



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

**RUH SAĞLIĞI BOZUK OLAN BİREYLERE SAHİP AİLELERİN
RUHSAL HASTA VE HASTALIĞA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

BETÜL BİLGİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
Prof. Dr. SEVİM BUZLU**

İSTANBUL- 2007

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Betül BİLGİN tarafından hazırlanan
"Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Sahip Ailelerin Ruhsal Hasta ve Hastalığa İlişkin
Görüşleri" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 22.10.2007

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr. Sevim BUZLU
: İst. Üniversitesi /Flor. Nigh. Hemş. YO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr. Adnan İŞGÖR
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



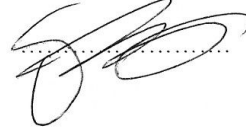
Jüri Üyesi : Prof.Dr. Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Özlem İŞİL
: Marmara Üniversitesi / Hemş. YO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Tayyip ÇALIŞLAR
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.



I. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve desteğini esirgemeyen Haliç üniversitesindeki hocalarıma,

Tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Sevim Buzlu'ya,

Tez uygulamam boyunca uygulama alanında bana destek olan Nöropsikiyatri İstanbul Hastanesindeki çalışma arkadaşlarıma,

Tez uygulamasını yaptığım hasta ve hasta yakınlarına,

Hayatımın her anında olduğu gibi öğrenim hayatım boyunca da benden sevgi, ilgi, sabır ve desteklerini esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

II. İÇİNDEKİLER

	Sayfa
1. ÖZET.....	1- 2
2. SUMMARY.....	3- 4
3. GİRİŞ.....	5- 7
4. GENEL BİLGİLER.....	8- 41
4.1 . Ruhsal Sağlık.....	9- 12
4.2 . Ruhsal Hastalık.....	12- 13
4.3 . Bütüncü Yaklaşım.....	13- 16
4.4 . Stigma ve Tutumlar.....	16- 22
4.5 . Ruh Sağlığının Tarihçesi ve Tarih Boyunca Ruhsal Hasta/Hastalıklara Yönelik Tutum ve İnanışlar.....	22- 28
4.6 Ruhsal Hasta\ Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Stigma ile İlgili Çalışmalar.....	29- 32
4.7 . Ruhsal Sağlığı Bozuk Bireye Sahip Aile.....	32- 36
4.8 . Psikiyatri Hemşiresinin Aileye Yaklaşımı.....	36- 41
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	42- 45
6. BULGULAR.....	46- 62
7. TARTIŞMA.....	63- 70
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71- 73
9. EKLER.....	74- 81
EK 1. Bilgi Formu.....	75- 77
EK 2. Ruhsal Hasta/ Hastalıklara İlişkin Görüşler Ölçeği (RHİG).....	78- 81
EK 3. Araştırmanın yapıldığı kurumun onayı.....	82
10. KAYNAKLAR.....	83- 86
11. ÖZGEÇMİŞ.....	87

III. KISALTMALAR

Kısaltma 1. Ruhsal Hasta/ Hastalıklara İlişkin Görüşler Ölçeği: RHİG ölçeği

IV. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 1: Ruhsal Hasta/ Hastalıklara İlişkin Görüşler Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Tablo 2: Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 3: Hastaların Hastalık Tanıları ve Tedavi Sürelerinin Dağılımı

Tablo 4: Hasta Yakınına İlişkin Bireysel Özelliklerin Dağılımı

Tablo 5: Hasta Ailesinin Hasta ve Hastalıkla İlgili Duygu, Düşünce ve Görüşlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı

Tablo 6: Hasta Ailesi İçindeki İlişkiler ve Hasta Yakınının Hastanın Hastalığına İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

Tablo 7: Hastalık Tanısı ve Tedavi Süresi ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 8: Hasta Yakınının Bireysel Özellikleri ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 9: Hasta Yakınının Yakınlık Derecesi, Ailede Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Başka Birey Varlığı ve Hasta ile Yaşanılan Süre ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Hasta Yakınının Hastalığı Öğrendiğinde Hissettikleri ve Bu Durumu Kabullenmeleri ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11: Hasta Yakınının Hastanın Şu Andaki Durumuna İlişkin Düşünceleri ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12: Aile İçi İlişkiler, Hastanın Aile İçi İlişkilere Etkisi, Hastanın Sorumluluklarının Paylaşılması, Hastalık İle İlgili Bilgi Alma Durumu ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

1.ÖZET

Bilgin B (2007). Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Sahip Ailelerin Ruhsal Hasta ve Hastalığa İlişkin Görüşleri, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sevim Buzlu).

Araştırma, ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin ruhsal hasta ve hastalığa ilişkin görüşlerinin araştırılması amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlandı.

Araştırma İstanbul ili Ümraniye ilçesinde bulunan özel bir psikiyatri hastanesi servisi ve polikliniğinde yapıldı, araştırmanın evrenini hastane servisinde yatan ve hastaları ile polikliniğe gelen hasta aileleri; örneklemini ise, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 170 ruhsal hastalık tanısı almış hastaya sahip hasta yakını oluşturdu. Çalışmanın verileri 10 Aralık 2006 - 15 Nisan 2007 tarihleri arasında toplandı.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, hasta ve ailesinin bireysel, ailesel ve hastalıkla ilgili özelliklerine yönelik bilgi formu ve Ruhsal Hasta/ Hastalıklara İlişkin Görüşler ölçeği kullanıldı.

Hastaların ortalama yaşının 35.28 ± 14.29 olduğu, %62.9'unun kadın olduğu, %80.6'sının şehirde büyüdüğü, %47.6'sının çekirdek ailede, %43.5'inin geniş ailede yetiştiği, %33.5'inin ilkokul mezunu olduğu, %70'inin çalışmadığı, %71.2'sinin sosyal güvencesinin ve % 54.7'sinin evli olduğu görüldü. %57.6'sının duygudurum bozuklukları, %11.2'sinin anksiyete bozuklukları tanısı aldığı, tedavi süresinin % 45.3'ünde 1- 5 yıl arasında olduğu belirlendi.

Hasta yakınlarının ortalama yaşının 41.71 ± 11.35 olduğu, %66.5'inin çekirdek ailede yetiştiği, %31.2'sinin ilkokul, %32.9'unun lise mezunu olduğu, %44.1'i çalışırken, %41.2'sinin çalışmadığı ve %78.8'inin sosyal güvencesinin ve %79.4'ünün evli olduğu görüldü.

Ruhsal hastalık tanısı alan hasta yakınının, yakınlık derecesinin, ailede ruhsal hastalık tanısı almış başka bir bireyin varlığının, hastayla birlikte yaşama süresinin ve hastalık öğrenildiğinde hasta yakınlarının hissettiklerinin ruhsal hastalıklara ilişkin görüş ve tutumlarını etkilediği görüldü.

Günümüzde ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz görüş ve tutumlar azalmakla birlikte devam etmektedir ve bu hastalığın ilk fark edildiği yer olan ailede başlamaktadır. Tedavi sürecinde hasta ile birlikte aileyi de ele almak önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal hasta, hasta ailesi, stigmatizasyon, bütüncü yaklaşım, psikiyatri hemşiresi.

2. SUMMARY

Bilgin B (2007). The Opinions of the Families Having Individuals with Mental Health Disorders on the Mental Health Patient and Mental Illness. Haliç University the Health Sciences Institute, Graduate Thesis, İstanbul, (Thesis Consultant: Prof. Sevim Buzlu, M.D.).

The study was designed as a descriptive study to investigate the opinions of the families having individuals with mental health disorders on the mental health patient and mental illness.

Study was conducted in a private psychiatry hospital clinic and polyclinic settled in Ümraniye County of İstanbul province. The study population composed of hospitalized patients and families presenting to the polyclinic with their patients. Study sample included 170 patients' relatives meeting inclusion criteria and giving informed consent for the study. Data of the study was collected between December 10th 2006 and April 15th 2007.

Inquiry form for individual, familial and illness characteristics of the patients and their families and The Opinions of Mental Patient/Mental Illnesses Scale were used as data collection tool in the study.

Mean age was 35.28 ± 14.29 years and 62.9% of them was female. Eighty point six percent of the patient grew up in the city. Forty-seven point six percent of them were grown in nuclear family and 43.5% of them in extended family. Thirty-three point five percent of the patients were primary-school graduate. Seventy percent of the patients were not working. Seventy-one point two percent of the patients had social security and 54.7% of them were married. Fifty-seven point six of the patients were diagnosed as mood disorder and 11.2% of them as anxiety disorders. In 45.3% of the patients, treatment period was determined to be 1-5 years.

The mean ages of patients' relatives were 41.71 ± 11.35 years. Sixty-six point five percent of them grew up in the nuclear family. Thirty-one point two percent of them were primary-school graduate and 32.9% of them high-school graduate. Forty-four point one of them were working and 41.2% of them were not working. Seventy-eight point eight of them had social security and 79.4% were married.

The relative of the patient received diagnosis of mental illness, the degree of relation, the presence of another individual received diagnosis of mental illness and duration of living together with the patient, the feelings of the relatives when the illness learned were seen to affect the opinions and attitudes regarding mental illness.

Today, unfavorable opinion and attitudes toward mental illnesses is continuing even though decreasing. And this begins in the family where the illness is noticed first time. It is important to consider patient and family together during treatment period.

Key Words: Mental patient, patient family, stigmatization, holistic approach, psychiatry nurse.

3. GİRİŞ AMAC

Birey ve çevre ilişkilerinin hayat boyu ve bütüncül bir şekilde incelenmesi, hemşireliğin bütün tanımlarını, felsefesini ve işlevlerini içinde barındırabilir. Bu ilişkide dikkat edilmesi gereken nokta sağlık ve hastalık kavramlarının değişen yaşam süreci modellerinin bir yansıması olmasıdır (17).

Nightingale' in sağlık ve bakım modelinin, hem sağlıklı hem de hasta bireyler için aynı ve ilişkili olduğu görüşünden beri sağlığın iyileştirilmesi hemşirelik uygulamalarının önemli yapıtaşlarından biri olmayı sürdürmektedir. Hemşire, bireyin biyofiziksel, psikososyal ve ruhsal durumu ile çevre arasındaki etkileşimi değerlendireceği bir bilgi sistemine gereksinim duyar. Sadece sistemlerin ve organların patolojisine odaklanan bir bakım sistemi bireyin durumunun tam olarak anlaşılmasını güçleştirir (1).

Sağlık inanışları modeline göre, tıbbi tedaviye uyumda hastalığa ilişkin algı ve inançların da belirleyici rolü vardır. Bu modelin günümüzde odaklandığı konular, sağlıkla ilgili davranışların ardında yattığı düşünülen nesnel normlar, inançlar ve tedavi uyumunda motivasyon gibi sosyal etkenlerdir (2).

Son yıllarda psikiyatride önemli bir yeri olan normal ve normaldışı davranışların anlaşılmasında “genel sistemler” kuramına giderek daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Bu kuramın psikiyatri alanına getirdiği yaklaşım; yalnızca içinde yaşanan zamanda değil, gelecekte de ortaya çıkabilecek ruh sağlığı sorunlarının önceden kestirilebilmesi ve insana iyi bir gelecek sağlayabilmek için sağlam bir bilimsel temel geliştirebilme ilkelerinden hareket etmesidir. Bu yaklaşım “ kapsamlı halk sağlığı” kavramının geliştirilmesini sağlamıştır. Böyle bir yaklaşım, anne karnındaki ilk yaşam anından başlayarak insanın tüm gereksinimlerinin ve haklarının sağlanmış olmasına önem verir. Dolayısıyla, sağlıklı anne babaların önceden hazırlıklı olarak dünyaya getirdikleri çocuklar, yalnızca çocukluk ve ergenlik dönemlerinde değil, yetişkin yaşamlarında da kendilerine yön verme konusunda toplumun sağladığı önderlikten yararlanma olanağı bulurlar. Örneğin ruhsal bozukluk gösteren kişilerin tedavisine tüm çevresinin katılması biçiminde yapılan denemelerden çok olumlu sonuçlar alınmıştır (3).

Stigma, ruh sağlığı ve psikiyatri hizmetini kullanan veya gereksinimi olan bireyler tarafından deneyimlenmiş bir kavramdır. Ruhsal hastalığa sahip bireylere ve ailelerine y6nelik, hastalığı bilmemekten kaynaklanan stigmatizasyon g6n6m6zde halen devam etmektedir. Ruhsal bozukluklar; toplumun hastalığı bilmemesinden ya da yanlış anlamasından dolayı korku ve stigma ile 6evrilmiştir. Stigma t6m ruhsal hastalıklarla ilgilidir; fakat ağır epizodlarla seyreden bazı ruhsal hastalıklara sahip kişilerde daha 6ok g6r6l6r (6, 30, 49).

Toplumun ve ailenin hastalığın tanımı, tedavisi ve etyolojisine ilişkin g6r6ř ve yargıları 6onemlidir 66nk6;

1. Hastalığın farklı boyutları ile doğru tanınması, tedavinin doğru olan yerde yapılması a6ısından 6onemlidir. 6rneğin hasta ve ailesi hastalığı Allah'ın verdiği bir ceza olarak algılıyorsa ya da i6ine ya da doğa6st6 g66l6re bağlıyorsa tedaviyi başka yerlerde arayacaktır.
2. Hastaların toplum i6indeki konumları, kabul g6rmeleri ya da dışlanmaları da doğrudan toplumun hastalığa bakışı ile ilgilidir. 6rneğin, hastanın etrafına zarar verebileceği yaygın olarak d6ř6n6l6yorsa b6y6k olasılıkla toplumdan izole edilmiş bir yaşam s6recektir.
3. Tedavi i6in sağlık kuruluşuna başvurulmuş olsa bile, hastanın i6inde bulunduğu toplumun hastalığa bakışı ve tutumları doğrudan tedaviye uyumu ve prognozu etkileyecektir.
4. Hastalıkla ilgili olumsuz inanışların varlığı, 6rneğin; “ şizofrenler saldırgandır gibi”, hastaların etiketlenmesine, hastaların bu etiketi almamak i6in tedaviden ka6ınmasına neden olacaktır.
5. Tedaviye uyumda hastanın ailesinin de hastalığa bakış a6ısı 6onem taşır. 6rneğin, hasta ailesi tedaviye olumsuz yaklaşıyorsa, doğrudan ifade edilmese bile, hasta bunu algılayabilecek ve tedaviye uyumu bozulacaktır (8).

