

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

**PSİKİYATRİ ALANINDA VE
DİĞER KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
RUH HASTALARINA VE HASTALIKLARINA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ**

Müjde MORAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

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

**PSİKİYATRİ ALANINDA VE
DİĞER KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
RUH HASTALARINA VE HASTALIKLARINA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ**

Müjde MORAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

TEZ NO:.....

KABUL VE ONAY SAYFASI KONULACAK

TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlamamda bana destek olup, deneyimlerini benden esirgemeyen tez danışman hocam **Sn. Yrd. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER'e**,

Tezimin istatistiksel analizlerinde yardımları için; **Sn. Araş. Gör. Mehmet Ali Sungur** ve **Sn. Öğr. Gör. Semra ERDOĞAN'a**,

Eğitimim için hiçbir fedakarlığı esirgemeyen, desteklerini her zaman hissettiğim ve minnet borçlu olduğum aileme,

Uzmanlık eğitim süresini birlikte paylaştığım tüm arkadaşlarıma,

ve meslek hayatımın temellerini atan, insana ve hemşirelik mesleğine bakış açısıyla kendime her zaman örnek aldığım, hemşirelik mesleği için büyük bir kazanç olan değerli hocam Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürü **Sn. Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN'a** sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Hem. Müjde MORAN

NİSAN-2008

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
ÖZGEÇMİŞ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. PSİKİYATRİ TARİHİ.....	6
2.1.1. İlk Çağlar.....	6
2.1.2. Eski Çağlar.....	6
2.1.3. Orta Çağ.....	7
2.1.4. Rönesans.....	7
2.1.5. Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi.....	8
2.1.6. Türkiye’de Psikiyatrinin Tarihçesi.....	9
2.2. RUH SAĞLIĞI.....	10
2.2.1. Normallik- Anormallik.....	10
2.3. RUHSAL HASTALIK.....	11
2.3.1. Ruhsal Hastalık Belirtileri.....	14
2.3.2. Ruhsal Bozuklukların Nedenleri.....	14
2.4. HEMŞİRELİK, PSİKİYATRİ HEMŞİRESİ, TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRESİ.....	15
2.4.1. Ruh Sağlığı Çalışma İlkeleri.....	17
2.5. ETİKETLEME (STİGMA).....	18
2.5.1. Etiketlemenin Kaynakları.....	19
2.6. TUTUM.....	21
2.6.1. Tutumlarla İlgili Yapılmış Araştırmalar.....	22
2.7. ATASÖZLERİ.....	28

2.8. DEYİMLER.....	29
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	30
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	30
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ.....	30
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	30
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	31
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	31
3.6. ÖN UYGULAMA.....	33
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI	33
3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	34
4. BULGULAR.....	35
5.TARTIŞMA.....	67
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	85
6.1. SONUÇ.....	85
6.2. ÖNERİLER.....	85
7. KAYNAKLAR.....	88
8. EKLER.....	98
8.1. EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	98
8.2. EK-2 RUH HASTALARI ve HASTALIKLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLER ÖLÇEĞİ.....	101
8.3. EK-3 UYGULAMA PLANI.....	107
8.4. EK-4 İZİN YAZISI.....	108

TABLolar DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 2.3. Evinde Değerlendirme ile Saptanan Psikiyatrik Hastalıkların Sıklığı.....	13
Tablo 4.1. Psikiyatri ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	36
Tablo 4.2. Psikiyatri Alanı ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Özellikleri.....	38
Tablo 4.3. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin Görüş ve Davranış Özellikleri.....	40
Tablo 4.4. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına ilişkin Görüşlerinin Puan Ortalamaları.....	42
Tablo 4.5. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin OMI'ye Göre Faktörler Bakımından Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.6. Psikiyatri Alanında ve Psikiyatri Dışındaki Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin OMI'ye Göre Faktörler Bakımından Mesleki Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.7. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin OMI'ye Göre Faktörler Bakımından Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin Görüş ve Davranış Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.8. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelere Ait Değişkenlerin Kendi İçlerinde OMI Faktörleri Bakımından Sosyo – Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.9. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelere Ait Değişkenlerin Kendi İçlerinde OMI Faktörleri Bakımından Mesleki Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.10. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelere Ait Değişkenlerin Kendi İçlerinde OMI Faktörleri Bakımından Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin Görüş ve Davranış Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	63

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

Ark: Arkadaşları

BMJ: British Medical Journal

DSM: Dynamic Spectrum Management

MEÜ.TFH: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

SML: Sağlık Meslek Lisesi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

OMI: Opinions About Mental Illness Scale

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına İlişkin Görüşleri

Bu çalışma, Eylül 2006- Ağustos 2007 tarihleri arasında psikiyatri alanı ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin psikiyatrik hastalara ve hastalıklara ilişkin tutum ve davranışlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 207, Mersin Devlet Hastanesinde çalışan 295, Mersin Toros Devlet Hastanesinde çalışan 227 ve Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan 92 olmak üzere toplam 821 hemşire oluşturmaktadır. Örneklemi Tabakalı Rastgele Örnekleme yöntemiyle seçilen 279 hemşire oluşturmıştır. Ancak araştırmaya katılmayı kabul eden 224 (%80,3) hemşireden yanıt alınabilmiştir.

Veriler, Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği (Opinions About Mental Illness Scale-OMI) ve 16 soruluk hemşirelere yönelik Kişisel Bilgi Formu kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda Statistical Package for the Social Sciences programında (SPSS) Kolmogorov-Simirnov, X² (Ki-Kare), Independent t, ANOVA, Post Hoc testlerden Bonferroni testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, diğer kliniklerde çalışanlara göre; çoğunlukla Sağlık Meslek Lisesi mezunu oldukları (%36,5), çalışma sürelerinin daha az olduğu (1-5 yıl %33,8) ruhsal sıkıntı hissettiğinde psikiyatrist veya psikologa daha fazla gittikleri (%90,5), ruh hastalarının zeka durumunu “hiç zeki değil” biçiminde algıladıkları (%33,8) ve psikiyatrik rahatsızlığı olan birisiyle aynı iş yerinde çalışmak için belirli ön koşullar öne sürdükleri görülmüştür (%45,9).

Genel olarak hemşirelerin çoğunluğu 20-27 yaş arasında (%35,7) ve evlidir (%53,6). Yarıdan çoğunun (%53,1) çocuğu bulunmamakta, %84,4’ünün ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmamakta ve ailesinde ruhsal hastalığı bulunan bireylerle birinci derece akrabalığı bulunmaktadır (%61,8). %74,1’inin daha önceden psikiyatri biriminde çalışma deneyimi yoktur. Psikiyatri deneyimi olanların yarısının (%50,0) bir yıl çalışma deneyimi bulunmakta ve %54,9’u ruh hastalarının “bazılarının tehlikeli olduğu” görüşünü savunmaktadırlar.

Çalışma sonucunda; psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin otorite puan ortalaması psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerden daha yüksek saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal hastalığa sahip bireylerin normal insandan farklı ve değersiz olduğu görüşünü savundukları saptanmıştır.

Sonuç olarak psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşireler ruh hasta ve hastalıklarına karşı psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere göre daha olumlu tutum eğilimi içindedirler.

Anahtar sözcükler: Hemşire, Psikiyatri Kliniği, Ruh Hastalığı, Ruh Hastalıkları, Görüşler

ABSTRACT

The Opinions of The Nurses Working at Psychiatric Field and Other Clinics About Psychiatric Disorders and Patients

This study is evaluated descriptive and analytically for investigating the opinions of the nurses working at psychiatric field and other clinics from September 2006 to August 2007 about psychiatric disorders and patients. The universe of the study is consists of 821 nurses; 207 nurses working at the Mersin University Faculty of Medicine Research and Practice hospital, 295 nurses working at the Mersin Government Hospital, 227 nurses working at Mersin Toros Government Hospital, 92 nurses working at Adana Dr. Ekrem Tok Mental Health and Disorders Hospital. Sample is formed by 279 nurses determined by Stratified Random Sampling, although 224 nurses (80,3%) responded.

Datas were collected by using Opinions About Mental Illness Scale-OMI and a Personal Information Form oriented for nurses consists of 16 questions. The collected data is evaluated with a computer by using Statistical Package for the Social Sciences Program and Kolmogorov-Smirnov, X^2 (Ki-Kare), Independent t, ANOVA, Bonferroni test from Post Hoc tests were used.

The nurses working at the psychiatric clinics are generally graduated from Health Vocational High School (36,5%), much more going to see a psychiatrist or psychologist when feeling mental distress (90,5%), perceiving mental status of the psychiatric patients as “not intelligent” (33,8%), proposes specific conditions for working together with a person who has a psychiatric disorder (45,9%) the compared to nurses working at other clinics.

Generally the nurses are at 20-27 years old (35,7%), married (53,6%), dont have a child (53,1%), dont have a family history of mental disorder (84,4%), have a first degree relative who has a family history of mental disorder (61,8%), have 1-2 years working period at the unit they are working (41,5%), dont have experience of working at psychiatric unit (74,1%), have 1 year experience of working who have experience of working at psychiatric unit (50,0%) and defending the opinion “some of the psychiatric patients are dangerous” (54,9%).

At the end of the study; the average authority score of the the nurses working at psychiatric clinics determined higher than the the nurses working at non-psychiatric clinics and this discrimination is found to be statistically meaningful. It is evaluated that the the nurses working at psychiatric clinics depends the opinion “the individuals who have a mental illness are different, worthless than the normal people” compared to the the nurses working at non-psychiatric clinics.

As a result; the nurses working at non-psychiatric clinics have much positive opinions about the mental illnesses and patients.

Keywords: Nurse, Psychiatric Unite, Mental Illness, Mentally Ill Patients, Opinions

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1980 yılında Adana’da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Adana’da tamamladıktan sonra 1999 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünü kazanmıştır. 2003 yılında mezun olduktan sonra özel bir hastanede üç yıl hemşire olarak çalışmıştır. 2004 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği bölümünde yüksek lisans eğitime başlamıştır. 2006 yılında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmaya başlamıştır. Halen aynı görevde çalışmaktadır.

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ

Ruhsal ve fiziksel sağlık insan yaşamındaki en değerli kavramdır. İnsanın sosyal bir varlık olarak kendisinden beklenen işlevleri yerine getirmesi, üretken olabilmesi, kendisinin, ailesinin ve ülkesinin gönenci ve mutluluğu için bir şeyler yapabilmesi ancak sağlıklı olması ile gerçekleşebilir (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlık; “yalnızca hasta veya sakat olmamak değil; beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir” (3,4,5,6,7).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmeti” denir. Sağlık hizmetlerinin üç boyutu vardır: koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon (8).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani onları hastalıktan korumaktır. Ancak, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz ve bazıları hastalanabilir. İşte o zaman sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastalıkların tedavisi” söz konusu olur. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir (8).

Ruh sağlığı hizmetleri sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Alma-Ata Bildirgesi (1978), temel sağlık hizmetlerinin, yapısı gereği ruh sağlığı hizmetlerini de kapsayacak şekilde bütüncül olması gerektiğini vurgulamaktadır (9). Ruh sağlığı hizmetleri bir ekip hizmetidir ve ekip üyelerinin; birlikte, uyum içinde ve tutarlı biçimde hastaya yaklaşımları verilen hizmetin kalitesi açısından önemlidir (10). Ruhsal bozukluğu olan hastalarla karşılaşan ve onlara bakım veren hemşirelerin bu hastalara yönelik tutum ve davranışları çok önemlidir. Sadece psikiyatri kliniklerinde değil diğer kliniklerde çalışan hemşireler de psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarla karşılaşmakta ve bakım vermektedir. Yani hemşirelerin hizmet verdiği her alanda ve çevrede ruhsal sorunları olan kişiler bulunmaktadır. Bu nedenle, hemşire sağlığın korunmasında ve tedavi hizmetlerinde hemşirelik bakım planını, bütüncül yaklaşım kavramı içerisinde ele alıp gerçekleştirmelidir (11).

Her kültürde duygusal (emosyonel) ya da ruhsal farklılığı anlatan kavramlar vardır. Çeşitli kültürlerde bu farklılıklar aynı terimler ile ifade edilmemektedir. Uzman olsun ya da olmasın, birçok kişi gördüğünde ruh hastasını ya da ruhsal bozukluğu tanır (12).

Ruh sağlığı bozulan kişi genellikle duygu, düşünce ve davranışlarda değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık ve yetersizlik gösterir. Bu özellikleri taşıyan duygu, düşünce ve davranışların ruhsal bozukluk olup olmaması; bunların şiddeti, süresi, ortaya çıktığı çevre, toplum, kültür, kişinin olanak ve yetenekleri, gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmaması gibi birçok değişkene göre değerlendirilir (2,13,14). Ruhsal sağlığı bozuk sayılabilecek kişinin aşağıdaki kriterleri taşıması gerekir:

- Duygu, düşünce ve davranışlardaki tutarsızlık, aşırılık ve yetersizliğin sürekli ya da yineleyici olması
- Bireyin verimli çalışmasının bozulması
- Kişiler-arası ilişkilerin bozulması (2).

Çeşitli sosyal araştırmalar, sosyal destek sisteminin ve toplumda istihdamın önemini, bunlar olmadığında ruh sağlığının bozulması riskini göstermiştir (15). Toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili tutumlarının genelde olumsuz olduğu ve bu olumsuz tutumların ruh hastalarının günlük uygulamalarında çeşitli zorluklar yarattığı bilinen bir durumdur (16). Hastaların özellikle etiketlenme ve damgalanma korkusu ile psikiyatrik tedaviden kaçındıkları da bilinmektedir. Öte yandan hastalar tedavi için başvurduklarında sağlık kurumunda çalışanların tutumları da tedavi açısından önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımları bu hastaların tedavi için başvurmalarını engelleyici rol oynamaktadır (17).

Farklı toplumların düşünce, tutum ve inançları farklı olabildiği gibi, aynı toplum içinde de farklı düşünce, tutum ve inançlar olabilir. Bireylerin ruhsal sorunu olan insanlara karşı oluşturduğu olumsuz tutumlar, hastanın toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi bir engel oluşturur ve ruhsal sorunu olan bireylerin topluma uyumunu sınırlar. Ruhsal sorunu olan bireylere karşı toplumsal tutumlar, 1940'ların son yıllarından bu yana pek çok çalışmaya konu olmuştur. Bu çalışmalar sonucunda; ruhsal sorunu olan bireylere karşı toplumun aynı anda hem olumlu hem de olumsuz bir tutuma sahip olduğu görülmüştür. Örneğin sağlık personeli hem olumlu hem olumsuz bir tutum göstermiştir. Tutumlar, davranış ve yaklaşımları etkilediği için, sağlık personeli bu gibi hastalara bakım (hizmet) verirken güçlük çekebilir ya da hizmetten kaçınabilirler. Ayrıca sağlık çalışanlarının, toplumda bu hastalara yönelik olumlu tutum içinde olması,

diğer insanlar için model oluşturması ve toplumu olumlu yönde etkilemesi önemlidir (18,19). Ruhsal bozukluğu olan kişilerin etiketlemeleri devam etmektedir ve günümüzde bile ruhsal bozukluğu olan bir kişi fiziksel hastalığı olan birinden daha fazla etiketlenmeye maruz kalmaktadır. Etiketleme ve ruhsal hastalık nedeniyle acı çeken insanlar, üstesinden gelinmesi gereken pek çok engelle karşı karşıya kalmaktadır (20).

Son yıllarda ruh hastalıklarının görülme sıklığı dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır ve ekonomik sıkıntılar, zorlu iş koşulları, parçalanmış aile yapısı, azalan sosyal destek vb. nedenler bu sonuçta önemli rol oynamaktadır (21). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Ulusal Ek-tanı Araştırması'nda DSM-III-R ölçütlerine göre 12 aylık ve ömür boyu psikiyatrik hastalık riski incelenmiş ve hayat boyu herhangi bir psikiyatrik hastalık gözlenme riski kadınlarda %47.3 ve erkeklerde %48.7 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada, ruhsal hastalıkların yaş, cinsiyet, etnik grup gibi demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği de saptanmıştır. Örneğin, depresyon ve alkolizm prevalansı kadın ve erkeklerde anlamlı farklılık göstermektedir: Çalışmada hayat boyu majör depresyon prevalansı kadınlarda %21.3 ve erkeklerde %12.7 iken, alkol bağımlılığı yaşam boyu prevalansı kadınlarda %8.2 ve erkeklerde %20.1 olarak bildirilmiştir. Ayrıca aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre şizofreni, anksiyete bozuklukları ve alkolizmin kalıtsal özellikler gösterdiğine ilişkin çok sayıda araştırmadan ve olası risk genlerinin varlığından söz edilmekte ise de, bu tür hastalıklardan sorumlu kesin bir genin henüz bilinmediği bildirilmektedir (21).

Tedavi edici ortamın sağlanması ve sürdürülmesi; hemşirelik etkinliklerinin ve bakımın temel parçalarından biridir, ortamın özelliklerinin ve öneminin anlaşılması hemşireler için ayrı bir önem taşımaktadır. Hemşireler, ekip içinde hasta ile en uzun süre zaman geçiren kişilerdir. Yataklı hasta bölümlerinde ise ortamın yöneticisi, yürütücüsü ve aynı zamanda kullanıcısıdırlar. Hemşirenin hastanın çevresini kontrol etme ve oluşturma konusunda sorumluluğunu ilk tanımlayan Florence Nightingale olmuştur. Nightingale'den bu yana, hastanın bulunduğu ortam ve ortamın tedavi edici nitelikte yönetimi; her alandaki hemşire rollerinin önemli bir yönü olmayı sürdürmektedir. Hastanın içinde yaşadığı kişilerarası ortamın terapötik oluşu ya da olmayışı neredeyse tamamen, hemşirelik ekibinin becerilerine ve ilgili olmasına bağlıdır. Bu nedenle hemşirelerin, çevrenin hasta üzerindeki etkisini anlaması ve bunu bilinçli olarak hasta yararına kullanabilmesi gerekir (22).

Hastanın çevresinde tedavi edici bir öge olabilmek için, hemşirenin gerek insan davranışları, gerekse insanların gereksinimleri, duyguları ve bu duyguları belirtme yolları üzerinde bilgi sahibi olması gerekir. Hemşirelerde farkındalık düzeyinin artması, yaşadığı durumlar karşısında verdiği tepkilerin zenginleşmesi, başka bir anlatımla ilişkilerinde ve yaşamında farklı yolları keşfetmesi anlamını taşımaktadır. Sağlıklı ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesi yine karşılıklı olarak bireylerin düşünce, duygu ve davranışlarının farkında olmaları ile sağlanabilir. İnsanlar konusunda bilgi edinebilmesi için ise, hemşirenin öncelikle kendini tanıması ve çevresindekiler üzerinde bırakmış olduğu etkileri anlayabilmesi önemlidir (23). Ruh sağlığı açısından insanın çevresi içinde de ele alınmasının ve çevrenin hasta kişilere yönelik tutum ve davranışlarının önemini gündeme getirmektedir. Olumlu tutum hastaları rahatlatıcı, çevreyle bütünleştirici, tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Buna karşılık olumsuz tutumlar, hasta ile çevre arasındaki uçurumun daha da artmasına, hastanın toplumsal ilişkilerden iyice kopmasına ve bunlara bağlı olarak tedaviye direnç geliştirilmesine neden olmaktadır (24).

İnsanlar tutumlara sahip olarak doğmazlar, onları sonradan öğrenirler. Tutumların değişimi çok güç olsa da zaman içinde değişim ve gelişim gösterebilirler. Literatürde yer almış, tutumlarla ilgili yapılan pek çok çalışmada gözlemlediğimiz ortak olgu toplumun farklı kesimlerindeki pek çok kişinin psikiyatrik hasta ve hastalıklar hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığıdır. Geçmişten günümüze psikiyatrik hastaya yönelik olan olumsuz tutumlar, damgalamalar günümüzde oldukça azalmış olsa da akıl hastalarına karşı olumsuz tutumlar halen devam etmektedir. Toplumun bu hastaları saldırgan, kontrolsüz ve davranışı kestirilemeyen bireyler olarak tanımladığı görülmektedir. Türkiye’de 1971 yılından itibaren toplumun, ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik tutum kapsamı içinde inançlar, araştırmalarla belirlenmeye çalışılmıştır. Geçmişten günümüze değin bu araştırmalar incelendiğinde, özetle inancın kavramsal açıdan araştırıldığı, ruhsal hastalıklara yönelik birey ve toplum inançlarının belirlendiği, toplum, hasta yakınları, sağlık çalışanları ve diğer meslek gruplarına yönelik çalışmaların yürütüldüğü, ancak toplum değerleriyle ilgili çalışmalara daha çok gereksinimin duyulduğu, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançtan olumlu inanca yönelik ılımlı bir geçişin olduğu, araştırmalar gerçekleştirilirken ruhsal hastalıklara yönelik inancın tutum çatısı altında bireyden daha geniş toplumlara yayılarak ülkesel veya bölgesel değerlerin belirlendiği, ancak inanç ölçeğinin olmadığı fark edilmektedir (7).

Tutum araştırmaları; hem bu tutumların daha ayrıntılı irdelenmesi hem de olumlu yönde değiştirilebilmesi açısından gereklidir. Ruhsal bozukluğu olanlara ilişkin olumsuz tutumların değiştirilmesiyle, bu hastaların ve ailelerinin yaşadığı acı ve kayıplarının azaltılmasına ve onların toplumla bütünleşmelerine olumlu katkıları olabilecektir. Davranış ve tutumlarımızı değiştirerek, daha şefkatli bir yaklaşım sergileyerek ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin yaşamında son derece büyük farklılıklar yapabiliriz (25).

1.2. ARAşTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ

Psikiyatri kliniğinde ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastaları ve hastalıkları ile ilgili görüş ve yaklaşımları içinde yaşadıkları toplumdan etkilenebilmektedir. Ancak mesleki biçimlenmeleri yönünde aldıkları temel eğitim, hemşire tutumlarının toplumdaki yaygın tutumdan farklılaşmasını sağlayan en önemli etmendir. Hemşirelerin ruhsal sağlığı bozuk hastalara ve ruh hastalıklarına yönelik tutumları, onların verdiği sağlık hizmetini de biimlendirecektir. Hemşirelerin ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin görüşleri; onların tutum ve davranışları ile yakından ilişkili olduğundan bu görüşlerin bilinmesi, hemşirelerin verdikleri bakım hizmetinin niteliği hakkında da bir fikir edinmemizi sağlayacaktır. Hemşireler aynı zamanda; toplumdaki ruh hastalarına ve hastalıklarına yönelik olumsuz tutumları ve bu kişilerin damgalanmasını değiştirmesi beklenen gruplardan biridir. Bu nedenle bu çalışmada hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Psikiyatrinin gelişiminde tıbbi ilerlemelerin yanı sıra sosyal, kültürel ve ekonomik değişimlerin de etkisi olduğu görülmektedir. Bu nedenle psikiyatri tarihi yalnızca tıp tarihinin değil, düşünce ve kültür tarihinin de önemli bir alanıdır. Kültür bir toplumu oluşturan bireylerin bilinçlerinde oluşur ve niteliğini bireyler arasındaki etkileşimi belirler. Kültürel sürece kültürün kendisi değil, bireyler neden olur ve kültürel süreçler birlikte yaşamının doğal sonucu olarak ortaya çıkan gereksinimler tarafından yaratılır. Dolayısıyla belirli bir toplumun sosyal koşulları ve kültürel değerleri, o toplumun sağlık-hastalık yapısını, düzeyini dolaylı veya dolaysız yollardan etkilemektedir. Hastalıkların tanınması, sınıflandırılması ve nedenleri kültürler arasında farklılık göstermektedir (26,27).

Toplumun yapısını, adetlerini, göreneklerini, batıl inançlarını, tutum, inanç ve değer yargılarını bilmek; topluma sunulan sağlık hizmetinin etkililiğinde gereklidir. Ruh sağlığı sorunlarına yönelik tutumların bilinmesi ruh sağlığı hizmetlerinin etkililiği açısından ayrıca önemlidir. Ruh hastalarına ilişkin tavır, tutum ve görüşler eski çağlardan bu yana pek çok değişim geçirmiştir (28).

2.1. PSİKİYATRİ TARİHİ

2.1.1. İlk Çağlar

İlk çağlarda, hastalıkların doğaüstü güçlere bağlandığı, “animistik düşünce” egemendi. Doğa karşısında güçsüz olan insan, anlayamadığı olayları doğaüstü güçlerin etkisine bağlayarak kendine savunma yolları aramıştır. Bu çağda diğer bütün hekimlik dallarında olduğu gibi, insanın kendi ruhsal sıkıntılarını açıklama ve bununla savaşma yolları büyüsel düşünce doğrultusunda yapılmaktaydı (29).

2.1.2. Eski Çağlar

İlk kez Hipokrat (MÖ 5.yy), hastalıkların doğaüstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu söylemiştir. Aynı dönemde Eflatun ve Aristo da büyüsel düşüncenin geçersizliğini belirtmişlerdir. Yine bu dönemde Hipokrat’ın histeri ve melankoli terimlerini kullandığı ve tapınaklarda hastaların uyutuldukları, düş yorumlarının ve

telkinlerin yapıldığı görülmektedir. Hipokrat ruh hastalarından korkmak yerine, onlara şefkat ve iyilikle davranılması gerektiğini savunmuştur (29,30).

Hipokrat'tan sonra Eflatun, Aristo, Aesclepiades, Ciero, Soranos gibi filozoflar da akıl hastalıklarının doğal olaylarla açıklanmasına katkıda bulunmuşlardır. Hatta akıl hastalığı sadece korkulan ve rahatsız olunan bir durum olmaktan çıkmış, hakkında daha kabullenici ve insancıl yorumlar yapılmaya başlanmıştır. Örneğin, Erasmus Deliliğe Övgü adlı eserinde akıl hastalıklarına karşı toplumda varolan yargıların tamamen dışına çıkarak deliliğin bilgelik ve kendini bilge sanmak olduğunu ileri sürerek deliliğe övgüler yağdırmıştır (31).

2.1.3. Orta Çağ

Ortaçağ Avrupa'sında büyüsel düşünce yeniden ağırlık kazanmış, ruh hastaları şeytanın yakaladığı bir büyücü olarak görülmüş ve yok edilmişlerdir. 12. ve 13. yüzyıllarda kilisenin uygulamalarına tepkiler artmış, sonrasında gelen Rönesans etkisi ile akılcı ve bilimsel düşünce akımları gelişmiştir. 16. ve 17. yüzyılda, İslam ve Yunan düşünürlerin etkisinde kalan Avrupa toplumunda tıp alanında büyük değişikliklere yol açacak bir ortam doğmuştur. Bu gelişmeler ile insan anatomisi ve fizyolojisi üzerinde nesnel çalışmalar başlatılmıştır. Hastalar kentlerden uzakta, toplumdan tecrit ediliyor, zincirlere vuruluyor, tedavide hastanın içindeki şeytanı çıkarma amacıyla işkence, korkutma ve dayak kullanılıyordu. Halk hastalardan korkuyor, aşağılıyor ve alay ediyordu (32,33).

2.1.4. Rönesans

İlk olarak 17. yüzyılda, ruh hastaları hakkındaki kararın din adamları tarafından değil, hekimlerce verilmesi kabul edilmiştir. 18.yüzyılda, Fransız hekim Pinel tarafından planlı psikoterapinin temel ilkeleri belirtilmiştir. Pinel'in başlattığı bu akım diğer Avrupa ülkeleri ve Amerika'ya yayılmış ve ruh hastalarını tedavilerinin hastanelerde ve bakım evlerinde yapılması görüşü uygulama alanı bulmuştur. Akıl hastaları yakılmaktan kurtulmuş ancak bu kez de son derece kötü mekanlara kapatılmaları söz konusu olmuştur. 1956 yılında Paris'de genel hastanenin kurulması ilk bakışta reform gibi görünen bir uygulama olmasına karşın, aslında hiçbir tıbbi temele oturtulmamıştır. Bu genel hastaneler ev, hastane, huzurevi gibi varolan pek çok kurumu

birlikte ele almış; hastaların yanı sıra fakirlerin de buraya kapatılmasını öngörmüş ve akıl hastaları ile bu kez de fakirler toplumdan tecrit edilmişlerdir (32,34,35).

2.1.5. Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi

19. yüzyılda önemli çalışmalar Alman ve Fransız ruh hekimlerince yapılmıştır. Fransa’da Morel, Magnan, Charcot ve Piere Janet; Almanya’da ise Meynert, Kraepelin, Breuer, Freud, Jung ve Adler çağdaş psikiyatrinin kurucusu olmuşlar ve yeni hastalıklar 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.

Hipnoz olgusunu ortaya atan Mesmer, klasik koşullanma ile Pavlov, histeri ve nöroloji alanında Charot, ruhsal bozuklukların anlaşılmasında ve dinamik psikiyatrinin gelişmesinde Piere Janet, Carl G.Jung ve Sigmund Freud çağdaş psikiyatrinin gelişimindeki önemli kişilerdir. Bu değişiklikler akıl hastalıklarına karşı daha bilimsel ve çağdaş bir yaklaşımın gelişmesini sağlamıştır. Bunlar arasında ilklerden kabul edilen ve oldukça önemli olan gelişme 1795’de Fransız hekim Pinel’ in akıl hastalarını zincirlerinden kurtarması olmuştur. Bu konuda asıl çığır 19. yüzyılın sonunda geliştirdiği Psikanaliz kuramı ile Sigmund Freud açmıştır. Freud çoğunluğu nevroitik davranış bozukluğu gösteren hastaların arasından, özellikle histeri belirtileri gösterenleri giderek artan bir ilgiyle incelemiştir. Harry Stack Sullivan’ın kuramı ise, insanlar arası ilişkilerdeki davranışları vurgulamıştır. Gerek kişilik ve gerekse tedavi kuramcıları için temel veriler, ilişkiler içinde geliştirilen tepkilerdir diyen Sullivan’a göre, psikolojik sorunların tedavisi insan ilişkileri üzerine kurulmuştur. Bir başka deyişle, insanları diğer insanlar hasta ettiğinden, onları yine insanların iyi edebilecekleri ileri sürülmüştür. Bu dönemlerde yaşanan gelişmelerden bir diğeri de Pavlov’un köpeklerle yaptığı çalışmalarıyla uyaran-refleks arasındaki ilişkiden hareketle koşullu tepki; öğrenme ilkeleri kuramlarını oluşturmasını ve psikoloji ile psikiyatriye ayrı bir boyut olarak davranışçı okulu kazandırmasını sağlamıştır. Böylelikle koşullanma ilkeleri; duygu tepkilerine uygulanabilmiş, aşk, öfke, tutku, fobi gibi tepkilerin izlenmesinde kullanılabilmiştir (29,30,32,36,37,38).

Yakın geçmişe baktığımızda; 1930’larda Portekizli Moniz psikiyatrinin, beyin loblarını kesip akıl hastalıklarını tedavi etme girişiminin ilk uygulayıcısı olmuş ve uygulama yayılmıştır. Moniz, Nobel’le ödüllendirilmiştir. Bu duruma tepkiler gecikmemiş, bu yöntemi uygulayanları ‘parsiyel ötenazi’ yapmakla, insanların ruhlarını öldürmekle, akıl hastalarından robotlar yaratmakla suçlamışlardır. Uygulayıcıların savunmalarda ise dönemin ruhu yaşamaktaydı. BMJ’in (British Medical Journal) 1951’deki sayısında editör yazısındaki ‘bilimsel’ savunmanın özeti şu idi: insanın ruhu nasıl ki ölümle ölmüyorsa, lobotomi ile de ölmez! Bu tartışmaya, Papa XII. Pius, uygulamaya olur vermiş ve gerekçesini şöyle açıklamıştır: ‘Bütün için parça feda edilebilir...’ Bu ifade, topluma genellenirse, çıkan sonuç ürkütücü olabilmekteydi: akıl hastaları, toplumun feda edilen bir parçası haline gelebilmektedir (39).

