



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HALKIN RUHSAL HASTALIKLARA ve RUHSAL HASTALIĞI OLAN
BİREYLERE YÖNELİK İNANÇ ve TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN: BAŞAK BAŞTOSUN

DANIŞMAN: PROF. DR. NEZİHE UĞURLU

**HAZİRAN, 2019
MUĞLA**



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HALKIN RUHSAL HASTALIKLARA ve RUHSAL HASTALIĞI OLAN
BİREYLERE YÖNELİK İNANÇ ve TUTUMLARIN BELİRLENMESİ

BAŞAK BAŞTOSUN

Sağlık Bilimleri Enstitüsünde
“Yüksek Lisans”
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 19.07.2019
Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 21.06.2019

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nezihe UĞURLU

Jüri Üyesi

: Dr. Öğr. Üyesi Sibel Gökçenler

Jüri Üyesi

: Dr. Öğr. Üyesi Havva Akpınar

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Feral Öztürk

HAZİRAN, 2019
MUĞLA

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 23.05/2019 tarih ve 140/13 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin maddesine göre, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Başak Baştosun'un "HALKIN RUHSAL HASTALIKLARA ve RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERE YÖNELİK İNANÇ ve TUTUMLARIN BELİRLENMESİ" adlı tezini incelemiş ve aday 21.06/2019 tarihinde saat 10:30 da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 60 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin başarılı olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Tez Danışmanı
Prof. Dr.
Nezihe Bulut UĞURLU

Üye
Dr. Öğr. Üyesi
Sibel Coşkun

Üye
Dr. Öğr. Üyesi
Havva Akpınar

Üye

Üye

YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Ruhsal Hastalıklara ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik İnanç ve Tutumların Belirlenmesi**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

21.06.2019

BAŞAK BAŞTOSUN



YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.

Soyadı : BAŞTOSUN

Adı : BAŞAK

Referans No:10271885

TEZİN ADI

**Türkçe : Halkın Ruhsal Hastalıklara Ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere
Yönelik İnanç Ve Tutumların Belirlenmesi**

**Y. Dil : Determination Of Beliefs And Attitudes For Public Mental Diseases
And Individuals With Mental Diseases**

TEZİN TÜRÜ:

Yüksek Lisans

Doktora

Sanatta Yeterlilik

X

O

O

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Fakülte : Sağlık Bilimleri Fakültesi

Enstitü : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Diğer Kuruluşlar :

Tarih :

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayımlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN :

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı : BULUT UĞURLU, Nezihe

Ünvanı : Profesör

TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe

TEZİN SAYFA SAYISI: 77

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

1. Ruhsal Hastalık
2. Ruhsal Hastalığı Olan Birey
- 3.

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :

1. Ruhsal Hastalık
2. İnanç
3. Tutum
4. Ruhsal Sorunlu Birey

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER: Konunuzla ilgili yabancı indeks, abstract ve thesaurus'u kullanınız.

1. Mental Illness
2. Belief
3. Attitude
4. Individual with Mental Illness

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum

2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir

3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir

Yazarın İmzası :



Tarih : 21.06.2019

ÖZET

Konu: Halkın Ruhsal Hastalıklara Ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik İnanç Ve Tutumları

Amaç: Bu çalışma, halkın ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, Muğla İl Sağlık Müdürlüğü' ne bağlı ASM' ler (Aile Sağlığı Merkezi) arasından basit rastgele örneklem yöntemi ile belirlenmiş 5 ASM' den, Eylül 2016- Haziran 2017 tarihleri arasında hizmet alan 200 bireyle gerçekleştirilmiş, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği (RHİÖ)" ve "Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ)" kullanılmıştır. Veriler SPSS 16.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, Kruskal-Wallis, Mann-Whithney U testleri ile Pearson Korelasyon ve Spearman Korelasyon analizlerinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %52.5' i kadın, %36' sı 18-25 yaş aralığında, % 47' si bekar, %52' si üniversite mezunu, %59' u orta düzey ekonomik durumu olan ve %79.5' i çekirdek aile yapısına sahip bireylerden oluşmaktadır. Bireylerin %95' i şu an tedavi gördüğü bir ruhsal rahatsızlığı olmadığını, %81' i geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile destek almadığını/ tedavi görmediğini, %69.5' i ailesinde ya da yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey olmadığını ve %48.5' i ruhsal hastalığı olması durumunda bunu aile dışında biriyle paylaşmayacağını ifade etmiştir.

Tutum ölçeğinden alınan toplam puanların tanıtıcı özellikler üzerine dağılımı incelendiğinde aile yapısı değişkeni ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). İnanç ölçeği ile ilgili yapılan analizde ise, aile yapısı, eğitim durumu, geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile herhangi bir tedavi görme/ destek alma

durumu, ruhsal hastalığı olması durumunda bunu aile dışından biriyle paylaşma durumu ile inanç ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. ($p<0.05$).

Sonuç: Tutum ölçeği toplam puanının tanıtıcı özelliklerden yalnızca aile yapısı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İnanç ölçeği toplam puanının, eğitim durumu, aile yapısı, geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile herhangi bir tedavi görme/ destek alma durumu ve ruhsal hastalığı olması durumunda bunu aile dışından biriyle paylaşma durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların ölçek puanları göz önüne alındığında ruhsal hastalıklara ve hastalığı olan bireylere yönelik genel olarak olumsuz bir tutum ve inanca sahip oldukları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal Hastalık, İnanç, Tutum, Ruhsal Sorunlu Birey

ABSTRACT

Subject: People's Beliefs and Attitudes toward Mental Illness and Toward People with Mental Illness

Objective: The aim of this study was to determine the beliefs and attitudes of people toward mental illness and toward people with mental illness.

Materials and Methods: This was a descriptive and cross-sectional study conducted on 200 individuals who presented to randomly selected five Family Health Centers (FHC) affiliated to Muğla Provincial Health Directorate between September 2016 and June 2017. "Introductory Information Form" developed by the researcher in accordance with the literature, "Beliefs toward Mental Illness Scale" and "Community Attitudes to Mental Illness (CAMI)" were used for data collection. Data were analyzed using the SPSS Version 16 Statistical Package. The Kruskal-Wallis, the Mann-Whitney U-test and Pearson Correlation and Spearman Correlation were used for data analysis.

Results: Of the participants, 52.5% were female, 36% were aged between 18 and 25 years, 47% were single, 52% had bachelor's degree, 59% had middle socioeconomic status and 79.5% had a nuclear family. It was found that 95% of individuals had no current mental illness, 81% did not receive any support/treatment for mental illness in the past, 69.5% did not have anyone with mental illness in their family or close environment and 48.5% stated that if they had a mental illness they would not share it with anyone except of their families.

Upon examination of the distribution of the overall attitude score on the introductory characteristics, a statistically significant difference was noted with the family structure variable ($p < 0.05$). On the belief scale analysis, a statistically significant difference was detected between family structure, educational background, receiving treatment/support due to mental illness in the past, having a mental illness and sharing this fact with people out of family members and belief scale ($p < 0.05$).

Conclusion: A statistically significant relationship was detected between the overall attitude score and the family structure among the introductory characteristics ($p < 0.05$). The overall belief score analysis showed a statistically significant difference between family structure, educational background, receiving treatment/support due to mental illness in the past, having a mental illness and sharing this fact with people out of family members and belief scale ($p < 0.05$). When the scores of the participants were taken into consideration, it was noted that they generally have a negative attitude and belief toward the mental illness and toward people with mental illness.

Keywords: Mental Illness, Belief, Attitude, Individual with Mental Illness



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisini, tecrübelerini ve en önemlisi de desteğini her zaman yanımda hissettiren ve her daim yanımda olan danışman hocam Prof. Dr. Nezihe UĞURLU' ya, araştırmaya katılıp destek olan kişilere ve her zaman yanımda olan sevgili annem ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.



İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	i
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	iii
1. GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalıkla İlgili Kavramlar	5
2.1.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalık.....	5
2.2. Ruhsal Hastalıklarda İnanç ve Tutum	7
2.2.1. İnanç	7
2.2.2. Tutum	8
2.2.3. Tutum ve İnanç İlişkisi.....	10
2.3. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama (Stigma)	11
2.4. Tarihsel Süreçten Günümüze Kadar Toplumların Ruhsal Hastalıklara ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik İnanç ve Tutumları	13
2.5. Ruhsal Hastalığa ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Olumsuz İnanç ve Tutumları Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	15
3.GEREÇ ve YÖNTEMLER.....	18
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	18
3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	18
3.6. Verilerin Toplanması.....	19
3.7. Veri Toplama Araçları.....	19
3.8. Verilerin Toplanma Süreci	21
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	22
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR	24
4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Dağılımı.....	25

4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RSTTÖ' den Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulgular	27
4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RHİÖ' nden Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulgular	29
4.5. RHİÖ Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulgular	31
4.6. RHİÖ ve RSTTÖ ile Ölçeklerin Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanlara İlişkin Bulgular	32
5. TARTIŞMA	33
5.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Dağılımının İncelenmesi	33
5.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RSTTÖ' den Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	34
5.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RHİÖ' den Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	37
5.4. RHİÖ ve RSTTÖ ile Ölçeklerin Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanlara İlişkin Bulguların İncelenmesi	40
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	43
KAYNAKLAR DİZİNİ.....	45
EKLER.....	52

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BMI	Beliefs Toward Mental Illness Scale
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
RHİÖ	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
RSTTÖ	Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği
SMÖ	Sosyal Mesafe Ölçeği



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık “kişinin bedenlen ruhen ve sosyal açıdan tam anlamıyla iyilik halinde olmasıdır (Akdemir, Akkuş 2006). Bu tanıma göre sağlık bütüncül bir anlam taşımaktadır. Yalnızca bedensel olarak hasta olmama durumu değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halini ifade etmektedir. Yine aynı örgüt (DSÖ), Ruh sağlığını ise; “bireylerin kendilerini ve yeteneklerini gerçekleştirdikleri, yaşamın normal stresleriyle başa çıkabildikleri, verimli ve sonuçları yararlı olabilecek şekilde çalışabildikleri ve toplumla birliktelik içinde oldukları durumdur” şeklinde tanımlamaktadır. Diğer bir deyişle ruh sağlığı; kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesidir (Çam, 2014).

Ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık kavramları kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Bazı kültürlerde kültürel normlardan sapan davranışlar hoş karşılanmasa da, kabul edilebilir davranışlar aralığında yer alabilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ruhsal bozukluğu; bireyde meydana gelen, klinik olarak önemli, bilişsel, davranışsal ve psikolojik bir sendrom olarak tanımlamıştır (Saygın, 2007). Townsend ruhsal sağlık tanımından yola çıkarak ruhsal hastalığı şu şekilde tanımlamıştır; Ruhsal hastalık duygu, düşünce ve davranışlarda olan, kültürel yargılarla uyum sağlamayan ve kişinin işlevselliğini bozan, stres faktörleriyle uyum sağlayamama durumudur (Townsend, 2012).

Ruhsal hastalıklar ile ilgili pek çok faktör, bu hastalıklarla baş eden kişileri ve yakınlarını farklı çözüm bulma yollarına yöneltmiştir. Ruhsal hastalıkların bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını olumsuz etkilemesi, kronikleşme eğilimlerinin yüksek olması ve bazı ruhsal hastalıkların nedeninin açıklanamaması gibi durumlar hastaların ve hasta yakınlarının tıp dışı yardım arama davranışlarına sebep olan durumlardandır. Hasta ve hasta yakınlarının yardım arama ve yardım alma konusunda sergiledikleri davranış biçimi kronik ruhsal hastalıkların tedavisi ve psikososyal

sonuçları açısından önemlidir. Ruhsal hastalıklarda yardım arama davranışı, hastalığın süresi, şiddeti, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, daha önceki sağlık hizmet deneyimi, medeni durum, kültürel yapı ve dini inanç sistemleri gibi faktörlerden etkilenmektedir (Bademli, Lök 2017).

Tıp dışı çare aramaya yalnız bizim kültürümüzde değil farklı kültürlerde de başvurulmaktadır. Hal böyle olunca konu ile ilgili araştırmalarda literatürdeki yerini almıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalara göre, kronik psikiyatri hastalarının en fazla yardım arama davranışı olarak, din görevlileri ve yatır ziyareti (Güleç ve ark. 2011), şifacı (hoca, türbe, yatır, muska, özel dua, bitkisel tıp, kurşun dökme, sülük ve düşük oranda meditasyon (Sarıkoc ve ark. 2015) olduğu belirtilirken bir başka çalışmada bakım verenlerin hastası için %89.3' ünün dini yaklaşımları tercih ettiğini belirtilmektedir (Güleç ve ark. 2006). Türkiye ve Almanya'da yaşayan Türk psikiyatri hastalarının tıp dışı yardım arama davranışlarını incelediği başka bir çalışmada en fazla rastlanan tıp dışı tedavi arama davranışının din hocasına gitme (Türkiye'dekiler %74.4, Almanya'dakiler %87.9) olduğu belirtilmektedir (Russinova ve ark. 2002). Amerika'da yapılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin alternatif sağlık bakım uygulamaları kullanımını incelenen çalışmada, katılımcıların en sık meditasyon, masaj, yoga ve katatimi (hastaların hipnozdan daha düşük bir gevşemeyle bedensel bir takım hareket ve durumların gözlenmesi durumuyla düş kurmaya elverişli ortamın yaratıldığı bir tedavi yöntemidir.) uygulamalarına, daha sonra dini veya manevi uygulamalara başvurdukları belirtilmektedir (Knipscheer ve ark. 2008). Afrika kültüründe de hasta yakınlarının kültürüne göre bitkisel tıp, rahip ve geleneksel şifacılara başvurdukları belirtilmektedir (Beckerleg, 1999). Hindistan'da yapılan bir çalışmada da şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda hasta yakınlarının yarısından fazlasının ilk başvurdukları kişilerin dini şifacılar (Faith-healers) olduğu belirtilmektedir (Naik ve ark. 2012).

