

**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ**  
**GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**Doktora Tezi**  
**Ayşegül BİLGE**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. M. Olcay ÇAM**

**İZMİR**

**2006**



**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ**  
**GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

**Hemşirelik Programı**

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi**

**Ayşegül BİLGE**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. M. Olcay ÇAM**

**İZMİR**

**2006**

## DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

**Başkan: Doç.Dr. M.Olcay Çam** .....

**(Danışman)**

**Üye: Prof.Dr. Ayla Bayık Temel** .....

**Üye: Prof. Dr. Besti Üstün** .....

**Üye: Yrd.Doç.Dr. Gönül Özgür** .....

**Üye: Yrd.Doç.Dr. Ayça Gürkan** .....

**Doktora Tezinin Kabul Edildiği Tarih:.....**



## ÖNSÖZ

Doktora tezimin hazırlanmasında desteğini ve rehberliğini aldığım değerli danışmanın Sayın Doç.Dr. M.Olcay ÇAM'a,

Yardımlarını gördüğüm Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üye ve Elemanlarına,

Çalışmayı uygulama olanağı bulduğum Ş.Erdil Merkez Sağlık Ocağı, Evka-4 Sağlık Ocağı ve Işıkkent Sağlık Ocağı yöneticilerine ve çalışanlarına,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve görüşlerini paylaşan tüm bireylere,

Bilimin ışığında gitmeyi öğreten ilk öğretmenim değerli babama, doktora eğitimimin her aşamasını birlikte yaşadığım sevgili eşime ve doğru yolda olduğumu varlığıyla hissettiren, varlığıyla var olduğum biricik oğluma teşekkür ederim.

**Ayşegül BİLGE**

**İZMİR, Aralık 2006**

## İÇİNDEKİLER

	<b><u>Sayfa No</u></b>
ÖNSÖZ .....	I
İÇİNDEKİLER .....	II
TABLOLAR DİZİNİ .....	VIII
GRAFİKLER DİZİNİ .....	XI

### BÖLÜM I

<b>GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem) .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	4
1.3. Hipotezler .....	4
1.4. Araştırmanın Önemi .....	5
1.5. Sınırlılıklar .....	6
1.6. Tanımlar .....	6
<b>1.7. GENEL BİLGİLER</b> .....	7
1.7.1. Ruhsal Hastalık.....	7
1.7.2. Kültür .....	8
1.7.3. Tutum.....	9
1.7.4. İnanç.....	11
1.7.4.1. Tutum ve İnanç İlişkisi.....	14

	<u>Sayfa</u> <u>No</u>
1.7.4.3. İnançların Değişmesi.....	15
1.7.5. Ruhsal Hastalığı Yönelik İnançlar .....	16
1.7.5.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarla İlgili Türkiye’de Gerçekleştirilen Araştırmalar.....	17
1.7.5.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarla İlgili Diğer Ülkelerde Gerçekleştirilen Araştırmalar.....	19
1.7.5.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Psikiyatri Hemşireliği .....	26
<b>BÖLÜM II</b>	
<b>GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>28</b>
2.1. Araştırmanın Tipi .....	28
2.2. Kullanılan Gereçler .....	28
2.2.1. Tanıtıcı Bilgi Formu .....	28
2.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği- (Beliefs Toward Mental Illness Scale).....	29
2.2.3. Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ).....	30
2.3. Kullanılan Yöntemler .....	32
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	32
2.5. Araştırmanın Evreni .....	33
2.6. Araştırmanın Örnekleme .....	33
2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	42
2.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	43



	<b><u>Sayfa</u></b>
	<b><u>No</u></b>
2.8.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi / Dil Uyarlaması.....	43
2.8.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi (Geçerlilik –Güvenirlilik).....	44
2.9. Süre ve Olanaklar .....	47
2.10.Etik Açıklamalar.....	47
<b>BÖLÜM III</b>	
<b>BULGULAR</b> .....	49
3.1.Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ve Ruhsal Hastalığa Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulguları .....	49
3.1.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	50
3.1.2. Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik Görüşleri.....	52
3.2. Ölçeğin Geçerlilik Güvenirlilik Çalışmaları.....	53
3.2.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerlilik Analizleri.....	53
3.2.1.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi.....	54
3.2.1.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Yapı/Kavram Geçerliliğinin Değerlendirilmesi.....	56
3.2.1.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Uygulama/Ölçüt Bağımlı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi.....	61
3.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Güvenirlilik Analizleri.....	63
3.2.2.1.Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizleri.....	63
3.2.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Devamlılık/ Süreklilik/ Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi.....	75

**BÖLÜM IV**

<b>TARTIŞMA</b> .....	78
4.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Sonuçlarının Değerlendirilmesi .....	78
4.1.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerlilik Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	79
4.1.1.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliliğinin İncelenmesi.....	79
4.1.1.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Yapı Geçerliliğinin İncelenmesi.....	83
4.1.1.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Uygulama/Ölçüt Bağımlı Geçerliliğinin İncelenmesi.....	87
4.1.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Güvenirlik Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	89
4.1.2.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizlerinin İncelenmesi.....	89
4.1.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Devamlılık/ Süreklilik/ Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi.....	94

**BÖLÜM V**

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>96</b>
5.1. Sonuç.....	96
5.2. Öneriler .....	98

**BÖLÜM VI**

<b>ÖZET VE ABSTRACT.....</b>	<b>100</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>100</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>102</b>

**BÖLÜM VII**

<b>YARARLANILAN KAYNAKLAR .....</b>	<b>104</b>
-------------------------------------	------------

<b>EKLER</b>		<b><u>Sayfa</u></b>
		<b><u>No</u></b>
EK I	Tanıtıcı Bilgi Formu.....	117
EK II	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale -RHİÖ).....	119
EK III	Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ).....	122
EK IV	Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMI).....	125
EK V	Başvurulan Uzman Listesi .....	127
EK VI	Mıçıyo Hıralı'den Alınan İzin Belgesi.....	128
EK VII	Beyhan Bağ'dan Alınan İzin Yazısı.....	129
EK VIII	Etik Kurul Kararı .....	130
EK X	Görüşme Yapılan Bölgelerdeki Sokak, Blok ve Cadde Listesi.....	133
	<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	134

*TABLolar DİZİNİ*

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
1- Bornova Bölgesinde Yaşayan 25-64 Yaş Nüfusta, En Az İlkokul Mezunu Olan Nüfusun, Bağlı Oldukları Sağlık Ocaklarına ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	36
2- Bornova Bölgesi Sağlık Ocaklarının Sosyoekonomik Yapıya Göre Gruplandırılması.....	37
3- Bornova Bölgesi Sağlık Ocaklarının Sosyoekonomik Yapılarına Göre Örneğe Girecek Birey Sayısı.....	38
4- Ş. Ergil Merkez Sağlık Ocağı Nüfusunun, 25-64 Yaşa ve Cinsiyete Göre Tabakalanması ve Örneğe Girecek Birey Sayısı.....	39
5- Evka- 4 Sağlık Ocağı Nüfusunun, 25-64 Yaşa ve Cinsiyete Göre Tabakalanması ve Örneğe Girecek Birey Sayısı.....	40
6- Işıkkent Sağlık Ocağı Nüfusunun, 25-64 Yaşa ve Cinsiyete Göre Tabakalanması ve Örneğe Girecek Birey Sayısı.....	41
7- Sağlık Ocaklarında Ölçeğin Uygulanma Sürecinde Ulaşılan Birey Sayısı ...	42

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b><u>No</u></b>	<b><u>No</u></b>
8- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerlilik Yöntemleri ve Yapılan İstatistikler.....	45
9- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Güvenirlik Yöntemleri ve Yapılan İstatistikler.....	46
10- Tezin Zamana Göre Dağılımı.....	48
11- Bireylerin Bağlı Bulunduğu Sağlık Ocağı, Cinsiyet Durumu, Yetiştigi Sosyal Çevre ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımları.....	50
12- Bireylerin Medeni Durumları, Çocuk Sahibi Olma Durumları ve Aile Yapıları, Çalışma Durumları ve Gelir Durumlarına Göre Dağılımları.....	51
13- Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik Görüşlerinin Dağılımları.....	52
14- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği' Uzman Görüşü Ortalamalarının Dağılımı.....	55
15- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Kendall's W <sup>a</sup> Test Sonuçları..	56
16- Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling (KMO), Bartlett's Test Sphericity ve Power Analizi Sonuçları .....	57
17- Maddelerin ve Faktörlerin Toplam Varyans Açıklama Oranları.....	58
18- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Faktör Analizi.....	60
19- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	62
20- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Madde Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı	64

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b><u>No</u></b>	<b><u>No</u></b>
22- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyonları.....	66
23- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Madde Ortalamaları Analizi ..	67
24- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri.....	67
25- Çaresizlik ve Kişiler arası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutunu Oluşturan Maddelerin Dağılımı.....	68
26- Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutunun Madde Ortalamaları Analizi.....	69
27- Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutunun Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri.....	69
28- Tehlikeli Alt Boyutunu Oluşturan Maddelerin Dağılımı.....	70
29- Tehlikeli Alt Boyutunun Madde Ortalamalarının Analizi.....	70
30- Tehlikeli Alt Boyutunun Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri.....	71
31- Utanma Alt Boyutunu Oluşturan Maddelerin Dağılımı.....	71
32- Utanma Alt Boyutunun Madde Ortalamalarının Analizi.....	72
33- Utanma Alt Boyutunun Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri.....	72

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b><u>No</u></b>	<b><u>No</u></b>
34- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayıları.....	73
35- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı, Ortalama, Varyans, Standart Sapma Değerleri.....	74
36- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Kendisi ve Alt Ölçeklerinin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları.....	76
37- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Yöntemleri ve Yapılan İstatistiklerin Sonuçları.....	77

*GRAFİKLER DİZİNİ*

<b><u>Grafik</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b><u>No</u></b>	<b><u>No</u></b>
1- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Faktör Yükleri.....	59
2- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Puan Dağılımları.....	75
3- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezliği..	76



*“Birincil soru, ne bildiğimiz değil, onu nasıl bildiğimizdir”*

*TALESİ*

## **BÖLÜM I**

### **GİRİŞ**

#### **1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU (PROBLEM)**

Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö), 1978 Alma-Ata toplantısında sağlığı “Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlayarak, sağlık kavramı içinde, ruh sağlığına gereken önemin verilmesini sağlayan, bütüncül bir yaklaşım getirmiştir (74). Bu süreç içerisinde gelişmeleri teorik ve uygulamaya dönük hızlandırmak adına “2000 yılında herkes için sağlık Avrupa Bölgesi Hedefleri (38 hedef)” belirlenmiş, bu bağlamda ruh sağlığını ilgilendiren hedefler de saptanmıştır (83). Bu gelişmelerin doğrultusunda D.S.Ö. tarafından “7 Nisan 2001 Dünya Sağlık Günü”, “Ruh Sağlığı Günü“ olarak kabul edilerek, üye ülkeler tarafından “7 Nisan 2001 Dünya Ruh Sağlığı Günü“ olarak kutlanmıştır (88). Böylece Türkiye’de, ruh sağlığına yönelik toplumun bakış açısını belirleyen epidemiyolojik çalışmalar önem kazanmış, epidemiyolojik araştırmalar sonucunda saptanan veri tabanları sayesinde, bireylerin ruhsal gereksinimlerine yönelik toplum müdahale çalışmalarının gerekliliği ortaya çıkmıştır (88).

Bireylerin ruh sağlığına yönelik gereksinimleri bazı değişkenlerden etkilenmektedir. Bu değişkenlerin büyük bir çoğunluğunu kapsayan yapı ise bireyin kültürel yapısıdır. Fişek (1986) tarafından aktarıldığı üzere; Taylor’a göre kültür, bireyin yaşadığı toplumdan elde ettiği bilgi, inanç, sanat, ahlak, kanun, kurallar,

gelenekler, alışkanlıklar ve yeteneklerin oluşturduğu karmaşıklığın tümüdür. Kültür bireyin herhangi bir konudaki görüşünün belirlenmesinde aracı görevi görür. Çünkü bakış açıları kültürel (sosyal alan) ve psikolojik (bireysel alan) bir süreç sonucunda gelişir. Bu alanlarla etkileşim içerisinde olan değişkenler; bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal değişkenlerdir. Bilişsel olarak kültürde yer alan kavramlar ve tanımlar, psikolojik alana inanç ve bilgi olarak yansır. Duygusal olarak kültürün norm ve değerleri, kişideki tutumlar olarak ortaya çıkar. Diğer yandan toplumun uygulama ve adetlerinin kişideki yansımaları, davranışlardır. Sosyal kurallar ve kurumlar ise bireysel alanda kişilerarası ilişkileri içerir (17, 65, 67).

Özetle bilgi inancı, inanç tutumları, tutumlar ise davranışları geliştirir. Kültürel alanda yer alan kavram, değer ve adetlerin psikoloji alanına inanç, tutum ve davranış olarak yansması her alanla ilgili davranışları etkilediği gibi doğrudan doğruya sağlıkla ilgili davranışları da etkileyebilmektedir (17, 65, 67). Bu nedenle sağlık ekip üyeleri, özellikle mesleki içeriği bakım olduğu için bireylerle daha çok beraber olan hemşireler, sağlık ve hastalık ile ilgili hem kendi inançlarının, hem de hizmet sunduğu toplumun inançlarının farkında olarak hizmet verebilmelidir.

Bireylerin ve toplumların sağlığının korunması, kendiliğinden gerçekleşmez. Sağlığı korumaya ve yükseltmeye yönelik çalışmalardan ve olanaklardan en uygun biçimde nasıl yararlanılacağına bilinmesi ve bilinenlerin de olumlu davranış ve alışkanlıklar halinde, birey ve toplum yaşantısında yer alması gerekmektedir. Bu ancak kültürün uzantısı olan, bireylerin sağlık ve hastalık ile ilgili inançlarını saptayarak sağlanabilir (2, 89, 96, 97).

Bir tutum, bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenden oluşur. Üç bileşenin tamamı tutumu oluşturuyor olmasının yanında, bir konu hakkında bireyin ilk yaşadığı ve tutumun temelini oluşturduğu, zihinsel süreçlerin başladığı bileşen

bilişsel bileşendir. Bilişsel bileşen tutumun nesnesi hakkındaki inançlarından oluşur. İnanç bir ifadenin kabul edilmesidir. Eğer bir şeye ilişkin olumsuz bir inanç varsa, o şey hakkında olumsuz bir tutum da olacaktır (65).

Dünyanın bir çok yerinde, ruhsal hastalıkların tedavisi, ruhsal hastalık ile ilgisi olmayan ve yetkisi bulunmayan bireyler tarafından gerçekleştirilir. Rahipler, hocalar, kocakarılar, büyücüler, daha önce aynı hastalığı geçirmiş olanlar, kulaktan bilgi sahibi olan hısım ve akrabalar, arkadaşlar komşular bu konuda hekim ve sağlık personelinin önünde gelirler. Türkiye’de ve diğer ülkelerde insanlar, ruhsal hastalıkların şeytani ruhlar, düşman ruhlar, zorla insanın kafasına sokulmuş düşünceler, sihir, büyü, nazar gibi durumlardan kaynaklandığına inanmaktadırlar. Bu nedenle her hasta hastalığını saklamak gayreti içerisindedir (121).

Hastalığın farklı boyutları ile doğru tanınması, tedavide doğru adresin bulunması için şarttır. Örneğin, hasta ve içinde bulunduğu çevre şizofreniyi Allah’ın verdiği bir dert ve ceza olarak görüyorsa ya da cinlere bağlıyorsa, hasta doktora gelmeyecek ya da getirilmeyecek, folklorik-geleneksel yöntemler tercih edilebilecektir. Diğer yandan hastaların saldırgan oldukları ve etraflarına zarar verebilecekleri yaygın olarak düşünülüyor ise olasılıkla toplumdan tecrit edilmiş bir yaşam süreceklerdir. Dolayısıyla tedavi için gelinen adres doğru olsa bile, hastanın içinde bulunduğu toplumun hastalığa bakış açısı ve tutumları doğrudan tedaviye yanıtı ve prognozu etkileyecektir (86). Bu nedenle bireylerin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançları varolan hastalıkların kronikleşmesine de neden olabilmektedir.

Toplumun ruhsal hastalığa yönelik bilişsel durumlarını kapsayan inançlarını ölçen bir aracın kültüre uyarlanması ve ruhsal hastalığa yönelik inanç profilinin belirlenmesi için kullanılması ile ruhsal hastalığa yönelik erken tanı, tedavi ve bakım süreçlerinin hızlandıracağı düşünülmektedir. Bu bağlamda toplum ruh sağlığı hizmeti

veren hemşireler ve diğer ekip yeleri, ruhsal hastalığa yönelik toplumun inançlarını belirleyerek, toplum ruh sağlığının korunmasını ve sürdürülmesini sağlayabileceklerdir.

## **1.2. ARAşTIRMANIN AMACI**

Türkiye’de, ruh sağlığı hizmetleri tedavi ağırlıklı olarak yürütülmektedir. Bu nedenle toplum ruh sağlığı hizmetlerine gereken önem verilememektedir. Oysa toplumsal yapıda meydana gelen hızlı değişimler, ruh sağlığını önemli lde etkileyebilmektedir. Ruhsal sorun ve bozukluklar, yaygınlıkları, kronikleşme eğilimleri ve taşıdıkları tedavi güçlükleri ile bir toplum sağlığı sorunu konumundadır. Bu sorunlara doğru yaklaşım; insanı çevresiyle bir bütün olarak değerlendirerek, ruhsal hastalıkların toplumsal yanını, kültürünü bununla bağlantılı olarak inançlarını saptayarak gerçekleşir (33, 48, 81). Psikiyatrinin modern dünyanın sosyal kontrolü olduğu düşünüldüğünde, toplumun bu alana yönelik inanç ve davranış profilini belirlemek önemlidir (99).

Bu düşüncelerden yola çıkılarak araştırmanın amacı; toplumun, ruhsal hastalığa yönelik inançlarını ölçen ‘‘Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar leği’nin’’ Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliğini belirlemektir.

## **1.3. HİPOTEZ**

H<sub>1</sub>: ‘‘Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar leği’’ Türk toplumu için geçerliliği düşük bir araçtır.

H<sub>2</sub>: ‘‘Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar leği’’ Türk toplumu için geçerliliği yüksek bir araçtır.

H<sub>3</sub>:“Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” Türk toplumu için güvenilirliği düşük bir araçtır.

H<sub>4</sub>:“Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” Türk toplumu için güvenilirliği yüksek bir araçtır.

#### **1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Ruhsal hastalığa yönelik toplumsal inançlar, 1940’ların son yıllarından bu yana çalışmalara konu olmuştur. Bu çalışmalar sonucunda ruhsal sorunlu bireylere karşı toplumun aynı anda hem olumlu, hem de olumsuz bir inanca sahip olduğuna yönelik farklı bulgular ortaya çıkmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda sağlık personelinin de olumlu ve olumsuz inanç ve tutum gösterdiği belirlenmiştir (16, 64, 108).

Toplumda yaşayan bireylerin, ruhsal hastalığa yönelik geliştirdiği olumsuz inançları, ruhsal sorunlu bireylerin toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi engeller oluşturarak, topluma uyumunu sınırlayabilmektedir. Diğer yandan hastaların hastalıkla baş etmelerini, tedavi ve bakımını sürdürmelerini ve yaşam kalitelerini de engelleyebilmektedir. Oysa psikiyatrik rehabilitasyon, bireylerin toplumda üretkenliklerini sürdürebilmesi ve yaşam kalitelerini geliştirebilmesidir (22).

Toplum ruh sağlığı hemşireleri, ruhsal hastalığa yönelik toplumun geliştirdiği olumsuz inancı önleme konusunda pek çok role sahiptir. Literatür taramasında Türkiye’de toplumun ruhsal hastalığa yönelik inançları çoğunlukla tutum ölçekleri ile belirlenmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda ruhsal hastalığa yönelik toplumun inançlarını ölçen araç geliştirmek önemlidir. Sonuç olarak; toplum ruh sağlığı hemşireleri tarafından, toplumun ruh sağlığı ve hastalıklarına yönelik inançlarının belirlenmesiyle, toplumun bu konudaki önyargılarının ve uygun olmayan

inançlarının saptanması, bunun dolaylı bir sonucu olarak da bireylerin ruh sağlığı konusunda desteklenmesi açısından bu araştırma önemlidir.

### **1.5. SINIRLILIKLAR**

Araştırmada, Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarına kayıtlı nüfustaki, 25-64 yaş aralığında olan bireylerle çalışılması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu bağlamda genç ve yaşlı bireylerin görüşleri alınmamıştır. Araştırmaya 25-64 yaş aralığındaki bireylerin alınma nedeni; inançların belirlenme yaşının yirmili yaşlar olması ve değişmezliğinin ise erişkinliğe rastlamasıdır (65, 103). Dünya Sağlık Örgütüne göre erişkinlik yaşı, 25-64 yaş aralığı olarak kabul edilmektedir (115).

### **1.6.TANIMLAR**

**İNANÇ:** İnanç; belirli bir konudaki düşüncenin ileri düzeyde kabul görmesiyle son derece sabitleşmiş, yerleşmiş genel kanılardır. İnançlar, gerek ilkel toplumlarda gerek gelişmiş kültürlerde çok önemli bir yer tutmaktadır. Bunlar yazılı olmayan kanunlar niteliğinde olup, milyonlarca sene insanların yaşama düzenini kararlaştırmış ve kişiler arası ilişkilerini düzenlemiştir (122).

**RUHSAL HASTALIK:** Ruhsal hastalık; bireyin genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlik göstermesi ile karakterize bozukluktur (79).

## 1.7. GENEL BİLGİLER

### 1.7. 1. RUHSAL HASTALIK

Ruhsal hastalık; bireyin genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlik göstermesi ile karakterize bozukluklar olarak açıklanmaktadır. Bu özellikleri taşıyan duygu, düşünce ve davranışların ruhsal hastalık olup olmaması, bunların şiddeti, süresi, ortaya çıktığı çevre, toplum, kültür, kişilik gelişimi, kişinin olanak ve yetenekleri, gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmaması gibi birçok değişkene göre değerlendirilir (79).

Ülkemizde ruhsal hastalıkların yaygınlığı incelendiğinde, ruhsal hastalık prevalansının %18-31 arasında değiştiği, ruhsal sorunu olan 100 kişiden sadece %5'inin ruh sağlığı uzmanına ulaşabildiği ve %1'inin tedavi görebildiği bildirilmiştir (70, 88). Bu bulgular, bireylerin ruhsal sorunlarının farkında olmadıkları, profesyonel yardım aramadıkları ve almadıkları biçiminde yorumlanır.

Ruhsal hastalıkların ve ruhsal sorunlu bireylerin her toplumda arttığının görüldüğü 21. yüzyılda, ruh sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin yaşamsal bir parçası haline gelmiştir. Bu nedenle tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunu, bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (74).

Aptekin (2005) tarafından aktarıldığı üzere; 18. yüzyılın sonlarında Philippe Pinel tarafından başlatılan ruhsal sorunlu bireylerin zincirlerinden kurtarılarak, toplum içerisinde, anlayış ve hoşgörüyle tedavi edilmeleri gerektiği düşüncesi; psikiyatri tarihinde sembolik bir anlam taşımasının yanı sıra gün geçtikçe taraftarı artmakta olan, psikiyatriyi salt bir tıp uygulaması olmaktan çıkarıp, toplumla etkileşime sokan sosyal psikiyatrik akımın ortaya çıkmasında öncülük etmiştir. II. Dünya Savaşı'nda ruhsal hastalıklardaki artış, savaş sonrasında yapılan

araştırmalarda çevre, sosyal durum ve hastalık arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması hasta ve hastalıkların değerlendirilmesinde sosyal etkenlere daha fazla ağırlık verilmesine neden olmuştur. Düşünce alt yapısı Pinel'e kadar uzanan sosyal psikiyatri; II. Dünya Savaşı sonrasında ruhsal hastalıklara ve hastalarına yaklaşımdaki inançlarla ilgisini sürdürmüştür (11).

Sosyal psikiyatri ve psikolojinin ana konularından olan kültür, bireylerin sağlık durumlarını, inançlar, tutumlar ve davranışlar olarak doğrudan etkileyebilmektedir (17, 65, 67). Bu nedenle sağlık çalışanlarının kültür kavramını anlaması ve bireyin yaşantısındaki yerini belirleyebilmesi önemlidir.

### **1.7.2. KÜLTÜR**

Özmen (2004) Dictionary of History'de kültür ile ilgili 164 tanımın olduğunu belirtmiştir. Herstkovits (1955) kültürü, "insanın yaptığı her şeyin toplamı" olarak tanımlarken, Geertz (1973) "bir toplumun üyelerince paylaşılanların tümüdür" der. Hall (1959) ise, "kültür iletişimdir ve iletişim kültürüdür" diyerek iki kavramı birbirine denk tutar. Etnografik anlamıyla ise kültür; terapi araçları kutusundaki herhangi bir aletten farklı bir şeydir. İyileşmenin neyle ilgili olduğuna dair farklı bir çerçeve sağlar (32, 48).

Kültür insan topluluklarının içinde yaşadıkları fiziksel ve toplumsal çevreye uyum çabalarından doğan bir yaşam biçimi olarak da tanımlanır. Bir bakıma kültür belli bir toplumun kişiliği demektir, onu başka toplumlardan farklı kılan tüm özelliklerdir. Bir müzik aygıtı her yerde aynıdır ama ondan çıkarılan ezgiler başkadır. Birey kendi kültürü içinde sudaki balık gibi soluk alıp verir, yaşar ve uyum sağlar. Kültürün görölmez etkisi asıl o kültürün dışına çıktığı zaman kendini belli eder (119). Kültür maddi ve manevi yapıdan oluşmakta olup, maddi kültür somut olan o



yöreye yönelik yapıtları, manevi kültür ise o yörenin değerlerini, inançlarını, tutumlarını ve soyut alanlarını içerir (90).

Kültürün birey sağlığını etkilemesi ve davranış olarak dışa yansması manevi kültürü ile olabilmektedir. Bu nedenle başta tutum olmak üzere tutumun bilişsel bileşeni olan, yani tutumun davranış olarak dışa yansmasına neden olan, bilgi kümesinden oluşan inançların kavranması önemlidir.

### **1.7.3. TUTUM**

Bilimsel olarak incelenmesi 19. yüzyılda başlayan tutum kavramı, Latince olan kökeninde, “harekete hazır” anlamına gelmektedir (103).

Allport (1967)’a göre tutum; “yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumudur. Tutumun yaşantı ve deneyimlerle örgütlendiği ve öğrenme süreci sonunda oluştuğu belirtilmektedir (103).