2.1.6. Türkiye’de Psikiyatrinin Tarihçesi

İslamiyet öncesi Orta Asya Türklerinin hastalık anlayışı ve tedavi yöntemleri Şamanizm’e dayanmaktadır. Tedavi görevini üstlenmiş olan Şaman, cinlerin, kötü ruhların, şeytanın etkisiyle hastanın bedenini terk eden iyi ruhların geri dönmesi için Gök Tanrı’ya yalvarırmış. Doğu Karahan’da yaşayan Türk şairi Yusuf Has Hacıp’in yazdığı Kutadgu Bilig adlı manzumede, bedensel ve ruhsal hastalıkları ilaçla tedavi eden hekimlerin yanında, eski Türk toplumlarında yer alan Gök Tanrı ile bağlantı kuran büyücülerin de olduğu belirtilmiştir (29). İslamiyetin kabulünden ve diğer İslam toplumları ile yakın ilişkiye girilmesinden sonra Türklerde hastalık anlayışı geleneksel İslam tıbbına göre olmuş, fakat Şamanizm’in etkisinde de kalmıştır (40).

İslam uygarlığında İslam bilginlerinden başka Hristiyan, Hintli, İranlı bilginler de yer almış, bunların hemen hepsi hekimlik, sağlık ve tıp alanındaki eserlerini Arapça yazmışlardır. Eski Yunan filozoflarının yapıtları da Arapça’ya çevrilmiştir. 10. yüzyılın ortalarına kadar süren bu gelişmeler İslam dünyasının felsefe, bilim ve tıp alanlarında gelişmesini sağlamıştır (38).

11. yüzyılda yaşamış olan İbn-i Sina hekimlik alanında önemli gelişmeler yaratmıştır. İbn-i Sina ruhu bitkisel, hayvansal ve insani olarak üç öğeye ayırmıştır. Bitkisel ruhun beslenme ve üreme, hayvansal ruhun algılama ve hareket, insani ruhun da yüksek idealler ve ahlaki değerleri yürütme işlevi olduğunu savunmuştur (40). 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 (29).

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 (Bimarhanesi) Akıl Hastanesi Cumhuriyet dönemine kadar Türkiye'nin tek akıl hastanesi olmuştur. Buranın başhekimliğini yapan Mazhar Osman, çağdaş Türk psikiyatrisinin kurucusu olarak bilinmektedir (30).

Bu darüşşifaları Amasya, İstanbul, Edirne, 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 akıl hastalıkları dersleri vermiştir. Böylelikle Türkiye'de çağdaş psikiyatri kuramsal ve uygulamalı olarak Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde başlamıştır (29).

Raşit Tahsin ve köhnemiş olan Toptaşı tımarhanesini 1927'de Bakırköy'e taşıyan Mazhar Osman Uzman gibi efsaneleşmiş isimleri; Gülhane'de Nazım Şakir, üniversitede İhsan Şükrü Aksel ve Fahrettin Kerim Gökay izlemişlerdir. 20. yüzyılın ilk yarısında Türk psikiyatrisinin temsilcisi olan bu hekimler Türkiye'de Kreapelin okulunu izlemişlerdir (40). 1945'de Ankara Tıp Fakültesinin kuruluşu ile psikiyatri kliniğini kuran Rasim Adasal ise psikiyatridi topluma tanıtan hekim olmuştur (30). Son yıllarda hızla çoğalan üniversite psikiyatri poliklinikleri ve giderek çağdaş görünüme bürünen Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri sayesinde akıl hastalıkları toplum tarafından daha çok tanınır hale gelmektedir (29,30,38).

2.2. RUH SAĞLIĞI

Ruh sağlığı, "kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi" olarak tanımlanabilir (2,13,14).

2.2.1 Normallik- Anormallik

Bu kavramlar görelî olduğu için psikologlar, sosyologlar bazı normlar geliştirmişlerdir. Pilgrim ve Rogers'ın aktardığına göre Buss'un belirttiği normlar şunlardır:

1. İstatistiksel kavram: Buna göre, bir toplumda en sık görülen davranışlar normal, nadir görülenler anormaldir. Bu yaklaşım sosyolojideki norm kavramına yakındır. Ancak istatistiksel kavram kültürler arasında, hatta aynı kültürde bile iyi bir gösterge olmayabilir. Örneğin, aynı kültürde kırsal kesimde yavaş konuşma normalken, kentsel kesimde hızlı konuşma normal olabilir. Normal ile normal olmayan, kültürden kültüre göre değişen görel kavramlardır. Psikologlar normal ve anormal arasında bir süreklilik olduğunu savunurlar (41).

2. İdeal kavram: Bu kavramın psikanalizden ve diğer insancıl psikolojiden köken alan iki yönü vardır: Birincisinde normallik, “bilinçliliğin bilinçdışı özellikler üzerindeki üstünlüğü” olarak tanımlanırken; ikincisinde “ideal insan kendini gerçekleştiren insandır”. Pilgrim ve Rogers’a göre Jahoda bu iki psikolojik eğilimi birleştiren ve olumlu ruh sağlığı için gerekli gördüğü altı ölçüt öne sürmüştür:

- a. Ruhsal güçlerin dengesi
- b. Kendini gerçekleştirme
- c. Strese dayanıklılık
- d. Özerklik
- e. Yeterlilik
- f. Gerçeklik algısı

3. Özgül davranışların varlığı: Uyumsuz (maladaptif) davranış, istenmeyen ya da kabul edilemez nitelikteki davranıştır. Bu normun güçlü yanı, anormalliği neyin oluşturduğunu ortaya koyması; zayıf yanı ise değer ve normların açık olmamasıdır. Bu davranışların istenmediğine ya da kabul edilemez olduğuna kimin karar vereceği açık değildir.

Bozuk bilişler (cognitions): 1970’li yıllarda davranışa yapılan vurgu azalmış ve yerini bilişsellik almıştır. Sonuçta psikologlar davranışlar olarak içsel olayları tedavi etmeye başlamışlardır. Ruh sağlığı ve hastalıklarında uzman bakış açıları belli bir inandırıcılığa sahiptir. Ancak sağlık ve hastalık kavramlarının görel kavramlar olduğu da unutulmamalıdır (41,42).

2.3. RUHSAL HASTALIK

Psikiyatrik ya da psikolojik bir yardıma gereksinim duyacak şekilde bilişsel, davranışsal, 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. Psikiyatrik bozukluklar rahatsız edici, acı verici, bireyi ve çevreyi mutsuz eden, çalışma arzusunu azaltan türden belirtiler içerir (43).

Ruhsal bozukluklar, genel sağlık çerçevesi içinde tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de en başta gelen sorunlardan biridir. Çünkü;

- Epidemiyolojik açıdan büyük hasta sayıları söz konusudur.
- Bireye, aileye ve topluma en çok acı veren rahatsızlıkları içerir (şizofreni, depresyon, kronik alkolizm gibi)
- Bilgisizlik, korku ve ön yargıların en çok görüldüğü, bu yüzden hastaların tanı ve tedavilerinin güçleştiği rahatsızlıklardır (2).

Türkiye'deki ruh sağlığı ile ilgili durum, çok sayıda araştırma olmamasına karşın, yoğun bir hasta popülasyonunun varlığına işaret etmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü işbirliğiyle hazırlanan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu" bu konuda en kapsamlı araştırmadır (1998). Bu rapor hazırlanırken araştırma deseni Türkiye'yi temsil edecek şekilde planlanmıştır. Bu çalışma sırasında ev ev gezilerek toplam 7479 kişi standart yöntemlerle psikiyatrik açıdan değerlendirilmiştir. Rapora göre Türkiye genelinde psikiyatrik hastalığa yakalanma sıklığının %17.2 olduğu bulunmuştur. Bu sonuç çarpıcı bir duruma işaret etmektedir. Ülkemizde her beş kişiden birinde tanı konabilir psikiyatrik bir rahatsızlık bulunabilmektedir. Kent merkezinde yaşayanlarda, dul ya da boşanmışlarda, kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda psikiyatrik hastalık sıklığı daha da artmaktadır. Evlerinde yapılan tespit ile %17.2'lik dilimi oluşturan ve psikiyatrik hastalık tanısı konan kişilerin, bu hastalıkları nedeniyle ortaya çıkan iş gücü kaybı ve yeti yitimi bedensel hastalığı olanlardan daha fazladır. İş gücü kaybı ve yeti yitimi her hastalık için geçerli bir durumdur. İş gücü kaybı ve yeti yitiminin değerlendirilmesinde, hastalık nedeniyle yataktan çıkamama, ev işlerini ya da mesleğini yapamama ve çevreyle olan ilişkilerinde bozulma gibi hastalığın günlük yaşantıya yansısı araştırılmaktadır. Hastalık semptomlarına ve belirgin yeti yitimine karşın, ülkemizde, psikiyatrik hastaların yalnızca %13.8'i yani 1/7'si ruhsal durumları nedeniyle tedavi arayışına girmektedirler. Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu gibi esas olarak dahili hastalığa benzer belirtiler gösteren hastalıklarda tedavi arayışı daha sık görülmektedir. Depresyon gibi ruhsal ve bedensel belirtilerin bir arada görüldüğü olgularda başvuru sıklığı ise daha düşüktür (44). Tablo 2.3'de evinde tespit edilen olgularda rastlanan psikiyatrik hastalıklar sıklık sırasına göre verilmiştir.

Tablo 2.3. “Evinde Değerlendirme ile Saptanan Psikiyatrik Hastalıkların Sıklığı”

Tanı	Kadın	Erkek
Psikojenik Ağrı Bozukluğu	%13	%4.8
Depresif Nöbet	%5.4	%2.3
Özgül Fobi	%3.8	%1.4
Nevrasteni	%3.7	%1.0
Sosyal Fobi	%2.3	%1.1
Distimi	%2.2	%0.8
Kısa Yineleyici Depresyon	%2.2	%0.8
Alkol Bağımlılığı	%0.1	%1.7
Diğer*	%3.8	%1.2

(Soykan A. Psikiyatriye Giriş El Kitabı. İstanbul, Girişim Yayıncılık, 2001;1:5-6)

*Diğer grubu içinde yer alan hastalıkların sıklığı %6’dan azdır ve bu grupta hipokondriazis, somatizasyon bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi ve yeme bozuklukları yer almaktadır (45).

Günümüzde ruhsal hastalıkların ortaya çıkması biyopsikososyal model yaklaşımı çerçevesinde tartışılmakta ve bu tür hastalıkların çok sayıda farklı faktörün etkileşimi sonucu geliştiği kabul edilmektedir. Doğuştan gelen birtakım özellikler kadar, içinde yaşanılan ortam ve deneyimler de ruhsal hastalıkların oluşumunda ve seyrinde önemli rol oynayabilmektedir. İnsan ruh sağlığı üzerinde genetik yapı-çevre etkileşiminin rolü her ne kadar çok iyi araştırılmamış ise de, şizofreni başta olmak üzere çoğu ruhsal hastalıkta genetik yapı-çevre etkileşiminin rolü tartışılmaz (21). Bu etkileşimin boyutunun doğru saptanabilmesi hastalıklardan birincil korunmada veya hastalık seyrine müdahalede klinisyenlere büyük destek sağlayabilir.

2000 yılı DSÖ raporuna göre dünyada en çok iş gücü kaybına yol açan on hastalıktan altısı ruhsal hastalıklardır. 2020 yılında en çok ölüme yol açan hastalıklar arasında depresyon ve ilişkili intiharın ikinci sırada olacağı tahmin edilmektedir (6). Sağlık Bakanlığı’nın 1998 yılında yaptığı araştırmaya göre ülkemizde ruhsal hastalıkların görülme sıklığı 4-18 yaş arasında %11.3 erişkinlerde ise %17.2’dir. Şehirlerde ruhsal hastalık görülme sıklığı, kasaba ve köylerden yüksektir. Ancak, toplumda ruhsal hastalığı olan kişilerin çok az bir kısmı tedavi için başvurmakta, başvuranların büyük çoğunluğuna tanı konulamamaktadır. Tanı konulabilenlerden ise ancak çok küçük bir grubu etkin bir tedavi alabilmektedir. Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerine başvuru sıklığı yetkin hastaların ancak %4.7’sidir. Ruhsal hastalığı

olanların %40'ı psikiyatri uzmanına başvururken, sağlık ocağı ve pratisyen hekimlere başvuru %19-20 dir (45).

2.3.1. Ruhsal Hastalık Belirtileri

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin nitelikleri şu şekilde özetlenebilir;

- Zayıf bir benlik kavramı ve yetersizlik duygusu vardır. Dünyadaki yerinden, özelliklerinden, yeteneklerinden ve başarılarından memnun değildir.
- Yaşam olayları, bireysel gelişim yetersizlikleri ve strese karşı etkisiz yöntemlerle baş etmeye çalışır ve baş edemez.
- Anlamlı ilişkiler kuramaz, kişiler arası ilişkilerde hoşnutsuzluk ve etkisizlik yaşar.
- Karar veremez ve yerinde yargılamada bulunamaz.
- Sorumsuzca davranır ve sorumluluk alamaz.
- Yetersizlik ve beceriksizliklerinin ayırımında değildir. Yetersizlikleri nedeniyle başkalarına bağımlıdır.
- Gerçekleri algılama ve kabulde yetersizdir.
- Zevklerini ertelemesini bilmez ve topluma uyum sağlayamaz (43).

2.3.2. Ruhsal Bozuklukların Nedenleri

- Kalıtım, beden yapısı, hastalıklar (toksik, metabolik, enfeksiyon gibi), beslenme yetersizlikleri ve bozuklukları, travmalar (doğum öncesinde, doğum sırasında ve sonrasında) gibi biyolojik etkenler,
- Çocukluk çağına ilişkin aşırı engellenmeler ve stres etkenleri:
 - Anne sevgisinin yokluğu, ihmal, 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 yeğlemeler,
 - Nörotik ya da psikotik anne babaya sahip olma,

- Çocuğa erişilemeyecek amaçların yüklenmesi,
- Eğitim olanaklarının yetersizliği, düzensizliği ve uygunsuzluğu,
- Gerçek ya da imgesel başarısızlıklar, gerçek ya da imgesel yitimler, çatışma ve saplantılar,
- Bozuk yaşam koşulları gibi psikolojik etkenler,
- Toplumun eğitim ve yetiştirme geleneklerinin bozuk oluşu, bir topluma ait olamama, bağlanamama, topluma aşırı bağlanıp kendini yitirme, toplumsal stresler, hızlı sosyal değişimler, göçler, ağır toplumsal bunalımlar, baskılar, sosyal ve ekonomik yoksunluklar gibi toplumsal etkenlerdir (46).

İngiltere’de yapılan bir araştırma sonucunda kırsal kesimdeki izole yaşam, sosyal ilişkilerin eksikliği ve kentteki olanakların bulunmayışı gibi etmenlerin akıl sağlığında olumsuz etki yaratmadığı saptanmıştır. Kentsel bölgelerde ise depresyon ve korku gibi rahatsızlıklar ile intihar oranlarında artış saptanmıştır (47). 1991’den bu yana Britanya Hane Araştırması’nda tutulan kayıtlardaki 7659 yetişkine ait verinin incelenmesinde; yaş, medeni durum, mesleki ve mali durum ile fiziksel sağlık sorunları gibi etkenler göz önüne alınmıştır. Veriler karşılaştırıldığında kırsal ve kentsel kesimin sakinleri arasında küçük, ancak istatistiksel açıdan belirgin bir fark bulunduğu belirlenmiştir (47).

2.4. HEMŞİRELİK, PSİKİYATRİ HEMŞİRESİ, TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRESİ

Hemşirelik, bireyin ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve 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 (48).

Hemşirelik, toplumun her kesiminde kişinin bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin ışığında hemşirelik bakım planını yapan, bu planı uygulamaya koyan ve uyguladığı bakım planını sistematik bir biçimde değerlendiren dinamik bir süreçtir (49).

Hemşirenin temel işlevi sağlam ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım sağlamanın sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir. Ancak bütün bunlar

yapılırken bireyin kendi kendine yeterli olmasını en kısa zamanda sağlamaya yardımcı olur (49).

Hemşire, temel bir hemşirelik eğitim programını tamamlamış olan ve ülkesinde toplumun katkısını alarak hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişidir (49).

Peplau "Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler" adlı kitabında hemşireliği şöyle anlatmakta ve tanımlamaktadır. "Hemşirelik her şeyden önce kişilerarası bir süreçtir. Hemşireliğin sürekli ve amaca yönelmiş yapısı, birey ile bireye bakım veren arasında belli ve belirli adımlar, faaliyetler, uygulama ve eylem gerektirir. Hemşireliğin gerektiği ve kullanıldığı durumlara bakacak olursak kolayca görürüz ki bu süreç kişilerarası ve çoğu zaman tedavi edici bir süreçtir". Bu hemşireliğin iki ya da daha fazla kişinin katılımını gerektiren faaliyetlerden oluşan ve sonunda katılanların bu ilişkilerden yarar gördüğü bir süreç anlamına gelir demektir (50).

Travelbee'ye göre hemşireliğin doğasında değiştirme vardır ve değişiklik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığı ve mutlu olmasını amaçlar. Hemşirelik bu amaca birey, aile ve toplumla disiplinli entellektüel karakterli ilişkiler kurma yolu ile erişebilir. Burada "ilişki kurma" amaca götüren bir süreç ya da yöntemdir. Hemşirenin, hemşirelik bakımı verirken kurduğu ilişki amaçlıdır ve bu ilişkinin, devam ettirilmesi onun sorumluluğundadır.

Travelbee, disiplinli entellektüel nitelikli ilişkinin;

1. Sorunlara mantıksal yöntemle yaklaşım,
2. Biyolojik bilimler, davranış bilimleri, hemşirelik ve diğer sağlık bilimlerinin kavram ve ilkeleri hakkında bilgi ve anlayışa sahip olma,
3. Bu kavram ve ilkeleri hastalara bakım verirken kullanabilme yeteneğini kapsadığına inanmaktadır (49).

Hemşirelik ile ilgili tanımlar görüldüğü gibi oldukça fazladır. Günümüzde de, hemşirelik eğitiminin, hemşirenin temel işlevlerine yönelik yapılması için hemşirelik model ve kuramları geliştirilmektedir.

Psikiyatri hemşireliği; "birey, aile ve toplumun ruhsal sağlığını geliştiren, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önleme, hastalığın yarattığı sorunlarla başetme ve gerekirse bu yaşantıdan anlam bulmada, profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişiler arası bir süreç" olarak tanımlanabilir (46).

Amerikan Hemşireler Birliği'ne (ANA) göre toplum ruh sağlığı hemşiresinin tanımı, "toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve

üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir” (51). Worley’e göre toplum ruh sağlığı hemşiresi, toplumdaki yüksek riskli grubu belirleme ve yeni tedavi modelleri olan danışmanlık, eğitim ve krize müdahale gibi işlevleri de gerçekleştirir (52).

Toplum ruh sağlığı terimi, birey ve bireyin etkileşimde bulunduğu çevreye ilişkin psikiyatrik sağlık bakımını anlatır. Bu hizmet hastane dışında, bireyin evi ya da yaşadığı ortamda sunulur. Bir başka anlatımla, hastane merkezli görüşün yerini toplum merkezli görüşe bırakmasıdır (53,54).

2.4.1. Ruh Sağlığı Çalışma İlkeleri

Küey’in aktardığına göre, birinci basamakta ruh sağlığı çalışma ilkelerinin bazıları şunlardır:

Ruh sağlığının geliştirilmesi, sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçasıdır. Toplum ruh sağlığının geliştirilmesi açısından birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yürütülecek ruh sağlığı çalışması can alıcı önem taşır. İnsanların, toplulukların kendilik saygılarını korumaları ve kendileri, çevreleri, gelecekleri konusunda olabildiğince söz ve sorumluluk sahibi olabilmeleri ruh sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşır. Ruh sağlığının yöntem, beceri ve kaynakları, sağlık hizmetlerinin yanı sıra tüm toplumsal hizmet birimleriyle bütünleştirilmelidir (46).

Hemşire, bir meslek kültürüne sahip olmakla beraber yaşadığı toplumun bir üyesidir. Ruhsal hastalıklar hakkındaki mitler; hastaların, ailelerinin ve geleceklerinin zararlı ve olumsuz olduğudur. Diğer sağlık çalışanları gibi hemşireler de hastanın semptomlarına, teşhisine ve prognozuna yönelik olan bu mitlerden etkilenirler. Dolayısıyla hemşirenin içinde yaşadığı toplumun ruh hastalıkları hakkındaki görüş ve inançları, hemşirenin mesleki işlevleri üzerinde zaman zaman etkisini gösterecektir. Bu bakımdan, hemşireliğe başlayan bir kimsenin, kendi rolü üzerindeki düşünceleri ve kendi kendisinden bu sahada bekledikleri de, toplumun ruh hastalığına sebep olarak ileri sürdüğü inançlarla adeta şekillenmiş bulunmakta ve bunların etkisinde kalmaktadır. Özellikle hastalarla yakından ve uzun süreli ilişki içindeki hemşirelerin tutumları bu hastalar üzerinde doğrudan etkili olmakta ve hemşirenin tutumları kliniğin tedavi edici ortamını etkileyebilmektedir. Bilimsel aydınlanmanın önyargıları, yanlış inanış ve mitleri tek tek ortadan kaldırdığı çağımızda psikiyatri, ruh hastası ve hastalıklarına

ilişkin imajın sağlık çalışanlarında bile hala ön yargılar, yanlış inanışlarla beslenmesi ilginç bir analiz konusudur. Öte yandan çoğu hemşire, hastalarındaki psikososyal sorunlar ile başedebilecek klinik donanıma sahip olmasına karşın, bu tür bir bakımın kendi sorumluluğu olmadığını düşünmektedir (55,56,57).

2.5. ETİKETLEME (STİGMA)

Bizlere hiç de uzak olmayan, zaman zaman bizlerin de farkında olmadan yaptığımız bir durum – stigma, kelime karşılığı ile etiketleme veya damgalamak anlamına gelmektedir. Etiketleme sadece özel bir topluma ait değil tüm milletin sorunudur. Etiketleme toplumun psikiyatrik bozukluğu olan insanlara karşı gösterdiği tutumlardır. Aslında bu tutumlar diğer bütün hastalık grupları içinde de görülmektedir. Ancak ruh hastalığı olan insanlara karşı gösterilen tutumların daha katı ve yoğun olduğu bilinmektedir (58).

Etiketleme, akıl hastalarının ve ailelerinin yaşadığı önemli sorunlardan 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 (59). Olumsuz yaklaşımlar hastayı ciddi bir stres altına sokmakta, yaşam kalitesini ve tedavi sürecini kötü yönde etkilemektedir. Etiketleme toplum dışında hastayı tedavi eden hekim tarafından da yapılabilmekte ve hastaların fiziksel rahatsızlıklarının gözardı edilmesine yol açmaktadır (59). Hastaların damgalanma ve sosyal olarak dışlanma endişesi ile psikiyatri servislere başvurmaktan çekindikleri bilinmektedir (60,61,62).

Meise ve arkadaşlarının şizofreninin etiketlenmesi ile ilgili yaptıkları bir çalışmada, ön yargının ve dışlamanın hastaların iyileşmesini önemli ölçüde baskıladığı saptanmıştır (63). Olumsuz yaklaşımlar tedavi ve etkilenen yaşam süreci boyunca Finzen'in dediği gibi "ikincil hastalığa" neden olabilmektedir. Toplumun etiketlemesi hastayı ciddi bir stres altına sokmaktadır. Toplum tarafından olumsuz değerlendirmeler, küçük düşürücü tarzda olan ayrımcılık, zamanla hastanın özgüvenini zedelemekte ve hastalığının iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (63,64,65).

Yirmi birinci yüzyıl hastaları artık bir stigmatizasyon fenomeninden haberdardır. Toplum psikolojisinin etkilerinden dolayı hastalar daha geç yardım istemekte ve antipsikotik tedaviye katılmamaktadır. Tartışmalı olmakla birlikte, Haghghat

günümüzde çok sayıda hastanın “ben şizofreni haplarından istemiyorum” diye söylemelerinin asıl nedeninin ilacın yan etkilerinden çok, toplumun etkisinden dolayı akıl hastalığını kabul etmek istememelerine bağlamaktadır (66).

2.5.1. Etiketlemenin Kaynakları

1- Psikojenik

İnsanlar genellikle başkalarının kötülüklerini istememekle beraber, başkalarının kötü durumlarını kendilerini daha iyi hissetmek için kullanmak arzusundadırlar. Bununla birlikte tehditlere, başarısızlıklara veya çatışmalara maruz kalan ve güvensizlik yaşayan insanlar başka kişileri daha küçük görme, horlama eğiliminde olmaktadır. Bu kendi güvensizliklerini gizlemek için geliştirilen bir savunma mekanizmasıdır. Bunun karşıtı olarak da daha zeki ve özgüvenleri olan kişilerin hastalara yaklaşımlarının daha pozitif olduğu belirlenmiştir (65,66).

2- Ekonomik

Ekonomik değışimlerin etiketleme üzerinde etkili olduğu savunulmaktadır. Bu konuda en eski araştırma, 1882-1930 yılları arasında ABD’de siyahların linç edilmeleri ile ekonomik indeks arasındaki ilişkidir. Yıllar içerisinde ekonomi kötüleştikçe linç edilen siyahların sayısında artma, ekonominin toparlanmasıyla ve iş kaynaklarının artmasıyla da linç edilme olaylarında azalma görülmüştür (64). Bu günlerde ayrımcılığın ifadesi linç etmek olmayabilir ancak ayrımcılık çok farklı platformlarda çok farklı şekillerde uygulanmaktadır (66).

3- Evrimsel

Etiketlemenin çoğalması ve devam etmesinin, ayrımcılığa yol açan genetik faktörlerle bağlantısının bulunduğunu savunan araştırmacıların yanı sıra, genetik bir etkenin olmadığını savunan araştırmacıların sayısı da çoğunluktadır (64,65,66).

Çalışmak, yaşamımızı devam ettirebilmek için gerekli maddi gücü bize verir. Ama bundan daha önemlisi, kişiye üretken ve toplumun önem verilen bir üyesi olduğunu göstererek, kişinin kendine güvenine de büyük ölçüde katkıda bulunur. Ruh hastalığından yeni iyileşen insanlar için ise, toplumla bağ kurması ve olağan yaşamındaki düzeni sağlaması açısından da önemlidir. Ama ne yazık ki ruh hastalığı

tanısıyla beraber gelen damgalanma sonucunda çalışmanın bu avantajlarından yarar sağlanamamaktadır. Çünkü çoğu kişinin ruh hastalığı olan insanlarla aynı işyerini, aynı ortamı paylaşmaya bile tahammülü yoktur. Sosyal bilim araştırmaları göstermiş ki, kişiye psikiyatrik bir teşhis konulması ve hatta kişinin herhangi bir ruh sağlığı tedavisi görmüş olduğu gerçeği onun yetenekleri, karakteri ve potansiyeli hakkında olumsuz varsayımlara yol açabilmektedir (6,58,59).

Akıl hastalığı ile ilgili tutumların belirlenmesinde, ailenin ve yakın çevresinin de etkisi büyük olabilmektedir. Bhugra ve Mechanic genel olarak akıl hastalığı tanısının hastaneye başvurmadan önce ve konuda uzman olmayan kişilerce (aile, arkadaşlar, iş yerindekiler, vb.) konduğunu ileri sürmektedirler. Diğer bazı durumlarda ise kişinin kendisi de bu tanımlamayı yapmaktadır. Yani ilk önce problemi tanıyan veya problem olarak tanımlayan kişinin kendisi ve/veya çevresi olmaktadır. Bu basamaktan sonra ise, eğer karar verilmişse, kişi konunun uzmanına götürülmektedir (60,67).

Toplumun ve çeşitli kesimlerin bazı davranış örüntülerini nasıl tanımladıkları konusunda çok sayıda araştırma yapılmıştır. Genelde toplum paranoid şizofreni tipinde bir tabloyu diğerlerine (depresif ve kaygı durumları, kişilik bozukluğu v.s.) oranla daha çok akıl hastası olarak tanımlamaktadır. Erinhosho ve Ayonrinde'nin karşılaştırdığı kültürlerde (Kuzey Amerika, Japonya, Yeni Zellanda, Avustralya, Nijerya) (68), Parra ve Yin-Cheong So tarafından Meksika kökenli Amerikalılar arasında yapılan çalışmada (69), Malla ve Shaw tarafından Kanada'da yapılan çalışmada (19) ve Türkiye'de üniversite öğrencileri hemşireler (Eker ve Arkar) (70), ve hasta yakınları arasında (71) yapılan çalışmalarda yukarıdaki genel sonucu destekleyen bulgular elde edilmiştir. Rabkin'e göre garip ve rahatsız edici davranışlar içe kapanma, çevreden kopma ve depresif davranışlardan daha az toplum tarafından kabul görmektedir. Hastalık belirtilerinin toplum tarafından görülebilirliği (visibility) önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır (67). Bu arada farklı kültürler arasında tanımlama açısından farklılıklar da olabilmektedir. Örneğin, Nijerya'da yapılan bir çalışmada (68) kullanılan o zamanki adları ile basit tip şizofreni ile nevrotik vaka hikayeleri birbirlerinden farklı derecelerde akıl hastası olarak algılanırken Türkiye'de bu iki tablo birbirleriyle aynı derecede akıl hastası olarak algılanmıştır (70,72).

2.6. TUTUM

Tutum yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün nesne ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici veya dinamik bir etkiye sahip ruhsal ve sinirsel bir hazırlık durumudur (73). Tutum bir bireye atfedilen ve onun psikolojik bir obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir (28).

Tutumlar bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç ögeden oluşur. Kişinin, ruh hastası bireyin tehlikeli, zarar verici ve saldırgan olduğunu düşünmesi tutumun bilişsel ögesini; ruh hastası bireyden korkması duygusal ögesini; ruh hastasıyla karşılaştığında onunla alay etmesi, onunla konuşmaması, ondan kaçması, yalnız kalmaya mahkum etmesi, ona karşı insancıl davranmaması tutumun davranışsal ögesini oluşturur. Ruh sağlığında belirgin bozukluğu olan insanlar, 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 (74).

Bir toplumda sık görülen tutumlar; psikiyatrik hastalıkların algılanmasını ve bazı durumlarda hastalığın klinik görünümünü bile etkileyebilmektedir. Geleneksel kültürlerde hastalıkların çoğu zaman tanrı veya şeytan tarafından verildiği kabul edilir ve daha çok yerel şifacılar tarafından gidilmektedir. Modern bir toplumda bile geleneksel kültürlerden gelenler bu düşünce biçimini muhafaza edebilmektedir. Bugün çağdaş psikoterapi yaklaşımlarının temelinde ruh hastalarının kendilerine yönelik tutumlara karşı duyarlı oldukları ve bunlardan etkilendikleri hipotezi yatmaktadır. Dolayısıyla akıl hastalarının toplumla yeniden bütünleşmesi, topluma uyum sağlaması amaçlanıyorsa bu amaca ulaşmak için hastanın, hasta yakınlarının, psikiyatri alanında çalışanların ve halkın ruh hastalarına karşı tutumundan etkilenişi dikkate alınabilir. Ruh sağlığı açısından insanın toplum içinde de ele alınması, toplumda hasta bireye yönelik tutum ve davranışların önemini gündeme getirmektedir. Olumlu tutum; hastaları rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici, tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Buna karşılık olumsuz tutumlar, hasta ile toplum arasındaki uçurumun daha da artmasına,

hastanın toplumsal ilişkilerden iyice kopmasına ve bunlara bağılı olarak tedaviye direnç geliştirilmesine neden olmaktadır (24).