Ruhsal hastalık kavramı, tarih boyunca 6ok ilgi g6rmesine ve g6n6m6zde ileri uygarlık d6zeyine erişmiş batı 6lkelerinde en 6onemli sağlık sorunu olarak kabul edilmesine rağmen, toplumun bu konudaki bilgisi 6ok azdır ve kimi zaman yanlış kavramlara saplanıp kalınmıştır (2, 9).

G6n6m6zde ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin artık daha 6ok toplum i6inde tedavi edilmesi, ailelerin yaşadığı sorunların artmasına neden olmaktadır. Utan6,

suçluluk, korku, çaresizlik, gelecek kaygısı ve öfke ailelerin sıklıkla yaşadığı duygulardır, anksiyete ve depresyon gibi hastalıkları da ortaya çıkarabilir. Hastanede kalış süresinin kısaldığı tedavinin daha çok kurumlar dışında sürdürülmeye başlanması ruhsal hastalığı olan birçok hasta için ailelerin birincil bakım verici konumuna gelmelerini sağlamıştır (2, 9, 10).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutumların hasta ve ailesi üzerinde oluşturduğu yükler, başarılı bir tedavinin önündeki en önemli engeldir. Bu engel, kimi kez hastalığın kabul edilmesi ve tedaviye başlanmasını geciktiren ya da tedavi uyumunu bozan bir etken olarak rol oynarken, ailenin de hastayı etiketlediği öngörüldüğünde, ruhsal ve toplumsal tedavi yaklaşımlarında hasta ailelerinin de olumsuz tutumlarının giderilme çabalarının gerekli olduğu düşünülmektedir. Tedavinin başarılı olmasında ve hasta bireyin uyumunun kolaylaştırılmasında da bu tarz bir yaklaşımın etkili olacağı söylenebilir (45).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları da, başta yakınları olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilişkilidir. Hastaların doğru tanı konularak etkili tedavi edilebilmeleri için, başta hasta yakınları olmak üzere, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesi gerekir (2).

Hasta, aile ve psikiyatri hemşiresi belirlenen hedefleri başarmaya yönelik birlikte çalışmalı ve işbirliğini geliştirmelilerdir. Psikiyatri hemşiresi ailenin duygularını, algılarını ve davranışlarını değerlendirebilir ve bu bilgileri psikoeğitsel programlar geliştirmek için kullanabilir. Psikiyatri hemşireleri tarafından oluşturulan bu programlara ailenin de katılımıyla; ruhsal hastalığı olan birey ve ailesinin hastalığı yönetme becerilerinin gelişmesi, kriz durumları ile baş etmeleri, hastaneye yatışların azalması, aile ve toplumda işlevsellik düzeylerinin artması ve yaşam kalitelerinin yükselmesi sağlanabilir (11, 13, 23).

Tedavi sürecinde hasta ile birlikte aileyi de ele almak tedavinin gidişini ve tedaviye uyumu kolaylaştıracak, tedavi sürecini kısaltacak, aile içindeki sorunları azaltacak, ailenin ve hastanın toplumsal uyumunu arttıracak ve daha etkili sonuçlar elde edilebilecektir.

Bu çalışma, ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin hastalığa ilişkin görüşlerinin araştırılması amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

Hemşirelik, bireylere bakım vermeye odaklanan, sürekli değişen ve gelişen bir meslektir. Temel amacı; sağlığın korunması, sürdürülmesi ve hastalık halinde gerekli bakımın verilmesidir (7, 31, 55).

Hemşirenin hizmet verdiği birey, sağlam ya da hasta olsun insandır ve hemşirelik hizmetlerinin merkezinde insan vardır. Bu bakımdan kaliteli bir bakım sunabilmek için insanın özelliklerini ve temel gereksinimlerini tanımak gereklidir. Bu gereksinimler karşılandığı ölçüde bakım, hemşire ve birey için doyurucu hale gelecektir. Hemşirelik mesleği ve insan arasında, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi yönünde her iki tarafı da ilgilendiren bir ilişki vardır. Sağlık ve insan toplumsal etkilere açıktır. Bu nedenle toplumdan soyutlanmış insan ya da hemşirelik düşünülemez (7, 31, 55).

Temelde hemşirelik hizmetlerinin özünü dört temel öge oluşturur. Bunlar; hasta bakımından yararlanan kişi, bu kişinin içinde bulunduğu çevre, bu kişinin bakım süreci içindeki sağlık ya da hastalık durumunun nitelik ve niceliği, kişinin yeniden sağlığına kavuşması için yapılan hemşirelik uygulamalarıdır (7, 10, 31, 55).

İnsan biyopsikososyal yönden karmaşık, anlaşılması güç ve çok boyutlu bir varlıktır. Bu da hemşireliği insanı anlamakta bilgilenme ve bilimselliğe yöneltmektedir. Profesyonel bir disiplinde temel amaç, meslek uygulamalarında kullanılan bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır (7, 10, 31, 55).

Hemşire; birey, aile ya da toplumların sağlık ve hastalık ile ilgili gereksinimlerini saptar ve bu gereksinimlerinin karşılanmasında yardımcı olur. Günümüzdeki temel fonksiyonu sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde etkin bir şekilde yer almaktır. Son yıllarda toplum sağlığı çalışmalarının önem kazanmasıyla birlikte sağlık alanında çalışanlar da uğraştıkları alanlarla ilgili yeni tanımlamalar yapmaya başladılar, insanların hayatının niteliği üzerinde düşünölmeye başlandı ve şu görüşler önem kazandı:

- Hastanın beklentileri, umutları sağlık çalışanlarının görüşlerinden daha önemlidir.
- Yaşamın hangi özellikleri onu değerli kılar.
- Bir tedavinin yaşamı uzatması kadar bu sürecin nasıl yaşandığı da önemlidir.

Sosyal bilimcilerle de ortak çalışılarak sağlığın niceliksel tanımlamalarından çok niteliksel tanımlamaları üzerinde durulmaya başlanmalıdır. Son yıllarda sağlıkta yaşam kalitesi önem kazanmaya başlamıştır (7, 22, 55).

4. 1. Ruhsal Sağlık

Ruhsal sağlık kavramı, psikiyatride son çeyrek yüzyıldan sonra ciddi bir biçimde ele alınmaya başlamıştır. Bunun bir nedeni olarak araştırmaların daha çok normal dışı davranışlar üzerinde yoğunlaşması gösterilebilir. Bundan dolayı ruhsal sağlık kavramı geçmişte, ruhsal hastalıkların karşıt anlamlısı olarak ele alınmış ve önemli sayılacak nitelikteki normal dışı davranışların görülmemesi ruhsal yönden sağlıklı olmak ya da normallik olarak tanımlanmıştır (24).

Psikiyatri alanındaki çalışmaların hastane ve kliniklerin dışına yayılmaya başlamasından bu yana, ruh sağlığında toplumsal yaklaşımlar önem kazanmaya başlamıştır. Bu da koruyucu ruh sağlığı çalışmalarını başlatmış ve kim, neden, nasıl korunmalıdır? soruları gündeme gelmeye ve çalışmalar bu doğrultuda da yoğunlaşmaya ve kimin ne kadar hasta olduğu kadar, kimin ne kadar sağlıklı olduğunun belirlenmesi de önem kazanmaya başlamıştır (24).

Ruhsal sağlık kavramına tek bir tanım getirmek zordur, çeşitli biçimlerde farklı değer yargılarından etkilenilerek tanımları yapılmıştır. Bu tanımlar da toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Çoğunlukla benimsenen tanımı; kişinin kendi kendisiyle ve çevresi ile dinamik bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Bir başka ifadeyle; bireye uyumlu kişilerarası ilişkiler kurabilme kapasitesini kazandırabilme amacına yönelik faaliyetlerdir (13, 24, 32, 43).

Ruhsal sağlık terimi yerine; “normal” , “uyumlu” gibi terimlerde kullanılmaktadır. Normallik kavramının tanımının yapılabilmesi için çeşitli görüşler ortaya atılmıştır. Geçtan, Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar isimli kitabında Offer ve Sabshin’ in (1974) normallik kavramını açıklayan görüşlerine yer vermiştir. Offer ve Sabshin normallik kavramını dört başlık altında incelemiştir (24).

- 1) Birinci görüşe göre normallik sağlıklılık olarak tanımlanmaktadır. Bu durumu hastalık ya da sağlık olarak ele alan geleneksel yaklaşımdır ve bu yaklaşıma göre, tüm insanların davranışları bir skalaya yansıtıldığında, çoğunluk normal,

azınlık ise normaldışını oluşturur. Bu yaklaşıma göre normal kişi normaldışı belirtilerden arınmış kişidir. Yani sağlıklı insan; fazla bir acısı, rahatsızlığı ya da sakatlığı olmayan kişidir.

- 2) İkinci görüşe göre normallik diye bir şey yoktur. Normallik kavramı, organizmanın tüm kişilik bölümlerinin birbiriyle denge içinde olması ve uyum içinde işlevlerini sürdürmesi demek ise bu yaklaşıma göre böyle bir şey olamaz. Freud 1937’de “Normal bir ego, genel olarak normallik kavramı gibi, hayal ürünü bir beklentidir.” şeklinde görüşünü açıklamıştır.
- 3) Üçüncü görüşe göre, normallik ortalama ile eşanlamda ele alınmıştır. Bu yaklaşım, davranışların normallik oranlarını ölçmek için günümüzde de uygulanmaktadır. Ortalama matematikte ki çan eğrisi yöntemine göre bulunmaktadır. Orta derecede uyum sağlayabilen ve çoğunluğa uyan grup normal sayılırken, çan eğrisinin iki ucundakiler normaldışı durumlar olarak değerlendirilir.
- 4) Dördüncü görüşe göre, normallik bir süreçtir ve normal davranış birbiriyle etkileşimde bulunan süreçlerin ortak bir ürünüdür. Bu yaklaşım insanı genel sistemler kuramına göre ele alır. Bir sistem olarak normallik, canlı bir sistemin, biyolojik, psikolojik ve toplumsal değişkenlerin de katkısı ile ve bir süreç içerisinde işlevlerini sürdürebilmesidir (24).

Psikanalistler normalliğin tanımını; id, ego ve süperego arasındaki denge olarak yapmışlardır. Sağlıklı kişi, alt benlik (id) dürtülerine doyum olanağı sağlayabilen, fakat çevresine de uyum yapabilen (ego) ve üst benliğinin (süperego) sesini de dinleyebilen kişidir (41).

Görüldüğü gibi normal ve anormal davranışın sınırları kesin değildir ve ölçütler görecelidir. Bütün bu görüşlerde az ya da çok gerçeklik payı vardır, fakat çağdan çağa, toplumdan topluma ve kişiden kişiye değişen tanımlamalar yapılmıştır. Ruhsal sağlığının bittiği hastalığın başladığı sınırlar kesin değildir. Sağlıklı diye bilinen kişide sağlıklı özellikler (özellikle genlerde saklı olabilir), hasta diye bilinen kişilerde de sağlıklı yanlar bulunabilir (9, 41).

Ruhsal sağlık; çeşitli tanımlarına rağmen bireyin, ilişkilerinde denge ve uyum içinde olması, çalışabilmesi, sevebilmesi, mutlu olabilmesi, kendisinin farkında

olabilmesi ve kendine yönelik olumlu tutumları olmasıdır. Ruhsal sağlıklı oluş kriterleri şöyle gruplandırılabilir;

Kendine yönelik olumlu tutumlar ve kişisel farkındalık: Kişinin duygu, düşünce ve davranışlarını tanıması, yeteneklerinin, olumlu-olumsuz özelliklerinin farkında olması, gerektiği durumlarda sevinebilmesi, mutlu olması, başarısızlıklarının farkına varıp nedenlerini araştırması, kendini sevmesi, sayması, hastalık belirtisi olan anksiyete, kuruntu, kuşku, üzüntü, güvensizlik gibi durumlardan uzak kalabilmesi, stres ile baş edebilmesi, bozukluk olduğunda kısa sürede normale dönebilmesi, fiziksel sağlığını koruyup kötü alışkanlıklardan uzak durabilmesidir (9, 11, 19).

Kendini gerçekleştirilebilme: Ruhsal sağlıklı bireyin kendine güveni vardır, öz- saygısı gelişmiştir, orantısız bir üstünlük ya da aşağılık duygusu yaşamaz. Beceri ve yeteneklerinin farkındadır, kapasitesini kullanır ve kendini aşmaya isteklidir. Etkin ve bağımsız olarak girişimlerde bulunur, bireysel kararlar alır, uygular. Çatışmalı durumlarda doğru kararlar alıp uygulayabilir ve bu durumları aşabilir. Kararlarından, düşünce ve davranışlarından sorumludur, otonomi sahibidir ve başkalarına da bu yönde saygı duyan kişidir (3, 9, 43).

Çevresindeki diğer bireylerle, ait olduğu gruplarla ve çevreyle ilişkisi: Aile, yakın çevresi ve uzak çevresiyle tutarlı ilişkiler kurabilme ve bunları sürdürme yetisine sahiptir. Çevresindekilerle sevgi ve saygıya dayalı bağlar kurar. Yaşadığı toplumla ters düşmeyen değer yargılarına ve inançlara sahiptir ve başkalarının inançlarına karşı saygılıdır. Toplumda bir yeri ve görevi olduğunun bilincindedir. Yaşadığı çevreyle ve doğayla uyumludur, onu korumaya çalışır. Toplumdaki diğer bireylerle uyumlu ilişkiler kurar ve bunları sürdürebilir (9, 19).

Uyum ve entegrasyon yetisi: Yeni ortamlara ve değişen durumlara uyum sağlayabilen, iletişim kurabilen kişidir. Bu durumlarda yaşadığı stresle başa çıkabilir. Neyi ifade edeceğini, neyi bastıracağını bilir, iç ve dış çatışmalar arasında uyumu sağlayabilir ve duyguları ile duygudurumu arasındaki düzenlemeyi yapabilir (9, 11, 19).

Gerçeği değerlendirebilme yetisi: Hayal ve gerçek olanı ayırabilme yetisine sahiptir. Ayrıca diğerlerinin hissettiklerini ve tutumlarını anlama konusunda sosyal duyarlılık sahibidir ve empati yapabilen kişidir (9, 11, 19).

Farlıklara karşı tutumu ve yeniliklere açık olması: Her ortamda çeşitli farklılıklar vardır. Örneğin; yaş, cinsiyet, dil, din, ırk, inanç, eğitim, ekonomik durum gibi. Birey

bu gibi farklılıkların olduğu durumlara esnek bakabilmeli, hoşgörü geliştirebilmeli ve önyargısız yaklaşabilmelidir (9, 11, 19).