Tutum; diğer bir deyişle, bir kişiye, gruba, fikre, duruma karşı nispeten yerleşmiş ve değişmez bir özgün tepkide bulunma eğilimi olup, sosyal öğrenmenin ve deneyimlerin, duyguların karmaşık ürünleridir (12). Tutumlar bilişsel, duygusal ve davranışsal birimleri içerirler, davranışları etkilerler ve zamanla değişirler. Tutum konusuna önem verilmesinin nedeni, kişinin çevresine uyumunu kolaylaştıran bir sistem oluşturmasının yanı sıra, davranışlarını da yönlendirici bir güce sahip olmasından kaynaklanmaktadır (77, 109). Bu açıklamalar sonucu tutum, bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir toplumsal obje ya da olaya karşı deneyim ve bilgilerine dayanarak örgütlediği bilişsel, duygusal ve davranışsal bir tepki eğilimidir şeklinde tanımlanabilmektedir (103). Bu tepki sınıfları, duygusal (hoşlanma ve

hoşlanmama gibi değerlendirici duyguları ilgilendiren) tepkiler; bilişsel (tutum nesnesi ile ilgili inanışları ve görüşleri ilgilendiren) tepkiler ve davranışsal (davranışsal niyetleri veya hareket eğilimlerini ilgilendiren) tepkiler şeklinde tanımlanmaktadır (55).

Bir tutumun bilişsel bileşeni; bireyin tutum nesnesine ilişkin düşüncesinden, bilgi ve inançlarından, duyuşsal bileşeni; bireyin tutum nesnesine ilişkin duygu ve değerlendirmesinden, davranışsal bileşeni ise, tutum nesnesine ilişkin davranışından oluşur. Bir nesneye ilişkin olumlu tutumu olan bir birey, bu nesneye karşı olumlu davranmaya, ona yaklaşmaya, yakınlık göstermeye onu desteklemeye yardım etmeye eğilimli olacaktır. Bir nesneye ilişkin tutumu olumsuz olan bir birey ise bu nesneye ilgisiz kalma veya ondan uzaklaşma, eleştirme hatta ona zarar verme eğilimi gösterecektir (10). Tutumları araştıran bazı yazarlar toplumsal tutumları, bireysel tutumlardan ayırt etmişse de, bu gün için böylesi bir ayırım yapılmamakta olup, toplum tutumlarını belirlemek için bireysel tutumlar ölçülmektedir (21, 54).

Bu tanım ve açıklamalardan yola çıkarak, tutumlarla ilgili aşağıda belirtilen özellikler sıralanabilir (103);

- Tutumlar doğuştan gelmez sonradan yaşanarak kazanılır. Birey tutumları toplumsallaşarak kültürel olarak kazanır.
- Tutumlar geçici değildir, belli bir süre devamlılık gösterirler.
- Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkide bir düzenlilik olmasını sağlarlar.
- İnsan-obje ilişkilerinde, tutumların belirlediği bir yanlılık ortaya çıkar.
- Tutum bir tepki şekli değil, daha çok bir tepki gösterme eğilimidir.
- Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilir.

Farklı toplumların düşünce, tutum ve inançları farklı olabildiği gibi, aynı toplum içinde de farklı düşünce, tutum ve inançlar olabilir. Bu nedenle tutum

konusu; bireyin sosyal ortamlardaki davranışlarını inceleyen sosyal psikiyatrinin/psikolojinin en önemli konularından birisidir (65). Bir bireyin herhangi bir konudaki tutumunun bilişsel bileşeni olan inançlarının belirlenip, bu alana yönelik gerekli girişimlerin yapılması o konuya yönelik tutumunu değiştirecek dolaylı bir sonuç olarak da davranışları geliştirebilecektir. Bu bakımdan inanç kavramı, inançların gelişimi, bireye etkisinin bilinmesi ve kavranması önemlidir.

#### 1.7.4. İNANÇ

Günlük yaşantıda sıkça duyulan inanç kavramı insanlık tarihinin başlangıcı ile birlikte toplumsal normların içerisinde yer almış, toplumun sosyal, kültürel, ahlaki yapısına yön ve şekiller veren değerler olarak karşımıza çıkmıştır (65, 67, 109).

İnanç, belirli bir konudaki düşüncenin ileri düzeyde kabul görmesiyle son derece sabitleşmiş, yerleşmiş genel kanılardır. İnançlar, gerek ilkel toplumlarda gerek gelişmiş kültürlerde çok önemli bir yer tutmaktadır. Bunlar yazılı olmayan kanunlar niteliğinde olup, milyonlarca sene insanların yaşama düzenini kararlaştırmış ve kişiler arası ilişkilerini düzenlemiştir (122).

İnanç, bireylerin kendi dünyalarını bir yönü ile ilgili algıları ve tanımların oluşturduğu sürekli duygular ağıdır. Bir başka tanım ise; bireyin kendi dünyasının herhangi bir yönüne ilişkin algı ve bilişlerinin, tek boyutlu olarak örgütlenmesi ya da bir savın, olaylar bütününe olduğu gibi irdelenmeksizin kabul edilmesidir. Özetle inanç bireyin bir konu ile ilgili bilişlerinin tümüdür. Algılar ve bilişler kendi içlerinde örgütlerdir ve inançlar bu örgütlerin birleşmesi ile ortaya çıkar. Bir şeye inanıldığının belirtilmesi, 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,

yorumlayışını etkiler. İşte inanç bu yönü ile tutumların bilişsel ögesinde yer almakta ve içerdikleri bilgi ve inanç derecelerine göre tutumları farklılaştırabilmektedir (39).

İnanç bir tutumun üç temel bileşeninden biri olan bilişsel bileşenle ilgili olup, nesneye ilişkin değerlendirmelerle, nesne hakkındaki görüşleri, gerçekleri ve genel bilgilerini kapsar (65, 67).

Bilişsel öge bireyin düşünce süreçlerinde kullandıkları bir sınıflama olgusu olarak tanımlanmaktadır. Buna, bilgilerin gruplandırılması da denilebilir. Bu sınıflama olgusu da, bireylerin birbirinden gözle görülür şekilde farklı olan uyarılara karşı tepkilerinde gösterdikleri tutarlılıktan anlaşılır. Bilişsel öge objelerle ilgili gerçeklere dayanan bilgi ve inançlardan oluşmaktadır. Bunlar çevredeki tutum objeleri (konuları) hakkında bireylerin edindikleri bilgileri temsil etmektedir. Tutum objesi ile ilgili bilgi değiştiğinde tutum da değişir (103).

Fishbein ve Ajzen (1975) Beklenen-Değer Modeli'nde tutumların inançlardan ayrıldığını belirtmişlerdir. Tutumlar, bireylerin hedef obje ile ilgili tercih edilebilir ve tercih edilemez değerlendirmesini temsil eder; inançlar ise bireyin, obje ile ilgili sahip olduğu bilgiyi temsil eder. Bir objeye yönelik tutum, objenin sahip olduğu öznellik olasılığını ve hedef obje ile bağlantılı olan belli özelliği değerlendirme ürününü birleştirerek belirlenir. Sonuç olarak, özelliğin değerlendirilmesi bireyin inançlarının gücü oranında bireylerin tutumuna katkı getirir.

Tutumlar, düşünceler ve inançların birçok ortak noktası vardır ve ayırt etmek kolay değildir. Bu üç kavram, bir doğru üzerinde yerleştirilecek olsa, düşünceler ve inançlar iki uçta tutumlar ise ortaya yerleştirilebilirdi. Tutumlar düşüncelerden daha uzun ömürlü ve köktencidirler, bununla beraber inançlar kadar derinlerde saklanmamışlardır. Sonuç olarak; inanç ve tutum arasında tutarlı bir ilişki vardır ve tutum destekleyici inançtan doğal ve kaçınılmaz bir şekilde doğar gibidir (103).

İnanç ve tutum kavramlarının birbirlerine neden-sonuç ilişkisiyle bağlı olduğu söylenebilir. İnanç kavramına nesne ya da olayların nitelikleri ya da varlıklarına ilişkin, biçimleyici değerlendirmeleri içeren duygusal öge katıldığında da, inançlar tutuma dönüşür (103).

Tutumlar ve inançlar farklı şeyler olmasına karşın, daima birlikte bulunmaktadır. İnançlar tutumların duygusal yönlerine eşlik eden söze dökülmüş ifadelerdir. Bir objeye yönelik olumlu veya olumsuz bir tutum varsa, o obje hakkında olumlu veya olumsuz inanç da olacaktır (103).

Ok (2006) tarafından aktarıldığı üzere; Dykstra, inancın bileşenlerini aşağıdaki formülde bir araya getirmeye çalışmıştır. Buna göre:

(1) İnanç bir insan aktivitesidir. O insanların sahip olduğu bir şey değil, varolma ve bilme biçimidir,

(2) Bu aktivite başkaları ile etkileşim yoluyla yürütülür,

(3) İnancın en önemli iki özelliği güven ve bağlılıktır,

(4) Bu yüzden, inancın nesnelere bulunmaktadır. Çünkü bireyler, belirli şeylere güvenir ve bağlanırlar,

(5) Bu güven ve kendini adamanın nesnesi sadece insanlar veya gruplar değil, bu insanların ve grupların da bağlantılı olduğu bir tanrı gibi en önemli “en üstün değer ve güç merkezleridir”,

(6) Kendini adama ve bağlılık vasıtasıyla gerçekleştirilen bu ilişkiler yoluyla insanlar, anlam oluşturur/yapar, onların maddi ve manevi dünyaları şekillenir ve benlikleri inşa edilir,

(7) İşte inanç terimini tanımlayan bu temel aktivitelerdir (dünyayı şekillendirme, anlam yapma ve benlik oluşturma).

Özetle inanç; bir kişinin, ortak kültürel sembolik yapıtları kullanarak yaşamdaki anlamsızlık, belirsizlik gibi köklü problemlerin üstesinden gelmeyi başardığı, içinde bulunduğu insanlarla devam etmekte olan etkileşimi yoluyla şekillenen sürekliliğe sahip bilme, değer verme ve kendini adama kısaca yaşamı anlamlandırma çabasıdır (69).

#### **1.7.4.1. Tutum ve İnanç İlişkisi**

Fikir, tutum ve inançlar öncelikle ana-babadan etkilenme yoluyla geçer. Diğer kişilik özellikleri gibi 1-7 yaş arasında kazanılan bu özellikler etkilerini yaşam boyunca sürdürürler. Genel olarak yaşamın bir döneminde oluşmuş düşünce, tutum ve inançlar daha sonraki dönemlerde de sürer ve etkili olur. Bu düşünce, tutum ve inançların zamanla değişmeyeceği anlamına gelmez, zaman içinde gelişim ve değişim gösterebilirler (18, 54, 55).

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

Vygotsky ise inancın gelişimi ile ilgili görüşlerini sosyal çevre ve kültürel yapı ile açıklanmıştır. Vygotsky'e göre tüm öğrenimlerin (düşünce, inanç gibi) kaynağı sosyal çevredir. Öğrenmeyi bir bakıma sosyal etkileşim yoluyla kültürleme olarak tanımlayan Vygotsky, kişinin psikolojik süreçlerinin bile, çevre tarafından

etkilendiği görüşündedir. Kültürleme diğer bir değişle; topluma özgü düşünce, inanç ve duyuş özelliklerinin çocuğa aktarılmasıdır (15).

Tutum ve inançların oluşması için kritik dönem olarak kabul edilen 12-30 yaşlar arası, ergenlik devresi (12-21 yaşlar arası) ve ilk yetişkinlik evresi (21-30 yaşlar arası) olmak üzere iki devrenin üzerinde durulur. Tutumlar; ergenlik devresinde şekillenir, ilk yetişkinlik devresinde ise giderek kristalleşir veya kemikleşir. Bu şekillenme ve kristalleşme aşağıdaki şekilde olur (65, 103).

***Bağlanım/Benimseme (Commitment):*** Bir ergenin, inançları, düşünceleri, duyguları ve davranışları dolayısıyla tutumları henüz kuvvetle benimsememiş, değişebilir durumdadır. Ancak birey yirmili yaşlarla birlikte birçok konudaki fikirleri benimseyerek kendilerini o fikirlere yakın hissetmeye başlar; seçimlerde oy kullanır, eğitimini bitirir, iş seçer ve evlenir. Bu değişim süreci inanç ve tutumların katılaşmasına ve çok az değişebilir hale gelmesine yol açabilir (65).

***Tutuculuğa Kayış (Conservative Drift):*** Tutum ve inançların yirmili yaşların başlarından itibaren hayat boyu devam etmeleri oldukça dikkat çekicidir. Bu yaşlardan itibaren tutumlarda belirgin bir değişiklik olmamakta, yaşlılıkla beraber tutucu ve önyargılı davranışlar artarak, yaşanmaktadır (65).

#### **1.7.4.2. İnançların Değişmesi**

İnsanlar belirli inanç ve tutumlarla doğmamakta, gözlem, operant tepkisel koşullama ve bilişsel öğrenme olarak sayılabilecek farklı yollarla inançlar edinilmekte ve sosyal deneyimlerle şekillenmektedir. Bu doğrultuda tutumun bilişsel bileşeni olan inançlar yavaş olmakla birlikte yeni bilgi ve deneyimlerle değişebilmektedir. Tutum ve inanç değişiminde iki tip süreç vardır. Bunlardan biri zıt

davranışta bulunmak, ikincisi ise ikna edici bir iletişime maruz kalmaktır (103). Bu değişim ile ilgili olarak;

- Mesajın kaynağı,
- Mesajın kendisi,
- Mesajı alan kişi önemlidir.

Morgan (1995)'a göre; mesajı gönderen kişinin güvenilirliği mesajın ikna edici olmasında önemli rol oynamaktadır. Öğrenme kuramı doğrultusunda oluşan öğrenme ilkelerine göre inancı geliştirme ve değiştirme olanaklı olabilmektedir. Uyarıcı, tepki, pekiştirici ve genelleme gibi öğrenme kavramları özellikle etkileyici iletişimle sunulduğunda, değişim sağlanabilir.

#### **1.7.5. RUHSAL HASTALIĞI YÖNELİK İNANÇLAR**

Sağlık ve hastalığa yönelik inançlar; bireyin sağlık ile ilgili düşüncelerini, davranışlarını ve sağlık ekibi ile olan ilişkisini etkiler (58). Bu nedenle sağlık ekibinin üyeleri bireyin inancının farkında olması gerekmektedir (121).

Araştırmalar sonucunda toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olan olumsuz inanışlar ve düşünceler şu şekilde sıralanmaktadır;

- Ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir,
- Ruhsal hastalar kurumlarda kilitli tutulmalıdır,
- Ruhsal hasta birey asla normal yaşamına dönemez,
- Ruhsal hasta birey tehlikelidir,
- Ruhsal hasta birey düşük gelirli işlerde çalışabilir (16, 18, 37, 79, 87, 121).

İnsan bedensel, ruhsal ve sosyal bir varlık olarak yorumlandığında, toplumsal veya bireysel inançların bu üç boyutta birey sağlığını etkilediği bir gerçektir. İnançların bilişsel bir bileşen olduğu düşünüldüğünde, özellikle ruh hastalığına



yönelik inançlar ile ilgili yapılan araştırmaların o toplumun ruhsal hastalığa yönelik genel inancını ortaya çıkaracağı düşünülebilir. Bu nedenle ruhsal hastalığa yönelik inançların somut değerler olarak ifade edilmesi için ölçeklere gereksinim vardır.

#### **1.7.5.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarla İlgili Türkiye’de Gerçekleştirilen Araştırmalar**

Türkiye’de “ruhsal hastalık ve hastalara yönelik tutumlarla” ilgili 1971 yılından günümüze kadar 100’ü aşkın araştırma yürütülmüştür (102). Bu araştırmaların bazılarında ruhsal hastalığa yönelik tutum ölçekleri kullanılarak bireylerin veya toplumun inançları belirlenmeye çalışılmıştır.

Ülkemizde ruhsal hastalara yönelik toplum tutumları ile ilgili yapılan ilk çalışma Savaşır (1971) tarafından Ankara’nın Nallıhan ilçesinin bir köyündeki aileler ve Çankaya ilçesindeki 150 aile ile yapılan çalışmadır. Araştırma sonucunda köy ve kent aileleri arasında ruhsal hastalara yönelik tutumlarda fark olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca Savaşır’ın (1971) yaptığı bir başka araştırmada ise kadın ve erkekler arasında ruhsal hastalara yönelik tutumlar ile ilgili bir farkın olmadığı ve kadınların daha doğa üstü güçlerin etkisi altında olduğu saptanmıştır.

Küey, Aksakoğlu ve Amato (1989)’nun İzmir’de yarı kentsel alanda yaptıkları çalışmada; depresyon geçiren birey, hastalığın kendiliğinden geçmesini beklediği, ayrıca halkın depresyona yönelik tıbbi inançlarını abartma ve dinsel inançlarını da gizleme eğiliminde olduğu görülmüştür.

Üçok, Erkoç ve Ataklı (2001)’nin yaptıkları çalışmada, pratisyen hekimlerin ve psikiyatrist olmayan hekimlerin şizofreni hastaları ile komşuluk, sosyal ilişki gibi konularda sorun yaşadıkları ve bu bireyleri tedavi etme konusunda isteksiz oldukları belirlenmiştir.

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

Aker, Özmen, ve Ögel, (2002) yaptıkları çalışmada; pratisyen hekimlerin şizofreniyi ruhsal zayıflık hali olarak gördüğü, %80'inin tam olarak düzelmediğine inandığı, bu hastalığın sosyal sorunlardan kaynaklandığına inandıkları ve hastaların iyileşmesinde hekimlerin %26'sının sosyal sorunların çözülmesi gerektiğine inandıklarını belirlemişlerdir.

Bağ (2003) sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumlarını araştırdığı çalışmasında, Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları (RSTTÖ) Ölçeği'nin Türkiye versiyonunu 315 birey ile çalışmış, ruhsal sorunlu bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemeyeceğini ifade eden sağlık personelinin, "Korku/dışlama" boyutu puanları yüksek bulunmuştur.

Sağduyu, Aker, Özmen ve arkadaşları (2003) tarafından gerçekleştirilen "Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları" konulu araştırma sonucuna göre; ruhsal hastalıkların tanınmasında, tedavi ve rehabilitasyonunda, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesinin önemli olduğunu, diğer yandan da, toplumun şizofreniye ilişkin inanç ve tutumlarını doğru ve olumlu yönde değiştirebilmek için yapılacak eğitim ve bilgilendirme aktivitelerinin organize edilebilmesi için, tutumlara ilişkin mevcut durumun belirlenmesinin yararlı olacağını belirtmişlerdir.

Özmen, Taşkın, Özmen ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmış olan "Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalık mı? Akıl Hastalığı mı?" konulu

çalışmada; halkın ruhsal hastalıklar ile ilgili inanç ve tutumlarının genelde olumsuz olduğu ve bu olumsuz tutumların sağlık personellerinin günlük uygulamalarında çeşitli zorluklar yarattığı, bununla birlikte gerek Türkiye’de gerek yurtdışında yapılan çalışmalarda bu tutumları olumlu ya da olumsuz etkileyen etmenler konusunda birbiriyle çelişen birçok bulgu elde edildiği aktarılmıştır.

#### **1.7.5.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarla İlgili Diğer Ülkelerde Gerçekleştirilen Araştırmalar**

Sosyal psikiyatrinin ve epidemiyolojik araştırmaların öncülerinden olan Star (1955)’in 3000’nin üzerinde Amerikan vatandaşı ile yaptığı araştırmasının sonuçlarına göre; halk tanımlanan ruhsal hastalık olgularını çok düşük oranda belirleyebilmekte ve ruhsal hastalıklar tehdit içeren, korku veren, mantıklı düşünceyi ve özgür idareyi kaldıran durumlar olarak görülmektedir. Bu çalışmada; ruhsal bozukluğun en çok paranoid şizofreni tanımları için belirtildiği (%75), bunu basit şizofreni (%34), alkolizm (%29) ve anksiyete nevrozunun (%18) izlediği saptanmıştır.

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

dörtte bire varan oranlarda tamamen ya da yarıya varan oranlarda en azından belli bir süreyle iyileşmenin olabileceği düşünüldüğü belirtilmiştir (9).

Vicente, Vielma, Jenner ve arkadaşları (1993) tarafından ruh sağlığına yönelik görüşleri değerlendirmek için yürütülen araştırmada, İtalyan profesyonellerin ruh sağlığına yönelik daha az geleneksel bir inanç ve tutum uyguladıkları belirlenmiştir.

Avustralya'da kentsel ve kırsal kesimdeki 2000'i aşkın yetişkin üzerinde yapılan bir araştırmada, halkın %84'ü tanımlanan şizofreni olgusunun bir ruhsal rahatsızlığı, %27'si de şizofreniyi gösterdiğini belirtmiştir. Tedavide antipsikotiklerin yararı olacağını düşünenlerin oranının %23, zararı olacağına inananların oranının ise, %34 olduğu bulunmuştur. İlaç dışı tedaviler arasında en çok önerilenler fiziksel-sosyal aktivite artışı ve meditasyon gibi tıp dışı yöntemlerdir; psikoterapiyi yararlı bulanların oranı ise %55 iken, hastane yatışı ve elektrokonvulzif tedavisi büyük oranda zararlı bulunmaktadır. Hastalığın tedavisiz bırakıldığında daha da kötüleşeceği düşünülmekte, hastaların tedaviyle iyileşeceklerine inananlar ise %70'i bulmaktadır (52).

Chaleby (1996) yaptığı araştırmada; Müslüman ve Arap halkının yaşam olaylarında, İslami kuralları uyguladığı, bu kuralların ruhsal gereksinimlerini giderirken de uyguladıkları saptanmıştır.

Link, Struening ve Rahav (1997) yaptıkları araştırmalarında, 1500'e yakın A.B.D.'li yetişkinden elde edilen sonuçların halkın şizofreniyi bir ruhsal rahatsızlık olarak tanımasının etyolojiye ilişkin düşünceleri bakımından daha iyi bir noktaya geldiğini gösterdiği ifade edilmiştir. Araştırmaya alınanların, %88'i tanımlanan şizofreni olgusunun bir ruhsal hastalığı gösterdiğini belirtmiş; %91'i hastalığın stresli yaşam koşullarından, %85'i beyindeki kimyasal düzensizlikten, %67'si genetik etkenlerden, %45'i ailenin yetiştirme yanlışlarından, %33'ü kişilik bozukluğundan

kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Allah'ın takdiri olduğunu düşünenler ise %17 oranında kalmıştır. Ancak bu iyimserlik hastalığa ve hastalara ilişkin inançlarda kendisini gösterememektedir; ABD halkının %61'i hastaları çevresi için, %87'si kendileri için tehlikeli bulmakta, %63'ü şizofreni hastalarıyla aralarında belli bir sosyal mesafe olmasını istediği belirlenmiştir.

Crisp (2000) tarafından İngiltere'de genel popülasyonu temsil eden 1800'e yakın yetişkin üzerinde yapılan bir epidemiyolojik araştırmada, halkın %71'inin şizofreni hastalarını tehlikeli bulduğu, %51'inin hastalığın tedavisiz iyileşmeyeceğine ve %85'inin ise hastalığın tedaviye yanıt verdiğine inandığını ortaya koymuştur. Yaşla beraber hastaların tehlikeli olduğunu düşünenlerin azaldığı, ruhsal hastalığı olan bir kimseyi tanıyanlarda, tanımayanlara göre şizofreniye karşı olan tutum ve inançların değişmediği görülmüştür (31).

Sevigny, Yang, Zhang ve arkadaşları (1999) Çin'de bir psikiyatri hastanesindeki psikiyatrist ve psikiyatri hemşirelerinin, Ruhsal Sorunlu Bireylere yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (the Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI)) kullanılarak toplum ruh sağlığı tutumları ölçülmüştür. Bulgular, psikiyatristlerin psikiyatri hemşirelerine göre daha olumlu tutuma sahip olduğunu göstermiştir.

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

İtalya'da, 30 merkezde tedavi edilen şizofreni hastalarının 709'e yakını üzerinde yapılan bir başka araştırmada, hasta yakınlarının hastalıkla baş etmede

kendilerini yalnız hissetmekle beraber akıl hastanelerini uygun tedavi seçeneği olarak görmediklerini, bu hastaların oy kullanma haklarının olması gerektiğini düşündüklerini, ancak evlenmelerine ve çocuk sahibi olmalarına ise sıcak bakmadıkları belirlenmiştir (63).

Caldwell ve Jorm (2001) tarafından yapılan araştırmaya göre; hemşirelerin depresyon ve şizofreninin psikiyatr tarafından tedavi edilmesi gerektiğine inandıkları saptanmıştır. Bu çalışmaya 673 Avustralya'lı psikiyatri hemşiresi alınmıştır. Hemşireler psikiyatristlere göre; vitamin, mineral gibi belli bir standardı olmayan girişimlere daha fazla inandıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin inançlarının psikiyatrlerin ve halkın inançları arasında yer aldığı, özellikle belli standarda girmeyen girişimlerin, hemşirenin yaşı, çalışma durumu ve niteliği gibi özelliklerle değişiklik gösterdiği ifade edilmiştir.

Shulman ve Adams (2002) tarafından farklı ülkelerin ruhsal sorunlu bireylerine yönelik görüşleri araştırılmış; İngiliz örnekleminin, Rusya örneklemine göre; ruhsal sorunlu bireylere yönelik daha toleranslı davrandığı belirlenmiştir. Rus katılımcılar demansı ruhsal hastalık olarak daha az tanımlamışlardır. İngilizler ise, Ruslardan daha çok ruhsal hastalara yardım etmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Eğitim durumu ve ruhsal hasta yakını olma ile İngiliz grubun toleransındaki artış arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuçların kültürel farklılıkla ilgili olduğu açıklanmıştır.

Ran, Xiang ve Chan (2003) tarafından Çin'de kırsal bölgede şizofreni hastası olan 326 hasta yakını üzerinde yapılan bir araştırmada da, ruhsal eğitim gruplarına alınan ailelerin hastalıkla ilgili bilgi, inanç ve tutumlarının olumlu yönde geliştiği, şizofreni hastası ailelerinin eğitim programına katılmasının, tedaviye uyumu arttırdığı ve relaps oranlarını yarı yarıya düşürdüğü belirlenmiştir.

Hugo, Boshoff, Traut ve arkadaşları (2003) yaptıkları araştırmada ruhsal sorunlu bireylerin toplumda tanınması ve tedavilerinin başlanması amaçlanmıştır. Ruhsal sorunlu bireylerin hastalıklarının tanınmasında, toplumun inanç ve tutumunun belirlenmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle Güney Afrika'daki halkın ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Toplumdan 667 deneğe anket formu uygulanmıştır. Bu anket formu araştırmacılar tarafından oluşturulan şizofreni, depresyon, panik atak ve bağımlılık sorularını içermektedir. Araştırma bulgularına göre; toplumun bu hastalıklarda psikoterapiyi ilaç tedavisi yerine daha çok tercih ettiği, bu hastalıklara yaşam olaylarının ve stresin neden olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Halkın bu hastalıkları tanınması ile damgalamanın (stigma) önleneceği belirtilmiştir.