Tutum çalışmalarının sonuçları halkın ruh hastalıklarına genel olarak olumsuz baktıkları veya reddettikleri yönündedir. Yaşlı, eğitim ve ekonomik düzeyi düşük kişilerin daha az hoşgörü gösterdikleri belirlenmiştir. Hasta özellikleri açısından ise; gözlenebilir şekilde rahatsızlığı olan, davranışları önceden kestirilemeyen, erkek olan, bir azınlık grubuna dahil bulunan, toplumla bağları çok zayıflamış ve bir akıl hastanesinde tedavi gören kişiler en fazla olumsuz tutumlara maruz kalmaktadır (75). Bir grup hakkındaki bilgimiz ne kadar azsa başkalarının o grup hakkındaki fikirlerini o kadar kolay kabul ederek, bir iki özellikten ibaret bir kalıplaştırmaya yöneliriz. Oysa ki, iyi tanıdığımız grup ve kişiler hakkında kalıp tutum geliştirmeye ihtiyaımız yoktur (76). Ruhsal hastalığı deneyimlemeyenler, ruhsal bozukluğu olanın dünyasını bilemezler. Ancak bir hastayı (özellikle aile üyesi ve arkadaş) tanıyan ise genellikle ruhsal bozukluğa sahip birisine yapılan haksız ve olumsuz davranışın anlamını bilir (77).

2.6.1. Tutumlarla İlgili Yapılmış Araştırmalar

Wolff ve arkadaşları bilgi eksikliğinin akıl hastalıklarına karşı olumlu tutum geliştirilmesinde etkili olduğunu ve özellikle yaşlı bireylerde bu bilgi eksikliğinin daha fazla olduğunu saptamışlardır (78). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda karşılaştığımız ilk tutum araştırması Yusuf Savaşır'ın çalışmasıdır: Ankara'nın Nallıhan ilçesinin bir köyü ile ankaya ilçesinde oturan 150 aile ile yürüttüğu bu çalışmasında; köy ve kent arasında anlamlı bir fark olmadığını ve psikiyatrik hastalıkların halk tarafından bilinmediğini saptamıştır (79). Ruh hastasının kendi kendine konuşmak, gülmek, saldırmak, kaçıp gitmek şeklinde gürültülü semptomlar vermediği sürece, toplum tarafından tanınmadığı ve hasta olarak kabul edilmediği, ruhsal hastalıkların dinsel ve doğa üstü sebeplere bağlandığı ve hasta kabul ettikleri kimselerle yakın sosyal ilişkiye girmek istenmediği bulunmuştur (79,80). Sunman ve Savaşır akıl hastalıklarına karşı aile içerisinde eşlerin tutumlarını karşılaştırmışlar; kadınlar ve erkekler arasında bir fark bulamamışlardır. İki grubun da akıl hastalıkları hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu ve kadınlarda akıl hastalıklarını dinsel ve doğa dışı sebeplerle açıklama tutumunun daha yüksek olduğunu saptamışlardır (80). İstanbul'da yapılan bir çalışmada; sosyo-ekonomik düzey ve eğitim seviyesi arttıça psikiyatrik hastalıklara yönelik bilginin arttığı ve tutumların daha olumlu hale geldiği saptanmıştır (81).

Gürgen ve arkadaşları Erzurum'da yaptıkları çalışmalarında yüksek öğrenimlilerin ilkökul mezunlarına göre daha iyimser tutum içinde olduklarını saptamışlardır (82). Kayseri'de yapılan bir dizi araştırmada, psikiyatrik tablolar hakkında yeterli bilgiye sahip olunmadığı, psikiyatrik hastaların tedavisi konusunda gençlerin, öğrenim ve gelir durumu yüksek olanların daha olumlu tutum gösterdikleri bulunmuştur (83,84).

Gelfand ve Ulman, psikiyatrik bir programdaki öğrenci hemşirelerle böyle bir programa dahil olmayan öğrenci hemşirelerin otoriterlik ve kısıtlayıcılık tutumlarını karşılaştırmış ve programa dahil olan öğrenci grubunu dahil olmayan öğrenci grubuna göre daha kısıtlayıcı ve daha az otoriter bulmuşlardır (24).

Şahin ve ark.'nın psikiyatri alanı dışındaki araştırma görevlileri ve internlerin psikiyatri ile ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmeye yönelik yaptıkları çalışma sonuçlarında; son sınıf öğrencilerinin ve psikiyatri alanı dışındaki araştırma görevlilerinin, psikiyatri ve psikiyatrîst konusundaki görüşlerinin olumsuz düşünce ve olumsuz tutumlar yönünden ağır bastığını saptamışlardır (85).

Kaptanoğlu ve ark.'nın yaptıkları çalışma sonucunda psikiyatri dışı hekimlerin %35' inin, hastalarına sorunlarının psikiyatriyi ilgilendirdiğini ve psikiyatri bölümüne başvurmaları gerektiğini belirtmelerinin zor olduğunu belirlemişlerdir (86).

Bailey, yoğun bakım ünitelerindeki doktor ve hemşirelerin psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışma sonucunda; bu kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin daha önyargılı ve damgalayıcı oldukları ve psikiyatri hastalarına yeterli bakım vermediklerini belirtmiştir (87).

Aştı, hemşirelik öğrencilerinin psikiyatrik hastayla ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, öğrencilerin psikiyatri hastaları ile yakın ilişkiler gerektiren durumlarda daha olumsuz tutumlara sahip olduklarını belirlemiştir (88). Yine, Taşkın ve arkadaşlarının sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofreni ile ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin psikiyatri hastaları ile yakın ilişkiler gerektiren durumlarda daha olumsuz tutumlara sahip olduklarını saptamışlardır (89).

Subaşı ve Çilingiroğlu tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin psikiyatrik hastalarla ilgili duygu ve düşüncelerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda; öğrencilerin psikiyatrik bir hasta ile karşılaştıklarında %33.9'unun tedirginlik, %28.6'sının acıma hissettiği belirlenmiştir (90).

Karancı ve Kökdemir, olumsuz duygular ve özbakım ile ilgili sorunların akıl hastalarından en çok beklenen davranışlar olduğu, saldırganlığın ise en fazla rahatsızlık veren davranışlar olduğunu saptamışlardır (91).

Hastalarla temas sonrası olumsuz tutumlarda depresyon için belirgin azalma, şizofreni için ise artış olduğu saptanmıştır. Tehlikeli davranışlar sezildiğinde tutumlar daha olumsuz kaymakta ve kişiler hastalarla sosyal mesafe koyma gereksinimlerini artırmaktadırlar (92,93,94).

Sosyal yakınlık içeren ortamlarda “akıl hastası” olarak tanımlanmış kişilerle ilişkiyi kesme eğiliminin varolduğu, buna karşın kişisel olmayan ortamlarda hastaların daha fazla kabul gördüğü ortaya konmuştur (94,71). Etiketleme özellikle kırsal kesimde yaşayan halkın tedavi için çare arama davranışını olumsuz etkileyen ana etmenlerden biridir (95,96,97). Türkiye'de hasta yakınları arasında yapılan bir çalışmada psikiyatri bölümünde hastası olanlarla başka bölümlerde hastası olanlar arasında tutum farklılıkları bulunmamıştır (71).

Türk üniversite öğrencileri ile çoğunluğunu psikiyatristlerin oluşturduğu uzmanlar arasında yapılan karşılaştırmalarda da bazı istisnalar dışında benzer tutumlar görülmüştür. Farklı bölümlerden olan öğrenciler bazı farklılıklar olmakla beraber genelde benzer tutumlar göstermişlerdir (98) ve ayrıca birinci ve dördüncü sınıf psikoloji öğrencileri ile çoğunluğunu psikiyatristlerin oluşturduğu deneyimli meslek gurubu arasında yine bazı farklılıklar olmakla birlikte temelde benzer tutumlar görülmüştür (99).

Ülkemizde, psikiyatrik tedavi için başvurmaktan çekinenlerin sayısının fazla olduğu belirtilmektedir (100). Son yıllarda ruhsal hastalıkları tanıma oranında belirgin bir yükselme görülmekle birlikte, olumsuz tutumlar sürmektedir (71,95,101,102). Özellikle hastalara yakından ve uzun süreli ilişki içindeki hemşirelerin tutumları bu hastalar üzerinde doğrudan etkili olmakta ve hemşirelerin tutumları kliniğin tedavi edici ortamını etkileyebilmektedir. Diğer sağlık çalışanları gibi hemşireler de akıl hastalıklarıyla ilgili toplumdaki yanlış inanışlardan etkilenebilmektedirler (103). Birçok araştırmada hemşirelik öğrencilerinin akıl hastalarına yönelik tutumlarında psikiyatrik hastalarla doğrudan temasın ve eğitimin etkisi vurgulanmıştır (93). Eker ve Arkar hemşirelerin ruhsal hastalıkların nedenlerinde hem organik hem de psikolojik nedenleri kabul ettiklerini saptamışlardır (71). Hemşirelerin görevlerini yerine getirirken, tıbbi tedavinin yerine getirilmesi, hastanın günlük işlerinin yürütülmesi, gözlem yapma ve

hastayı kontrol etme şeklinde sınırladıkları, hastanın duygusal gereksinimini karşılamak için fazla beraber olmadıkları hatta zaman zaman itici oldukları bulunmuştur (104).

Depresif hastaların çoğu kendilerini, hemşirenin zamanını harcamayacak kadar değersiz hissedebilmektedir. Bir çalışmada hemşirelerin %50.7'si zorunlu işler dışında hastaları ile iletişim kurmadıklarını, hastalarla iletişim kurduğunu ifade eden hemşirelerin ise yalnızca %7.2'si hastayı dinlemek, duygu ve düşüncelerinin ifadesini sağlamak amacıyla iletişime girdiklerini belirtmişlerdir (105). Başka bir çalışmada ise hemşirelerin depresyonu olan hastalarla çalışma konusunda kendilerini hazır hissetmedikleri, bu hastalarla daha çok psikiyatristlerin ve servis doktorlarının ilgilenmeleri gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (106).

Araştırmalar hemşirelerin, psikiyatrik hastalığı olanlara karşı yaklaşımlarında olumsuz önyargıları bulunduğunu göstermektedir (107,108,109). Bu olumsuz tutumlar hemşirenin hastaya etkili bakım vermesini zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda birçok hastanenin psikiyatrik hastaya bakım verebilecek yeterli eğitimi almış personeli bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda genel sağlık çalışanlarının mental hastalıklar konusunda diğer tıbbi alanlara göre daha az bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir (110,111).

Olade ve Rohde yaptıkları çalışmalarda; hemşirelere sağlanan destek, deneyim ve eğitimle onların psikiyatrik hastalıklara yönelik yaklaşımlarının geliştiği sonucuna varmışlardır. Roberts ve Priest'in çalışmalarında da, psikiyatri ve diğer sağlık çalışanlarının ortaklaşa hizmet vermeleri durumunda bakım kalitesinin arttığı saptanmıştır (112,113,114).

Toplumun ruh hastalarına yönelik tutumlarının değişimi konusunda ilginç bir yaklaşım sergilenmiştir. Halka eğitim vermek yerine, hastalara dışarıda uyum sağlamalarına yardımcı olacak becerileri (telefon kullanmak, genel görünüşüne dikkat etmek, bütçe yapmak, v.s.) öğretmek onların baş etme becerilerini geliştirerek toplumdaki olumlu tepki almaları sağlanmıştır (114).

Reed ve Fitzgerald'ın, psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalara bakım veren hemşirelerin yaklaşım tarzlarını ele aldıkları çalışmalarında, psikiyatri hastalarına karşı hemşirelerin geliştirdiği birkaç farklı davranış saptanmıştır (115).

- 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 hemşireler de her insanın verebileceği doğal 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 ulaşip bakım veren hemşireye zarar verebilme ihtimali hemşireyi bakım vermekte isteksiz hale getiriyor." diyen hemşireler vardır.

Psikiyatrik hastaya bakım veren hemşire eğer 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.

Bailey, Brady ve Brinn yaptıkları çalışmada hemşirelerin yaklaşık %50'sinin psikiyatrik hastalara bakım vermekten dolayı hoşnut olmadığını belirtmişlerdir (87,107,108).

Corrigan yaptığı çalışmada, olumsuz yaklaşımların, psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların bakımında tıbbi hatalara neden olabildiğini belirlemiştir (109).

Hundertmark yaptığı çalışmasında; uygunsuz koşullarda psikiyatrik hastalara bakım veren hemşirelerin; psikiyatrik hastalarla ilgili birçok düşünce biçimlerinin yaşanmış olaylara değil, geliştirilen olumsuz yargılara bağlı olduğunu göstermiştir (117).

Kashima ise; psikiyatrik bakım konusunda eğitim alan hemşirelerin hastalara yaklaşımında olumsuz otomatik düşüncelerin rol almadığını ve eğitimle değişen tutumların öne geçtiğini saptamıştır (118).

Mayou, Hawton ve Rohde yaptıkları çalışmada; psikiyatri birimlerinde sürekli ve kalıcı görev yapıldığında elde edilen deneyim sayesinde ruh hastalarına karşı daha olumlu yaklaşımların ortaya çıktığını saptamışlardır (113,119).

Barley ve Roberts ile Sharrock ve Heppel yaptıkları çalışmalarda; hemşirelerin psikiyatri hastalarına bakım verebilmeleri için ekonomik, uygulama ve duygusal alanlarda daha fazla desteklenmeleri gerektiğini ortaya koymuşlardır. Ayrıca tutumlarda istedik değişmelerin görülebilmesi için, akıl hastanesi ve hastalarıyla doğrudan etkileşimin yanı sıra, eğitimin de yer almasının kritik faktörü oluşturduğunu vurgulamışlardır. Bu tür yaklaşımları kullanan sağlık elemanlarında beklenen olumlu tutum değişmeleri olmuştur. Akıl hastaları ile doğrudan uygulama deneyimi fazla olanların, deneyimi az olanlara göre hastayı kabul edici yaklaşımlarının daha fazla olduğu görülmüştür (87,120).

Akıl hastanelerinde tehlikeli olarak nitelendirilebilecek birey sayısı gerçekte son derece azdır. Akıl hastalarının tehlikeli olmadığını gösteren birçok güçlü kanıt bulunmaktadır. Taburcu olduktan sonra izlenen akıl hastaları üzerinde yapılan bir incelemede, genel nüfusa göre tutuklama oranının çok düşük düzeyde olduğu tartışma götürmez bir biçimde gösterilmiştir. Örneğin, izlenmekte olan, taburcu edilmiş 5.883 akıl hastasındaki tutuklanma sıklığının, genel nüfusun 99.7'si ile karşılaştırıldığında, her 1000 tutuklamada 6.9 olduğu görülmüştür. 10.247 hasta üzerinde yapılan benzer bir inceleme, genel nüfusun 491'i ile karşılaştırıldığında, tutuklama sayısının 122 olduğunu göstermektedir (121).

Güney Afrika'da genel bir hastanede uzman hemşirelerin psikiyatrik hastalara yaklaşımlarının incelendiği bir çalışmaya göre ;

Hemşirelerin psikiyatrik hastalara karşı yaklaşımı genel olarak ikiye ayrılmaktadır;

1. Bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan olumsuz yaklaşım
2. Bilgi, beceri ve deneyimin getirdiği olumlu yaklaşım

Birincisinde; özellikle daha çok cerrahi ünitelerinde görev almış hemşirelerin psikiyatrik hastalıklarla ilgili bilgilerinin kısıtlı oluşu söz konusudur. Bu yüzden sıklıkla olumsuz yaklaşım içindedirler. Psikiyatrik hastalarla doğrudan ilgilenmeyen bu hemşireler, hastalara nasıl yaklaşacaklarıyla ilgili yeterince bilgi sahibi değildirler.

İkincisinde; psikiyatrik hastalıklar konusunda bilgi ve beceri sahibi olan hemşireler; bu hastalara, kendilerine ve çevrelerine zarar veren alışılmadık davranışlara karşı nasıl davranacaklarını bildiklerinden yaklaşım tarzları olumludur. Aynı zamanda

psikiyatrik hastalarda, kendilerine bakım veren hemşirenin bilgili ve güvenli yaklaşım tarzıyla paralel olarak davranışlarında olumlu gelişmeler görülür.

Fiziksel hastalıklar nedeniyle daha somut bakım gerektiren hastaların bulunduğu kliniklerde çalışan hemşirelerin; psikiyatrik sorunları nedeniyle çevreye huzursuzluk veren hastalara karşı olumsuz önyargı geliştirdikleri sık görülmektedir. Bu hastaların bakım veren ekibe yönelik şiddet içeren davranışları, bu kişilerin olumsuz önyargılarını artırmaktadır (122).

Psikiyatri alanı dışındaki kliniklerde çalışan hemşirelerden bazılarının psikiyatrik hastalar hakkındaki görüşü; “Bu hastalar buraya ait değiller. Bir tek psikiyatrik hastayla uğraşmak çok vakit alıyor” şeklindedir (123).

Bir başka görüş, “Benim çalıştığım birimde 78 hasta var ve bakım verme zamanımın çoğunu psikiyatrik hastaların alması, onlara karşı olumsuz yargılar oluşturmama neden oluyor” (124).

Birçok hemşire psikiyatrik hastalara karşı “korku” içeren yaklaşımlarda bulunabilmektedirler. Bunun birinci nedeni; bu hastalarda bir semptom açığa çıktığında fiziksel mi psikolojik mi bilememektir. İkinci nedeni; bu hastalar hakkında, zararlı olabilecekleri yönündeki toplumsal önyargılardır. Üçüncü neden; bu hastaların diğer hastaların bakımlarını zorlaştıran davranışlar içinde olmaları nedeniyle tedavinin aksamasıdır.

Hemşirelik bakım niteliğinin ve psikiyatri hastalarına yönelik tutumların istenilen düzeyde olmasını sağlamak için hemşirelerin aşağıdaki konularda eğitim almaları önerilmektedir:

1. Kişilerarası ilişkiler konusunda eğitim
2. Psikiyatrik aciller konusunda eğitim
3. Assertive (girişken) becerilerin geliştirilmesi
4. Emosyonel destek eğitimi (125).

Kültürümüzde yer etmiş olan ruh hastalarına ilişkin bakış açısını yansıtan atasözleri ve deyimlerden örnekler aşağıda verilmiştir.

2.7. ATASÖZLERİ

1. Deli dostun olacağına akıllı düşmanın olsun: Akılsız kimse, dostu için iyi niyet beslediği halde yaptığı işin ne gibi kötü sonuçlar doğuracağını hesap edemez. Böylece

dostuna fenalık edebilir. Oysa akıllı düşmanın yapacağı kötülüğü, insan akıl yoluyla sezer, gereken tedbiri alır. Akıllı düşmanla anlaşmak da kolay olur.

2. Akıl olmayınca başta, ne kuruda biter ne yaşıta: Kişi akılsız olursa giriştiği hiçbir işten olumlu sonuç almaz.

3. Deli kız düğün etmiş, kendi baş sedire geçmiş: Densiz, budala ev sahibi, konuklarından çok kendini ağırılanacak konuk yerine koyar.

4. Deliye bal tattırılmışlar, çarşıda katran bırakmamış: Aklı kıt kişi, bir kez hoşuna gitmiş olan şeye benzettiği nesneyi, gerçekten ona benzemese de, elde etmeye can atar.

5. Deli deliyi görünce (çomağını) saklar: Saldırgan kimse, kendisi gibi birine saldırmaktan çekinir.

6. Akıllı düşününceye kadar deli oğlunu everir, kızını çıkarır: Daha az düşünen ama çabuk karar veren kimse, çok düşünüp de karar vermeyen kimseden daha hızlı iş görür.

7. Deliden al uslu haberi: Deli sır saklamasını bilmez. Gördüğünü bildiğini olduğu gibi söyler. Bundan dolayı haberin doğrusu ondan alınır.

8. Delikli taş (boncuk) yerde kalmaz, deli kız evde kalmaz: Bilgili, hünerli kişi boşta bırakılmaz. Bir işin başına getirilir.

9. Deli deliden hoşlanır, imam ölüden: Kişi, kendisine benzeyen kimseden ya da yarar sağlayabileceği şeyden ve kişiden hoşlanır (126).

2.8. DEYİMLER

1. Deli divane olmak: Birini, bir şeyi aşırı derecede sevmek, ona delice düşkün olmak.

2. Deli fişek: Şımarık, ölçüsüz, delice işler yapan.

3. Deliliğe vurmak: Kendini deli gibi göstermek.

4. Aklını bozmak: Bir şey üzerinde düşünerek hep onunla uğraşmak.

5. Aklını oynatmak : Delirmek.

6. Adını deliye çıkarmak: Kendini deli gibi göstermek ve öyle tanıtmak.

7. Akli çıkmak: Kötü bir sonuç meydana gelecek diye çok korkmak; deliye dönmek.

8. Aklını başına almak (toplamak, devşirmek): Daha önceki delice, çılgınca düşünceleri, davranışları bırakıp akıllıca bir yol tutmak.

9. Aklından zoru olmak: Delice davranışlarda bulunmak (126).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, psikiyatri kliniğinde ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ

Çalışma; Mersin ili belediye sınırları içinde yer alan Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Mersin Devlet Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi ve Adana belediye sınırları içinde yer alan Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı Eylül 2006-Ağustos 2007 tarihlerinde Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 383 yataklıdır ve toplam 207 hemşire çalışmaktadır. Bu hemşirelerin 12'si psikiyatri servisinde çalışmaktadır. Mersin Devlet Hastanesi 800 yataklı olup, toplam 295 hemşire çalışmaktadır. Bu hemşirelerin 20'si psikiyatri servisinde çalışmaktadır. Toros Devlet Hastanesi 500 yataklıdır ve toplam 227 hemşire çalışmaktadır. Bu hemşirelerin 5'i psikiyatri servisinde çalışmaktadır. Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ise 500 yataklıdır ve toplam 92 hemşire çalışmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan 207, Mersin Devlet Hastanesi'nde çalışan 295, Mersin Toros Devlet Hastanesi'nde çalışan 227 hemşire ve Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 92 hemşire olmak üzere toplam 821 hemşire oluşturmaktadır. Bu hemşirelerin 692'sini psikiyatri kliniği dışında, 129'sini psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, Mersin ilinde çalışmanın yapıldığı kurumların psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin tümü (n:37) ve Adana ilinde bulunan Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tümü (n:92) olan 129 hemşire ile Mersin'deki hastanelerin psikiyatri dışında kalan diğer servislerde çalışan hemşireler arasından tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 150 hemşireden oluşmaktadır.

Verilerin toplandığı tarihlerde psikiyatri servislerinde çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hemşirelerin bulunması, veri toplama formunun eksik doldurulması ve bazı hemşirelerin izinli olmaları nedeniyle psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin tümüne ulaşılamamıştır. Bu nedenle belirtilen dört hastanenin psikiyatri servisinde çalışan 74 hemşire çalışmaya katılmıştır. Psikiyatri dışındaki kliniklerde çalışan hemşirelerin ise hedeflendiği gibi üç hastanenin her birinden 50'ser hemşirenin (n:150) tamamı veri toplama formunu eksiksiz olarak doldurmuştur.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan 16 soruluk "Kişisel Bilgi Formu" ve "Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler" Ölçeği (Opinions About Mental Illness Scale-OMI) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Formdaki altı soru sosyo-demografik özellikleri, beş soru mesleki özellikleri, beş soru da ruh hastasına ve hastalıklarına ilişkin görüş ve davranışları değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler Ölçeği; Likert tipi 51 maddeyi içermektedir. OMI; Cohan ve Struening tarafından 1961 yılında geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlilik-güvenilirlik çalışması Çiğdem Arıkan tarafından 1986 yılında yapılmıştır. Ayrıca ulusal ve uluslar arası bazı araştırmalarda bu ölçek kullanılarak psikiyatrik bozukluğu olan bireylere yönelik görüşler belirlenmiştir. Ölçek son derece yaygın bir kullanıma sahiptir. OMI; ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin görüş ve tutumları 5 boyutta ölçmektedir (24).

1.FAKTÖR A-Otoriterlik (Authoritarianizm) Boyutu: Bu faktör ruh hastalarının normal insandan farklı ve ondan aşağı olduğu görüşünü yansıtmaktadır.

2.FAKTÖR B-Koruyuculuk-Kollayıcılık (Benevolence) Boyutu: Bu faktör "şansız ve güçsüz görünen" ruh hastalarına karşı dinsel ve insancıl bir ideolojiye dayalı bir bakış açısını/tutumu yansıtmaktadır.

3.FAKTÖR C-Ruh Sağlığı İdeolojisi (Mental Hygiene Ideology) Boyutu: Böyle bir ideoloji, ruh sağlığı profesyonellerinin felsefesini yansıtmaktadır. Buna göre ruh hastalığı da diğer hastalıklar gibidir. Dolayısıyla bu, çok farklı bir hastalık kategorisi gibi görülmemektedir.

4.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.

5.FAKTÖR E-Bireylerarası Etiyoloji (Interpersonal Etiology) Boyutu: Bu faktör de ruh hastalığının özellikle çocukluk çağındaki bozuk ana baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak ortaya çıktığı inancını yansıtmaktadır. Dolayısıyla ruh hastalığının oluşumunda yalnızca birey değil çevresi de pay sahibidir.

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 formüllerle hesaplanır. Bu faktörlerin formülleri şöyledir:

<u>Faktör</u>	<u>Formül</u>
A	= 67- \sum (1,6,9,11,16,19,21,39,43,46,48)
B	= 31+ \sum (26,32,34,36,37,40,49) - \sum (2,12,17,18,22,27,47)
C	= 48+(31)- \sum (3,13,23,28,33,38,44,50)
D	= 47+ \sum (8,41)- \sum (4,7,14,24,29,42,45,51)
E	= 43- \sum (5,10,15,20,25,30,35)

Böylece eğer bir kişi Faktör A'daki tüm maddelere kesinlikle katılırsa (1 puan kesinlikle katılıyorum) alacağı puan 67-11 yani 56 olacaktır. Eğer tüm maddelere karşıysa (6 puan kesinlikle katılmıyorum) puanı 67-66 yani 1 olacaktır. Formül sonucunda elde edilen puan yükseldikçe o faktöre ilişkin olumlu tutumu yansıtmaktadır.

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.

3.6. ÖN UYGULAMA

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri dışı kliniklerde çalışan 10 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soruların açık ve anlaşılır olduğu anlaşılmıştır ve formda değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama yapılan hemşireler araştırmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Araştırmanın yürütüldüğü kurumlardan araştırmanın amacı, yöntemi ve araştırmada kullanılacak veri toplama formlarının da eklendiği bir dilekçe ile başvurarak yazılı izinler alınmıştır.

Hemşirelerin psikiyatrik hastalara ve hastalıklara ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla uygulanan Kişisel Bilgi Formu ve Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler (Opinions About Mental Illness Scale-OMI) Ölçeği Eylül 2006- Ağustos 2007 tarihleri arasında uygulanmıştır. Formlar araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanıp sözlü onamları alındıktan sonra verilip doldurmaları sağlanarak uygulanmıştır. Anket formlarının çoğu araştırmacı tarafından dağıtılmış ve aynı gün içerisinde katılımcılardan geri toplanmıştır. İş yoğunluğu nedeniyle formu dolduramayan hemşirelere formlar bırakılmış ve bir gün sonra geri alınmıştır. Bazı kliniklerde araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş hemşireler aracılığıyla formlar bırakılarak da katılımcılara ulaşılmıştır.

3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak, bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.5 for Windows paket programında değerlendirilmiştir. Faktör puanları Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş ve normal dağılım gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle istatistiksel değerlendirmede parametrik testler kullanılmıştır. İki grubun karşılaştırılmasında Independent t test, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise ANOVA kullanıldı. ANOVA sonucunda anlamlı bulunan faktörlerde hangi gruplar arasında farklılık olduğunu bulmak için post hoc testlerden bonferroni testi kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. İstatistik analizlerde $p < 0,050$ ise sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmamızın bulguları aşağıdaki gibidir.

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, mesleki özellikleri ve ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşleri ve davranış özellikleri yer almaktadır.

Aşağıdaki bölümde psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşireler yukarıda belirtilen özellikler bakımından birbiriyle karşılaştırılmaktadır (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3).

Tablo 4.1 Psikiyatri ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Psikiyatri (n:74)		Diğer (n:150)		Toplam (n:224)		X ² , P
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
19 ve altı	2	2,7	9	6,0	11	4,9	X ² : 1,898 P: 0,754
20-27	26	35,1	54	36,0	80	35,7	
28-35	24	32,4	48	32,0	72	32,1	
36-43	17	23,0	33	22,0	50	22,3	
44 +	5	6,8	6	4,0	11	4,9	
Eğitim Düzeyi							
SML	27	36,5	45	30,0	72	32,1	X ² : 1,501 P: 0,827
Ön lisans (örgün)	12	16,2	24	16,0	36	16,1	
AÖF	10	13,5	27	18,0	37	16,5	
Lisans	23	31,1	48	32,0	71	31,7	
Lisans üstü	2	2,7	6	4,0	8	3,6	
Medeni Durum							
Bekar	26	35,1	62	41,3	88	39,3	X ² : 3,042 P: 0,219
Evli	45	60,8	75	50,0	120	53,6	
Dul /Boşanmış	3	4,1	13	8,7	16	7,1	
Çocuk Sahibi							
Olan	36	48,6	69	46,0	105	46,9	X ² : 0,140 P: 0,709
Olmayan	38	51,4	81	54,0	119	53,1	
Ailesinde Ruhsal Hastalık Öyküsü							
Olan	10	13,5	25	16,7	35	15,6	X ² : 0,374 P: 0,541
Olmayan	64	86,5	125	83,3	189	84,4	
Ailesinde Ruhsal Hastalık Olanlarla Yakınlık Derecesi							
1. derece	6	66,7	15	60,0	21	61,8	X ² : 4,611 P: 0,100
2. derece	3	33,3	4	16,0	7	20,6	
3. derece	-	-	6	24,0	6	17,6	

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin; %2,7'si (19 ve altı), %35,1'i (20-27), %32,4'ü (28-35), %23,0'ü (36-43), %6,8'i (44 ve üzeri) yaş aralığında iken; diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin %6,0'sı (19 ve altı), %36,0'sı (20-27), %32,0'si (28-35), %22,0'si (36-43), %4,0'ü (44 ve üzeri) yaş aralığındadır.