Ruhsal yönden sağlıklı birey, farklı durumlarda seçim yapabilme ve karar verebilme yeteneğine sahiptir.

Ruhsal sağlıklı bireyin mesleğinin dışında yapmaktan zevk aldığı, eğlendirici, dinlendirici ve kendini geliştirebileceği uğraşları vardır.

Ruhsal sağlıklı birey obje kaybı durumunda (sevdiği kişiyi kaybetme ya da ayrı kalma gibi), bu durumu gerektiği şekilde yaşayıp var olan yaşantısına devam edebilen kişidir (9, 11, 19).

4. 2. Ruhsal Hastalık

Ruhsal sağlık da, fiziksel sağlık gibi değişken bir durumdur. Fiziksel bozukluklar, dış etkenler, baskılar belli bir ölçüyü aştığında, bireyin ruhsal dengesi sarsılabilir ve bazı ruhsal bozukluklar görülebilir. Ruhsal değişikliklerin yoğunluğu arttığında, kişi ve çevresi için sıkıntı verici boyutlara ulaştığında ve kişinin işlevselliğini bozduğunda ruhsal bir hastalık söz konusudur diye düşünülür (22).

Ruhsal sağlığı bozulan kişinin genel olarak, duygu, düşünce ve davranışlarında, değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik gibi durumlar görülür. Fakat bu özelliklere bakıldığında, her insanda bunların görüleceği dikkati çeker. Kişinin ruhsal yönden hasta sayılabilmesi için, bu özelliklerin sürekli ya da tekrarlayıcı olması, bireyin verimli çalışmasını ve topluma uyumunu bozması gerekir (19, 41).

Günümüzde ruhsal hastalıklar yaygınlığı, süregenleşme eğilimleri ve tedavilerinin güçlüğü nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada bugün en az kırk milyon kişide şizofreni, demans gibi ağır ruhsal bozukluk olduğu, yaklaşık yirmi milyon kişinin de nevroz, zeka geriliğı ve periferik nöropati gibi ruhsal ve nörolojik rahatsızlıklardan zarar gördüğü bildirilmektedir. Bunlara bir de alkol ve ilaca bağı sorunlar, madde kullanımı, bedensel hastalıklara bağı gelişen ruhsal bozukluklar da eklenince hasta, ailesi ve toplum açısından sorunun büyüklüğü ortaya çıkıyor. Ülkemizde de buna benzer bir tablo karşımıza çıkmaktadır. Güleç, Türkiye' de ruhsal bozukluklarla ilgili olarak yapılan epidemiyolojik çalışmaları gözden geçirmiş ve sonuç

olarak da, Türk toplumunda tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal bozukluğu olanların oranını %20, kesin ruhsal bozukluğu olanların oranını ise %2- 10 dolayında belirtmiştir (11, 26).

Son yıllarda ruhsal sağlık ve hastalıklardan geçmişe oranla daha çok söz edilmesinin ve giderek daha çok önem verilmesinin en önemli nedenleri, sağlığa getirilen bütüncü bakış açısı, ekonomik, sosyal ve teknolojik gelişmelerin kişilerin ruhsal yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri ve bu durumun kişilerin yaşam kalitesini azaltmasıdır. Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her sosyoekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır. Ayrıca dünyada en çok sakatlığa neden olan on hastalıktan beşinin ruhsal kaynaklı olduğu saptanmıştır. Birleşmiş Milletler Raporları'na göre, yeryüzünde 450 milyon kişi halen bir ruhsal veya nörolojik hastalıkla mücadele etmektedir. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları, ruhsal hastalıkların çok yaygın olduğunu göstermektedir. Bu nedenle tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunları, önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (42).

4. 3. Bütüncü Yaklaşım

Günümüzde hastalık ve sağlık kavramları açıklanırken, beden, zihin ve sosyal yapılar birlikte değerlendirilmektedir. Bu nedenle konuya biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler açısından da bakmak gerekmektedir. Bu bakış açısı, geleneksel anlayışı da kapsayan, ama bununla yetinmeyen yeni bir model ortaya koymuştur. Bu modele biyopsikososyal sağlık ve hastalık modeli denilmektedir. Geleneksel yaklaşımdaki biyomedikal model bugünkü tıp açısından artık tanımlayıcı olamamaktadır (33).

Tarihte uzun yıllar boyunca sağlık ve hastalık kavramları “fiziksel rahatsızlık” , “iyi oluş hali “ olarak tanımlanmıştır ve sağlık yaklaşımları da bu yönde bir gelişim izlemiştir. Geleneksel hastalık kuramlarında, sadece hasta olan organ ya da hastalığa yoğunlaşmıştır ve birey bir bütün olarak ele alınmamıştır (7, 43) .

İlk defa Hipokrat; etkileşim kuramını ortaya atarak akıl ile bedenin birbirini etkilediğini savunmuştur. Hipokrat' ın bu kuramı ile geleneksel kuramların yetersizliği anlaşılmış ve yeni kuramların gelişmeye başladığı bir dönem ortaya çıkmıştır. 1926

yılında Kuzey Afrikalı J. Chiristian Simits “holistik” kavramını ortaya atmıştır. “Holistik yaklaşım”, “bütüncül yaklaşım” anlamına gelir ve tüm insanlara kendi çevreleri içinde yaklaşılmasını öngörür, bireyin, fiziksel, ruhsal, sosyal bir varlık olduğunu ve her bireyin diğerlerinden ayrı bir nitelik taşıdığını kabul eder (7, 43).

Antik Yunan'da Hipokrat ile öne çıkan bütüncü (holistik) yaklaşım, Rönesans Avrupası ile birlikte Descartes'ın öncülüğünde yerini dualistik (ikili) yaklaşıma bırakmıştır. Ruh ve beden sağlığının ayrıştırıldığı bu yaklaşımın bugün etkisini bütünüyle yitirdiğini söyleyemesek de günümüzde ağırlıklı olarak biyopsikososyal yaklaşım kabul görmektedir. Bu yaklaşım insanın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutuyla bir bütün olduğunu ve bu boyutların birindeki problemin diğer boyutları da etkileyerek bütünün işleyişini ve sağlığını aksatacağını kabul eder. Diğer yandan yaşam kalitesi kavramı önem kazanmaya başlamıştır. Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, örneğin; kötü konut, uygun olmayan fiziksel çevre veya sosyal uyumsuzluğun fiziksel ve ruhsal sağlıkla doğrudan ilişkili olduğu düşünüldüğünde, yaşam kalitesi kavramıyla biyopsikososyal sağlık modelinin birbirlerini bütünlediği görülür (21, 22).

Tıbbın teknolojiye dayalı olarak giderek daha da büyük atılım ve gelişme göstermesi, klinisyenleri daha da teknisyen rolüne sokarken, psikiyatri alanındaki çalışmalar tamamen hastaların psikososyal sağlığına odaklanmak durumunda kaldılar. Bu çerçevede önceden bu hastaların yalnızca ruhsal bozukluk açısından izlenmesi söz konusu iken, zaman içinde hastalıkların hastalar ve çevresi üzerinde yarattığı her türlü psikososyal sonuç araştırılmaya başlandı. Doğal olarak, hastalığın hastanın gündelik yaşamındaki etkileri, bir başka deyişle oluşturduğu yeti yitimi ve yaşam kalitesi değişiklikleri temel araştırma alanları olarak ön plana çıktı. Bu alanda günümüzde, ruh sağlığı çalışanları, hastalığın seyrinden bağımsız olarak, hastanın yaşam kalitesini değerlendirmeyi, ölçmeyi ve geliştirmeyi temel çalışma alanları haline getirdiler (21, 22).

Bütüncü yaklaşım; bireylerin kişisel doyumlarına ve sağlıklı oluşlarına katkıda bulunacak bir yaşam biçiminin geliştirilmesini sağlayan, iyilik haline anlam kazandıran bir felsefe ve tutumdur. Bütüncülüğün ana temalarını, beyin-ruh-beden ve toplum dörtlüsünün yanı sıra onların birbirleriyle olan ilişkileri ve bağlantıları oluşturur. Bu yaklaşım hastalığın kendisiyle birlikte, bireyin hastalığa karşı tepkisini de ele almayı gerektirir. Hemşireler bu anlayış doğrultusunda kapsamlı bir sağlık tanılması yaparak

hastanın/ailesinin fiziksel, ruhsal, psikososyal ve spiritual gereksinimlerine odaklı hemşirelik girişimlerini yerine getirirler. Bütüncü hasta bakımının sağlanması, tedavi ve bakımın niteliğini arttıracaktır, ancak, sağlık elemanlarının eğitiminden, sağlık sisteminin işleyişine kadar birçok noktada yaşanan eksiklikler ve sorunlar bakımın psikososyal boyutunun ve hastaların psikososyal gereksinimlerinin ihmal edilmesine neden olabilmektedir. Yoğun bir servisin yönetimi, eleman eksikliği de düşünülünce, bu durum sağlık elemanlarının anksiyete ve engellenmişlik yaşamasına, iletişim sorunlarına, çatışmalara yol açabilmekte, ya da sağlık elemanları daha çok iş merkezli çalışabilmekte, hastaların fiziksel bakımına odaklanmakta ve bunu da yeterli görebilmektedir. Bütüncü bakım vermek üzere eğitim gören, hastanede 24 saat hasta ile birlikte olan hemşireler, sıklıkla hasta davranışlarındaki değişiklikleri gözlemlemekte ve hastaların psikolojik bakımı için yardıma gereksinim duymaktadırlar. Bireyin varoluşunun, bütün boyutlarının korunması, sürdürülmesi veya geliştirilmesinde bireye yardımcı olmak hemşirenin sorumluluklarındandır ve hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır (30, 36).

Hemşirelikte “Holistik bakım” terimi 1980 yılında Rogers, Parse, Newman gibi hemşire teorisyenlerle hemşirelik literatürüne girmekle birlikte, tarihsel süreç içinde hemşireler bireylere holistik bir yaklaşım içinde bakım vermişlerdir. Hemşirelik tarihinde hemşireliğin yalnızca fiziksel bakım veren bir meslek olarak tanımlandığı herhangi bir dönem yoktur (36).

Florence Nightingale “sağlık için manevi gereksinimler vücudumuzu oluşturan organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum, zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir” diyerek hemşirelikte holistik yaklaşımın temel olduğu varsayımını ortaya koymuştur. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)’ne göre (1973), sağlığı koruma ve geliştirme, hastalıkları önleme, acıyı dindirme hemşirenin temel fonksiyonudur. Bu doğrultuda bütüncü yaklaşım, hemşirelik bakımının temelini oluşturmalıdır. Amerikan Holistik Hemşireler Birliği iyi sağlığı, beden, beyin ve ruh arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlamaktadır (36).

1960’lı yıllardan sonraki deneysel, klinik ve epidemiyolojik araştırmaların artması bedensel hastalıkların ortaya çıkışı ile psikososyal zorlanmalar arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmıştır. Çeşitli ruhsal travmalardan sonra somatik hastalıkların geliştiği ya da var olan hastalığın şiddetlendiği, niteliğinin değiştiği ve prognozunun

kötüleştigi saptanmıştır. Sosyal ve yapısal açıdan ele alındığında, demografik özellikler, ekonomik koşullar, yasal düzenlemeler, politika, din, eğitim, teknoloji, medya, göç, kentleşme, ölüm yaşı, evlilik olgusu, fertilité, kadın ve erkeğin toplumdaki yeri, rolü, statüsü, gerek fiziksel sağlığı, gerekse ruhsal sağlığı etkilemektedir. Bu doğrultuda günümüzde ruh sağlığı hizmetleri, bireyin, ailenin ve toplumun ruhsal sağlığının korunması, geliştirilmesi, bozuklukların erken saptanması ve tedavisi, oluşmuş bozuklukların rehabilitasyonunu ve topluma yeniden uyumunu sağlamak amacıyla verilen, koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri de kapsar duruma gelmiştir. Geniş anlamıyla bakıldığında ruh sağlığı hizmetleri birey, aile ve toplum için yaşamın değerini anlamlı hale getirme uğraşı içindedir ve bu da bütüncü sağlık yaklaşımı ile sağlanabilmektedir. Çalışmalar bu doğrultuda ilerlemektedir ve amaç öncelikli olarak sağlığın korunmasının sağlanması yönündedir (11).

Günümüzde, birçok fiziksel hastalığın etiyolojisinde özellikle psikolojik faktörlerin rol oynadığı görüşü benimsenmektedir ve bedensel yakınmaların organik veya psikolojik temelli olarak ayrılması gerektiği görüşünden çok, tüm hastalara bütüncü yaklaşılması gerektiği anlayışı kabul görmektedir (30).

Tarihi gelişimine bakıldığında, hemşirelerin ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması konusunda psikiyatrik bakım bilgilerini de bir araya getirerek anahtar rol oynadığı görülmektedir. Bakımı sağlarken de birey bir bütün olarak ele alınmalı ve hemşirelik süreci bu doğrultuda gerçekleştirilmelidir (5, 7).

4. 4. Stigma ve Tutumlar

Tutumlar doğumla beraber var olmaz sonradan yaşantılar aracılığıyla öğrenilerek oluşmaktadır. Öğrenmeyi de, içinde yaşanan toplumun kültürel ve toplumsal yapısı etkilemektedir. Tutumlar yaşam boyu değişebilmekte ya da devam etmektedir. İstenmeyen tutumların yerine başkası geçirilir ya da yanlış olduğu düşünülen yanları değiştirilerek doğru alanlara doğru yöneltiler. Belirli birtakım konular ya da gruplar hakkında kalıplaşmış tutumlarımız da vardır. Bu tutumlar konu hakkında bildiğimiz özet bilgi sonucu oluşmuştur ve bilgiyi de başkalarından duyduğumuz, okuduğumuz bilgileri bir araya getirerek oluştururuz. Kalıplaşmış tutumlar sayesinde diğer gruplar hakkında özet bilgiye sahip oluruz ve çevremizi kendi

gözümüzle bir düzene sokarız, tepkilerimizi ona göre ayarlarız. İyi bildiğimiz konular ve iyi tanıdığımız gruplar hakkında tutum geliştirmeye gereksinimimiz yoktur (4, 9, www.aof.edu.tr/kitap/EHSM/1024/unite12.pdf/ erişim tarihi: 28.Ekim.2006).