Tanaka, Ogawa, Inadomi ve arkadaşları (2003)“Ruhsal Hastalıklara Yönelik Halk Tutumlarına Eğitim Programının Etkisi” adlı çalışmalarında; ruhsal hastalıkla ilgili geliştirilen etiketlemelerle mücadelenin, toplumun ruhsal sorunlu bireylere destek sağlanması ile çözümlenebilen bir durum olduğu, etiketlemenin gelişmesinin psikiyatrik tedavileri azaltabileceği, etiketlemeyi azaltmanın en önemli adımının da, bu durumu araştırıp, ruhsal hastalıklara yönelik halk tutumlarını oluşturan faktörlerin belirlenmesi olduğu açıklanmıştır.

Araştırmada altı bölümden oluşan eğitim; tıp doktorları ile halk sağlığı hemşireleri tarafından endüstri işçileri ve hükümet işçilerine bir buçuk saatlik oturumlar şeklinde verilmiştir. Her oturum “Ruh sağlığı nedir?, Ruhsal hastalıkları kolay anlayabilme” başlıklarını içeren 24 sayfalık bir kitapçık şeklinde olup, kitapçığın bölümleri; Ruh sağlığı nedir?, Stres ile nasıl baş edilir?, Ruh sağlığı nasıl sürdürülür (korunur)?, Ruhsal hastalıklar nasıl tanınır?, Ruhsal hastalıkların değişik

formları hakkında bilgileri, inançları ve kendi ruhsal sağlığını değerlendirme gibi konulardan oluşmaktadır (101).

Eğitim sonunda, araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan Ruhsal Hastalık ve Bozukluğu Anlama Ölçeği (Mental Illness and Disorder Understanding Scale-MIDUS), ruhsal sorunlu bireylerin bağımsızlığına yönelik olumsuz tutumları ölçen Olumsuz Tutum Ölçeği (Negative Attitudes Scale-NAS), psikiyatrik tedavi - araştırma davranışı ve yaş, cinsiyet, yetersizliklere yönelik gönüllü aktivitelere katılım düzeyi, çocuk sahibi olma durumu, bu konuyla ilgili daha önce eğitimlere katılma durumu, akıl hastası bireylerle iletişime girmiş olma durumu gibi maddeleri içeren sosyo-demografik anket formu kullanılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası soru formu araştırmacılar tarafından bireylere uygulanmıştır (101). Araştırma bulgularına göre; ruhsal hasta bireyle iletişime girme durumu %69, ruh sağlığı ile ilgili eğitime katılma durumu ise %54.8'dir. Eğitim öncesi ve sonrası Mental Illness and Disorder Understanding Scale-MIDUS toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Benzer şekilde, Negative Attitudes Scale-NAS toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (101).

Dietrich, Beck, Bujantugs ve arkadaşları (2004) araştırmalarında, depresyon ve şizofreni gibi ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik toplumun inanç ve tutumlarının belirlenmesini amaçlamışlardır. Bu nedenle 2001 yılında, Almanya'da 5025 bireyle görüşülmüştür. Araştırma için farklı kùltürlerde kullanılan bir ölçek deneklere uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; akut yaşanan stresin bu hastalığın asıl nedeni olarak yorumlandığı, depresyonun biyolojik nedeninin şizofreniden daha az olduğunun düşünüldüğü belirtilmiş, halkın biyolojik nedenleri çok fazla bilemediği ifade edilmiştir, bu nedenle bu hastalıkların damgalama riski taşıdığı düşünülmüştür.



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

Segal ve Cooldge (2005) ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve yardım isteme durumlarını araştırdıkları çalışmalarına; 96 genç, 69 yaşlı bireyin katılmıştır. Bulgulara göre, gençlerin profesyonel desteğe daha açık oldukları, yaşlıların ise daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları belirlenmiştir.

Al-Krenawi (2005) Arap müslümanların ruhsal hastalıkları Allah'tan gelen bir durum olarak gördüklerini, tedavi aşamasında geleneksel yaklaşımları kullandıklarını ve sağlık çalışanlarının bu konuda kültürel boşluk yaşadığını bildirmiştir.

Stickley ve Timmons (2006) yaptıkları çalışmalarında ruhsal sorunlu bireylerin %46'sının şiddet davranışı gösterdiği, hemşirelerin inanç ve girişimlerinin geleneksel yaklaşım ile modern yaklaşımlar arasında yer aldığını aktarmışlardır.

Dünyanın değişik ülkelerinde ve Türkiye'de yapılan araştırmalar tarihsel süreç içerisinde değerlendirildiğinde, ruh sağlığına yönelik gittikçe artan bir şekilde olumsuz inanç ve tutumlardan, olumluya doğru bir yöneliminin olduğu izlenmektedir. Ancak bu değişimin istendik düzeyde olamadığı, özellikle daha az gelişmiş ülkelerde ve ülkemizde bu kapsamla ilgili olarak alınması gereken yolun uzun olduğu görünmektedir. Toplum ruh sağlığı hemşireleri ya da psikiyatri hemşirelerinin; toplumsal gelişimi sağlayacak şekilde, toplumda ruh sağlığına gereken özeni gösterme ve buna ilişkin olumlu inanç geliştirme konusunda eğitilip,

bilinçlendirilerek, ruh sağlığı ekibi içinde yararlı ve etkili çalışmalar yürütebileceği düşünülmektedir.

### **1.7.5.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Psikiyatri Hemşireliği**

Dünyada değişen sağlık felsefesine göre tedavi edici yaklaşımdan çok, koruyucu yaklaşıma ağırlık verilmesi söz konusudur. Sağlık çalışanları olarak hemşireliğin temel amacı sağlığın sürdürülmesi ve hastalık halinde gerekli bakımın verilmesidir (81). Bireyin ruh sağlığının korunması, toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamındadır.

Toplum ruh sağlığı hizmetleri, toplum sağlığı ilkeleri doğrultusunda;

- Ruh sağlığının yükseltilmesi ve korunması (birincil önleme),
- Ruhsal sorun ve hastalıkların erken tanısı ve erken müdahalesi (ikincil önleme),
- Rehabilitasyonu (üçüncül önleme) işlevlerini kapsar (20, 33, 80, 88).

Günümüzde bilimsel ve sosyokültürel gelişmeler; hastalıklardan korunmada toplumun inanç sistemlerinin iyileştirilmesiyle hastalıklara yönelik erken tanı yöntemlerinin gelişmesinin, sağlığı dar kapsamından çıkararak geniş sınırlar içinde tanımlanmasının gereğini doğurmuştur (34, 29, 96, 97, 117).

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin ana felsefesi, ruh sağlığının korunması ve bakımının tüm insanların en doğal hakkı olduğu ve bu nedenle ruh sağlığı hizmetlerinin topluma kolayca ulaşılacak yapıda olmasıdır. Bu felsefe bütüncül yaklaşımın sağlanması esasına dayanır. Ancak öncelikle hizmet götürülecek toplumun özelliklerinin iyi bilinmesi gerekir. Birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarında toplumun yapısı, eğitim düzeyleri, inançları, değer yargıları gibi kültürel yapısının incelenmesi önemlidir (40, 82). Hemşireler; toplumun, ailenin,

bireyin sosyokültürel özelliklerini tanımlarken, sağlık ekibinin de sosyokültürel yapısını bilmelidir (19, 43).

Toplum ruh sağlığı hemşireleri, birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarında görev alarak, sağlık sisteminin ülke gereksinimleri doğrultusunda etkili olmasında önemli rol oynarlar (22, 81, 117). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde, psikiyatri hemşiresinin temel girişimlerini içeren “Ruh Sağlığının Yükseltilmesi ve Sürdürülmesi Standardı” da (standart Vg) bu amacı gerçekleştirmede kılavuz rolü görür (44).

Türkiye’de toplum ruh sağlığı düzeyinin yükseltilmesine ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasına katkıda bulunabilmek için, bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından toplumdaki bireylere ulaşmak, inançlarını saptamak ve bu konulardaki inançların eğitimle olumlu bir şekilde iyileştirilmesine yönelik araştırmalar yapmak gerekmektedir (16, 76, 77, 118).

## **BÖLÜM II**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin (Beliefs Toward Mental Illness Scale) geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacı ile yürütülmüş metodolojik türde bir alan araştırmasıdır.

#### **2.2. KULLANILAN GEREÇLER**

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır.

1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-I)

2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale) (EK-II).

3. Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ) (EK-III) kullanılmıştır.

##### **2.2.1. Tanıtıcı Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda; bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve ruhsal hastalığa yönelik görüşlerini içeren toplam 19 tanıtıcı soruya yer verilmiştir (EK I).

## 2.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği- (Beliefs Toward Mental Illness Scale)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale- BMI) Hirai ve Clum (2000) tarafından Amerika'da geliştirilmiştir. Ölçek, ruhsal hastalığa yönelik farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek madde havuzunda toplam 24 madde olarak oluşturulmuş, faktör analizi sonucunda ise 21 madde ile sınırlı kalmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 16., 17. ve 23. maddeler işlemediği için ölçekten çıkarılmıştır. Bu doğrultuda ölçeğin son hali, Tehlikelilik, Zayıf Sosyal ve Kişiler arası Beceri ve Çaresizlik alt ölçeği olmak üzere üç alt ölçekten oluşmuştur (49).

Hirai ve Clum (2000) araştırmalarında 114'ü Asyalı, 102'si Amerikalı toplam 216 öğrencinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemişlerdir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Amerikan toplumu için Cronbach Alpha Katsayısı 0.89,  $\bar{X} = 43.1 \pm 15.3$ , Asya toplumu için Cronbach Alpha Katsayısı 0.91,  $\bar{X} = 56.1 \pm 19.2$  bulunmuştur. Ölçeğin, Tehlikelilik alt ölçeği 0.75, Zayıf Sosyal ve Kişiler arası Beceriler alt ölçeği 0.84 ve Çaresizlik alt ölçeği ise 0.82 bulunmuştur.

**Tehlikelilik Alt Ölçeği :** Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseder. Alt ölçek 1., 2., 3., 6., 13. maddeleri içermektedir.

**Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri Alt Ölçeği :** Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme durumlarından bahseder. Bireyin özellikle duygusal etkilenmesinden dolayı, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki sürecinde kendini engellemesini ifade eder. Alt ölçek 4., 5., 8., 11., 12., 14., 15., 17., 18., 21. maddeleri içermektedir.

**Çaresizlik Alt Ölçeği :** Bu alt ölçek ruhsal hastalığın tedavi ve bakımının güçlüklerinden bahseder. Ruhsal sorunlu bireylerin çaresiz bir yaşantıya sahip olduklarını ifade eder. Alt ölçek 7., 9., 10., 16., 19., 20. maddeleri içermektedir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği; 6'lı Likert tipi bir ölçek olup, Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5 şeklinde puanlanmaktadır.

Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir (EK II) (49, 92).

### **2.2.3. Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ)**

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin ölçüt geçerliliği çalışmasında “eş zamanlı (benzer) ölçekler tekniği” için “Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği” kullanılmıştır.

Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği; ilk olarak 1979 yılında, Taylor ve Dear (1981) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinali toplam 40 maddeden oluşmakta olup, Otoriterlik, Koruyuculuk, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi ve Toplumsal Kısıtlayıcılık olmak üzere dört alt ölçeği vardır. Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2003 yılında Beyhan Bağ tarafından yapılmıştır. Türkçeleştirilen Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'ndeki madde sayısı 21'dir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda toplam varyansın %41'ini açıklayan üç faktör saptanmıştır. Uzman kişilere danışılarak ve yapılan literatür incelemesi sonucunda, alt ölçekleri oluşturulan her bir madde dikkatle

incelenerek Faktör 1'in Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi, Faktör 2'nin İyi Niyet ve Faktör 3'ün Korku/Dışlama olarak adlandırılmasına karar verilmiştir.

**İyi Niyet Alt Ölçeği:** Bu alt ölçek, insancıl ve dini prensipler temelinde sempatik ve paternalistik görüşü yansıtır. Bu görüşe göre toplumun ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görevini yerine getirmesi ve diğer bireylerin bu tür insanların duygularını anlayıp paylaşmaya istekli olması üzerinde durur. Alt ölçek; 2., 6., 11., 18., 20. maddeleri düz, 4., 9., 13., 16. maddeleri ters puanlanmakta olup, toplam dokuz maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumlu tutumu ifade etmektedir (16).

**Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi Alt Ölçeği:** Bu alt ölçekte, ruh sağlığının toplumdaki terapötik değerlendirmesi üzerine durulur. Ruhsal sorunlu bireylerin toplum içinde tedavi ve bakımlarının sürdürülmesini ifade eder. Alt ölçek; 3., 7., 12., 15., 19. maddeleri düz, 5., 10., 14., 17., 21. maddeleri ters puanlanmakta olup, toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumlu tutumu ifade etmektedir.

**Korku/Dışlama Alt Ölçeği:** Alt ölçekte, ruhsal sorunlu bireylerin toplumdan uzaklaştırılması, bu bireylerden korkulması ve bu bireylerin dışlanması gerektiği üzerinde durulur. Alt ölçek; 1. maddesi düz, 8. maddesi ters puanlanmakta olup, toplam iki maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumsuz tutumu ifade etmektedir.

Ölçek; Tamamen katılıyorum: 1, Katılıyorum: 2, Kararsızım: 3, Katılmıyorum: 4, Kesinlikle katılmıyorum: 5 şeklinde, 5'li Likert tipi puanlanmaktadır. Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, ölçeğin Cronbach Alpha Katsayı değerleri 0.72, İyi Niyet alt ölçeği için 0.78, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojileri alt ölçeği için 0.76 ve Korku/Dışlama alt ölçeği için ise 0.75

bulunmuştur. Ölçeğin range değeri 50 bulunurken, İyi Niyet alt ölçeği için: 23, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojileri alt ölçeği için 21 ve Korku/Dışlama alt ölçeği için ise iki bulunmuştur (EK III) (16).

### **2.3. KULLANILAN YÖNTEMLER**

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin (Beliefs Toward Mental Illness Scale) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sırasıyla, 21 madde olan ölçeğin Türkçe versiyonu için ölçek sahibinden izin alınarak (EK VI), Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/ dil uyarlaması ve Psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlilik - güvenilirlik) olmak üzere toplam iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verilerinin toplanması aşamasında, bireylere ev ziyareti yapılmış, tanıtıcı bilgi formu ve ölçeklerin kendileri tarafından doldurulması sağlanmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Pacgete For Social Science (SPSS) 14.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Psikometrik çalışma akış şemasında sunulmuştur.

### **2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma, İzmir iline bağlı Bornova ilçesinde yapılmıştır. İzmir'in kuzeydoğusunda yer alan Bornova, İzmir merkez ilçeye 12 km. uzaklıktadır. Kuzeyinde Menemen ilçesi ile Manisa ili, batısında merkez ilçe Konak ve Karşıyaka ilçesi, güneyinde Buca ilçesi, doğusunda ise Kemalpaşa ilçesi ile çevrilmiştir. Yüzölçümü 203 km ve yüksekliği 60m'dir (74).

M.Ö. 610 yılında İyonyalılar tarafından kurulmuş olan Bornova, daha sonra Lidyalılar, Persler, Romalılar, Bizanslılar, Selçuklular ve Osmanlıların egemenliğinde kalmıştır. Ege Üniversitesinin 1955 yılında Bornova'da kurulmasıyla,



bu ilçe her alanda gelişmeye başlamıştır. Bornova'nın bu hızlı gelişimi, nüfusun hızla artmasına neden olmuş, 1981'de yapılan yönetsel bir değişiklikle de Bornova belediyesi İzmir Anakent belediyesine bağlanmıştır (74).

Bornova Sağlık Grup Başkanlığı 2005 yıl ortası nüfus kayıtlarına göre bölgede 464.166 kişi yaşamaktadır. Nüfusun %50.5'ini (234.570) erkekler, %49.5'ini (229.596) ise kadınlar oluşturmaktadır (24).

Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 19 sağlık ocağı, üç Aile Planlaması ve Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi bulunmaktadır (24) .

Araştırma; Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Ş. Ergil Merkez Sağlık Ocağı, Evka-4 Sağlık Ocağı ve Işıkkent Sağlık Ocağı'nda Ekim 2005-Aralık 2006 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler; 01 Nisan 2006 01 Temmuz 2006 tarihleri arasında hafta içi ve hafta sonu toplanmıştır.

## **2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini, 2005 yılı Haziran ayı yıl ortası nüfusuna göre, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bornova Sağlık Grup Başkanlığı bünyesindeki 19 sağlık ocağının ev halkı tespit taranması ile saptanan 25-64 yaşları arası, en az ilkokul mezunu okur yazar olan, 103.081 erkek, 93.239 kadın olmak üzere toplam 196.320 birey oluşturmuştur (Tablo 1) (24).

## **2.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın örneklemini, İzmir ili Bornova ilçesine bağlı toplam 19 sağlık ocağı bölgesindeki 25-64 yaş aralığına giren, en az ilkokul mezunu ve okur yazar olan, işitme-görme problemi olmayan, sözel ilişki kurabilen, psikiyatrik sorunları olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler oluşturmuştur. Örneklem

sayısını belirleyebilmek için ölçekteki madde sayısı temel alınarak, madde sayısının 10 katı alınmıştır (45, 71, 91, 103, 116). Bu doğrultuda ölçekte 21 madde olduğundan en az 210 kişiye uygulanması planlanmış, araştırma sonunda ölçek, araştırmaya katılmayı kabul eden 262 kişiye uygulanmıştır. Anket uygulaması sonucunda, değerlendirmeye alınamayacak anketler olabileceği düşüncesi ve örneklemin artırılmasının geçerlilik ve güvenilirlik düzeyine katkı sağlayabileceği görüşü ile örneklem fazla tutulmuştur.

Araştırmada örneklem seçiminde Bornova Belediyesi yetkilileri, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şube, Sağlık Ocakları Şube Müdürlükleri, Bornova Sağlık Grup Başkanlığı çalışanları ve sağlık ocakları yetkilileri ile görüşülmüştür. Bu görüşmelerde sağlık ocakları bölgelerinde bulunan eğitim kurumları, sosyal güvence durumları, ev yapısı gibi kriterler doğrultusunda, ilçenin toplam 19 sağlık ocağı sosyoekonomik yapılarına göre üst, orta ve alt şeklinde üç gruba ayrılmıştır (Tablo 2). Nüfus ağırlığına orantılı küme örnekleme yöntemi kullanılarak 25-64 yaş grubundan örneğe giren birey sayısı belirlenmiş, böylece alt konumdan en az 61, orta konumdan en az 78, üst konumdan en az 71 olmak üzere toplam 210 bireyin örneğe alınmasına karar verilmiştir (Tablo 3) (5, 24, 100, 107).

İkinci aşama olarak her üç bölgeden basit tesadüfi örneklem yöntemi ile birer sağlık ocağı seçilmiştir. Örneğe çıkan sağlık ocakları; Ş. Ergil Merkez Sağlık Ocağı (üst), Evka-4 Sağlık Ocağı (orta), Işıkkent Sağlık Ocağı (alt) olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Örneklem dağılımı; 25-64 yaş aralığı dikkate alınarak, bu üç sağlık ocağına bağlı nüfustan, cinsiyet ve yaş aralıklarına göre tabakalanarak belirlenmiştir. Böylece Ş. Ergil Merkez Sağlık Ocağı'ndan; 35 erkek, 36 kadın, Evka-4 Sağlık Ocağı'ndan 40 erkek, 38 kadın, Işıkkent Sağlık Ocağı'ndan ise 33 erkek, 28 kadın örnekleme girmesine karar verilmiştir (Tablo 4, Tablo 5, Tablo 6). Örneğe çıkan

sağlık ocaklarının sağlık grup başkanlığından elde edilen sokak listelerinden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile sokaklar seçilmiştir. Olasılıksız örnekleme yöntemi ile örnekleme sayısına ulaşılan kadar çalışılan sokaktaki hanelerde örnekleme kriterine uyan bireylerle anket çalışmasına devam edilmiştir (5, 40, 77, 106, 107).

Sonuç olarak; Ş. Ergil Merkez Sağlık Ocağı (üst) bölgesinden 85 birey, Evka-4 Sağlık Ocağı (orta) bölgesinden 102 birey, Işıkkent Sağlık Ocağı (alt) bölgesinden ise 75 birey örnekleme alınmıştır ( Tablo 7). Ş. Ergil Merkez Sağlık Ocağı (üst) bölgesinden iki birey, Evka-4 Sağlık Ocağı (orta) bölgesinden yedi birey ve Işıkkent Sağlık Ocağı (alt) bölgesinden 11 birey araştırmaya katılmayı kabul etmemişlerdir.

**Tablo 1: Bornova Bölgesinde Yaşayan 25-64 Yaş Nüfusta, En Az İlkokul Mezunu Olan Nüfusun, Bağlı Oldukları Sağlık Ocaklarına ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

SAĞLIK OCAĞI	25-64 Yaş Grubu		TOPLAM
	Kadın	Erkek	
Altındağ 1, 2 no'lu Sağlık Ocağı	5756	6228	11984
Atatürk Sağlık Ocağı	8120	9168	17288
Çamdibi 1 no'lu Sağlık Ocağı	11018	11788	22806
Çamdibi 2 no'lu Sağlık Ocağı	5452	6031	11483
Çamkule Sağlık Ocağı	1855	2646	4501
Doğanlar Batıçim Sağlık Ocağı	2787	3731	6518
Evka-3 Sağlık Ocağı	6947	7342	14289
Evka-4 Sağlık Ocağı	3917	4222	8139
Hasan Çolakoğlu Sağlık Ocağı	7288	7316	14604
Işıkkent Sağlık Ocağı	942	1129	2071
Kızılay Sağlık Ocağı	5306	5479	10785
Mevlana Sağlık Ocağı	2806	3583	6389
Naldöken Sağlık Ocağı	971	1317	2288
Özkanlar Sağlık Ocağı	9148	9183	18331
Pınarbaşı Sağlık Ocağı	3838	4564	8402
Ş. Ergil Merkez Sağlık Ocağı	9586	9530	19116
Ş.Ş.E. Osmangazi Sağlık Ocağı	5867	7816	13683
Ümit Sağlık Ocağı	629	750	1379
Yeşilçam Sağlık Ocağı	1006	1258	2264
<b>TOPLAM</b>	<b>93.239</b>	<b>103.081</b>	<b>196.320</b>

**Tablo 2: Bornova Bölgesi Sağlık Ocaklarının Sosyoekonomik Yapıya Göre Gruplandırılması**

<b>ÜST</b>	<b>ORTA</b>	<b>ALT</b>
*Ş. Ergil Merkez Sağlık Ocağı	*Altındağ 1, 2 no'lu Sağlık Ocağı	*Çamdibi 1 no'lu Sağlık Ocağı
*Evka-3 Sağlık Ocağı	*Atatürk Sağlık Ocağı	*Çamkule Sağlık Ocağı
*Özkanlar Sağlık Ocağı	*Çamdibi 2 no'lu Sağlık Ocağı	*Doğanlar Batıçim Sağlık Ocağı
*Hasan Çolakoğlu Sağlık Ocağı	*Evka-4 Sağlık Ocağı	*Işıkkent Sağlık Ocağı
	*Ş.Ş.E.Osmangazi Sağlık Ocağı	*Mevlana Sağlık Ocağı
	*Kızılay Sağlık Ocağı	*Naldöken Sağlık Ocağı
		*Yeşilçam Sağlık Ocağı
		*Pınarbaşı Sağlık Ocağı
		*Ümit Sağlık Ocağı

**Tablo 3: Bornova Bölgesi Sağlık Ocaklarının Sosyoekonomik Yapılarına Göre Örneğe Girecek Birey Sayısı**

<b>Sağ. Ocağı (i)</b>	<b>Sosyoekonomik durum</b>	<b>Örneklem (Ni)</b>	<b>Tabaka Ağırlığı ( Ni/N)=ai</b>	<b>Örneğe girecek birey sayısı ai x n=ni</b>
1	Üst	66340	66340 / 196.320	<b>0.3379 x 210=71</b>
2	Orta	73367	73367 / 196.320	<b>0.3737 x 210=78</b>
3	Alt	56618	56618 / 196.320	<b>0.2883 x 210=61</b>

**Tablo 4: Ş. Ergil Merkez Sağlık Ocağı Nüfusunun, 25-64 Yaşa ve Cinsiyete Göre Tabakalanması ve Örneğe Girecek Birey Sayısı**

<b>Tabaka No:i</b>	<b>Yaş</b>	<b>Erkek Sayısı Ni</b>	<b>Tabaka Ağırlığı Ni/N=ai</b>	<b>Örnekleme Girecek Erkek Sayısı</b>	<b>Kadın Sayısı Ni</b>	<b>Tabaka Ağırlığı Ni/N=ai</b>	<b>Örnekleme Girecek Kadın Sayısı</b>
1	25-29	1783	1783/9530=0.187	0.187x35=7	1680	1680/9586=0.175	0.175x36=6
2	30-34	1281	1281/9530=0.134	0.134x35=5	1431	1431/9586=0.149	0.149x36=5
3	35-39	1198	1198/9530=0.125	0.125x35=4	1277	1277/9586=0.133	0.133x36=5
4	40-44	1207	1207/9530=0.126	0.126x35=4	1226	1226/9586=0.127	0.127x36=4
5	45-49	1186	1186/9530=0.124	0.124x35=4	1238	1238/9586=0.129	0.129x36=5
6	50-54	1189	1189/9530=0.124	0.124x35=4	1077	1077/9586=0.112	0.112x36=4
7	55-59	938	938/9530=0.098	0.098x35=4	962	962/9586=0.100	0.100x36=4
8	60-64	748	748/9530=0.078	0.078x35=3	695	695/9586=0.072	0.072x36=3
<b>Toplam</b>	<b>25-64</b>	<b>9530</b>		<b>35</b>	<b>9586</b>		<b>36</b>

**Tablo 5: Evka-4 Sağlık Ocağı Nüfusunun, 25-64 Yaşa ve Cinsiyete Göre Tabakalanması ve Örneğe Girecek Birey Sayısı**

<b>Tabaka No:i</b>	<b>Yaş</b>	<b>Erkek Sayısı Ni</b>	<b>Tabaka Ağırlığı Ni/N=ai</b>	<b>Örnekleme Girecek Erkek Sayısı</b>	<b>Kadın Sayısı Ni</b>	<b>Tabaka Ağırlığı Ni/N=ai</b>	<b>Örnekleme Girecek Kadın Sayısı</b>
1	25-29	851	851/4222=0.201	0.201x40=8	829	829/3917=0.211	0.211x38=8
2	30-34	797	797/4222=0.188	0.188x40=7	838	838/3917=0.213	0.213x38=8
3	35-39	789	789/4222=0.186	0.186x40=7	779	779/3917=0.198	0.198x38=7
4	40-44	691	691/4222=0.163	0.163x40=7	626	626/3917=0.159	0.159x38=6
5	45-49	487	487/4222=0.115	0.115x40=5	374	374/3917=0.095	0.095x38=4
6	50-54	301	301/4222=0.071	0.071x40=3	190	190/3917=0.048	0.048x38=2
7	55-59	182	182/4222=0.043	0.043x40=2	153	153/3917=0.039	0.039x38=2
8	60-64	124	124/4222=0.029	0.029x40=1	128	128/3917=0.032	0.032x38=1
<b>Toplam</b>		<b>4222</b>		<b>40</b>	<b>3917</b>		<b>38</b>



**Tablo 6: Işıkkent Sağlık Ocağı Nüfusunun, 25-64 Yaşa ve Cinsiyete Göre Tabakalanması ve Örneğe Girecek Birey Sayısı**

<b>Tabaka No:i</b>	<b>Yaş</b>	<b>Erkek Sayısı Ni</b>	<b>Tabaka Ağırlığı Ni/N=ai</b>	<b>Örnekleme Girecek Erkek Sayısı</b>	<b>Kadın Sayısı Ni</b>	<b>Tabaka Ağırlığı Ni/N=ai</b>	<b>Örnekleme Girecek Kadın Sayısı</b>
1	25-29	228	228/1129=0.201	0.201x33=7	207	207/942=0.219	0.219x28=6
2	30-34	210	210/1129=0.186	0.186x33=6	183	183/942=0.194	0.194x28=5
3	35-39	182	182/1129=0.161	0.161x33=5	153	153/942=0.162	0.162x28=5
4	40-44	140	140/1129=0.124	0.124x33=4	138	138/942=0.146	0.146x28=4
5	45-49	138	138/1129=0.122	0.122x33=4	75	75/942=0.079	0.079x28=2
6	50-54	118	118/1129=0.104	0.104x33=4	96	96/942=0.101	0.101x28=3
7	55-59	66	66/1129=0.058	0.058x33=2	49	49/942=0.052	0.052x28=2
8	60-64	47	47/1129=0.041	0.041x33=1	41	41/942=0.043	0.043x28=1
<b>Toplam</b>		<b>1129</b>		<b>33</b>	<b>942</b>		<b>28</b>

## 2.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Bornova ilçe merkezindeki Ş. Ergil Merkez Sağlık Ocağı, Evka-4 Sağlık Ocağı ve Işıkkent Sağlık Ocağı bölgesinden örnekleme alınan 262 bireye ev ziyareti yapılarak EK-I, EK-II ve EK-III'de verilen formlar bireyler tarafından doldurulmuştur.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin güvenilirliği için güvenilirlik tekniklerinden biri olan test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Böylece Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği örneklemedeki ulaşılabilen ilk 125 kişiye, birinci uygulamadan üç hafta sonra yeniden uygulanmıştır (Tablo 7) (5, 6, 16, 47, 71, 77, 103, 116).

