schizophrenia. *Psychiatr Ser*, **2001**; 52(1):1528-1530.
14. **Angermeyer MC, Matschinger H.** Lay Beliefs About Schizophrenic Disorder: The Results of A Population Survey in Germany. *Acta Psychiatr Scand*, **1994**; 89 (382): 39-45.

15. **Teyin Z.** Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesinde Çalışan Öğretim Elemanlarının Demokratik Tutumları. Yüksek lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa, **2009**.
16. **Arı F.** Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireye Karşı Tutumları. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, **2003**.
17. **Moran M.** Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına İlişkin Görüşleri. Yüksek lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin, **2008**.
18. **Üçok A, Erkoç Ş, Ataklı C.** Psikiyatri dışındaki hekimlerin Şizofreniye ilişkin tutumları. Bahar sempozyumları, Antalya, **2001**.
19. **Olade R.** Attitudes towards mental illness: Effect of integration of mental health concepts into a post basic nursing degree program. *Journal of Advanced Nursing*, **1983**;8, 93-97.
20. **Roberts P, Priest H.** Achieving İnterprofessional Working in Mental Health. *Nursing Standard*, **1983**; 12(2):39-41.
21. **Reed F, Fitzgerald L.** The mixed attitudes of nurses to caring for people with mental illness in arural general Hospital. *International Journal of Mental Health Nursing Australlia*, **2005**; 14:249–257.
22. **Eşsizozğlu A, Arısoy Ö.** Hemşirelerin Depresyona ve Depresyon Hastalarına Karşı Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*, **2008**; **35**(3):167-176.
23. **Bilgin B.** Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Sahip Ailelerin Ruhsal Hasta ve Hastalığa İlişkin Görüşleri. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2007**.
24. **Çelebi F.** Akıl Hastalıklarının ve Ailelerinin Akıl hastalıklarına Karşı Tutumları. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, **2001**.
25. **Özbaş D, Küçük L, Buzlu S.** Ruhsal Bozukluğu olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam*, **2003**; 21(1-4):14-23.
26. **Cotton D.** The Attitudes of Canadian Police Officers Toward The Mentally İll. *International Journal of Law And Psychiatry*, **2004**; 27(2) :135–146.
27. **Birdoğan SY.** Üniversite Öğrencilerinin Psikiyatrik Hasta ve Hastalıklarına Yönelik Tutumları. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, **2001**.

28. **Özyiğit Ş, Savaş A, H Ersoy, Yüce M A S, Tutkun H, Sertbaş G.** Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Sempozyum Dergisi*, **2004**; 42(3):105-112.
29. **Birdoğan S, Berksun OE.** Tıp fakültesi 1.sınıf ve 6.sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. *Kriz Dergisi*, **2002**; 10(2):1-7.
30. **Yanık M, Şimşek Z, Katı M, Nebioğlu M.** Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Yeni Sempozyum Dergisi*, **2003**; 41(4):194-199.
31. **Yüksel EG, Taşkın OE** Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2005**; 6:113-121.
32. **Kayahan M.** Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2009**;6(1):27-34.
33. **Gençtan E.** *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal dışı Davranışlar*. Metis Yayınları, Ankara: **2004**:11.
34. **Pektaş İ, Bilge A, Ersoy A.** Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2006**; 7:43-48.
35. **Danacı A, Karaca N, Deveci.** Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Türkiye’de Psikiyatri*, **2005**;7(3).
36. **Ergün Ş, Bayık A.** Hemşirelik ve Manevi Bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**;8(1):37-38
37. **Aştı N.** Bilgi, Bilim ve Hemşirelik Üzerine Düünden Bugüne Görüşler. *Hemşirelik Dergisi*, **2002**;8(48):2-7
38. **Fidaner C.** I.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir, 8-10 Nisan 2004:1-7.
39. **Çakır B.** Genetik Epidemiyoloji: Psikiyatrik Araştırmalarda Yeri ve Kullanımı, *Türk Psikiyatri Dergisi*; **2002**; 13(4): 300-311.
40. **Gültekin BK.** Psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches In Psychiatry*, **2010**;2(4).
41. **Güleç C.** Psikiyatrinin ABC’Sİ.1.Baskı, İstanbul: Say yayınları, **2006**.
42. **Kum N.** *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, **2000**; 2:2-9