Ruhsal hastalara yönelik olumsuz tutumlar geçmişte olmuştur ve günümüzde de devam etmektedir. Ruhsal hasta bireyler genelde, garip, tehlikeli ve korkutucu olarak algılanmaktadır. Bu da bu insanların toplumdan soyutlanmasına neden olur, hasta bireyin insan hakları ihlal edilmiş olur. Toplumda yaşayan bireylerin ruhsal sorunu olan insanlara karşı oluşturduğu olumsuz tutumlar, hastanın toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi bir engel oluşturmaktadır ve ruhsal sorunlu bireylerin topluma uyumunu sınırlamaktadır. Ruhsal hastalara yönelik toplumdan ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan olumsuz tutumlar, bu hastaların hastalıkla etkin baş etme, bakımını yönetme ve yaşam niteliklerini arttırmasının önünde önemli bir engel oluşturacaktır (9, www.e-sosder.com erişim tarihi: 2.Kasım.2006).

Stigma kavramını, Ersoy ve Varan (2006) bir çalışmalarında, Corrigan ve ark.'nın 2001 yılında yaptıkları değerlendirmelerine göre; “bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir” şeklinde açıklamışlardır (20). Stigmatizasyon “etiketleme” veya “damgalama” bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür. Birçok toplumda stigmatizasyon ilk olarak akıl hastalarına karşı geliştirilmiştir (34).

Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu stigmayı, Schulze ve ark.'na göre (2003) “daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenmesi ve neredeyse insan gibi algılanmaması ” olarak tanımlamıştır (34).

Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003 yılındaki bir yayınlarında Haghigat'ın ve Fabrega' nın stigmatizasyon ile ilgili görüşlerine yer vermişlerdir. Haghigat'a (2001) göre, günümüzde birçok alanda olumlu yönde gelişmeler olmakta, bilim ve teknoloji de bu doğrultuda olumlu yönde etkilenmektedir. Fakat stigmatizasyon tam tersi olarak olumsuz yönde etkilenmeye devam etmektedir. Günümüzdeki iletişim araçlarının son hızla gelişmesi (internet, web iletişimi gibi) kişilerin daha fazla anksiyete yaşamasına neden olmakta ve kişileri daha fazla kategorize etmeye ve daha fazla ayrımcı davranmaya itmektedir. Stigmatizasyonun yirminci yüzyıl ortalarına göre çok daha fazlasıyla artmış olduğu düşünülmektedir. Örneğin bir ruhsal hastanın birini öldürmesi

ya da saldırgan davranması televizyon, radyo ve gazetelerde tekrar tekrar gündeme gelir ve bu da toplumu görsel olarak etkiler, akılda kalan kısmı da bu tekrarlayan davranışlardır. Fabrega'a (1991) göre, bütün toplumlar ve bütün kültürler ruhsal hastalıkları stigmatize etmektedir (34).

Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003 yılındaki yayınlarında, Shibre ve ark. (2001), Scambler (1998) görüşlerine yer vermişlerdir. Shibre, ark. ve Scambler' a göre stigmatizasyon hastalık tiplerinden olduğu kadar, kişilerin sosyal kapasitelerinden, işlevlerinden, kimliklerinden, en önemli olarak da geldikleri ailenin yapısından etkilenmektedir (34).

Diğer insanlara gösterdiğimiz dış simgeler her zaman bizim iyiliğimize olmamaktadır. Giyim kuşamımız ya da görüntümüz kimilerince pek de makbul tutulmayan politik veya dini inançların bir simgesi olarak algılanabilmektedir. Deri rengimiz ya da yüzümüzdeki bir yara, geçmişimizle ilgili pek çok çağrışıma yol açabilmektedir. Bir bedensel belirtinin stigmaya dönüşmesi onunla ilgili tutum ve inançlarımıza bağlanmaktadır. 19.yy Almanya'sında yüz yarası bir düello izi olarak kabul edilip şan şeref vesilesi sayılmıştır, bugün ise acı bir kazanın mağduru olduğumuz hissini verebilmektedir. Ruhsal bozukluk ve emosyonel sıkıntıyla ilgili stigmanın da birçok nedeni vardır. Hastanın yaşantı ve davranışının içeriği bazılarında garip, esrarengiz ve tuhaf görünebilmektedir. Kimileri, hasta bireyin önceden kestirilemeyen saldırgan davranışından endişe edebilmektedir. Bozukluğun kalıtsal görülmesi veya ahlaki açıdan yanlış bir davranışı yansıtması ölçüsünde bir tür suç ortaklığı duygusu da oluşabilmektedir. Hasta birey, diğer insanlara başkalarının da aynı rahatsızlığa maruz kalabileceklerini sürekli hatırlatmaktadır. Stigma, iş bulma imkanlarını, toplumsal statü ve kaynakların kaybedilmesini, başkaları tarafından yalıtılma ve reddi, bir 'lekeli kimlik' ve yaralı benlik duygusunu içine alan pek çok biçimlerde kendisini açığa vurmaktadır (www.e-sosder.com erişim tarihi: 2.Kasım.2006).

Stigmatizasyonun kaynaklarını Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu (2003), Haghghat'a (2001) göre üç başlık altında açıklamışlardır.

- 1. Psikojenik:** İnsanlar genellikle başkalarının kötülüklerini istememekle beraber, başkalarının kötü durumlarını kendilerini daha iyi hissetmek için kullanmak isteği içindedir. Bununla birlikte, kendilerine güvenleri az olan insanlar başka kişileri küçük görme, horlama eğiliminde olmaktadır. Bu kendi

güvensizliklerini gizlemek için geliştirilen bir savunma mekanizmasıdır. Bunun karşıtı olarak da daha zeki ve özgüvenleri olan kişilerin hastalara daha olumlu yaklaşımlarının olduğu görülmüştür (34).

2. **Ekonomik:** Ekonomik değişimlerin stigmatizasyon üzerine etkili olduğu savunulmaktadır. Bu konuda en eski araştırma 1882- 1930 yılları arasında ABD’de siyahların linç edilmeleri ile o dönemin ekonomisi arasındaki ilişkidir. Yıllar içerisinde ekonomi kötüleştikçe daha çok siyah linç edilmiş, ekonominin toparlamasıyla, iş kaynaklarının artmasıyla linç edilme olayları azalmıştır. Bu zamanlarda ayrımcılığın ifadesi linç etmek olmayabilir, ancak ayrımcılık çok farklı platformlarda çok farklı şekillerde uygulanmıştır (34).
3. **Evrimsel:** Stigmatizasyonu ayrımcılığa yol açan genetik faktörlere bağlayan araştırmacılar olmakla beraber, genetik bir etkenin olmadığı yegane durumdur diyen araştırmacılar da çoğunluktadır (34).

Ruhsal rahatsızlıkları bulunan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, vakaların yaklaşık yarısında stigmatizasyonun doğrudan insanlarla temas sonucu oluştuğu belirlenmiştir. Bazı olaylarda yaşantılardaki negatif etkileşim hasta ailelerini ve çevrelerini de etkilemektedir. Şizofreni hastalığının stigmatizasyonunun kişisel bir sorun olmayıp, toplumsal bir sorun olduğu konusunda hastalar, hasta yakınları ve psikiyatri uzmanları ortak görüşe sahiptirler. Bu üç grubun ortak görüşü bu sosyal mekanizmanın etiketleme ve ayrımcılığa gidişidir (9, 34).

Kişiler stigmatize ettikleri hastalar konusunda olumlu bir örnek görseler de, fikirlerini çabuk değiştirmemektedirler. Hastanın iyi durumda olmasını örneğin, eğitimli olmasına, özenle tedavi edilmiş olmasına bağlarken, sıradan bir hastanın biraz kaba bir davranışı büyük bir olumsuzluk olarak kabul edilmekte ve stigmatize edilmektedir. Çünkü insanlar olumsuz bilgiye olumlu bilgiden daha çok değer verme eğilimindedir. Örneğin, kişilerin birçok iyi örnekle karşılaşmaları olumlu düşünmelerini sağlamazken, bir tane cinayet işlemiş psikiyatrik hasta ile karşılaşmaları kalıcı olumsuz düşünce geliştirmelerini sağlamaktadır. Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu (2003) çalışmalarında, Wolff ve ark. (1996) tarafından yapılan bir araştırma bulgusuna yer vermişlerdir. Araştırmada iki yıllık bir zaman dilimi içerisinde hastalar hakkında verilen bilgilendirmelerin olumsuz düşünceleri önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (34).

Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu (2003) alışmalarında, İtalya’da yapılan bir çalışmanın (Vezzoli ve ark. 2001) sonuçlarına göre, stigmatizasyonun önlenebilmesi için psikiyatrik hastaların da katıldığı toplantılar planlamanın, bunlara yönelik dernekler kurmanın önemli olduğu sonucunu vurgulamışlardır. Böyle faaliyetlerle toplumda oluşan, medyadan gelen olumsuz etkinin azalacağı vurgulanmış ve bu çalışmada eğitim seviyesinin düşmesi ile stigmatizasyonun arttığı saptanmıştır (34).

Ersoy ve Varan, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma leği Türkçe Formu’nun Güvenirlik ve Geçerlik alışması ile ilgili bir yayınlarında Bhugra (1989), Link ve ark. (1997), Socal ve Holtgraves (1992), Becker ve ark. (1997) ve Byrne’ nin (1997) görüşlerine yer vermişlerdir. Byrne’ a göre negatif tutumlar ve stigma psikiyatri kliniklerinde direkt etkilere sahiptir ve bunun ruhsal hastalığın bütün dönemlerini (tanı koyulması, tedaviye devam, rehabilitasyon) olumsuz etkilediğini söylemiştir. Bhugra, Link ve ark. , Socal ve Holtgraves’a göre ruhsal hastalığı olan bireylerin stigmatizasyonu, bu kişilerin tedaviye uyum göstermelerinde sorunlara yol açtığı gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla yüz yüze kalmalarına neden olabilmektedir. Becker ve ark.’na göre stigma, hastanın tedaviye başvurmasını ve rehabilitasyon programlarına katılmasını engellemekte ve dolayısıyla da onların toplum dışında kalmalarına yol açabilmektedir (9, 20).

Aker ve ark.’ı (2003) bir yayınlarında, Byrne (1999), Priest ve ark.(1996), Crisp ve ark.’nın (2000) görüşlerine yer vermişlerdir. Byrne “günümüzde de insanların ruhsal hastalıklar ile ilgili birçok olumsuz düşünce, tutum ve davranışa sahip olduğunu görmekteyiz” demiştir . Bu durum toplum içinde yaygınlık hızı yüksek olan depresyon için de söz konusudur. Priest ve ark. , İngiltere’de 1991 yılında yapılan bir çalışmanın sonucu olarak, depresyonun nedeni olarak işsizlik, aileden birinin ölümü ve bir ilişkinin bozulması gibi sosyal etmenlerin görüldüğünü, depresyonlu hastanın damgalanma endişesi ile doktora başvurmaya ekinebileceğinin ve antidepresanların bağımlılık yaptığının düşünüldüğü belirtmişlerdir. Crisp ve ark. yine İngiltere’de 1998 yılında yapılan bir çalışmanın sonucu olarak, (halkın ciddi psikiyatrik hastalıklar ile ilgili görüşleri araştırıldığı çalışma) ciddi depresyonlu hastaların başkaları için tehlikeli ve davranışlarının öngörülemez olduğu, bu hastaların kendilerini kontrol edemeyeceği, iyileşmelerinin g olduğu şeklinde yargılarının bulunduğu belirlemişlerdir (39).

Ersoy ve Varan (2006) yayınlarında, Arkar (1991, 1992), Arkar ve Eker' in (1996) çalışmalarındaki bulgularına yer vermişlerdir. Arkar, Arkar ve Eker birlikte yaptıkları çalışmalarında, çalışmaya alınan kişilerin sosyal yakınlık içeren ortamlarda ruhsal hasta ile etkileşimi azaltma eğiliminde oldukları; anksiyete nevrozu/ depresyonu olan kişileri, paranoid şizofreni olgularına göre daha mutlu, daha verimli, daha iyi, daha çağdaş, daha temiz, daha az tehlikeli, daha sık rastlanan şeklinde değerlendirdiği; paranoid şizofreni olgusunun, anksiyete nevrozu/ depresyon olgusuna göre daha fazla oranda bir akıl hastalığı olarak görüldüğü ve sosyal mesafe konulduğu, daha fazla fiziksel yük getiren ve kötü prognoza sahip bir hastalık olarak değerlendirildiği belirtilmiştir (39).

Ruhsal hastalıklar içinde en fazla olumsuz tutumlar geliştirilen olgular psikotik özellik taşıyanlardır. Hastaların toplum tarafından etiketlenilmeleri ya da kendi kendilerini etiketlendirmeleri yalnızlığa, toplumsal desteğin azalmasına, benlik saygısının düşmesine yol açar (40).

Tüm kültürlerde ruhsal bozuklukla (özellikle psikotik olanlar ile) tehlikeli davranış arasında bir bağ kurma eğilimi vardır. Oysa ruhsal bozuklukla tehlikeli davranış arasındaki ilişki çok azdır. ABD'de 1500 kişinin %61'i şu anlatımı uygun bulmuştur: "Şizofreni tanısı konan bir kişi şiddet suçu işlemeye normal bir kişiden daha çok eğilimlidir." Şiddet ögesinin daha az vurgulandığı bir başka çalışmada bu oran %24 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya katılanların %45'i ruh hastalarının diğer insanlardan daha az tehlikeli olduğu kanısındadır (14).

Stigmatizasyonu önlemek için neler yapılmalıdır?

- Ruhsal hastalıkların özellikleri, diğer hastalıklara benzerlikleri hakkındaki düşünceleri öğrenmek ve hastalıkları açık bir hale getirmek ve toplumu da bu konularda bilgilendirmek gereklidir.
- Toplum eğitilirken hastalara da tedavileri sırasında stigma ile baş etmelerine yönelik bilgi verilmelidir.
- Medya da adli suçlarla ruhsal hastalıklar birleştirilmiştir. Adli suçluların büyük kısmının ruhsal hasta olmayan kişiler olduğu yönünde toplum bilgilendirilmelidir.
- Sağlık çalışanları ve hekimler ruhsal hastanın fiziksel şikayetlerini gözardı etmektedir. Bu hastaların fiziksel rahatsızlıklarının göz ardı edilmemesi yönünde

sağlık çalışanları bilgilendirilmeli ve eğitimlerinde bu konuya dikkat çekilmelidir.