Veri toplama araçlarının doldurulması 15-20 dakika zaman almıştır. Veri toplama işlemi 01 Nisan 2006- 01 Temmuz 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 7: Sağlık Ocaklarında Ölçeğin Uygulanma Sürecinde Ulaşılan Birey Sayısı**

Sağlık Ocakları	I.Uygulamada Ulaşılan birey sayısı (Test)	II.Uygulamada Tekrar ulaşılan birey sayısı (tekrar-test)
Ş. Erdil Merkez Sağlık Ocağı	85	41
Evka-4 Sağlık Ocağı	102	49
Işıkkent Sağlık Ocağı	75	35
<b>TOPLAM</b>	<b>262</b>	<b>125</b>

## 2.8. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlama çalışması iki ana aşamada yapılmıştır;

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/ dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlilik -güvenirlilik) (6, 41, 47, 71, 103).

### 2.8.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi / Dil Uyarlaması

Ölçeğin dil uyarlamasındaki kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için çeviri yöntemi kullanılmıştır. Aksayan ve Gözüm'ün (2002) aktardığı üzere bu yöntemde en az iki bağımsız çevirmen olması gerekmektedir. Bu doğrultuda; ölçeğin (EK IV) çeviri çalışması; iki öğretim üyesi, bir öğretim görevlisi doktor, bir uzman doktor, bir okutman ve bir çevirmen tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir (EK V). Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışman öğretim üyesi tarafından düzenlendikten sonra, düzenlenen form her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan Yabancı Diller Bölümünde görevli iki öğretim elemanı ve bağımsız bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çevirideki ifadeler orijinal İngilizce ifadeler ile incelendikten sonra Türkçe çevirisi tekrar gözden geçirilmiştir. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçek içerik geçerliliği için sekiz uzmanın görüşüne sunulmuştur (EK V). Uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 100 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda yapılan ifade değişikliklerinin ardından Kendall Uyuşum Katsayısı ( $W^a$ ) (Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik geçerliliği çalışması yapılmıştır (Kendall's  $W^a = 0,336$ ,  $df=20$ ,  $p=0,000$ ). Analiz sonucu  $P<0.00$  düzeyinde anlamlı bulunmasından dolayı,

ölçek düzeltilmiş hali ile üç uzmana yeniden değerlendirilmek üzere verilmiştir. Psikometri birimi ile görüşülmüş bu doğrultuda bazı uzmanların görüşlerinin yeniden alınması önerilmiştir. Sonuç olarak; üç uzman ölçeğin düzeltilmiş halini ikinci kez değerlendirmiş, Kendal  $W^a$  Uyuşum Katsayısı korelasyon testi sonuçlarında (Kendall's  $W^a = 0.167$ ,  $\chi^2=26.686$ ,  $df=20$ ,  $p=.144$ ) anlamsızlık saptanmış, bu bulgular uzmanlar arasında uyum olduğunu göstermiştir (34).

Alınan öneriler ve yapılan düzeltmelerden sonra ön uygulamaya araştırma kapsamına alınmayan 15 birey alınmış, bireylerden anlamakta zorlandıkları maddeler, okunabilirlik ve madde formatı açısından anketi değerlendirmeleri istenmiş ve önerilen değişiklikler sonunda ölçek son durumuna ulaşmıştır (EK II) (6, 16,47).

### **2.8.2.Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi (Geçerlilik –Güvenirlik)**

Örnekleme yeterliliği için faktör analizi öncesi Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) analizi ve örnek sınaama büyüklüğü olarak, örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmede Barlett's Test of Sphericity Analizi kullanılmıştır (16, 103). Örneklemin gücü ise Power Analizi uygulanarak değerlendirilmiştir (73).

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerlilik yöntemleri ve yapılan işlemler aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Tablo 8) (6, 16, 47, 71, 77, 103, 116).

**Tablo 8: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerlilik Yöntemleri ve Yapılan İstatistikler**

<b>Geçerlilik Yöntemi</b>	<b>Geçerlik Yöntemi İçin Yapılan İstatistikler</b>
<b>İçerik/Kapsam geçerliliği</b>	Uzman Görüşü Kendall Uyuşum Katsayısı ( $W^a$ )
<b>Yapı/Kavram Geçerliliği</b> Faktör Analizi	Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>Ölçüt / Bağımlı Geçerlilik</b> Eşzamanlı (Benzer ölçekler) Geçerliliği	Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği birlikte uygulayarak Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi yapılmıştır.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin güvenilirlik yöntemleri ve yapılan işlemler aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Tablo 9) (6, 16, 47, 71, 77, 103, 116).

**Tablo 9: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Güvenirlik Yöntemleri ve Yapılan İstatistikler**

<b>Güvenirlik Yöntemi</b>	<b>Güvenirlik Yöntemi İçin Yapılan İstatistikler</b>
<b>İç Tutarlılık</b>	
Madde İstatistikleri	Madde-toplam korelasyon katsayısı için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Düzeltilmiş Formülü (Point- bi-serial) hesaplama
Testi Yarılama	Cronbach Alpha Katsayısı Guttman Split-half Spearman–Brown güvenirlik katsayıları
Cronbach Alpha Katsayısı	Cronbach Alpha Güvenirlik Analizi
<b>Zamana Karşı Değişmezlik</b>	Pearson Momentler Çarpımı
Test-Tekrar Test Yöntemi	Korelasyon Katsayısı

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Pacgete For Social Science (SPSS) 14 paket programında gerçekleştirilmiştir. Analizlerden bazılarına ilişkin aydınlatıcı bilgiler aşağıda verilmiştir.

## **2.9. SÜRE VE OLANAKLAR**

Araştırmanın planlanması, gerekli hazırlıkların yapılması 06.04.2005 tarihinde başlamış, 06.05.2005 tarihinde araştırma konusu belirlenmiş, 28 Ekim 2005 tarihinde ise tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırma için gerekli resmi izinler alındıktan sonra ( EKVI, EK VII, EK VIII, EK IX) 01 Nisan 2006- 01 Temmuz 2006 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Veriler toplanıp değerlendirme çalışması yapıldıktan sonra, araştırma raporu doktora tez çalışması olarak 21 Aralık 2006 tarihinde sunulmuştur (Tablo 10).

## **2.10. ETİK AÇIKLAMALAR**










Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ni geliştiren Hirai ve Clum (2000)'dan yazılı izin alınmıştır (EK VI). Ölçüt geçerliliği yönteminde kullanılan eşdeğer ölçek için Bağ (2003)'dan yazılı izin alınmıştır (EK VII).

Araştırmanın yapılabilmesi için, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurul'undan gerekli izin alınmıştır (EK VIII).Araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır (EK IX).

Bireylere çalışmaya katılıp katılmayacakları sorulmuş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan sözlü onam alınmıştır.

Araştırmada göz önünde bulundurulmuş etik ilke “insan onuruna saygı”dır. Araştırmaya katılan bireylere, yapılan araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklanmıştır. Bu doğrultuda ev ziyareti yapılan 262 birey araştırmaya katılmayı kabul etmiş, 17 birey ise araştırmaya katılmak istememiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylere, kendilerinden alınan bireysel bilgileri araştırmacının dışında başka bir bireyin ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda açıklama yapılarak “gizlilik” ilkesine bağlı güvenleri kazandırılmıştır (16, 40, 77).

Tablo 10: Tezin Zamana Göre Dağılımı

Yapılan Çalışmalar	Nisan-Mayıs 2005	Mayıs-2005	Haziran	Ekim 2005	Kasım-Şubat 05/06	Nisan-Tem. 2006	Haziran 2006	Temmuz-Eylül2006	Eylül-Kasım2006	Aralık 2006
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi										
Araştırma Deseninin Seçimi										
Tez Önerisi										
Düzeltilmelerin Yapılması ve İzinlerin alınması										
Veri Toplama										
Tez Ara Raporu										
Verilerin Analize Hazırlanması										
Yorum ve Tez Yazımı										
Tez Sunumu										



## **BÖLÜM III**

### **BULGULAR**

Araştırmada bulgular üç başlık altında verilmiştir.

- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için görüşülen bireylerin tanıtıcı özelliklerine ve ruhsal hastalığa yönelik görüşlerine ait bulgular,
- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine ait bulgular,

#### **3.1. BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ VE RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULARI**

Bu bölümde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için görüşülen bireylerin tanıtıcı özelliklerine ve ruhsal hastalığa yönelik görüşlerine göre incelenmesi sunulmuştur.

### 3.1.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

**Tablo 11** : Bireylerin Bağlı Bulunduğu Sağlık Ocağı, Cinsiyet Durumu, Yetiştigi Sosyal Çevre ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

ÖZELLİKLER	N	%
<b><u>Bağlı bulunduğu sağlık ocağı</u></b>		
Işıkkent Sağlık Ocağı	74	28.2
Evka-4 Sağlık Ocağı	102	39.0
Şükrü Ergil Merkez Sağlık Ocağı	86	32.8
<b><u>Cinsiyet Durumu</u></b>		
Kadın	129	49.2
Erkek	133	50.8
<b><u>Yetişilen sosyal çevre</u></b>		
Kent	182	69.5
Kırsal	80	30.5
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>		
İlkokul mezunu	112	42.7
Ortaokul mezunu	26	9.9
Lise mezunu	68	26.0
Üniversite mezunu	51	19.5
Lisansüstü	5	1.9
<b>TOPLAM</b>	<b>262</b>	<b>100.00</b>

Tablo 11’de bireylerin bağlı bulunduğu sağlık ocağı, cinsiyet durumu, yetiştiği sosyal çevre ve eğitim durumuna göre dağılımları verilmiştir. Bireylerin %28.2’sinin Işıkkent sağlık ocağı, %39’unun Evka-4 sağlık ocağı ve %32.8’inin ise Şükrü Ergil Merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşadığı saptanmıştır. Bireylerin %50.8’inin erkek olduğu ve yaş ortalamalarının  $39.7 \pm 10.3$  olduğu, %69.5’inin bu ana kadar kentsel çevrede yaşadığı ve %42.7’sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

**Tablo 12 : Bireylerin Medeni Durumları, Çocuk Sahibi Olma Durumları ve Aile Yapıları, Çalışma Durumları ve Gelir Durumlarına Göre Dağılımları**

ÖZELLİKLER	N	%
<b><u>Medeni durumunu</u></b>		
Hiç evlenmedi	30	11.5
Birlikte yaşıyor	6	2.3
Resmi olmayan nikahlı evli	7	2.7
Resmi nikahlı evli	202	77.1
Boşandı	12	4.6
Eşi ölü	5	1.8
<b><u>Çocuk sahibi olma durumu</u></b>		
Evet	206	78.6
Hayır	56	21.4
<b><u>Aile yapısı</u></b>		
Çekirdek aile	209	79.8
Geniş aile	43	16.4
Parçalanmış aile	10	3.8
<b><u>Çalışma durumu</u></b>		
Çalışıyor	134	51.1
Çalışmıyor	113	43.1
Emekli	15	5.8
<b><u>Gelir durumu</u></b>		
Gelir giderden az	105	40.1
Gelir gidere eşit	129	49.2
Gelir giderden fazla	28	10.7
<b>TOPLAM</b>	<b>262</b>	<b>100.00</b>

Tablo 12’de bireylerin medeni durumları, çocuk sahibi olma durumları ve aile yapıları, çalışma durumları ve gelir durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Bireylerin %77.1’inin resmi nikahlı ve evli olduğu, %78.6’nın çocuk sahibi olduğu, %79.8’inin çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca bireylerin %51.1’inin çalıştığı, %49.2’inin gelir ve gider durumunun eşit olduğu saptanmıştır.

### 3.1.2. Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik Görüşleri

**Tablo 13:** Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik Görüşlerinin Dağılımları

ÖZELLİKLER	N	%
<b><u>Ruhsal hastalığı olan bir yakınının olma durumu</u></b>		
Var	38	14.5
Yok	224	85.5
<b><u>*Bu bireve yakınlık derecesi</u></b>		
Annesi, Kardeşi, Akrabası	19	7.3
Arkadaş	10	3.8
Eşi	9	3.4
<b><u>*Ruhsal hastalığı olan birey ile birlikte aynı evde yaşama durumu</u></b>		
Evet	15	5.7
Hayır	23	8.8
<b><u>*Bu birey ile gün içinde birlikte geçirilen zaman dilimi</u></b>		
1-11 saat	10	3.8
12 ve↑	5	1.9
Birlikte zaman geçirmiyor	23	8.8
<b><u>Ruhsal sorunlu bireylere yönelik daha çok yaşanan duygu</u></b>		
Korku	77	29.4
Öfke	10	3.8
Sıkıntı	125	47.7
Heyecan, Mutluluk, Diğer	50	19.1
<b><u>Yakını ruhsal sorun yaşadığında vardım alacağı birey</u></b>		
Psikiyatr	134	51.1
Psikolog	111	42.4
Pratisyen hekim	17	6.5
Hemşire	0	0.0
<b><u>Ruhsal hastalıkların ana nedeni</u></b>		
Travmatik olaylar (deprem, sel gibi olaylar...)	58	22.1
Aile içi çatışmalar	108	41.2
Kalıtsal yatkınlık	29	11.1
Dinsel problemler	8	3.1
Büyü gibi doğa üstü güçler	5	1.9
Geçirilen enfeksiyon hastalıkları	10	3.8
Diğer (stres,yaşadığı sorun ile baş edememe, ekonomi )	28	10.7
Hepsi	16	6.1
<b>TOPLAM</b>	<b>262</b>	<b>100.00</b>

\* (N=38)

Bireylerin ruhsal hastalığa yönelik görüşlerinin dağılımları incelendiğinde, %14.5'inin ruhsal hastalığı olan bir yakınının olduğu, hasta olan yakının %7.3'ünün anne, kardeş ve akraba olduğu saptanmıştır. Bireylerin ruhsal hastalığı olan birey ile birlikte yaşama durumu ve birlikte geçirilen zamana göre dağılımları incelendiğinde, %5.7'sinin hasta yakınları ile birlikte yaşadığı ve %3.8'inin 1-11 saat hasta yakını ile birlikte zaman geçirdiği saptanmıştır. Bireylerin bu hastalara yönelik %47.7'si sıkıntı yaşadığını, %51.1'i ruhsal sorun yaşandığında psikiyatriste gideceğini ve %41.2'si ise bu hastalıkların ana nedeninin aile içi çatışmalar olduğunu düşündüğü saptanmıştır (Tablo 13).

### **3.2.ÖLÇEĞİN GEÇERLİLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI**

#### **3.2.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerlilik Analizleri**

Ruhsal hastalığa yönelik inançları ölçmek amacıyla Hirai ve Clum (2000) tarafından Amerika'da geliştirilen ölçeğin Türk toplumuna uyarlaması çalışmasında ilk olarak dil geçerliliği çalışması gerçekleştirilmiştir. Dil geçerliliği için başvuru olan çeviri çalışması ve uzman görüşü için toplam 16 uzmandan destek alınmıştır (EK V). Ölçek altı öğretim elemanı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiş, araştırmacı ve tez danışman öğretim üyesi tarafından çeviriler değerlendirilerek bir taslak haline getirilmiş, bu taslak her iki dili (Türkçe-İngilizce) iyi bilen yabancı dillerden iki öğretim elemanı ve İngiliz uyruklu olup, uzun yıllardır Türkiye'de yaşayan bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çevirideki ifadeler orijinal İngilizce ifadeler ile incelendikten sonra Türkçe çevirisi tekrar gözden geçirilmiştir. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçek "içerik/kapsam geçerliliği" için uzman görüşüne sunulmuş ve öneriler dikkate alınarak Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin son şekli oluşturulmuştur.

### **3.2.1.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi**

Bu bölümde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin içerik geçerliliği sonuçları yer almaktadır. Ölçeğin içerik geçerliliği için tüm maddeler uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü sonucunda Kendal W<sup>a</sup> Uyuşum Katsayısı korelasyon testi yapılmıştır. Kendal W<sup>a</sup> Uyuşum Katsayısı korelasyon testi sonucu  $p < 0.00$  düzeyinde anlamlı bulunduğu için, ölçek düzeltilmiş hali ile üç uzmana yeniden değerlendirilmek üzere verilmiştir. Üç uzman değerlendirmesinden sonra Kendal W<sup>a</sup> Uyuşum Katsayısı korelasyon testi  $p > 0.00$  düzeyinde anlamsız bulunmuş, sonuçlar aşağıda verilmiştir.

**Tablo 14:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Uzman Görüşü

Ortalamalarının Dağılımı\*

Maddeler	En Düşük	En Yüksek	$\bar{X}$	SS
Madde 1	80.00	100.00	95.00	7.60
Madde 2	70.00	100.00	95.60	6.20
Madde 3	60.00	100.00	90.60	14.70
Madde 4	70.00	100.00	90.60	11.50
Madde 5	90.00	100.00	90.90	4.60
Madde 6	90.00	100.00	98.10	3.70
Madde 7	100.00	100.00	100.00	0.00
Madde 8	80.00	100.00	95.60	7.30
Madde 9	70.00	100.00	91.90	12.50
Madde 10	70.00	100.00	91.90	11.30
Madde 11	90.00	100.00	98.80	3.50
Madde 12	70.00	100.00	93.10	10.30
Madde 13	70.00	100.00	96.30	10.60
Madde 14	90.00	100.00	98.10	3.70
Madde 15	75.00	100.00	95.60	9.00
Madde 16	90.00	100.00	98.80	3.50
Madde 17	90.00	100.00	97.50	4.60
Madde 18	90.00	100.00	98.10	3.70
Madde 19	100.00	100.00	100.00	0.00
Madde 20	80.00	100.00	96.90	7.00
Madde 21	80.00	100.00	94.40	9.00

\*N=8 uzman

İçerik geçerliliği için uzmanların Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği maddelerine verdiği en düşük ve en yüksek puanlar ve maddelerin puan ortalamaları Tablo 14’de verilmiştir. Ölçek maddelerine ilişkin uzmanların verdiği puanlar 60-

100 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya sahip madde 90.60 puan ortalaması ile 3. ve 4. maddeler, en yüksek ortalamaya sahip maddeler ise 100 puan ortalaması ile 7 ve 19. maddelerdir.

**Tablo 15:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Kendall's  $W^a$  Test Sonuçları

	$W^a$	$\chi^2$	SD	p
<b>Uzman Görüş</b>	<b>0.167</b>	<b>26.686</b>	<b>20</b>	<b>.144</b>

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği için alınan uzman görüşleri doğrultusunda yapılan ifade değişikliklerinin ardından Kendall Uyuşum Katsayısı ( $W^a$ ) (Kendall Coefficient Of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik geçerliliği çalışması yapılmış,  $p>0.00$  düzeyinde anlamsızlık saptanmıştır (Kendall's  $W^a = 0.167$ ,  $\chi^2=26.686$ ,  $df=20$ ,  $p=.144$ ), ( Tablo 15).

Alınan öneriler ve yapılan düzeltmelerden sonra ön uygulama araştırma kapsamına alınmayan 15 birey ile yapılmış, bireylerden anlamakta zorlandıkları maddeler, okunabilirlik ve madde formatı açısından anketi değerlendirmeleri istenmiş, bu çalışma sonunda ölçek en son durumuna ulaşmıştır (EK II).

### **3.2.1.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Yapı/Kavram Geçerliliğinin Değerlendirilmesi**

Bu bölümde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin yapı geçerliliği sonuçları yer almaktadır. Ölçeğin yapı geçerliliği için faktör analizi öncesi örneklemin yeterliliği, büyüklüğü ve gücü sınanmıştır. Bu doğrultuda varimax rotasyonu kullanılan temel bileşenler faktör analizi uygulanmıştır. Bu testler ile ilgili sonuçlar aşağıda verilmiştir.



**Tablo 16 :** Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling (KMO), Bartlett's Test Sphericity ve Power Analizi Sonuçları

Testler (N=262)	Sonuçları
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling	.80*
Bartlett's Test of Sphericity $\chi^2$	1364.7*
Sd	210
P	.000
Power Analiz (örneklem grubunun sosyoekonomik durumuna göre)	.97**

p<0.05\*      p< 0.01\*\*

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO- örneklem yeterliliği) Analizi, örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için Bartlett's Test of Sphericity Analizi ve örneklem gücünü belirlemek için ise Power Analizleri yapılarak örneklem grubunun uygunluğu sınanmış olup, ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (Tablo 16).

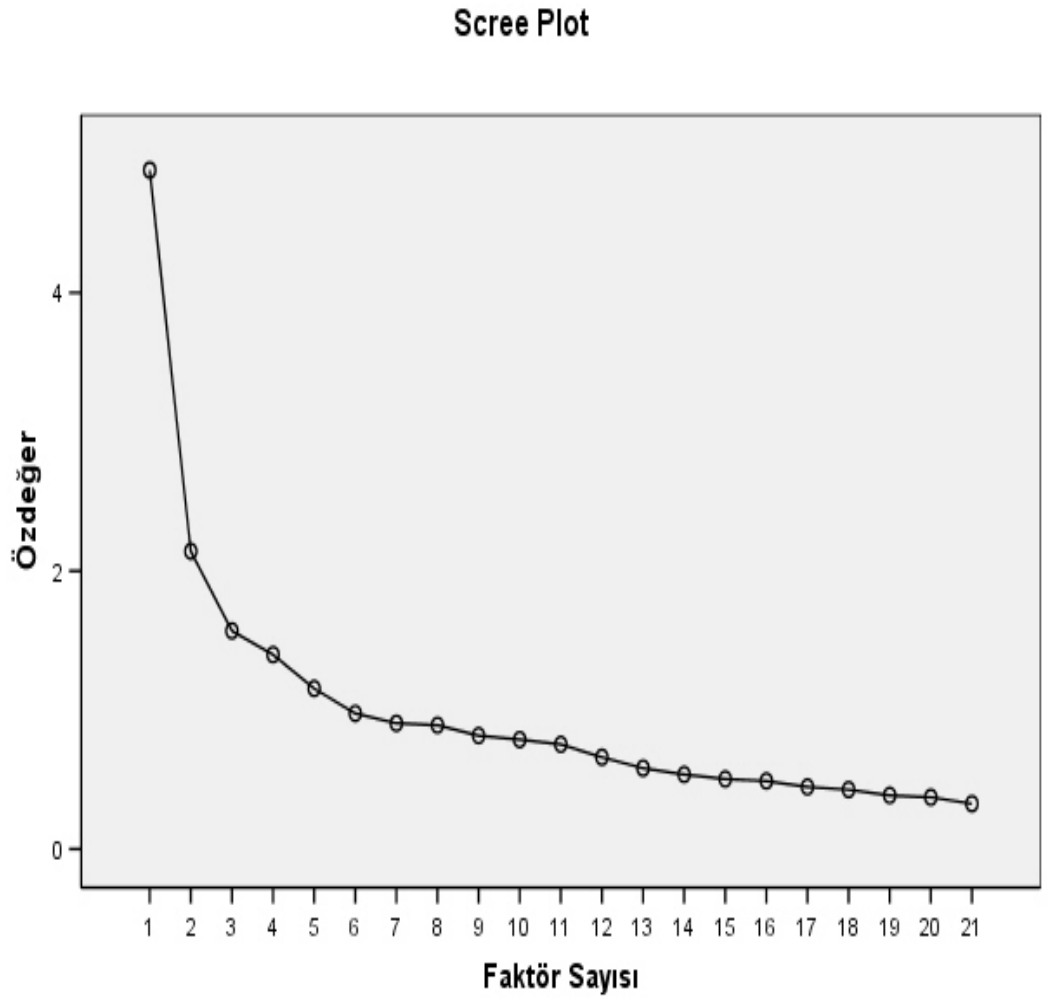
**Tablo 17:** Maddelerin ve Faktörlerin Toplam Varyans Açıklama Oranları

Başlangıç Özdeğerleri Initial Eigenvalues				Yüklerin Kareler Toplamı Extraction Sums of Squared Loadings			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı Rotation Sums of Squared Loadings		
Bileşenler	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %
1	4.88	23.25	23.25	4.88	23.25	23.25	3.67	17.41	17.41
2	2.14	10.20	33.44	2.14	10.20	33.44	2.85	13.59	30.99
3	1.57	7.47	40.91	1.57	7.47	40.91	2.08	9.93	40.91
4	1.40	6.67	47.57						
5	1.16	5.50	53.07						
6	.98	4.64	57.71						
7	.90	4.31	62.02						
8	.89	4.24	66.26						
9	.82	3.89	70.15						
10	.79	3.75	73.89						
11	.75	3.59	77.48						
12	.66	3.15	80.62						
13	.58	2.77	83.39						
14	.54	2.55	85.95						
15	.50	2.40	88.35						
16	.49	2.33	90.68						
17	.447	2.13	92.80						
18	.427	2.04	94.84						
19	.386	1.84	96.68						
20	.372	1.77	98.45						
21	.33	1.55	100.00						

Tablo 17’de ölçeğin faktör yükleri görülmektedir. Temel bileşenler analizi sonucunda ölçeğin maddelerin üç faktörde toplandığı görülmektedir. Her faktörün özdeğeri, 1’in üzerinde bulunmuştur. Üç faktörlü ölçeğin çözümlemesinde özdeğerler sırasıyla Faktör 1 için 17.41, Faktör 2 için 13.59 ve Faktör 3 için 9.93 olarak bulunmuştur. Üç faktör toplam varyansın %40.91’ini açıklamaktadır.