43. **Çam O, Bilge A.** Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2007**; 215–223.
44. **Küey L.** Ruhsal bozukluklara ilişkin Halkın tutum ve davranışları. *Kriz Dergisi*, **1995**;3(1-2).
45. **Arkar H, Erker D.** Influence of Having a Hospitalized Mentally İll Member in The Family on Attitudes Towards Mental Patient in Turkey, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **1992**; 27:151-155.
46. **Smith CJ, Han Ham R.** Proximity and the formation of public Attitudes Towards mental illness. *Environment and Planning*, **1998**;13:147-165.
47. **Cüceloğlu D.** İnsan ve Davranışı. 10. baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, **2000**.
48. **Morris GC.** *Psikolojiyi Anlamak*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, **2002**: 609-651.
49. **Bilgili M.** Psikiyatrik olaylarda toplumsal yargı. *Kriz Dergisi*, **1995**;3(1-2):195-197.
50. **Ziyalar A.** Sosyal Psikiyatri. 2. baskı, İstanbul: Yüce yayım, **1999**:38.
51. **Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamer D.** Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı üzerine bir Epidemiyolojik Araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 99–110.
52. **Eren E.** Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. Geliştirilmiş yedinci baskı, İstanbul, Beta Yayınları, **2001**:180.
53. **Aydın A.** Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi. İstanbul, Alfa Yayınları, **2000**:29-47.
54. Stigma. Erişim: <http://www.psikiyatri.kulübü.gazi.edu.tr/P01-9.html>. Erişim Tarihi: 28.03.2010.
55. **Çam O, Bilge A.** Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2010**;9(1):71–78.
56. **Özmen E, Taşkın EO, Demet MM.** Hangi Etiket daha Damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2004**;15(1):47–55.
57. **Arthur MC, Hickling WF, Robertson H, Tammy H.** Mental Illness Stigma in Jamaican Communities. *Transcultural Psychiatry*, **2010**; 47: 252.
58. **Meise U, Sulzanbacker H, Hinterhuber H.** *Fortschr Neurol Psychiatr*, **2001**; 69: 75–80.



59. **Haghighat R.** A Unitary Theory of Stigmatisation. *BR J.Psychiatry*. **2001**;178:207–215.
60. "Psikiyatri Tarihi" Erişim://<http://www.geocities.com/7tf/psikoloji/dindar/02.htm>. Erişim Tarihi:02.04.2010.
61. **Köksel Ö.** *Kötü Ruh'tan Ruh Sağlığına / (Türkiye'de Psikiyatri Tarihi)*. 1. Baskı, İstanbul, Alfa yayın, **1998**.
62. **Babaoğlu A.** *Psikiyatri Tarihi*. 2.Baskı, İstanbul, Okuyan us Yayın, **2001**.
63. **Özcebe H, Yurdakul M, Yurdakul S, Vargel İ.** *Hemşireler için psikiyatri*. Hatiboğlu yayınevi, Ankara, **1993**.
64. **Geçtan E.** *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul, Remzi Kitabevi, **1989**.
65. **Çelikkol A.** *Ruh hastalıklarından Korunma*. Gendaş A.Ş., **2007**.
66. **Cüceloğlu D.** *Yeniden İnsan İnsana*. İstanbul ,Remzi Kitabevi, **1998**.
67. **Bekar M.** Kültürlerarası Hemşirelik. *Toplum ve Hekim dergisi*, **2001**;16 (2).
68. **Ünal S.** Psikiyatrik uygulamalarda sosyokültürel duyarlılık. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2000**; 1(4):225-230.
69. **Güleç C.** Kültür ve psikiyatri yazıları. Ankara, HYB yayıncılık, **2002**.
70. **Çam O.** Doğumdan ölüme dek ruh sağlığı ve kültür. I.Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi. İzmir, **2011**: 88-95.
71. **Üçok A.** Şizofreni Hastası neden damgalanır. *Klinik Psikiyatri*, **2003**;Ek 1:3–8.
72. **Çam O.** Hemşirelik yüksekokulu Öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği konusundaki düşünceleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1992**; 8(3):13-23.
73. **Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z.** Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **2010**; 23: 145-150.
74. **Eker F, Atalan E, Küçük Ö, Öner Ö, Şahin S.** Din Görevlilerinin Şizofreniye İlişkin Bilgi ve Tutumları. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, **2009**: 68.