Akıl hastalıkları sıklıkla yadsınır, profesyonel yardımdan uzak tutulur ya da fiziksel bir hastalık gibi dışa vurulur (Al-Krenawi, 2005). Ruhsal hastalıkların utanç verici olduğuna, insanı küçük düşürdüğüne ve ruhsal hastalığı olan bireylere güvenilmeyeceğine dair düşüncelerin var olduğuna rastlanmaktadır (Segal, Cooldge. 2005). Ruhsal hastalığa yönelik toplumsal inanç ve tutumlar, 1940'ların son

yıllarından bu yana üzerine çalışılan bir konu olmuştur (Allport 1967). Bu çalışmaların sonucunda ruhsal sorunu olan bireylere yönelik toplumun aynı anda hem olumlu hem de olumsuz bir inanç ve tutuma sahip olduğuna yönelik farklı bulgular ortaya koyulmuştur (Malla, Shaw 1987, Ting 1997). Tarihsel süreç boyunca ruhsal bozukluğu olan bireylere, içinde bulunulan çağa ve kültüre bağlı farklı tutum ve inançlar sergilenmiştir. Bazı toplumlarda ruhsal hastalığı olan bireyler özel ilgi gösterilip toplum içerisine kabul edilirken bazı toplumlarda ise insanlık dışı yaklaşımlara maruz kalıp toplum dışına itmişlerdir. Toplumlarda genellikle ruhsal bozukluğu olan bireyler garip, ürkütücü ve tehlikeli olarak algılanır. Ruhsal hastalığa sahip olan kişiler insancıl davranma, acıma ve destek almak yerine damgalama ve stereotiplere bağlı olarak sempatik olmayan, haksız veya düşmanca tutumlarla karşılanabilir. Adı her ne olursa olsun ruhsal hastalığı olan bireylere yapılan her türlü farklılaştırma onun temel insan haklarını ihlal etmektedir (Arslantaş ve ark, 2010). Ruhsal hastalıklar ve hastalara yönelik inanç ve tutumlar “stigma” kavramını ortaya çıkarmıştır. Stigma diğer adıyla damgalama; bir kişinin ya da topluluğun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (King et al., 2007). Bir kişi ya da toplum kendisini ürküten, rahatsız eden bir şeyle karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gider. Bu süreç ruhsal hastalıklar üzerinde damgalamaya neden olur. Damgalamanın hastaların ve ailelerin üzerinde çok sayıda olumsuz etkisi vardır (Üçok, 2003). Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması, ruhsal hastalıklarda uygun yardım aramayı, tedaviye uyumu, toplum içinde tedaviyi ve hastaların topluma uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir (Corrigan et al., 2001). Ancak inanç ve tutumların olumlu yönde olması, hastanın damgalamaya maruz kalmaması hastalığın daha hafif seyir etmesini sağlamaktadır. Bu nedenle ruhsal hastalık damgasının azaltılması için uzun soluklu ve işbirliği içinde ilerleyen çabalara gereksinim vardır (Çam & Bilge, 2013; Avcil ve ark, 2016).

İnançlar, tutumları, tutumlar ise davranışları belirlemektedir. Davranışların ve davranışları belirleyen tutumların sağlıklı olması için öncelikli koşul inançların sağlıklı olmasıdır. Bireylerin, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalama uygulamasının ilk sebebi bu hastalıklara ve bu hastalıkların ortaya çıkma sebebine

ilişkin yeterli bilgisinin olmamasıdır. Olumsuz inanç ve tutumlardan kurtulmanın en temel yolu, toplumun ruhsal bozukluklara yönelik bilgi ve anlayışının artırılmasıdır. Ancak bu şekilde ön yargılardan arınmış, damgalamanın olmadığı bir toplum ile mümkün olabilir.

Bu araştırma Muğla İlinde, halkın ruhsal hastalık ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi için yapılmıştır. Katılımcının herhangi bir kriter gözetilmeksizin dahil edildiği bu çalışma ile halkın her kesiminden bireylerin bu konu hakkındaki inanç ve tutumlarının belirlenmesi hedeflenmiş olup konu ile ilgili yapılacak çalışmalara rehberlik etmesi amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalıkla İlgili Kavramlar

2.1.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalık

Geçmişten günümüze sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili pek çok tanım yapılmıştır. Hastalık genel olarak yolunda bedensel ve ruhsal olarak yolunda gitmeyen durumları ifade etse de sağlığın tanımı kişilerin algılarına, içinde buldukları kültüre ve döneme göre değişebilmektedir. Sağlıkla ilgili en çok kullandığımız ve geçerliliğini hala koruyan tanım DSÖ' nün yapmış olduğu tanımdır. DSÖ, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu tanım, sağlığın yalnızca bedensel iyiliği temsil eden bir olgudan ziyade çok boyutlu bir olgu olduğunu vurgulamakta, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır. Ruhsal yönden neyin normal veya sağlıklı olarak adlandırılacağı tartışmalıdır. Çünkü davranışların normal ya da anormal olarak adlandırılması toplumdan topluma, kültürden kültüre, kişinin yaşına ve cinsiyetine bağlı olarak değişmektedir. Örneğin; cin çarpmasına inanmak, bazı kültürlerde normal kabul edilirken özellikle batı kültüründe hastalık belirtisi olarak kabul edilebilir (Çam, Engin 2014).

Bireyin yaşamda mutlu olması, zorluklarla baş edebilmesi, çevresiyle sağlıklı ilişkiler kurabilmesi gibi pek çok durum ruhsal sağlığın yerinde olmasıyla yakından ilişkilidir. Ruhsal sağlık diğer bir deyişle ruh sağlığı ile ilgili tanımlamalara baktığımızda bununla ilgili birçok örnekle karşılaşabiliriz. Buna göre 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 (Pektaş ve ark, 2006).

Başka bir tanımda ruh sağlığı benzer bir ifadeyle, bir iş ve aile sahibi olabilme, kurum ve sosyal kurallarla çatışmadan güçlüklerle baş edebilme, yaşamdan zevk alabilme ve bunun için olan fırsatlardan yararlanma yeteneği olarak yer almaktadır

(Topaç, 2004). Dolayısıyla ruhsal olarak sağlıklı olan birey değişen ortama karşı ayak uydurabilme becerisine sahip ve yaşamdan zevk alan bireydir. Zorluklar, değişen koşullar bütün bireyler için var olsa da bunlarla başa çıkma durumu ruhsal sağlığın yerinde olmasına bağlıdır.

Ruh sağlığı içinde bulunduğumuz durumlara göre değişebilen bir durumdur; bozulabilir ve koşullar düzelince tekrar eski halini alabilir. Bu sebeple bireylerin kesin olarak ruhsal açıdan hastalıklı ve sağlıklı olarak tanımlanması g olmaktadır. Fakat ruhsal hastalıkların kişiye bedensel ve sosyal olarak zorladığı herkes tarafından bilinen bir gerçektir.

APA ruhsal bozukluğu, bireyde meydana gelen, klinik olarak önemli bilişsel, davranışsal ve psikolojik bir sendrom olarak tanımlamıştır (Saygın, 2007). Başka bir tanımda ruhsal hastalık kavramı, bütün durumları kapsayan belirgin bir tanımlı olmamakla birlikte düşüncede, duyguda ve davranışta görülen değişiklikler şeklinde ifade edilmiştir (Boyd, 2002). Ruh sağlığı bozulan bireyin genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında farklı boyutlarda ortaya çıkabilen tutarsızlık, aşırcılık, uygunsuzluk ve yetersizlik görülür. Her bireyde tutarsız, uygunsuz, ařırđ, yetersiz davranışlar görülebilir. Bu olumsuz duygu, düşünce ve davranışların ruhsal hastalık olup olmadığı, belirtilerin şiddeti, süresi, ortaya çıktığı evre, toplum, kültür, kişilik gelişimi, kişinin sahip olduğu olanaklar ve yetenekleri, olumsuzlukların gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmaması gibi birçok değişkene göre değerlendirilir (ztrk, 2002). Hasta olarak kabul edilen kişide bu özellikler sürekli ya da yenileyici olmalı, bireyin verimli çalışmasını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz olarak etkilemelidir. (Topaç, 2004).

Ruhsal sağlığı olumsuz etkileyen durumlar, ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakmaksızın, sosyoekonomik düzeyi her seviyeden olan insanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilir. Dünya Sağlık rgt'ne göre, her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır (Pektaş ve ark, 2006). Ruhsal hastalıkların ve ruhsal sorunlu bireylerin her toplumda arttığının görüldüğü 21. yüzyılda, ruh sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin yaşamsal bir parçası haline

gelmiştir. Bu nedenle tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunu, bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Çakır, 2002).

DSÖ'ye göre her 4 kişiden 1'i ruhsal hastalık geçirme riski taşımaktadır. Dünyada en çok sakatlığa neden olan 10 hastalıktan 5'inin ruhsal kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Birleşmiş Milletler Raporu'na göre ise 450 milyon kişi ruhsal hastalıklar ile mücadele etmektedir (Gültekin, 2010). Ruhsal hastalıkların yaygın olması ve neden olduğu durumlar hastalığın önlenmesi tedavisi açısından önem taşımaktadır.

2.2. Ruhsal Hastalıklarda İnanç ve Tutum

2.2.1. İnanç

Günlük yaşantıda sıkça duyulan inanç kavramı insanlık tarihinin başlangıcı ile birlikte toplumsal normlar arasında yer almış, toplumun sosyal, kültürel ve ahlaksal yapısına yön vermiştir. Sosyal psikolojide inanç konusundaki ilk tanımlar 1954 yılında Allport tarafından yapılmıştır. Allport'a göre, bir grubun özüne ilişkin inançlar taşıma, önyargılı kişilik, katı ve belirsizliğe karşı, toleransı düşük bir bilişsel stilin göstergesidir (Çam & Bilge, 2008). Bir diğer tanımlamaya göre 'inanç'; Tanrı'ya, bir dine inanma, iman, itikat, birine duyulan güven, inanma duygusudur.' 'İnanç', sözlük anlamı ile 'kişice, ya da toplumca, bir düşüncenin bir olgunun, bir nesnenin, bir varlığın gerçek olduğunun kabul edilmesi' anlamına gelmektedir (Eroğlu & Kılıç, 2005).

İnançlar, gerek ilkel toplumlarda gerekse gelişmiş kültürlerde çok önemli bir yer tutmaktadır. Bunlar yazılı olmayan kanunlar niteliğinde olup, milyonlarca sene insanların yaşama düzenini kararlaştırmış ve kişiler arası ilişkilerini düzenlemiştir (Ziyalar, 1999).

Bireylerin, ruhsal hastalıklara yönelik sahip olduğu olumsuz inançları, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi engeller oluşturarak topluma uyumunu kısıtlayabilmektedir. Diğer taraftan hastaların hastalıkla etkin olarak baş etmelerini, tedavi ve bakımlarını sürdürmelerini ve yaşam kalitelerini de olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Dünya genelinde ruhsal hastalıklara yönelik

inançlar olumsuzdur. Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz inançlar bireylerin hastalığını saklamak çabası içerisine girmesine neden olmaktadır. Yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre, bireylerin toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanış ve düşüncelerinden bazıları aşağıda yer almaktadır.

-Ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir,

-Ruhsal hastalığı olanlar kurumlarda kilitli tutulmalıdır,

-Ruhsal hastalığı olan birey asla normal yaşamına dönemez,

-Ruhsal hastalığı olanlar tehlikelidir,

-Ruhsal hastalıkları olan bireyler düşük gelirli işlerde çalışabilir (Çam & Bilge, 2007).

Özetlenecek olursa inanç bireyin bir konu ile ilgili bilişlerinin tümünü oluşturmaktadır. Algular ve bilişler kendi içlerinde örgütlenmiştir ve inançlar bu örgütlerin birleşmesi ile ortaya çıkar. Bir şeye inanılması demek, o kişi için gerçeğin o olduğu anlamına gelmektedir. Bu inançlar ister gerçek olsun, ister yanlış olsun, ister dayanaksız olsun, bireyin bir konudaki geçmişte öğrendiklerini ve edindiklerini özetler ve gelecekteki olayları algılayışını ve yorumlayışını etkiler. İşte inanç bu yönü ile tutumların bilişsel ögesinde yer almakta ve içerdikleri bilgi ve inanç derecelerine göre tutumları değiştirebilmektedir (Eren, 2001).

2.2.2. Tutum

İnsanları tanımlamak ve onların davranışlarını açıklamak için kullanılan tutum kavramı; insanın kendine ve çevresindeki canlı cansız, soyut somut, her şeye karşı, deneyim, güdü ve bilgilerine dayanarak örgütlediği bilişsel, duygusal ve davranışsal bir bütünlük içindeki tepki ön eğilimidir (Güney, 2008). Tutum, bireye, gruba, düşünceye, duruma karşı yerleşmiş ve değişmez bir tepkide bulunma eğilimi olup, sosyal öğrenme ve deneyimler ile duyguların ürünleridir. Tutumlar bilişsel, duygusal ve davranışsal durumları içermekte olup, davranışları etkilemekte ve zamanla değişebilmektedirler (Bilge, 2006).

Tutum ile ilgili yapılan bir diğere tanımlamaya göre ise tutumlar, toplumun kültürel özelliklerinin ve bireysel inanışların kişinin yaşamda edindiğı deneyimlerle kesişmesi sonucunda oluşmaktadır. Yaş, cinsiyet, toplumsal sınıf, etnik köken, yaşanan çevre gibi faktörler tutumların şekillenmesinde etkili olabilmektedir. Tutumların bireylerin gelişim süreci içerisinde ilk kez üç yaş civarında şekillenmeye başlaması ve uzun süre muhafaza edilme eğilimi içinde olması nedeniyle değiştirilmesi güç olmaktadır (Erbaydar & Çilingiroğlu, 2010).

Toplumların düşünce, tutum ve inançları birbirinden farklı olabildiğı gibi, aynı toplum içinde de farklı düşünce, tutum ve inançlar var olabilir. Bu nedenle tutum konusu; bireyin sosyal ortamlardaki davranışlarını inceleyen sosyal psikiyatrinin/psikolojinin en önemli konularından birisidir (Morgan, 1991).

Yukarıdaki tanım ve açıklamalardan yola çıkarak, tutumlarla ilgili aşağıda belirtilen özellikler sıralanabilir:

-Tutumlar doğuştan gelmez sonradan yaşanarak kazanılır. Birey tutumları toplumsallaşarak kültürel olarak kazanmaktadır.

-Tutumlar geçici olmayıp belli bir süre devamlılık gösterme eğilimindedirler.

-Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkinin düzenli olmasını sağlarlar.

-İnsan-obje ilişkilerinde, tutumların belirlediğı bir yanlılık ortaya çıkar.

-Tutum bir tepki şekli olmayıp, daha çok tepkiyi gösterme eğilimidir.

-Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara neden olabilir (Tavşancıl, 2005).

Olumlu tutum; hastaları rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici ve tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynamaktayken olumsuz tutumlar, hasta ile toplum arasındaki uçurumun daha da artmasına, bireyin toplumsal ilişkilerden iyice kopmasına ve bunlara bağılı olarak tedaviye karşı direnç geliştirmesine sebep olmaktadır (Bilgili, 1995). Bu sebeple ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik, toplumun olumsuz tutumlarına etki eden faktörlerin ve olumsuz

inançlarının irdelenerek olumlulara yönelik girişimlerde bulunulması mevcut durumun olumluya dönüşmesi açısından önem taşımaktadır.

2.2.3. Tutum ve İnanç İlişkisi

İnanç ve tutumlar doğuştan var olmayıp; gözlem, edimsel koşullanma ve bilişsel öğrenme gibi çeşitli yollarla edinilmekte ve yaşanan deneyimlerle de şekillenip kalıplaşmaktadır. Tutum ve inançların oluşması için kritik dönem olarak kabul edilen 12-30 yaşlar arası, ergenlik evresi (12-21 yaşlar arası) ve ilk yetişkinlik evresi (21-30 yaşlar arası) olmak üzere iki evrenin üzerinde durulur. Tutumlar ergenlik evresinde şekillenir, ilk yetişkinlik evresinde ise giderek kristalleşir veya kemikleşir. Bireyin inanç ve tutumu herhangi bir konudaki davranışına yön verici etki yapar (Çam & Bilge, 2008).

İnançların gelişimi ile ilgili Piaget'in bilişsel gelişim kuramı literatürde önemli bir yer tutmaktadır. Buna göre birey deneyim ve etkileşim yoluyla çevreye ilişkin bir anlayış ve anlama sistemi oluşturmaktadır. Kurama göre bilginin; şema, olgunlaşma, yaşantı, uyum ve örgütlenme aşamasından geçerek davranışa büründüğü yer almaktadır. Bireyin bilişsel gelişiminin dört ana evrede açıklandığı kuram da, özellikle bireyin 12-15 yaşları arasını kapsayan "soyut işlemler evresinde" bilimsel yöntemle problem çözme, değer ve inanç sistemini yapılandırma, fikir dünyasıyla aktif olarak ilgilenme ve düşüncesini etkinliklerine yansıtma gibi kavramların yerleştiğinden bahsedilmektedir (Aydın, 2000)

Vygotsky ise inanç kavramının gelişimi ile ilgili görüşlerini sosyal çevre ve kültürel yapı üzerinden açıklamıştır. Vygotsky'e göre tüm öğrenmelerin (düşünce, inanç gibi) kaynağı sosyal çevredir. Öğrenmeyi bir bakıma sosyal etkileşim yoluyla kültürlenme olarak tanımlayan Vygotsky, kişinin psikolojik süreçlerinin bile, çevre tarafından etkilendiği görüşündedir. Kültürleme başka bir deyişle; topluma özgü düşünce, inanç ve duyuş özelliklerinin çocuğa aktarılmasıdır (Aydın, 2000).

Tutum, düşünce ve inanç kavramlarının birçok ortak noktası bulunmaktadır. Üçü kavram da çeşitli şekillerde tepki göstermek için öğrenilmiş eğilimlerdir.

Kavramlar bir doğru üzerinde yerleşmiş olsaydı, düşünceler ve inançlar iki uçta, tutumlar ise ortaya yerleşmiş olurdu. Tutumlar düşüncelere göre daha kalıcı ve körelticedir ve inançlar kadar derinde saklanmamıştır. İnanç ve tutum arasında tutarlı bir ilişki vardır ve tutumlar destekleyici inançlardan doğar. İnançlar tutumların duygusal yönlerine eşlik eden söze dökülmüş anlamlardır. Bir nesneye yönelik olumlu ve olumsuz tutumların olması aynı zamanda o nesne hakkında olumlu ve olumsuz inançların da varlığını göstermektedir (Çam ve Bilge, 2007).

2.3. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama (Stigma)

Damga (stigma) kelimesi günümüzde ‘kara leke’ anlamında kullanılıyor olsa da sözcük anlamı olarak ‘yara, iz, işaret’ anlamına gelmektedir. Damga, kişiler için utanılması gereken bir durumun varlığında ya da normal dışılığın, kabul edilemezliğin belirtisi olarak değerlendirilmektedir. Damgalama (stigmatization) ise bireyin, içinde yaşadığı toplumun ‘normal’ saydığı ölçülerin dışında yer alması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından kişiye saygınlığını azaltıcı bir atıf da bulunmasıdır (Arkan ve ark, 2011).

İnsan var olduğu süre boyunca damgalama kavramı da var olmuştur. Çoğunluğun yer aldığı tarafta bulunmama, kabul gören ve çoğunluğun yöneldiği davranışlardan farklı davranışlar sergileme, farklı düşünce yapısına sahip olma bireylerde damgalanan taraf olmaya neden olmuştur. Damgalamadan en fazla etkilenen gruplardan biri de ruhsal hastalığı olan bireylerdir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması, bu kişilerin tedaviye uyum göstermelerinde sorunlara yol açtığı gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla yüz yüze gelmelerine sebep olabilmektedir (Özbaş ve ark, 2008).

Damgalama süreçlerine yönelik bir diğer kavramsallaştırmada, ‘içselleştirilmiş damga’ ve ‘kurumsal damga’ ayrımı yapılmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama, kişilerin özel alanlarında deneyimledikleri duygu, düşünce, inanç ve korkularını ifade ederken; kamusal alanda deneyimlenen kurumsal damga ise dolaylı, kişisel olmayan, örtük tutum ve ilişkilerini ifade etmektedir. Kurumların gündelik işlemlerinde yerleşik olarak bulunan kurumsal ırkçılık, kural ve düzenlemelerden oluşan katmanların altında

gizlidir ve gelenek tarafından sürdürülür. Kurumsal damgalama, işyerinde ve hizmetlerinden faydalanmak istedikleri kurum ve kuruluşlarda ruhsal hastalık sahibi kişilerin karşısına çıkabilmektedir (Saillard, 2010).

Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanmakta ve bu farklılık nedeniyle de damgalanmış bireylere birçok olumsuz özellik atfedilmektedir. Toplumsal ve kişisel gereksinimler açısından, damgalamanın temelinde zarar görme korkusu yatmaktadır. Çünkü toplumun zihninde ruhsal hastalığı olan bireyler tehlikeli olabilecek insanlardır. Ruhsal hastalığa sahip bireyler açısından bakıldığında, toplum tarafından damgalamanın özellikle acı ve yıkıcı etkisi, onlarda toplumun bir üyesi olmadığı duygusu bırakmasıdır (Taşkın, 2007; Çam ve Çuhadar, 2011). Kronik ruh hastalığı sebebiyle damgalanan bireyler çevresi tarafından aşağılanır ve sosyal açıdan ilgi görmez. Bunun bir sonucu olarak bireyin hak ve sorumlulukları elinden alınır veya mevcut hak ve sorumlulukları azaltılır. Daha üst boyutlarda ise kronik akıl hastası olarak damgalanmış bir birey insan olarak bile kabul edilmez, ondan kaçınılır, toplum ile ilişkisi kesilir veya sürgün edilir. Alternatif durumlarda ise onlara acınır korunur veya bir çocukmuş gibi davranılır (Güney, 2004). Damgalama üzerinde yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, sosyal sınıf, kültür, dini inançlar, hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalığı olan bireyle temas halinde olma, psikopatoloji tipi ve kitle iletişim araçları gibi pek çok faktörün etkisi bulunmaktadır (Article, 2010).

Ruhsal bozukluklar konusunda toplumun kemikleşmiş önyargıları hasta ve ailelerini zor durumda bırakmakta ve hırpalamaktadır. Damgalamanın hastaların ve ailelerin üzerinde çok sayıda olumsuz etkisi bulunmaktadır. Hasta ve yakınlarının benlik saygısı zedelenmekte ve aile ilişkileri zarar görmektedir. Hasta, arkadaş edinme ve arkadaşlığı sürdürme güçlüğü içine girmekte ve iş bulması zorlaşmaktadır. Bütün bunlar hasta tarafından hastalığın kabul edilmesinde isteksizliğe; dolayısıyla tedavinin engellenmesine yol açmaktadır (Soygür, 2000). Bu durum başta ruhsal hastalığı olan birey üzerinde sonra ise hasta bireyin ailesi ve toplum üzerinde olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.

Damgalama nedeniyle ruhsal bozukluğu olan kişiler kendilerine yönelik konuşmama eğilimi gösterirler. Hastalıklarını açıkça seyrek olarak tartışmakta ve genellikle izole, yalnız ve yanlış anlaşılmış olarak yaşamaktadırlar. Çoğunlukla aile yaşamlarındaki, normal sosyal ilişkilerindeki ve üretken ilişkilerindeki eşit katılımları reddeden tutum içerisinde olurlar (Bostancı, 2005) . Damgalamanın önüne geçilmesi, bireyler üzerinde yol açmış olduğu tüm bu olumsuz etkileri sebebiyle oldukça önem taşımaktadır.

2.4. Tarihsel Süreçten Günümüze Kadar Toplumların Ruhsal Hastalıklara ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik İnanç ve Tutumları

İnsanlık var olduğundan beri hastalık ve sağlık kavramları da var olmuştur. Bu durum ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık kavramları için de geçerlidir. Değişen tek şey teknoloji ve tıbbın gelişmesiyle beraber insanların bu durumu anlamlandırması, hastalık olarak kabul edip tanı ve tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşmasıdır. Ancak kültür farklılıkları, eğitim seviyesi, yaşanan çevre gibi birçok faktör hala ruhsal hastalığa yönelik bakış açısı üzerinde olumlu ve olumsuz etkilere sebep olabilmektedir. İlk çağlarda, hastalıkların olağanüstü güçlere bağlandığı, ‘animistik düşünce’ egemen olup; doğa karşısında güçsüz olan insan, anlayamadığı olayları olağanüstü güçlerin etkisine bağlayarak kendine savunma yolları aramıştır (Moran, 2008).

Hastalık, doğaüstü zararlı ruhlara bağlanmış; büyücü hekimler, şamanlar ve çeşitli törenler, danslar, garip hareketler, ruhları saklayan eşyanın yok edilmesi, çılgınlık nöbetleri ve özgeçi (trans) durumları ile zararlı ruhlar kovularak hastalıklar iyileştirilmeye çalışılmıştır. Doğa karşısında çoğu kez güçsüz ve çaresiz kalan ilkel insan, açıklayamadığı her şeyi tanrısal olarak algılamış ve o şekilde açıklamaya çalışmıştır. Hastalıkları ve doğal güçleri kendi gücü ve imkanları ile yenemeyince, kendi düşüncesinde bunların oluş biçimlerine ve bunlardan nasıl kurtulabileceğine, korunabileceğine ilişkin inançlar, kavramlar ve uygulamalar geliştirmiştir (Babaoğlu, 2001).

Eski Yunan'da ilk kez Hipokrat, ruhsal hastalıkların da bedensel hastalıklar gibi tedavi edilmesi gerektiğini ve ruh sağlığı sorunu olan bireyden korkmak yerine, onlara şefkat ve iyilikle davranılması gerektiğini savunmuştur. Aynı dönemde Eflatun ve Aristo da büyüsel düşüncenin geçersizliğini belirtmiştir. Yani bu dönemde Hipokrat 'histeri' ve 'melankoli' terimlerini kullandığı ve tapınaklarda hastaların uyutuldukları, düş yorumlarının ve telkinlerin yapıldığı görülmektedir (Öztürk, 2004; Moran, 2008).

Aynı dönemde Eflatun ve Aristo da büyüsel düşüncenin geçersizliğini belirtmiştir. Yani bu dönemde Hipokrat 'histeri' ve 'melankoli' terimlerini kullandığı ve tapınaklarda hastaların uyutuldukları, düş yorumlarının ve telkinlerin yapıldığı görülmektedir. Orta çağda ruh hastaları dövülmüş, zincire vurulmuş, işkence edilmiş izole edilerek, katil ve hırsızlar gibi hapisanelere kapatılmış, halkın alay ve eziyetlerine karşı savunmasız bırakılması olağan kabul edilmiş ve şeytanın içine girdiği bir büyücü olarak yakalanmış ve diri yakılmıştır (Babaoğlu, 2001; Öztürk 2004). Ortaçağ'da Avrupa'nın bu tutumuna karşılık, aynı dönem İslam ve Türk toplumlarında ruh hastalarına anlayış, hoşgörü, acıma egemen olmuş; Anadolu'daki şifahanelerin bir kısmı akıl hastalarına ayrılmıştır. Yunanlıların ölmüş ruh hastalarını yaktıkları gelenek, Türklerde yasaklanarak uygulanmamıştır (Bilici ve ark, 2013)

Rönesans döneminde Avrupa'da Hıristiyan Kilisesi'nin katı, acımasız dogmatik tutumlarına karşı giderek artan tepkilerin ortaya çıkmasıyla yaşamın her kesiminde gücünü dinden alan otokratik ve feodal kuruluşların egemenliği giderek zayıflamaya başlamıştır. Bu durum Avrupa toplumunun, İslam dünyasının gelişmiş bilimsel çalışmalarını ve Arapçaya çevrilmiş olan eski Yunan düşünürlerini tanınmasına olanak sağlamıştır. Bütün bu değişiklikler ve akımlar bilimsel düşünme ve araştırma yapma kapılarını açmıştır. Rönesans ile birlikte insanın anatomisi ve fizyolojisi incelenmiş, hastalıkların tanımları yapılmıştır. Bu dönemden sonra ruh hastalıklarının teşhis ve tedavisinde önemli gelişmeler sağlanmıştır (Geçtan, 1989; Öztürk, 2004).

On sekizinci yüzyılın sonlarında Philippe Pinel tarafından başlatılan, ruhsal hastalığı olan bireylerin zincirlerinden kurtarılarak toplum içinde, anlayış ve hoşgörüyle tedavi edilmeleri gerektiği düşüncesi, psikiyatri tarihinde sembolik bir

anlam taşımamasının yanı sıra, gün geçtikçe taraftarı artmakta olan, psikiyatriyi toplumla etkileşime sokan sosyal psikiyatrik akımın ortaya çıkmasında da öncülük etmiştir. İkinci Dünya Savaşı'yla beraber ruhsal hastalıklarda gözlenen artış, savaş sonrasında yapılan araştırmalarda çevre, sosyal durum ve hastalık arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması, hasta ve hastalıkların değerlendirilmesinde sosyal etkenlere daha fazla ağırlık verilmesini sağlamıştır (Çam & Bilge, 2007). Günümüzde hala daha ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar ile ilgili istenilen yere varılmamış olsa da, geçmişten günümüze tıbbın kazandığı gelişmeler yadsınamaz boyuttadır.