Faktör analizinde kaç faktöre karar kılınacağı ölçüsü olarak scree plot test ile özdeğerleri 1’in üzerinde olan faktörler grafik metodu ile incelenmiş ve scree plot

metoduna ilişkin bulgular grafik 1’de verilmiştir. Test sonucunda beş faktör saptanmış, ölçeğin orijinal yapısına uygunluğunun sağlanması için üç faktöre yönlendirilmiştir.



**Grafik 1:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Faktör Yükleri

**Tablo 18:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Faktör Analizi

<b>Maddeler</b>	<b>Faktör 1</b>	<b>Faktör 2</b>	<b>Faktör 3</b>
<b>Madde 17</b>	<b>.68</b>	.09	.01
<b>Madde 21</b>	<b>.65</b>	.14	.09
<b>Madde 19</b>	<b>.61</b>	.14	-.26
<b>Madde 10</b>	<b>.61</b>	.16	-.02
<b>Madde 11</b>	<b>.60</b>	.06	.08
<b>Madde 14</b>	<b>.52</b>	.25	-.09
<b>Madde 18</b>	<b>.51</b>	.08	.02
<b>Madde 20</b>	<b>.49</b>	.04	.47
<b>Madde 9</b>	<b>.46</b>	.29	.23
<b>Madde 16</b>	<b>.41</b>	.05	.57
<b>Madde 8</b>	<b>.38</b>	.41	.12
<b>Madde 13</b>	.37	<b>.37</b>	.22
<b>Madde 1</b>	.09	<b>.67</b>	-.23
<b>Madde 2</b>	-.01	<b>.63</b>	-.27
<b>Madde 3</b>	.16	<b>.62</b>	.10
<b>Madde 6</b>	.34	<b>.61</b>	.01
<b>Madde 4</b>	-.03	<b>.59</b>	.23
<b>Madde 7</b>	.27	<b>.49</b>	.10
<b>Madde 5</b>	.09	<b>.39</b>	-.04
<b>Madde 15</b>	-.09	-.08	<b>.78</b>
<b>Madde 12</b>	-.07	.03	<b>.77</b>

Faktör analizi sonucunda üç Faktör belirlenmiş olup, bazı maddelerin (madde 08, 13, 16) ölçeğin orijinal yapısına uygunluğu ve kuramsal çerçevedeki alt ölçeklere uygunluğu değerlendirilmiş, birden fazla faktöre girme ile ilgili olarak

alınabilecek ölçüt faktör yükleri arasında en az 0.10 fark olması gerektiği kuralında göz önünde tutularak; faktör grupları arasında en yüksek değer aldıkları, madde 08 ve madde 16 Faktör 1'e, madde 13 ise Faktör 2'ye alınmıştır. Maddelerin faktör yükleri ise 0.37-0.78 arasındadır (Tablo 18).

### **3.2.1.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Uygulama/Ölçüte Bağlı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi**

Bu bölümde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin ölçüte bağlı geçerlilik sonuçları yer almaktadır. Ölçeğin ölçüt geçerliliği için paralel formla ilişkisi sınanmıştır. Ölçekler arası korelasyon Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı analizi ile değerlendirilmiştir. Bu testler ile ilgili sonuçlar aşağıda verilmiştir.

**Tablo 19:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Arasındaki Korelasyon Katsayıları

<b>ÖLÇEKLER VE ALT ÖLÇEKLERİ</b>	<b>İyi niyet</b>	<b>Toplumsal İdeoloji</b>	<b>Korku</b>	<b>Tutum toplam</b>
<b>Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma</b>	-.054	.107	-.181**	.012
<b>Tehlikeli</b>	-.065	.149*	-.092	.050
<b>Ütanma</b>	.265**	.279**	-.036	.302**
<b>Ölçek toplam</b>	-.026	.183**	-.168**	.077

\* p < 0.05

\*\* p < 0.01

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 19’da incelenmiştir. Ölçeğin kendisi ile paralel ölçeğin toplumsal ideoloji alt ölçeği arasında pozitif, korku alt ölçeği arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçeğin çaresizlik alt ölçeği ile paralel ölçeğin korku alt ölçeği arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçeğin Tehlikeli alt ölçeği ile Toplumsal ideoloji alt ölçeği arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçeğin Ütanma alt ölçeği ile paralel ölçeğin kendisi, İyi Niyet ve Toplumsal İdeoloji alt ölçeği arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak ölçeğin kendisi ile paralel ölçek ve iyi niyet alt ölçeği arasında bir korelasyon bulunmamıştır.

### **3.2.2. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİK ANALİZLERİ**

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve alt ölçeklerinin iç tutarlılık analizleri, yarı test güvenirliği ve zamana karşı değişmezlik analizleri sonuçları bu bölümde yer almaktadır.

#### **3.2.2.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizleri**

Bu bölümde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği iç tutarlılık analiz sonuçları yer almaktadır. Ölçeğin tümü ve alanları için korelasyona dayalı madde analizi yapılmış, Hotelling's  $T^2$  analizi ve yarı-test güvenirlik sonuçları elde edilmiş Cronbach Alpha katsayıları hesaplanmıŐtır. Bununla ilgili sonuçlar aşağıda verilmiştir.

**Tablo 20:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Madde Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı

<i>Maddeler</i>	<b>Tam.</b> <b>katılm.</b> <b>% (n)</b>	<b>Çoğ.</b> <b>katılm.</b> <b>% (n)</b>	<b>Kıs.</b> <b>katılm.</b> <b>% (n)</b>	<b>Kıs.</b> <b>kat.</b> <b>% (n)</b>	<b>Çoğ.</b> <b>kat.</b> <b>% (n)</b>	<b>Tam.</b> <b>kat.</b> <b>% (n)</b>	$\bar{X}$	SS
<b>Madde 1</b>	9.9 (26)	6.1 (16)	8.8 (23)	23.7 (62)	11.1 (29)	40.5 (106)	3.4.	1.7
<b>Madde 2</b>	1.9(5)	5.0(13)	5.7(15)	16.4(43)	15.6(41)	55.3(145)	4.0	1.3
<b>Madde 3</b>	11.1(29)	16.0(42)	13.7(36)	25.2(66)	12.2(32)	21.8(57)	2.8.	1.7
<b>Madde 4</b>	26.7(70)	13.6(33)	9.9(26)	18.3(489)	10.3(27)	22.1(58)	2.4	1.9
<b>Madde 5</b>	9.2(24)	4.2(11)	5.7(15)	22.1(58)	9.9(26)	48.9(128)	3.7	1.6
<b>Madde 6</b>	9.5(25)	6.5(17)	9.9(26)	21.8(57)	15.3(40)	37.0(97)	3.4	1.6
<b>Madde 7</b>	11.1(29)	7.3(19)	11.5(30)	23.3(61)	17.6(46)	29.4(77)	3.2	1.7
<b>Madde 8</b>	16.8(44)	7.3(19)	9.9(26)	16.8(44)	13.0(34)	36.3(95)	3.1	1.9
<b>Madde 9</b>	19.5(51)	7.6(20)	11.8(31)	26.0(68)	11.8(31)	23.3(61)	2.7	1.8
<b>Madde 10</b>	8.4(22)	9.5(25)	10.7(289)	29.8(78)	15.3(40)	26.3(69)	3.1	1.6
<b>Madde 11</b>	6.5(17)	7.3(19)	17.2(45)	22.1(58)	13.7(36)	33.2(87)	1.0	1.5
<b>Madde 12</b>	62.6(164)	12.2(32)	6.9(18)	11.5(30)	3.8(10)	3.1(8)	1.4	1.8
<b>Madde 13</b>	22.9(60)	9.9(26)	17.9(47)	22.1(58)	5.7(15)	21.4(56)	3.3	1.7
<b>Madde 14</b>	10.3(279)	6.9(18)	13.4(35)	19.8(52)	15.3(40)	34.4(90)	.9	1.4
<b>Madde 15</b>	67.6(177)	12.6(33)	5.3(14)	5.0(13)	5.7(15)	3.8(10)	2.3	1.8
<b>Madde 16</b>	24.8(65)	13.7(36)	12.2(32)	22.5(59)	11.1(29)	15.6(41)	2.2	1.7
<b>Madde 17</b>	10.7(18)	10.3(27)	9.9(26)	21.4(56)	11.8(31)	35.9(94)	3.2	1.7
<b>Madde 18</b>	11.8(31)	12.2(32)	12.2(32)	20.6(54)	17.9(47)	25.2(66)	3.0	1.7
<b>Madde 19</b>	7.6(20)	8.8(23)	12.2(32)	21.0(55)	15.3(40)	35.1(92)	3.3	1.6
<b>Madde 20</b>	30.9(81)	14.9(39)	11.8(31)	22.5(59)	8.8(23)	11.1(29)	2.0	1.7
<b>Madde 21</b>	13.0(34)	11.8(31)	19.5(51)	22.5(59)	8.4(22)	24.8(65)	2.8	1.7

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği maddelerinin ortalama, standart sapma ve likert dağılımı Tablo 20’de görülmektedir. Maddelerin ortalamaları

$\bar{X} = 9 \pm 1.4$  ile  $\bar{X} = 4 \pm 1.3$  arasındadır.



**Tablo 21:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Maddelerinin Analizi

<i>Maddeler</i>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması</b>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı</b>	<b>Madde Ölçek Toplam Korelasyonu</b>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Alphası</b>
<b>Madde 1</b>	55.57	244.27	.34	.82
<b>Madde 2</b>	54.93	252.52	.25	.82
<b>Madde 3</b>	56.21	239.54	.44	.81
<b>Madde 4</b>	56.59	243.23	.30	.82
<b>Madde 5</b>	55.32	251.35	.20	.82
<b>Madde 6</b>	55.60	234.90	.53	.81
<b>Madde 7</b>	55.81	240.06	.43	.81
<b>Madde 8</b>	55.87	233.67	.48	.81
<b>Madde 9</b>	56.25	235.36	.48	.81
<b>Madde 10</b>	55.85	239.70	.46	.81
<b>Madde 11</b>	55.69	241.96	.42	.81
<b>Madde 12</b>	58.07	257.43	.12	.82
<b>Madde 13</b>	56.56	235.71	.47	.81
<b>Madde 14</b>	55.72	239.54	.43	.81
<b>Madde 15</b>	58.18	260.89	.04	.83
<b>Madde 16</b>	56.70	240.570	.38	.81
<b>Madde 17</b>	55.77	236.30	.48	.81
<b>Madde 18</b>	56.02	242.48	.37	.81
<b>Madde 19</b>	55.65	242.04	.40	.81
<b>Madde 20</b>	57.01	238.81	.43	.81
<b>Madde 21</b>	56.22	235.19	.51	.81
<b>N items =21</b>			<b>Alpha = .82</b>	

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin madde analizi sonucunda; Madde 12 ve madde 15'in madde ölçek toplam korelasyon değerleri .20'nin altında bulunmuştur. Bu maddelerin çıkarılması durumunda, ölçeğin Cronbach Alpha değeri değişmediği için maddelerin çıkarılması uygun görülmemiştir (Tablo 21).

**Tablo 22:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyonları

<i>Maddeler</i>	<b>r</b>	<b>P</b>
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.	.43	.000**
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.	.33	.000**
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.	.52	.000**
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.	.40	.000**
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.	.30	.000**
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.	.60	.000**
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.	.51	.000**
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.	.57	.000**
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.	.56	.000**
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.	.54	.000**
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.	.49	.000**
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.	.20	.000**
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.	.55	.000**
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.	.51	.000**
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.	.12	.040*
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.	.47	.000**
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.	.56	.000**
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.	.45	.000**
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.	.48	.000**
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.	.51	.000**
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.	.59	.000**

\*P<0.05

\*\*P<0.01

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği maddeleri p<0.01 ve p<0.05 (madde 15) düzeyinde anlamlı olduğundan ölçekten madde çıkarılmamıştır (Tablo 22).

**Tablo 23:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Madde Ortalamaları Analizi

	<b>T<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>P</b>
<b>Hotelling's T<sup>2</sup> - Test</b>	984.201	45.628	20	242	.000

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği maddelerinin ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 23)

**Tablo 24:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri

<b>RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ</b>	
<b>Guttman Split-Half</b>	.70
<b>Spearman-Brown</b>	.70
<b>11 Maddelik Birinci Yarı Cronbach Alpha Değeri</b>	.75
<b>10 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alpha Değeri</b>	.71
<b>İki Yarı Arasındaki Korelasyon</b>	.54
<b>N</b>	262
<b>Madde Sayısı</b>	21

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin; Guttman Split-Half katsayısı .70; Spearman-Brown katsayısı ise 0.70 olarak saptanmıştır. Birinci yarının Cronbach Alpha değeri .75; ikinci yarının Cronbach Alpha değeri .71, iki yarı arasındaki korelasyon ise .54'dür (Tablo 24).

**Tablo 25:** Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutunu Oluşturan Maddelerin Dağılımı

<b>ÇARESİZLİK VE KİŞİLERARASI İLİŞKİLERDE BOZULMA</b>				
<i>Maddeler</i>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması</b>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı</b>	<b>Madde Ölçek Toplam Korelasyonu</b>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Alphası</b>
<b>Madde 8</b>	28.92	96.14	.43	.78
<b>Madde 9</b>	29.29	95.97	.46	.78
<b>Madde 10</b>	28.89	97.34	.50	.78
<b>Madde 11</b>	28.73	98.99	.44	.78
<b>Madde 14</b>	28.76	98.60	.42	.79
<b>Madde 16</b>	29.74	98.88	.38	.79
<b>Madde 17</b>	28.81	94.17	.54	.77
<b>Madde 18</b>	29.06	99.35	.39	.79
<b>Madde 19</b>	28.69	98.36	.44	.78
<b>Madde 20</b>	30.06	96.71	.46	.78
<b>Madde 21</b>	29.26	94.33	.55	.77
<b>N = 262</b>		<b>N items = 11</b>	<b>Alpha .80</b>	

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutunu oluşturan maddelerin dağılımı Tablo 25’de görülmektedir. Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutunun Cronbach Alpha değeri .80 olarak saptanmıştır.

**Tablo 26:** Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutunun Madde Ortalamaları Analizi

	<b>T<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>P</b>
<b>Hotelling's T<sup>2</sup> - Test</b>	172.794	16.684	10	252	.000

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu madde ortalamaları fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 26)

**Tablo 27:** Çaresizlik ve Kişiler arası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutunun Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri

<b>ÇARESİZLİK VE KİŞİLERARASI İLİŞKİLERDE BOZULMA</b>	
<b>Guttman Split-Half</b>	.75
<b>Spearman-Brown</b>	.75
<b>6 Maddelik Birinci Yarı Cronbach Alpha Değeri</b>	.67
<b>5 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alpha Değeri</b>	.69
<b>İki Yarı Arasındaki Korelasyon</b>	.60
<b>N</b>	262
<b>Madde Sayısı</b>	11

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutunun Guttman Split-Half katsayısı .75; Spearman-Brown katsayısı ise .75 olarak saptanmıştır. Birinci Cronbach Alpha değeri .67; ikinci yarının Cronbach Alpha değeri .69' iki yarı arasındaki korelasyon ise .60'dür (Tablo 27).

**Tablo 28:** Tehlikeli Alt Boyutunu Oluşturan Maddelerin Dağılımı

<b>TEHLİKELİ</b>				
<i>Maddeler</i>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması</b>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı</b>	<b>Madde Ölçek Toplam Korelasyonu</b>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Alphası</b>
<b>Madde 1</b>	21.84	44.97	.46	.66
<b>Madde 2</b>	21.20	49.26	.39	.68
<b>Madde 3</b>	22.48	44.57	.49	.66
<b>Madde 4</b>	22.86	45.14	.36	.69
<b>Madde 5</b>	21.59	50.49	.21	.72
<b>Madde 6</b>	21.87	43.79	.53	.65
<b>Madde 7</b>	22.08	46.26	.40	.68
<b>Madde 13</b>	22.83	46.19	.36	.69
<b>N = 262</b>		<b>N items = 8</b>	<b>Alpha .71</b>	

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Tehlikeli alt boyutunu oluşturan maddelerin dağılımı Tablo 28'de görülmektedir. Ölçeğin Tehlikeli alt boyutunun Cronbach Alpha değeri .71 olarak saptanmıştır.

**Tablo 29:** Tehlikeli Alt Boyutunun Madde Ortalamaları Analizi

	<b>T<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>P</b>
<b>Hotelling's T<sup>2</sup> - Test</b>	227.888	31.807	7	255	.000

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Tehlikeli alt boyutunun madde ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 29).

**Tablo 30:** Tehlikeli Alt Boyutunun Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri

<b>TEHLİKELİ</b>	
<b>Guttman Split-Half</b>	64
<b>Spearman-Brown</b>	64
<b>4 Maddelik Birinci Yarı Cronbach Alpha Değeri</b>	62
<b>4 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alpha Değeri</b>	54
<b>İki Yarı Arasındaki Korelasyon</b>	47
<b>N</b>	262
<b>Madde Sayısı</b>	8

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Tehlikeli alt boyutunun Guttman Split-Half katsayısı .64; Spearman-Brown katsayısı ise .64 olarak saptanmıştır. Birinci Cronbach Alpha değeri .62; ikinci yarının Cronbach Alpha değeri .54, iki yarı arasındaki korelasyon ise .47'dir (Tablo 30).

**Tablo 31:** Utanma Alt Boyutunu Oluşturan Maddelerin Dağılımı

<b>UTANMA</b>				
<i>Maddeler</i>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması</b>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı</b>	<b>Madde Ölçek Toplam Korelasyonu</b>	<b>Madde Çıkarıldığında Ölçek Alphası</b>
<b>Madde 10</b>	.80	2.02	.50	-
<b>Madde 21</b>	.91	1.98	.53	-
<b>N = 262</b>		<b>N items = 2</b>	<b>Alpha .69</b>	

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Utanma alt boyutunun Cronbach Alpha değeri .69 olarak saptanmıştır (Tablo 31).

**Tablo 32:** Utanma Alt Boyutunun Madde Ortalamaları Analizi

	<b>T<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>P</b>
<b>Hotelling's T<sup>2</sup> - Test</b>	1.578	1.578	1	261	.210

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Utanma alt boyutunun madde ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 32).

**Tablo 33:** Utanma Alt Boyutunun Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri

<b>UTANMA</b>	
<b>Guttman Split-Half</b>	.69
<b>Spearman-Brown</b>	.69
<b>1 Maddelik Birinci Yarı Cronbach Alpha Değeri</b>	-
<b>1 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alpha Değeri</b>	-
<b>İki Yarı Arasındaki Korelasyon</b>	.53
<b>N</b>	262
<b>Madde Sayısı</b>	2

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Utanma alt boyutu Guttman Split-Half katsayısı .69; Spearman-Brown katsayısı ise .69 olarak saptanmıştır. İki yarı arasındaki korelasyon 0.53'dür. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin az olması nedeni ile 1 maddelik yarı Cronbach Alpha değerleri hesaplanmamıştır (Tablo 33).



**Tablo 34:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayıları

<b>Ölçek Alt Boyutları ve Toplam Puanı</b>	<b>Madde sayısı</b>	<b>Cronbach Alpha Katsayısı</b>
<b>Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma</b>	11	<b>.80</b>
<b>Tehlikeli</b>	8	<b>.71</b>
<b>Ütanma</b>	2	<b>.69</b>
<b>Toplam Puan</b>	21	<b>.82</b>

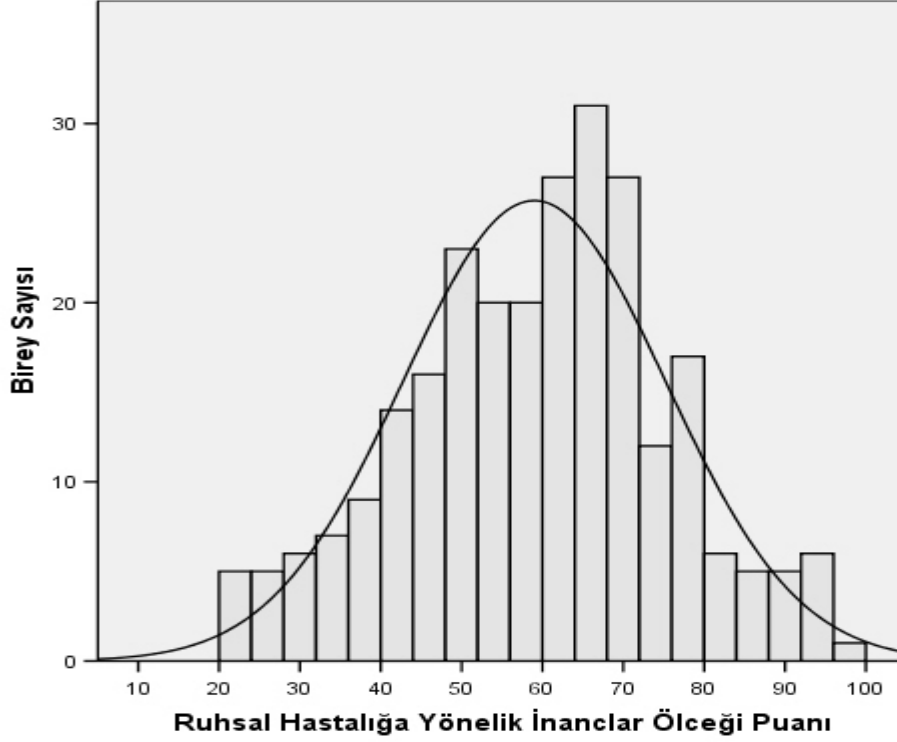
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları Tablo 34’de görülmektedir. Ölçek toplam Cronbach Alpha katsayısı .82, alt boyutlar ise Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu .80, Tehlikeli alt boyutu .71 ve Ütanma alt boyutu .69’dur.

**Tablo 35:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Alt Boyutlarının Madde sayısı, Ortalama, Varyans, Standart Sapma Değerleri

Alt Boyutlar	Ölçek Maddeleri	En Düşük-Yüksek Puan	$\bar{X}$	SS	Varyans	Range	Min.	Max.
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	8, 9 , 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21	0-55	32.0	10.7	115.2	50.0	5.0	55.0
Tehlikeli	1, 2, 3, 4 , 5 , 6, 7, 13	0-40	25.3	7.6	58.1	35.0	5.0	40.0
Utanma	12, 15	0-10	1.7	2.5	6.1	10.0	.0	10.0
<b>RHİÖ Toplam</b>		0-105	59.0	16.3	264.6	74.0	20.0	98.0

Faktör analizi sonucunda Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin 21 maddeden ve üç alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu 11 maddeden (8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21 ), Tehlikeli alt boyutu sekiz maddeden (1, 2, 3, 4 , 5 , 6, 7 , 13) ve Utanma alt boyutu (12, 15) ise iki maddeden oluştuğu görülmektedir. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin ortalama puanı 59.0, varyansı 264.6, standart sapma değeri 16.3, range ise 74'dür (Tablo 35).

**Grafik 2:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Puan Dağılımları



Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin puan dağılımını değerlendirmede başvurulan histogram grafiğine göre, ortalama değerlerde yığılma olduğu belirlenmiştir (Grafik 2).

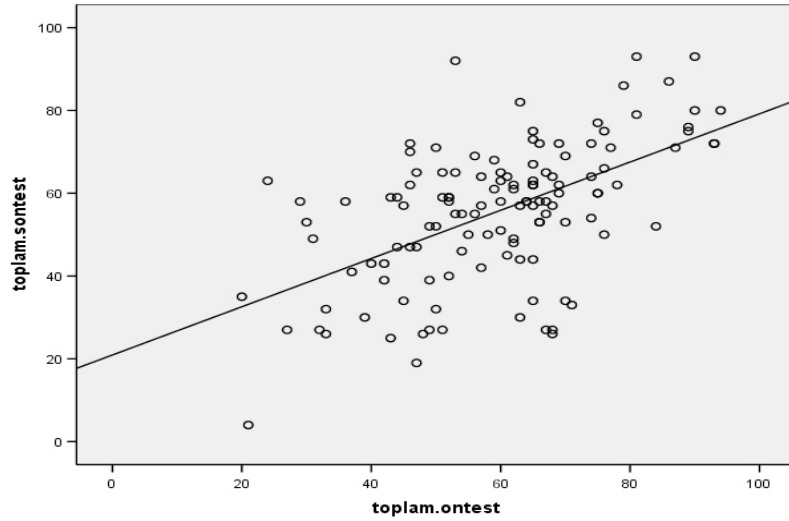
### **3.2.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Devamlılık/ Süreklilik/ Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi**

Zamana göre değişmezlik daha çok test-tekrar test tekniği olarak bilinir. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği için yapılan test-tekrar test güvenilirlik analizi tablo 36'da görülmektedir. Çalışmada test-tekrar test güvenilirliği için araştırmaya katılan ilk 125 kişiye birinci uygulamadan üç hafta sonra ölçek tekrar uygulanmıştır.

**Tablo 36:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Kendisi ve Alt Ölçeklerinin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Birinci ve İkinci Uygulama Ölçek Alt Boyutları ve Toplam Puanı (N:125)	Soru sayısı	r	P
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Boz.	11	.53	.000**
Tehlikeli	8	.54	.000**
Utanma	2	.17	.060
<b>Toplam Puan</b>	<b>21</b>	<b>.55</b>	<b>.000**</b>

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci ve ikinci uygulama alt ölçek ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test- tekrar test ölçek toplam puan korelasyonu  $r = .55$  olduğu ve test-tekrar test arasında ise Utanma alt ölçeği dışında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (Tablo 36).