75. **Ergün G.** Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin şizofren tanısı almış bireylere bakış açıları. Akdeniz Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, **2005**.
76. **Hirai M, Clum GA.** Development, reliability, and validity of the Beliefs toward Mental Illness. *Scale J Psychopathol Behav Assess*, **2000**; 22:221-236.
77. **Magliano, L. Guarneri, M. Fiorillo A.** A Multicenter Italian Study of Patients' Relatives' Beliefs About Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, **2001**; 52:1528-1530.
78. **Angermeyer MC, Matschinger H.** Lay Beliefs About Schizophrenic Disorder: The Results of A Population Survey in Germany. *Acta Psychiatr Scand*, **1994**; 89: 382: 39-45.
79. **Vicente B, Vielma M, Jenner FA, Mezzina R, Lliapas I.** Attitudes of Professional mental health workers to psychiatry. *Int J Soc Psychiatry*, **1993**; 39:131-141.
80. **Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA.** Helpfulness of Interventions for mental Disorder: Beliefs of health professionals compared with the general public. *BR J Psychiatry* 1997;171:233-237.
81. **Crisp AH, Gelder MG, Susana R.** Stigmatisation of People With Mental Illnesses. *Br J Psychiatry*, **2001**;177: 4-7.
82. **Cotton D.** The Attitudes of Canadian Police Officers Toward The Mentally Ill. *International Journal of Law And Psychiatry*, **2004**; 27( 2):135–146.
83. " Devlet memurları kanunu" <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/388.html>.Erişim tarihi:01.12.2011.
84. Türk Medeni kanunu"<http://www.belgenet.com/yasa/medenikanun/118-160.html>.Erişim tarihi:01.12.2011.
85. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>.Erişim tarihi:1.12.2011.
86. <http://www.delinetciler.net/forum/meslekler/138024-hemsirelik-nedir.html>.
87. **Bilge A, Cam O.** Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Rehabilitasyon ve Hemşirelik. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, **2002**; 12(4): 33-37.
88. **Erdemir F.** Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1998**; 2(1).
89. **Margaret G.** The role of the psychiatric nurse. *Australasian Psychiatry*, **2001**; 9(2).

90. **Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Ucuz Ş, Tamar D, Boratav C, Liman O.** Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2002**;3(1):5-13.
91. **Bhurga D.** Attitudes toward mental illness. *Acta Psychiatrica Scand.* **1989**;80:1-2.
92. **Javed Z, Naeem F, Kingdon D, İrfan M, Yishar N, Ayub M.** Attitude of the university students and teachers towards mentally ill, in Lahore, Pakistan. *J Ayub Men Coll Abbottabad*, **2006**;18(3):55-58.
93. **Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K.** Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland, *Nord J Psychiatry*, **2010**(24).
94. **Adewuya AO, Oguntade AA.** Doctors' attitude towards people with mental illness in western Nigeria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **2007**;42(11):931-936.
95. **Taşkın EO, Özmen D, Özmen E, Demet MM.** Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Şizofreni ile ilgili tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **2003**;40(1-2):5-12.
96. **Taşkın EO, Şen FS, Özmen E, Aydemir Ö.** Kırsal Kesime Depresyonlu Hastalara Yönelik Tutumlar: Sosyal Mesafe ve Etkileyen Etmenler, *Türkiye'de Psikiyatri*, **2006**;8(1).
97. **Arkar H.** Akıl Hastasının Sosyal Reddedilimi. *Düşünen Adam*, **1991**;4(3):6-9
98. **Arslantaş H, Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy F.** Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları, Adnan Menderes Üniversitesi *Tıp Fakültesi Dergisi* **2010**;11(1):11-17.