2.5. Ruhsal Hastalığa ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Olumsuz İnanç ve Tutumları Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Günümüzde sağlık anlayışının değişmesiyle beraber, koruyucu yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Bireyin ruh sağlığının korunması toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında yer almaktadır (Pektaş ve ark, 2006). Sağlık çalışanları olarak hemşireliğin de temel amacı sağlığın sürdürülmesinin sağlanması ve hastalık halinde gerekli bakımın verilmesidir (Pektaş & Çam, 2004). Toplum ruh sağlığı hizmetleri, toplum sağlığı ilkeleri doğrultusunda; Ruh sağlığının yükseltilmesi ve korunması (birincil önleme), ruhsal sorun ve hastalıkların erken tanısı ve erken müdahalesi (ikincil önleme) ve rehabilitasyon (üçüncül önleme) işlevlerini kapsamaktadır (Bilge& Çam, 2002; Pektaş ve ark, 2006). Toplum ruh sağlığı hemşireleri, birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarında görev alarak, sağlık sisteminin ülke gereksinimleri doğrultusunda etkili olmasında önemli rol oynarlar (Worley, 1998; Bilge& Çam, 2002; Pektaş& Çam, 2004). Bu da hemşirelerin rol ve sorumluluklarının önemini arttırmaktadır.

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin temel felsefesi, ruh sağlığının korunması ve bakımın tüm insanların en doğal hakkı olduğu gözetilerek, ruh sağlığı hizmetlerinin topluma kolayca ulaşılabilecek yapıda sunulmasıdır. Bu felsefe bütüncül yaklaşımın uygulanması esasına dayanır. Fakat burada öncelikli olan, hizmet götürülecek toplumun özelliklerinin iyi bilinmesi gerektiğidir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin uygulanmasında toplumun yapısı, eğitim düzeyleri, inançları, değer yargıları gibi

kültürel yapısını etkileyen etmenlerin incelenmesi önemlidir (Ergül 2001; Pektaş ve ark, 2006).

Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalsa da hemşirelik uygulamalarının kapsam ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir (Karadağ & Uçan 2006). Hemşirelik mesleğinin amacı; birey, aile ve topluma kişiler arası bir süreç içinde, kendi sağlığını düzeltici ve geliştirici, hastalıkları önleyici, yaşam deneyimleri sağlamak ve bireylerin kendi potansiyellerini arttırmalarına destek olmaktır (Öz ve ark, 2007).

Hastalarla yakından ve uzun süreli ilişki içinde olan sağlık çalışanlarının tutum ve inançlarının hastalar üzerinde etkili olması kaçınılmaz bir gerçektir. Sağlık çalışanları olarak hastalarla en çok vakit geçiren ve etkileşim halinde olan meslek grubu kuşkusuz hemşirelerdir. Toplumda yaşayan bireylerin, ruhsal hastalığa yönelik geliştirdiği olumsuz inançlar, hastalıkla etkin bas etmeleri, tedavi ve bakımı sürdürmeleri ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilenmektedir. İnançlar davranışları ve yaklaşımları etkilediği için ruhsal hastalığa karşı olumsuz inanca sahip hemşireler, ruhsal sorunlu bireylerin bakımını üstlenmek istemeyebilir ya da etkin hizmet vermekte güçlük çekebilirler. Bununla birlikte hemşireler, sağlık ve hastalıkla ilgili hem kendi inançları, hem de hizmet sunduğu toplumun inançlarının farkında olmalıdır. Hemşirelerden beklenen, toplumun sağlık ve hastalığa karşı olumlu inanç geliştirmelerinde rol modeli olmasıdır (Erdemir, 1998).

Psikiyatri kliniklerinde çalışma ortamının sağlık ekibi ve hasta yararına tedavi edici ortam özelliği taşıması gerekmektedir. Tedavi edici ortam hastaların kısa sürede kendilerini toplumsal yaşama hazır hissederek taburcu olmalarını kolaylaştırır (Çam ve ark, 2005). Tarihte hemşirenin hasta çevresini kontrol etme ve oluşturma konusunda sorumluluğu olduğunu ilk tanımlayan kişi Florence Nightingale olarak bilinmektedir. Nightingale' den bu yana, hastanın yattığı ortam ve ortamın tedavi edici olacak şekilde yönetimi, hemşirelerin rollerinin önemli bir yönü olarak kalmıştır. Hastanın içinde yaşadığı kişilerarası ortamın terapötik ya da nonterapötik oluşu neredeyse tamamen hemşirelik personelinin becerilerine ve ilgili olmasına bağlıdır.

Bu nedenle hemşirelerin, çevrenin hasta üzerindeki etkisini bilmeleri ve bunu hasta yararına kullanabilmeleri gerekmektedir (Sökmez ve ark, 1996).

Bilimsel aydınlanmanın önyargıları, yanlış inanış ve kalıpları tek tek ortadan kaldırdığı günümüzde psikiyatri, ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olanlara ilişkin imajın sağlık camiasında bile hala ön yargılar, yanlış inanışlarla beslendiği görülmektedir (Saygın, 2007). Hemşirelik öğrencilerinin psikiyatrik hastalarla ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, öğrencilerin psikiyatri hastalığı bulunan bireyler ile yakın ilişkiler gerektiren durumlarda daha olumsuz tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir (Aştı, 1995). Yine yapılan bir çalışmada (Arkan ve ark, 2011), öğrencilerin ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının, psikiyatri hastalarına ve hastalıklarına yönelik tutumunun son 10 yılda değişiklik göstermediği, hala reddedici ve dışlayıcı olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalar sonucunda genel sağlık çalışanlarının mental hastalıklar konusunda diğer tıbbi alanlara göre daha az bilgiye sahip oldukları belirtilmiştir (Moran, 2008).

Sağlık çalışanlarının bilhassa hastalarla en çok iletişim halinde bulunan hemşirelerin hastalar üzerindeki etkileri tartışılmaz bir gerçektir. Bu etkilerin olumlu olması hastalar üzerinde de pozitif etkiye sebep olup iyileşme sürecini ve tedaviye yanıtı iyi yönde etkilemektedir. Ancak etkinin olumsuz olması tam tersi etki yapabilmekte, hastaların sağlık kuruluşlarına başvurmasını engellemekte ve tedavilerini negatif yönde etkilemektedir. Bu sebeple sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklar ve ruhsal hastalara yönelik olumsuz inanç ve tutum içinde bulunmaması, bunun için de en başta konuyla ilgili eğitimlerin alınması ön koşuldur. Çünkü sağlık hizmetinin verimli ve kaliteli olması, sağlık çalışanlarının öğrendikleri bilgi ve becerileri hümanistik ve holistik yaklaşımlarla aktarmalarına bağlıdır.

3.GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, halkın ruhsal hastalığa ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik inanç ve tutumlarını belirlemek amacı ile yapılan, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmamız, Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 18 adet ASM (Aile Sağlığı Merkezi) arasından, Menteşe Merkez ilçesine bağlı 5 ASM' den, (1 Nolu ASM, 2 Nolu ASM, 3 Nolu ASM, 4 Nolu Kötekli ASM ve 5 Nolu TOKİ ASM) hizmet alan bireyler üzerinde yapılmıştır. Araştırma Eylül 2016- Haziran 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Muğla ilinin Menteşe Merkez ilçesinde yer alan; 1 Nolu ASM, 2 Nolu ASM, 3 Nolu ASM, 4 Nolu Kötekli ASM ve 5 Nolu TOKİ ASM' lerinden Eylül 2016- Haziran 2017 tarihleri arasında hizmet alan bireyler oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde, basit rastgele yöntemi kullanılarak çalışma kriterlerini karşılayan 200 birey çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

18 yaş ve üzeri olmak, okuryazar olmak ve imzalı onam formunun doldurulması araştırmaya alınma kriterleri olarak uygulanmıştır.

3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Bireylerin iletişim kurmaya engel herhangi bir sağlık sorununun bulunması, katılımcının ölçek performansına etki edebilecek görme ya da işitme engelinin

bulunması ya da engeli varsa bu engelini gidermeye yönelik aparatının (gözlük, işitme cihazı gibi) yanında olmaması.

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında literatür ışığında 10 maddeden oluşup tanıtıcı bilgileri içeren form, her biri 21 maddeden oluşan geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış ‘RHIÖ’ ve ‘RSTTÖ’ den yararlanılmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

a) Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu form araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak hazırlanmış olan 10 adet sorudan oluşmaktadır. Soruların ilk 6 tanesi araştırmada yer alan bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyecek türde (cinsiyet, yaş aralığı, medeni hal, eğitim durumu, ekonomik durum, aile yapısı) hazırlanmıştır. Son 4 soru bireyin ya da çevresindeki kişilerin ruhsal hastalık ile karşılaşma durumunu öğrenmeye dayalı 4 adet kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. (Ek.2)

b) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ): Bu ölçek, halkın ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi amacıyla araştırmada kullanılmıştır. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale- BMI) Hirai ve Clum (2000) tarafından Amerika’da ruhsal hastalığa yönelik farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek 6’lı likert tipinde olup kendi içinde 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek sorularında yer alan ifadelerde; ‘Tamamen katılmıyorum: 0’, ‘Çoğunlukla katılmıyorum: 1’, ‘Kısmen katılmıyorum: 2’, ‘Kısmen katılıyorum: 3’, ‘Çoğunlukla katılıyorum: 4’, ‘Tamamen katılıyorum: 5’ olarak puanlandırılmıştır.

Araştırmada yer alan hali ile Türkiye’deki geçerlilik ve güvenirliği, (Bilge, 2006) tarafından yapılmış olup; Cronbach Alpha Katsayıları ölçek toplamında $\alpha=0.82$, Tehlikelilik alt boyutunda 0.71, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkiler alt boyutunda 0.80 ve Utanma alt boyutunda 0.69 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise, ölçek toplamında Cronbach Alfa Katsayısı $\alpha=0.89$, Tehlikelilik alt boyutunda 0.82,

Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkiler alt boyutunda 0.85 ve Utanma alt boyutunda 0.73 olarak hesaplanmıştır.

Tehlikelilik Alt ölçeği (TAÖ): Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu ile ilgili 8 maddeden oluşmaktadır (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13).

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalığı olan bireylerle kurulan ilişki sürecinde kişinin yaşadığı engellenmeyi ve çaresizliği içeren 11 maddeden (9, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21) oluşmaktadır.

Utanma alt ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalığı olan bireylerden duyulan utanç ile ilgili 2 maddeden (12 ve 15) oluşmaktadır (Ek.3).

Ölçeğin yorumlanması hem toplam puan üzerinden hem de alt ölçeklerden alınan puanlar üzerinden yapılmış olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir (Bilge ve Çam, 2008).

c) Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ): Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği; ilk olarak 1979 yılında, (Taylor ve Dear, 1981) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise (Bağ, 2003) tarafından yapılmıştır. Türkçeleştirilen Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği' ndeki madde sayısı 21'dir. Ölçek ayrıca; İyi Niyet, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi ve Korku/dışlama alt ölçeği olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek 5' li likert tipinde olup; 'Tamamen katılıyorum: 1', 'Katılıyorum: 2', 'Kararsızım: 3', 'Katılmıyorum: 4', 'Kesinlikle katılmıyorum: 5' şeklinde ifade edilmiştir.

Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında (Bağ, 2003), Cronbach Alpha Katsayı değerlerini ölçek toplamı için $\alpha=0.72$, İyi Niyet alt boyutu için 0.78, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojileri alt boyutu için 0.76 ve Korku/Dışlama alt boyutu için ise 0.75 bulunmuştur. Bu katsayılar çalışmamızda ölçek toplamı için $\alpha=0.03$, İyi Niyet alt boyutu için 0.19, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojileri alt boyutu için 0.43 ve Korku/Dışlama alt boyutu için ise 0.39 olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alpha

Katsayıları arasındaki bu farklılığın, çalışmamızda bu katsayıların daha düşük hesaplanması, tesadüfi olarak örneklem seçiminden kaynaklanmış olabileceği gibi ölçeğin güncellenmesi gerekliliğini de düşündürmektedir.

İyi Niyet Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, insancıl ve dini prensipleri temel alan sempatik ve olumlu görüşleri yansıtır. Buna göre; toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik görevini yerine getirmesi ve diğer bireylerin de ruhsal hastalığı olan bireylerin duygularını anlayıp paylaşmaya istekli olmasını konu almaktadır. Alt ölçek, toplam 9 maddeden oluşmakta olup; 2., 6., 11., 18., 20. maddelerine düz, 4., 9., 13., 16. maddelerine ise ters puanlanma uygulanmıştır. Bu alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumlu tutumu ifade etmektedir (Bağ, 2003), (Bağ ve Ekinci, 2006).

Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, ruh sağlığının toplumdaki terapötik değerlendirilmesi üzerine durulur. Ayrıca ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içinde tedavi ve bakımlarının sürdürülmesini ifade eder. Alt ölçek 10 maddeden oluşmakta olup; 3., 7., 12., 15., 19. maddelerine düz, 5., 10., 14., 17., 21. maddelerine ise ters puanlama uygulanmıştır. Alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumlu tutumu ifade etmektedir.

Korku/Dışlama Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumdaki uzaklaştırılması, toplumdaki dışlanması ve bu bireylerden korkulması gerektiği üzerinde durulur. Alt ölçek iki maddeden oluşmakta olup; 1. maddeye düz, 8. maddeye ise ters puanlama uygulanmıştır. Bu alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumsuz tutumu ifade etmektedir (Ek.4).