- Hastalar rahatsızlıklarının türü ve şiddetine bağlı olarak çeşitli işlerde çalıştırılmalı ve topluma katılımları sağlanmalıdır.
- Ruhsal hastaya sahip aile ve hasta yakınlarına hastalığa yönelik tedavi ve bakımda yardım edilmeli ve hasta bakımına katılımları sağlanmalıdır.
- Ruhsal hastalıkların nasıl önlenebildiğine ve insanda nasıl etki oluşturduğuna yönelik araştırmaları arttırmak ve bu konuların anlaşılabilirliğine katkıda bulunmak gereklidir.
- Ruhsal hasta ile ilgilenen sağlık çalışanı, hekim, psikolog, sosyal çalışmacı ve sivil toplum örgütleri birlikte çalışarak, halkın bilinçlendirilmesi yoluyla ve ruhsal hastaya yönelik koruyucu yasal düzenlemeler de artırılarak stigmatizasyon önlenebilir (9, 34).

Stigmanın hasta ve ailesi üzerinde oluşturduğu yükler, başarılı bir tedavinin önündeki en önemli engelleri oluşturmaktadır. Bu engel, kimi kez hastalığın kabul edilmesi ve tedaviye başlanmasını geciktiren ya da tedavi uyumunu bozan bir etken olarak rol oynarken ailenin de hastayı etiketlediği öngörüldüğünde, ruhsal ve toplumsal tedavi yaklaşımlarında hasta ailelerinin de olumsuz tutumlarının giderilme çabalarının gerekli olduğu düşünülmektedir. Tedavinin başarılı olmasında ve hasta bireyin uyumunun kolaylaştırılmasında da bu tarz bir yaklaşımın etkili olacağı söylenebilir (40).

Aker ve ark. (2003) bir çalışmalarında, Morrison ve ark.'nın (1993) görüşlerine yer vermişlerdir. Morrison ve ark.'na göre, ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları, başta yakınları olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilişkilidir. Hastaların doğru tanı konularak etkili tedavi edilebilmeleri için, başta hasta yakınları olmak üzere, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesi gerekmektedir (1).

4. 5. Ruh Sağlığının Tarihçesi ve Tarih Boyunca Ruhsal Hasta/Hastalıklara Yönelik Tutum ve İnanışlar

İnsanlık tarihi boyunca en çok ilgilenilen sorunlardan biri de ruhsal sağlık ve ruhsal hastalıklar konusu olmuştur. İnsanoğlu çeşitli büyüme ve gelişme

basamaklarında davranış ve duygularının “normal” olup olmadığını sorgulamıştır (33).

Eski Çin, Mısır, İbrani ve Yunan dillerinde yazılmış ilk eserlerde normal dışı davranışların “iyi ve kötü” ruhlar tarafından yaratıldığını belirten ifadeler rastlanmıştır. Bu eserlerden anlaşıldığına göre o yıllarda, kişinin iyi ya da kötü ruhlardan hangisinin etkisine girdiğine, gösterdiği belirtilere bakılarak karar verilmiştir. Genel olarak dini ve mistik konuşmalar yapan insanların iyi ruhun etkisine girdiğine ve doğüstü güçleri olduğuna inanılmış, bu insanlara saygılı davranılmıştır. Buna karşılık taşkın davranışlar sergileyen ve çoğunluğu oluşturan hastaların kötü ruhlara esir olduklarına ve tanrının gazabına uğradıklarına inanılmıştır. Tedavilerinde de şeytan çıkarma yöntemleri uygulanmıştır. Büyücü hekimler, şamanlar, çeşitli törenler düzenleyerek, danslar ve garip hareketlerle kötü ruhları kovarak hastalıkları iyileştirmeye çalışmışlardır. Bu tedaviler ilk başlarda o çağın tıp adamları sayılabilecek şamanlar tarafından uygulanmış sonraları, Yunanistan’ da, Çin’ de, Mısır’ da din adamlarına bırakılmıştır. Bu kişiler daha sonraları giderek daha insani yaklaşımları geliştiren kişilerin de öncüleri olmuşlardır (24, 41).

Yunan uygarlığının altın çağını yaşadığı, Hipokrat sonrası yıllarda ruhsal bozuklukların anlaşılması ve tedavisinde önemli aşamalar kaydedilmiş, günümüzdeki yaklaşımlara yakın görüşler benimsenmiştir. Bu dönemlerde tapınaklarda tıp eğitimi yapan ve dışarıdan da öğrenci kabul eden çeşitli eğitim kurumları oluşturulmaya başlanmıştır. Hipokrat da ilk eğitimini bu okullardan birinde yapmıştır. Hipokrat, ruhsal hastalıkların doğüstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu göstermiştir (İÖ 460- 357) ve bunların da diğer bedensel hastalıklar gibi tedavi edilmesi gerektiği görüşünü savunmuştur. Hipokrat ve öğrencileri altı çeşit akıl hastalığını tıp pratiğine sokmuşlardır. Bunlar; Frenitis (ateşli akut akıl hastalığı), Mania (ateşsiz akut akıl hastalığı), Melankoli (her çeşit kronik akıl hastalığı), Epilepsi (şimdiki anlamı ile hemen hemen aynı), Histeri (paroksizmal dispne, ağrı, konvulsiyonlar), Scythian Hastalığı (transvestizm ile eş anlamlı) dır. Hipokrat’ ın psikiyatriye kattığı terimler mani, histeri, alkol hezeyanları, epilepsi gibi terimler günümüzde de kullanılmaktadır. Histeri ile cinsel çatışmalar arasında bir ilişki olduğunu savunan çağdaş görüşleri ve açıklamaları olmuştur. Yine Hipokrat kalıtımın üzerinde durmuş, kalıtım kadar çevresel etkenlere de önem vermiş ve gerektiği durumlarda hastaları aile ortamlarından ayırmıştır.

Hipokrat'ın, hastaların kişiliğini anlamada, rüyaların önemini fark etmede, psikanaliz ekolünün en önemli kavramlarını tanımlanmış olduğunu söyleyebiliriz (21, 24, 41).

Platon, farklılıklar psikolojisinin öncüsü sayılabilir. "Devlet" adlı eserinde, insanların zihinsel gelişim ve diğer yetenekler yönünden gösterdikleri farklılıkların önemini ve bireyin düşünce ve davranışlarında toplumsal ve kültürel etkenlerin önemini açıklamıştır. Platon suç işleyen ruhsal bozukluğa sahip bireylerin, yaptıklarından sorumlu tutulamayacaklarını, normal kişilere verilen cezaların onlara uygulanmaması gerektiğini ve bu insanların tek başlarına toplumda dolaşmamaları gerektiğini, aileleri tarafından en iyi şekilde bakılmaları gerektiğini ve bunu ihmal eden ailelerin cezalandırılması gerektiğini söylemiştir (24).

Bu yaklaşımlar doğrultusundaki çalışmalar sonraki yıllarda da Yunanlı ve Romalı hekimler tarafından sürdürülmüştür ve gizemci- büyüsel düşüncenin geçersizliği yine bu yıllarda kesin olarak belirtilmiş ve özellikle Büyük İskender'in İskenderiye'yi kurması ve İskenderiye'nin Yunan kültür ve biliminin merkezi haline gelmesiyle çalışmalar burada devam etmiş ve gelişimini sürdürmüştür. Tarihteki belgelere göre, İskenderiye'deki sanatoryumlar çok üstün niteliktedir, hastaların iç açıcı ortamlarda yaşamalarına önem verilmiş ve sürekli uğraş, eğlence, okuma, çeşitli telkin yöntemleri burada kullanılmıştır (24, 41).

Yunan ve Roma uygarlıklarının çöküşünden sonra Yunan tıbbının bilimsel yaklaşımları Arap dünyasından etkilenmiş ve bu etki sonraki yıllarda giderek kaybolmuştur. Hıristiyanlığın yayılışıyla birlikte Avrupa'da karanlık bir dönem hüküm sürmeye başlamıştır. Orta Çağ'da gerileme olmuş ve İsa'dan sonraki ikinci, üçüncü yüzyıllarda tekrar büyüsel- gizemci düşünce egemen olmaya başlamıştır (24, 41).

Orta Çağ Avrupa'sında, ruhsal hastalar şeytanın içine girdiği bir büyücü olarak yakalanmış ve diri diri yakılmıştır. Orta Çağ'ın ikinci yarısında, Avrupa'da yaygın bir grup davranış bozukluğu türü sık olarak görülmüştür. İnsandan insana geçen ve kitleleri etkileyen bu davranış bozukluğu çağdaş anlayışımıza göre kitle histerileri olarak isimlendirilebilir. Histeri salgınları Avrupa'da on yedinci yüzyıl ortalarına kadar sürmüştür. Dans manisi şeklinde bir gelişim gösteren bu salgınlar eski Yunanlılar ve Romalıların tanrıları için yaptıkları dinsel törenlere benziyordu. Hıristiyanlığın gelişi ile birlikte bu törenlerin yasaklanması toplumda bunların gizli yapılmasına neden olmuştur. Daha sonraları, Hıristiyanlığın getirdiği yeni kavramlarla çelişen ve suç niteliği taşıyan

bu törenlerin taşıdığı anlam da değişmiş ve giderek kitle histerilerine dönüşmüştür. O çağın Avrupa'sında Hıristiyan din adamları büyücü diye adlandırdıkları ruhsal hastaları yakalayabilmek ve cezalandırabilmek için kitaplar yazmışlardır. On beşinci yüzyılın ikinci yarısında iki rahip tarafından yazılan Malleus Malleficarum “Şeytan Çekici” adlı kitap ruh hastalarını kovalama, yakalama ve cezalandırma da büyük bir otorite belgesi olarak benimsenmiştir. Orta Çağ'daki kilisenin ruhsal hastalara karşı olan tutumu ilkel çağlardaki şamanizmden de geriye gitmiş ve ilkel, acımasız anlayış dinsel-politik amaçlarla geniş halk kitlelerine uygulanmıştır (24, 41).

On altıncı yüzyılın başlarında İsviçre' li hekim Paracelsus bu öğretiye karşı çıkmış ve dans manilerinin şeytanın etkisiyle ortaya çıkmadığını, bir hastalık olduğunu iddia eden görüşünü savunmuş ve ruhsal hastalıkların yıldızların insan beyninde yarattığı olumsuz etkiler sonucu olduğu şeklindeki açıklamasını yapmıştır. Paracelsus bu görüşünden dolayı yargılanmış ve ölümüne kadar rahat bırakılmamıştır. Ancak on altıncı yüzyıl boyunca bu doğrultudaki görüşler Avrupa' da yer yer varlığını sürdürmüştür. On yedinci yüzyılın başlarında bazı kilise adamları da bu öğretinin geçerliliğini sorgulamaya başlamışlardı. St.Vincent de Paul adlı bir rahip ruhsal hastalığın bedensel hastalıktan farklı olamayacağını ve Hıristiyanlığın da insancıl bir din olduğunu, güçlünün zayıf olanı koruması gerektiği görüşünü benimsediğini savunmuştu. Orta Çağ' daki bilimsellikten uzak görüşler artık geçerliliğini kaybetmeye başlamıştı (24).

Avrupa'da on altı ve on yedinci yüzyıllardan başlayarak Hıristiyan kilisesinin katı, acımasız, dogmatik uygulamalarına karşı tepkiler artmaya başlamıştır. İnsanların görüşleri ve inançlarındaki bu değişim hasta bakımı ve tedavisinde de etkisini göstermiş ve o zamana kadar manastırlara ve zindanlara kapatılan hastalar günümüzdeki hastanelere benzeyen ilk tedavi kurumlarına alınmaya başlamıştı. Buradaki hastalar ellerinden ve ayaklarından zincirlere vurulmuş ve sadece kendi kendilerini beslemeye yetecek kadar hareket özgürlüğü verilmiştir (24, 41).

Avrupa'da ilk kez 1547'de Londra'daki St. Mary of Betlehem Manastırı VIII. Henry tarafından bir hastaneye dönüştürülmüştür. Bu kurumu Avrupa'da ve Amerika'da benzerleri izlemiş, ama koşullar yine de insanlık dışı olmuştur. On dokuzuncu yüzyılın ortalarına kadar hastaların başları traş edilmiş, deli gömleği giydirilmiş, besinleri kısıtlanmış, zorla müshil ilaçları içirilmiş ve karanlıkta

birakılmışlardır. Daha zorlu ve taşkın hastalara aç bırakma ve soğuk su uygulama gibi insanlık dışı uygulamalar da yapılmıştır (3).

Dünyada tarihsel gelişim süreci içinde ruhsal hastalıklara bakışı değiştiren en önemli gelişmelerden birini, 18. yüzyılın sonlarına doğru Fransız ruh hekimi Philippe Pinel ruhsal hastaları zincirden kurtararak başlatmıştır. Pinel “ Traitement Moral” adlı eseri ile planlanmış psikoterapinin ilkelerini açıklayan ilk hekim olmuştur. Pinel’ in başlattığı bu insancıl akım giderek Avrupa ve Amerika’da da etkilerini göstermeye başlamıştır. İngiltere’de William Tuke, ABD’nde Benjamin Rush, ülkelerindeki çağdaş psikiyatrinin öncüleri olmuşlardır (21, 24, 41).

On dokuzuncu yüzyıldan sonra anatomi, fizyoloji, nöroloji, kimya gibi alanlarda bilimsel gelişmeler başlamış ve bunun sonucunda, ruhsal hastalıkların beyin işlevlerindeki bozukluklardan kaynaklandığı görüşü ortaya çıkmaya başlamıştır. Böylece ruhsal yapı ve davranışın açıklanmasında organik nedenlere önem veren görüşlerin hakim olduğu yeni bir dönem başlamıştır (24).

Fransız ve Alman okullarının klinisyenleri, yeni hastalıklar tanımlamışlar ve hastalıkları sınıflandırmaya çalışmışlardır. Çoğu ruhsal bozukluğun etyolojisini beyinde dejenerasyona bağlamışlardır. Bu döneme en önemli katkıyı yapan Alman hekimi Emil Kraepelin olmuştur. 1883 yılında yayınladığı kitabında (Compendium der Psychiatrie) Kraepelin, beyin bozukluklarının ruhsal hastalıkların oluşumundaki rolünden söz etmiş ve her bir ruhsal hastalık türünün farklı belirtiler gösterdiğini, her birinin önceden belirlenebilir bir seyir izlediğini ve bu durumun tanımlanabileceğini açıklayarak ilk sistematik psikiyatrik sınıflandırmayı yapmıştır. Kraepelin ile başlayan bu döneme “betimleyici (descriptive) dönem” adı verilmektedir (24, 41).