Örnekleme oluşturan her iki grupta yer alan hemşirelerin çoğunluğu (20-35 yaş) arasındadır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (X²:1,898, p>0,05).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %36,5'i sağlık meslek lisesi mezunu, %16,2'si ön lisans, %13,5'i açık öğretim fakültesi, %31,1'i lisans, %2,7'si lisans üstü mezunu iken; diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin %30,0'u sağlık meslek lisesi mezunu, %16,0'sı ön lisans, %18,0'i açık öğretim fakültesi, %32,0'si lisans, %4,0'ü

lisans üstü mezundur. İstatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($X^2:1,501$, $p>0,05$).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %60,8'i evli iken; diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin %50,0'si evlidir.Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($X^2:3,042$, $p>0,05$).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %48,6'sının çocuğu olduğu, %51,4'ünün ise çocuğunun olmadığı; diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ise %46,0'sının çocuğu olduğu ve %54,0'ünün de çocuğunun olmadığı görölmektedir. Her iki grupta da çocuğu olmayanların sayısı çoğunluktadır. Örneklemi oluşturan her iki grubun çocuk sahibi olan ve olmayan grupların aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2:0,140$, $p>0,05$).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %86,5'inin, diğer kliniklerde çalışanların ise %83,3'ünün ailesinde ruhsal hastalığı olan birey bulunmadığı ifade edilmiştir. Her iki grubun ailesinde ruhsal hastalığı olan bireylerin dağılımı karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2:0,374$, $p>0,05$).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin birinci derece yakınlarında ruhsal hastalığı olanları %66,7, diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ise %60,0 dır. Her iki grupta da birinci derece hasta yakınında ruhsal hastalık bulunanlar çoğunluktadır. Her iki grubun ailesinde ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlık derecesi yönünden aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2:4,611$, $p>0,05$).

Tablo 4.2 Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Özellikleri

Mesleki Özellikler	Psikiyatri (n:74)		P. Dışı (n:150)		Toplam (n:224)		X ² , P
	n	%	n	%	n	%	
Çalışma Süresi							
1 yıldan az	7	9,5	11	7,3	18	8,0	X ² : 2,794 P: 0,732
1-5 yıl	25	33,8	43	28,7	68	30,4	
6-10 yıl	21	28,4	43	28,7	64	28,6	
11-15 yıl	12	16,2	22	14,7	34	15,2	
16-20 yıl	4	5,4	14	9,3	18	8,0	
21 yıl +	5	6,8	17	11,3	22	9,8	
Çalıştığı Kurum							
Tıp Fak. Hast.	12	16,2	50	33,3	62	27,7	X ² : 126,704 P: 0,000
Devlet Hast.	11	14,9	50	33,3	61	27,2	
Toros Devlet Hast.	3	4,1	50	33,3	53	23,7	
Adana Ruh Has. Hast.	48	64,9	-	-	48	21,4	
Bu Birimde Çalışma Süresi							
1-2 yıl	28	37,8	65	43,3	93	41,5	X ² : 1,403 P: 0,705
3-4 yıl	23	31,1	43	28,7	66	29,5	
5-6 yıl	10	13,5	23	15,3	33	14,7	
7+ yıl	13	17,6	19	12,7	32	14,3	
Daha Önce Psikiyatri Servisinde Çalışma Durumu							
Çalışan	18	24,3	40	26,7	58	25,9	X ² : 0,142 P: 0,707
Çalışmayan	56	75,7	110	73,3	166	74,1	
Daha Önce Psikiyatri Servisinde Çalışma Süresi							
1 yıl	11	61,1	18	45,0	29	50,0	X ² : 1,311 P: 0,519
2 yıl	5	27,8	15	37,5	20	34,5	
3+ yıl	2	11,1	7	17,5	9	15,5	

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin çoğunun çalışma yılı 1–5 yıl (%33,8) ve 6–10 yıldır (%28,4); diğer kliniklerdeki hemşirelerin de 1-5 yıl (%28,7) ve 6-10 yıl (%28,7)'dir. İki grubun da çalışma sürelerine göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (X²:0,732, p>0,05).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %16,2'si Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde, %14,9'u Mersin Devlet Hastanesinde, %4,1'i Mersin Toros Devlet Hastanesinde, %64,9'u Adana Ruh Sağlığı Hastanesinde çalışmakta iken; diğer kliniklerde çalışan hemşireler Mersin ilindeki üç hastaneye de %33,3 olarak dağılmışlardır. Örnekleme oluşturan her iki grubun çalıştığı kurum bakımından dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (X²:126,704, p<0.05).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin buldukları birimdeki çalışma sürelerine bakıldığında, %37,8'i (1-2 yıl), %37,1'i (3-4 yıl), %13,5'i (5-6 yıl), %17,6'sı (7 yıl ve daha uzun) süre çalıştığı, diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ise %43,3'ünün (1-2 yıl), %28,7'sinin (3-4 yıl), %15,3'ünün (5-6 yıl), %12,7'sinin (7 yıl ve daha uzun) süre olduğu belirlenmiştir. Buna göre, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun bulunduğu birimde çalışma süresi 1-2 yıl ile 3-4 yıl arasında, psikiyatri dışında çalışanların ise neredeyse yarısının 1-2 yıl arasında olduğu görülmektedir. Örnekleme oluşturan her iki grubun da buldukları birimdeki çalışma süreleri yönünden aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2:1,403, p>0,05$).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %75,7'sinin ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ise %73,3'ünün daha önceden psikiyatri biriminde çalışma deneyimlerinin olmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2:0,142, p>0,05$).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin daha önceden psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimine süre olarak baktığımızda %61,1'inin bir yıl, %27,8'inin iki yıl, %11,1'inin üç yıl ve daha uzun süre olduğu, diğer kliniklerde ise %45,0'inin bir yıl, %37,5'inin iki yıl, %17,5'inin üç yıl ve daha uzun süre olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($X^2:1.311, p>0,05$).

Tablo 4.3 Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastaları ve Hastahklarına İlişkin Görüş ve Davranış Özellikleri

Ruh Hastaları ve Hastahklarına İlişkin Görüş ve Davranışlar	Psikiyatri (n:74)		P. Dışı (n:150)		Toplam (n:224)		X ² , P
	n	%	n	%	n	%	
Ruhsal Sorunu Olan Bireylerle Sık Sık Karşılaşma Durumu							
Karşılaşan	73	98,6	86	57,3	159	71,0	X ² : 41,066 P: 0,000
Karşılaşmayan	1	1,4	64	42,7	65	29,0	
Ruhsal Sıkıntı İçindeyken Psikiyatrist veya Psikologa Gitme Durumu							
Giden	67	90,5	116	77,3	183	81,7	X ² : 5,780 P: 0,016
Gitmeyen	7	9,5	34	22,7	41	18,3	
Ruh Hastalarının Zeka Durumuna İlişkin Görüşler							
Fazla zeki	8	10,8	13	8,7	21	9,4	X ² : 7,289 P: 0,121
Az zeki	19	25,7	27	18,0	46	20,5	
Normal	16	21,6	43	28,7	59	26,3	
Hiç zeki değil	25	33,8	39	26,0	64	28,6	
Bilmiyorum	6	8,1	28	18,7	34	15,2	
Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Birisiyle Aynı İş Yerinde Çalışmak İsteme Durumu							
Evet	17	23,0	15	10,0	32	14,3	X ² : 14,143 P: 0,001
Hayır	23	31,1	84	56,0	107	47,8	
Diğer	34	45,9	51	34,0	85	37,9	
Ruh Hastalarını Tehlikeli Olarak Algılama Durumu							
Tehlikeli	9	12,2	37	24,7	46	20,5	X ² : 14,560 P: 0,002
Tehlikeli değil	21	28,4	17	11,3	38	17,0	
Bazıları tehlikeli olabilir	36	48,6	87	58,0	123	54,9	
Bilmiyorum/Kararsızım	8	10,8	9	6,0	17	7,6	

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %98,6'sı (73 kişi) ruhsal bozukluğu olan bireylerle sık sık karşılaştığını belirtirken, diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin %57,3'ü bu bireylerle sık sık karşılaştığını ifade etmiştir. Her iki grubun ruhsal bozukluğu bulunan bireylerle karşılaşma durumları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (X²:41,066, p<0.05).

Ruhsal sıkıntı içindeyken psikiyatrist veya psikologa gittiğini belirtenler psikiyatri kliniğindeki hemşirelerin %90,5'i, diğer kliniklerde çalışanların %77,3'ü dür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ruhsal sıkıntı yaşadığında psikiyatrist veya psikologa gitme yönünden gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (X²:5,780, p<0.05).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %10,8'i ruh hastalarını zeka yönünden “fazla zeki”, %25,7'si “az zeki”, %21,6'sı “normal”, %33,8'i “hiç zeki değil”, %8,1'i “bilmiyorum” şeklinde tanımlarken; diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin %8,7'si “fazla zeki”, %18'i “az zeki”, %28,7'si “normal”, %26,0'sı “hiç zeki değil”, %18,7'si “bilmiyorum” şeklinde tanımlamıştır. Buna göre psikiyatri servisinde çalışan hemşireler ruh hastalarının zeka düzeyini daha çok “hiç zeki değil” şeklinde nitelerken, diğer kliniklerde çalışan hemşireler daha çok “normal” olarak nitelemişlerdir. Örneklemi oluşturan her iki grubun ruh hastalarının zeka düzeylerini algılamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2:7,289, p>0,05$).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %23,0'ı psikiyatrik hastalığı olan biriyle aynı iş yerinde çalışabileceğini, %31,1'i çalışmayacağını, %45,9'u ise çalışmak için belirli ön koşullar öne sürmüştür. Diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ise %10,5'i birlikte çalışmak istediğini, %56,0'sı birlikte çalışmak istemediğini ve %34,0'ü de birlikte çalışmak için bazı ön koşullar öne sürmüşlerdir. Bu ön koşullar genellikle kişinin kendisine ve çevresine bir zararının olmaması ve görevini eksiksiz olarak yapması üzerine yoğunlaşmaktadır. Psikiyatri grubu diğer gruba göre psikiyatrik rahatsızlığı olan birisiyle çalışmayı isteme daha fazla olmasına karşın gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($X^2:14,143, p<0,05$).

Psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin %48,6'sı ruh hastalarının “bazıları tehlikeli olabilir” derken; hemşirelerin %58,0'i “bazıları tehlikeli olabilir” demiştir. İstatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($X^2:14,560, p<0,05$).

Tablo 4.4 Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına ilişkin Görüşler Ölçeği Puan Ortalamaları

Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına ilişkin Görüşler Ölçeği							
	n	%	FAK. A	FAK. B	FAK. C	FAK. D	FAK. E
			Mean ±SD	Mean ±SD	Mean ±SD	Mean ±SD	Mean ±SD
Psikiyatri	74	33,0	33,03±6,69	41,58±5,94	27,85±5,43	26,18±5,94	22,53±4,61
Diğer Klinikler	150	67,0	29,23±5,88	39,94±6,71	28,95±6,02	25,37±5,11	21,33±4,86
P			0,000 p<0.05	0,075 p>0,05	0,187 p>0,05	0,292 p>0,05	0,080 p>0,05

Tablo 4.4’de psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına ilişkin Görüşler Ölçeğinde yer alan faktörler bakımından puan ortalamaları hiçbir kriter ayırmaksızın görülmektedir;

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin FAKTÖR A (otorite) puan ortalamasının (33,03) diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden (29,23) daha yüksek olduğu saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Diğer faktörler açısından ise psikiyatri ve diğer kliniklerde anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.5 Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin OMI'ye Göre Faktörler Bakımından Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler		Opinions About Mental Illness Scale-OMI									
YAŞ	n1:psikiyatri n2:psikiy. dışı	Faktör A		Faktör B		Faktör C		Faktör D		Faktör E	
		$\bar{X} \pm S$	P	$\bar{X} \pm S$	P	$\bar{X} \pm S$	P	$\bar{X} \pm S$	P	$\bar{X} \pm S$	P
		D		D		D		D		D	
19 ve altı	n1:2 n2:9	32,50±3,54 32,22±6,20 p=0,954		46,50±4,95 40,44±6,15 p=0,231		24,00±5,66 27,00±2,78 p=0,265		25,50±6,36 27,78±3,99 p=0,517		24,00±5,66 22,44±4,33 p=0,669	
20-27	n1:26 n2:54	32,50±7,11 29,11±5,60 p=0,039		41,30±7,29 38,87±7,24 p=0,163		28,92±4,24 29,80±6,42 p=0,472		25,81±5,82 25,15±5,23 p=0,612		23,69±5,20 20,98±4,89 p=0,026	
28-35	n1:24 n2:48	33,46±7,11 29,50±5,57 p=0,012		42,00±5,15 40,50±7,11 p=0,361		26,79±6,14 28,69±6,25 p=0,227		24,71±4,70 25,79±5,84 p=0,433		21,17±4,56 21,73±5,38 p=0,662	
36-43	n1:17 n2:33	34,82±5,51 28,30±6,93 p=0,002		41,65±5,58 40,09±5,37 p=0,343		27,65±6,27 28,97±5,62 p=0,452		27,82±6,63 24,51±4,05 p=0,073		22,76±3,54 21,15±4,58 p=0,211	
44 +	n1:5 n2:6	27,80±5,93 28,67±3,83 p=0,776		38,80±2,17 43,50±5,79 p=0,122		29,60±4,22 26,17±5,95 p=0,308		29,80±8,76 25,00±4,19 p=0,262		21,60±4,22 20,67±2,87 p=0,673	
Eğitim Düzeyi											
SML	n1:27 n2:45	32,78±5,90 29,95±5,57 p=0,045		42,41±4,85 38,87±5,78 p=0,009		27,52±6,48 28,22±6,12 p=0,646		25,74±5,17 26,29±4,80 p=0,650		22,85±4,12 22,09±4,76 p=0,491	
Ön lisans (örgün)	n1:12 n2:24	32,50±6,88 29,42±6,08 p=0,179		42,33±5,66 39,08±8,02 p=0,219		27,25±4,49 26,87±7,15 p=0,870		25,50±5,88 23,67±4,93 p=0,331		19,75±3,65 19,58±5,91 p=0,929	
AÖF	n1:10 n2:27	30,80±7,25 29,67±6,01 p=0,633		42,50±5,11 40,96±5,55 p=0,450		26,50±5,91 28,30±5,45 p=0,390		27,30±8,73 24,52±4,39 p=0,357		20,20±4,37 21,22±3,60 p=0,473	
Lisans	n1:23 n2:48	34,87±7,23 28,14±6,20 p=0,000		40,13±7,48 40,48±7,34 p=0,853		28,87±4,53 30,77±5,25 p=0,141		26,35±5,90 26,25±5,49 p=0,946		24,48±4,99 21,44±4,97 p=0,019	
Lisans üstü	n1:2 n2:6	29,50±7,78 29,67±4,68 p=0,971		38,00±5,66 42,50±7,40 p=0,469		31,00±1,41 31,00±6,00 p=1,000		28,50±3,53 22,00±5,66 p=0,188		24,00± ,00 22,33±4,76 p=0,430	
Medeni Durum											
Bekar	n1:26 n2:62	32,46±6,57 29,50±5,78 p=0,038		43,35±6,49 39,60±7,58 p=0,030		28,81±4,46 29,84±5,99 p=0,432		25,80±6,52 25,26±5,59 p=0,690		23,50±4,78 21,58±5,16 p=0,108	
Evlü	n1:45 n2:75	33,22±6,94 28,47±5,87 p=0,000		40,64±5,63 40,19±6,08 p=0,682		27,33±5,94 28,13±6,22 p=0,489		26,49±5,69 25,92±4,65 p=0,552		22,04±4,58 21,04±4,74 p=0,257	
Dul /Boşanmış	n1:3 n2:13	35,00±4,58 32,31±5,73 p=0,464		40,33±1,15 40,15±6,09 p=0,923		27,33±5,69 29,38±4,46 p=0,503		24,67±6,02 22,69±4,64 p=0,537		21,33±2,89 21,85±4,22 p=0,846	
Çocuk Sahibi											
Olan	n1:36 n2:69	32,42±6,94 28,93±5,90 p=0,008		39,91±5,58 39,96±6,21 p=0,974		28,11±6,19 27,80±6,09 p=0,804		27,89±5,27 25,07±3,90 p=0,002		22,17±4,56 20,59±4,79 p=0,108	
Olmayan	n1:38 n2:81	33,61±6,48 29,48±5,89 p=0,001		43,16±5,90 39,93±7,15 p=0,017		27,60±4,68 29,92±5,81 p=0,033		24,55±6,15 25,62±5,96 p=0,370		22,87±4,68 21,96±4,85 p=0,339	
Ailesinde Ruhsal Hastalık Öyküsü											
Olan	n1:10 n2:25	31,60±9,07 29,76±6,62 p=0,509		42,70±4,35 41,84±5,73 p=0,672		26,70±4,42 29,12±5,56 p=0,229		22,50±5,02 23,64±5,27 p=0,562		22,90±5,19 20,96±6,31 p=0,396	
Olmayan	n1:64 n2:125	33,25±6,30 29,12±5,75 p=0,000		41,41±6,15 39,56±6,84 p=0,071		28,03±5,58 28,91±6,12 p=0,337		26,75±5,90 25,71±5,02 p=0,207		22,46±4,55 21,41±4,54 p=0,131	

Tablo 4.5'in Devamı

Ailesinde Ruhsal Hastalık Olanlarla Yakınlık Derecesi						
1. derece	n1:6 n2:15	31,0±9,76 29,73±6,74 p=0,736	43,33±4,55 41,80±5,76 p=0,568	26,00±5,18 30,07±4,59 p=0,092	22,33±5,75 22,93±5,48 p=0,825	26,00±3,63 21,47±5,99 p=0,103
2. derece	n1:3 n2:4	36,67±5,03 32,50±1,91 p=0,181	41,67±5,51 45,50±6,24 p=0,438	27,33±4,04 25,75±6,34 p=0,724	22,67±5,51 28,25±6,02 p=0,265	18,33±4,04 22,25±3,50 p=0,227
3. derece	n1:- n2:6	- 28,00±8,41	- 39,50±4,89	- 29,00±7,32	- 22,33±2,66	- 18,83±8,68

Örnekleme oluşturan psikiyatri ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre OMI alt grup puanlarının karşılaştırmasına baktığımızda;

19 ve altı yaş aralığında psikiyatri alanında çalışan hemşirelerle diğer alanlardaki hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

20-27 yaş aralığında psikiyatri alanında çalışan hemşirelerle diğer alanlardaki hemşireler arasında otorite ve bireylerarası etioloji puan ortalaması psikiyatride çalışan hemşirelerde daha yüksektir ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

28-35 ve 36-43 yaş aralığında psikiyatri alanında çalışan hemşirelerle diğer alanlardaki hemşirelerin puan ortalamaları arasında fark sadece otorite faktörü yönünden istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).Psikiyatri alanında çalışan hemşirelerde puan ortalaması daha yüksektir.

44 ve üstü yaş aralığında; psikiyatri alanında ve diğer alanlarda çalışan hemşirelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Eğitim düzeyi yönünden incelendiğinde; Sağlık Meslek Lisesi (SML) mezunları arasında psikiyatri ve diğer alanlarda çalışan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki fark otoriterlik ve koruyuculuk faktörleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Psikiyatri alanında çalışan SML mezunlarının puanları daha yüksektir.

Psikiyatri alanında çalışan örgün önlisans mezunu hemşireler ile diğer alanlarda çalışanlar arasında tüm faktörlere ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatri alanında çalışan ve Açık Öğretim Fakültesi (A.Ö.F.) mezunu olan hemşirelerin; otoriterlik, koruyuculuk ve kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer

alanlardaki hemşirelerden yüksek, ruh sağlığı ideolojisi ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları ise düşük olmasına karşın, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatri kliniğinde çalışan ve lisans mezunu olan hemşirelerin; otoriterlik, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer alanlarda çalışan lisans mezunu hemşirelerden yüksek, koruyuculuk ve ruh sağlığı ideolojisi puan ortalamaları ise düşük olmasına karşın, iki grubun otoriterlik ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Her iki gruptaki lisansüstü eğitimi olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatri alanında çalışan bekar hemşirelerin; otoriterlik, koruyuculuk, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları, diğer hemşirelerden yüksek, ruh sağlığı ideolojisi ortalaması ise düşüktür. Ancak iki grup arasındaki fark otoriterlik ve koruyuculuk boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Psikiyatri alanında çalışan evli hemşirelerin otoriterlik puan ortalaması diğer alanlardaki hemşirelerden yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Psikiyatri alanında çalışan ve dul/boşanmış olan hemşireler ile diğer alanlardaki dul/boşanmış hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatri alanında çalışan ve ocuk sahibi olan hemşirelerin; otoriterlik ve kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer alanlarda çalışan hemşirelerden yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Psikiyatri servisinde çalışan ve ocuk sahibi olmayan hemşirelerin; otorite, koruyuculuk ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer alanlarda çalışan hemşirelerden yüksektir ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan her iki grup hemşirenin; tüm faktörler açısından puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan hemşirelerden; psikiyatri alanında çalışanların otoriterlik faktörü puan ortalaması diğer gruba göre yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Birinci ve ikinci derece yakınları arasında psikiyatri hastası olan iki grup hemşirenin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin üçüncü derece yakınları arasında ruh hastası bulunmadığı için gruplar arasında bir karşılaştırma yapılmamıştır.

Tablo 4.6 Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin OMI'ye Göre Faktörler Bakımından Mesleki Özelliklerinin Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler		Opinions About Mental Illness Scale-OMI									
Çalışma Süresi	n1, n2	Faktör A		Faktör B		Faktör C		Faktör D		Faktör E	
		$\bar{X} \pm S$	P	$\bar{X} \pm S$	P	$\bar{X} \pm S$	P	$\bar{X} \pm S$	P	$\bar{X} \pm SD$	P
1 yıldan az	n1:7 n2:11	30,43±5,44 30,82±6,97 p=0,902		44,43±6,35 40,09±5,94 p=0,161		27,43±5,71 28,08±5,38 p=0,198		26,57±4,08 25,56±6,22 p=0,908		25,14±4,49 23,28±4,97 p=0,152	
1-5 yıl	n1:25 n2:43	34,68±6,80 29,09±5,20 p=0,000		41,64±6,67 39,32±7,13 p=0,191		30,91±5,13 29,21±5,80 p=0,459		26,27±5,88 26,63±4,84 p=0,433		20,90±6,49 21,09±5,40 p=0,102	
6-10 yıl	n1:21 n2:43	33,48±6,10 29,63±5,93 p=0,019		39,76±5,77 39,02±7,07 p=0,680		27,48±6,34 28,51±6,89 p=0,565		25,62±5,93 24,74±6,32 p=0,598		23,28±4,36 21,04±4,42 p=0,061	
11-15 yıl	n1:12 n2:22	32,75±82,27 29,27±7,05 p=0,205		43,92±5,58 41,40±6,60 p=0,273		27,00±4,51 29,14±4,67 p=0,207		25,42±5,05 25,23±3,31 p=0,908		19,08±3,55 23,64±3,89 p=0,002	
16-20 yıl	n1:4 n2:14	32,25±5,31 27,86±6,94 p=0,262		42,25±0,96 41,57±5,98 p=0,690		29,50±6,46 27,86±6,57 p=0,664		30,00±6,05 23,57±4,01 p=0,022		20,75±1,90 20,43±5,27 p=0,852	
21 yıl +	n1:5 n2:17	27,80±5,93 28,59±4,47 p=0,750		38,80±2,17 40,47±6,06 p=0,355		29,60±4,22 28,76±6,31 p=0,785		29,80±8,76 24,82±4,25 p=0,279		21,60±4,22 20,70±3,79 p=0,655	
Çalıştığı Kurum											
Tıp Fak. Hast.	n1:12 n2:50	28,33±5,12 28,58±5,69 p=0,891		44,75±7,64 41,20±7,07 p=0,129		32,25±2,70 30,42±5,51 p=0,106		24,00±6,47 25,84±6,05 p=0,354		23,25±6,86 20,86±5,45 p=0,200	
Devlet Hast.	n1:11 n2:50	32,00±5,02 29,78±6,29 p=0,278		42,36±5,33 38,84±7,15 p=0,129		29,18±5,27 28,16±6,80 p=0,642		25,45±4,97 25,64±4,44 p=0,903		20,64±4,23 22,10±4,95 p=0,367	
Toros Devlet Hast.	n1:3 n2:50	29,67±8,96 29,32±5,71 p=0,921		40,33±3,79 39,78±5,74 p=0,870		33,67±1,15 28,26±5,50 p=0,000		38,33±1,53 24,62±4,70 p=0,000		21,33±2,08 21,04±4,08 p=0,903	
Adana Ruh Has. Hast.	n1:48 n2:-	34,64±6,73 -		40,69±5,54 -		26,08±5,24 -		26,12±5,38 -		22,85±4,09 -	
Bu Birimde Çalışma Süresi											
1-2 yıl	n1:28 n2:65	32,14±7,05 29,30±6,23 p=0,056		42,96±6,08 39,86±6,82 p=0,041		28,25±5,33 28,49±5,85 p=0,851		25,53±6,09 24,74±4,62 p=0,491		23,00±5,37 21,23±5,05 p=0,133	
3-4 yıl	n1:23 n2:43	35,39±6,62 28,39±5,29 p=0,000		41,09±5,74 40,67±7,13 p=0,812		27,78±6,02 30,07±6,03 p=0,147		26,30±5,73 26,23±6,01 p=0,963		23,13±3,91 21,74±4,81 p=0,239	
5-6 yıl	n1:10 n2:23	34,12±6,81 28,48±6,41 p=0,030		38,80±6,32 39,26±5,85 p=0,840		28,90±3,72 29,39±5,92 p=0,811		28,20±6,12 26,04±5,29 p=0,312		21,10±4,60 21,35±5,21 p=0,898	
7+ yıl	n1:13 n2:19	29,92±4,64 31,74±4,87 p=0,301		41,61±5,44 39,37±6,66 p=0,322		26,30±5,89 27,42±6,62 p=0,629		25,77±6,19 24,74±4,18 p=0,576		21,54±4,03 20,74±3,97 p=0,581	
Daha Önce Psikiyatri Servisinde Çalışma Durumu											
Çalışan	n1:18 n2:40	32,55±7,05 29,55±6,10 p=0,104		42,39±4,24 39,87±7,23 p=0,104		27,89±4,24 28,32±6,04 p=0,783		26,00±5,87 25,57±4,35 p=0,759		22,83±4,96 22,55±4,25 p=0,824	
Çalışmayan	n1:56 n2:110	33,18±6,63 29,11±5,82 p=0,000		41,32±6,40 39,96±6,54 p=0,205		27,84±5,80 29,17±6,02 p=0,174		26,23±6,02 25,29±5,37 p=0,307		22,43±4,53 20,89±5,00 p=0,055	
Daha Önce Psikiyatri Servisinde Çalışma Süresi											
1 yıl	n1:11 n2:18	31,64±7,23 29,33±7,25 p=0,413		43,36±3,77 40,11±7,90 p=0,148		28,09±2,66 26,05±5,74 p=0,208		28,09±2,88 24,22±4,63 p=0,020		22,73±5,78 22,83±4,74 p=0,957	
2 yıl	n1:5 n2:15	35,40±7,13 30,20±5,70 p=0,113		42,20±5,02 40,93±6,44 p=0,695		25,60±6,43 30,66±6,36 p=0,141		20,60±5,86 26,40±4,19 p=0,025		23,00±4,58 22,67±4,20 p=0,882	
3+ yıl	n1:2 n2:7	30,50±7,78 28,71±3,95 p=0,649		37,50±2,12 37,00±7,30 p=0,930		32,50±,707 29,14±4,37 p=0,337		28,00±12,73 27,28±3,25 p=0,950		23,00±,00 21,57±3,31 p=0,297	

Psikiyatri alanında ve diğer alanlarda çalışan ve çalışma süresi bir yıldan az olan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatri alanında çalışan ve çalışma süresi 1-5 ve 6-10 yıl olan hemşirelerin otoriterlik puan ortalamaları diğer alanlarda çalışan hemşirelerin ortalamalarından yüksektir ve iki grup arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çalışma süresi 11-15 yıl olan ve psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin bireylerarası etiyoloji faktörüyle ilgili puan ortalaması diğer alanlarda çalışan hemşirelere göre düşüktür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışma süresi 16-20 yıl arası olan ve psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin kısıtlayıcılık faktörüyle ilgili puan ortalaması diğer alanlarda çalışan hemşirelerden yüksektir ve bu faktör yönünden aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çalışma süresi 21 yıl ve üzerinde olan her iki grup hemşirenin de tüm faktörler açısından puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin; koruyuculuk, ruh sağlığı ideolojisi ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek, kısıtlayıcılık puan ortalaması düşük, otoriterlik puan ortalaması ise birbirine yakındır, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Mersin Devlet Hastanesi psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin; otoriterlik, koruyuculuk ve ruh sağlığı ideolojisi puan ortalamaları, psikiyatri dışındaki kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek, bireyler arası etiyoloji düşük, kısıtlayıcılık puan ortalamaları ise birbirine yakındır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Toros Devlet Hastanesi psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin; koruyuculuk, ruh sağlığı ideolojisi ve kısıtlayıcılık puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek, otoriterlik ve bireylerarası etiyoloji puan ortalaması ise birbirine yakındır. Ruh sağlığı ideolojisi ve kısıtlayıcılık açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Adana Ruh Sağlığı Hastanesi'nde psikiyatri dışı klinik olmadığı için psikiyatri ve psikiyatri dışı klinik olarak karşılaştırma yapılmamıştır.