3.8. Verilerin Toplanma Süreci

Araştırmamızın verileri, Eylül 2016 ve Haziran 2017 tarihleri arasında, çalışmanın gerçekleştirildiği ilgili Aile Sağlığı Merkez'lerine gidilerek, bireyler ile birebir yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmaya katılan gönüllülerin, araştırmaya katılmak istediklerine dair sözel olarak onayı alınmış; ayrıca araştırmacı tarafından hazırlanan aydınlatılmış onam formu da isteyen katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Araştırmaya dahil olan gönüllülere; Tanıtıcı Bilgi Formu, RHİÖ ve

RSTTÖ' nün yer aldığı toplam 41 sorudan oluşan anket formu verilmiş ve sorular cevaplandıktan sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama araçlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dk zaman almıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerinde, SPSS 16 paket programı (Statistical Package for Social Sciences) kullanılmıştır. Verilerin dağılımı incelenirken Yüzde, Frekans ve Ortalama hesaplamalarından, değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon ve çoklu ilişkilerde Spearman Korelasyon analizinden yararlanılmıştır.

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov- Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak incelenmiştir. Bu test sonucunda anlamlılık düzeyinin $p < 0.05$ bulunmasından dolayı dağılımın normallik göstermediği belirlenmiştir. Bu nedenle ikili grup karşılaştırmalarında non-parametrik testlerden Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis kullanılmıştır. RHIÖ ve RSTTÖ arasındaki ilişkiye bakılırken Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Grup ortalamaları arasında frekans farklılıkları olduğunda, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak amacıyla PostHoc analiz yöntemi olarak Tukey HSD testi kullanılmıştır. Sonuçlar değerlendirilirken anlamlılık düzeyini belirlemek için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (28.05.2015 tarihli ve 86 sayılı) etik kurul onayı ve Aile Sağlığı Merkezleri'nin bağlı olduğu Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (78793774/ 147 / 7279 sayılı) gerekli yazılı izinler alınmıştır (Ek.5, Ek,6).

Araştırma kapsamındaki bireylerin gizlilik haklarının korunması için, anket formlarında kimlik bilgileri ile ilgili herhangi bir maddeye yer verilmemiş; gönüllülük esası gözetilmiştir. Bireylere araştırmanın amacı ve önemi ile ilgili bilgilendirme araştırmacı tarafından sözlü ve yazılı olarak yapılmıştır. Ayrıca araştırmaya dahil olan

gönüllü bireyler araştırmacı tarafından hazırlanan aydınlatılmış onam formunu imzalayarak, araştırmada yer aldığını resmi olarak belirtmiştir. Araştırma süresince bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek ‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması’ ve araştırmaya gönüllü katılmak isteyenlerin alınması ile de ‘Özerkliğe Saygı’ ilkeleri yerine getirilmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca belirtilen ASM’ ler de yapılmış olması ve belirli bir süreyi kapsamaması araştırmanın sınırlılığını yansıtmaktadır.



4. BULGULAR

Bu araştırma, halkın ruhsal hastalığa ve ruhsal hastalığı olanlara yönelik inanç ve tutumlarını belirlemek amacıyla 200 kişi ile yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular, aşağıda verilen başlıklar altında tablolarla gösterilmiştir.

4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Dağılımı

4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RSTTÖ' den Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulgular

4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RHİÖ' den Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulgular

4.4. RSTTÖ Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulgular

4.5. RHİÖ Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulgular

4.6. RHİÖ ve RSTTÖ ile Ölçeklerin Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanlara İlişkin Bulgular

4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Dağılımı

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	105	52.5
Erkek	95	47.5
Yaş Grupları		
18-25	72	36
26-34	41	20.5
35-44	45	22.5
45 yaş ve üzeri	42	21
Medeni Hal		
Evli	91	45.5
Bekar	94	47
Boşanmış/ Dul	15	7.5
Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	8	4
Ortaokul Mezunu	17	8.5
Lise Mezunu	70	35
Üniversite Mezunu	105	52
Ekonomik Durum		
Gelir Gideri Karşılıyor	23	11.5
Orta Düzey	118	59
İyi	54	27
Çok İyi	5	2.5
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	159	79.5
Geniş Aile	26	13
Parçalanmış Aile	15	7.5
Şu an tedavi gördüğü ruhsal hastalığı var mı?		
Evet	10	5
Hayır	190	95
Geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile destek alma/ tedavi görme durumu ?		
Evet	38	19
Hayır	162	81
Aile ya da yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey var mı?		
Evet	61	30.5
Hayır	139	69.5
Ruhsal hastalığı olsaydı bunu aile dışında biriyle paylaşır mıydı?		
Evet	102	51.5
Hayır	97	48.5

Tablo 1’de çalışmaya katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgularının dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre, bireylerin %52.5’inin kadın, %36’sının 18-25 yaş aralığında, %45,5’inin evli ve %79.5’unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %52’sinin üniversite mezunu olduğu ve %59’unun ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bireylerin %95’inin şu an tedavi gördüğü ruhsal bir hastalığının olmadığı, %81’inin geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile destek almadığı/ tedavi görmediği, ayrıca bireylerin %69.5’inin ailesinde ya da yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey olmadığı ve %48.5’inin de ruhsal hastalığı olması durumunda bunu ailesi dışında biriyle paylaşmayacağı belirlenmiştir.



4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RSTTÖ' den Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulgular

Özellikler	n	%	$\bar{x} \pm SD$	Anlamlılık Düzeyi
Cinsiyet				
Kadın	105	52.5	62.28± 5.81	U= 1.03 p>0.05
Erkek	95	47.5	62.38 ± 4.23	
Yaş Grupları				
18-25	72	36	62.37± 5.93	KW= 0.92 p>0.05
26-34	41	20.5	62.25 ±4.84	
35-44	45	22.5	62.42± 4.47	
45 yaş ve üzeri	42	21	62.23± 4.66	
Medeni Hal				
Evli	91	45.5	62.60± 4.29	KW= 0.62 p>0.05
Bekar	94	47	63.32 ± 5.70	
Boşanmış/ Dul	15	7.5	60.73± 5.94	
Eğitim Durumu				
İlkokul Mezunu	8	4	62.75± 3.53	KW=0.90 p>0.05
Ortaokul Mezunu	17	8.5	63.47± 4.19	
Lise Mezunu	70	35	61.71 ± 6.23	
Üniversite Mezunu	105	52	62.33 ± 4.51	
Ekonomik Durum				
Gelir Gideri Karşılıyor	23	11.5	62.04 ± 5.13	KW=0.83 p>0.05
Orta Düzey	118	59	62.25± 5.41	
İyi	54	27	62.62± 4.59	
Çok İyi	5	2.5	63.00± 4.96	
Aile Yapısı				
Çekirdek Aile	159	79.5	62.83± 4	KW= 7.29 p<0.05*
Geniş Aile	26	13	60.76 ± 5.17	
Parçalanmış Aile	15	7.5	59.69± 6.14	
Şu an tedavi gördüğü ruhsal hastalığı var mı?				
Evet	10	5		t= 0.39
Hayır	190	95		p>0.05
Geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile destek alma/ tedavi görme durumu ?				
Evet	38	19		t= 0.98
Hayır	162	81		p>0.05
Aile ya da yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey var mı?				
Evet	61	30.5		t= 0.85
Hayır	139	69.5		p>0.05
Ruhsal hastalığı olsaydı bunu aile dışında biriyle paylaşır mıydı?				
Evet	102	51.5		t= 0.73
Hayır	97	48.5		p>0.05

*p<0.05= istatistiksel olarak anlamlı fark

Çalışmaya katılan bireylerin tanıtıcı özelliklerinin, RSTTÖ' den aldıkları toplam puan dağılımına ilişkin bulguları Tablo 2'de verilmiştir. Verilen bilgiler ışığında, tutum ölçeği ile cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu ve ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Aile yapısı ile tutum ölçeği arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Şu an tedavi görülen ruhsal bir hastalığının varlığı, geçmişte herhangi bir ruhsal hastalıkla karşılaşma, ailede ya da çevrede ruhsal hastalığı olan bir bireyin olması ve ruhsal hastalığın varlığı durumunda bunu aile dışında biriyle paylaşma durumlarının, tutum ölçeği toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RHIÖ' nden Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulgular

Özellikler	n	%	$\bar{x} \pm SD$	Anlamlılık Düzeyi
Cinsiyet				
Kadın	105	52.5	56.31 \pm 16.02	U= 4.76 p>0.05
Erkek	95	47.5	57.76 \pm 18.28	
Yaş Grupları				
18-25	72	36	55.22 \pm 15.49	KW=3.98 p>0.05
26-34	41	20.5	60.36 \pm 16.41	
35-44	45	22.5	54.33 \pm 17.75	
45 yaş ve üzeri	42	21	59.64 \pm 19.28	
Medeni Hal				
Evli	91	45.5	58.94 \pm 18.20	KW= 0.77 p>0.05
Bekar	94	47	56.41 \pm 16.00	
Boşanmış/ Dul	15	7.5	48.93 \pm 15.18	
Eğitim Durumu				
İlkokul Mezunu	8	4	77.87 \pm 10.42	KW=14.05 p<0.05*
Ortaokul Mezunu	17	8.5	57.70 \pm 19.87	
Lise Mezunu	70	35	58.57 \pm 16.73	
Üniversite Mezunu	105	52	54.25 \pm 16.22	
Ekonomik Durum				
Gelir Gideri Karşılıyor	23	11.5	59.04 \pm 19.50	KW=6.90 p>0.05
Orta Düzey	118	59	58.86 \pm 17.64	
İyi	54	27	51.64 \pm 13.64	
Çok İyi	5	2.5	54.25 \pm 16.22	
Aile Yapısı				
Çekirdek Aile	159	79.5	58.26 \pm 16.50	KW=6.04 p<0.05*
Geniş Aile	26	13	54.23 \pm 22.39	
Parçalanmış Aile	15	7.5	48.46 \pm 9.61	
Şu an tedavi gördüğü ruhsal hastalığı var mı?				
Evet	10	5		t=1.44 p>0.05
Hayır	190	95		
Geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile destek alma/ tedavi görme durumu ?				
Evet	38	19		t=3.21 p<0.05*
Hayır	162	81		
Aile ya da yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey var mı?				
Evet	61	30.5		t=0.45 p>0.05
Hayır	139	69.5		
Ruhsal hastalığı olsaydı bunu aile dışında biriyle paylaşır mıydı?				
Evet	102	51.5		t=3.2 p<0.05*
Hayır	97	48.5		

* p<0.05= istatistiksel olarak anlamlı fark

Tablo 3’te yer alan bilgiler doğrultusunda, RHIÖ toplam puanları ile cinsiyet, yaş, medeni hal, ekonomik durum, tedavi gördüğü herhangi bir ruhsal hastalığının varlığı ve aile veya çevrede ruhsal hastalık sebebi ile tedavi görme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Eğitim durumu, aile yapısı, geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile herhangi bir tedavi görme/ destek alma durumu ve ruhsal hastalığı olması durumunda bunu aile dışından biriyle paylaşma durumu ile inanç ölçeği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

4.4. RSTTÖ Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulgular

Alt Ölçekler	Min-Max Puan Aralığı	Alınan Puan Aralığı	$\bar{x} \pm SD$
İyi Niyet	9 – 45	9 - 34	22.37±4.22
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	10 - 50	17- 36	24.59±7.75
Korku/ Dışlanma	2 - 10	2 - 10	6.64±1.84

Yukarıdaki tabloda RSTTÖ’ den alınan toplam puan ile RSTTÖ Alt Ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. Buna göre alt ölçeklerden alınan minimum ve maximum puan aralığı, İyi Niyet Alt Ölçeği’ nden sırasıyla 9-45, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi Alt Ölçeği’ nden 10-50 ve Korku/ Dışlanma Alt Boyutundan 2-10 olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda ise İyi Niyet Alt Ölçeği’ nden alınan minimum ve maximum puanların sırasıyla 9-34, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi’ nden 17-36 ve Korku Dışlanma Alt Ölçeği’ nden ise 2-10 olduğu saptanmıştır. Ölçek toplam puanının alt ölçekler üzerine dağılımı incelendiğinde İyi Niyet Alt Ölçeği’ nin ortalama değeri ve standart sapması \bar{x} 22.37±4.22, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisinin \bar{x} 24.59±7.75 ve Korku/ Dışlanma Alt Ölçeği’ nde ise \bar{x} 6.64±1.84 olarak saptanmıştır.

4.5. RHIÖ Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulgular

Alt Ölçekler	Min- Puan Aralığı	Max Puan Aralığı	Alınan Puan Aralığı	$\bar{x} \pm SD$
Tehlikelilik	0 - 40		1 - 40	24.03±7.83
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	0 - 55		6-55	31.01±10.20
Utanma	0 - 10		2 - 10	5.08±1.99

Tablo 5' te RHIÖ' den alınan toplam puan ile RHIÖ Alt Ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda alt ölçeklerden alınabilecek minimum ve maximum puanlar sırasıyla, Tehlikelilik Alt Ölçeği' nden 0- 40, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği' nden 0- 55 ve Utanma Alt Ölçeği' nden ise 0- 10 olarak belirlenmiştir. Çalışmamız sonuçlarına göre alınan puanlar, Tehlikelilik Alt Ölçeği' nden 1- 40, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkiler Alt Ölçeği' nden 6- 55 ve Utanma Alt Ölçeği' nden ise 2- 10 olarak hesaplanmıştır. Alt Ölçeklerin ortalamaları ve standart sapmaları yapılan analizler sonucunda Tehlikelilik Alt Ölçeği için \bar{x} 24.03±7.83, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkiler Alt Ölçeği için \bar{x} 31.01±10.20 ve Utanma Alt Ölçeği için ise \bar{x} 5.08±1.99 olarak saptanmıştır.

4.6. RHIÖ ve RSTTÖ ile Ölçeklerin Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanlara İlişkin Bulgular

İnanç Ölçeği Alt Boyutları	Tutum Ölçeği Alt Boyutları		Tutum Ölçeği	
	İyi Niyet İdeolojisi	Toplum Ruh Sağlığı	Korku/Dışlanma	Toplam Puanı
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	r=0.20 p=0.78	r=0.13 p=0.06	r=-0.15 p=0.02*	r=0.01 p=0.05
Tehlikelilik	r=-0.17 p=0.81	r=0.06 p=0.39	r=-0.27 p=0.00**	r=0.10 p=0.15
Utanma	r=-0.11 p=0.09	r=0.33 p=0.00**	r=-0.12 p=0.08	r=-0.22 p=0.00**
İnanç Ölçeği Toplam Puanı	r=-0.018 p=0.80	r=0.10 p=0.14	r=-0.19 p=0.00**	r=0.25 p=0.00**

*p<0.05= istatistiksel olarak anlamlı fark

**p<0.001= ileri düzeyde anlamlı fark

Çalışmaya katılan bireylerin, ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği ve ruhsal sorunlu bireye yönelik toplum tutumları ölçekleri ve ölçeklerin alt boyutlarından aldıkları toplam puanlara ilişkin bulgular yukarıda verilmiştir (Tablo 6). RSTTÖ' nün, Korku/ dışlanma ve Tehlikelilik alt boyutları ile RHIÖ' nün toplam puanları arasındaki ilişkinin negatif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($r=-0.19/ r=-0.27$, $p=0.00$), Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde bozulma alt boyutu ile arasındaki ilişkinin ise negatif yönde ve anlamlı ($r=-0.15$, $p=0.02$) olduğu saptanmıştır.