## EK 1

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın, Öğretim Elemanı aşağıda sizinle ilgili sorular bulunmaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Tüm soruların cevaplandırılması önem taşımaktadır. Verdiğiniz cevapların hepsi bizde gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Nurdan YÜKSEL  
Mersin Üniversitesi Hemşirelik Programı  
Yüksek Lisans Öğrencisi

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3) Doğum Yeriniz:

Köy ( ) Kasaba ( ) Şehir ( ) Büyükşehir ( ) Yurt dışı ( )

4) Çalışma Süreniz:

5) En uzun süre yaşadığınız yer:

İlçe ( ) Köy ( ) Şehir merkezi ( ) Büyükşehir ( ) Yurt dışı ( )

6) Akademik Ünvanınız:

Profesör doktor ( ) Doçent doktor ( ) Yardımcı Doçent doktor ( )

Öğretim görevlisi ( ) Okutman ( ) Uzman ( )

7) Bağlı bulunduğunuz fakülte/yüksekokul:

8) Tanıdığınız kişiler arasında ruhsal hastalığı olan birisi var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

9) Ailenizde herhangi bir hastalığı olan var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise yakınlık derecenizi lütfen belirtiniz .....

10) Psikoloji veya psikiyatriye ilgi duyup bu konuda kitap okur musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

Hayır ise nedeni lütfen belirtiniz :.....

**11) Ruhsal bir sıkıntı içerisinde olsanız psikiyatrist ya da psikologa gitmeyi düşünür müsünüz?**

Evet ( ) Hayır ( )

Hayır ise nedeni lütfen belirtiniz :.....

**12) Size göre ruh hastası kime denir? ( birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- ( ) Çevreye uyum sağlamakta zorluk çeken kişidir.
- ( ) Düşünce bozukluğu olan kişidir.
- ( ) Var olmayan şeyleri gören, sesleri duyan kişidir.
- ( ) Kendisi ile ilgili çatışmaları olan kişidir.
- ( ) Tedavisi mümkün olmayan, yaşam boyu süren bir hastalığa sahip normal davranışlar gösteremeyen kişidir.
- ( ) Kendisine ve çevresine zarar veren davranışlar sergileyen kişidir.

**13) Size göre ruh hastalıklarının ana nedeni nedir? ( birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- ( ) Travmatik olaylar
- ( ) Çocuklukta yaşanmış olaylar
- ( ) Genetik ve kalıtsal bir durum
- ( ) Büyü ve dini inancının zayıf olması
- ( ) Yaşamın düzenli bir parçası olarak meydana gelen problemler
- ( ) Diğer .....

**14) Bir arkadaşınız veya komşunuz ruhsal hastalık belirtisi gösteriyorsa öncelikle kimden yardım alırsınız?**

- ( ) Hekimden
- ( ) Nefesi kuvvetli hocalardan
- ( ) Psikiyatristten, psikologdan v.b.
- ( ) Bilmiyorum
- ( ) Diğer

**15) Ruh hastalarının zekâları konusunda ne düşünürsünüz?**

- ( ) Fazla zeki
- ( ) Zeka düzeyi düşük
- ( ) Normal
- ( ) Bilmiyorum

**16)** Size göre ruhsal bozukluğu olan bireylerin saldırganlık düzeyi nasıldır?

- Fazla saldırgan  
 Saldırgan  
 Saldırgan değil  
 Bilmiyorum

**17)** Ruhsal hastalığı olan bireyler herhangi bir işte çalışabilir mi?

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

Hayır ise nedeni lütfen belirtiniz :.....