Bulunduğu birimde çalışma suresi 1-2 yıl olan ve psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin; otoriterlik, koruyuculuk, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları, diğer hemşirelerden yuksek, ruh sağlığı ideolojisi puan ortalaması ise birbirine yakındır. Yalnızca koruyuculuk faktoru açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bulunduğu birimde çalışma suresi 3-4 yıl olan ve psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin; otoriterlik, koruyuculuk, ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer hemşirelerden yuksek, ruh sağlığı ideolojisi duşuk, kısıtlayıcılık puan ortalaması ise birbirine yakındır, ancak otoriterlik faktoru açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bulunduğu birimde çalışma suresi 5-6 yıl olan ve psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin; otoriterlik ve kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer alanlarda çalışan hemşirelerden yuksek, koruyuculuk ve ruh sağlığı ideolojisi duşuk, bireylerarası etiyoloji puan ortalaması ise birbirine yakındır, ancak otoriterlik faktoru açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bulunduğu birimde çalışma suresi 7 yıl ve uzeri olan ve psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin; koruyuculuk, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer hemşire grubundan yuksek, otorite ve ruh sağlığı ideolojisi duşuktur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatri alanında daha önce deneyim sahibi olan psikiyatri servisi hemşirelerinin; otoriterlik, koruyuculuk ve kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yuksek, ruh sağlığı ideolojisi duşuk ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları ise birbirine yakındır, ancak hemşire grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatri alanında daha önce deneyimi olmayan psikiyatri servisi hemşirelerinin; otorite, koruyuculuk, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yuksek, ruh sağlığı ideolojisi duşuktur, ancak yalnızca otoriterlik faktoru açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Psikiyatri biriminde çalışma deneyimi bir yıl olan hemşirelerin; otorite, koruyuculuk, ruh sağlığı ideolojisi ve kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek, bireylerarası etiyoloji puan ortalamasının düşük olduğu görülmüş ve kısıtlayıcılık faktörü açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Psikiyatri biriminde iki yıl çalışma deneyimi olan hemşirelerin otorite, koruyuculuk ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek, ruh sağlığı ideolojisi ve kısıtlayıcılık puan ortalaması ise düşüktür. Yalnızca kısıtlayıcılık faktörü açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Psikiyatri biriminde üç yıl ve daha uzun süredir çalışmakta olan hemşirelerin; otorite, koruyuculuk, ruh sağlığı ideolojisi, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek olmasına karşın, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7 Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin OMI'ye Göre Faktörler Bakımından Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin Görüş ve Davranış Özelliklerinin Karşılaştırılması

Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin Görüş ve Davranışlar		Opinions About Mental Illness Scale-OMI				
	n1, n2	Faktör	Faktör B	Faktör C	Faktör D	Faktör E
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
		p	p	p	p	p
Ruhsal Sorunu Olan Bireylerle Sık Sık Karşılaşma Durumu						
Karşılaşan	n1:73 n2:86	33,16±6,63 29,41±5,91 p=0,000	41,49±5,93 40,69±6,75 p=0,435	27,82±5,46 29,44±5,79 p=0,073	26,14±5,97 25,13±5,29 p=0,266	22,59±4,61 21,63±4,95 p=0,210
Karşılaşmayan	n1:1 n2:64	23,00 28,98±5,88 --	48,00 38,92±6,57 --	30,00 28,28±6,29 --	29,00 25,67±4,87 --	18,00 20,94±4,74 --
Ruhsal Sıkıntı İçindeyken Psikiyatrist veya Psikologa Gitme Durumu						
Giden	n1:67 n2:116	33,24±6,79 29,15±5,99 p=0,000	41,73±5,94 39,98±6,72 p=0,079	27,85±5,59 29,21±5,96 p=0,129	26,16±5,96 25,36±5,21 p=0,343	22,64±4,73 21,15±4,79 p=0,044
Gitmeyen	n1:7 n2:34	31,00±5,83 29,50±5,59 p=0,524	40,14±6,09 39,79±6,78 p=0,900	27,86±3,85 28,03±6,22 p=0,944	26,28±6,18 25,38±4,79 p=0,668	21,43±3,26 21,94±5,11 p=0,801
Ruh Hastalarının Zeka Durumuna İlişkin Görüşler						
Fazla zeki	n1:8 n2:13	31,75±6,09 28,15±4,29 p=0,128	44,00±5,55 42,38±4,89 p=0,493	28,12±4,67 32,08±4,64 p=0,074	27,62±6,16 24,92±4,84 p=0,276	20,25±2,76 21,08±3,15 p=0,549
Az zeki	n1:19 n2:27	36,10±6,65 31,41±6,08 p=0,017	40,10±5,88 39,41±6,56 p=0,713	26,74±6,06 26,04±5,44 p=0,684	24,74±5,20 25,07±5,84 p=0,841	22,31±4,29 22,07±4,79 p=0,861
Normal	n1:16 n2:43	30,75±6,22 27,98±5,62 p=0,107	43,62±5,93 42,14±5,94 p=0,396	28,62±5,77 29,72±6,17 p=0,540	26,81±7,47 25,30±5,36 p=0,393	22,75±4,65 20,74±5,69 p=0,213
Hiç zeki değil	n1:25 n2:39	31,76±6,27 30,00±5,81 p=0,256	40,52±5,72 37,38±6,67 p=0,057	28,04±5,04 29,23±6,11 p=0,420	26,56±5,38 26,18±4,49 p=0,761	24,04±5,03 22,15±3,70 p=0,089
Bilmiyorum	n1:6 n2:28	36,33±7,84 28,46±6,42 p=0,013	42,00±6,87 39,50±7,64 p=0,465	28,17±6,24 28,71±5,96 p=0,841	25,50±6,65 28,82±5,11 p=0,781	19,33±3,72 20,50±5,59 p=0,631
Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Birisiyle Aynı İş Yerinde Çalışmak İsteme Durumu						
İsteyen	n1:17 n2:15	31,00±6,57 29,33±6,17 p=0,467	42,70±4,61 42,40±8,47 p=0,898	25,70±5,45 29,27±5,97 p=0,088	24,12±4,29 21,87±5,07 p=0,184	22,18±5,14 22,20±6,34 p=0,991
İstemeyen	n1:23 n2:84	32,56±6,65 29,68±6,13 p=0,052	41,91±5,96 38,95±6,66 p=0,056	28,30±5,29 28,55±6,02 p=0,861	27,69±6,61 26,02±5,37 p=0,212	23,78±4,71 21,27±4,75 p=0,027
Diğer	n1:34 n2:51	34,35±6,67 28,45±5,40 p=0,000	40,79±6,53 40,84±6,01 p=0,972	28,17±6,01 29,51±6,10 p=0,491	26,18±6,01 25,31±4,27 p=0,472	21,85±4,21 21,18±4,62 p=0,496
Ruh Hastalarını Tehlikeli Olarak Algılama Durumu						
Tehlikeli	n1:9 n2:37	32,44±5,96 29,81±5,63 p=0,219	40,11±7,02 37,35±6,05 p=0,240	28,11±6,21 27,84±6,70 p=0,912	21,89±6,60 26,59±6,30 p=0,767	23,33±5,87 21,38±5,21 p=0,330
Tehlikeli değil	n1:21 n2:17	32,14±5,46 30,53±6,72 p=0,419	40,52±5,91 39,65±8,33 p=0,707	28,86±5,10 28,06±6,46 p=0,673	26,33±5,61 23,76±5,01 p=0,150	22,43±3,77 22,23±3,53 p=0,873
Bazıları tehlikeli olabilir	n1:36 n2:87	33,17±7,35 28,82±5,59 p=0,001	42,50±6,06 41,48±6,15 p=0,404	28,14±4,76 29,77±5,64 p=0,130	25,50±6,47 25,19±4,70 p=0,771	21,89±4,81 21,19±4,94 p=0,477
Bilmiyorum/ Kararsızım	n1:8 n2:9	35,37±7,87 28,33±8,21 p=0,092	41,87±4,09 36,22±7,48 p=0,077	23,62±7,21 27,22±5,31 p=0,256	29,12±2,47 25,00±2,60 p=0,004	24,75±4,06 20,78±5,29 p=0,106

Ruhsal sorunu olan bireylerle sık karşılaşılan ve psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin; otorite, koruyuculuk, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji faktörlerinden aldıkları puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek, ruh sağlığı ideolojisi puan ortalaması ise düşüktür ve yapılan istatistiksel analizde iki grup arasındaki fark otorite faktörü açısından anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Ruhsal sorunu olan bireylerle sık karşılaşmayanlarda psikiyatri servisinde sadece bir kişi sık sık karşılaşmıyorum dediği için anlamlı bir karşılaştırma yapılmamıştır.

Ruhsal sıkıntı içindeyken psikiyatrist veya psikolog desteği almayı tercih ettiğini belirten hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışanların; otorite, koruyuculuk, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışanlardan yüksek, ruh sağlığı ideolojisi ise düşüktür. Ancak iki grup arasındaki fark otorite ve bireylerarası etiyoloji faktörü açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Ruhsal sıkıntı içindeyken psikiyatrist veya psikolog desteği almayı tercih etmediğini belirten hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışanların; otorite, koruyuculuk ve kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışanlara göre yüksek, ruh sağlığı ideolojisi düşük, bireylerarası etiyoloji puan ortalamasının ise birbirine yakın olmasına karşın, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ruh hastalarıyla ilgili nitelermeleri “fazla zeki” şeklinde olan hemşirelerden psikiyatri servisinde çalışanların; otorite, koruyuculuk ve kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışanlara göre yüksek, ruh sağlığı ideolojisi ve bireylerarası etiyoloji faktörü ise düşük bulunmasına karşın, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ruh hastalarıyla ilgili nitelermeleri “az zeki” şeklinde olan hemşirelerden psikiyatri servisinde çalışanların; otorite ve koruyuculuk puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ortalamalarından yüksek, kısıtlayıcılık ortalaması düşük, ruh sağlığı ideolojisi ve bireylerarası etiyoloji puan ortalaması ise birbirine yakın olmasına karşın, otorite faktörü açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Ruh hastalığı olanların zekasını “normal” bulan hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışanların; otorite, koruyuculuk, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan

ortalamları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek, ruh sağlığı ideolojisi puanı ise düşük olmasına karşın iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ruh hastalığı olan kişilerin zekası için “hiç zeki değil” diyen hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışanların; otorite, koruyuculuk ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin puanlarından yüksek, ruh sağlığı ideolojisi puanı düşük, kısıtlayıcılık puanı ise birbirine yakın bulunmuştur, ancak iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ruh hastalığı olan kişilerin zeka düzeyi hakkında yorum yapmayan hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışanların; otorite ve koruyuculuk puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin puanlarından yüksek, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları düşük, ruh sağlığı ideolojisi puanı ise birbirine yakın olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ruh hastalığı olan biriyle aynı iş yerinde çalışabileceğini belirten hemşirelerden psikiyatri servisinde çalışanların; otorite ve kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışanlardan yüksek, ruh sağlığı ideolojisi puan ortalaması düşük, koruyuculuk ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları ise birbirine yakındır, ancak iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ruh hastalığı olan biriyle aynı iş yerinde çalışmak istemediğini ifade eden hemşirelerden psikiyatri servisinde çalışanların; otorite, koruyuculuk, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışanlardan yüksek, ruh sağlığı ideolojisi puan ortalamaları ise birbirine yakındır, ancak iki grup arasında yalnızca bireylerarası etiyoloji faktörü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Ruh hastalığı olan biriyle aynı iş yerinde çalışmak için belirli ön koşullar öne süren hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışanların; otorite ve kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışanlardan yüksek, ruh sağlığı ideolojisi düşük, koruyuculuk ve bireylerarası etiyoloji puan ortalaması ise birbirine yakındır, ancak iki grup arasındaki fark yalnızca otorite faktörü açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Psikiyatri hastalarını “tehlikeli” bulan hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışanların; otorite, koruyuculuk, ruh sağlığı ideolojisi ve bireylerarası etiyoloji puan

ortalamları diğer kliniklerde çalışanlardan yüksek, kısıtlayıcılık puan ortalamaları ise düşük bulunmuş, ancak iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatri hastalarını “tehlikeli değildir” şeklinde niteleyen hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışanların; otorite, koruyuculuk ve kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ortalamalarından yüksek, ruh sağlığı ideolojisi ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları ise birbirine yakındır, ancak iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatri hastaları için “bazıları tehlikeli olabilir” diye düşünen hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışanların; otorite ve koruyuculuk puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ortalamalarından yüksek, ruh sağlığı ideolojisi düşük, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları ise birbirine yakındır, ancak iki grup arasındaki fark yalnızca otorite faktörü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Psikiyatri hastalarının tehlikeli olup olmadığı sorusuna “bilmiyorum/kararsızım” yanıtını veren hemşirelerden, psikiyatri servisinde çalışanların; otorite, koruyuculuk, kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek, ruh sağlığı ideolojisi puan ortalamaları düşük olmasına karşın iki grup arasındaki fark yalnızca kısıtlayıcılık faktörü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Aşağıda, araştırma kapsamına giren hemşirelerin “Opinions About Mental Illness Scale-OMI”ye göre faktörler bakımından sosyo-demografik özellikleri, mesleki özellikleri, ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüş ve davranış özelliklerinin psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin kendi içlerinde karşılaştırılmaları yer almaktadır.

Tablo 4.8. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelere Ait Değişkenlerin Kendi İçlerinde OMI Faktörleri Bakımından Sosyo – Demografik Özelliklerinin Karşılaştırması

Sosyo – Demografik Özellikler			(Opinions About Mental Illness Scale-OMI)				
	n	%	Fak A Mean ±SD	Fak B Mean ±SD	Fak C Mean ±SD	Fak D Mean ±SD	Fak E Mean ±SD
Psikiyatri			Yaş				
19 ve altı	2	2,7	32,50±3,54	46,50±4,95	24,00±5,66	25,50±6,36	24,00±5,66
20-27	26	35,1	32,50±7,11	41,30±7,29	28,92±4,24	25,81±5,82	23,69±5,20
28-35	24	32,4	33,46±7,11	42,00±5,15	26,79±6,14	24,71±4,70	21,17±4,56
36-43	17	23,0	34,82±5,51	41,65±5,58	27,65±6,27	27,82±6,63	22,76±3,54
44 ve üstü	5	6,8	27,80±5,93	38,80±2,17	29,60±4,22	29,80±8,76	21,60±4,22
P			0,342	0,629	0,491	0,318	0,385
Diğer Klinikler			Yaş				
Yaş 19 ve altı	9	6,0	32,22±6,20	40,44±6,15	27,00±2,78	27,78±3,99	22,44±4,33
20-27	54	36,0	29,11±5,60	38,87±7,24	29,80±6,42	25,15±5,23	20,98±4,89
28-35	48	32,0	29,50±5,57	40,50±7,11	28,69±6,25	25,79±5,84	21,73±5,38
36-43	33	22,0	28,30±6,93	40,09±5,37	28,97±5,62	24,51±4,05	21,15±4,58
44 ve üstü	6	4,0	28,67±3,83	43,50±5,79	26,17±5,95	25,00±4,19	20,67±2,87
P			0,510	0,488	0,500	0,500	0,876
Psikiyatri			Eğitim Düzeyi				
S.M.L	27	36,5	32,78±5,90	42,41±4,85	27,52±6,48	25,74±5,17	22,85±4,12
Ön Lisans	12	16,2	32,50±6,88	42,33±5,66	27,25±4,49	25,50±5,88	19,75±3,65
A.Ö.F	10	13,5	30,80±7,25	42,50±5,11	26,50±5,91	27,30±8,73	20,20±4,37
Lisans	23	31,1	34,87±7,23	40,13±7,48	28,87±4,53	26,35±5,90	24,48±4,99
Lisans Üstü	2	2,7	29,50±7,78	38,00±5,66	31,00±1,41	28,50±3,53	24,00± ,00
P			0,484	0,559	0,683	0,917	0,018
Diğer Klinikler			Eğitim Düzeyi				
S.M.L	45	30,0	29,95±5,57	38,87±5,78	28,22±6,12	26,29±4,80	22,09±4,76
Ön Lisans	24	16,0	29,42±6,08	39,08±8,02	26,87±7,15	23,67±4,93	19,58±5,91
A.Ö.F	27	18,0	29,67±6,01	40,96±5,55	28,30±5,45	24,52±4,39	21,22±3,60
Lisans	48	32,0	28,14±6,20	40,48±7,34	30,77±5,25	26,25±5,49	21,44±4,97
Lisans Üstü	6	4,0	29,67±4,68	42,50±7,40	31,00±6,00	22,00±5,66	22,33±4,76
P			0,646	0,505	0,061	0,061	0,346
Psikiyatri			Medeni Durum				
Bekar	26	35,1	32,46±6,57	43,35±6,49	28,81±4,46	25,80±6,52	23,50±4,78
Evli	45	60,8	33,22±6,94	40,64±5,63	27,33±5,94	26,49±5,69	22,04±4,58
Boşanmış/ Dul	3	4,1	35,00±4,58	40,33±1,15	27,33±5,69	24,67±6,02	21,33±2,89
P			0,789	0,170	0,544	0,815	0,401

Tablo 4.8'in Devamı

Diğer Klinikler			Medeni Durum				
Bekar	62	41,3	29,50±5,78	39,60±7,58	29,84±5,99	25,26±5,59	21,58±5,16
Evlü	75	50,0	28,47±5,87	40,19±6,08	28,13±6,22	25,92±4,65	21,04±4,74
Boşanmış/ Dul	13	8,7	32,31±5,73	40,15±6,09	29,38±4,46	22,69±4,64	21,85±4,22
P			0,083	0,872	0,248	0,106	0,751
Psikiyatri			Çocuk sahibi				
Olan	36	48,6	32,42±6,94	39,91±5,58	28,11±6,19	27,89±5,27	22,17±4,56
Olmayan	38	51,4	33,61±6,48	43,16±5,90	27,60±4,68	24,55±6,15	22,87±4,68
P			0,450	0,018	0,692	0,015	0,516
Diğer Klinikler			Çocuk sahibi				
Olan	69	46,0	28,93±5,90	39,96±6,21	27,80±6,09	25,07±3,90	20,59±4,79
Olmayan	81	54,0	29,48±5,89	39,93±7,15	29,92±5,81	25,62±5,96	21,96±4,85
P			0,567	0,978	0,030	0,503	0,086
Psikiyatri			Ailesinde Ruhsal Hastalık Öyküsü				
Olan	10	13,5	31,60±9,07	42,70±4,35	26,70±4,42	22,50±5,02	22,90±5,19
Olmayan	64	86,5	33,25±6,30	41,41±6,15	28,03±5,58	26,75±5,90	22,46±4,55
P			0,472	0,525	0,475	0,034	0,785
Diğer Klinikler			Ailesinde Ruhsal Hastalık Öyküsü				
Olan	25	16,7	29,76±6,62	41,84±5,73	29,12±5,56	23,64±5,27	20,96±6,31
Olmayan	125	83,3	29,12±5,75	39,56±6,84	28,91±6,12	25,71±5,02	21,41±4,54
P			0,621	0,121	0,875	0,064	0,738
Psikiyatri			Ailesinde Ruhsal Hastalık Olanlarla Yakınlık Derecesi				
1.Derece	6	66,7	31,0±9,76	43,33±4,55	26,00±5,18	22,33±5,75	26,00±3,63
2.Derece	3	33,3	36,67±5,03	41,67±5,51	27,33±4,04	22,67±5,51	18,33±4,04
P			0,386	0,641	0,711	0,936	0,023
Diğer Klinikler			Ailesinde Ruhsal Hastalık Olanlarla Yakınlık Derecesi				
1.Derece	15	60,0	29,73±6,74	41,80±5,76	30,07±4,59	22,93±5,48	21,47±5,99
2.Derece	4	16,0	32,50±1,91	45,50±6,24	25,75±6,34	28,25±6,02	22,25±3,50
3.Derece	6	24,0	28,00±8,41	39,50±4,89	29,00±7,32	22,33±2,66	18,83±8,68
P			0,594	0,278	0,403	0,159	0,643

Tablo 4.8’de psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin kendi içlerinde OMI’ ye göre faktörler bakımından sosyo – demografik özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir;

Örnekleme oluşturan psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşire grupları yaşlarına göre kendi içlerinde karşılaştırdıklarında; faktörler bakımından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan her iki grubun kendi içinde eğitim düzeylerine göre faktörler bakımından dağılımları karşılaştırıldığında gruplar arasında sadece bireylerarası etiyoloji açısından psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Post hoc test sonucunda bireylerarası etiyoloji bakımından görülen bu farklılığın ise sadece önlisans ve lisans mezunları arasında olduğu bulunmuştur. Bireylerarası etiyoloji bakımından psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerden lisans mezunlarının ortalaması (24,48), önlisans mezunlarının ortalamasından (19,75) anlamlı şekilde yüksektir ($P=0,032$). Diğer eğitim düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin faktörler bakımından eğitim durumları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan her bir grubun medeni durumlarına göre faktörler kendi içlerinde incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Her iki grubun çocuk sahibi olma durumuna göre kendi içinde faktörler bakımından dağılımları karşılaştırıldığında, psikiyatri servisinde koruyuculuk-kollayıcılık ve sosyal kısıtlayıcılık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Koruyuculuk-kollayıcılık puan ortalaması psikiyatri kliniklerinde çalışan ve çocuk sahibi olmayan hemşirelerde (43,16), çocuk sahibi olanlara (39,91) göre daha yüksektir. Sosyal kısıtlayıcılık puan ortalaması psikiyatri servisinde ve çocuk sahibi olanlarda (27,89), çocuk sahibi olmayanlara (24,55) göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer kliniklerde çalışan hemşireler arasında ise ruh sağlığı ideolojisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Ruh sağlığı ideolojisi puan

ortalaması diğer kliniklerde çalışan ve çocuk sahibi olmayan hemşirelerde (29,92), çocuk sahibi olanlara (27,80) göre daha yüksek bulunmuştur.

Her iki grubunun ailesinde ruhsal hastalık öyküsü yönünden faktörler kendi içlerinde incelendiğinde; psikiyatri kliniğinde sosyal kısıtlayıcılık açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal kısıtlayıcılık puan ortalaması, psikiyatri kliniğinde çalışan ve ailesinde ruhsal hastalığı olan birey bulunanlarda (22,50) bulunmayanlara (26,75) göre daha düşüktür.

Psikiyatri servisinde çalışan ve ailesinde ruhsal hastalığı olan hemşireler bu bireylere yakınlık derecesine göre faktörler bakımından karşılaştırıldığında sadece bireylerarası etiyoloji açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Post hoc test sonucunda bireylerarası etiyoloji bakımından birinci derece ve ikinci derece akrabalığı olanlar arasında anlamlı düzeyde farklılık gözlenmiştir. İkinci derece akrabalığı olan hemşirelerin bireylerarası etiyoloji puan ortalaması (18,33) birinci derece akrabalığı olanlara göre (26,00) daha düşük bulunmuştur.

Tablo 4.9. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelere Ait Değişkenlerin Kendi İşlerinde OMI Faktörleri Bakımından Mesleki Özelliklerinin Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler			(Opinions About Mental Illness Scale-OMI)				
	n	%	Fak A Mean ±SD	Fak B Mean ±SD	Fak C Mean ±SD	Fak D Mean ±SD	Fak E Mean ±SD
Psikiyatri			Çalışma Süresi				
1 yıldan az	7	9,5	30,43±5,44	44,43±6,35	27,43±5,71	26,57±4,08	25,14±4,49
1-5 yıl	25	33,8	34,68±6,80	41,64±6,67	28,08±5,38	25,56±6,22	23,28±4,97
6-10 yıl	21	28,4	33,48±6,10	39,76±5,77	27,48±6,34	25,62±5,93	23,28±4,36
11-15 yıl	12	16,2	32,75±8,2,27	43,92±5,58	27,00±4,51	25,42±5,05	19,08±3,55
16-20 yıl	4	5,4	32,25±5,31	42,25±0,96	29,50±6,46	30,00±6,05	20,75±1,90
21 ve+ yıl	5	6,8	27,80±5,93	38,80±2,17	29,60±4,22	29,80±8,76	21,60±4,22
P			0,331	0,254	0,933	0,533	0,045
Diğer Klinikler			Çalışma Süresi				
1 yıldan az	7	9,5	30,43±5,44	44,43±6,35	27,43±5,71	26,57±4,08	25,14±4,49
1-5 yıl	25	33,8	34,68±6,80	41,64±6,67	28,08±5,38	25,56±6,22	23,28±4,97
6-10 yıl	21	28,4	33,48±6,10	39,76±5,77	27,48±6,34	25,62±5,93	23,28±4,36
11-15 yıl	12	16,2	32,75±8,2,27	43,92±5,58	27,00±4,51	25,42±5,05	19,08±3,55
16-20 yıl	4	5,4	32,25±5,31	42,25±0,96	29,50±6,46	30,00±6,05	20,75±1,90
21 ve+ yıl	5	6,8	27,80±5,93	38,80±2,17	29,60±4,22	29,80±8,76	21,60±4,22
P			0,856	0,682	0,857	0,356	0,303
Psikiyatri			Çalıştığı Kurum				
Mer. Tıp Fak. Has.	12	16,2	28,33±5,12	44,75±7,64	32,25±2,70	24,00±6,47	23,25±6,86
Mersin Devlet Has.	11	14,9	32,00±5,02	42,36±5,33	29,18±5,27	25,45±4,97	20,64±4,23
Mer. Toros Dev. H.	3	4,1	29,67±8,96	40,33±3,79	33,67±1,15	38,33±1,53	21,33±2,08
Ada. Ruh Sağ. H.	48	64,9	34,64±6,73	40,69±5,54	26,08±5,24	26,12±5,38	22,85±4,09
P			0,018	0,185	0,000	0,001	0,466
Diğer Klinikler			Çalıştığı Kurum				
Mer. Tıp Fak. Has.	50	33,3	28,58±5,69	41,20±7,07	30,42±5,51	25,84±6,05	20,86±5,45
Mersin Devlet Has.	50	33,3	29,78±6,29	38,84±7,15	28,16±6,80	25,64±4,44	22,10±4,95
Mer. Toros Dev. H.	50	33,3	29,32±5,71	39,78±5,74	28,26±5,50	24,62±4,70	21,04±4,08
P			0,592	0,209	0,105	0,443	0,399

Tablo 4.9'un Devamı

Psikiyatri		Bulunduğu Birimde Çalışma Süresi					
1-2 yıl	28	37,8	32,14±7,05	42,96±6,08	28,25±5,33	25,53±6,09	23,00±5,37
3-4 yıl	23	31,1	35,39±6,62	41,09±5,74	27,78±6,02	26,30±5,73	23,13±3,91
5-6 yıl	10	13,5	34,12±6,81	38,80±6,32	28,90±3,72	28,20±6,12	21,10±4,60
7+ yıl	13	17,6	29,92±4,64	41,61±5,44	26,30±5,89	25,77±6,19	21,54±4,03
P			0,090	0,279	0,673	0,678	0,531
Diğer Klinikler		Bulunduğu Birimde Çalışma Süresi					
1-2 yıl	65	43,3	29,30±6,23	39,86±6,82	28,49±5,85	24,74±4,62	21,23±5,05
3-4 yıl	43	28,7	28,39±5,29	40,67±7,13	30,07±6,03	26,23±6,01	21,74±4,81
5-6 yıl	23	15,3	28,48±6,41	39,26±5,85	29,39±5,92	26,04±5,29	21,35±5,21
7+ yıl	19	12,7	31,74±4,87	39,37±6,66	27,42±6,62	24,74±4,18	20,74±3,97
P			0,195	0,829	0,362	0,408	0,893
Psikiyatri		Daha Önce Psikiyatri Servisinde Çalışma Durumu					
Çalışan	18	24,3	32,55±7,05	42,39±4,24	27,89±4,24	26,00±5,87	22,83±4,96
Çalışmayan	56	75,7	33,18±6,63	41,32±6,40	27,84±5,80	26,23±6,02	22,43±4,53
P			0,734	0,511	0,973	0,887	0,748
Diğer Klinikler		Daha Önce Psikiyatri Servisinde Çalışma Durumu					
Çalışan	40	26,7	29,55±6,10	39,87±7,23	28,32±6,04	25,57±4,35	22,55±4,25
Çalışmayan	110	73,3	29,11±5,82	39,96±6,54	29,17±6,02	25,29±5,37	20,89±5,00
P			0,686	0,943	0,844	0,764	0,064
Psikiyatri		Daha Önce Psikiyatri Servisinde Çalışma Süresi					
1 yıl	11	61,1	31,64±7,23	43,36±3,77	28,09±2,66	28,09±2,88	22,73±5,78
2yıl	5	27,8	35,40±7,13	42,20±5,02	25,60±6,43	20,60±5,86	23,00±4,58
3+ yıl	2	11,1	30,50±7,78	37,50±2,12	32,50±7,07	28,00±12,73	23,00± ,00
P			0,585	0,204	0,146	0,042	0,994
Diğer Klinikler		Daha Önce Psikiyatri Servisinde Çalışma Süresi					
1 yıl	18	45,0	29,33±7,25	40,11±7,90	26,05±5,74	24,22±4,63	22,83±4,74
2yıl	15	37,5	30,20±5,70	40,93±6,44	30,66±6,36	26,40±4,19	22,67±4,20
3+ yıl	7	17,5	28,71±3,95	37,00±7,30	29,14±4,37	27,28±3,25	21,57±3,31
P			0,857	0,497	0,082	0,188	0,802

Tablo 4.9’da, psikiyatri kliniğinde ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelere ait değişkenlerin kendi içlerinde OMI faktörleri bakımından karşılaştırılması görülmektedir.

Her iki grubun kendi içinde faktörler bakımından dağılımları karşılaştırıldığında; çalışma süreleri bakımından yalnızca bireylerarası etiolojide psikiyatri servisinde çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Post hoc test sonucunda farklılığın, 11-15 yıl ile bir yıldan az süredir çalışanlar arasında olduğu saptanmıştır ($p=0,046$). Bir yıldan az süredir çalışanların bireylerarası etioloji puan ortalaması (25,14), 11-15 yıl arasında çalışan hemşirelerden daha yüksek (19,08) bulunmuştur.

Her iki grup kendi içinde faktörler bakımından karşılaştırıldığında; çalıştığı kuruma göre otoriterlik, ruh sağlığı ideolojisi ve sosyal kısıtlayıcılık açısından psikiyatri servisinde çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Post hoc test sonucunda otoriterlik bakımından görülen farklılığın ise sadece Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Adana Ruh Sağlığı Hastanesi arasında olduğu ($P=0,018$) saptanmıştır. Adana Ruh Sağlığı Hastanesi psikiyatri servisinde otoriterlik puan ortalaması (34,64) Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden (28,33) yüksek bulunmuştur. Ruh sağlığı ideolojisi bakımından görülen farklılığın yine sadece Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Adana Ruh Sağlığı Hastanesi arasında olduğu ($P=0,001$) belirlenmiştir. Mersin Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri servisinde ruh sağlığı ideolojisi puan ortalaması (32,25) Adana Ruh Sağlığı Hastanesi’nden (26,08) yüksek bulunmuştur. Sosyal kısıtlayıcılık bakımından görülen farklılığın ise Mersin Toros Devlet Hastanesi ile Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi arasında ($P=0,001$), Mersin Toros Devlet Hastanesi ile Mersin Devlet Hastanesi ($P=0,003$) ve Mersin Toros Devlet Hastanesi ile Adana Ruh Sağlığı Hastanesi arasında olduğu ($P=0,002$) saptanmıştır. Mersin Toros Devlet Hastanesi’nde sosyal kısıtlayıcılık puan ortalaması (38,33) Adana Ruh Sağlığı Hastanesi’ne (26,12), Mersin Devlet Hastanesi’ne (25,45) ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne göre (24,00) yüksektir.