RHIÖ' nün Utanma alt boyutu ile RSTTÖ' nün Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0.33$, $p=0.00$), RSTTÖ' nün toplam puanı ile arasında ters yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=-0.22$, $p=0.00$), RSTTÖ' nün toplam puanı ile RHIÖ' nün toplam puanı arasında ise anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($r=0.25$, $p=0.00$).

5. TARTIŞMA

Çalışma halkın ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen bulgular 4 başlık altında tartışılmıştır. Sırasıyla bu başlıklar;

- ✓ Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Dağılımının İncelenmesi
- ✓ Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RSTTÖ' den Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi
- ✓ Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RHİÖ' den Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi
- ✓ Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçekleri ve Ölçeklerin Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanlara İlişkin Bulguların İncelenmesi

5.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Dağılımının İncelenmesi

Bu bölümde çalışmamıza katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili elde edilen bulguların incelenmesi yapılmıştır. Buna göre çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluk bakımından sosyodemografik özelliklerini incelediğimizde, %52.5'inin kadın, %36'sının 18-25 yaş aralığında olduğu ve %47'sinin bekar olduğu saptanmıştır. Ünal ve ark. (2010)' nın üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını inceledikleri çalışmalarında, katılımcıların %65.3'ünün kadınlardan oluşması, üniversite çağındaki öğrencilerin bulunduğu yaş grubu ve çoğunluğunun medeni halinin bekar olması göz önüne alındığında çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Ayrıca %52'sinin üniversite mezunu, %59'unun ekonomik durumun orta

düzey grubunda olduğu ve %79.5' inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Elçi (2013) hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarını incelediği çalışmasında katılımcıların %37.8' inin yükseköğretim mezunlarından oluştuğunu tespit etmiştir.

Şu an tedavi gördüğü herhangi bir ruhsal hastalığının bulunup bulunmadığı sorusuna %95 oranında 'hayır' cevabı alınmış, %81'inin geçmişte herhangi bir ruhsal hastalık sebebi ile tedavi görmediği, %69.5' inin ailesinde ya da yakınında ruhsal hastalığı olan birinin bulunmadığı, %51.5'inin de ruhsal bir hastalığı olması durumunda bunu aile ya da yakın çevre dışında biriyle paylaşmayacağı bilgileri elde edilmiştir. Aydöner (2009) 'Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Değerlendirilmesi' isimli çalışmasında katılımcıların %94.2' sinin ruhsal hastalığı olmadığını, %81'inin de yakınında ruhsal hastalık olmadığını saptamıştır. Aydöner' in çalışması ile bu bakımdan benzerlik taşıdığı söylenebilir. Çalışmamızda bu sonuçlara bakılarak Ruhsal hastalığın varlığı sorusuna yüksek bir oran olan %95 oranında 'hayır' cevabının alınması ve %51.5' lik bir çoğunluğun ruhsal hastalığının bulunması durumunda bunu yakın çevre dışında biriyle paylaşmayacağını ifade etmesi, bireylerin verdiği cevapların damgalanma endişesiyle gerçeği yansıtmıyor olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

5.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RSTTÖ' den Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet, yaş aralığı, eğitim durumu, medeni hal ve ekonomik durum ile tutum toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu konu hakkında literatürde yer alan bilgiler, inanç ve tutum gelişiminin 30'lu yaşlarda belirginleştiğini ifade etmektedir (Morgan 1991, Tavşancıl 2005). Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun (%36) yaş aralığının 18-25 olduğu göz önünde bulundurulursa bu durum, bireysel inanç ve tutum gelişiminin henüz tamamlanmamış olmasından kaynaklanabileceğini olarak düşündürmektedir. Çalışmanın sonuçlarında yaş, cinsiyet ve medeni durum ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Özbaş ve ark. (2008) Ruhsal bozukluğu olan bireylere sahip ailelerin hastalığa karşı tutumlarını inceledikleri çalışmalarında, yaş, cinsiyet ve medeni durum ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir farkın bulunmadığını belirtmiştir. Çalışmanın bu bakımdan Özbaş ve ark. (2008)' nın çalışmaları ile arasında benzerlik olduğu söylenebilir. Özbaş ve ark. (2008) çalışmalarında ruh hastalığı olan bireylerin ailelerini hedef alırken; çalışmamız ise genel popülasyon üzerinde uygulanmıştır.

Eğitim durumu ile tutum ölçeğinden alınan toplam puan arasında çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Literatürde bu konuda eğitim durumu ile tutum ölçeği arasında anlamlı fark olduğunu saptayan çalışmalar mevcuttur. Savaş ve arkadaşları tarafından (2006)' da Türkiye'nin güneydoğusunda, psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumları ele aldıkları çalışmalarında, yüksek okul mezunu olan bireylerin, diğer bireylere göre psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik hastalığı olanlara yönelik daha olumlu tutum içerisinde olduklarını belirtmişlerdir. Eğitim düzeyi arttıkça psikiyatrik bozukluklara yönelik tutumların daha olumlu hale geldiği görüşünü destekleyen başka çalışmalar da literatürde mevcuttur (Angermeyer & Matschinger, 1996; Tuna A., 1987). Sellick ve Goodear (1985) Ruhsal hastalıklara yönelik halkın tutumlarını incelediği çalışmalarında eğitim düzeyi ile tutum arasında ters orantı olduğunu saptamıştır. Görüldüğü gibi bu konuda literatürde farklı bilgiler yer almaktadır.

Ekonomik durumun çalışmamızda tutum ölçeği toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak etki etmediği belirlenmiştir. Oban ve Küçük (2011), ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenleri inceledikleri çalışmalarında, öğrencilerin ekonomik durumları ile ölçek toplam puanı ve alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarının çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Aile yapısı ile ilgili veriler incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin %79.5' inin çekirdek aile yapısında ve %13'ün geniş aile yapısında olduğu, parçalanmış aile yapısının ise oldukça az bir bölümü oluşturduğu görülmektedir. Aile yapısının

çalışmamızda RSTTÖ toplam puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farkın ise çekirdek aile yapısına sahip bireyler ile parçalanmış aile yapısına sahip bireyler arasında olduğu ve çekirdek aile yapısına sahip bireylerin olumlu tutumunun daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Savaş ve ark. (2006) Türkiye'nin güneydoğusunda (Gaziantep) psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumları inceledikleri çalışmalarında, ailedeki kişi sayısının 5 kişiden az olanların tutumlarının daha olumlu olduğunu belirtmiştir. Aile yapısının ölçek toplam puanını ile istatistiksel olarak fark oluşturması bakımından çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmaya katılan bireyler şu an tedavi gördüğü bir ruhsal hastalığının varlığı sorusuna %95 oranında 'hayır' cevabını vermiştir. Bu madde ile tutum ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir fark saptanmamıştır. Bu durum bireylerin damgalama korkusuna karşın çoğunluğun 'hayır' cevabı vermiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Çünkü ülkemizde bu durum ne yazık ki hala bir tabu olarak geçerliliğini sürdürmektedir. Arslantaş ve ark. (2010)'nın bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışlarını inceledikleri çalışmalarında, 'Akıl hastası olan biriyle evlenir miydiniz?' sorusuna %92.8 oranında 'hayır' cevabı almışlardır. Bu durum ayrıca ruhsal hastalığı olan bireylere karşı önyargının ne düzeyde olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda psikiyatrik özgeçmiş ile tutum ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. Çalışmamız hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının incelendiği Elçi (2013)'nin çalışması ile bu açıdan benzerlik göstermektedir. Aile ya da yakın çevrede ruhsal hastalığı olan bireyin varlığı ile tutum ölçeği arasında çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aile ya da yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey oranı çalışmamızda %30.5 olarak belirlenmiştir. Literatürde bunun farklı örneklerini görmek mümkündür. Özbaş ve ark (2008)'nin İstanbul'da ruhsal bozukluğu olan bireylere sahip ailelerin hastalığa karşı tutumlarını inceledikleri çalışmalarında bu durumun anlamlı bir fark oluşturduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda ruhsal hastalığı olması durumunda bunu aile dışından biriyle paylaşma durumu ile tutum ölçeği arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır. Ruhsal hastalığın varlığında bunu aile dışından biriyle paylaşma durumuna %51.5 oranında 'evet' cevabı verilirken, % 48.5 oranında 'hayır' cevabının verilmesi ve 'hayır' cevabı verenlerin oranının neredeyse %50' ye yakın olması, toplumun bu hastaları başkalarından gizleme, utanılacak bir durum olarak görme eğiliminin olduğunu bunu da tutumlarına olumsuz olarak yansıttıkları düşünülebilir. Tuna (1997), akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırdığı çalışmasında, hastaların rahatsızlığını daha çok aile çevresinin daha az oranda arkadaş çevresinin bildiğini belirlemiştir. Bu bakımdan Tuna' nın (1997) çalışmasının araştırmamızla kısmen benzerlik gösterdiği söylenebilir.

5.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin, RHİÖ' den Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bireylerin, ruhsal hastalık ile geliştirdikleri olumsuz inançları, hastalıkla baş etme becerilerini, tedavi ve bakım almalarını ve yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir (Çam & Bilge 2007). Bu sebeple bireylerin inançlarının belirlenmesi bize bu konular hakkında fikir verebilir.

Çalışmamızda cinsiyet ile inanç toplam ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ünal ve arkadaşları (2010) üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını inceledikleri çalışmalarında benzer sonuca ulaşmışlardır. Literatürde çalışmamızla benzer özellik gösteren, cinsiyet ile ruhsal hastalıklara yönelik tutumun ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Javed ve ark, 2006; Riana ve ark, 2008).

Yaş grupları ve inanç ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu açıdan Yüksel' in (2012), öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşlerini incelediği çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmada eğitim durumu ile inanç ölçeğinden alınan toplam puan arasında anlamlı bir farkın olduğunu göstermektedir ($p<0.05$). Yapılan ileri istatistik sonucunda farkın ilkokul ve üniversite mezunlarından kaynaklandığı, ilkokul mezunu olan bireylerin olumsuz inanç düzeylerinin en yüksek, üniversite mezunlarının ise en düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bu durum beklenen bir sonuç olup eğitim seviyesinin yükselmesi olumsuz inancı azaltmıştır. Literatürde çalışmamızın sonucunu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Elçi (2013), hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik inanç ve tutumları incelediği çalışmasında, eğitim durumu ve ölçek toplam puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulmuştur ($p<0.001$).

Çalışmamızda medeni durum değişkeni ile inanç ölçeği toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, aile yapısı ile inanç toplam puanı arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri istatistiksel analiz sonucu, inanç ve aile yapısı arasındaki farkın çekirdek aile ile parçalanmış ailelerden kaynaklandığı, çekirdek ailelerin olumsuz inanç düzeyinin yüksek, parçalanmış ailelerde ise daha düşük çıktığı saptanmıştır. Literatürde bununla ilgili farklı bulgulara sahip olan çalışmalar mevcuttur. Aydöner (2009), psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirilmesine yönelik yaptığı İstanbul ili çalışmasında, aile tipi ve medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığını saptamıştır ($p>0.05$). Medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmaması bakımından Aydöner' in (2009) çalışmasıyla kısmen benzerlik gösterdiği söylenebilir. Ünal ve ark. (2010), üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını inceledikleri çalışmalarında evli olan öğrencilerin ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğuna daha çok inandığını tespit etmiştir. Ünal ve arkadaşlarının (2011) elde ettiğimiz sonuçlarla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışmamızda da ekonomik durumun RHIÖ ile arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ekonomik durum değişkeninin inanç toplam puanı üzerine etkisi literatürde farklı görüşlerle yer almaktadır. Oban ve Küçük' ün (2011), ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenleri inceledikleri çalışmada, öğrencilerin ekonomik durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiş olup, bu bakımdan Oban ve Küçük' ün (2011) çalışmalarıyla

benzer özellik taşıdığı söylenebilir. Buna karşın Dessoki ve Hifnawy (2009)' in Mısır'daki üniversite öğrencileri arasında ruhsal hastalığa dair inançları incelediği çalışmalarında ise literatürde düşük sosyoekonomik durumun psikiyatrik hastalığa yönelik inancı olumsuz yönde etkilediği bir çalışma olarak yer almaktadır.

Çalışmamızda şu an tedavi gördüğü ruhsal bir hastalığı olması durumuyla inanç ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak bu sonucun çalışmaya katılan bireylerin %95'i tedavi gördüğü herhangi bir ruhsal rahatsızlığı bulunma durumuna 'hayır' yanıtını vermiş olmasından ve tedavi gördüğü ruhsal hastalığı bulunan bireylerin oranının ise çok az olmasından kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanabilir. Literatürde yer alan farklı bir çalışmada ise, Arslantaş ve ark. (2010) bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışlarını inceledikleri çalışmada, polikliniğe başvuran hastaların psikiyatrik hastalıkları, daha iyimser ve kabul edilebilir algıladıklarını belirtmiştir.

Geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile destek alma/ tedavi görme durumunun, inanç ölçeğinin toplam puanıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Benzer olarak Elçi (2013), hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarını incelediği çalışmasında, psikiyatrik özgeçmiş olan hemşirelerin olmayanlara göre inanç ölçeği toplam puanının anlamlı düzeyde düşük olduğunu saptamıştır. Ünal ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum bize literatürde konu ile ilgili farklı sonuçların yer aldığını göstermektedir. Örneklem gruplarının farklı olması, bireylerin içselleştirilmiş damgalama yaşayıp yaşamamaları bu durumu farklı şekilde etkilemiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Yapılan araştırmada bireyler, aile ya da yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan bireylerin olma durumuna %69.5 oranında 'hayır' cevabını vermiş olup inanç ölçeği toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Literatürde bu konu ile ilgili farklı sonuçlar yer almakta olup, çalışmamızı destekleyen sonuçlar da yer almaktadır. Yüksel (2012), öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara

ve hastalara ilişkin görüşlerini incelediği çalışmasında, tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalığı olan ve olmayan öğretim elemanları ile ruhsal hastalık ve hastalara ilişkin görüşleri ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığını saptamıştır. Buna karşın, Dessoki ve Hifnawy (2009) çalışmalarında, kendisinde ve ailesinde psikiyatrik hastalık olduğunu belirten öğrencilerin psikiyatrik hastalığa yönelik inançlarının psikiyatrik hastalık olmayanlara göre daha olumlu olduğu belirtilmektedir. Ayrıca Külüg ve Coşkun (2012) yaptıkları çalışmada, ailede ruhsal hastalığın olmasının, aile üyelerinde utanma yaşamaya sebep olduğu, ruhsal hastalığı olan bireyle iletişime girenlerin ise bu hastaların tehlikeli olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir. Görüldüğü gibi bu konu ile olarak literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Örnekleme oluşturan bireylerin içinde bulunduğu grup, eğitim seviyesi, yaş, cinsiyet gibi pek çok değişkenin bu duruma etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Ruhsal hastalığın olması durumunda bunu aile dışında biriyle paylaşıp paylaşmama durumunun RHİÖ' den alınan toplam puanlar arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Literatürde çalışmamızı destekleyici yönde araştırmalar mevcuttur. Yapılan çalışmalarda, kadın ve erkek bireylerin çare arama davranışlarının etkenleri farklı olsa da yardım aramak için her iki cinsin de en yakın arkadaş ya da yakın akrabayı seçtikleri belirtilmektedir (George ve ark. 1989; Rogler ve Cortes 1993; Bekaroğlu 1995). Tuna (1997), Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerini araştırdığı çalışmasında, hastaların rahatsızlığını kimlerin bildiğine baktığında çoğunlukla aile çevresinin bildiği daha az oranda da arkadaş çevresinin bildiği sonucuna ulaşmıştır. Çalışmamızın bu yönden Tuna' nın (1997) çalışması ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

5.4. RHİÖ ve RSTÖ ile Ölçeklerin Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanlara İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu bölümde çalışmaya katılan bireylerin, ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği ve ruhsal sorunlu bireye yönelik toplum tutumları ölçekleri ve ölçeklerin alt boyutlarından aldıkları toplam puanlara ilişkin bulguların değerlendirilmesi yapılmıştır.

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda, RSTTÖ' nün, Korku/ dışlanma alt boyutu ile RHİÖ' nün toplam puanı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($r=-0.19$, $p=0.00$) ilişki olduğu tespit edilmiştir. Negatif yönde ve ileri düzeyde bir ilişkinin bulunması bakımından Elçi' nin (2013) Hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalığı olanlara yönelik inanç ve tutumlarını incelediği çalışmasıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir ($r=-0.457$, $p=0.000$).

RSTTÖ' nün, Korku/ Dışlanma Alt Boyutu ile RHİÖ' nün Çaresizlik ve kişiler Arası İlişkiler Alt Boyutu arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0.15$, $p=0.02$). Elçi (2013) Hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalığı olanlara yönelik inanç ve tutumlarını inceledikleri çalışmada ileri düzeyde ve negatif ilişki bulunduğu için çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir ($r=-0.523$, $p=0.000$).

RSTTÖ' nün, Korku/ Dışlanma Alt Boyutu ile RHİÖ' nün Tehlikelilik Alt Boyutu arasında negatif yönde ve ileri düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($r=-0.27$, $p=0.00$). Bu durum Elçi' nin (2013) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir ($r=-0.217$, $p=0.000$). Buna karşın Oban ve Küçük (2011) çalışmalarında RHİÖ puanının SMÖ (Sosyal Mesafe Ölçeği) puanı üzerinde etkisinin olduğunu saptamıştır. Değişkenlerin etkilemeye yönelik önem sırasını belirlemek için yaptıkları çoklu regresyon analizinde, sırasıyla tehlikelilik ve utanma alt boyutları olduğunu belirlemiştir. Bizim çalışmamızda ise tehlikelilik alt boyutu diğer alt ölçek boyutları ve ölçek toplam puanları ile ilişkisi bakımından, utanma alt boyutundan daha çok ilişkiye sahip olmadığından, çalışmamızla farklılık gösterdiği söylenebilir.

RSTTÖ' nün Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutu ile, RHİÖ' nün Utanma alt boyutu arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.33$, $p=0.00$). Bu durum Elçi' nin (2013) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir ($r=0.239$, $p=0.000$). Çam ve Bilge (2008), RHİÖ ve RHİÖ alt boyutları ile RSTTÖ' nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeklerin alt boyutları ile arasında pozitif ve negatif yönde korelasyon olduğunu ve diğer ölçeklerle arasında en fazla korelasyon bulunan alt boyutun utanma alt boyutu olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda ölçeklerin toplam

puanları ve alt boyutları arasında pozitif ve negatif yönde korelasyonlar mevcut olsa da, utanma alt boyutu için en fazla korelasyona sahip olan alt boyut diyemeyeceğimiz için Çam ve Bilge'nin çalışmalarıyla paralellik göstermektedir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği' nin toplam puanı ile Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği toplam puanı arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır($r=0.25$, $p=0.00$).

Ruhsal Sorunlu Bireye Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği toplam puanı ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği' nin utanma alt boyutu arasında negatif yönde ve ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir($r=-0.22$, $p=0.00$). Bilge (2006) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması' nda aynı değişkenler arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulmuştur. İlişkinin anlamlı olması açısından Bilge' nin çalışması ile benzerlik gösterirken, ilişkinin yönü bakımından farklılık gösterdiği söylenebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Halkın ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmada;

Çalışmaya katılan bireylerin %52.5' i kadın, %36' sı 18-25 yaş aralığında, %47' si bekar, %52' si üniversite mezunu, %59' un orta düzey ekonomik durumu olan ve %79.5' i çekirdek aile yapısına sahip bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya dahil olan kişilerin, %95' inin şu an herhangi bir ruhsal hastalık ile ilgili tedavi görmediği, %81' inin geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile destek almadığı/ tedavi görmediği, %69.5' inin ailesinde ya da yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey bulunmadığı ve %48.5' inin ruhsal hastalığı olması durumunda bunu aile dışında biriyle paylaşmayacağı belirlenmiştir.

Aile yapısı dışında kalan diğer tanıtıcı özelliklerin RSTTÖ üzerinde istatistiksel olarak herhangi bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. RHİÖ ölçeğinde ise, eğitim durumu, aile yapısı, geçmişte ruhsal hastalık sebebi ile herhangi bir tedavi görme/ destek alma durumu ve ruhsal hastalığı olması durumunda bunu aile dışından biriyle paylaşma durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Belirtilen tanıtıcı özellikler dışında kalan değişkenler RHİÖ ile arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Ölçek toplam puanları ve ölçek alt boyutlarından alınan puanlara ilişkin bulgularda RSTTÖ' nün Korku/ dışlanma ve Tehlikelilik alt boyutları ile RHİÖ' nün toplam puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ve negatif yönde ($p = -0.00$), Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma alt boyutu ile negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ($p = -0.02$) olduğu saptanmıştır. RHİÖ' nün Utanma alt boyutu ile RSTTÖ' nün alt boyutları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde ve anlamlı ($p = 0.00$), RSTTÖ' nün toplam puanı ile arasında negatif yönde ve anlamlı ($p = -0.00$), RSTTÖ' nün toplam puanı ile RHİÖ' nün toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0.00$).

Araştırmanın sonucunda ölçeklerden elde edilen toplam puan ortalamaları göz önünde bulundurulduğunda, ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik inanç ve tutumların olumsuz olduğu belirlenmiştir. Bu bilgiler ışığında halkın olumsuz inanç ve tutumunun düzelmesi için;

- Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik farkındalığın artırılması ve tutum ve inançların olumlu hale getirilmesi için halkın bilgilendirilmesinde, radyo ve televizyon gibi kitle iletişim araçları kullanılarak eğitici programlar düzenlenmesi,
- Ruhsal hastalığı olan bireylere ve ailelerine yönelik psikiyatri uzmanları ve toplum ruh sağlığı hemşireleri önderliğinde destek grupları oluşturulup kendilerini ifade etmelerinin sağlanması,
- Bireylerin inanç ve tutumların ve bunlara etki eden etmenlerin belirlenmesine yönelik çoğunluğu temsil eden daha geniş evren ve örneklem gruplarında çalışmaların yapılması,
- Uzman kişiler tarafından (psikiyatri uzmanı, ruh sağlığı hemşiresi gibi) halka ruhsal hastalık ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sergilenmesi gereken tutum ve davranışlar ile ilgili eğitim verilmesi,
- Özellikle toplumda sözü geçen ve anahtar rol üstlenen (öğretmen, imam, muhtar vb.) kişilerin uzman kişiler tarafından eğitilmesi sağlanarak ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve tutumların azaltılması önerilebilir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

- Akdemir N., Akkuş Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Okulu Dergisi;82-91.
- Al-Krenawi, A. (2005). Socio-political Aspect of Mental Health Practice with Arabs in the Istaeli Context, *Isrj. Psychiatry Relat Sc.* 42(2):126-136
- Allport, G.W. (1967). Attitudes, Readings in Attitudes Theory and Measurement, Ed. Martin Fishbein. New York: John Wiley and Sons. Inc.p:1-14.
- Angermeyer MC., Matschinger H. (1996). Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 93:194-199
- Arkan B., Bademli K., Duran Ç. Z (2011) Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye' de Yapılan Çalışmalar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*,3(2): 214-231
- Arslantaş H., Gültekin B.K., Söylemez A., Dereboy F. (2010). Bir Üniversite hastanesi Psikiyatri Polikliniğine İlk Kez Başvuran Hastaların Damgalamayla İlgili İnanç, Tutum ve Davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1), 11-17.
- Article R (2010). The Fight Aganist Stigma Toward Mental Illnes, *TAF Prev Med Bull*, 9(1): 71-78.
- Aştı N. (1995). Psikiyatrik İmajın Sosyal Travma Boyutu. *Ruhsal Travma* 1995;23.
- Avcıl C., Bulut H., Sayar G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 175-202.
- Aydın, A. (2000). Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi, Alfa Yayınları, İstanbul, s: 29-47
- Aydöner H. (2009). İstanbul İlinde Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Değerlendirilmesi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS)
- Babaoğlu A. (2001). *Psikiyatri Tarihi*. 2. Baskı, İstanbul, Okyanus Yayın.
- Bademli K., Lök N. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama Davranışları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2017; 9(2):136-146

- Bağ, B. (2003). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.
- Bağ B, Ekinci M. (2006). Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (RSTTÖ) Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. (5):63-83.
- Beckerleg S (1994) Medical pluralism and islam in Swahili communities in Kenya. Med Anthropol Q, 8:299-313
- Bekaroğlu M (1995) Çare arama davranışları ve kültür. IV Anadolu Psikiyatri Günleri. Bilimsel Çalışmalar, Konya.
- Bilge A, Çam O. (2002) Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Rehabilitasyon ve Hemşirelik. Sağlık ve Toplum Dergisi, 12(4): 33-37
- Bilge A (2006). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. M. Olcay ÇAM)
- Bilgili M. (1995). Psikiyatrik Olgularda Toplumsal Yargı. Kriz Dergisi, 3(1-2): 175-178
- Bilici R, Sercan M, Tufan E (2013). Psikiyatri Kliniklerinde Yalıtım ve Bağlama Uygulamaları, Düşünen Adam Dergisi, 26: 80-88
- Bostancı N (2005). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar, Düşünen Adam Dergisi, 18(1): 32-38
- Boyd, M. A. (2002). Psychiatric Nursing, 2nd Edition, Philadelphia, Lippincott Williams& Wilkins, p.10-11, 26-27.
- Corrigan P.W., Edwards A.B., Green A., Diwan S.L. et al. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. Schizophrenia Bulletin, 27, 119-125
- Çakır, B. Genetik Epidemiyoloji: Psikiyatrik Araştırmalarda Yeri ve Kullanımı. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(4): 300- 311
- Çam O, Akgün E, Babacan A, Bilge A, Ünal G. (2005). Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:213- 220

- Çam O, Bilge A (2007). Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8: 215- 223
- Çam O, Bilge A (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği' nin Geçerliliği ve Güvenilirliği, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9: 91-96.
- Çam O., Çuhadar D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2011;2(3):136-140
- Çam O., Bilge A. (2013). Türkiye'de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(2), 91-101.
- Çam O., Engin E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Basım, İstanbul, s: 5-7
- Dessoki HH, Hifnawy T.(2009). Beliefs about mental illness among university students in Egypt. Europe's Journal of Psychology ; 1:1-19
- Elçi T. (2013). Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Erbaydar N P, Çilingiroğlu N (2010). Tıp Eğitimi Geleceğın Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte Midir?, Türk Psikiyatri Dergisi, 21(2); 114-125
- Erdemir F. (1998). Hemşirenin rol ve işlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1).
- Eren E, (2001). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Geliştirilmiş 7. Baskı. İstanbul: Beta yayınları, s:180
- Ergül, Ş. (2001). Toplumun Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, s: 34-40
- Eroğlu T, Kılıç H.Ç. (2005). Türk İnançları ve İnanışları, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 49(1): 749-770
- Geçtan E. (1989) Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul, Remzi Kitabevi.
- George LK, Blazer DG, Hughes DC, Fowler N. (1989). Social support and the outcome of major depression. Br J Psychiatry, 154: 478-485.