**18)** Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz biriyle arkadaşlık yapar mısınız?

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

Hayır ise nedeni lütfen belirtiniz :.....

**19)** Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz biriyle evlilik yapar mısınız?

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

Hayır ise nedeni lütfen belirtiniz :.....

**20)** Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz birine evinizi kiraya verir misiniz?

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

Hayır ise nedeni lütfen belirtiniz :.....

**21)** Size göre ruhsal hastalık tanısı olan bireyler çocuk sahibi olmalı mıdır?

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

Hayır ise nedeni lütfen belirtiniz .....

## EK 2

### RUHSAL HASTA / HASTALIKLARA İLİŞKİN GÖRÜŞLER ÖLÇEĞİ

Aşağıda ruhsal sorunu olan hasta ve hastalıklara ilişkin görüşler verilmiştir. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak 6 seçenekten size en uygun olan seçeneği (x) biçiminde işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Araştırmaya yaptığımız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Nurdan ÖZDAMAR

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi

#### SEÇENEKLER:

1-Kesinlikle katılıyorum 2-Katılıyorum 3-Emin değilim ama galiba katılıyorum

4- Emin değilim ama galiba katılmıyorum 5- Katılmıyorum 6- Kesinlikle katılmıyorum

	Ruhsal Hastalıklara İlişkin Görüşler	1	2	3	4	5	6
1	Sinir bozuklukları genellikle insanlar çok çalıştıklarında ortaya çıkar.						
2	Psikiyatrik hastalıklar da diğer hastalıklar gibidir.						
3	Psikiyatri hastanelerindeki hastaların çoğu tehlikeli değildir.						
4	Psikiyatri hastanesinden taburcu olan hastalar iyileşmiş görünseler bile, evlenmelerine izin verilmemelidir.						
5	Eğer anne-babalar çocuklarını daha fazla severlerse, psikiyatri hastalıkları daha azalır.						
6	Ağır bir psikiyatrik hastalık geçirmiş olan kişi kolayca tanınır.						
7	Psikiyatri hastaları duygularıyla, normal insanlar ise mantıklarıyla düşünerek hareket ederler.						
8	Psikiyatri hastanelerinde 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 psikiyatri hastası olurlar.						
11	Normal insanlara rahatça söylenmeyecek şeyler psikiyatri hastalarına söylenebilir.						
12	Psikiyatri hastanelerindeki insanlar gülünç davranırlarsa bile, onlarla alay etmek yanlıştır.						
13	Çoğu psikiyatri hastası çalışmaya isteklidir.						
14	Küçük çocukların psikiyatri hastanelerindeki anne ve babalarını ziyaret etmelerine izin verilmemesi daha doğru olur.						
15	İşlerinde başarılı olan insanlar nadiren psikiyatri hastası olmazlar.						
16	İnsanlar kötü şeyler düşünmezlerse, psikiyatri hastası olmazlar.						
17	Psikiyatri hastanesindeki hastalar pek çok bakımdan çocuk gibidirler.						
18	Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan insanların bakım ve tedavileri için devlet bütçesinden daha fazla para ayrılmalıdır.						
19	Bir kalp hastasında yalnız belli bir rahatsızlık vardır. Oysa bir psikiyatri hastası diğerlerinden tam anlamıyla farklıdır.						
20	Psikiyatri hastaları, anne ve babaların çocuklarıyla yeterince ilgilenemedikleri aile ortamlarında yetişmişlerdir.						
21	Psikiyatrik hastalığı olanlar bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilmemelidir.						
22	Psikiyatri hastanelerinde yeterli sayıda iyi eğitilmiş doktor, hemşire ve yardımcıları olursa psikiyatri hastalarının çoğu hastane dışında da belli bir uyumla yaşamlarını sürdürebilirler.						