Her grubun kendi içinde faktörler bakımından karşılaştırılması yapıldığında, istatistiksel değerlendirmede hemşirelerin bulunduğu birimde çalışma süreleri ve daha önceden psikiyatrik birimde çalışma durumları açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Daha önce psikiyatri servisinde çalışma sürelerine göre, sosyal kısıtlayıcılık açısından psikiyatri kliniğinde iki yıl çalışanlarda sosyal kısıtlayıcılık daha düşük (20,60) diğer yıllarda daha yüksektir (28,09 ve 28,00) ve aradaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelere Ait Değişkenlerin Kendi İçlerinde OMI Faktörleri Bakımından Ruh Hasta ve Hastalıklarına İlişkin Görüş ve Davranışlarının Karşılaştırılması

Ruh Hastaları ve Hastalıklarına İlişkin (Opinions About Mental Illness Scale-OMI) Görüş ve Davranışları							
	n	%	Fak A Mean±SD	Fak B Mean±SD	Fak C Mean±SD	Fak D Mean±SD	Fak E Mean±SD
Psikiyatri Ruhsal Sorunu Olan Bireylerle Sık Sık Karşılaşma Durumu							
Karşılaşan	73	98,6	33,16±6,63	41,49±5,93	27,82±5,46	26,14±5,97	22,59±4,61
Karşılaşmayan	1	1,4	23,00	48,00	30,00	29,00	18,00
P			-	-	-	-	-
Diğer Klinikler Ruhsal Sorunu Olan Bireylerle Sık Sık Karşılaşma Durumu							
Karşılaşan	86	57,3	29,41±5,91	40,69±6,75	29,44±5,79	25,13±5,29	21,63±4,95
Karşılaşmayan	64	42,7	28,98±5,88	38,92±6,57	28,28±6,29	25,67±4,87	20,94±4,74
P			0,665	0,109	0,244	0,530	0,391
Psikiyatri Ruhsal Sıkıntı İçindeyken Psikiyatrist veya Psikologa Gitme Durumu							
Giden	67	90,5	33,24±6,79	41,73±5,94	27,85±5,59	26,16±5,96	22,64±4,73
Gitmeyen	7	9,5	31,00±5,83	40,14±6,09	27,86±3,85	26,28±6,18	21,43±3,26
P			0,403	0,504	0,998	0,959	0,511
Diğer Klinikler Ruhsal Sıkıntı İçindeyken Psikiyatrist veya Psikologa Gitme Durumu							
Giden	116	77,3	29,15±5,99	39,98±6,72	29,21±5,96	25,36±5,21	21,15±4,79
Gitmeyen	34	22,7	29,50±5,59	39,79±6,78	28,03±6,22	25,38±4,79	21,94±5,11
P			0,759	0,886	0,314	0,984	0,409
Psikiyatri Ruh Hastalarının Zeka Durumuna İlişkin Görüşler							
Fazla zeki	8	10,8	31,75±6,09	44,00±5,55	28,12±4,67	27,62±6,16	20,25±2,76
Az zeki	19	25,7	36,10±6,65	40,10±5,88	26,74±6,06	24,74±5,20	22,31±4,29
Normal	16	21,6	30,75±6,22	43,62±5,93	28,62±5,77	26,81±7,47	22,75±4,65
Hiç zeki değil	25	33,8	31,76±6,27	40,52±5,72	28,04±5,04	26,56±5,38	24,04±5,03
Bilmiyorum	6	8,1	36,33±7,84	42,00±6,87	28,17±6,24	25,50±6,65	19,33±3,72
P			0,069	0,267	0,885	0,754	0,103
Diğer Klinikler Ruh Hastalarının Zeka Durumuna İlişkin Görüşler							
Fazla zeki	13	8,7	28,15±4,29	42,38±4,89	32,08±4,64	24,92±4,84	21,08±3,15
Az zeki	27	18,0	31,41±6,08	39,41±6,56	26,04±5,44	25,07±5,84	22,07±4,79
Normal	43	28,7	27,98±5,62	42,14±5,94	29,72±6,17	25,30±5,36	20,74±5,69
Hiç zeki değil	39	26,0	30,00±5,81	37,38±6,67	29,23±6,11	26,18±4,49	22,15±3,70
Bilmiyorum	28	18,7	28,46±6,42	39,50±7,64	28,71±5,96	28,82±5,11	20,50±5,59
P			0,123	0,014	0,028	0,830	0,525

Tablo 4.10'un Devamı

Psikiyatri		Psikiyatrik Hastalığı Olan Biriyle Aynı İş Yerinde Çalışmak İsteme Durumu					
İsteyen	17	23,0	31,00±6,57	42,70±4,61	25,70±5,45	24,12±4,29	22,18±5,14
İstemeyen	23	31,1	32,56±6,65	41,91±5,96	28,30±5,29	27,69±6,61	23,78±4,71
Diğer*	34	45,9	34,35±6,67	40,79±6,53	28,17±6,01	26,18±6,01	21,85±4,21
P			0,225	0,534	0,176	0,172	0,286
Diğer Klinikler		Psikiyatrik Hastalığı Olan Biriyle Aynı İş Yerinde Çalışmak İsteme Durumu					
İsteyen	15	10,0	29,33±6,17	42,40±8,47	29,27±5,97	21,87±5,07	22,20±6,34
İstemeyen	84	56,0	29,68±6,13	38,95±6,66	28,55±6,02	26,02±5,37	21,27±4,75
Diğer*	51	34,0	28,45±5,40	40,84±6,01	29,51±6,10	25,31±4,27	21,18±4,62
P			0,504	0,093	0,654	0,014	0,766
Psikiyatri		Ruh Hastalarını Tehlikeli Olarak Algılama Durumu					
Tehlikeli	9	12,2	32,44±5,96	40,11±7,02	28,11±6,21	21,89±6,60	23,33±5,87
Tehlikeli Değil	21	28,4	32,14±5,46	40,52±5,91	28,86±5,10	26,33±5,61	22,43±3,77
Bazıları Tehlikeli Olabilir	36	48,6	33,17±7,35	42,50±6,06	28,14±4,76	25,50±6,47	21,89±4,81
Bilmiyorum/ Kararsızım	8	10,8	35,37±7,87	41,87±4,09	23,62±7,21	29,12±2,47	24,75±4,06
P			0,705	0,560	0,126	0,488	0,424
Diğer Klinikler		Ruh Hastalarını Tehlikeli Olarak Algılama Durumu					
Tehlikeli	37	24,7	29,81±5,63	37,35±6,05	27,84±6,70	26,59±6,30	21,38±5,21
Tehlikeli Değil	17	11,3	30,53±6,72	39,65±8,33	28,06±6,46	23,76±5,01	22,23±3,53
Bazıları Tehlikeli Olabilir	87	58,0	28,82±5,59	41,48±6,15	29,77±5,64	25,19±4,70	21,19±4,94
Bilmiyorum/ Kararsızım	9	6,0	28,33±8,21	36,22±7,48	27,22±5,31	25,00±2,60	20,78±5,29
P			0,613	0,004	0,264	0,268	0,854

* Psikiyatrik hastalığı olan biriyle aynı iş yerinde çalışmak için belirli koşullar ileri sürmüşlerdir. Bu koşullar çoğunlukla psikiyatrik hastalığı olan kişinin çevresine zarar vermediği ve işini aksatmadan yapması üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Tablo 4.10’da psikiyatri kliniğinde ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelere ait değişkenlerin kendi içlerinde OMI faktörleri bakımından karşılaştırılması görülmektedir.

Her iki hemşire grubu kendi içlerinde faktörler bakımından karşılaştırıldığında, ailesinde ruhsal sorunu olan bireylerle sık karşılaşma ve ruhsal sıkıntı yaşadığında psikiyatrist veya psikologa gitme durumları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan her iki grubun ruh hastalarının zeka durumuna ilişkin görüşleri kendi içlerinde faktörler bakımından karşılaştırıldığında; diğer kliniklerdeki hemşireler arasında koruyuculuk- kollayıcılık ve ruh sağlığı ideolojisi açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer kliniklerde çalışan ruh hastalarının zeka durumu için “hiç zeki değil” diyenlerle “normal” diyenler arasında koruyuculuk-kollayıcılık bakımından farklılık bulunmuştur ($p=0,012$). “Hiç zeki değil” (37,38) diyenlerin koruyuculuk-kollayıcılık puan ortalamasının, normal (42,14) diyenlerden düşük olduğu saptanmıştır. Ruh sağlığı ideolojisi bakımından görülen farklılığın ise, diğer kliniklerdeki hemşirelerden “fazla zeki” diyenlerle “az zeki” diyenler arasında olduğu bulunmuştur ($p=0,028$). “Fazla zeki” diyenlerin ruh sağlığı ideolojisi puan ortalamasının (32,08) “az zeki” diyenlerden (26,04) yüksek olduğu saptanmıştır.

Örnekleme oluşturan her iki grubun psikiyatrik rahatsızlığı olan biriyle aynı iş yerinde çalışmayı isteme durumu karşılaştırıldığında; psikiyatri dışı kliniklerde “sosyal kısıtlayıcılık” açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Post hoc test sonucunda diğer kliniklerde çalışan hemşirelerde sosyal kısıtlayıcılık açısından görülen bu farklılığın psikiyatrik rahatsızlığı olan birisiyle çalışmayı isteyen ve istemeyenler arasında olduğu bulunmuştur ($p=0,010$). Psikiyatrik rahatsızlığı olan birisiyle aynı iş yerinde çalışmayı istemeyen hemşirelerin sosyal kısıtlayıcılık puan ortalaması (26,02) bu bireylerle çalışmayı isteyenlerden (21,87) yüksek bulunmuştur.

Örnekleme oluşturan her iki grubun ruh hastalarını tehlikeli olarak algılayıp algılamadıkları yönünden faktörler incelendiğinde; diğer kliniklerde ruh hastaları “tehlikelidir” diyenlerle ruh hastalarının “bazıları tehlikeli olabilir” diyenler arasında koruyuculuk- kollayıcılık açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). “Bazıları tehlikeli olabilir” diyenlerin koruyuculuk- kollayıcılık puan ortalaması (41,48) “tehlikelidir” diyenlerden (37,35) yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Sosyodemografik özellikler yönünden iki gruba bakıldığında;

Her iki grubunda 20-27 yaş (psikiyatri %35,1, diğer %36,0) ve 28-35 yaş (psikiyatri %32,4, diğer %32,0) aralığında yoğunlaştıkları görülmektedir. Yaş aralıkları bakımından iki grup birbirlerine benzemektedir.

Psikiyatri grubunun çoğunluğu SML mezunu iken (%36,5), diğer hemşireler çoğunlukla lisans mezunlardır (%32,0). Fakat aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Psikiyatri grubunun %60,8'i evli iken, diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin %50,0'si evlidir. İstatistiksel olarak aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Her iki grubunda çoğunluğunun çocuğunun olmadığı görülmektedir (psikiyatri %51,4, diğer %54,0).

Her iki grubun çoğunluğunda ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmamaktadır (psikiyatri %86,5, diğer %83,3). Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bakımından iki grup birbirlerine benzemektedir.

Ailesinde ruhsal hastalığı bulunanlarla birinci derece akrabalığı olan hemşireler her iki grupta da çoğunluktadır (psikiyatri %66,7, diğer %60,0). Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.1).

Literatürde yaş değişkenine ilişkin farklı sonuçlar bulunmuştur. Bizim sonucumuzda elde ettiğimiz yaş aralığı Bağ'ın psikiyatrik hasta ve hastalıklarda hemşirelerin tutumunu araştırdığı çalışmada elde ettiği, araştırmaya katılanların çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin yaş grubuyla benzerlik göstermektedir (43). Bostancı ve Aştı (2000), Arkar ve Eker (1996) ve Bozdoğan'ın (2007) çalışmalarında ise psikiyatri servisinde çalışan hemşireler yaş bakımından diğer servislerde çalışanlara göre daha ileri yaşta (57,75,127). Ancak bizim çalışmamızda hemşire grupları yaş bakımından birbirine benzemektedir.

Araştırmamıza katılan ve psikiyatri biriminde çalışan hemşireler daha çok sağlık meslek lisesi mezunları iken, diğer kliniklerde çalışan hemşireler lisans mezunlardır. Eğitim düzeyi yönünden iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ancak yapılan diğer çalışmalarda psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin eğitim düzeyi diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur (57,104,127,130). Bunun nedeni, psikiyatri kliniklerinde rutin iş ve işlemlerin azlığı nedeniyle bu birimlerin bir tür dinlenme yeri olarak görülmesi ve yaşı ilerleyen hemşirelerin bu birimlerde görevlendirilmeleri olabilir. Bu da, söz konusu hastanelerdeki hemşirelik yönetimlerinin; psikiyatri hemşireliğinin doğası, bilgi ve beceri donanımı hakkındaki anlayışlarının güncellikten uzak olduğunu göstermektedir.

Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin genellikle evli oldukları görülmektedir. Bu bulgu, araştırmamıza katılan her iki grup hemşirenin yaş grubu olarak da birbirine benzemesine bağlanabilir (Tablo 4.1). Bizim verilerimiz Arı ve Bağ'ın ruh sağlığı bozuk bireylere karşı tutumları inceledikleri çalışmalarda elde ettikleri gibi, araştırmaya katılanların çoğunun evli olduğu sonucuyla benzerlik göstermektedir (128,43). Psikiyatride ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğunun çocuğu bulunmamaktadır (Tablo 4.1). Buna göre her iki grupta da çocuk sahibi olmayanlar çoğunluktadır. Bu bulgu araştırmamıza katılan her iki grup hemşirenin çoğunun genç yaş grubunda (20-27) olmalarıyla açıklanabilir.

Psikiyatri ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğunun ailesinde ruhsal hastalığı olan birey yoktur (Tablo 4.1). Her iki hemşire grubunun da ailesinde psikiyatrik hastalığı olan yakının çok olmaması veya açıklamak istememeleri ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalanma korkusunun varlığından, ruhsal hastalıkların çok iyi bilinmemesinden veya tanı konulmamış psikiyatrik rahatsızlığın hastalık olarak algılanmamasından kaynaklanabilir (Tablo 4.1). Ailesinde psikiyatri hastasının bulunmasıyla, psikiyatri hastası olan biriyle çalışmak isteme arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ailesinde psikiyatri hastası olan hemşireler, olmayanlara göre psikiyatri hastası ile çalışmayı daha fazla istemektedirler. Psikiyatri alanında (%66,7) ve diğer kliniklerde (%60,0) çalışan hemşirelerin ailesinde ruhsal hastalığı olanlar çoğunlukla birinci derece akrabalarıdır. Her iki gruptaki hemşirelerin; ruhsal hastalığı olan birinci dereceden yakınının çok olması, toplumumuzun genelde çekirdek aile tipinden

oluşması, birinci derece yakın çevresini daha iyi bilmesi ve akrabalarıyla iletişimlerinin çok kuvvetli olmamasıyla açıklanabilir (Tablo 4.1).

Mesleki özellikler yönünden iki gruba bakıldığında;

Her iki grubun da 1-5 yıl (psikiyatri %33,8, diğer %28,7) ve 6-10 yıl (psikiyatri %28,4, diğer %28,7) gruplarında yoğunlaştıkları görülmektedir. Çalışma süreleri yönünden iki grup birbirine benzemektedir.

Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğunluğu halen buldukları birimde çalışma sürelerinin 1-2 yıl arasında yoğunlaştığı görülmektedir (psikiyatri %37,8, diğer %43,3). İki grup arasında istatistiksel olarak fark görülmemektedir.

Her iki grubun da psikiyatri biriminde çalışma deneyimi olmadığı (psikiyatri %75,7, diğer %73,3) görülmektedir.

Daha önceden psikiyatri deneyimi olanların ise her iki grupta da çoğunlukla bir yıllık deneyiminin olduğu görülmektedir (psikiyatri %61,1, diğer %45,0) (Tablo 4.2).

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalışma süresi daha çok 1-5 yıl iken (%33,8); diğer kliniklerdeki hemşirelerin 1-5 yıl (%28,7) ve 6-10 yıldır (%28,7) (Tablo 4.2). Her iki gruptaki hemşirelerin çalışma sürelerinin birbirine yakın olması, örnekleme oluşturan grubun çoğunlukla genç yaşta ve çalışma süreleri bakımından birbirine benzer olmaları ile açıklanabilir.

Psikiyatri ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun psikiyatri alanında çalışma deneyimi bulunmamaktadır (Tablo 4.2). Bu bulgu Bostancı'nın (57) ve Arı'nın (128) ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında elde ettikleri bulgularla benzerlik göstermektedir. Çalışmamıza katılan iki grubun da psikiyatri alanındaki çalışma deneyimi bir yıl ile sınırlıdır (Tablo 4.2).

Ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin görüş ve davranış özellikleri yönünden iki gruba bakıldığında;

Psikiyatri grubu ruhsal sorunu olan bireylerle daha sık karşılaştıklarını belirtmişlerdir (psikiyatri %98,6, diğer %57,3). Aralarındaki fark anlamlıdır (P:0,000) ve psikiyatri alanında çalışan hemşireler için bu doğal bir sonuçtur.

Ruhsal sıkıntı içindeyken psikiyatrist veya psikologa giderim diyenler psikiyatri grubunda daha fazladır (psikiyatri %90,5, diğer %77,3). Bu fark da anlamlıdır ve psikiyatri alanındaki hemşirelerin ruh hastalarına karşı tutumunun ruh sağlığı ideolojisine daha yakın olduğunu göstermektedir.

Psikiyatride çalışan hemşireler ruh hastalarının zeka durumlarını “hiç zeki değil” şeklinde nitelerken (%33,8), diğer hemşireler “normal” diye nitelemişlerdir (%28,7).

Psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin çoğunluğu psikiyatrik rahatsızlığı olan birisiyle aynı iş yerinde çalışmak için belirli koşullar öne sürmekteyken (%45,9), diğer kliniklerde çalışan hemşireler ise psikiyatrik rahatsızlığı olan birisiyle aynı iş yerinde çalışmak istemediklerini (%56,0) belirtmektedirler.

Her iki grupta çalışan hemşireler ruh hastalarının “bazılarının tehlikeli olduğu” (psikiyatri %48,6, diğer % 58,0) görüşünde oldukları saptanmıştır

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler doğal olarak diğer hemşire grubuna göre (%57,3) ruhsal bozukluğu bulunan bireylerle daha sık karşılaşmaktadırlar (%98,6). Bunun nedeni, psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin sadece ruhsal bozukluğu bulunan bireylere bakım vermesi ve doğal olarak daha fazla sayıda psikiyatrik hastayla karşılaşması düşünülmektedir. Diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin de yarıdan çoğu, ruhsal bozukluğu olan bireylerle sık karşılaştıklarını ifade etmektedir. Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerle yalnızca psikiyatri kliniklerinde değil, diğer alanlarda ve çevrelerinde de karşılaşabilecekleri (11) düşünülürse bu sonuç doğaldır. Psikiyatri kliniğindeki hemşirelerin; diğer alanlardaki hemşirelere göre, psikiyatrist veya psikologa daha fazla gittiklerini belirtmeleri, bu alanda çalışıyor olmanın ruh sağlığı ideolojisi tutumunu geliştirmesine katkısıyla açıklanabilir (Tablo 4.3). Bizim sonucumuz Bağ tarafından yapılan ve hemşirelerin ruh hastalarına karşı tutumunu araştırdığı çalışmasında elde ettiği bulguyla benzerlik göstermektedir ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu uzmanlaşmış kişiden yardım alacaklarını belirtmişlerdir (43).

Ruh hastalarının zekası konusunda psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler daha çok “hiç zeki değil” derken (%33,8), diğer alanlardaki hemşireler daha çok “normal” (%28,7) diye nitelemişlerdir. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.3). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruh hastalarıyla çalışmalarına karşın, psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyleri “hiç zeki değil” şeklinde nitelemiş olmaları; bu gruptaki hemşirelerin, bu hastaların bazı olumsuz davranışlarıyla

başetmede sıkıntıları olduğunu düşündürmekte ve onları fazla tanımadıklarını akla getirmektedir.

Psikiyatri servisinde çalışan hemşireler psikiyatrik rahatsızlığı olan birisiyle aynı iş yerinde çalışabilmek için belirli koşullar (%45,9) öne sürmekteyken, diğer kliniklerdeki hemşirelerin yarıdan çoğu bu bireylerle aynı ortamda çalışmak istemediklerini belirtmektedir (%56,0). Psikiyatri servisinde ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğu psikiyatrik hastalığı olan biriyle aynı iş yerinde çalışmak istememektedir. (Tablo 4.3). Hemşirelerin ruhsal sağlığı bozuk bireylerle çalışmak istemeyişlerinin nedeni muhtemelen, ruh sağlığı bozuk olan kişileri tehlikeli ve saldırgan olarak görmelerinin yanı sıra, konuya hemşire gözüyle baktığında, hasta bireylere bakım hizmeti verebilmesi için kişilerin belirli bir düzeyde sağlıklı olmaları gerektiğini düşünmesinden kaynaklanabilir. Buna, bir yönüyle gerçekçi bir değerlendirme olarak da bakılabilir. Yanık ve ark.'nın (2003) şizofreniye karşı tutumlarda psikiyatri eğitiminin etkisini araştırdığı çalışmalarında, çoğu kişinin ruh hastalığı olan insanlarla aynı işyerini ve aynı ortamı paylaşmaya bile tahammülünün olmadığı, kişiye psikiyatrik bir teşhis konulması ve hatta kişinin herhangi bir ruhsal tedavi görmüş olmasının; onun yetenekleri, karakteri ve potansiyeli hakkında olumsuz varsayımlara yol açabildiğini saptamıştır (59). Bu saptama bizim araştırmamızda elde ettiğimiz her iki hemşire grubunun da psikiyatrik psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyle çalışmayı istememesi bulgumuzu da destekler niteliktedir ve hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına karşı tutumlarının pek olumlu olmadığını da göstergesi olabilir.

Psikiyatri (%48,6) ve diğer (%58,0) kliniklerde çalışan hemşirelerin yaklaşık yarısı ruh hastalarının bazılarının tehlikeli olabileceğini ifade etmişlerdir. Arı'nın (2003) ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutumları incelediği çalışmasında; hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan kişileri şiddete eğilimli gördükleri ve bu hastalara karşı ön yargılı oldukları saptanmıştır. Bizim verilerimiz Arı'nın elde ettiği sonuçla benzerlik göstermektedir (128). Bağ'ın (2003) yaptığı çalışmada da sağlık çalışanlarının çoğunluğu ruh hastalarını "saldırgan" olarak değerlendirmiştir. Araştırmanın sonucunda ruhsal bozukluklarla ilgili belirli eğitim geçmişi olan sağlık çalışanlarının da ruhsal bozukluğu olan bireyleri saldırgan olarak belirttiklerini ortaya çıkarmıştır (43). Bostancı'nın (2000) çalışmasında da özellikle psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin psikiyatrik hastayı "saldırgan ve şiddete eğilimli kişiler" olarak tanımladıkları belirlenmiştir (57). Araştırma bulgularımız literatür bilgileriyle benzerlik göstermektedir. Yapılan

çalışmalarda elde edilen sonuçlar, ruh hastalarına karşı olan olumsuz görüşleri tanımlamadaki benzerlikleri ortaya koymaktadır. Oysa hemşirelerin toplumdaki yaygın ve çoğu zaman da olumsuz tutumlardan farklı bir anlayış ve tepki ortaya koymaları beklenmektedir. Öyle görünüyor ki, aldıkları eğitim ve uygulama ortamları hemşirelerde bu tür olumsuz tutumları fazla değiştirememektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin OMI alt grup puanları karşılaştırıldığında; psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin; otorite, koruyuculuk-kollayıcılık, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etiyoloji alt grup puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek, ruh sağlığı ideolojisi ise düşük olmasına karşın, iki grup arasında anlamlı olan tek farklılığın otorite faktörü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Bu durum; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, ruh hastalarını normal insanlardan farklı ve aşağı gördükleri anlamına gelmektedir. Diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ise otoriter tutum bakımından daha olumlu oldukları söylenebilir. Beckman'ın 1972 yılında (129) yaptığı araştırmasında ruh hastalarının iyileşmesine yardımcı olanların daha düşük otorite ve sosyal kısıtlayıcılık, buna karşılık daha yüksek bireylerarası etiyoloji ve koruyuculuk-kollayıcılık puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Bostancı'nın 2000 yılında yaptığı çalışmasında bizim elde ettiğimiz verilere benzer olarak koruyuculuk-kollayıcılık ve kısıtlayıcılık puan ortalaması psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde, diğer kliniklerde çalışanlara göre daha yüksek saptanmıştır (57).

Örneklemi oluşturan hemşirelerin sosyo-demografik, mesleki ve ruh hastalarına ve hastalıklarına bakış açılarına ilişkin özelliklerine göre OMI alt grup sonuçları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

19 yaş ve altı ile 44 yaş ve üstündeki aralıklarda her iki grup hemşirenin OMI alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bunun nedeni 19 yaş ve altındaki hemşirelerin mesleğe yeni başlamalarından kaynaklanan deneyim azlığından, 44 ve üstü yaş aralığında olan hemşirelerin ise meslekte uzun yıllar geçirmenin verdiği deneyim veya tükenmişlik nedeniyle olabilir. Psikiyatri kliniğinde çalışan 20-27 yaş aralığındaki hemşirelerde otorite ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışanlardan anlamlı derece daha yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle, 20-27 yaş aralığında psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin; diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre, ruhsal bozukluğa sahip bireyleri

normal insandan farklı ve onlardan aşağı gördükleri ve ruh hastalığının özellikle çocukluk çağındaki bozuk ana- baba-çocuk ilişkisine dayalı ortaya çıktığı ve ruh hastalığının oluşumunda yalnızca bireyin değil çevrenin de payının olduğu görüşündedirler. Psikiyatri kliniğinde çalışan 28-35 ve 36-43 yaş aralığındaki hemşirelerin de otorite faktörüyle ilgili puan ortalamaları, diğer kliniklerdeki hemşirelerin ortalamalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle; 28-35 ve 36-43 yaş aralığında psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insandan farklı ve aşağı oldukları görüşündedirler. Bu durum psikiyatride çalışan hemşirelerin bu görev için uygun olmadıklarını düşündürmektedir

Görüldüğü gibi 19 yaş ve altı ile 44 yaş ve üzerindeki gruplar hariç diğer yaş aralıklarındaki hemşirelerden, psikiyatri kliniğinde çalışanların diğer kliniklerde çalışanlara göre, otorite faktörü yönünden puan ortalamaları anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Yani psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, diğer hemşirelere göre ruh hastalarını daha aşağı olarak değerlendirmektedirler. Yaş, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarda önemli bir etkidir. Dündar ve ark.'nın Kayseri yöresinde yaşayan bireylerle yaptığı araştırmada ruh sağlığı bozuk olan hastayı tanımanın yaş ilerledikçe arttığı saptanmıştır (84). Kağıtçıbaşı'nın (1988) yaptığı araştırmada bugünkü gençliğin 60'lı yaşlara geldiğinde, bugünkü 60 yaşında olanlara göre tutumlarında daha hoşgörülü olacakları belirlenmiştir (76). Bostancı'nın (2000) ruh hastalarına karşı tutumları incelediği araştırmasında da bizim bulgularımıza paralel olarak ileri yaş aralığında olan hemşireler daha az otoriter bulunmuştur. Ancak bu çalışmada bizim bulgularımızla çelişkili olarak; psikiyatri dışındaki kliniklerde çalışan hemşirelerin, psikiyatri kliniğinde çalışanlara göre ruh hastalarını normal insanlardan daha aşağı olarak gördükleri saptanmıştır (57). Ayrıca araştırmamızda elde ettiğimiz ileri yaş grubunda bulunan hemşirelerin daha az otoriter bulunması, Eker ve Arkar'ın (95) ve Bağ'ın (43) araştırmalarındaki daha ileri yaşlarda ruh hastalarıyla aradaki sosyal mesafenin reddedildiği sonucuyla benzerlik göstermekte, fakat Wolf ve ark.'nın yaş ilerledikçe ruh hastalarını dışlamanın arttığı sonucuyla çelişmektedir (78). Kağıtçıbaşı (1996) daha genç insanların psikiyatrik hastalığı bulunanlara karşı daha olumlu tutum içinde olduklarını belirlemiştir (28). Bu bulgu bizim araştırmamızda elde ettiğimiz 19 ve altı yaş aralığında bulunan hemşirelerin daha az otoriter ve daha fazla koruyucu-kollayıcı olması sonucuyla paralellik göstermektedir.

Psikiyatri kliniğinde çalışan SML mezunu hemşirelerin bütün faktörler açısından puan ortalamalarının psikiyatri dışı kliniklerde çalışan SML mezunu hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmış ancak sadece otorite ve koruyuculuk puan ortalamaları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Başka bir deyişle; SML mezunu olan ve psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin diğer alanlarda çalışan hemşirelere göre, ruhsal bozukluğu olan bireyleri normal insanlardan farklı ve aşağı gördükleri ve onlardan korunmaları gerektiği görüşünde oldukları saptanmıştır. Psikiyatri kliniğinde çalışan lisans mezunu hemşirelerin ise bireylerarası etiyoloji puan ortalamalarının, diğer gruptaki lisans mezunlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka bir deyişle, psikiyatri kliniğinde çalışan lisans mezunu hemşireler ise diğer hemşirelere göre, ruh hastalığının özellikle çocukluk çağındaki olumsuz ana-baba-çocuk ilişkisinden kaynaklandığı ve ruh hastalığının oluşumunda yalnızca bireyin değil çevrenin de etkili olduğu görüşüne sahip oldukları saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda eğitimin tutumlar üzerindeki etkisi gösterilmiş ve eğitim düzeyi arttıkça tutumların olumlu yönde değiştiği saptanmıştır (34,71,78,81,82,83), ancak Küey'in (1995) çalışmasında eğitim durumunun tutumları etkilemediği belirlenmiştir (25). Bhugra da eğitimin akıl hastalıkları ile ilgili tutumlara etkisi konusunda araştırma sonuçlarını tutarlı görmemektedir (60). Tutumların önemli bir kısmının yüksek öğrenime gelinceye kadar oldukça yerleştiği ve fazla değişime uğramadığı savunulmaktadır. Fakat tutumlarda değişmelerin olduğunu gösteren araştırmaların da bulunduğu bilinmektedir. Bhugra tutumlardaki değişmelerin yayılması için birden fazla neslin geçmesi gerektiğine ve bilgiyi bir defa verip unutmak yerine devamlı ve ısrarlı verilmesi gerektiğine işaret etmektedir (60).

Parra Meksika kökenli Amerikalılarda ruhsal sorunlu bireylere karşı hoşgörüyü araştırdığı çalışmasında ruhsal hastalığa karşı hoşgörülerin, farklı eğitim düzeylerinde farklı olduğunu desteklemiştir. İyi eğitim almış kişilerin hastalıkların tanınmasında daha uyanık ve ruhsal hastalığın kötü durumlarına karşı daha hoşgörülü olduklarını bulmuştur (69).

Araştırmamızda eğitim düzeyi arttıkça koruma-kollamanın, paternalist tutumun azaldığı, otoriterliğin, kısıtlayıcılığın, sosyal mesafenin ve ruh sağlığı ideolojisi tutumunun arttığı görülmektedir. Bayülkem ve ark (81), Çam (10), Dünder (83) ve Gürgen ve ark (82), Parra (69) ve Arkar'ın (93) hemşire öğrencilere yönelik psikiyatri stajının sosyal mesafeyi azalttığı, Wolf ve ark.nın (78) düşük eğitim düzeyinde sosyal kontrolün daha çok olduğu sonucu bizim çalışmamızla çelişmektedir. Arıkan'ın (24)

eğitim düzeyi arttıka kısıtlayıcılığın da arttığı bulgusu bizim bulgularımızla paralellik göstermekte, Doğan'ın (41) ğrenci hemşirelerle yaptığı psikiyatri stajı sonunda deneyimi araştırdığı çalışmasında, otoriterliğin ve kısıtlayıcılığın azaldığını belirlemesi bizim bulgumuzla çelişmektedir.

Çalışmamıza katılan guruplar, faktörler bakımından kendi içlerinde karşılaştırıldığında; psikiyatri kliniğinde çalışan lisans mezunu hemşirelerin bireylerarası etiyoloji puan ortalaması, nlisans mezunlarının ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle; psikiyatri kliniğinde çalışan lisans mezunu hemşirelerin nlisans mezunlarına göre ruh hastalığının oluşumunda yalnızca bireyin değil çevresinin de pay sahibi olduğu görüş ve eğiliminde oldukları saptanmıştır. Bu bulgu, diğer çalışmalarda elde edilen eğitim düzeyi arttıka ruh hastalarına karşı daha olumlu tutum içinde olma bulgusuyla paralellik göstermektedir (10,69,81,82,83).