Paris’ teki çalışmalarıyla ilgi toplayan bir hekim olan Mesmer hipnoz ve “animal magnetizm” görüşü üzerinde durmaya başlamış ve hipnoz olgusunu incelemeye önem vermiştir. Bazı histeri belirtilerinin hipnozla ortaya çıkarılabilmesi ya da tümünden giderilebilmesi denemeleri ile başarılı olunca hekimlerin dikkati giderek insanın ruhsal yaşamına, heyecanlarına, duygularına, düşüncelerine doğru yönelmiştir. Bu konuda asıl önemli dönemi başlatan Freud olmuştur. On dokuzuncu yüzyılın sonlarında geliştirdiği psikanaliz kuramı ile çağımızın en önemli psikoloji okulu olmuş ve ruh sağlığı alanındaki hastalık anlayışını ve tedavi yöntemlerini köklü biçimde etkilemiştir (24, 41).

Yirminci yüzyılın başlarında beyin patolojisinin ruhsal hastalıkların tek nedeni olamayacağını savunan yeni düşünceler belirmeye başlamıştır. Bu yaklaşım, bazı ruhsal bozuklukların organik kökenli olmayıp psikolojik nedenlerle oluştuğunu savunmuştur (24, 41).

Fransa’da Bernheim, Charcot ve Pierre Janet, Avusturya ve İsviçre’de Breuer, Freud, Yung ruhsal bozuklukların anlaşılmasında ve dinamik psikiyatrinin gelişmesinde öncü kişiler olmuşlardır (41).

Rus fizyoloğu Pavlov koşullandırma ile öğretme ve koşullu tepki kuramını geliştirmiş ve davranışçı okulların, davranışçı terapilerin kaynağı olmuştur ve giderek yeni öğrenme kuramları gelişmeye başlamıştır (41).

İslamiyet öncesi Türklerde hastalık anlayışı ve iyileştirme yöntemleri şamanizme dayanmaktaydı. İslamiyet’in kabulünden ve diğer İslam toplumları ile yakınlaşmalardan sonra Türklerde hastalık anlayışına geleneksel İslam tıbbı egemen olmuştur, fakat şamanizmin izleri Anadolu’daki Türklerde bir miktar da olsa kalmıştır (41).

On birinci yüzyılda yaşamış olan İbni Sina İslam dünyasının en büyük hekimi olarak tanınmıştır. İbni Sina, eski Yunan ve Roma hekim ve filozoflarından da yararlanarak çağının en ünlü hekimi olmuştur “ Kanun” adlı eserindeki ilginç gözlem ve görüşleri günümüzde bile geçerliliğini sürdüren görüşlerdir (41).

Orta Çağ’da Avrupa’ da karanlık günler ve insanlık dışı uygulamalar hüküm sürerken bütün İslam topluluklarında ve Türklerde ruhsal hastalara karşı anlayış ve hoşgörü hüküm sürmüştür. Geniş İslam topluluklarında eski çağlardan kalma damgalanma hüküm sürse bile, bu Avrupa’dakinden çok farklı idi ve utanç, gizleme, acımanın ötesine geçmemiştir (41).

Selçuklu ve ilk Osmanlı dönemlerinde Anadolu’ da kurulan hastaneler modern anlamda tedavi için uygun kurumlar olmuşlardır. Selçukluların açtıkları şifahanelerin bir kısmı ruhsal hastalara ayrılmıştı. Bunlar zamanın en iyi bakım veren kurumları olmuşlardır. Osmanlı döneminde de bu gelenek sürdürülmüş, ruhsal hastalar toplumdan uzaklaştırılmamış ve kötü muamele görmemiştir. Kurulan şifahaneler, bimarhaneler ve tımarhaneler şehrin en merkezi yerinde, sosyal, kültürel, dinsel etkileşimin en fazla olduğu, cami, medrese ve hastane üçlüsü şeklinde yapılmıştır. Fatih ilk akıl hastanesini İstanbul’da açmıştır. Süleymaniye tımarhanesi en tanınmışlarından. Edirne ve

Manisa'daki o zamanlardan kalmış hastane yapıları çağdaşlık izlerini bugün bile korumaktadırlar. Buralarda müzikle tedavi yapıldığını bildiren yayınlar vardır. On dokuzuncu yüzyıl sonunda, çağdaş eğitim almış ilk ruh hekimi 1898'de Gülhane Askeri Tıp Okulunda psikiyatri derslerini başlatan Raşit Tahsin olmuştur. Onu izleyen Mazhar Osman Uzman Türk psikiyatrisinin kurucusu olarak bilinir. Yirminci yüzyılın başlarında Türk psikiyatrisinin temsilcisi olan hekimler Türkiye'de Kraepelin okulunu öğretmişlerdir (41).

1950'den sonra A.B.D'nde ve Avrupa'da eğitim gören ruh hekimlerimiz üniversitelerimizde görev alarak Türk psikiyatrisinin gelişmesini sağlamışlardır. Tanımlayıcı psikiyatrinin yanı sıra, dinamik psikiyatri, biyolojik psikiyatri ve psikofarmakoloji alanında da çağdaş çalışmaların yapılabileceği düzeye gelmişlerdir. Ruh sağlığı hizmetleri bu yüzyılın ikinci yarısından sonra çok büyük değişiklikler geçirmiştir. Sosyal çevrenin birey üzerindeki etkileri üzerinde durulmaya başlanmış, fiziksel ve farmakolojik yöntemlerin kullanılmaya başlamasıyla birlikte tedavi süreleri ve hastanede yatış dönemi kısalmış, tıp bilimi ruhsal hastalıklar ile daha fazla ilgilenmeye başlamış ve bu alana, sosyal çalışmacılar, psikologlar, hemşireler daha katılımcı olarak girmeye başlamıştır. Sosyal psikiyatrik yaklaşımın disiplinlerarası çalışmayı öne çıkarması, hastalığın tedavisinde hastanın, hasta yakınlarının ve toplumun ilgili kurumlarının aktif katılımını teşvik etmesi, yeni bir yaklaşım ortaya çıkarmış ve bu yaklaşım çerçevesinde ruh sağlığı çalışanları ilgilerini bireylerden, daha büyük gruplara çevirmiştir ve yakın dönemde psikiyatri alanındaki çalışmalar pek çok farklı yöne yönelmiştir. Bu alanlar, "toplum psikiyatrisi", "toplum ruh sağlığı", "sosyal psikiyatri ve "koruyucu psikiyatri" gibi alanlardır (9, 11, 42).

Psikiyatri, tarihsel gelişiminde de görüldüğü gibi, çeşitli dönemlerdeki düşünce biçimleri, felsefi görüşler, sosyal ve ekonomik uygulamalar, örf, adet, gelenek ve göreneklere bağlı olarak değişim ve gelişim göstermiştir. Psikiyatri alanındaki gelişmeler psikiyatri hemşireliğini etkilemiş ve ruhsal hastaların bakımından sorumlu olan psikiyatri hemşirelerine duyulan gereksinim her geçen gün biraz daha artmıştır (40).

4.6. Ruhsal Hasta\ Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Stigma ile İlgili Çalışmalar

Ruhsal sorunlu bireylere karşı toplumsal tutumlar, 1940'ların son yıllarından bu yana pek çok araştırmaya konu olmuştur. Bu araştırmalar sonucunda ruhsal sorunlu bireylere karşı toplumun aynı anda hem olumlu hem de olumsuz bir tutuma sahip olduğu şeklinde karışık bulgular ortaya çıkmıştır. Ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesine yönelik araştırmaların büyük çoğunluğu halkın tutumlarının belirlenmesine yönelik olmuştur ve sonucunda genel olarak halkın ruhsal hastalıklarla ilgili birçok olumsuz düşünce, tutum ve davranışa sahip olduğu görülmektedir (9, 45, 51, 52, www.e-sosder.com erişim tarihi: 2.Kasım.2006).

Ruhsal sağlık ve ruhsal hastalıklara ilişkin yapılmış tutum çalışmalarında üzerinde en çok çalışılmış olan hastalığın şizofreni olduğu görülmektedir. Çeşitli ruhsal hastalıkların tanımlandığı vaka öyküleri kullanılarak yapılan çalışmaların hemen hepsinde şizofreni hastalığı diğerlerinden daha fazla tanınmıştır. Ruhsal hastalıkların tanınması ve tedavisi amacıyla bulunan bu tarz tutum çalışmaları sağlık inançları modeline göre tedaviye uyumda önemli rol oynamaktadır. Aker ve ark. konu ile ilgili olarak bir çalışmada Ried ve ark.'nın (1985) görüşlerine yer vermişlerdir. Bu görüşe göre, modelin günümüzde odaklandığı konular, sağlıkla ilgili davranışların ardında yattığı düşünülen nesnel normlar, inançlar ve tedavi uyumunda motivasyon gibi sosyal etkenlerdir. Bu modele göre ruhsal hastalıkların tanımı, etiyojisi ve tedavisi hakkında halkın görüş ve yargılarının birçok açıdan önemli olduğu sonucu çıkartılmaktadır. Ruhsal hastalıkların farklı boyutları ile doğru tanınması, tedavide "doğru yerin" in bulunması için gereklidir. Örneğin, hasta ve içinde bulunduğu çevre şizofreniyi sadece konuşma yoluyla tedavi edilebilir olarak düşünüyorsa, hasta, yakın arkadaşına ya da psikologa götürülebilmektedir ya da bizim ülkemizde olduğu gibi cin çarpması olarak düşünülüyorsa hocaya götürülmektedir (1, 45).

Akdede, Alptekin, Topkaya, Belkız, Nazlı, Özşin, Piri ve Saraç (2004) yılında ülkemizde yayınladıkları bir çalışmalarında, Brockington ve ark.'nın (1993) şu görüşlerine yer vermişlerdir, "gelişmekte olan ülkelerde çekirdek aile yapısının bozulmamış olması ve toplumun ruhsal hastalığı olanlara esnek davranması nedeniyle ruhsal hastaları damgalama eğilimi, gelişmiş ülkelere oranla daha azdır, ancak,

şehirleşme ve endüstrileşme, gelişmekte olan ülkelerde damgalama ve dışlanma eğilimini arttırmaktadır” (2).

Toplum içinde insanların dikkati farklılıklar üzerinde arttıkça, hasta kişilere yönelik tutumlar değişmekte, farklı görünen kişileri ve özellikleri damgalama ve ayrımcılık yapma gelişmektedir. Önyargı ve onun getirdiği damgalama ayrımcılığa yol açar. Stigma ve ayrımcılık farklılığa, farklılık da stigmatize etme ve ayrımcılığa neden olmaktadır. Ayrımcılık toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini stigmatize etmesi ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlerinden yoksun bırakmasıdır. Sonuçta, bu kişiler eğer ruhsal hastalık tanısı almamış olsalardı kullanabilecekleri bazı haklardan sırf bu tanı yüzünden mahrum kalmayacaklardı (2, 51).

Stigma ile ilgili ilk çalışmalardan birinde Aker ve ark. (2003), Whatley’in bulgularına yer vermişlerdir. Whatley çalışmasında, hastaların toplumda kabul edilmemesinin sosyal mesafeyi olumsuz yönde etkilediğini göstermiş ve ruhsal bozukluklarda “sosyal mesafe” kavramı ortaya koymuştur. Sosyal mesafe, halkın ruhsal bozukluğu olan hastalarla sosyal ortamlarda birlikte olmayı kabullenme derecesini gösterir (1).

Sosyal psikiyatrinin ve epidemiyolojik araştırmaların öncülerinden olan Shirley Star’ın (1955), 3000’nin üzerinde ABD vatandaşı üzerinde yaptığı araştırmanın sonuçlarına Aker ve ark. çalışmalarında yer vermişlerdir. Bu araştırma bulgularına göre, halk tanımlanan ruhsal hastalık olgularını çok düşük oranda belirleyebilmekte ve ruhsal hastalıklar tehdit içeren, korku veren, mantıklı düşüncüyü ve özgür idareyi kaldıran durumlar olarak görülmektedir. Sonraki yıllarda yapılan pek çok araştırmanın genel sonuçlarında da ruhsal hastalıkların tehlikeyle ilişkilendirildiği yönündeki ön yargıların artmakta olduğuna ve etiketlenmenin bu bireylerin yaşamlarını olumsuz etkilemeye devam ettiğine işaret edilmiştir (1).

Kocabaşoğlu ve Aliustaoglu (2003) yayınlarında, Shibre, ark ve Moodley’in (2001) görüşlerine yer vermişlerdir. Buna göre, farklı inanç sistemleri, kültürler, alt kültürler, mental ve tarihsel sebepler hastalıklara karşı tutum ve davranışları büyük ölçüde etkilemektedir. Yine bu yayında yer alan Shibre ve ark.’nın tespitine göre, Çin toplumunda ruhsal hastalıkların atalara veya tanrılara yeterince saygı göstermemekten kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle ruhsal hastaya sahip ailelerde yoğun utanç duygusu ve onurunun zedelendiği inancının yıkıcı etkileri görülmektedir. Hint

toplumunda ise, Ayurvedik tedavide fiziksel hastalıklarla ruhsal hastalıklar arasında fark gözetilmediğinden stigmanın izlerine rastlanılmamaktadır. Bu yayında yer alan geleneksel İslam toplumları ile ilgili görüş ise geleneksel İslam toplumlarında ruhsal hastalara yöneltilmiş herhangi bir stigmanın olmadığı yönündedir (34).

Sunman ve Savaşır'ın (1970) yaptığı bir çalışmada, vaka öyküleri anlatılarak ruhsal hastalara yönelik tutum ve inançlar saptanmıştır. Ruhsal hasta bireyin kendi kendine konuşmak, gülmek, saldırmak, kaçıp gitmek şeklinde belirtiler (semptomlar) vermediği sürece toplum tarafından tanınmadığı ve hasta kabul edilmediği bildirilmiştir. Kadınlar ve erkekler arasında düşünce bakımından eşitlik olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada ruhsal hastalıkların nedenlerinin doğüstü güçlerle açıklandığı bildirilmiştir (www.e-sosder.com erişim tarihi: 2.Kasım.2006).

Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu çalışmalarında Schulze ve ark.'nın (2003) görüşlerine yer vermişlerdir. Schulze ve ark.'na göre stigma, hastalık sürecinde oluşan bir deneyimdir ve hastalarda sosyal izolasyona, daha sınırlı bir alanda yaşam şansına ve gecikmiş yardım isteme davranışına neden olmaktadır (34).

Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu'nun çalışmalarına göre, Meise ve ark. (2001) şizofreninin stigmatize edilmesi üzerine yaptıkları bir araştırmada ön yargının ve dışlamanın hastaların iyileşmesini önemli ölçüde geriletliğini saptamışlardır. Yine aynı çalışmada Meise ve ark. (2001), Schulze ve ark. (2003), Hayward ve ark.'nın (2000) olumsuz yaklaşımların, tedavi ve etkilenen yaşam süreci boyunca ikincil hastalık oluşumlarını arttırdığı şeklindeki görüşlerine yer verilmiştir. Toplumun stigmatizasyonu hastayı ciddi bir stres altına sokmaktadır. Toplum tarafından yapılan olumsuz değerlendirmeler ve ayrımcılık zamanla hastanın özgüvenini zedelemekte ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (34).

21. yy hastaları artık bir stigmatizasyon oluşumunun farkındadır. Toplum psikolojisinin etkilerinden dolayı hastalar daha geç yardım istemekte, ilaçla tedaviye katılmamaktadır. Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, Haghghat'ın (2001) bulgusuna çalışmalarında yer vermişlerdir. Haghghat'a göre günümüzde çok sayıda hastanın "Ben şizofreni haplarından istemiyorum" diye söylemelerinin gerçek nedeninin ilacın yan etkilerinden çok, toplumun etkisinden dolayı ruhsal hastalığını kabul etmek istememelerine bağlamaktadır (34).

Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu'nun çalışmalarında, Schulze ve ark.'nın (2003) anksiyete, depresyon veya yeme bozuklukları şizofreni kadar halkın ilgisini çekmemektedir, bu hastalıklar normal olarak kabul gormektedir ve şizofreninin olumsuz tutumlara maruz kalmasının nedeni, şiddet ve zararlılıkla eş olarak tutulmasından kaynaklanmaktadır şeklindeki bulgularına yer verilmiştir (34).

Sağduyu ve ark. (2001) alışmalarında, ülkemizde yapılan çalışmaları incelemişler ve Türkiye' deki araştırmalarda da ruhsal hastaya yonelik olumsuz tutumlar geliştirildiği ve hastaların damgalanarak toplumdan dışlandığı sonuçlarının elde edildiğini tespit etmişlerdir. Arkar (1991), yaptığı bir çalışmada halkın sosyal yakınlık içeren ortamlarda ruhsal hasta ile etkileşimini azaltma eğiliminde olduğunu belirlemiştir. Arkar (1992), bir niversite hastanesinde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi goren hasta yakınları ile ruhsal bozukluğu olmayan ve diğer kliniklerde tedavi goren hasta yakınlarını karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki grupta da ruhsal hastaya yonelik tutumlarda farklılık olmadığını belirlemiştir. Arkar ve Eker (1996), tanımlanan anksiyete nevrozu/ depresyon ve paranoid şizofreni olgularına karşı olan tutumların karşılaştırıldığı çalışmalarında paranoid şizofreni olgusunun, diğerine gore, daha fazla oranda ruhsal hastalık olarak gorlduği ve sosyal mesafe konuğu, daha fazla fiziksel yok getirmesinin beklendiği ve kotu prognoza sahip bir hastalık olarak değerlendirildiğini belirlemişlerdir (44).

Ruhsal hastalıklara daha doğru tanı koyarak, etkili ve doğru uzmanlık alanında tedavi edilebilmeleri için toplumun ruhsal sağlık ve ruhsal hastaya ilişkin bilgi ve tutumlarının bilinmesi, gerektiğinde değiştirilebilmesinin ilk adımıdır. Türkiye'deki ilk çalışmalarda toplumun ruhsal hastalığı olanlardan uzak durma ve reddetme eğilimleri belirgin bulunmuş, sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda ise ruhsal hastalıkları tanıma oranında belirgin bir yukselme gorlmekle birlikte, olumsuz tutumların surduği ve toplumun bu hastalarla sosyal yakınlık kurmaktan çekindiği gorlmuştr (45).

4. 7. Ruhsal Sağlığı Bozuk Bireye Sahip Aile

Aile yeleri arasındaki karşılıklı etkileşimler, kişilerin ruhsal yaşantılarının, savunmalarının, ve davranış örüntülerinin sağlıklı gelişmesinde, toplumsal uyumlarının

gelişmesinde ve korunmasında oldukça etkilidir. Birey içinde yaşadığı ortamları psikolojik olarak karşılıklı bir etkileşim içindedir. Aile içinde tekrarlanan ilişkilerle hem kendi psikolojik yapısı, hem de ailenin psikolojik yapısı biçimlenmektedir. Buradan da anlaşılacağı gibi bireyin psikik dünyası tamamen içsel ve bireysel bir olay değildir. Bu nedenle bireyin ruhsal yaşantısında istenilen her türlü değişimin aile yapısı ile doğrudan ilişkili olduğu veya tam tersinin de geçerli olduğu düşünülmektedir (25, 27).

Aile işlevlerinin ve ailenin hastalık yaşantısında ve tedavide önemli bir yeri olduğunun anlaşılmasından sonra aileye yönelik çalışmalarda da artış olmuştur. Hasta ailelerine verilecek her türlü yardım ve destek, hastanın tedavisine katkı sağlayacaktır. Danacı ve ark. (2005) yılında yayınladıkları çalışmalarında, Bulut'un (1993) "ruhsal hastalık ve aile etkileşimi birlikte ele alındığında hangisinin hastalık nedeni hangisinin sonuç olduğunun anlaşılması zordur" görüşüne yer vermişlerdir. Bulut' a göre aile dinamiklerinde meydana gelen değişimler hastalığa neden olabildiği gibi, bireyin yaşadığı hastalık ve hastalığa bağlı sorunlar da aile içi etkileşime yansımakta ve işlevlerde değişime neden olmaktadır (12).

Danacı ve ark. (2005) yılındaki çalışmalarında Soygür'ün (1999) "ruhsal hastalıklar aileyi çok fazla etkiler, hasta ailesi karmaşık duygular yaşar, çoğu zaman ne yapacağını bilemez, nasıl bir süreç yaşayacağını kestiremeyen ve hastalardaki değişimi şaşkınlık içinde izleyen aile bireyleri, tedirginlik/gerginlik, suçluluk, kimi zaman da utanç duygusu yaşarlar ve kendi yaşamındaki değişikliğin, derin sarsıntının etkisindeki hasta, ailenin bu duygu durumu karşısında daha da kötü olabilir" şeklindeki tespitine yer vermişlerdir. Yine aynı çalışmada Soygür'ün tespitine benzer bir şekilde, Miller (1986), Keitner'in (1987), "hastanın işlevselliğindeki bozulma ile birlikte, aile işlevlerinde de bozulma olduğu ve aile işlevlerindeki bozulmanın da hastalığın tedavi ve prognozunu olumsuz olarak etkilediği" şeklindeki görüşlerini destekleyen bulgularına da yer verilmiştir (12).

Danacı ve ark. (2005) yılındaki yayınlarında, Yıldız'ın 2005'te şizofreni hastalarıyla yaptığı bir çalışmanın bulgularına yer verilmiştir. Bu çalışmada hastaların hiç evlenmemiş olduğunu ve aileleriyle birlikte yaşadığını saptamıştır. Bu nedenle özellikle şizofreni gibi büyük yeti yitimlerine neden olan ruhsal hastalıklarda, hastanın aile üzerindeki, ailenin de hasta üzerindeki etkilerini belirlemek, ailenin işlevselliğini saptamak ve hastalığın oluşturduğu yitimleri saptayarak ruhsal hastanın tedavisini

planlamak ve aileyi de bu sürece dahil etmek, aynı zamanda aileyi ve hastayı korumak açısından oldukça önemlidir (12).

Gülseren'in yayınında yer verilmesi üzerine, Levene ve ark.'na göre (1996), ailede ruhsal bir hasta varlığı hastalığa cevap olarak bazı etkileşim biçimlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır ve meydana gelen hastalıkla başa çıkmaya çalışırken aile üyeleri yük duygusunu yaşamaktadırlar. Aynı yayına göre, Bloch ve ark. (1994), Provencher ve Mueser (1997) yük kavramını nesnel yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerde azalma, ev ortamında gerginlik) olarak ve öznel yük (hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilgili olarak yaşanan sıkıntı) olarak iki grupta incelemiştir. Hastalığı genetik olarak aktarmak, hastalık öncesinde yeterince önlem almamanın yaşattığı suçluluk duygusu, psikiyatri servisleriyle yaşanan çatışmalar hasta yakınları için sıkıntı doğuran konulardandır (28).

Psikotik hastaya sahip ailelerin diğer üyelerinde de emosyonel sorunlar ortaya çıkabilmekte, hasta yakınlarının iş verimleri düşebilmektedir. İlaç kullanmasına rağmen tedaviye cevap vermeyen ya da ilaç almayı reddeden hastaların yakınları rahatsızlık yaşayabilmektedirler. Yine psikotik hastalıklara karşı toplumun reddeci tutum içinde olması hasta yakınlarının yaşadığı güçlüklerdendir . Aileler birlikte yaşadıkları normal dışı davranışları olan bireyi toplumdaki gizlemekte ve hastadan utanmaktadır. Bu şekilde aile kişinin hastalığını yadsımakta, hasta bireye bu yönde baskı yapmakta ve bunun hastanın yararına olduğunu düşünmektedirler. Bu arada hasta bireyi eve kapatmakta, toplumdaki soyutlamakta ve bu şekilde kendilerini de toplumdaki soyutlamaktadırlar. Zaten toplumda hasta bireyi dışlamaktadır ve bu durum hasta bireyi, aileyi baskılamakta, tekrarları arttırmaktadır. Öte yandan ruhsal hasta ile birlikte yaşamak aile bireyleri üstünde belli ölçüde bir baskı yaratmaktadır. Aile üyeleri hastanın kendilerine zarar vereceğinden korkabilmekte ve bu gerginlik, aile üyelerinin birbirlerine karşı hoşgörüsünü azaltabilmektedir (28, 29, 57).

Bazı ailelerde yaşanan bütün olumsuzluklara rağmen bütün dikkat ve ilgisini hastaya yönelterek derin bir anlam bulmakta ve çeşitli toplumsal faaliyetlere katılmakta, toplum yararına çalışabilmektedir. Bazı durumlarda ruhsal hastalık ve hastalık belirtileriyle başa çıkmaya çalışma, aile üyelerini bir arada tutmaya yarayan bir işlev görmektedir (28).

Ruhsal hastaya sahip ailelerin yaşamlarındaki sosyal ve psikolojik gereksinimleri belirlenip desteklendiğinde, toplum ve aile; ruhsal sağlık ve hastalıklar konusunda eğitildiğinde; ruhsal hastalıklardaki tekrarlar azalacak, hasta bireyler topluma yeniden kazandırılacak, ruhsal hasta ile birlikte yaşayan aile bireylerinin ruh sağlığı korunmuş olacak ve bu yöndeki benzer sorunlara çözüm getirilmiş olacaktır (29, 57).

Ruhsal hastaları toplum içinde ilk fark eden, ruhsal hasta olarak stigmatize eden, bu konuda çare aramak için ilk girişimleri yapan, tedavi için hastane ve benzeri kurumlara başvuran, tedavi sürecinde oldukça önemli bir yeri olan, hasta bireyin ayaktan takip edilmesinde ya da hastaneye yattıysa taburculuk sonrası yaşantısına tekrar uyum sağlaması konularında ailenin ve çevrenin önemi büyüktür (18).

Son yıllara kadar ruh sağlığı alanında çalışanlar hasta ailelerini, ruhsal hastalığın nedeni ya da hastalık dönemlerini tetikleyici bir unsur olarak görmekteydiler. Söz konusu olan bu durum aile hareketlerinin başlamasıyla değişmeye başlamıştır. Hasta aileleri, yanlış bilgilendirildiklerinden ve bu nedenle tedaviye yardımcı olamadıklarından şikayetçi olmaktadır. Ruhsal hastaya sahip aile hastalık ile ilgili bilgilendirilmekten çok fayda sağlamaktadır. Çeşitli araştırmalar sonucu görülmüştür ki ruhsal hasta yakınları, hastalık hakkında bilgi sahibi olma konusunda ve hastalıkla başa çıkma becerilerini öğrenmek konusunda çok isteklidirler (46).

Ruhsal hastalık tedavisinde amaç, aileyle birlikte ortak çalışmak ve aileyi hastalık hakkında eğitmektir. Ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin çoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır ve aile üyeleri ile etkileşim içindedir. Ruhsal hastalığın tedavisinde en iyi yardımcıları da aile üyeleridir. Süreğenleşmiş hastalıklarda hasta birey kadar aile üyelerinin de eğitime gereksinimi vardır. Hastalığı ve seyrini anlamak, hastalığın doğurduğu bireysel ve toplumsal sonuçları öğrenmek aile bireylerinin hastalarına karşı olan tavırlarında önemli değişimler sağlamaktadır. Özellikle yanlış tutumların değiştirilmesi üzerine yoğunlaştırılan, aile bireylerinin olumlu davranışlarının pekiştirilmesi yönünde uygulanan bir eğitim verilmesi, iletişim ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi hastaların iyileşme ve tedavi sürecine olumlu katkı sağlayacaktır. Aile hastanın yaşadığı stresli duruma karşı bir tampon görevi görür. Aile bireylerinin hasta üzerinde yük oluşturacak isteklerini engellemek ve aile içi sorunların hastaya yansıtılmasını önlemek hasta bireyin tedavisine katkı sağlayacaktır. Tedavi

hizmetlerinde aileyi de sürecin içerisine katmak, umutsuzluk ve karamsarlığın giderilmesini sağlayacak, hasta bireylerin ve ailenin süregelen hastalıktan utanmasını, toplumdan kaçınmasını önleyecek, daha sosyal ve mutlu bir yaşam sürmelerine katkı sağlayacaktır (15, 46, 53, 56).

Günümüzde özellikle şizofreni gibi çok fazla yeti yitimine sebep olan, kişinin kişilerarası ilişkilerini etkileyen ve sosyal uyumunu bozan, tekrarlarla seyreden, aile/ toplum açısından tedavi maliyeti ve sürekliliği açısından yük oluşturan psikotik hastalıklar için psikososyal beceri programları uygulanmaktadır. Bu programlar artık ülkemizde de başarı ile sürdürülmektedir. Psikososyal tedavi programlarının hasta kadar aileyi de kapsamı gerektiği sık olarak gündeme gelen bir konudur. Yapılan çalışmalarda hastaların sosyal işlevselliklerini sistematik olarak değerlendirmişler ve hasta ailelerine yönelik psikososyal girişimlerde bulunan programların, aileleri kapsamayan programlara göre hastalar üzerinde daha olumlu gelişime katkı sağladıklarını saptamışlardır (56).