23	İyileşme çabası gösteren her insan saygıya layıktır								
24	Bir kadının, şimdi tamamen iyileşmiş olsa bile, eskiden ciddi bir psikiyatri hastalığı geçirmiş bir adamla evlenmesi aptallık olur.								
25	Eğer psikiyatri hastalarının çocukları normal ebeveynler tarafından yetiştirilirlerse, muhtemelen psikiyatri hastası olmazlar.								
26	Psikiyatri hastanesinde yatmış olanlar bir daha asla eskisi gibi olmazlar.								
27	Pek çok psikiyatri hastası çok hasta olsa bile, ustalık gerektiren işi başarabilecek kapasitededir.								
28	Psikiyatri hastanelerimiz psikiyatri hastalarının bakılabileceği yerler olmaktan çok, hapishanelere benziyor.								
29	Psikiyatri hastalığı nedeniyle hastanede yatmakta olan kişi oy kullanmamalıdır.								
30	Çocukluk döneminde anne babanın ayrı yaşaması ya da boşanması pek çok insandaki psikiyatri hastalığının sebebidir.								
31	Psikiyatri hastanelerinde hastalarla başa çıkmanın en iyi yolu onları bir yerde kilitli tutmaktır.								
32	Psikiyatri hastanesinde yatmış bir hasta olmak, yaşamda başarısız olmak demektir.								
33	Psikiyatri hastanesindeki hastalara daha fazla özgürlük tanınmalıdır.								
34	Bir psikiyatri hastanesindeki hasta, eğer bir başkasına saldırırsa cezalandırılmalıdır. Böylece bir daha böyle davranmaz.								
35	Eğer normal ebeveynlerin çocukları psikiyatri hastası Ebeveynler tarafından yetiştirilselerdi muhtemelen psikiyatri hastası olurlardı.								
36	Psikiyatri hastanelerinin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olmalıdır.								
37	Kanun bir kadına, kocası ciddi bir psikiyatrik hastalık nedeniyle psikiyatri hastanesine yatar yatmaz ondan boşanma hakkı vermelidir.								
38	Psikiyatrik hastalık nedeniyle çalışmayacak durumda olan kişilere emekli olsun ya da olmasın yaşamlarını sürdürebilecek miktarda para yardımı yapılmalıdır.								
39	Psikiyatrik hastalık genellikle sinir sistemindeki bozukluklar nedeniyle ortaya çıkar.								
40	Nasıl bakarsanız bakın ciddi bir psikiyatrik bozukluğu olan artık gerçek anlamda insan değildir.								
41	Vaktiyle psikiyatri hastanesinde yatmış kadınların çoğu çocuk bakıcısı olabilirler.								
42	Psikiyatri hastanelerindeki hastaların çoğu nasıl göründüklerine dikkat etmezler.								
43	Üniversite hocaları, iş adamlarına kıyasla daha büyük olasılıkla psikiyatri hastası olabilirler.								
44	Psikiyatri hastanesine hiç yatmamış pek çok insan, psikiyatri hastanesindeki çoğu hastadan ruhen daha hastadır.								
45	Bazı psikiyatri hastaları pek iyi görünseler bile, bir an olsun onların psikiyatri hastası olduğunu unutmak tehlikelidir.								
46	Bazen psikiyatrik hastalık, yapılan kötü davranışlar için bir cezadır.								
47	Psikiyatri hastanelerimiz hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedecek şekilde düzenlenmelidir.								
48	Psikiyatrik hastalıkların başlıca nedenlerinden biri de, ahlak ve irade gücünden yoksun oluşturu.								
49	Bir psikiyatri hastanesinde, hastaların iyi beslenmeleri ve rahat ettirilmeleri dışında çok az şey vardır.								
50	Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta iyileşmedikçe hastaneden çıkarılmamalıdır.								
51	Psikiyatri hastanesindeki hastaların tümü ağrısız bir operasyonla kısırlaştırılmalıdır.								