Psikiyatri servisinde çalışan bekar hemşirelerin otorite ve koruyuculuk puan ortalamaları, diğer kliniklerde çalışan bekar hemşirelerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle, psikiyatri kliniğinde çalışan bekar hemşirelerin, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı ve değersiz olduklarını düşündükleri ve bu hastalara karşı daha az koruyucu-kollayıcı bir tutum içinde oldukları söylenebilir. Psikiyatri servisinde çalışan evli hemşirelerin otorite puan ortalamasının psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka bir deyişle, psikiyatri kliniklerinde çalışan, evli ve ocuk sahibi hemşirelerin, diğer alanlardaki evli ve ocuk sahibi hemşirelere göre, ruhsal bozukluğu olan bireyleri normal insanlardan farklı ve değersiz gördükleri saptanmıştır. Psikiyatri servisinde çalışan bekar hemşirelerin daha paternalist bir yaklaşım içinde oldukları söylenebilir. Bu bulgular Wolf ve ark.'nın (78) yaş arttıka korku ve dışlama artmaktadır şeklindeki sonucuyla çelişirken, Eker ve Arkar'ın (95) daha ileri yaşlarda sosyal mesafenin azaldığı sonucuyla paralellik göstermektedir. Bağ'ın (43) araştırmasında da evli hemşirelerin iyi niyet olgusunun yüksek olduğu saptanmıştır. Bostancı'nın (2000) ruh hastalarına karşı tutumları incelediği çalışmasında; psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireyleri diğer insanlardan farklı, daha aşağı ve değersiz olarak gördüklerini ifade etmişlerdir (57). Bu sonuç bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla çelişmektedir ve çalışmamıza katılan psikiyatri dışı alanlarda çalışan hemşirelerin ruh hastalıklarına ve hastalarına karşı tavırlarının psikiyatri alanında çalışan hemşirelere göre daha olumlu olduğunu düşündürmektedir.

Psikiyatri servisinde çalışan ve çocuğu olan hemşirelerin; otorite ve kısıtlayıcılık puan ortalamalarının diğer kliniklerdeki çocuğu olan hemşirelerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumda; psikiyatri kliniğinde çalışan ve çocuğu olan hemşireler, ruhsal bozukluğu olan bireyleri normal insanlardan farklı ve onlardan aşağı görmekte ve gerek hastane tedavisi sırasında, gerekse sonrasında toplumu, özellikle de aileyi korumak için ruh hastalarının kısıtlanmaları gerektiğini düşünmektedirler. Psikiyatri servisinde çalışan ve çocuğu olmayan hemşirelerin; otorite, koruyuculuk ve ruh sağlığı ideolojisi puan ortalamaları psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle, çocuğu olmayan ve psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri dışı kliniklerde çalışan ve çocuğu olmayan hemşirelere göre ruhsal bozukluğu olan bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu ve bu hastalara karşı daha fazla koruyucu-kollayıcı bir eğilim gösterdikleri saptanmıştır.

Çocuğu olan ve psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler muhtemelen; toplumu, özellikle de çocuklarının korunması için ruh hastalarının kısıtlanmaları gerektiğini düşünüyor olabilirler. Wolf ve ark. (1996) yaptıkları çalışmada, akıl hastalıkları hakkında bilgi eksikliği olmadığı halde çocuk sahibi olan kişilerin akıl hastalıklarına karşı daha fazla korku ve dışlama eğilimi içinde olduklarını belirlemişlerdir. Bu çalışma evli ve çocuk sahibi olmanın akıl hastalıklarına karşı tutumdaki etkisini açıkça ortaya koymaktadır (78). Çelebi (2001) bir çalışmada kendi ailelerini kurmuş ve çocuğu olmuş kişilerin, ailelerini özellikle de çocuklarını korumak açısından akıl hastalarının kısıtlanmaları gerektiğini düşündüklerini belirlemiştir (37). Bu sonuç bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Ne var ki bu eğilim, ruh hastalarının toplum içinde varoluşlarını ve uyumlarını olumsuz etkileyecek ve önyargıları besleyecek bir tutuma işaret etmektedir. Özellikle de bu eğilimin hemşire grubunda bulunması, ruh sağlığı bozulmuş bireylerin uyum ve mutluluğunu engelleyeceğinden, hemşirelerin bu tür önyargılarını gözden geçirmelerini gerektirmektedir ve bu durum hizmet-içi eğitimlerde ele alınabilir.

Başka bir deyişle, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan ve çocuğu olmayan hemşireler, çocuğu olanlara göre ruh hastalarının kısıtlanması gerektiği, psikiyatri servisinde çalışan ve çocuğu olan hemşireler ise çocuğu olmayanlara göre ruh hastalarını daha fazla koruyucu-kollayıcı bir tutum içindedirler.

Psikiyatri kliniğinde çalışan ve çocuğu olmayan hemşireler daha çok koruyucu-kollayıcı bir eğilim içindeyken, çocuğu olanlar daha çok kısıtlayıcı bir eğilim içindedirler. Diğer kliniklerde çalışan ve çocuğu olmayan hemşirelerin hastalara karşı tutumu ruh sağlığı

ideolojisi boyutunda daha olumludur. Başka bir deyişle, diğer kliniklerde çalışan ve çocuğu olmayan hemşireler ruh hastalıklarını ve hastalarını diğer hastalıklardan ve hastalardan farklı görmemektedirler. Bu görüşün, psikiyatri alanında çalışan hemşirelerde de olması gerekirken olmayışı, psikiyatri hastalarının bakımı için olumsuz bir etki yaratabilir. Çalışmamızda, diğer kliniklerde çalışan ve çocuğu olmayan hemşirelerin ruh hastalarına karşı daha kısıtlayıcı bir eğilim içinde olmaları literatür bilgileriyle çelişmektedir. Çünkü Wolf ve ark. (1996), Bostancı ve Aştı (2000) ve Arkar ve Eker'in çalışmalarında çocuğu olan hemşirelerin çocuklarını koruma içgüdüleriyle ruh hastalarını bir tehlike olarak algılayıp kısıtlanmaları gerektiği görüşünü savundukları görülmüştür (57,78,95). Diğer bir nedeni de çocuklarını düşünerek kendilerine bir zarar gelmesinden korkuyor olabilirler. Çalışmamızda psikiyatri servisinde çalışan ve çocuğu olmayan hemşireler, ruh hastalarına karşı daha fazla koruyucu-kollayıcı bir tutum içindedirler. Bu durum, hastalara profesyonel bir anlayıştan çok, acıma ve onları şanssız ve güçsüz görme eğiliminden kaynaklanıyor olabilir.

Psikiyatri servisinde çalışan ve ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan hemşirelerin otorite faktörü puan ortalaması, diğer kliniklerde çalışan ve ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Bostancı (57) ve Bağ'ın (43) hemşirelerle yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızda olduğu gibi ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan hemşireler arasında OMI alt grup puan ortalamaları yönünden herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Kısaca, ailede ruh hastası ya da hastalığı olan hemşireler nerede çalışırlarsa çalışsınlar bu hastalara yönelik benzer tutum göstermektedirler. Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan hemşireler nerede çalışırlarsa çalışsınlar, ruh hastalarını ailede ruhsal hastalık öyküsü olanlara göre daha aşağı görmektedirler. Bu bulgular Aştı'nın (88) ailesinde psikiyatrik sorunların görüldüğü öğrenci grubunda, sosyal yakınlık ve sorumluluk getiren konularda sosyal reddedilmenin artması sonucu ile çelişmektedir. Arıkan'ın (24) psikiyatrik aile öyküsü olanların olmayanlara göre daha koruyucu-kollayıcı olmaları sonucuyla benzerlik göstermektedir. Bizim bulgumuz literatürle uyumludur.

Psikiyatri alanında çalışan ve ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan hemşireler ruh hastalarının tehlikeli olduğuna ve kısıtlanmaları gerektiğine daha fazla inanmaktadırlar. Demek ki, ailesinde ruh hastalığı öyküsü olanlar bu durumu daha yakından deneyimledikleri için tanımakta ve daha hoşgörülü ve kabullenici davranabilmektedirler. Örneklemi oluşturan her iki grup ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunanlar faktörler bakımından kendi içinde karşılaştırıldığında, psikiyatri kliniğinde sosyal kısıtlayıcılık puan ortalaması ailesinde ruhsal hastalığı olan bireylerde olmayanlara

göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Başka bir deyişle; psikiyatri kliniğinde çalışıp ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan hemşireler ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanlara göre gerek hastaneye yatış sırasında, gerekse sonrasında toplumu özellikle de aileyi korumak için ruh hastalarının kısıtlanması gerektiği görüşünü savunmaktadır. Bu bulgumuz psikiyatrik hastalığı olan yakını bulunanların ruh hastalarına karşı daha hoşgörülü ve olumlu bir tutum sergilenmesi nedeniyle olabilir. Wolf ve ark.nın (78) psikiyatrik öyküsü bulunan birisini tanımanın sosyal kısıtlılığı arttırması bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Psikiyatri servisinde çalışan ve ikinci dereceden hasta yakını olan hemşirelerin bireylerarası etiyoloji puan ortalaması birinci derece hasta yakını olanlara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Psikiyatri servisinde çalışan ve birinci derece yakınında ruhsal hastalık öyküsü bulunan hemşireler, bu hastalıkların oluşumunda ana-baba-çocuk ilişkisinin ve dolayısıyla sosyal çevrenin etkisini daha yakından tanımaktadırlar. Literatürde yakınlık derecesinin etkisi konusunda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

Bir yıldan az ve 21 yıl ve daha fazla çalışma süresine sahip psikiyatri ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin OMI alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgumuz yaş bakımından faktörleri incelediğimiz bulgumuzu destekler nitelikte olup, bir yıldan az süredir çalışanların mesleğe yeni başlamalarından kaynaklanan deneyim azlığından, 21 yıl ve daha fazla çalışma süresine sahip olan hemşirelerin ise meslekte uzun yıllar geçirmenin verdiği tükenmişlik nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

1-10 yıl arası çalışma süresine sahip psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin otorite puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle, psikiyatri kliniğinde çalışan ve çalışma süresi 1-10 yıl arası olan hemşirelerin diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireyleri normal insanlardan farklı, değersiz olduğu görüşünü savunmaktadır.

Psikiyatri servisinde 11-15 yıldan beri çalışan hemşirelerin bireylerarası etiyoloji puan ortalamasının diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksek olduğu saptanmıştır. Başka bir deyişle, 11-15 yıl arası diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere göre ruh hastalığının özellikle çocukluk çağındaki olumsuz

ana baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı ve ruh hastalığının oluşumunda yalnızca bireyin değil çevresinin de pay sahibi olduğu görüşüne sahip oldukları saptanmıştır.

16-20 yıl arası çalışma süresine sahip psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin kısıtlayıcılık puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksektir. Başka bir deyişle, 16-20 yıl arası psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre gerek hastaneye yatış sırasında, gerekse sonrasında toplumu özellikle de aileyi korumak için ruh hastalarının kısıtlanması gerektiği, ruh hastalarının bir tehlike olduğu görüşünü savundukları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda Bağ'ın (43) araştırmasında olduğu gibi hemşirelerin meslekte geçen yıllarının ve deneyim sahibi olunan farklı servis sayısının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarla ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Bostancı'nın (57) araştırmasında ise deneyim yılı arttıkça psikiyatri ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin koruyuculuk-kollayıcılık, kısıtlayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi ve ruh hastalığı etiolojisi görüş/tutumları benzerlik göstermektedir.

Her iki grubun kendi içinde faktörlerle ilgili dağılımları karşılaştırıldığında; çalışma süreleri bakımından bir yıldan az süredir çalışanların bireylerarası etioloji puan ortalaması, 11-15 yıl çalışan hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle; psikiyatri kliniğinde çalışan ve çalışma süreleri bir yıldan az olan hemşireler, çalışma süresi 11-15 yıl arasında olan hemşirelere göre hastalığın özellikle bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüşündedirler.

Toros Devlet Hastanesi psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı ideolojisi ve kısıtlayıcılık puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Toros Devlet Hastanesi psikiyatri servisinde çalışan hemşireler diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruh hastalığını diğer hastalıklar gibi değerlendirmektedir. Buna rağmen ruh hastalarının kısıtlanması gerektiğini ve bir tehlike oluşturduğu görüşünü savunmaktadırlar. Bu iki bulgu birbiriyle çelişkili bulunmaktadır. MEÜ.TFH, Mersin Devlet Hastanesi ve Adana Ruh Sağlığı Hastanesi açısından elde edilen bulgular ise bize çalışılan farklı hastanelerde psikiyatri ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin benzer görüş içinde olduklarını göstermektedir.

Her iki grup kendi içinde faktörler bakımından karşılaştırıldığında; çalıştığı kuruma göre psikiyatri servisinde çalışan hemşireler arasında Adana Ruh Sağlığı Hastanesi psikiyatri servisinde otoriterlik puan ortalaması MEÜ.TFH'den yüksek bulunmuştur. Ruh sağlığı ideolojisi bakımından görülen farklılığın yine sadece MEÜ.TFH ve Adana Ruh

Sağlığı Hastanesi arasında olduğu, diğer hastaneler arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. MEÜ.TFH psikiyatri servisinde ruh sağlığı ideolojisi puan ortalaması Adana Ruh Sağlığı Hastanesi'nden anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Sosyal kısıtlayıcılık bakımından görülen farklılığın ise Mersin Toros Devlet Hastanesi ile MEÜ.TFH arasında, Mersin Toros Devlet Hastanesi ile Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Toros Devlet Hastanesi ile Adana Ruh Sağlığı Hastanesi arasında olduğu, diğer hastaneler arasında ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Mersin Toros Devlet Hastanesi'nde sosyal kısıtlayıcılık puan ortalaması Adana Ruh Sağlığı Hastanesi, Mersin Devlet Hastanesi ve MEÜ.TFH'ne göre daha yüksektir. Başka bir deyişle; Adana Ruh Sağlığı Hastanesi psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler MEÜ.TFH psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere göre ruh hastalarının normal insandan farklı ve ondan aşağı olduğunu savunmaktadırlar. MEÜ.TFH psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler Adana Ruh Sağlığı Hastanesi psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere göre daha profesyonelce düşünüp, ruh hastalıklarını diğer hastalıklar gibi görmektedirler. Dolayısıyla bu, çok farklı bir hastalık kategorisi gibi görülmemektedir ve daha olumlu bir tutumdur.

Yukarıda elde ettiğimiz bulgular, sadece ruh hastalarına bakım vermekte olan Adana Ruh Sağlığı Hastanesinde ruh hastalarına karşı daha fazla olumsuz tutum olduğunu göstermektedir. Bu sonuç literatürde bulunan psikiyatri servisinde uzun yıllar çalışan hemşirelerin daha olumlu görüş/tutum sergilemesi beklenebilir görüşüyle çelişmektedir (114). Mersin Toros Devlet Hastanesi psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler diğer üç hastanenin psikiyatri servisinde çalışan hemşirelere göre gerek hastanede tedavi aldığı dönemde, gerekse sonrasında toplumu özellikle de aileyi korumak için ruh hastalarının kısıtlanması gerektiği görüşünü savunmaktadırlar. Bu görüş ile Mersin Toros Devlet Hastanesinde çalışan psikiyatri hemşirelerinin ruh hastalarını bir tehlike olarak algıladıklarını söyleyebiliriz.

Bulunduğu birimde çalışma süresi 1-2 yıl olup psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin koruyuculuk puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksektir. Başka bir deyişle, bulunduğu birimde çalışma süresi 1-2 yıl olup psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha paternalistik bir bakış açısı ile koruyucu-kollayıcı bir tutum göstermektedirler.

Bulunduğu birimde çalışma süresi 3-6 yıl olan ve psikiyatri servisinde çalışan hemşireler diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireyleri normal insanlardan farklı ve değersiz olduğu görüşünü savunmaktadır. Robert ve ark.'nın

(114) çalışmasında ruhsal sorunu bulunan bireylerle daha fazla etkileşimde bulunan kişilerin tutumlarında olumlu yönde değişimler görülmüştür. Bu bulguya göre psikiyatri servisinde uzun yıllar çalışan hemşirelerin daha olumlu görüş/tutum sergilemesi beklenebilir. Bizim çalışmamızda çalışma yılı arttıkça ruh hastalığının özellikle çocukluk çağındaki bozuk ana-baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak ortaya çıktığı inancı azalmıştır.

Psikiyatri servisinde çalışan daha önce psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimi olmayan hemşireler diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireyleri normal insanlardan farklı ve değersiz olduğu görüşünü savunmaktadır. Bu bulgular “psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimi tutum ve görüşü etkiler” şeklindeki literatür bilgisiyle çelişmektedir (24,57,75,92,100). Olade ve Rohde, psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalara bakım veren hemşirelerin yaklaşım tarzlarını ele alan çalışmalarında; deneyim ve eğitimin artmasıyla hemşirelerin psikiyatrik hastalıklara olan yaklaşımlarının geliştiği belirlenmiştir (112,113). Mayou &Hawton ve Rohde yaptıkları çalışmada sürekli ve kalıcı olarak psikiyatrik sağlık ünitelerinde görev yapıldığında elde edilen deneyim sayesinde ruh hastalarına karşı daha olumlu yaklaşımların ortaya çıktığını saptamışlardır (113,119). Reed ve Fitzgerald ruh hastaları ile daha fazla doğrudan pratik deneyimi olanların daha az deneyimi olanlara göre daha fazla hastayı kabul edici bulgular gösterdiğini belirlemişlerdir (114).

Bir yıl psikiyatrik birimde çalışma deneyimi olan psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksektir. İki yıl psikiyatrik birimde çalışma deneyimi olup psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin kısıtlayıcılık puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden düşüktür. Psikiyatri servisinde çalışma deneyim yılı azaldıkça ruh hastasını kısıtlayıcılık artmaktadır. Bu sonuç psikiyatri kliniğinde deneyim süresinin artmasıyla ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin bilgi ve tecrübenin artarak hastalara karşı hemşirelerin daha olumlu tutum sergilemeleri nedeniyle olabilir.

Gruplar kendi içinde faktörler bakımından karşılaştırıldığında, psikiyatri servisinde çalışan ve bir yıl psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimi olanların sosyal kısıtlayıcılık puan ortalaması iki yıl çalışma deneyimi olanların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle; psikiyatri kliniğinde bir yıl deneyimi olan hemşireler iki yıl deneyimi olanlara göre ruh hastalarının kısıtlanması gerektiği görüşünü

savunmaktadırlar. Bağ, araştırmasında bizim bulgularımızın aksine hemşirelerin meslekte geçen yıllarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları etkilemediğini belirlemiştir (43). Bizim alışmamızda ise deneyim yılı arttıkça olumlu yönde değişiklikler olduğu saptanmıştır.

Ruhsal sorunu olan bireylerle sık sık karşılaşan ve psikiyatri servisinde çalışan hemşireler diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireyleri normal insanlardan farklı ve daha aşağı görmektedirler. Bu bulgumuz literatürle çelişmektedir. Mayou &Hawton ve Rohde yaptıkları çalışmada sürekli ve kalıcı olarak psikiyatrik sağlık ünitelerinde görev yapıldığında elde edilen deneyim sayesinde ruh hastalarına karşı daha olumlu yaklaşımların ortaya çıktığını saptamışlardır (113,119).

Ruhsal sıkıntı içindeyken psikiyatrist veya psikolog desteği almayı tercih ettiğini ifade eden psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin otorite ve bireylerarası etiyoloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksektir. Başka bir deyişle, 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 ocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüşündedirler.

Psikiyatri servisinde çalışan ve ruhsal sıkıntı içindeyken profesyonel yardım alabileceğini ifade eden hemşireler diğer kliniklerde çalışanlara göre ruh hastalarını normal insanlardan aşağı ve değersiz olarak nitelemektedirler. Belki de bu davranış, psikiyatrik yardım alıp bir an önce ruhsal sıkıntıdan kurtulup kendilerinin toplum tarafından normal insandan farklı ve aşağı olarak değerlendirilmemesini sağlamak nedeniyle olabilir.

Psikiyatri hastasını “az zeki” olarak algılayan psikiyatri kliniği hemşireleri diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireyleri normal insanlardan farklı ve değersiz görmektedirler. Bu durum, psikiyatri hastasının alması gereken hemşirelik bakımını alıp almadıkları konusunda tereddüt oluşturmaktadır.

Örneklemi oluşturan her iki grubun kendi içlerinde ruh hastalarının zeka durumuna ilişkin görüşleri faktörler bakımından karşılaştırıldığında; diğer kliniklerde çalışan ruh hastalarının zeka durumuna “normal” diyenler, ruh hastalarına “hiç zeki değil” diyenlere göre daha koruyucu-kollayıcı tutum içinde oldukları saptanmıştır. Diğer kliniklerde

çalışan ruh hastalarının zeka durumuna “fazla zeki” diyenler “az zeki” diyenlere göre ruh hastalıklarını diğer hastalıklar gibi değerlendirdikleri saptanmıştır. Ruh hastalarının zeka seviyesinin normal insanlara yakın olduğunu belirten hemşireler ruh hastalarından daha az korkmaktadır ve daha az dışlamaktadır (43). Bizim bulgumuz literatürle uyumlu bulunmuştur.

Psikiyatri servisinde çalışan psikiyatrik rahatsızlığı bulunan birisiyle aynı iş yerinde çalışmak istemediğini ifade eden hemşirelerin bireylerarası etioloji puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksektir. Başka bir deyişle, psikiyatrik rahatsızlığı bulunan birisiyle aynı iş yerinde çalışmak istemediğini ifade eden psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre hastalığın özellikle olumsuz anne-baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş/tutum eğilimi gösterdikleri saptanmıştır. Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan birisiyle aynı iş yerinde çalışmak için belirli ön koşullar öne süren psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğa sahip bireyleri normal insanlardan farklı ve değersiz olduğu görüşünü savunmaktadır. Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan birisiyle aynı iş yerinde çalışmak, gerek psikiyatrik hastaların “tehlikeli/saldırgan, düzen bozucu” olarak algılanması gerekse işini normal insanlar gibi yapamayacak ve aksatacak olarak görülmesi veya aradaki toplumsal mesafeyi korumak nedeniyle olabilir şeklinde yorumlanabilir. Bu bulgumuz literatürle uyum göstermektedir (43).

Psikiyatri hastalarını “bazıları tehlikeli olabilir” şeklinde algılayan psikiyatri servisi hemşirelerinin otorite puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden yüksektir. Başka bir deyişle, psikiyatri hastalarını “bazıları tehlikeli olabilir” diyen psikiyatri kliniği hemşireleri diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal bozukluğu olan bireyleri normal insanlardan farklı ve değersiz görmektedirler. Araştırmamızda diğer kliniklerde çalışıp ruh hastalarının tehlikelilik düzeyine “bilmiyorum/kararsızım” diyen hemşirelerin yine de ruh hastalarının kısıtlanması gerektiği ve tehlikeli olarak değerlendirilmiş olması ruh hastalarına karşı toplumda bulunan önyargılara bu hemşirelerin de sahip olduğunu düşündürmektedir. Reed ve Fitzgerald (2005) yaptıkları çalışmalarında tehlikelilik düzeyiyle ruhsal bozukluk arasında güçlü bir ilişki ve bu tür hastalara karşı toplumsal mesafenin korunması yönünde görüşler bulmuşlardır (115). Bunun gibi olumsuz tutumların kaynağında fiziksel bir şiddete maruz kalma korkusu yer alabilir. Çam’ın (1988) yaptığı çalışmada da ruh hastalarının “kontrolünü kaybetmiş ve

çevreye zarar veren kişiler” olarak tanımlandıkları saptanmıştır (10). Karancı ve Kökdemir (2004) akıl hastalarında saldırganlığın en fazla rahatsızlık veren davranış olduğunu saptamışlardır (91). Bütün bunlar toplumdaki yaygın inanışın bu hemşirelerde de sürdüğünün belirtisi olabilir.

Diğer kliniklerde çalışan ruh hastalarının “bazıları tehlikeli olabilir” şeklinde niteleyen hemşirelerin koruyuculuk-kollayıcılık puan ortalaması “tehlikelidir” diyenlerden yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle diğer kliniklerde çalışan ruh hastalarının “bazıları tehlikeli olabilir” diye niteleyen hemşirelerin, ruh hastaları “tehlikelidir” diyen hemşirelere göre ruh hastalarını daha çok koruyucu-kollayıcı bir tutum içinde oldukları saptanmıştır. Elde edilen bu bulgular birbirini destekler niteliktedir. Ruh hastalarını tehlikeli ve saldırgan olarak nitelemek bu tip hastalara karşı daha az kollayıcılık oluşmasına neden olabilir. Çünkü tehlikeli olup kendisine ve çevresine zarar verenlere karşı geliştirilen toplumsal mesafenin korunması bu hastalara gösterilen olumsuz tutum nedeniyle olabilir. Whittington ve Wykes (1992) genel bakım merkezlerinde çalışan hemşirelerin, fiziksel hastalıkları nedeniyle daha ciddi bakım gerektiren hastaların bulunduğu ünitelerde görev aldıklarında psikiyatrik problemler sonucunda etrafa huzursuzluk veren hastalara olumsuz önyargı geliştirdiklerini ve bu hastaların bakım veren ekibe yönelik şiddet içeren davranışlarının olumsuz önyargıları arttırdığını bulmuşlardır (122).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Çalışmaya katılan iki grubun da; çalışma süreleri ve yaş aralıkları benzerdir, yarısından çoğunun çocuğu ve daha önceden psikiyatrik birimde çalışma deneyimleri yoktur. Hemşirelerin ruh hastalarını zeka yönünden algılamaları her iki grupta da benzerdir.

Psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin otoriterlik puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede yüksektir. Bu sonuç bize psikiyatri grubunun ruh hastalarına ve hastalıklarına bakış açısının diğer hemşirelere göre daha olumsuz olduğunu göstermiştir.

20-43 yaş arasında psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek, 19 yaş ve altı ile 44 yaş ve üzerinde ise fark yoktur.

Eğitim düzeyi yönünden psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin otoriterlik puanının SML ve lisans düzeyinde diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Medeni duruma göre psikiyatri alanında çalışan evli ve bekar hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Psikiyatri alanında çalışan, çocuk sahibi olan ve olmayan hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha yüksektir.

Çalışma süresi 1-10 yıl olan psikiyatri alanındaki hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Bulunduğu birimde çalışma süresi 3-6 yıl olan psikiyatri alanındaki hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Psikiyatri alanında çalışan, daha önce psikiyatri servisi deneyimi olmayan hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Psikiyatri alanında çalışan ruhsal sorunu olan bireylerle sık karşılaşan hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Ruhsal sıkıntı içindeyken uzman yardımını almayı tercih eden psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Ruh hastalarının zeka düzeyini az zeki olarak değerlendiren psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Psikiyatri alanında çalışan ve psikiyatrik rahatsızlığı bulunan birisiyle aynı iş yerinde çalışmak için belirli ön koşullar öne süren hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Ruh hastalarının bazılarının tehlikeli olabileceğini ifade eden psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin otoriterlik puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Özet olarak; psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşireler arasında genel özellikler bakımından çok fazla farklılık görülmemektedir. Fakat psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruh hastalarını normal insandan farklı ve ondan aşağı olduğu görüşünü savundukları belirlenmiştir.

6.2. ÖNERİLER

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Hemşirelerin eğitim düzeyinin ve kalitesinin artırılması psikiyatrik hasta ve hastalıklara bakış açısının değişmesi için yararlı olabilir.
2. Hemşirelerin eğitimi süresince ruh hastalarına ve hastalıklarına yönelik tutum ve önyargılarının farkına varmalarının sağlanması ve bu konuda tekrarların yapılması gerekmektedir. Çünkü tutumların değişiminde tekrarlılık ve süreklilik önemlidir.
3. Mezuniyet sonrası, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatrik hastaya yaklaşım ve konsültasyon-liyezon psikiyatrisi hakkında hemşirelere kurs, seminer vb. düzenlenebilir.
4. Akıl hastalarının saldırgan olmadığı, onların da diğer hastalar gibi ilaçlarını kullandıklarında tedavilerini olduklarında ve kontrollerini yaptıkları zaman sosyal hayatta bulunabileceği, ruhsal bozukluğu bulunan bireylerden korkmamamız gerektiği düşünceleri yerleştirilmeye çalışılabilir.
5. Hastanelerde düzenlenecek hizmet içi eğitimlerle, hastalığın hastaya, ailesine ve çevresine yarattığı etkiler, hastaya yönelik olan tepkiler ve hastaya sağlanması gereken uygun bilgi-destek sistemleri hakkında bilgiler verilebileceği,
6. Sağlık çalışanları da bu toplumun bir üyesidir ve yaşadığı toplumdan etkilenebilmektedirler. Hemşirelerin psikiyatrik hastalara ve hastalıklara yönelik yaklaşımları; tutum ve davranışları ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle toplumun tutumlarının değişimi açısından medya araçlarının da sağlık bakanlığı tarafından etkili bir biçimde kullanılarak toplum tutumlarının değişmesi sağlanabilecektir.

7. KAYNAKLAR

1. **Erefe İ.** Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, **1998**,1.
2. **Öztürk MO.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2004**, 101-113.
3. “Dünya Sağlık Örgütü” Erişim:<http://www.itusozluk.com/goster.php/world+health+organization> Erişim Tarihi: 18.05.2007.
4. “Sağlığın Uluslar arası Sınıflandırması” Erişim: http://www.sosyalsiyaset.com/documents/yeti_vitimi_islevsellik.htm Erişim Tarihi: 18.05.2007.
5. “Sağlık” Erişim: www.kalder.org/genel/Ankara/Sunum_CanerFidaner Erişim Tarihi: 20.05.2007.
6. “Ruh Haftası” Erişim: <http://www.denizlidh.gov.tr> Erişim Tarihi: 19.05.2007.
7. **Çam O, Bilger A.** Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; **2007**; 8:215-223.
8. **Metin B.** Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları 1. Baskı, Ankara: **2002**,34.
9. “Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı. ALMA ATA BİLDİRİSİ” Erişim: <http://www.un.org.tr/who/ALMAATA.HTM> Erişim Tarihi: 09.10.2006.
10. **Çam Z.** Hemşirelerin Ruh Hastalığı ile İlgili Tutumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1988**; 5 (3): 25-30.
11. **Rezaki BG, Rezaki M.** Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal sorunlar: bir yıllık izleme çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1996**; 7(2), 83-92.
12. **Pilgrim D, Rogers A.** A Sociology and Mental Health and Illness. 2. Baskı, Trowbridge: Redwood Books, **1999**:56.
13. **Köknel Ö.** Genel ve Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, **1989**.