**Grafik 3:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezliği

**Tablo 37:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Yöntemleri ve Yapılan İstatistiklerin Sonuçları

<b>Geçerlilik Yöntemi ve Analizleri</b>	<b>Geçerlilik Yöntemi İçin Yapılan İstatistikler</b>
<b>İçerik/Kapsam geçerliliği</b> *Uzman Görüşü <i>Kendall Uyuşum Katsayısı -W<sup>a</sup></i>	Kendall's W <sup>a</sup> = 0.167, $\chi^2=26.686$ , df=20, p=.144
<b>Yapı/Kavram Geçerliliği</b> *Faktör Analizi <i>Doğrulayıcı Faktör Analiz</i>	Toplam varyansın %41'ini açıklayan üç alt boyut belirlenmiştir.
<b>Ölçüt / Bağımlı Geçerlilik</b> *Eşzamanlı (Benzer ölçekler) Geçerliliği <i>Pearson Korelasyon</i>	Ölçek ve alt boyutları arasında pozitif yönde korelasyon bulunurken, Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ve alt boyutları arasında en fazla sayıda korelasyona Utanma alt boyutu ile anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.
<b>Güvenirlik Yöntemi ve Analizleri</b>	<b>Güvenirlik Yöntemi İçin Yapılan İstatistikler</b>
<b>İç Tutarlılık</b> *Madde İstatistikleri  *Testi Yarılama <i>Cronbach Alpha katsayısı</i> <i>Guttman Split-half</i> <i>Spearman-Brown</i>	Ölçek maddeleri p<0.01 ve p<0.05 (madde 15) düzeyinde anlamlı olduğundan ölçekten madde çıkarılmamıştır.  Birinci yarının Cronbach Alpha değeri .75; ikinci yarının Cronbach Alpha değeri .71'dir. 0.70 0.70
*Cronbach Alpha Katsayısı	Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.82'dir.
<b>Zamana Karşı Değişmezlik</b> *Test-Tekrar Test Yöntemi <i>Pearson Korelasyon</i>	Test- tekrar test ölçek toplam puan r = .55 ve test-tekrar test arasındaki ilişki ise anlamlı olarak saptanmıştır.

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA

#### 4.1. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Son yıllarda ülkemizdeki hemşirelik araştırmalarında giderek artan oranda bakım verilen birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ya da uyarlanan ölçekler kullanılmaktadır (47). Kullanılan ölçeklerin büyük bir çoğunluğu farklı kültürlerde geliştirilmiş olup, ülkemize uyarlanmış ölçeklerdir (54). Ölçek uyarlamasının ortaya çıkarabileceği problemler nedeniyle çalışmalarda kullanılacak ölçüm araçlarının toplumların kültürel ve sosyal yapılarına uygun olarak geliştirilmesi gereklidir. Bazı kavramlar bir çok toplum için ortak fenomenler olduğundan başka toplumlarda yürütülen çalışmaların görmezden gelinmesi doğru bir davranış olmayacaktır (60).

Ölçek uyarlamasının tercih edilmesinin bazı nedenleri vardır; uluslararası yayınlarda yeterince tanınan ve üzerinde bilgi birikimi bulunan bir ölçeği Türkçe'ye kazandırarak kullanmak, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamak için geçireceği süreyi kısaltır. Ölçek uyarlamasının bireysel kazançları yanında ülke açısından da sağladığı kazançlardan söz edilebilir. Bunlar; teknik bilgilerin istatistiksel analizi, bilgisayar paket programlarının kullanımı, uluslararası ortak araştırma ilişkilerinin kurulması ve yazışmalar yoluyla bilgi alışverişinin sağlanması sayılabilir (84). Farklı kültürlerde geliştirilen ölçekleri uyarlamının yaratacağı psikolinguistik (anlatım, dil)

problemleri, deneysel ve istatistiksel tekniklerde, en aza indirgendiğinde ölçeklerin bir çok global kavramı ölçebileceği ve uluslar arası /kültürler arası karşılaştırma ve tartışma olanağı sağlayacağı da vurgulanmaktadır (47).

Bu nedenlerden dolayı ruhsal hastalığa yönelik inançların belirlenmesinde kullanılan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği sınanmıştır.

#### **4.1.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerlilik Sonuçlarının Değerlendirilmesi**

Geçerlilik; testin neyi, ne denli isabetli/doğru olarak ölçtüğünün kanıtıdır (71). Bir ölçme aracının geçerli olabilmesi güvenilirliğe bağlı olmakla birlikte, güvenilir olup ta geçerli olmayan bir ölçme aracı, pratikte pek bir öneme sahip değildir (95). Geçerlilik bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan bir süreçtir (71). Bu doğrultuda; Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği, içerik, yapı ve ölçüt geçerliliği ile sınanmıştır.

##### **4.1.1.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliliğinin İncelenmesi**

Ölçeğin geçerlilik çalışmasında ilk başvurulan yöntem dil eşdeğerliliği/uyarlamasıdır. Bu doğrultuda; ölçeğin (EK IV)çeviri çalışmasının ilk adımında; ölçek, iki öğretim üyesi, bir öğretim görevlisi doktor, bir uzman doktor, bir okutman ve bir çevirmen tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir (EK V). Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışman öğretim üyesi tarafından düzenlendikten sonra, düzenlenen form her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan Yabancı Diller Bölümünde görevli iki öğretim elemanı ve bağımsız bir çevirmen tarafından

tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çevirideki ifadeler orijinal İngilizce ifadeler ile incelendikten sonra Türkçe çevirisi tekrar gözden geçirilmiştir. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçek içerik geçerliliği için sekiz uzmanın görüşüne sunulmuştur (EKV).

Ölçeğin dil uyarlamasındaki kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için dünyada en çok uygulanan yöntem olan çeviri yöntemi kullanılmıştır (6, 71, 75, 105). Belli bir kültürde belli bir dilde geliştirilmiş testler o kültüre ve dile özgü anlayış, kavramlaştırma ve örnekleme niteliklerini yansıtır. Aynı testin diğer kültürlerde uyarlanması için sistematik şekilde incelenmesi, üzerinde çalışılması gerekir. Bu tür çalışmaya “ölçek uyarlaması” denir (47,71). Uyarlama çalışmalarında, bir ölçeği geliştirirken izlenen basamakların ve yürütülen işlemlerin pek çoğu, hatta neredeyse hemen hepsi uygulanır. Uyarlama aşamalarında, ölçekteki anlatımların/maddelerin eş anlama gelip gelmediğinin denetlenmesinden başlayarak, ölçeğin iç yapısında ve psikometrik özelliklerinde değişmeler olup olmadığının ortaya çıkarılmasına kadar giden, bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel tekniklerin ustaca kullanılması da önemlidir. Bu nedenle uyarlama çalışmaları birinci sınıf araştırma becerilerinin sergilenmesini gerektiren önemli araştırma etkinlikleridir (112).

Ölçeği dile çevirme aşamalarında ardışıklık yaklaşımı önemlidir. Bu yaklaşıma göre iki bağımsız çevirmenin ölçeği çevirmesi, diğer iki bağımsız çevirmeninde ölçeği orijinal dile çevirmesidir. En son oluşan iki taslağı araştırmacı tarafından orijinal ölçekle karşılaştırılması ve pilot çalışmanın yapılması önerilmektedir. Bu yöntem, Nottingham Sağlık Profili, Sickness Impact Profile, SF-36 ve IQOLE ölçeklerinde kullanılmıştır (41). Bu çalışmanın dil uyarlama çalışmasında benzer süreç uygulanmıştır.



Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelir. Farklılıkların en aza indirilmesi için ölçek maddelerinin özenle incelenmesi, gerekli düzenlemelerin yapılması, uyarlama işleminin temelini oluşturur (71). Bu bilgiler ışığında sekiz uzmandan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 100 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir (Tablo 14). Tavşancıl (2005) tarafından aktarıldığı üzere, ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmalarında başvurulmuş uzman sayısının “en az üç” olması, ancak “yirmi” gibi kalabalık bir grupla da olabileceği bildirilmiştir. Çalışmada sekiz uzman görüşüne başvurularak ölçek hakkında görüş alınması, literatürle paralellik göstermektedir.

Ölçeğin uzman görüşü sonucunda uzmanlardan gelen öneriler aşağıda sunulmuştur;

- Ruhsal/psikolojik/ bozukluk yerine ruhsal hastalık ifadesinin kullanılması,
- İnsan/kişi kavramı yerine, birey kavramının kullanılması,
- Genel hastalıklar ifadesi yerine, fiziksel hastalıklar ifadesinin kullanılması önerilmiştir.

Aydemir (2004) yüzeysel geçerlilik için sadece uzman görüşünün alınmasının yeterli olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada uzman görüşü alınmasının yanında somut değerlendirme açısından Kendall Uyuşum Katsayısı ( $W^a$ ) (Kendall Coefficient Of Concordance) korelasyon testinde uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda,  $p < 0.00$  düzeyinde anlamlılık saptanmıştır. Kendall Uyuşum Katsayısının anlamlı olması, uzmanlar arası uyumun olmadığını göstermektedir. Bu nedenle ölçek üç uzmana değerlendirilmek üzere yeniden verilmiştir. Son uzman görüşünün ardından Kendall Uyuşum Katsayısı yeniden hesaplanmış, ( $Kendall's W^a = 0.167$ ,  $\chi^2=26.686$ ,  $df=20$ ,  $p=.144$ ), uzmanlar arasında uyum olduğu görülmüştür ( Tablo 15).

Çimen, Bahar, Öztürk ve arkadaşları (2005)'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin çevirisinin ardından, Kendall Uyuşum Katsayısı hesaplanmış, ancak analiz sonucunda uzmanlar arasında uyum olmadığı belirlenmiş, bu doğrultuda ölçek değerlendirilmek üzere üç uzmana yeniden sunulmuştur (34). Bu çalışmada da uygulanan yöntem aynı olup, literatüre uygun şekildedir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin içerik geçerliliği olan bir ölçek olduğunun belirlenmesinin ardından, diğer aşamalara geçmek için ölçeğin pilot uygulaması örneklem dışındaki 15 bireye yapılmış, ölçeğin anlaşılır olduğu saptanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, ölçek madde sayısının 10 katı ile yürütülmesi kararlaştırılmasına karşın, bu sayının dışında araştırmaya katılmak isteyen 262 birey ile sürdürülmüştür. Anket uygulaması sonucunda, değerlendirmeye alınamayacak anketler olabileceği düşüncesi ve örneklemin artırılmasının geçerlilik ve güvenilirlik düzeyine katkı sağlayabileceği görüşü ile örneklem fazla tutulmuştur.

Literatürde ölçek uyarlama veya ölçek geliştirme çalışmalarında, örneklem sayısı için, ölçek maddesinin 3-10 katı alınabileceği belirtilmektedir (71, 75, 91, 103).

Hirai ve Clum (2000) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ni geliştirme çalışmalarında 21 maddelik ölçeği toplam 216 bireye uygulamışlardır. Bengi-Gürkan, Kadayıf ve Ünal (1997) tarafından yapılan Sağlıkla İlgili Tutum Ölçeği Geliştirme çalışmasında 56 madde 223 bireye uygulanmıştır. Kuzu, Zencir, Beşer ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan Duke Sağlık Profiline Güvenirlik ve Geçerliliği çalışmasında, 17 maddelik ölçek 87 bireye uygulanmıştır. Bağ (2003) tarafından yapılan çalışmada 21 maddelik ölçek 315 bireye uygulanmıştır.

Tutum ve inanç ile ilgili geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem sayısının 200'ün üstünde olması araştırmacılar tarafından genel kabul görmektedir (103). Örneklem sayısının yeterli olması ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini olumlu etkilemektedir. Bu doğrultuda Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında analizler 262 birey verileri ile yapılmıştır. Örneklem sayısının belirlenmesinde uygulanan yöntem, literatürü destekler nitelikte olup, madde sayısının 10 katını aşması ölçeğin güvenilirliği açısından daha uygun bir durumdur. Bir çalışmada ise bu durumun aksine ölçek maddesinin altında kalınmıştır (1).

Çalışmada homojenliğin sağlanması açısından, bireylerin bağlı buldukları sağlık ocağı bölgesi ve cinsiyet durumlarının eşleştirilmesine özen gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %50.8'i erkek, %49.2'i kadın, %28.2'si Işıkkent sağlık ocağı, %39'u Evka-4 sağlık ocağı ve %32.8'i ise Şükrü Ergil Merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşamaktadır (Tablo 11). Bu bulgular istenilen eşit dağılımın ve gereken homojenliğin sağlandığını göstermektedir.

#### **4.1.1.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Yapı Geçerliliğinin İncelenmesi**

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy Analizi (KMO- örneklem yeterliliği), örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için Bartlett's Test of Sphericity Analizi (örneklem sınaama büyüklüğü) ve örneklem gücünü belirlemek için ise Power Analizleri yapılmıştır.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy sınaması sonucu 0.80, Bartlett's Test of Sphericity Analizi sonucu 1364.7 ve örneklem grubunun

sosyoekonomik durumlarına göre uygulanan Power Analizi sonucu ise 0.97 olup, Power Analizi  $P < 0.05$  düzeyinde, diğer iki analiz ise 0.01 düzeyinde ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 16).

Örneklemeden elde edilen verilerin yeterliliğinin saptanması için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. Kaiser, bulunan değer 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0.50'nin altında ise, kabul edilemez olduğunu belirtmektedir (103). Bu çalışmada KMO değeri istendik düzeydedir.

Bu bulgular, verilerin normal dağılım gösterdiği, ölçüm sonuçlarının örneklem büyüklüğünden etkilenmediği ve örneklemin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu anlamındadır (16).

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin faktörel yapısını belirlemek için Principal Component (Temel bileşenler) yöntemi kullanılmış ve varimax dönüştürmesine göre analizler yapılmıştır. Bu doğrultuda orijinal ölçek ile uygunluğu sağlanacak şekilde sıkıştırılarak, 21 maddenin özdeğeri 1'den büyük olan birbiri ile ilişkili olacak şekilde ilgili üç faktör altında yer aldığı ve bunun kümülatif olarak toplam varyansın %41'ini açıkladığı saptanmıştır. Üç faktörlü ölçeğin çözümlemesinde özdeğerler sırasıyla Faktör 1 için 17.41, Faktör 2 için 13.59 ve Faktör 3 için 9.93 olarak bulunmuştur (Tablo 17). Eker, Arkar ve Yıldız (2001) yaptıkları ölçek uyarlama çalışmasında ölçeğin orijinal formatının mümkün olduğunca değişmemesine dikkat ederek, faktör sayısını aynı tutmuşlardır. Çalışmalarda uygulanan yöntemler paralellik göstermektedir.

Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır. Yapılan analizlerde %40 ile %60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilmektedir (106).

Hirai ve Clum (2000) tarafından yapılan Ölçeğin orijinal çalışmasının faktör analizi sonucunda, toplam varyansın %40'ını açıklayan üç faktör belirlenmiştir. Bu çalışma, ölçeğin orijinal yapısında elde edilen değeri destekler niteliktedir.

Özdeğer, bir faktör tarafından açıklanan toplam varyanstır. Faktör sayısı kadar özdeğer hesaplanır. Özdeğer faktör yüklerinin kareleri toplamıdır. Her bir faktörün özdeğeri soru sayısına bölündüğünde toplam varyansın ne kadarını açıkladığı saptanır. Genellikle özdeğeri 1 veya daha büyük olan faktör sayısının yorumlanması uygun görülmektedir (4).

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Türkçe Formunda üç alt ölçeğin hangi maddelerden oluştuğunun belirlenmesi safhasında, ölçek orijinali ile karşılaştırılmış; bazı maddelerin (madde 08, 13, 18) ölçeğin orijinal yapısına uygun olabilmesi ve kuramsal çerçevede alt ölçeklere uygunluğunun sağlanması gerektiği doğrultusunda; faktör grupları arasında maddelerin en yüksek değer aldıkları, madde 08 ve 18'i Faktör 1'e, madde 13'ü ise Faktör 2'ye olarak güvenirlik analizlerinin yapılması uygun görülmüştür. Maddelerin faktör yükleri ise 0.37-0.78 arasındadır (Tablo 18).

Ölçek Maddelerinin birden fazla faktöre girme ile ilgili olarak alınabilecek ölçüt, faktör yükleri arasında en az 0.10 fark olması gerektiğidir (27, 103). Bu çalışmada birden fazla faktöre girmeyi önlemek için, ölçeğin orijinal formu göz önünde tutularak yer değiştirme koşuluna uyulmuştur. Saydam (2005) yaptığı çalışmada kuramsal çerçevede alt ölçeklere uygunluğunun sağlanması gerektiğini bildirmiş, maddeleri faktör grupları arasında en yüksek değer aldıkları bir diğer faktöre ilave etmiştir. Bir maddenin herhangi bir faktöre girebilmesi için ulaşması gereken en küçük değer konusunda kesin bir sınır olmamakla birlikte, genellikle 0.30 ya da 0.40 önerilmektedir. Bu değer örneklem büyüklüğü ile de belirlenebilmektedir.

Örneklemin 100 olduğu durumlarda %1 önemlilik düzeyinde 0.51 faktör yükü, 200 olduğu durumlarda 0.36 faktör yükü, 300 olduğu durumlarda ise 0.30 faktör yükü alt sınır olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada 262 örneklem büyüklüğü için faktör yükleri uygundur. Genelde 0.30-0.59 faktör yükü orta, 0.60 ve üzere faktör yükü yüksek olarak kabul edilir (51). Bu araştırmada dokuz madde 0.37-0.59 arası orta, 12 madde 0.60-0.78 arası yüksek faktör yüküne sahiptir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin (RHİÖ) Türkçe Formu çalışmasında Faktör 1'deki maddelerin (9, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeler) ölçeğin orijinal faktör yapısındaki Çaresizlik alt ölçeği ve Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri alt ölçeği maddelerinin içerdiği belirlenmiştir (Tablo 18). Bu yüzden saptanan bu faktörün adlandırılmasında bu kavramsal yapılar ve uzman görüşü dikkate alınarak Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma (ÇKİB) alt ölçeği şeklinde adlandırılması yönünde düşünce birliğine varılmıştır.

Büyükşahin (2005)'in yaptığı metodolojik çalışmada orijinal formun aksine iki alt ölçek aynı faktör altında toplanmış, ölçeğin adlandırılması ise iki alt ölçeğin birleşimi şeklindedir. Bu çalışmada da benzer uygulama yapılmıştır.

Faktör 2'deki maddelerin (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13. maddeler) ölçeğin aslındaki faktör yapısını çoğunlukla uyarak Tehlikelilik alt ölçeği maddelerini içerdiği belirlenmiştir. Orijinal form ile Türkçe Form arasındaki farkın; orijinalinde kapsadığı maddeler dışında, bazı maddeleri de (4., 5., 7. maddeler) içerdiği yönündedir (Tablo 18). Sözü edilen bu maddeler incelendiğinde, Tehlikelilik alt ölçeğine uygunluğu uzman görüşü ve literatür incelemesi sonucunda karar verilmiş, Türkçe'ye uygunluğunun sağlanabilmesi için Tehlikeli (T) alt ölçeği olarak adlandırılmasına karar verilmiştir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Türkçe Formu'nda Faktör 3'de iki maddeden oluşan yeni bir yapı tespit edilmiştir (Madde 12, Madde 15). Bu maddeler; “İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım” (Madde 12) ve “Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım” (Madde 15)'dir. Maddelerin kavramsal yapısı sorgulandığında ve uzman görüşü doğrultusunda Utanma (U) alt ölçeği olarak adlandırılmasına karar verilmiştir (Tablo 18). Burada uzman ile sözü edilen, hem testin hazırlandığı alanı iyi bilen, hem de ölçme değerlendirme alanında yeterliliğe sahip olan bireylerdir.

Literatürdeki kültürel uyarlama çalışmalarında ölçeklerin orijinal formlarına karşın madde çıkarma, madde ilave etme, madde ifadelerini değiştirme, faktör azaltma, soruların likert yapısını değiştirme gibi yöntemlerin uygulandığı görülmektedir (1, 17, 26, 47, 102). Psikometrik açıdan ise doğru olan ölçeğin aslının mümkün olduğunca değiştirilmemesine özen gösterilmesidir (38, 71, 103). Yapılan psikometrik uygulamalar sonucunda; Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Türkçe Formunun geçerlilik çalışmasında Hirai ve Clum (2000)'un sonuçlarıyla önemli düzeyde benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

#### **4.1.1.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Uygulama/Ölçüt Bağımlı Geçerliliğinin İncelenmesi**

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile paralel ölçek olarak kullanılan Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ölçüt geçerliliği çalışmasında, ölçeğin kendisi ile paralel ölçeğin toplumsal ideoloji alt ölçeği arasında pozitif, Korku alt ölçeği arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçeğin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği ile paralel ölçeğin

Korku alt ölçeği arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçeğin Tehlikeli alt ölçeği ile paralel ölçeğin Toplumsal İdeoloji alt ölçeği arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçeğin Utanma alt ölçeği ile paralel ölçeğin kendisi, İyi Niyet ve Toplumsal İdeoloji alt ölçeği arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 19).

Korelasyonlar arasında pozitif bir ilişkinin bulunması, her iki değişkende de aynı yönde artış olduğunu, değişkenler arasında negatif bir ilişkinin bulunması ise bir değişkende gözlenen bir artışın, diğer değişkende azalmaya neden olması anlamındadır. Elde edilen herhangi bir korelasyon katsayısının anlamlılığı iki değişken arasında sıfırdan farklı ve istatistiksel açıdan  $H_1$  hipotezinin kabul edilmesi, korelasyon katsayısının anlamsızlığın olması ise iki değişken arasında sıfırdan farklı bir ilişkinin olmadığı ve  $H_0$  hipotezinin kabul edilmesi olarak açıklanmaktadır (110).

Yüksel, Eser, Çelik ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmalarında paralel ölçek ile ölçeğin kendisi ve alt ölçekler arasındaki korelasyon analizinde, çoğunlukla anlamlı bir ilişki saptanmasının yanında, bazı alt ölçeklerde anlamlılık saptanmamıştır. Eker, Arkar ve Yıldız (2001) yaptıkları kültürel uyarlama çalışmalarında ölçüt geçerliliği çalışmasında, ölçeğin kendisi ile paralel ölçeğin bazı bölümlerinde ilişki bulunmamıştır.

Sonuç olarak ölçüt geçerliliği açısından bulgular Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği ve alt ölçekleri ile Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ve alt ölçekleri arasında pozitif ve negatif yönde korelasyon olduğuna dair izlenim gözlenmektedir. Ölçek toplam puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışma literatürü destekler niteliktedir ve ölçek, ölçüt geçerliliği olan bir ölçektir.



Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerlilik analizleri sonucunda; orijinal ölçek ile genelde tutarlılık gösterdiği belirlenmiştir. Ölçek ve alt ölçekler içerik, yapı ve ölçüt geçerliliği analizlerinin ise istendik düzeyde olduğu saptanmıştır.

Bu bulgular doğrultusunda, “**Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği geçerlidir.**” hipotezi (**H<sub>2</sub>**) kabul edilmiştir.

#### **4.1.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Güvenirlik Sonuçlarının Değerlendirilmesi**

Güvenirlik her ölçme aracının taşınması gereken temel özelliktir ve bilimsel bir çalışmanın temel koşuludur. Test güvenilirliği aynı zamanda yanıtlar arası tutarlılıktır. Güvenirlik katsayısı yükseldikçe, testle ölçülen farkların gerçek farkları yansıttığı düşünülür (71). Güvenirlik, herhangi bir araç ve yöntemin ölçtüğü değişkeni ne derece duyarlılıkla ölçebildiği veya ölçme sonuçlarının tesadüfi hatalardan ne derece arınık olduğu anlamında kullanılır (111).

Güvenirlik bir ölçme aracının, ölçme sonuçlarındaki kararlılık derecesidir. Bir gruba ya da bireye uygulanan testten bireylerin aldıkları puanların kararlı olması beklenir. Uygulanan testten elde edilen puanlar test aynı koşullarda tekrar uygulandığında önemli düzeyde farklılık gösteriyorsa, testin güvenilirlik derecesinin düşük olduğu anlaşılır (75).

##### **4.1.2.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizlerinin İncelenmesi**

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği güvenilirlik çalışmasında öncelikle iç tutarlılık analizleri ile güvenilirliği sınanmıştır. İç tutarlılığı ölçmek için ilk olarak madde analizi yöntemi kullanılmıştır.

Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde madde korelasyon değerlerinin 0.04-0.53 arasında olduğu belirlenmiştir. Madde 12 ve madde 15'in korelasyon değeri 0.20'nin altındadır. Madde 12'nin korelasyon değeri 0.12 olup, madde çıkarıldığında ölçek Cronbach Alpha değerinin 0.82 olduğu, madde 15'in ise korelasyon değerinin 0.04 olduğu, madde çıkarıldığında ölçek Cronbach Alpha değerinin 0.83 olduğu belirlenmiştir. (Tablo 21). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyonları ise  $p<0.001$  ve  $p<0.05$  (madde 15) düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 22).

Madde toplam korelasyon puanı yükseldikçe sorunun etkililiği artmaktadır. Korelasyonun 0.15-0.20 arasında olması değersiz, 0.20-0.35 aşağı bir derece, 0.35-0.60 iyi bir derece, 0.60 ve üstü ise yüksek bir derece olarak kabul edilmektedir (68). Madde toplam korelasyonlarının negatif olmaması, en az 0.20 olması beklenir. Korelasyon değerinin 0.20 olması durumu, minimum etkinlik derecesi olarak kabul edilmektedir (71, 103). Maddelerin korelasyon değerinin 0.20'nin altında olması halinde, maddelerin ölçekten çıkarılmasına karar verirken, alfa katsayısının ve ortalamaların değişimine bakmak gerekmektedir (103). Diğer bir yandan ise, maddeler arasında korelasyon değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı çıkması beklenir, ilişkinin anlamsız çıkması durumunda bu maddenin çıkarılması önerilir (56). Uğur (2006) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının madde analizi aşamasında, madde çıkarma korelasyonu 0.20 değerinin altında olan maddeler ölçeğin kavramsal süreci düşünüldüğünden ölçekten çıkarılmamıştır. Duyan'ın (2004) yaptığı Cinsel Tutum Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması'nda özellikle üç maddenin düzeltilmiş madde-ölçek analizindeki puanları oldukça düşük görülmüş, bu nedenle ilgili maddelerin tüm ölçek ile korelasyonları hesaplanmış ve her üç maddenin toplam ölçek ile korelasyonu  $p<0.001$  düzeyinde anlamlı

bulunmuştur. Bu doğrultuda maddeler ölçekten çıkarılmamıştır. Bu araştırmada da benzer çalışma yürütülmüş, 12. ve 15. maddelerin, toplam ölçekle korelasyonlarında anlamlılık saptandığından, ölçekten çıkarılmamasına karar verilmiştir.