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.20.05.04/57

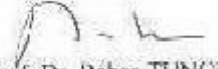
16 / 12 / 2010

Konu : Komisyon Kararı

**Sayın Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ**  
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu  
Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hasta ve Hastalıklara İlişkin Görüşleri" adlı araştırma için Komisyonumuz'a yapmış olduğunuz başvuru araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ilişkin 24/11/2010 tarihli ve 2010/83 sayılı Komisyon kararı ile Araştırma Başvurusu Değerlendirme Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerimizi arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Komisyon Başkanı

EKLER:

1- Komisyon'un 24/11/2010 tarihli ve 2010/83 sayılı kararı (1 sayfa)



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü




Sayı : B.30.2.MEÜ.0.42.00.00.302-08/181  
Konu : Klinik uygulama.

23/02/2011

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: 22/10/2010 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.42.00.00/302-14/106 sayılı yazımız.  
Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Nurdan ÖZDAMAR'ın "Üniversite Öğretim Elemanlarının Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin Görüşleri" konulu anket çalışması ile ilgili olarak Üniversitemiz Tıp Fakültesi Dekanlığından alınan Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Başkanlığının ilişikte yer alan 14/01/2011 tarihli yazı ile söz konusu anketin Tıp ve Eczacılık Fakülteleri ile Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarına uygulanmamasının uygun olacağı belirtilmektedir.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof. Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU  
Enstitü Müdürü

EKLER  
Ek-1 Yazı (2 adet)

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI BŞK.  
KAYIT TARİHİ 28.02.2011  
KAYIT NO 32

50



T. C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Genel Sekreterlik



Sayı : B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-1324/15267  
Konu : Klinik Uygulama

02/11/2010

MEÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26.10.2010 tarihli ve B.30.2.MEÜ.042.00.00-302.08/1058 sayılı yazı.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nurdan ÖZDAMAR'ın "Üniversite Öğretim Elemanlarının Ruh Hastaları ve Hastahklarına İlişkin Görüşleri" konulu anket çalışmasını 01 Aralık 2010 – 31 Mayıs 2011 tarihleri arasında B.riminiz öğretim elemanlarına uygulayabilmesi için gereğini rica ederim.

Prof. Dr.  EMEKDAŞ  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

EKLER :

- 1-Çalışma Planı (1 sayfa)
- 2-Veri Toplama Formu (3 sayfa)
- 3-Ölçek (4 sayfa)

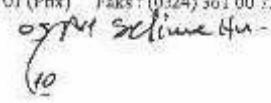
DAĞITIM :

Gereği :  
Fakülte Dekanlıklarına  
(Tarsus Teknik Eğitim Fakültesi Hariç)  
Beden Eğt. ve Spor Y.Okulu Müdürlüğüne  
Devlet Konservatuvarı Müdürlüğüne  
Sağlık Y.Okulu Müdürlüğüne  
Turizm İşl. ve Otelcilik Y.Okulu Müdürlüğüne  
Yabancı Diller Y.Okulu Müdürlüğüne

Bilgi :  
Sağlık Bil. Enst.Müdürlüğüne (Ek konulmadı)

T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü GELEN EVRAK	
05.11.10	1513

ME. Ü. Çiftlikköy Kampüsü 33342 / Mezitli - MERSİN Telefon : (0324) 361 00 01 (Phx) Faks : (0324) 361 00 73  
e-posta : meugs\_info@mersin.edu.tr Elektronik Ağ : www.mersin.edu.tr

  
10

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1982 yılında Mersin’de doğmuştur. Evli ve bir çocuk annesidir. İlk ve orta öğrenimini Mersin’de tamamladıktan sonra 2001 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunu kazanmıştır.2005 yılında mezun olduktan sonra 2008 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği bölümünde yüksek lisans eğitime başlamıştır. 2005 yılında Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışmaya başlamıştır. Halen aynı görevde çalışmaktadır.