14. **Pektaş İ, Bilge A, Ersoy A.** Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2006; 7:43-48.
15. **Angermeyer MC, Kluge H, Riedel-Heller SG, Roick C.** Social psychiatry without sociology. *Analysis of a scientific journal*. *Psychiatr Prax* 2004; 31:420-424.
16. **Byrne P.** Stigma of mental illness /Changing minds, changing behaviour. *Br J Psychiatry* 1999; 174:1-2.
17. **Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İçelli İ.** Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* ; 2002; 13:205-214.
18. **Ting HT.** A survey of psycyhiatric nurses in Taiwan:Beliefs about etiology and nature of nurse interactions with relatives of people with mental illness.*Psychiatric Rehabilitation Journal*,1997;21:174-177.
19. **Malla A, Shaw T.** Attitudes towards Mental İllness; The Influence of education and experience. *Int. J Soc Psychiatry*, 1987; 33:33-41.
20. **Bostancı N.** Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar *Düşünen Adam Dergisi*; 2005, 18 (1): 32-38.
21. Genetik Epidemiyoloji: Psikiyatrik Araştırmalarda Yeri ve Kullanımı”
Erişim: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=tekMakale&gFPrkMakale=415>
Erişim Tarihi: 11.06.2007.
22. **Sökmez T, Yazan B, Üçok G, Ceylan E.** Psikiyatri Hemşiresine Pratik Notlar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2. Basım, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1996:83-89.
23. **Çam O, Engin E.** Hemşirelerde farkındalık eğitiminin bireysel performans standartlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2006;7:82-91.
24. **Arıkan Ç.** Psikiyatrik Tedavi Kurumlarında Staj Yapmış Olmanın Tutum Değişikliği Yaratmadaki Rolü, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Üzerinde Yapılmış Bir Araştırma. Doktora Tezi, 1986.
25. **Küey L.** Ruhsal Bozukluklara ilişkin Halkın Tutum ve Davranışları. *Kriz Dergisi*; 1995; 3: 191-193.
26. “Psikiyatrinin Tarihçesi” Erişim: <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/psiko>
Erişim: 11.04.2007.

27. "Psikiyatrinin Kısa Tarihi" Erişim: <http://www.hipnoz.com/ypttarih.html> Erişim Tarihi: 05.05.2007.
28. **Kağıtçıbaşı, Ç.** İnsan ve İnsanlar. 2. Basım, İstanbul: Evrim Basın Yayın, **1996**:36-42.
29. **Köknel Ö.** Kötü Ruh'tan Ruh Sağlığına / (Türkiye'de Psikiyatri Tarihi). 1. Baskı, İstanbul, **1998**.
30. **Sayıl İ.** Psikiyatriye Giriş Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Antip A.Ş.Yayınları, Ankara, **1996**.
31. **Erasmus.** Deliliğe Övgü. 4. Baskı. Kabalıcı Yayınları, İstanbul, **1987**.
32. **Geçtan E.** Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. Remzi Kitabevi, İstanbul, **1989**.
33. "Biyolojik Psikiyatri" Multimedia Ansiklopedia Ceylan ME. **2003**.
34. **Birdoğan SY.** Üniversite Öğrencilerinin Psikiyatrik Hasta ve Hastalıklara Yönelik Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, **2001**.
35. **Foucault M.** Deliliğin Tarihi. İmge Yayınevi, Ankara; **2000**; s:22-23.
36. "Psikiyatri Tarihi" Erişim: <http://www.rehberlikweb.com/index.php?showtopic=284>
Erişim Tarihi: 01.06.2007.
37. **Çelebi F.** Akıl Hastalarının ve Ailelerinin Akıl Hastalıklarına Karşı Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, **2001**.
38. "Psikiyatri Tarihi" Erişim: <http://www.forumilk.com/psikiyatri-tarihi-t18188.html>
Erişim Tarihi: 11.05.2007.
39. "Psikiyatrinin Ruh Hali" Erişim: <http://www.geocities.com/tfpsikoloji/dindar/02.htm>
Erişim Tarihi: 11.05.2007.
40. **Öztürk O.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara; **1992**;4.
41. **Doğan O, Kocacık F.** Ruh Sağlığı ve Bozukluklarının Sosyolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2006**; 7:109-120.

42. Normallik Anormallik. Erişim: <http://www.bebekkokusu.com/news/templates/konular.aspx?articleid=257&zoneid=39>. Erişim Tarihi: 01.05.2007.
43. **Bağ B.** Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, **2003**.
44. **Kılıç C.** Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi, ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. **1998**;1:77-94.
45. **Soykan A.** Psikiyatriye Giriş El Kitabı. İstanbul, Girişim Yayıncılık, **2001**;1:5-6.
46. **Kum N.** Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, **2000**;2:2-9.
47. “Kırsaldakilerin Akıl Sağlığı Daha İyi” Erişim: <http://www.ntv.msnbc> Erişim Tarihi: 12 .01.2006.
48. “ Hemşirelik Nedir?” Erişim: <http://195.142.135.65/who/nurseturk/hemsirelikicerik.HTM> Erişim Tarihi: 01.03.2007.
49. **Pektetin Ç,** Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, **1991**:9-13.
50. **Peplau, H.,** *Interpersonal Relations in Nursing*, G.P. Putnam's Sons, Newyork, **1952**.
51. **Keltner LN.** Introduction to Psychiatric Nursing. LN Keltner, LH Schwecke, CE Bostrom (eds), Philadelphia, Mosby-Year Book, **1995**, 3-15.
52. **Worley NK.** Community psychiatric nursing care. G Stuart, MT Laraia (eds), Principles and Practice of Psychiatric Nursing, South Carolina, **1998**, 716-733.
53. **Özgür G, Karaaslan A, Çam O, Gürkan A, Dülgerler Ş, Uysal O.** Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı toplumda ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi. E.Ü. Rektörlüğü Araştırma Fonu, Proje No:1995 HYO-06, İzmir, 1998.
54. **Ruiz MJ.** Community mental health. BS Johnson (eds), Psychiatric Mental Health Nursing, Philadelphia, JB Lippincott, **1993**, s.748-755.

55. **Doğan S.** Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin ruh hastaları ve hastalıklarına karşı tutumlarının değerlendirilmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Sivas, Esnaf Ofset, **1992**:783-787.
56. **Özgül A.** Ruh sağlığı hizmetinde hemşirenin rolünü etkileyen sosyal-kültürel tutumlar. Ruh Sağlığı Hizmetinde Hemşire. 1. Basım, , Ankara: Gürsoy Basımevi, **1965**:3-9.
57. **Bostancı N, Aştı N.** Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2000**.
58. Stigma. Erişim: <http://www.psikiyatrikulubu.gazi.edu.tr/p01-9.htm> Erişim Tarihi: 05.04.2007.
59. **Yanık M, Şimşek Z, Katı M, Nebioğlu M.** Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumuna psikiyatri eğitiminin etkisi. *Yeni Symposium Dergisi*, **2003**; 41 (4): 190-192.
60. **Bhugra D,** Attitudes towards mental illness: a review. *Acta Psychiatr Scand*, **1989**;80: 1-12.
61. **Byrne P.** Psychiatric stigma: Past, passing and to come. *J Royal Soc Med*, **1997**; 90: 618-621.
62. **Paykel ES, Hart D, Priest G.** Changes in public attitudes to depression during the defeat depression campaign. *Br J Psychiatry*, **1998**: 173: 519-522.
63. **Meise U, Sulzenbacher H, Hinterhuber H.** *Fortschr Neurol Psychiatr*. **2001**; 69: 75-80.
64. **Schulze B, Angermeyer MC.** Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*. **2003**; 56: 299-312.
65. **Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D.** Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. *J Affective Dis*. **2000**; 69: 61-67.
66. **Haghighat R.** A unitary theory of stigmatisation. *Br J Psychiatry*. **2001**; 178: 207-215.
67. **Mechanic D.** Some factors in identifying and defining mental illness. In T.J. Scheff (Ed.), *Mental illness and social processes*. New York: Harper and Row. **1967**.
68. **Erinhosho OA, Ayonrinde A.** A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in deffer erit societies. *Psychiatry*. **1978**; 41,403-410.

69. **Para E. Yin-Cheong So.**, The changing perceptions of mental illness in a Mexican-American community. *Intenational Journal of Social Psychiatry*.1983 29, 95-100.
70. **Eker D.** Attitudes toward mental illness: recognition, desired social distance, expected burden and negative influence on mental health among Turkish freshmen. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1989; 24,146-150.
71. **Arkar H. Eker D.** influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. Yayınlanmamış araştırma raporu.1991.
72. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar” *Düşünen Adam*; 2005, 18 (1): 32-38.
73. **Freedman S, Seaes PO, Carlsmith. JM** Sosyal Psikoloji. Ankara: Ara Yayınları. 1989.
74. **Bilgili M.** Psikiyatrik olaylarda toplumsal yargı. *Kriz Dergisi*,1995; 3(1-2), 195-197.
75. **Arkar H, Eker D.** Akıl Hastalıkları ile İlgili Tutumlar: Verilen Neden Tipinin Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*,1996;7, 191-197.
76. **Kağıtcıbaşı Ç .** Tutumun değişimine kavramsal yaklaşımlar. İnsan ve insanlar, İstanbul Matbaası: İstanbul. 1988;125-161.
- 77.“mental illness:the facts” Erişim:<http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs-m-facts> Erişim Tarihi:05.06.2007.
- 78.**Wolff G, Pathare S, Craig T.** Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *BrJ Psychiatry*;1996; 168: 191-198
- 79.**Savaşır Y,** Ruh Hastalıkları ve Hastalarına Karşı Tutum ve inançlar Üzerine Bir Araştırma. Ankara. 1969.
- 80.**Sunman T, Savaşır Y.** Akıl Hastalıkları ve Akıl Hastalarına Karşı Tutum ve inançlar. 5. Milli Nöropsikiyatri Kongresi Poster. 1969.
- 81.**Bayülkem F, Şirin G, Kasatura I , Balta O.** Toplumumuzun Ruh Sağlığı Konusundaki Görüşlerini Yansıtan İstatistiksel Bir Araştırma. 6. Nöropsikiyatri Kongresi Bildirisi. 1970.

82. **Gürgen F, Kahya H, Öztopçular M.** Erzurum il Merkezinde ilk ve Yükseköğrenim Görmüşlerin Akıl Hastalarını Algılaması ve Onlara Karşı Tutumları Üzerine Bir Araştırma. 13. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitapçığı. **1977.**
83. **Dündar S.** Kayseri ve Yöresinde Psikiyatrik Hasta ve Hastalıklara Yönelik Tutumlar. Uzmanlık Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi. **1993.**
84. **Dündar S, Aldanmaz F, Oğuz A.** Halkın konversiyon bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve empotansa yönelik tutumları ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kriz Dergisi*; **1995**;3: 285-292
85. **Şahin A, Özkan A, Özdemir G ve ark:** Psikiyatri dışı araştırma görevlilerinin ve internlerin psikiyatri ile ilgili tutum ve davranışları. 31. Ulusal Psikiyatri Bildiri Özet Kitabı, İstanbul, 1995;20.
86. **Kaptanoğlu C, Seber G, Erkmen H ve ark:** Araştırma görevlisi hekimlerin psikiyatri ve psikiyatristlerle ilgili tutumları. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi.
87. **Bailey SR:** An exploration of critical care nurses and doctors attitudes towards psychiatric patients. Aust J Adv Nurs. **1998**; 15(3):8-14.
88. **Aştı N:** Psikiyatrik imajın sosyal travma boyutu. Ruhsal Travma **1995.**
89. **Taşkın EO, Özmen D, Özmen E, Demet M:** Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofren ile ilgili tutumları. 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Ankara, **2003**; 77.
90. **Subaşı N, Çilingiroğlu N:** Bir tıp fakültesi I. sınıf öğrencilerinin psikiyatrik hastalarla ilgili duygu ve düşünceleri. 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Ankara, **2003**; 68.
91. **Karancı A, Kökdemir D.** Akıl hastası: tanımlaması, *Yeni Symposium*.**1995**; 42 (3): 105-112, yarattığı rahatsızlık ve davranışları ile başa çıkma. *Kriz Dergisi*; **2004**;3: 237-240.
92. **Arkar H .** Akıl Hastaları İle İlgili Tutumlar: Deneyim ve Psikopatoloji Tipinin Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*,**1992** 3, 243-248.
93. **Arkar H, Eker D.** Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. Int J Soc Psychiatry, **1994**;40(3), 205-13.
94. **Trute B, Tefft B, Segall A.** Social Rejection of the Mentally Ill: a Replication Study of Puplic Attitude. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, **1989**;4, 69-76.

95. **Eker D, Arkar H.** Akıl Hastalıkları ile ilgili Tutumlar: Bir Gözden Geçirme. Farklılıkla Yaşamak. Türk Psikologlar Derneği Yayınları; Ankara.1997.
96. **Flaskerud J, Kviz F.** Rural Attitudes Toward and Knowledge of Mental Illness and Treatment Resources. *Hospital and Community Psychiatry*,1983;34,229-233.
97. **Socal D, Holtgraves T.** Attitudes Toward the Mentally Ill: The Effects of Label and Beliefs. *T. Social Quart*,1992;33, 435-445.
98. **Eker D.** University students attitudes toward mental patients in a developing Country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,1988; 23, 264-266.
99. **Eker, D.** Attitudes of Turkish and American clinicians and Turkish psychology students toward mental patients. **1985.**
100. **Arıkan Ç, Özdemir U, Satır M, Saygılı H, Yılmaz E, Kara T, Katluğ S.** İçinde ruh hastası olan ve olmayan ailelerin ruh hastası ve hastalarına yönelik tutumlarını karşılaştıran bir araştırma. **1988.**
101. **Eskin M.** Rural population's opinions about the causes of mental illness, modern psychiatric help-sources and traditional healers in Turkey. *Int J Soc Psychiatry*,1989;35(4), 324-328.
102. **Karancı A, Kökdemir D.** Akıl Hastası: Tanımlaması, Yarattığı Rahatsızlık ve Davranışları ile Başa Çıkma. *Kriz Dergisi*,1995;3, 237-240.
103. **Yüce S, Savaş HA, Ersoy MA, Savaş E, Sertbaş G,** Psychiatry in Türkiye/Volume 7 – Number 1 – **2005.**
104. **Kırlangıç M.** Hemşirelerin ruh hastalığı ve hastalarına karşı tutumlarının araştırılması. Doktora Tezi, İzmir.1984.
105. **Haytural H, Atalay M.** Hemşirelerin bağımlı bağımsız işlevlerinden en çok hangilerini yerine getirdiklerinin saptanması. II. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı izmir.1990; 568-577.
106. **Yüce S, Savaş HA, Ersoy MA, Savaş E, Sertbaş G.** Sağlık Yüksek Okulu Öğrencileri ve Çalışan Hemşirelerin Depresyonu Olan Hastalara İlişkin Tutumu. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, **2005.**
107. **Brady M.** Nurses attitudes towards a patient who has a psychiatric history. *Journal of Advanced Nursing*,1976;1,11-23.

108. **Brinn F**, Patients with mental illness: General nurses attitudes and expectations. *Nursing Standard*,**2000**;14(27),32-36.
109. **Roberts D**. Nurses perception's of the role of liaison mental health nurse. *Nursing Times*.**1998**;94(43),56-57.
110. **King P**. A model for Consultation Liaison Psychiatry in the Loddon Southern Malle Region for Victoria Project Report, Bendigo: Bendigo health care group psychiatric services. **2001**.
111. **Muirhead J, Tilley J**. Scratching the surface: Mental health training for rural health workers. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*.**1995**;4(2),95-98.
112. **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.
113. **Rohde D**. Uncovering a world of mental illness : And analysis in perceptual transforming in undergraduate nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*.1996;10,347-354.
114. **Roberts P, Priest H**. Achieving interprofessional working in mental health. *Nursing Standard*. **1997**;12(2),39-41.
115. **Reed F, Fitzgerald L**. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general Hospital. Australia.**2005**.
116. **Corrigan WP, River LP, Lundin RK, Penn DL, Wasowski KU, Champion J ve ark**. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bull*;**2001**;27: 219-225.
117. **Hundertmark J**. The impact of mainstreaming on psychiatric care in Australian Emergency Departments and Liaison services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.2002;36,424.
118. **Kashima Y**. Nurses responses to people with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. **1998**;27,195-203.
119. **Mayou R, Hawton K**. Psychiatric disorder in the general Hospital. *British Journal of Psychiatry*. **1986**;149,172-190.
120. **Sharrock & Heppel**. The Opinions of The Nurses Working at Psychiatric Units. *International Journal of Mental Health Nursing*.**2005**;14,249-257.
121. **Torrey E. F**. Psikiyatrinin Ölümü. 2. Basım, Ankara: Emel Matbaası,**1996**: 100-105.

122. **Whittington R, Wykes T.** Staff strain and Social support in a psichiatic hospital following assault by a patient. *Journal of Advanced Nursing.* **1992**;17,480-486.
123. **Mavundla TR, Uys L.R.** The attitudes of nurses towards mentally ill people in a general hospital in Durban . *Curationis.* **1997**;3-7.
124. **Giliomee E.** A Mental Health Approach to Support Nurses Working a Pediatric Intensive Care Unit. A Ph. D. Thesis. Auckland Park Rand Africans University, Autland Park ,**1999**:105.
125. **Mavundla, T.R.** Professional Nurses Perception of Nursing Mentally Ill People İn a General Hospital Setting, Güney Afrika, **2000**.
126. Türk Toplumunun Akıl Hastalıklarına Bakışının Atasözlerine ve Deyimlere Yansıması”
Erişim: http://psikiyatri.net/psikiyatri_net/content/view/219/9/ Erişim Tarihi: 12.05.2007.
127. **Bozdoğan S.** Psikiyatri Kliniklerinde ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, **2007**.
128. **Arı F.** Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireye Karşı Tutumları. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2003**.
129. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, Ruh Hastalarına Karşı Tutumlar, 602-607.
130. **Çavuş E.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2006**.

8. EKLER

8.1. EK:1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Hemşireler meslekleri gereği ruh hastalarıyla sık karşılaşan meslek gurupları içinde yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşlerini incelemektir.

Aşağıdaki soruları içtenlikle yanıtlamanızın değeri bizim için çok büyüktür. Görüşleriniz araştırma dışında bir amaçta kullanılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

1) Yaşınız?

- 19 ve altı
20-27
28-35
36-43
44 yaş ve üstü

2) Eğitim düzeyiniz?

- Sağlık Meslek Lisesi
Ön Lisans (örgün)
Önlisans (A.Ö.F.)
Lisans
Lisansüstü (Yüksek Lisans)

3) Medeni durumunuz?

- Bekar
Evli
Boşanmış/Dul

4) Çocuğunuz var mı?

- Evet
Hayır

5) Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

1 yıldan az

1-5 yıl

6-10 yıl

11-15 yıl

16-20 yıl

21 yıl ve üzeri

6) Şu anda hastanenin hangi biriminde çalışıyorsunuz? (Belirtiniz)

7) Bu birimde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?.....

8) Daha önce herhangi bir psikiyatri servisinde çalıştınız mı?

Evet

Hayır

9) Cevabınız evet ise süresini belirtiniz.....

10) Ailenizde ruhsal sorunu olan birey var mı?

Var

Yok

11) Varsa yakınlık derecesi.....

12) Ruhsal sorunu olan bireylerle sık sık karşılaşıyor musunuz?

Evet

Hayır

13) Ruhsal bir sıkıntı içinde olsanız psikiyatrist veya psikologa gider misiniz?

Evet

Hayır

14) Ruh hastalarının zeka durumunu nasıl algıyorsunuz?

Fazla zeki

Az zeki

Normal

Hiç zeki değil

Bilmiyorum

15) Psikiyatrik hastalığı olan birisiyle aynı iş yerinde çalışmak ister miydiniz?

Evet

Hayır

Fark etmez

Diğer (Belirtiniz).....

16) Size göre ruh hastaları tehlikeli midir?

Tehlikelidir

Tehlikeli Değildir

Bazıları Tehlikeli Olabilir

Bilmiyorum/Kararsızım

8.2. EK: 2 RUH HASTALARI VE RUH HASTALIKLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLER ÖLÇEĞİ

Aşağıda ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin düşünce ve görüşler verilmiştir. Sorulara verdiğiniz cevaplar tamamen saklı kalacaktır. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak altı seçenektan size en uygun olan seçeneği yuvarlak içine alınız. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

Teşekkür ederiz.

SEÇENEKLER:

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

1) Sinir bozuklukları genellikle insanlar çok çalıştıklarında ortaya çıkar.

1 2 3 4 5 6

2) Ruh hastalıkları da diğer hastalıklar gibidir.

1 2 3 4 5 6

3) Akıl hastanelerindeki hastaların çoğu tehlikeli değildir.

1 2 3 4 5 6

4) Akıl hastanesinden taburcu olan hastalar iyileşmiş görünseler bile, evlenmelerine izin verilmemelidir.

1 2 3 4 5 6

5) Eğer ana-babalar çocuklarını daha fazla severlerse, ruh hastalıkları daha az yayılır.

1 2 3 4 5 6

6) Ağır bir ruh hastalığı geçirmiş olan kişi kolayca tanınır.

1 2 3 4 5 6

7) Ruh hastaları duygularıyla, normal insanlar ise mantıklarıyla düşünerek hareket ederler.

1 2 3 4 5 6

8) Akıl hastanelerinde yatanlar normal insanlardan daha tehlikeli değillerdir.

1 2 3 4 5 6

9) Bir insanın sorunu olduęunda, onun yerine daha güzel Őeyler dűŐünmesi iyidir.

1 2 3 4 5 6

10) Farkında olmasalar da genellikle pek çok insan günlük hayatta karŐılaŐtıkları güçlüklerle başa çıkmazlarsa ruh hastası olurlar.

1 2 3 4 5 6

11) Normal insanlara rahatça söylenecek Şeyler ruh hastalarına söylenebilir.

1 2 3 4 5 6

12) Akıl hastanelerindeki insanlar gülünç davranşalar bile, onlarla alay etmek yanlıŐtır.

1 2 3 4 5 6

13) Çoğu ruh hastası çalışmaya isteklidir.

1 2 3 4 5 6

14) Küçük çocukların akıl hastanelerindeki ana-babalarını ziyaretlerine izin verilmemesi daha iyi olur.

1 2 3 4 5 6

15) İşlerinde başarılı olan insanlar nadiren ruh hastası olmazlar.

1 2 3 4 5 6

16) İnsanlar kötü Őeyler dűŐünmezlerse, ruh hastası olmazlar.

1 2 3 4 5 6

17) Akıl hastanesindeki hastalar pek çok bakımdan çocuk gibidirler.

1 2 3 4 5 6

18) Ciddi ruhsal bozukluğu olan insanların bakım ve tedavileri için devlet bütçesinden daha fazla para ayrılmalıdır.

1 2 3 4 5 6

19) Bir kalp hastasında yalnız belli bir rahatsızlık vardır. Oysa bir ruh hastası diğerlerinden tam anlamıyla farklıdır.

1 2 3 4 5 6

20) Ruh hastaları ana-babalarının çocuklarıyla yeterince ilgilenmedikleri aile ortamlarında yetişmişlerdir.

1 2 3 4 5 6

21) Ruhsal hastalığı olanlar bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilmemelidir.

1 2 3 4 5 6

22) Akıl hastanelerinde yeterli sayıda iyi eğitilmiş doktor, hemşire ve yardımcıları olursa ruh hastalarının çoğu hastane dışında da belli bir uyumla yaşamlarını sürdürebilir.

1 2 3 4 5 6

23) İyileşme çabası gösteren her insan saygıya layıktır.

1 2 3 4 5 6

24) Bir kadının, şimdi tamamen iyileşmiş olsa bile, eskiden ciddi bir ruh hastalığı geçirmiş bir adamla evlenmesi aptallık olur.

1 2 3 4 5 6

25) Eğer ruh hastalarının çocukları normal ebeveynler tarafından yetiştirilirse, muhtemelen ruh hastası olmazlar.

1 2 3 4 5 6

26) Akıl hastanesinde yatmış olanlar bir daha asla eskisi gibi olmazlar.

1 2 3 4 5 6

27) Pek çok ruh hastası çok hasta olsa bile, ustalık gerektiren işi başarabilecek kapasitededir.

1 2 3 4 5 6

28) Akıl hastanelerimiz ruh hastalarının bakılacağı yerler olmaktan çok, hâpishanelere benziyor.

1 2 3 4 5 6

29) Ruh hastalığı nedeniyle hastanede yatmakta olan kişi oy kullanmamalıdır.

1 2 3 4 5 6

30) Çocukluk döneminde ana-babanın ayrı yaşaması ya da boşanması pek çok insandaki ruh hastalığının sebebidir.

1 2 3 4 5 6

31) Akıl hastanelerinde hastalarla başa çıkmanın en iyi yolu onları bir yerde kilitli tutmaktır.

1 2 3 4 5 6

32) Akıl hastanesinde yatmış bir hasta olmak, yaşamda başarısız olmak demektir.

1 2 3 4 5 6

33) Akıl hastanesindeki hastalara daha fazla özgürlük tanınmalıdır.

1 2 3 4 5 6

34) Bir akıl hastanesindeki hasta, eğer bir başkasına saldırırsa cezalandırılmamalıdır.

1 2 3 4 5 6

35) Eğer normal ebeveynlerin çocukları ruh hastası ebeveynler tarafından yetiştirilselerdi, muhtemelen ruh hastası olurlardı.

1 2 3 4 5 6

36) Akıl hastanelerinin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olmalıdır.

1 2 3 4 5 6

37) Kanun bir kadına, kocası ciddi bir ruh hastalığı nedeniyle akıl hastanesine yatar yatmaz ondan boşanma hakkı vermelidir.

1 2 3 4 5 6

38) Ruh hastalığı nedeniyle çalışmayacak durumda olan kişilere emekli olsun ya da olmasın yaşamlarını sürdürebilecek miktarda para yardımı yapılmalıdır.

1 2 3 4 5 6

39) Ruh hastalığı genellikle sinir sistemindeki bozukluklar nedeniyle ortaya çıkar.

1 2 3 4 5 6

40) Nasıl bakarsanız bakın ciddi bir ruhsal bozukluğu olan artık gerçek anlamda insan değildir.

1 2 3 4 5 6

41) Vaktiyle akıl hastanesinde yatmış kadınların çoğu çocuk bakıcısı olabilirler.

1 2 3 4 5 6

42) Akıl hastanelerindeki hastaların çoğu nasıl göründüklerine dikkat etmezler.

1 2 3 4 5 6

43) Üniversite hocaları, iş adamlarına kıyasla daha büyük olasılıkla ruh hastası olabilirler.

1 2 3 4 5 6

44) Akıl hastanesine hiç yatmamış pek çok insan, akıl hastanesindeki çoğu hastadan ruhen daha hastadır.

1 2 3 4 5 6

45) Bazı ruh hastaları pek iyi görünseler bile, bir an olsun onların ruh hastası olduğunu unutmak tehlikelidir.

1 2 3 4 5 6

46) Bazen ruh hastalığı, yapılan kötü davranışlar için cezadır.

1 2 3 4 5 6

47) Akıl hastanelerimiz hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedecek şekilde düzenlenmelidir.

1 2 3 4 5 6

48) Ruh hastalarının başlıca nedenlerinden biri de, ahlak ve irade gücünden yoksun oluşudur.

1 2 3 4 5 6

49) Bir akıl hastanesinde, hastaların iyi beslenmeleri ve rahat ettirilmeleri dışında çok az şey vardır.

1 2 3 4 5 6

50) Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta iyileşmedikçe hastaneden çıkarılmamalıdır.

1 2 3 4 5 6

51) Akıl hastanelerindeki hastaların tümü ağrısız bir operasyonla kısırlaştırılmalıdır.

1 2 3 4 5 6

8.3. EK:3 UYGULAMA PLANI

Mersin ili belediye sınırları içinde yer alan ve aşağıda adları belirtilmiş olan üç büyük hastanede ve Adana ili belediye sınırları içinde yer alan Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşirelere 2006-Güz ve 2007-Bahar dönemleri arasında, hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla ölçek ve kişisel bilgi formu uygulanmıştır.

Ölçek ve Kişisel Bilgi Formu Uygulanan Hastaneler:

- Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi
- Mersin Devlet Hastanesi
- Mersin Toros Devlet Hastanesi
- Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

8.4. EK-4 İZİN YAZISI

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4 MSM.04.3300-09 / Eğit. Şb.
Konu : Anket çalışması

21012

17 EYLÜL 2006

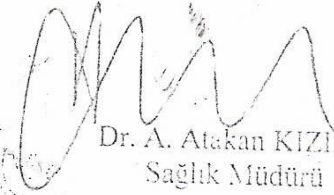
VALİLİK MAKAMINA
MERSİN

Mersin Üniversitesi Rektörlüğünün 09.08.2006 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.00.06/784-9404 sayılı yazıları ile;

"Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastaları/Hastalıklarına İlişkin Görüşleri" konulu anket çalışmasını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Müjde MORAN 2006 Güz-2007 Bahar dönemleri arasında, Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Toros Devlet Hastanesi'nde yapmayı planlamaktadır.

Anket sonuç raporlarının bir örneği, çalışma raporlarını, varsa önerileriyle birlikte Müdürlüğümüze göndermesi kaydı ile uygun mütalaa edilmiştir.

Arz ederim.


Dr. A. Atakan KIZILOK
Sağlık Müdürü

OLUR
17.09.2006

Recep ÜZAL
Vali a.
Vali Yardımcısı

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4 MS.M.04.3300-09 / Eğit. Şb.
Konu : Anket çalışması

21615

13 Eylül 2006

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

MERSİN

İlgilendiği : 09.08.2006 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.00.06/784-9404 sayılı yazılarınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Merve MORAN'ın "Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalıkları/Hastalıklarına İlişkin Görüşleri" konulu anket çalışma talepleri; anket sonuç raporlarının bir örneği, çalışma raporlarını, varsa önerileriyle birlikte Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydı ile uygun görülmüştür.

Valilik Makamı Onayı ektedir.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Recep UZAL
Vali
Vali Yardımcısı

EKİ :

1- 1 Adet Valilik Makamı Onayı (1 sayfa)

15532
Yazıcı

1467

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.4.01.00.01- 1198

01.09.06 24661

KONU : Anket Çalışması

MERSİN VALİLİĞİ
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Genel Sekreterlik)

- İLGİ: a) 09.08.2006 tarih ve 781/ 9401 sayılı yazınız.
b) 09.08.2006 tarih ve 783/ 9403 sayılı yazınız.
c) 09.08.2006 tarih ve 789/ 9409 sayılı yazınız.

Rektörlüğünüzün ilgi sayılı yazıları incelenmiş olup;

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Müjde MORAN'ın " Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlıkları / Hastalıklarına İlişkin Görüşleri " konulu tezine veri toplamak amacıyla, 2006 güz-2007 bahar dönemleri arasında Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde de çalışan hemşirelere anket çalışması yapması. Saliha BOZDOĞAN'ın " Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal durumlarının değerlendirilmesi" konulu tezine veri toplamak amacıyla, 2006 güz-2007 bahar dönemleri arasında Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çukurova Devlet Hastanesinde de çalışan hemşirelere anket çalışması yapması. Tuğba KARAKOÇ'un " Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek İle Yorgunluk Arasındaki İlişki" konulu tezine veri toplamak amacıyla, Eylül 2006 - Şubat 2007 tarihleri arasında Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde anket çalışması yapması Valiliğimizizin 28/08 /2006 tarih ve 1174-24297 Onayı ile uygun görülmüş olup;

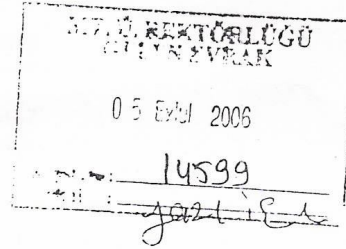
Yukarıda anılan tezlerle ilgili yapılan anket çalışması sonuçlarının Müdürlüğümüz Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğüne gönderilmesi hususunda ;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Nurettin GÜVEN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKLER

Ek: 1- Valilik Onayı (1 adet)



İl Sağlık Müdürlüğü Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğü Mustafa Kemal Paşa Bulvarı Yüreğir/
ADANA Tel:0322.324.70.03-04 Dahili 165 Faks : 0322.324.70.12 Mail : adana.yths@ saglik.gov.tr.