Özetle; Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin madde analizi bulgularına göre; madde 12 ve madde 15'in ölçekten çıkarılması durumunda, ölçeğin Cronbach Alpha değerinin etkilenmemesi ve ölçek toplam korelasyonu ile ilişkileri anlamlı olması nedeniyle maddelerin çıkarılması uygun görülmemiştir. Ölçek orijinal formu ile uygunluk göstermiş, 21 maddelik hali ile güvenilirlik çalışmalarına devam edilmiştir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin İki-yarım test güvenilirlik analizlerinden önce madde ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan sorgulanmış, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Hotelling's  $T^2$  - Test puanları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır (Tablo 23). Bu bulgu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin madde ortalamalarını birbirinden farklı olduğu, soruların zorluk derecelerinin birbirine eşit olmadığı örneklem grubunun maddelere verdikleri yanıtların birbirine benzemediğini ve tüm maddelerin ölçek için önemli olduğunu göstermektedir (51).

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin İki-yarım test güvenilirlik analizlerinde, ölçek sıralı olarak ikiye ayrılmış, bu doğrultuda Guttman Split-Half katsayısı .70; Spearman-Brown katsayısı ise 0.70 olarak saptanmıştır. Birinci yarının Cronbach Alpha değeri .75; ikinci yarının Cronbach Alpha değeri .71, iki yarı arasındaki korelasyon ise .54'dür (Tablo 24).

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutunun İki-yarım test güvenilirlik analizlerinden önce madde ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan sorgulanmış, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutunun Hotelling's

T<sup>2</sup> - Test puanları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır (Tablo 26). Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma boyutunun iki- yarım test güvenilirlik analizlerinde ise; Guttman Split-Half katsayısı .75; Spearman-Brown katsayısı ise .75 olarak saptanmıştır. Birinci Cronbach Alpha değeri .67; ikinci yarının Cronbach Alpha değeri .69' iki yarı arasındaki korelasyon ise .60'dür (Tablo 27).

Tehlikeli alt boyutunun İki-yarım test güvenilirlik analizlerinden önce madde ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan sorgulanmış, Tehlikeli alt boyutunun Hotelling's T<sup>2</sup> - Test puanları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır (Tablo 29). Tehlikeli alt boyutunun iki- yarım test güvenilirlik analizlerinde ise; Guttman Split-Half katsayısı .64; Spearman-Brown katsayısı ise .64 olarak saptanmıştır. Birinci Cronbach Alpha değeri .62; ikinci yarının Cronbach Alpha değeri .54, iki yarı arasındaki korelasyon ise .47'dir (Tablo 30).

Utarma alt boyutunun iki- yarım test güvenilirlik analizlerinde, Guttman Split-Half katsayısı .69; Spearman-Brown katsayısı ise .69 olarak saptanmıştır. iki yarı arasındaki korelasyon ise 0.53'dür (Tablo 33). Aydemir (2004) ölçeğin madde sayısının az olmasının Cronbach Alpha değerini etkileyeceğini bildirmiştir.

İki-yarım test güvenilirlik analizlerinin temelindeki sayıtlı, iki yarımdan oluşan her bir testin içeriğinin, eşit olduğudur. Diğer bir değişle, testin bir yarısında yer alan maddelerin diğer yarısındaki maddelerle aynı davranışı örneklediği kabul edilir (78). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve alt boyutları, iki-yarım test güvenilirliklerinin beklendik düzeyde, literatürü destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için kullanılan diğer bir yöntem Cronbach Alpha Katsayısı yöntemidir. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Cronbach Alpha değeri .82 bulunmuştur. Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt

boyutunun Cronbach Alpha değeri .80, Tehlikeli alt boyutunun Cronbach Alpha değeri .71 ve Utanma alt boyutunun Cronbach Alpha değeri .69 olarak saptanmıştır (Tablo 34). Bu değerler .69- .82 arasında olup, ölçek ve alt ölçeklerin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığı olduğunu göstermektedir.

Literatürde güvenilirliğin 0.60 – 0.80 olmasının aracın araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir (64, 79, 115, 125). Diğer bir bilgi ise Cronbach Alpha katsayısının 0.90 ve üstüne çıkması için çaba göstermenin hata olabileceği yönündedir (115).

Hirai ve Clum (2000) tarafından yapılan ölçeğin orijinal güvenirlik çalışmasında lek Cronbach Alpha Katsayısı Amerikan toplumu için 0.89, Asya toplumu için 0.91 bulunmuştur.

Segal ve Cooldge (2004) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar leği'nin Cronbach Alpha katsayısını .91 olarak bulmuşlardır. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar leği literatürde yukarıda bahsedilen biri ölçeğin geliştirme çalışması olan iki çalışmada kullanılmıştır. Bu iki çalışmada Amerika toplumunda yapılmıştır. Bu alışma ise Türkiye versiyonu olmasından dolayı, Cronbach Alpha katsayısının biraz düştüğü ancak buna karşın güvenilir olduğu görülmüştür.

Bağ (2003) Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları leği'nin (RSTTO) Türkçe Uyarlaması çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.23 bulunmuş, her bir madde puanı ile toplam puan arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Momentler arpımı sonucunda orijinali 40 madde olan RSTT leğinden  $P < 0.05$  düzeyinde anlamlılığı saptanamayan maddeler çıkartılmış, ölçek anlamlı olan 21 madde ile çalışmaya devam edilmiştir. Yapılan madde toplam puan korelasyonu sonucunda  $P < 0.01$  seviyesinde oldukça anlamlı ilişki olduğu

saptanmıştır. Bu uygulama sonucunda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.72'ye yükselmiştir.

Ağargün, Beşiroğlu, Kıran ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışmada ölçeğin, toplam Cronbach Alpha değeri 0.79 olarak bulunmuştur. Genç (2005) tarafından yapılan Çocukluk Dönemi Kanser Yorgunluk Ölçeği Geçerlilik-Güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.85 bulunmuştur. Özetle; bu çalışmanın Cronbach Alpha bulguları kültürel uyarlama yapılan diğer çalışmaların Cronbach Alpha bulgularını destekler niteliktedir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği'nin iç tutarlılık analizleri (madde analizi, madde ortalamaları arasındaki ilişki, Cronbach Alpha Katsayısı, ve iki-yarım test analizleri) sonucunda iç tutarlılığı olan güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

#### **4.1.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Devamlılık/ Süreklilik/ Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi**

Zamana karşı değişmezlik ölçümünde ölçeğin istikrarlılığı değerlendirilir. Burada ölçüm zamanları arasında ölçülen değişkenlerin istikrarlı kalması, öte yandan diğer koşulların buna etki etmemesi beklenir. Bu koşulun her zaman yerine getirilmesi olanaklı olmadığından, test tekrar test güvenilirliği çoğu kez olduğundan daha düşük düzeyde hesaplanır (13).

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci uygulamadan üç hafta sonra ilk 125 kişiye ölçek tekrar uygulanmıştır. Birinci ve ikinci uygulama alt ölçek ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test- tekrar test ölçek toplam puan  $r = .55$  ve test-tekrar test arasındaki ilişki ise ileri derecede anlamlı olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin

korelasyon puanları ise Çaresizlik ve Kişilerarası ilişkilerde Bozulma alt ölçeği  $r = .53$ , Tehlikeli alt ölçeği  $r = .54$ , Utanma alt ölçeği de  $r = .17$  olarak bulunmuştur (Tablo 36).

Duyan'ın (2004) yaptığı Cinsel Tutum Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması'nda birinci uygulamada 325 bireye 80 maddelik anket uygulanmış, ikinci uygulamada ise 37 bireye uygulanmıştır. Özmen (2004) çalışmasında 300 birey ile çalışmış, tekrar test için ise 40 bireye ölçeği uygulamıştır. Literatürde ikinci uygulamada başvurulacak birey sayısının en az 30 olması gerektiği bildirilmektedir (103). Bu çalışmada 30 birey sınırı aşılmıştır. Alt ölçeklerin dört maddelik sınırın altında olması  $r$  değerlerini düşürebilmektedir (14). Utanma alt ölçeği iki maddeden oluşmakta olduğu için  $r$  değerinin bu nedenle düşük olduğu düşünülebilir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin I. ve II. uygulamalar arası korelasyonlarında anlamlı bir ilişkinin olması, zamansal süreçteki tutarlılığın yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Utanma alt ölçeğinin I. ve II. uygulamalar arası korelasyonlarında anlamsız bir ilişkinin olması ise, bu alt ölçeğin zamana karşı duyarlı olduğunu göstermektedir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin güvenirlilik analizleri sonucunda; orijinal ölçek ile genelde tutarlılık gösterdiği belirlenmiştir. Ölçek ve alt ölçekler iç tutarlılığının ve zamansal süreçteki tutarlılığının ise istendik düzeyde olduğu saptanmıştır.

Bu bulgular doğrultusunda, **“Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği güveniliridir.”** hipotezi ( $H_4$ ) kabul edilmiştir.

Sonuç olarak; **“Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği”** Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

## BÖLÜM V

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1.SONUÇ

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin" Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanan araştırmanın sonuçlarına göre;

##### *Geçerlilik analizleri sonuçları;*

- Ölçeğin içerik geçerliliği için uzman görüşüne başvurulmuş, uzman görüşleri doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik geçerliliği saptanmıştır (Kendall's  $W^a = 0.167$ ,  $\chi^2=26.686$ ,  $df=20$ ,  $p=.144$ ).
- Örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy sınaması sonucu 0.80, Bartlett's Test of Sphericity Analizi sonucu 1364.7 olup, anlamlı bulunmuştur. Böylece ölçeğin faktör analizi için uygunluğu belirlenmiştir.
- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin yapı geçerliliği için faktörel yapısı Principal Component (Temel bileşenler) yöntemi kullanılmış ve varimax dönüştürmesine göre analizler yapılmıştır. Bu doğrultuda orijinal ölçekle uygunluğu sağlanacak şekilde sıkıştırılmış 21 maddenin özdeğeri 1'den büyük olup, birbiri ile ilişkili üç faktör altında yer aldığı ve bunun kümülatif olarak toplam varyansın %41'ini açıkladığı saptanmıştır.



- Bu faktörler sırasıyla; Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma (ÇKİB) Tehlikeli (T) ve Utanma (U) alt ölçekleridir.
- Ölçeğin ölçüt geçerliliği için, ölçeğin kendisi ile paralel ölçeğin Toplumsal İdeoloji alt ölçeği arasında pozitif, Korku alt ölçeği arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçeğin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği ile paralel ölçeğin Korku alt ölçeği arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçeğin Tehlikeli alt ölçeği ile Toplumsal İdeoloji alt ölçeği arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçeğin Utanma alt ölçeği ile paralel ölçeğin kendisi, İyi Niyet ve Toplumsal İdeoloji alt ölçeği arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki göstermiştir. Ölçek toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır.
- Tüm bu analizlerle ölçeğin kapsam, yapı ve ölçüt geçerliliği sınanarak, ölçeğin geçerliliği saptanmıştır.

***Güvenirlilik analizleri sonuçları;***

- Ruhsal Hastalığı Yönelik İnançlar Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde, madde 12'nin ve madde 15'in 0.20 sınırının altında olduğu belirlenmiş, toplam madde korelasyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğundan, bu maddeler çıkarılmamış, ölçek orijinal madde sayısı olan 21 maddede kalmıştır.

- Hotelling's  $T^2$  - Testi ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve alt ölçeklerinin madde ortalamaları arasındaki fark sınanmış, ortalamalar arasında ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $P<0.00$ ).
- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve alt ölçeklerinin iki-yarım test güvenilirlik analizleri ile güvenilirliği saptanmıştır.
- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı .82 bulunmuştur. Alt ölçek Cronbach Alpha değerleri .69- .80 arasında olup, ölçek ve alt ölçekler kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık göstermektedir.
- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci uygulamadan üç hafta sonra ilk 125 kişiye ölçek tekrar uygulanmıştır. Birinci ve ikinci uygulama alt ölçek ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test- tekrar test ölçek toplam puan  $r = .55$  ve test-tekrar test arasındaki ilişki ise ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur.
- Sonuç olarak; çalışmanın **“Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” güvenilirlidir.** hipotezi ( $H_2$ ) ve **“Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği geçerlidir.”** hipotezi ( $H_4$ ) kabul edilmiştir.

## 5.2.ÖNERİLER

Ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inançlar; bireylerin bu hastalıklar için tedavi kurumlarına başvurmasını ve yardım almasını engelleyen önemli

faktörlerdendir. Bu doğrultuda yapılan araştırma sonucunda; araştırmacılara, eğitimcilere, klinisyenlere ve öğrencilere şu önerilerde bulunabilir:

- Türkçeleştirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin araştırmacılar tarafından farklı bölgelerde ve daha büyük örnek grubuna uygulanması ve değişmezliğinin araştırılması,
- Ölçeğin farklı gruplarda (yaş, cinsiyet, eğitim durumu...) geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi,
- Ölçeğin farklı disiplinler (hekim, hemşire, psikolog...) tarafından hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları ile, hasta yakınlarının ve bir dönem ruhsal sorununa yönelik tedavi görmüş ve iyileşmiş bireylerin inançlarını belirlemek için kullanılması,
- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin toplum ruh sağlığı uygulama alanlarında, aile görüşmelerinde bireylerin inançlarını belirlenmek için, hem sağlık çalışanları tarafından, hem de ruh sağlığı ve hastalıkları eğitimi alan öğrenciler tarafından kullanılması,
- Ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik toplumda duyarlılığın artırılmasıyla ilgili eğitim programlarının planlanması ve etiketlendirmeye mücadelede Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin araştırma programlarında kullanılması önerilmektedir.

## BÖLÜM VI

### RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

#### GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

##### ÖZET

Bu araştırmanın amacı, ruhsal hastalığa yönelik inançları değerlendirmek için Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilen Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ni (Beliefs Toward Mental Illness Scale) dilimize uyarlayarak, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır.

Metodolojik olarak planlanan araştırmanın örneklemini, Nisan 2006-Temmuz 2006 tarihleri arasında İzmir İli Bornova ilçesindeki 19 sağlık ocağından sosyo-ekonomik duruma göre küme örneklem yöntemi ile belirlenmiş olan, üç sağlık ocağı bölgesindeki toplam 262 birey oluşturmuştur. Belirlenen sağlık ocakları ve örnekleme giren birey sayısı şöyledir; Işıkkent sağlık ocağı alt sosyo-ekonomik düzey (N=75), Evka-4 sağlık ocağı orta sosyo-ekonomik düzey (N=102) ve Ş.Ergil Merkez sağlık ocağı üst sosyo-ekonomik düzeydir (N=85). Araştırmada veri toplama formu olarak; Tanıtıcı Bilgi Formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve ölçüt geçerliliği için eş değer ölçek olarak başvuru olan, Bağ (2003) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği kullanılmıştır.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerlilik çalışmasında ilk olarak dil eşdeğerliliği için, ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve geri çevirisi yapılmıştır. İçerik geçerliliği çalışmasında ise, uzman görüşü alınmış ve uzmanların önerileri doğrultusunda ölçekte gerekli düzenlemeler yapılmış, Kendall Uyuşum Katsayısı korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik geçerliliği saptanmıştır (Kendall's  $W^a =$

0.167,  $\chi^2=26.686$ ,  $df=20$ ,  $p=.144$ ). Ölçeğin pilot uygulamasının ardından, örneklem grubuna giren bireylere ev ziyareti yapılmış, yüz yüze görüşme tekniği ile yanıtlar alınmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği çalışması için faktör analizi yapılmış, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği, Tehlikeli alt ölçeği ve Utanma alt ölçeği olmak üzere orijinal ölçeğe uyumlu üç faktör saptanmıştır. Ölçeğin ölçüt geçerliliği için, ölçeğin kendisi ile paralel ölçeğin Toplumsal İdeoloji alt ölçeği arasında pozitif, Korku alt ölçeği arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgulara göre; Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Türk toplumu için geçerli bir ölçektir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin güvenirlik çalışmasında ilk olarak madde toplam puan korelasyonları incelenmiş, madde 12'nin ve madde 15'in 0.20 sınırının altında olduğu belirlenmiş, toplam madde korelasyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğundan, bu maddeler çıkarılmamış, ölçek orijinal madde sayısı olan 21 maddede bırakılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri .82, alt ölçek Cronbach Alpha değerleri ise .69- .80 arasında bulunmuş, ölçek ve alt ölçekler kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık göstermiştir. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için, ölçek I. uygulamadan üç hafta sonra ilk 125 kişiye tekrar uygulanmıştır. I. ve II. uygulama alt ölçek ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test- tekrar test ölçek toplam puanı  $r= .55$  olarak saptanmış, test-tekrar test arasındaki ilişki ise anlamlı bulunmuştur. Bu bulgulara göre; Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Türk toplumu için güvenilir bir ölçektir.

Sonuç olarak; “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

**Anahtar Sözcükler:** Ruhsal hastalık, İnanç, Ölçek, Geçerlilik, Güvenirlik

## **BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE'S VALIDITY AND RELIABILITY STUDY**

### **ABSTRACT**

The purpose of this research was to adapt for conduct a validity and reliability study of the Beliefs Toward Mental Illness Scale, which was developed by Hirai and Clum (2000) for the evaluation of beliefs about mental illness.

The sample for the research, which was planned as a methodological study and was conducted between April 2006 and July 2006, were chosen by using the mass sampling method according to socio-economic status from 19 primary health clinics in Bornova municipality of Izmir province and three primary health centers were selected which included a total of 262 individuals. The number of individuals included in the sample and the primary health centers were these: low socio-economic status Işıkkent Primary Health Center (N=75), middle socio-economic status Evka-4 Primary Health Center (N=102), and high socio-economic status Ş. Ergil Center Primary Health Center (N=85). For data collection in the study the following tools were used: a Descriptive Information Form, the Beliefs Toward Mental Illness Scale, and the Community Attitudes Toward the Mentally Ill, which has had validity and reliability study conducted by Bağ (2003) and was used as a measure of the same value for tool validity.

In the validity study for the Beliefs Toward Mental Illness Scale the original tool was first translated into Turkish then retranslated back into English, for language equivalency. In the content validity study expert opinion was received and changes were made in the tool based on the recommendations of the experts, and Kendall Coefficient of Concordance Correlation Test was used to establish content validity (Kendall's  $W^a = 0.167$ ,  $\chi^2=26.686$ ,  $df=20$ ,  $p=.144$ ). After the tool's pilot test was

conducted, individuals in the sample group were visited in their homes and answers were received in face to face interviews with them. Factor analysis was conducted for the tool's structural validity study, and three subscales were found which were consistent with the original tool: Incurability and Disturbance in Interpersonal Relationships subscale, Dangerous subscale, and Shame subscale. For the tool's measure validity a significant positive correlation was found with Social Ideology subscale and a significant negative correlation with Fear subscale from the parallel scale. Based on these findings the Beliefs Toward Mental Illness Scale was found to be a valid scale for Turkish society.

In the reliability study for the Beliefs Toward Mental Illness Scale first the item total score correlation was examined; it was determined that item 12 and item 15 were below the 0.20 limit, because there was a significant correlation between the total item correlation scores these items were removed and there were 21 items which remained from the original tool. The tool's Cronbach's Alpha coefficient was found to be .82, the subscale Cronbach's Alpha values were between .69 and .80; the scale and subscales showed an acceptable level of internal consistency. To determine the Beliefs Toward Mental Scale's stability over time the scale was repeated three weeks after the 1st time with the first 125 individuals. In the comparison of the subscale and total score correlations at the 1st and 2nd implementation, the test-retest scale total score was determined to be  $r = .55$ , and there was a significant correlation between the test and retest. According to these findings, the Beliefs Toward Mental Scale is a reliable tool for use with the Turkish society.

In conclusion, the "Beliefs Toward Mental Illness Scale" is a valid and reliable tool for Turkish society.

**Key Words:** Mental illness, Belief, Validity, Reliability

## BÖLÜM VII

### YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Ağargün, M. Beşiroğlu, C. Kıran, Ü. ve ark. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma, Anadolu Psikiyatri Dergisi 6:221-226.
2. Ak, İ. (2001). Koruyucu Ruh Sağlığı, 8. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, Sivas: Dilek Matbaası, s:104-110.
3. Aker, T. Özmen, E. Ögel, K. (2002). Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı, Anadolu Psikiyatri Dergisi 3: 5-13.
4. Akgül, A. (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara, s:169-178.
5. Aksakoğlu, G. (2001). Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, D.E.Ü. Rektörlük Matbaa, İzmir, s:97-103.
6. Aksayan, S. Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4 (2): 9-19.
7. 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.
8. Allport, G.W. (1967). Attitudes, Readings in Attitudes Theory and Measurement, Ed. Martin Fishbein. New York: John Wiley and Sons, Inc.p:1-14.



9. Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (1994). Lay Beliefs About Schizophrenic Disorder: The Results of A Population Survey in Germany, *Acta Psychiatr Scand*, 89 (382): 39-45.
10. Antonak, R. Livreh, H. (1988). The Measurement Of Attitudes Toward People With Disabilities: Methods Psychometrics And Scales, Springfield: Thomas, p:45.
11. Aptekin, K.(2005). Sosyal Psikiyatryi Doğru Anlamak, <http://www.Sosyalhizmetuzmani.Org/Sosyalpsikiyatri.Htm> E.T.:10 -08-2005.
12. Arkonaç, O. (1999). Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü İngilizce-Türkçe (Latince), Nobel Tıp Kitapevi, Tayf Ofset, Savaş Cilt Evi, s:52.
13. Aydemir, Ö. (.....). Psikiyatride Değerlendirme Araçları: Özellikleri, Türleri, Kullanımı, Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, s:21-30.
14. Aydemir, Ö. (2004). Değerlendirme Araçlarının Psikometrik Özellikleri. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, Emek Matbaacılık 8-10 Nisan İzmir, s:7-9.
15. Aydın, A. (2000). Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi, Alfa yayınları, İstanbul, s:29-47.
16. Bağ, B. (2003). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.
17. Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, Remzi Kitapevi, İstanbul.
18. Başaran, İ.E. (1994). Tutumların Öğrenilmesi, Eğitim Psikolojisi, Kadioğlu Matbaası, Ankara, s:297-307.

19. Bauwens, E. Anderson, S. (1988). Social And Cultural Influences On Health Care, Community Health Nursing Process And Practice For Promoting Health, Ed:Stanhope Lancaster, Second Adition, The C.N. Mosby Company.
20. Beck, C..M. Rawlins, R.P. Williams, S.R. (1984). Mental Health Psychiatric Nursing A Holistic Life-Cycle Approach, The C.Y. Mosby Companysy, p:381-395.
21. Bengi-Gürkan, S. Karadayı, F. Ünal, M. (1997). Sağlıkla İlgili Tutum Ölçeği Güvenirlik Geçerlik Çalışması, 33.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Psikiyatri Derneği, Antalya, s:45-152.
22. Bilge, A. Çam, O. (2002). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Rehabilitasyon ve Hemşirelik, Sağlık ve Toplum Dergisi, 12(4): 33-37.
23. Birol, L. (1997). Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, 3.Baskı, İzmir.
24. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı. (2005). Bornova Sağlık Grup Başkanlığı 2005 Yıl Ortası ETF Raporları, İzmir.
25. Büyükşahin, A. (2005). Çok boyutlu İlişki Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi; 16(2):97-105.
26. Caldwell, T.M. Jorm, A.F. (2001). Mental Health Nurses' Beliefs About Likely Outcomes For People With Schizophrenia Or Depression : A Comparison With The Public And Other Healthcare Professionals, Ment. Health Nurs. 10(1):42-54.
27. Ceber, E. Saydam, K.B. Bilge, A. ve ark. (2006). Üniversite öğrencilerinin Üreme Sağlığına Tutum Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Raporu. Proje No: 2005-ASYO-003.İzmir.

28. Chaleby, K.S. (1996). Issues İn Forensic Psychiatry İn Islamic Jurisprudence, Bull Am Acad Psychiatry Law.;24(1):117-24.
29. Collins, A.M. Diego, L. (2000). Mental Health Promotion And Protection, Journal of Psychosocial Nursing, 38 (1): 27-31.
30. Cotton, D. (2004). The Attitudes of Canadian Police Officers Toward The Mentally İll, International Journal of Law And Psychiatry Volume 27, Issue 2: 135-146.
31. Crisp, A.H. Gelder, M.G. Susannah, R. (2000). Stigmatisation of People With Mental İllnesses, Br J Psychiatry, s.177: 4-7.
32. Cüceloğlu, D. (2002).Yeniden İnsan İnsana, 27.Baskı, Remzi Kitapevi, s:244-250.
33. Çam, O. Pektaş, İ. Bilge, A. (2005). Ebe veya Ebe/ Hemşirelere Verilen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Konusundaki Eğitimin Etkililiğin Araştırılması, E.Ü. Rektörlüğü Araştırma Fonu Proje No: 2004/HYO/006, İzmir.
34. Çimen, S. Bahar, Z. Öztürk, C. ve ark. (2005). AIDS Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Dergisi 1-(1):1-11.
35. Dietrich, S. Beck, M. Bujantugs, B. ve ark. (2004). The Relationship Between Public Causal Beliefs And Social Distance Toward Mentally İll People, Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry Volume 38 Issue 5 : 348.
36. Duyan, V. (2004). Cinsel Tutum Ölçeği, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu No:014, 1. Baskı, ABC matbaacılık, Ankara.
37. Dündar, S. Aldanmaz, F. Oğuz, A. (1995). Halkın Konversiyon Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Anksiyete Bozukluğu ve Empotansa Yönelik Tutumları ve Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi, Kriz Dergisi, 3:285-292.

38. Eker, D. Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi; 12(1):17-25.
39. Eren, E. (2001). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Geliştirilmiş 7. Baskı. İstanbul: Beta yayınları, s:180.
40. Ergül, Ş. (2001). Toplumun Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ens. Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, s:34-40.
41. Eser, E. (2004) Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültüre Uyarlanması. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, Emek Matbaacılık 8-10 Nisan İzmir.
42. Fishbein, M. ve Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research Addison Wesley, p:38-41.
43. Fişek, N. (1986). Sağlık Eğitimi, H.Ü.T.F. Halk Sağlığı ABD Yayınları No:86/50 Kısa Dizi No:6, Üçbilek Matbaa, Ankara.
44. Frisch, N. C., Frisch L. E. (2002). Psychiatric Mental Nursing, Second Edition, Delmar Thomson Learning, p:801-807.
45. Genç, E.R. (2005). Kemoterapi Alan Çocuklarda Etkili Hemşirelik Girişimlerinin Yorgunluk Semptomuna Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ens. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi.
46. Gözüm, S. Aksayan, S. (1999). Özetkililik-Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2:1,21-34.