- Güleç G., Yavuz A., Topbaş M. (2006) Psikiyatri hastalarında tıp dışı çare arama davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9:36-44
- Güleç G., Yenilmez Ç., Ay F. (2011) Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14:131-142.
- Gültekin B.K. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches In Psychiatry*, 2010;2(4)
- Güney M. (2004). Ruhsal Hastalıklarda Stigmatizasyonu Önlemek için Neler Yapılabilir? *Kriz Dergisi*, 12(1): 67-71
- Güney S, Davranış Bilimleri, 4. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2008, 218- 246
- Hirai, M. Clum, G. A. (2000). Development, Reliability, and Validity of The Beliefs Toward Mental İllness Scale, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22 (3) : 221-236.
- Javed Z, Naeem F, Kingdon D, Irfan M, Izhar N, Ayub M. (2006). Attitude of the university students and teachers towards mentally ill in Lahore, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad* ; 18: 55-58
- Karadağ, G., Uçan Ö. (2006). Hemşirelik Eğitimi ve Kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:1, Sayı:3, s: 43-48
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., et al. (2007). The Stigma Scale: Development of a Standardised Measure of The Stigma of Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*, 190:248-254.
- Knipscheer JW, Rolf J (2008) Help-seeking behavior of West African Migrants. *J Community Psychol*, 36:915–928
- Külüg MY, Coşkun S. (2012). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi. II. uluslararası VI. ulusal psikiyatri hemşireliği kongresi, özet cdsi. Erzurum. S: 179-180.
- Malla A., Shaw T. (1987). Attitudes Towards Mental Illness; The Influence of Education and Experience , *Int. J Soc Psychiatry*,33:33-41.
- Moran M (2008). Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastarına ve Hastalıklarına İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.

- Morgan, C. T. (1991). Psikolojiye Giriş, 8. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları Çev: Hüsnü Arıcı, Yayın Sorumlusu: Sirel Karakaş: 363: 376-377
- Naik SK, Pattanayak S, Gupta CS, Pattanayak RD (2012) Help-seeking behaviors among caregivers of schizophrenia and other psychotic patients: a hospital-based study in two geographically and culturally distinct Indian cities. *Indian J Psychol Med*, 34:338-345.
- Oban G, Küçük L (2011). Lise Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik Bilgilendirme Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi, *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*,9;2,35-41.
- Öz, F. Buldukoğlu, K. Çam, O. Ançel, G. Oflaz, F. Eren, N. Demirkıran, F. Bilge, A. (2007). Çalışma Grubu Raporu 1. Psikiyatri Hemşireliği Günleri Ankara
- Özbaş D., Küçük L., Buzlu S. (2008). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları, *Düşünen Adam Dergisi*, 21(1-4): 14-23
- Öztürk O. (2002). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevi, 9. Basım, Ankara, s.109
- Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2004
- Pektaş ve ark (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:43-48.
- Pektaş, İ. Çam, O. (2014). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı Eğitiminin Önemi, 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Kuşadası, İzmir, s: 249-251
- Riana AR, Osman CB, Ainsah O. (2008). Psychiatric morbidity and attitudes towards mental illness among patients attending primary care clinic of Hospital University Kebangsaan Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry*; 17: 30-43.
- Rogler LH, Cortes DH (1993.) Help seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *Am J Psychiatry*, 150: 554-61.
- Russinova Z, Wevioriski NJ, Cash D (2002) Use of alternative health care practices by persons with serious mental illness: perceived benefits. *Am J Public Health*, 92:1600-1603.
- Saillard EK (2010). Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüş ve Önerileri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 14-24.

- Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açıklık CH (2015) Ruhsal hastalıklarda yardım arama: hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 4:32-38.
- Savaş H, Yumru M, Göral L, Özen M. (2006). Türkiye'nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep şehriden bir kesit. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7:140-149
- Saygın N. (2007). Hasta ve Yakınlarının Bakış Açısıyla Psikiyatrik Yatışın Nedenleri. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya (Danışman Prof. Dr. K Buldukoğlu)
- Segal F. L., Coolidge M. S. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study, *Aging & Mental Health* 9(4):363-367
- Sellick K, Goodear J.(1985). Community attitudes toward mental illness: the influence of contact and demographic variables. *Austr N Z J Psychiatry*; 19: 293-298.
- Soygür H. (2000). Damga, Şizofreni ve İnsanın Değeri: Önyargıları Değiştirebilir Miyiz? 36.Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, 107.
- Sökmez T, Yazan B, Üçok G, Ceylan E. (1996). Ortam Tedavisi. Psikiyatri Hemşiresine Pratik Notlar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, s. 2: 83-89.
- Taşkın EO. Türkiye'de Psikiyatri ve Psikiyatriklere Yönelik Tutumlar. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. 1. Baskı, Taşkın EO (ed), İzmir, Meta Basım Matbaacılık 2007: 302-318.
- Tavşancıl, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, 2. Baskı, Ankara.
- Taylor, M.S. Dear, M..J. (1981). Scaling Community Attitudes Toward The Mentally Ill, *Schizophr, Bull.*; 7:225-240.
- Ting HT (1997). A Survey of Psychiatric Nurses in Taiwan: Beliefs About Etiology and Nature of Nurse Interactions With Relatives of People With Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 21: 174-177.
- Topaç E. (2004). Aile Bireylerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutumları. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman Öğr. Üyesi Huriye Vural)
- Towsend, M.C. (2012). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (7th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

- Tuna A. (1997). Akıl Hastalarının Sosyal Red Durumunun Hasta Ailesi Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Üçok A. (2003). ‘Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?’, Klinik Psikiyatri 6(Ek 1):3-8
- Ünal S., Hisar F., Çelik B., Özgüven Z. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23: 145-150
- Worley, N. K. (1998). Community Psychiatric Nursing Care, Principles and Practise of Psychiatric Nursing, Ed: Stuart G W, Laraia M T Sixth Ed., By Mosby. Printed in the United States of America, p: 716-729
- Yüksel N. (2012). Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara İlişkin Görüşleri, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin
- Ziyalar, A. (1999). Sosyal Psikiyatri, 2. Baskı, Yüce Yayım, İstanbul, s:38.

EKLER**EK 1. ÖZGEÇMİŞ****EK 2. TANITICI BİLGİ FORMU****EK.3. ANKET FORMU (ÖLÇEK SORULARI)****EK.4. AYDINLATICI ONAM FORMU****EK.5. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL
ARAŞTIRMALAR ve YAYIN ETİĞİ KURULU DEĞERLENDİRME FORMU****EK.6. KURUM İZİNİ****EK.7.TEZ SAVUNMA TUTANAĞI**

EK.1. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Başak BAŞTOSUN

Doğum Yeri/ Tarih : Çankaya / 02.09.1991

Halen Görevi : Hemşire

Mail : bbastosun@hotmail.com

Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	MSKÜ	2009-2013
Y. Lisans	Psikiyatri Hemşireliği	MSKÜ Sağlık	2014-2019

Bilimleri Enstitüsü

EK 2. TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket soruları halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarını belirlemek üzere oluşturulmuştur. İlk bölümde halkın temel özellikleri üzerinde durulmuş ve ikinci bölümde de ‘inanç’ ve ‘tutum’ ölçeklerine yer verilmiştir

Araştırmamız bilimsel bir çalışma olup vereceğiniz cevaplar araştırmamızın geçerliliğini etkileyecektir. Anket formlarında yer alan sorularda kimliğinizi belirleyici (ad, soy ad, adres.. gibi) herhangi bir madde bulunmamaktadır. Lütfen soruları cevaplandırırken cevapların kendini görüşlerinizi yansıtmamasına dikkat ediniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz. (Lütfen işaretlemeyi kutucuğun içini dolduracak şekilde ‘X’ sembolü ile yapınız.)

Araştırmamızda yer aldığınız için teşekkür ederiz.

1. **Cinsiyet:** K E
2. **Yaş Aralığımız:** 18-25 26-34 35-44 45 ve üstü
3. **Medeni Haliniz:** Evli Bekar Boşanmış/ Dul
4. **Eğitim Durumunuz:**
 İlkokul Mezunu Ortaokul Mezunu Lise Mezunu
Üniversite ve üzeri
5. **Ekonomik Durumunuz:**
 Gelir Gideri Karşılıyor Orta Düzeyde İyi
Çok İyi
6. **Aile Yapınız:** Çekirdek Aile Geniş Aile Parçalanmış/ Dağılmış
Aile
7. **Şu An Tedavi Gördüğünüz bir Ruhsal Hastalığınız Var mı?**
 Evet Hayır
8. **Geçmişte Ruhsal Hastalık Sebebi ile Tedavi Gördünüz Mü/ Herhangi bir destek Aldınız Mı?** Evet Hayır
9. **Ailenizde Ya da Yakın Çevrenizde Ruhsal Hastalığı Olan Birey/ Bireyler Var Mı?** Evet Hayır
10. **Ruhsal Hastalığınız Olsaydı Bunu Aileniz Dışında Biriyle Paylaşırdınız mı?**
 Evet Hayır

EK.3. ANKET FORMU (ÖLÇEK SORULARI)

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ- RHİÖ (BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE -BMI)

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

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



Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						

4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

RUHSAL SORUNLARI OLAN BİREYLERE YÖNELİK TOPLUM TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (RSTTÖ)

Aşağıda ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumlarını ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Her bir madde ruhsal sorunlu bireylere yönelik tutumları anlatmaktadır. Bu maddelerde tutumun derecesini belirleyen beş seçenek vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun rakamı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1.Tamamen katılıyorum	2.Katılıyorum	3.Kararsızım	4.Katılmıyorum	5.Kesinlikle katılmıyorum
-----------------------	---------------	--------------	----------------	---------------------------

1 2 3 4 5

Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği	1	2	3	4	5
1.Birisi, bir ruh hastalığı belirtisi gösterdiğinde hemen hastaneye yatırılmalıdır.					
2.Sağlığa ayrılan bütçeden ruh hastalıklarının tedavisine daha fazla kaynak ayrılmalıdır.					
3.Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birçoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır.					
4.Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum için bir yüküdür.					
5.Bir semte ruh sağlığı hizmetleri veren bir kurumun açılması o semtin değerini azaltır.					
6.Ruhsal bozuklukları olan bireyler uzun zamandan beri alay konusu olmaktadır.					
7.Ruh sağlığı hizmetleri bugünkünden daha çok topluma yönelmelidir.					
8.Halkı ruhsal bozuklukları olan bireylerden koruma daha az gündemde tutulmalıdır.					
9.Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan harcamalardaki artış, vergilerin boşa gitmesi anlamına gelir.					

10. Ruhsal bozuklukları olan hastaların diğer insanlarla birlikte aynı semtte yaşaması tedavileri için iyi olabilir. Ama orada yaşayanlar için büyük bir risk vardır.					
11. Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutuma ihtiyaç vardır.					
12. Bir semtte yaşayanlar, gereksinimlerini karşılamak için o semtte ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesini kabul etmelidirler.					
13. Ruhsal bozuklukları olan bireylere verilen hizmet yeterlidir.					
14. İnsanların, semtlerinde ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılmasına karşı direnmelerinde haklı nedenleri vardır.					
15. Bir semtte ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılması orada yaşayan insanlar için herhangi bir tehlike içermez.					
16. Ruhsal bozuklukları olan bireyler sempatimize layık değildirler.					
17. Ruh sağlığı kurumları yerleşim yerlerinden uzak tutulmalıdır.					
18. Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakım sağlamakla yükümlüüz.					
19. Oturdukları semtte ruh sağlığı hizmeti almak için gelmiş olan insanlardan semt sakinlerinin hiçbir şekilde korkmasına gerek yoktur.					
20. Ruhsal bozuklukları olan bir bireyden sakınmak en iyi yapılması gereken şeydir.					
21. Bir yerleşim bölgesinde ruhsal bozuklukları olan bireylerin yaşamakta olduğunu düşünmek ürkütücüdür.					

EK.4. AYDINLATICI ONAM FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben "Ruhsal Hastalığa Ve Hastalara Yönelik Halkın İnanç Ve Tutumlarının Belirlenmesi (Muğla İli Örneği)" başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

2. Bu çalışmayı yürüten ‘ Başak BAŞTOSUN’ çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.

3. Araştırmacı Başak BAŞTOSUN' a çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.

4. Araştırmacı Başak BAŞTOSUN' a bilgilerin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum.

5. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, araştırmacı Başak BAŞTOSUN ile tam bir uyum içinde çalışacağıma ve konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu arayacağımı kabul ediyorum.

6. Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanabileceğini kabul ediyorum.

7. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

Katılımcının

Araştırmacının

Adı ve Soyadı:

Adı ve Soyadı: Başak BAŞTOSUN

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

EK.5


**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
VE YAYIN ETİĞİ KURULU DEĞERLENDİRME FORMU**

SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU	
Protokol No: 91	Karar No: 86
Araştırmanın Yürütücüsü	MSKÜ Muğla Sağlık Yüksekokulu Doç.Dr.Nezihe UĞURLU
Araştırmanın Başlığı:	Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik Halkın İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi (Muğla İli Örneği)
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih:	27.05.2015
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih:	28.05.2015
Karar Tarihi:	28.05.2015

SONUÇ


1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir.
3.	<input type="checkbox"/> Red.


Prof. Dr. Nazan TUĞAY


Prof. Dr. Yasemin BALCI
(Başkan)


Prof. Dr. Erşan KARABABA


Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK


Prof. Dr. Nilgün TURHAN

EK-6



T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı :78793774/ 147/7279
Konu: Araştırma İzin Talebi

07/07/2015

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 28.05.2015 tarih 148/61 sayılı yazınız.

İlgili yazı ekinde Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi 2014-2015 Eğitim- Öğretim yılı Güz ve Bahar Yarıyılı Ders müfredatında yer alan HEM 5000 Tez çalışması- Konu- İzin Belirleme Formu Bitirme isimli bilimsel çalışma izin talebi gönderilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Çalışmaların başvuruda bulunan araştırmacılar tarafından bire bir yapılması, aile sağlığı merkezi çalışanlarının iş yükünü arttırmadan yürütülmesi, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşılmaması, yapılacak çalışmada aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenirliliğine zarar verilmemesi, aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir. Yüksek Lisans öğrencisi Başak BAŞTOSUN 1 Nolu' ASM, 2 No'lu ASM, 3 Nolu ASM, 4 Nolu Köteklid ASM, 5 Nolu TOKİ ASMLer'de yapacak olduğu " Ruhsal Hastalığa ve Hatalara Yönelik Halkın inanç ve tutumlarının belirlenmesi" tez çalışması talebi UYGUN bulunmuştur.

Çalışmalar tamamlandığında sonuçlarını içeren rapor örneklerinin Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna iletilmek üzere Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerekmektedir.

Gereğini arz ederim.

Uzm.Dr.Mustafa Nuri CEYHAN
Halk Sağlığı Müdürü

Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü
Toplum Sağlığı Hizmetleri Subesi
Telefon: (0252) 214 11 05-1117. Belge Geçer: (0252) 214 75 65

Ayrıntılı Bilgi İçin: S.YENİÇERİ
Elektronik Posta: hsm48.tsh@saglik.gov.tr