47. Gözüm, S. Aksayan, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4 (1): 9-14.
48. Güleç, C. (1995). Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Edi Bertan M, Güleç Ç, Güneş Kitabevi Ltd.Şti., Ankara, s: 442-453.
49. 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.
50. Hugo, C.J. Boshoff, D.E., Traut et all (2003). Community Attitudes Toward and Knowledge of Mental İllness in South Africa, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.38 (12):715-719.
51. İnci, H. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlil Çalışması, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Denizli.
52. Jorm, A.F. Korten, A.E. Jacomb, P.A. (1997). Helpfulness of Interventions for Mental Disorder: Beliefs of Health Professionals Compared with The General Public, Br J Psychiatry, 171: 233-237.
53. Kağıtçıbaşı, Ç. (1985). İnsan ve İnsanlar. Beta Basım Yayın Dağıtım AŞ. s:83-96.
54. Kağıtçıbaşı, Ç. (1988). Tutum Değişimine Kuramsal Yaklaşım. İnsan ve İnsanlar, İstanbul, s:125-161.
55. Kağıtçıbaşı, Ç (1999). Yeni İnsan ve İnsanlar. 10. Baskı. Sosyal psikoloji Dizisi: 1, İstanbul: Evrim Basım Yayım ve Dağıtım Yayımcılık.
56. Kara, B. (2006). Hemodiyaliz Stresör Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliliği, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Dergisi 2-(2): 64-71.

57. Karasar, N. (1999). Bilimsel Araştırma Yöntemi, 9 Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s:136-151.
58. Kinderman, P. Setzu, E. Lobban, F. et all (2006). Illness Beliefs in Schizophrenia, Soc Sci Med., 63(7):1900-11.
59. Kuzu, N. Zencir, M. Beşer, N. ve ark. (2004) Duke Sağlık Profiline Güvenirlik ve Geçerliliği. Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi: 35-44.
60. Küçükgüçlü, Ö. (2004). Bakım verenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumuna İçin Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir.
61. Küey, L. Aksakoğlu, G. Amato, Z. (1989). Affektif Bozukluklara İlişkin Tutumlar, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 4(2):68-77.
62. Link, B. Struening, E. Rahav, M. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence From A Longitudinal Study of Man with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. J Health Soc Behav, 38:177-190.
63. Magliano, L. Guarneri, M. Fiorillo, A. (2001). A Multicenter Italian Study of Patients' Relatives' Beliefs About Schizophrenia, Psychiatr Serv, 52:1528-1530.
64. Malla, A. Shaw, T. (1987). Attitudes Towards Mental Illness; The Influence of Education and Experience, Int. J Soc Psychiatry, 33:33-41.
65. Morgan, C. T. (1991). Psikolojiye Giriş, 8. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları Çev: Hüsnü Arıcı, Yayın Sorumlusu: Sirel Karakaş: 363: 376-377.
66. Morgan, C.T. (1995.) Psikolojiye Giriş, Çev Sor. Sirel Karakaş, 11. Baskı, Ankara: Meteksan A.Ş.

67. Morris, G. C. (2002). Psikolojiyi Anlamak, (Çev. Ed.) Ayvalık H. B.1. Basım Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:23, Ankara, s:609-651.
68. Noyan, E. (1953) Psikoteknik, Hüsniyatı Basımevi, s: 28.
69. Ok, Ü. ( 2006 ). Bir Aktivite Sistemi Olarak “İnanç”: İnanç Gelişimine Sosyo-Kültürel Bir Yaklaşım  
<http://www.dinbilimleri.com/dergi/cilt5/sayi4/makale/ok.pdf> e.t.:8.8.2006
70. Ögel, K. (1998), Psikiyatri Temel Kitabı, Ed. Cengiz Güleç, Ertuğrul Köroğlu, Toplumsal Psikiyatri. Bölüm: 97, Hekimler Yayın Birliği, Cilt: 2, Ankara, s: 1319-1327.
71. Öner, N. (1997). Türkiye’de kullanılan psikolojik testler bir başvuru kaynağı, 3. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
72. Özdamar, K.(2002). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir, s: 661-673.
73. Özdemir, O. (2005). Medikal İstatistik, I. Baskı, Medikal Yayıncılık, İstanbul, 91-93.
74. Özgür, G. Karaaslan, A. Çam, O. ve ark. (1998). Bornova Sağlık Grup Başkanlığı’na Bağlı Toplumda Ruhsal Belirtilerin Değerlendirilmesi, E.Ü. Rektörlüğü Araştırma Fonu Proje No:1995 HYO-06, İzmir.
75. Özgüven, İ.E. (2000). Psikolojik Testler, PDREM Yayınları, 4. Baskı, Ankara,
76. Özmen, E. Ögel, K. Boratav, C. ve ark. (2003). Depresyon İle İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği, Türk Psikiyatri Dergisi 14(2) :89-100.
77. Özmen, D. (2004). Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı İle Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

78. Özmen, E. Taşkın, O. Özmen, D., ve ark. (2004) Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalık Mı? Akıl Hastalığı Mı?. Türk Psikiyatri Dergisi 15(1): 47-55.
79. Öztürk, M.O. (1995). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, 6. Basım, Ankara, s: 101-113.
80. Particia, C. (2004). Mental Illness Community Health Nursing A Practical Guide, 13 Chapter, By Delmar Canada, s: 121-127.
81. Pektaş, İ. Çam, O. (2004). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı Eğitiminin Önemi, 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Kuşadası/İzmir, s: 249-251.
82. Pektaş İ, Bilge A., Ersoy, M. A. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7:43-48
83. Pektekin, Ç. Buzlu, S. (1999). 2000 Yılına Doğru Ülkemizde Ruh Sağlığı Sorunları ve Yaklaşımlarının Hemşire Gözü İle İrdelenmesi, 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, s:14.
84. Pierce, A.G. (1995). Measurement in: Talbot L.A. Principles and Practice of Nursing Research, Mosby.St.Louis, p:265-290.
85. Ran, M.S. Xiang, M.Z. Chan, C.L. (2003). Effectiveness Of Psychoeducational Intervention For Rural Chinese Families Experiencing Schizophrenia, A Randomised Controlled Trial, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 38: 69-75.
86. Sağduyu, A. Aker, T. Özmen, E. ve ark.(2001). Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma, Türk Psikiyatri Dergisi. 12 (2): 99-110.



87. Sağduyu, A. Aker, T. Özmen, E. ve ark. (2003). Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları, Türk Psikiyatri Dergisi. 14 (3): 203-212.
88. Sağlık Bakanlığı. (2001). Ruhsal Bozukluğu Olanları Dışlamayalım Tedavi İçin Cesaretlendirelim, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kitapçığı, s:2.
89. Savaşır, Y. (1971). Toplumun Ruh Hastalığına Karşı Tutumlarının Bilinmesinin Önemi ve Bu Konuda Uygulanan Bir Araştırma, VII. Milli Nöro-Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara.
90. Sayar, K. (2003). Kültür ve Ruh Sağlığı, Küreselleşme Koşulunda Kültürel Psikiyatri. Metis Yayınları, 1.Baskı, İstanbul.
91. Saydam, BK. (2005). Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerinden ve Progesteron İçeren Kontraseptif Kullanımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi,Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir.
92. Segal, F. L. Cooldge, M. S. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study, Aging & Mental Health 9 (4): 363-367.
93. Sevigny, R. Yang, W. Zhang, P. et all (1999). Attitudes Toward The Mentally İll in a Sample of Professionals Working in a Psychiatric Hospital in Beijing (China), Int J Soc Psychiatry. Spring; 45(1):41-55.
94. Shulman, N. Adams, B. (2002). A Comparison of Russian and British Attitudes Towards Mental Health Problems in The Community, Psychiarty .65(4):313-325.
95. Sönmez, V. (1999). Bilimsel Araştırmalarda Yapılan Yanlışlıklar, Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 1:13-27.

96. Spellbring, A. M. (1991). Nursing's Role In Health Promotion: An Overview, Nursing Clinics Of North America, 26:234-235.
97. Spellbring, A.M. (1991). Nursing's Role in Health Promotion: An Overview, Nursing Clinics Of North America, 26:805-843.
98. Star, S. (1955). The Public's Ideas About Mental Illness, Annual Meeting of The National Association For Mental Health, Indianapolis, USA.
99. Stickley, T. Timmons, S. (2006). Considering Alternatives Student Nurses Slipping Directly from Lay Beliefs to the Medical Model of Mental Illness, Nurse Educ Today. Copyright © 2006 Elsevier Ltd All rights reserved.
100. Sümbüloğlu, V. Sümbüloğlu, K. (1988). Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, s: 46-70.
101. Tanaka, G. Ogawa, T. Inadomi, H. et all (2003). Effects Of An Educational Program on Public Attitudes Towards Mental İness, Psychiatry Clin Neurosci, 57(6): 595-602.
102. Taşkın, E. O. Özmen, E. (2004). Ruhsal Hastalıklara İlişkin Tutumlar: Türkiye Çalışmalarının Gözden Geçirilmesi, 3P Dergisi, 12 (3).
103. Tavşancıl, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, 2.Baskı, Ankara.
104. Taylor, M.S. Dear, M..J. (1981). Scaling Community Attitudes Toward The Mentally İll, Schizophr, Bull.; 7:225-240.
105. Tezbaşaran, A. (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, s:45-51.
106. Tezcan, S. (1992). Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No: 92/1 Ankara.

107. Tezcan, S. (1995). Örnekleme. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ed: Bertan M, Güler Ç, Güneş Kitapevi, Özışık Ofset, Ankara, s:85-88.
108. Ting, H.T. (1997). A Survey of Psycyhiatric Nurses in Taiwan: Beliefs About Etiology and Nature of Nurse Interactions With Relatives of People With Mental İllness, Psychiatric Rehabilitation Journal; 21: 174-177.
109. Tolan, B. Esen, G. Batmaz, V. (1991). Sosyal Psikoloji, Adım Yayıncılık, Birinci Baskı, s:258.
110. Topsever, Y. (1991). Psikolojide Araştırma Deney ve Analiz. Ege Üniversitesi Basımevi, Y.N.:60, İzmir, s:118-121.
111. Turgut, M.F. (1992). Eğitimde Ölçme Değerlendirme, 8. Baskı, Saydam Matbaacılık, Ankara.
112. Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, E.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yayınlanmamış Doktora Tezi.
113. Üçok, A. Erkoç, Ş. Ataklı, C. (2001). Psikiyatri Dışındaki Hekimlerin Şizofreniye İlişkin Tutumları, Bahar Sempozyumları V Kitapçığı.
114. Vicente, B. Vielma, M. Jenner, F.A. (1993). Attitudes of Professional Mental Health Workers to Psychiatry, Int J Soc Psychiatry. Summer; 39(2):131-41.
115. WHO.(2005)[www.wpro.who.int/information\\_sources/databases/demographic\\_tables/gTable7.htm](http://www.wpro.who.int/information_sources/databases/demographic_tables/gTable7.htm)
116. WoodLobiondo, G. Haber, J. (2002). Reliability and Validity, Nursing Research Methods, Critical Appraisal, And Utilization, Fifth Edition, Printed in the United States of America, p: 311-329.

117. Worley, N. K. (1998). Community Psychiatric Nursing Care, Principles and Practice of Psychiatric Nursing, Ed:Stuart G W, Larata M T Sixth Ed., By Mosby.Printed in The United States of America, p: 716-729.
118. Yıldız, M. Önder, M. E. Tural, Ü. ve ark. (2003) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Pratisyen Hekimlerin Psikotik Bozukluklar ve Tedavisine Yönelik Tutumları, Türk Psikiyatri Dergisi 14 (2):106-115.
119. Yörükoğlu, A. (1984). Değişen Toplumda Aile ve Çocuk, 2.Baskı, s:30-33.
120. Yüksel, H. Eser E, Çelik C. ve ark. (2004). Çocukluk Çağı İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Güvenirliği ve Geçerliği, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, Emek Matbaacılık 8-10 Nisan İzmir.
121. Ziyalar, A. (1995). Kültürün Psikiyatrik Yaklaşımına Etkisi, Yeni Symposium 33 (2-3): 59-63.
122. Ziyalar, A. (1999). Sosyal Psikiyatri, 2. Baskı, Yüce Yayım, İstanbul, s: 38.

## EK I: TANITICI BİLGİ FORMU

1. Bağlı bulunduğu sağlık ocağı :.....
2. Sağlık ocağının sosyoekonomik durumu: ( ) Alt ( ) Orta ( ) Üst
3. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
4. Yaşınız (Belirtiniz):.....
5. Yaş grubunuz: ( ) 25-29 ( ) 30-34 ( ) 35-39 ( ) 40-44  
( ) 45-49 ( ) 50-54 ( ) 55-59 ( ) 60-64
6. Yetiştirdiğiniz sosyal çevre: ( ) Kent ( ) Kırsal
7. Eğitim durumunuz:  
( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü
8. Medeni durumunuz:  
( ) Hiç evlenmedi ( ) Birlikte yaşıyor  
( ) Resmi nikahlı evli ( ) Resmi olmayan nikahlı evli  
( ) Evli fakat ayrı yaşıyor ( ) Boşandı ( ) Eşi öldü
9. Çocuk sahibi olma durumunuz: ( ) Evet ( ) Hayır
10. Çalışma durumunuz: ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor
11. Gelir durumunuz:  
( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden fazla
12. Aile yapınız:  
( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile ( ) Parçalanmış aile

**Aşağıdaki soruları ruhsal hastalığa yönelik görüşlerinize göre, yanıtlayınız.**

**13.** Ruhsal hastalığı olan bir yakınınız var mı?  Var  Yok

**14.** 13. soruya yanıtınız “var” ise, ruhsal sorunu olan hastaya yakınlığınız:

- Annesiyim  Kardeşiyim  Eşiyim  
 Bir Akrabasıyım  Arkadaşıyım  Diğer (belirtiniz).....

**15.** Yukarıda söz ettiğiniz hastanızla birlikte aynı evde mi yaşıyorsunuz?

- Evet  Hayır

**16.** 15. soruya yanıtınız evet ise, hastanızla birlikte gün içinde geçirdiğiniz zaman ne kadardır?

- günde 1- 11 saat  günde 12 ve üstü

**17.** Ruhsal sorunlu bireylerin sizde daha çok yaşattığı duygu nedir?

- Korku  Öfke  Sıkıntı  
 Heyecan  Mutluluk  Diğer (belirtiniz).....

**18.** Bir yakınınız ruhsal hastalık belirtisi gösteriyorsa, öncelikle iyileşmesi için yardım alacağınız birey:

- Psikiyatr  Psikolog  
 Pratisyen hekim  Hacı-Hoca  
 Hemşire-Ebe  Diğer (belirtiniz).....

**19.** Size göre ruhsal hastalıkların ana nedeni nedir?

- Travmatik olaylar (depresyon, sel gibi olaylar...)  Aile içi çatışmalar  
 Geçirilen enfeksiyon hastalıkları.  Dinsel problemler  
 Büyü gibi doğa üstü güçler  Kalıtsal yatkınlık  
 Diğer (belirtiniz).....

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

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde 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.

**Ölçek Değerlendirmesi:**

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



<b>Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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.						

**EK III: 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

<b>Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği</b>	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 bir çoğu 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 hoşgörölü 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 sempatomize layık değillerdir.					
17.Ruh sağlığı kurumları yerleşim yerlerinden uzak tutulmalıdır.					
18.Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakım sağlamakla yükümlüyüz.					
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 IV :BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE (BMI)**

Using the scale below, please indicate the level of your agreement with the following items by choosing the number

that most closely corresponds with your beliefs.

0 = completely disagree 1 = mostly disagree

2 = slightly disagree 3 = slightly agree

4 = mostly agree 5 = completely agree.

1. A mentally ill person is more likely to harm others than a normal person.
2. Mental disorder would require a much longer period of time to be cured than would other general diseases.
3. It may be a good idea to stay away from people who have psychological disorder because their behavior is dangerous.
4. The term "Psychological disorder" makes me feel embarrassed.
5. A person with psychological disorder should have a job with minor responsibilities.
6. Mentally ill people are more likely to be criminals.
7. Psychological disorder is recurrent.
8. I am afraid of what my boss, friends and others would think if I were diagnosed as having a psychological disorder.
9. Individuals diagnosed as mentally ill will suffer from its symptoms throughout their life.
10. People who have once received psychological treatment are likely to need further treatment in the future.
11. It might be difficult for mentally ill people to follow social rules such as being punctual or keeping promises.

12. I would be embarrassed if people knew that I dated a person who once received psychological treatment.
13. I am afraid of people who are suffering from psychological disorder because they may harm me.
14. A person with psychological disorder is less likely to function well as a parent.
15. I would be embarrassed if a person in my family became mentally ill.
16. I do not believe that psychological disorder is ever completely cured.
17. Mentally ill people are unlikely to be able to live by themselves because they are unable to assume responsibilities.
18. Most people would not knowingly be friends with a mentally ill person.
19. The behavior of people who have psychological disorders is unpredictable.
20. Psychological disorder is unlikely to be cured regardless of treatment.
21. I would not trust the work of a mentally ill person assigned to my work team.

## EK V: BAŞVURULAN UZMAN LİSTESİ

<b>Prof.Dr. Erol ÖZMEN</b>	Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.
<b>Doç. Dr. Olcay ÇAM</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği A.D.
<b>Yrd.Doç.Dr. Gönül ÖZGÜR</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği A.D.
<b>Yrd.Doç.Dr. Ayça GÜRKAN</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği A.D.
<b>Yrd.Doç.Dr. Fisun ŞENUZUN</b>	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
<b>Yrd.Doç.Dr. Filiz ÖĞCE</b>	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
<b>Yrd.Doç.Dr. Birsen KARACA SAYDAM</b>	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
<b>Öğr. Gör. Dr. Rabia EKTİ GENÇ</b>	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
<b>Uzm. Dr. M. Akif ERSOY</b>	Ege Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesi Psikiyatri A.D.
<b>Uzm. Dr. Bülent KAYAHAN</b>	Ege Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesi Psikiyatri A.D.
<b>Öğr.Gör. Mengü Noyan ÇENGEL</b>	Ege Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü
<b>Öğr.Gör. Tülay EKMEKÇİ</b>	Dokuz Eylül Ü. Rektörlüğü Sürekli Eğitim Merkezi
<b>Öğr.Gör. İlknur PEKTAŞ</b>	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
<b>Okutman Aylın AYLANÇ</b>	Ege Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü
<b>Lynda ERKEK</b>	Çevirmen
<b>Sheryl Ann JACKSON</b>	Çevirmen

## EK VI : MICHIO HIRAI'DEN ALINAN İZİN BELGESİ

**Konu:** RE: your scale  
**Gönderen:** "Hirai, Michiyo" <hiraim@wsu.edu>  
**Tarih:** 30 Eylül 2005, Cuma, 20:58  
**Alıcı:** aysegul.bilge@ege.edu.tr  
**Öncelik:** Normal  
**Seçenekler:** [Tüm Başlıkları Göster](#) | [Yazdırılabilir Şekilde Göster](#)

Hi Ayşegül,

I am assuming that you are interested in using the BMI for your research. Sure. Feel free to use it. The full scale is available in Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 22, 221-236. If you have access to e-journal, you may be able to download the PDF file of the article from the publisher's site.

Good luck.

MH

-----  
Michiyo Hirai, Ph.D.  
Assistant Professor  
Department of Psychology  
Washington State University  
Pullman, WA 99164

Office: JT350  
Phone: (509) 335-2802  
Fax: (509) 335-5043



## EKVII: BEYHAN BAĞ'DAN ALINANIZIN YAZISI

20/09/2005

Sayın Öğr. Gör. Ayşegül BİLGE

Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğum "Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğini" çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Yrd. Doç.Dr. Beyhan BAĞ  
Atatürk Üniversitesi HYO  
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı  
Erzurum  
Telefon: 0-442-2312364  
e-mail:beyhanbag@yahoo.com  
beyhanbag@hotmail.com

## EK VIII:ETİK KURUL KARARI

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2005-86  
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR  
05.01.2006

### HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Doç.Dr.Olcay Çam'ın sorumluluğunda Şubat – Nisan 2006 tarihleri arasında yapmayı planladığı “Ruh Hastalığına Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” konulu araştırması 04.01.2006 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr.İsmet EŞER  
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



## EK IX: İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NDEN ALINAN İZİN YAZISI

T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI: Egt.Şb.B.104.İSM.4350009/1014  
KONU: Tez Çalışması.

10.04.2006 \*0 2 6 5 6 7

EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İZMİR

İLGİ: 13.03.2006 tarih ve 644 sayılı yazınız.

Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim dalı Doktora öğrencisi Ayşegül BİLGE tarafından yürütülmek istenen "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması" konulu araştırma ile ilgili Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Ş.Erdil Merkez Sağlık Ocağı, Evka-4 Sağlık Ocağı ve Işıkkent Sağlık Ocağından 2005 yılı Haziran ayı yıl ortası nüfusu gibi istatistikî bilgilerden faydalanabilmesi Müdürlüğümüz Araştırma Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüş olup, Müdürlüğümüz Hukuk Bürosunun yazısı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Şenol SARIYICI  
Müdür  
Sağlık Müdür Yardımcısı

EKİ: 1 adet yazı.

T.C.  
İZMİR İLİ  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : Hınlık /B.104 İSM.43500/ 4566  
KONU : İzin belgesi 063243-12.09.2005

EĞİTİM ŞUBESİ MÜDÜRLÜĞÜ

Tez çalışması kapsamında Müdürlüğümüze bağlı kurumların kayıtlarında inceleme yapmak üzere başvurulara verilecek izinler konusunda, gerek kişilerin özel hayatlarına müdahale ve meslek sırrının ifşasından kaçınmak, gerekse bilimsel çalışmaların engellenmesi sonucuna yol açmamak için izin verilmesi aşamasında aşağıdaki mevzuat hükümlerine uyma gerektiği bulunmaktadır.

Buna göre; 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanununun Özel Hayatın Gizliliği başlıklı 21.maddesinde "Kişinin izin verdiği haller saklı kalmak üzere, özel hayatın gizliliği kapsamında açıklanması halinde kişinin sağlık bilgileri ile özel ve aile hayatına, şeref ve haysiyetine, mesleki ve ekonomik değerlerine haksız müdahale oluşturacak bilgi veya belgeler, bilgi edinme hakkı kapsamı dışındadır."

Bilgi Edinme Hakkı Yasasının Uygulanmasına İlişkin Esas ve Usuller Hakkında Yönetmeliğin Özel Hayatın Gizliliği başlıklı 32.maddesinde ise "Kamu yararının gerektirdiği hallerde, kurum ve kuruluşların kayıtlarında bulunan kişisel bilgi veya belgeler, kurum ve kuruluşlar tarafından, ilgili kişiye en az yeddi gün önceden haber verilerek yazılı rızası alınarak açıklanabilir." denilmiştir.

Yukarıda zikredildiği üzere; kişinin sağlık bilgilerinin açıklanması halinde özel ve aile hayat, şeref ve haysiyeti, mesleki ve ekonomik değerleri zarar görebilecek pittelikte ise, söz konusu belgelere erişim bilgi edinme kapsamı dışındadır.

Ayrıca, 01/08/1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin Genel Olarak Bilgi İsteme başlıklı 15.maddesinde, "Hasta, sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir."

Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, tenyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenebileceği... " belirtilmiştir.

Yine, aynı Yönetmeliğin Kayıtları İnceleme başlıklı 16.maddesinde, "Hasta, sağlık durumu ile bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir." denilmektedir.

Ayrıca, Hasta Hakları Yönetmeliği 20.maddesi uyarınca "İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebileceği" belirtilmiştir.

Yine, Bakanlığımız ilgili Birimlerinden verilen görüş yazılarında ki ortak yaklaşımın, meslek sırrının ifşası hususuna dikkat edilmesi olduğu; mezkur görüşlerde Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Türk Ceza Kanunu ve Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununda yer alan meslek sırrı ile ilgili hükümlere atıfta bulunularak, Bakanlığımıza bağlı birimlerden talep edilen bilgilerin bu kapsamda değerlendirilmesi durumunda verilmemesi gerektiği, ancak tez çalışması yapmayı engelleyecek bir sonuca yol açılmaması için istatistikî bilgilerin verilebileceği sonucuna ulaşıldığı anlaşılmaktadır.

Zikredilenler ışığında, istatistikî bilgi dışında, kişilere ait bilgilerin talep edilmesi durumunda, söz konusu kişilerin ancak izin vermesi durumunda taleplerin olumlu karşılanabileceği sonucuna ulaşılmaktadır.

Bilgi edinilmesini ve söz konusu taleplere izin verilmesi aşamasında yukarıda belirtilen hükümlere uyulmasının teminini rica ederim

Op.Dr. Mehmet ÖZKAN  
Sağlık Müdürlüğü

Dağıtım :  
Tüm Şube ve Birimler

-Rahmi Özyürek  
-Tanrıhan  
A.Özyürek  
B.Özyürek

**EK X: GÖRÜŞME YAPILAN BÖLGELERDEKİ SOKAK, BLOK VE CADDE  
LİSTESİ**

<b>İŞIKKENT SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ</b>		<b>EVKA-4 SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ</b>				<b>Ş.ERGİL MERKEZ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ</b>
<b>62. Sokak</b>	<b>64 Sokak</b>	<b>98 Blok</b>	<b>99 Blok</b>	<b>100 Blok</b>	<b>101 Blok</b>	<b>Süvari Caddesi</b>
62/11	64/2	98/3	99/4	100/1	101/1	Süv.C./32
<b>63 Sokak</b>	64/3	98/7	99/5	100/3	101/13	Süv.C./36
63/1	64/5	98/9	99/7	100/8	101/15	Süv.C./38
63/3	64/13A	98/10	99/8	100/11	101/16	Süv.C./40
63/6	64/13	98/15	99/9	100/16	101/21	Süv.C./42
63/7	64/14	98/21	99/10	100/18	101/23	Süv.C./48
63/9	64/15	98/22	99/11	100/19	101/25	
63/10		98/24	99/13	100/22	101/26	
63/11		98/28	99/21	100/25	101/27	
63/12		98/36	99/24	100/27	101/28	
63/13			99/28	100/30	101/30	
63/14			99/33	100/31	101/31	
63/15						
63/17						

## ÖZGEÇMİŞ

1973 yılında Hatay İskenderun'da doğdu. İlkokul, orta ve lise eğitimini İskenderun'da tamamladı. 1991 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenimine başladı ve 1995 yılında mezun oldu. Aynı yıl Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü' nün açmış olduğu Psikiyatri Hemşireliği'nde yüksek lisans programına başladı. 1999 yılında Yüksek Lisans tezini başarı ile verdi. Haziran 1996 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde göreve başladı. Ekim 2001 tarihinde Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu'na Öğretim Görevlisi olarak atandı. 2002 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açmış olduğu Psikiyatri Hemşireliği'nde doktora programına başladı. Halen Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim Elemanı olarak görev yapmaktadır. Evli ve bir çocuk annesidir.