Psikososyal beceri programlarının amacı:

1. Hastalığın bazı semptomlarını iyileştirmek,
2. Aile yükünü ve stresini azaltmak,
3. Değişim/ iyileşme umudunu arttırmak,
4. Nüksleri önlemek,
5. Hasta ve ailesi için yaşam kalitesini artırmak için yeni başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek,
6. Bilişsel, duygusal ve davranış değişiklikleri yapmak,
7. Emosyonel destek sağlamak.
8. Tedaviye uyumu artırmak.

4. 8. Psikiyatri Hemşiresinin Aileye Yaklaşımı

Günümüzde hasta ile uzun süre bir arada bulunan psikiyatri hemşiresinden, hastasının tedavisinde daha etkin rol alması ve bakımını üstlenmesi beklenmektedir. Psikiyatri hemşireliğinin amacı, hastada iyi olma isteğini oluşturacak bir motivasyon yaratmak, ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalık halinde tedavi edilmesi, bakım ve rehabilitasyona yönelik hemşirelik uygulamalarında rol almaktır. Ayrıca

ruhsal hastanın kendisi ve çevresi ile olan iletişiminin sağlıklı olmasına yardım etmek ve toplum ruh sağlığının gelişimine katkıda bulunmak da psikiyatri hemşireliğinin amaçları arasındadır (6, 9, 43).

Özaltın çalışmasında, Jablensky'nin (1992) "sosyo- kültürel etkenler psikolojik süreçler aracılığıyla insanı etkiler" tespitine yer vermiştir. Buna göre bireyde görülen bir hastalık ya da normal dışı davranışın ait olduğu toplum ya da ailenin bir yansıması sonucu olduğu söylenebilir (38).

Aile bakımının sağlanması ve sağlığının geliştirilmesine yönelik faaliyetler hemşirelik bakımının kapsamındadır. Psikiyatri hemşiresi, bütüncül bir bakış açısı ile aile sistemini, toplumun ve ailenin kültürel ve ekonomik yapısının etkileşim içinde olduğunu görmeli, bu alanda aile ve bireye yardım konusunda etkili yöntemler geliştirebilmelidir (16, 38).

Psikiyatri hemşiresi diğer dallarda çalışan hemşirelerden daha fazla hastaların ve risk altındaki bireylerin, kültürlerini, aile ilişkilerini, içinde yaşadıkları toplumu değerlendirmek ve tanımak zorundadırlar. Psikiyatri hemşiresi bireylerle olduğu kadar, gruplarla ve ailelerle de etkileşim içinde olmalı ve bu yöndeki becerilerini geliştirmelidir. Bu şekilde hasta bireye daha etkin bir biçimde yardımcı olabilecektir (38).

Ailede bakım veren kişinin desteklenmesi hastalarının yarattığı ya da yarattığını düşündükleri sorunlarla daha kolay başa çıkmalarını sağlar, destek sistemleri ve etkin başa çıkma yolları geliştirmelerine yardımcı olur. Aileyi ele almayan ve aile desteğini gözardı eden çalışmalarda elde edilen sonuçlar yetersiz kalmaktadır ve aile desteğinin sağlanmasında psikiyatri hemşiresinin rolü çok büyüktür (38).

Nightingale'den itibaren, hastanın yattığı ortam ve ortamın tedavi edici olarak düzenlenmesi hemşirenin sorumluluğunda olmuştur. Hastanın yaşadığı ortamın terapötik (tedavi edici) ya da nonterapötik oluşu hemşirelik personelinin bilgi ve becerisine bağlıdır. Bu nedenle hemşire çevrenin hasta üzerine olan etkisini kavramalı ve bunu hasta yararına kullanabilmelidir. Tedavi edici ortamın sağlanması ve sürdürülmesi, psikiyatri hemşireliği aktivitelerinin ve bakımının temelini oluşturmaktadır (37).

Klinik ortamlarda hemşireler tarafından yürütülen, hastanın beslenmesi, öz bakım gereksinimlerinin karşılanması, hasta grubunun toplumsallaştırılması,

rahatlaması, hasta grubuna verilen danışmanlık gibi yapılandırılmamış ilişkilerin bile, tedavi edici ortama katkıları vardır. Bu tür ortamlarda hemşirenin hastayla kurduğu küçük etkileşimlerin terapötik ortam oluşumdaki rolü büyüktür (37).

Hemşireler tedavi edici ortamın her ögesi ile ilgili aktiviteleri belirlerken, klinik ortamdaki hemşirelik bakımının amaçları olan akut belirtilerin düzeltilmesi, işlevselliğin yeniden kazandırılması, destek sisteminin kurulması ve belirti yönetimi doğrultusunda bakımı planlamalıdır (37, 48).

Tedavi edici ortam oluşturulmasının amacı, ortamdaki tüm kişilerarası ve çevresel etkileşimleri de kullanarak hastanın gelişim ve rehabilitasyonunun sağlanmasıdır. Tedavi edici ortamın etkinliği, sosyal toplantılar, aktivite ve sosyal beceri grupları, fiziksel egzersiz grupları, geçiş grupları ve iş programları ile sağlanmalıdır (37).

Psikiyatri klinikleri, tanı ve ayırıcı tanı işlemlerinin yapıldığı, çeşitli tedavi şekillerinin uygulandığı (psikofarmakolojik girişimler, somatik tedaviler, psikoterapiler), tedavi sürecinde hastaların bakım, korunma ve stres etkenleri bulunan ortamlardan uzak kalabilme gibi olası gereksinimlerin karşılandığı, hastaların hastaneden çıkarıldıktan sonraki yaşam koşullarına uyum sağlama kapasitelerinin değerlendirildiği ve artırıldığı, düzenli ayaktan izleme programlarının yürütüldüğü ve hastayı uygun rehabilitasyon programlarına yönlendiren yapılandırılmış bir ortam olmalıdır. Aile, sivil toplum kuruluşları ve kısmen de olsa devlet tarafından sağlanması gereken yaşam boyu bakım koşullarını sağlamakla sadece ruh sağlığı çalışanları yükümlü olmamalıdır ve bu durum da yeterli olmamaktadır (<http://www.erolgoka.com/makale/001.htm/> erişim tarihi: 5.Kasım.2006).

Ruhsal hastaya sahip aile, nasıl bir süreç yaşayacağını kestiremeyebilir, buna bağlı olarak utanç, hastalığı ve hastayı reddetme, suçluluk, çaresizlik, stres, kızgınlık duygularını yaşayabilir, bunlara bağlı olarak hastayı toplumdan gizleme davranışı sergileyebilir ya da ruhsal hastalıkların çoğunun özellikle psikotik özellikli olanların tedavisi güç ve masraflıdır, bu durum hasta yakınlarının yük duygusu yaşamalarına neden olabilir. Bu kadar sıkıntı içindeki aile bireyleri yaşadığı zorluklara bağlı olarak depresyon, anksiyete gibi bozuklukları da deneyimleyebilir. Bu süreç içinde ruhsal hastanın tedavisinin sağlıklı sürdürülmesi olanaksız hale gelmektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin hasta ile birlikte aileyi de ele alması gereklidir ve bu

süreçte ailenin üzerindeki yükü de hafifletmeye çalışmalıdır. Örneğin, şizofreni ile ilgili tedavi sürecinde aile içi duygu dışı vurumunu araştıran çalışmalarda görülmüştür ki, aşırı duygu dışı vurumu olan ailelerde relapslar fazla iken, yüksek duygu dışı vurumunu azaltmaya yönelik çalışmaların yapıldığı ailelerin hastalarında relapslar azalmaktadır. Yine aileler ile yapılan araştırmalar göstermiştir ki; zorlanma faktörleri hastalığın seyrini olumsuz etkiler ve bu nedenle, hasta ve ailesi tedavi/hastalık süreci boyunca yaşayabileceği zorlanmalara yönelik çözüm yolları geliştirme konusunda eğitilmelidir (47).

Son yıllarda hasta ve ailesine yönelik olarak psikososyal tedavi programları ile hastaların hastane dışında da belli bir uyum ile yaşamalarını sürdürmeleri hedeflenmektedir. Bu tedavi programları relapsları azaltırken aynı zamanda, hasta, aile ve tedavi ekibi arasında işbirliği oluşmasını sağlar ve hasta birey için evde de tedavi edici, destekleyici ortamın oluşmasına yardımcı olmaktadır. Hasta bireyin yaşadığı ortamda ve evde önceden kestirilebilir ve yapılandırılmış çevre koşulları oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu programlarda kriz ortaya çıktığında en kısa sürede aileye ulaşılması amaçlanmaktadır. Böylelikle ilaçlarla farmakolojik olarak, sosyal beceri eğitimi ve stresle başa çıkma yöntemleri ile bireysel olarak, stresle başa çıkma yöntemleri, bilgilendirme ve eğitim ile aile ve toplum düzeyinde koruma gerçekleştirilmiş olur (47).

Tedavi sürecinde hastaya sistematik biçimde yardım edilmesi ve tedavi edici ortamın hastane dışında da sürdürülmesi için aile, toplum ruh sağlığı çalışanları birlikte hareket etmelidir. Hasta ile birlikte, hasta ailesi ve içinde yaşadığı çevre birlikte ele alınmalıdır. Hasta ailesi ilaçlar, hastaya yaklaşım, hastalık, süreç ve tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir. Aile aynı zamanda relapslar ve özellikle psikotik hastalıklardaki öncü belirtiler konusunda eğitilmeli, bu gibi durumlarda tedavi ekibine ulaşması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Tedavi programının işleme ve hastalık sürecinin hasta için en az zarar verici şekilde atlatılabilmesi için aile yaklaşımları çok önemlidir, aile de kesinlikle tedavi sürecine etkin biçimde katılmalıdır (54).

Biyopsikososyal modele göre aile ilişkilerinde var olan kalıplar aile üyelerinin ruhsal süreçlerini etkilerken, bireyin biyopsikososyal süreçleri de ailenin işleyiş tarzını etkilemektedir. Hastalık süreci aileyi etkilediğinde, sağlıklı işlev gören bir aile, bu yeni duruma uygun rol ve kural değişikliklerini sağlayarak sorunla başa çıkabilmektedir.

Aile bireylerinin yakınlığı ve bağlılığının, sorun odaklı başa çıkma yollarını kullanmalarının, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmalarının, ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olmasının hastalık süreçlerine ve sonuçlarına karşı koruyucu bir işlevi vardır (54).

Leff, 1985; Faloon, 1990; Mueser ve ark. , 1990; yaptıkları çalışmalarda şizofrenide hasta ile birlikte aileyi de tedavi sürecine dahil eden yaklaşımların hasta ve yakınlarının duygusal ve toplumsal işlev düzeyinde belirgin düzelmeye neden olduğunu öne sürmüşlerdir (<http://www.crsm.net/psikolojikkuramlar.htm/erişim> tarihi: 26.Ekim.2006).

Ruhsal hastalıklarda, hasta ve özellikle hasta ile birlikte yaşayan yakınlarıyla tedavi edici işbirliğinin sağlanması önemlidir ve psikiyatri hemşiresi hasta yakınlarının iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Bunlar şöyle özetlenebilir;

- Aile bireylerinin olumlu ve olumsuz duygularını nasıl ilettikleri, başkalarını dinleyişleri ve davranış değişikliklerini talep ediş biçimlerinin değerlendirilmesi,
- Sözel olmayan iletişimin öneminin vurgulanması,
- Her ailenin iletişim sorununa özgü bir terapötik strateji geliştirilmesi,
- Her bireyin birbirini dinlemesinin öneminin vurgulanması ve konuşmanın ilgili kişiye doğrudan yöneltmesi hasta yakınlarından istenir (<http://www.crsm.net/psikolojikkuramlar.htm/> erişim tarihi: 26.Ekim.2006).

Aile, hastalığın olumsuz etkilerini tamponlama potansiyeline sahip olabildiği gibi, hastalık sürecini olumsuz yönde de etkileyebilmektedir. Özellikle kronik hastalıklarda bu etkilerin önemi daha belirgindir. Çeşitli özelliklerdeki ruhsal hastaya sahip ailelerde işlevselliğin bozulduğuna dair kanıtlar sunan birçok çalışma bulunmaktadır (Keitner ve ark. 1994, Öten ve Dilsiz 1994, Inoff-Germain ve ark. 1997, Gülseren ve ark. 1999, Ebrinç ve ark. 2001, Krawetz ve ark. 2001). Ünal ve ark. 2004 yılındaki yayınlarında bu çalışmaların ortak sonucunu; "bu hastalıklarda aile işlevlerinin daha çok "gereken ilgiyi gösterme", "iletişim" ve "roller" alanında daha fazla bozulmuş olmasıdır" şeklinde özetlemişlerdir (54).

Hastalığın özellikleri, ailenin hastalık yaşantısını ve tepki verme biçimini etkileyebilmektedir. Ünal ve ark. 2004 yılındaki yayınlarında, Deniz ve arkadaşlarının (1998) şizofreni grubunda yaptıkları çalışmada elde ettikleri, aile işlevselliği ile

yineleme (relaps) sayısı arasında anlamlı ilişki olduğu bulgusuna yer vermişlerdir. Deniz ve ark. aile işlevlerinin kötüleşmesi ile yaşam boyu hastaneye yatış süreleri ve yatış sayısı arasında da anlamlı ilişki bulmuşlardır (54).

İyileşme ve hastalık dönemleri farklı seyreden, hastanın genel işlevsellik düzeyini farklı düzeylerde etkileyen şizofreni, bipolar affektif bozukluk ve epilepsi gibi hastalıkların, aile işlevlerini etkilemesi açısından farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Bazı yazarlar, hastanın ailesini algılaması psikopatolojinin etkisiyle çarpıtılmış olsa da, bu algıları anlamının önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Hasta ve ailesi arasındaki değerlendirme farklılıklarının olması, hastaya ve aileye uygulanacak terapötik girişimlerde göz önüne alınması gereken bir koşuldur (54).

Ruhsal hastaya sahip ailenin hastalık süreci boyunca yaşadığı deneyim, süreç boyunca yaşadıkları ve bu duruma uyum sağlaması dinamik ve süreğen bir süreçtir. Hasta, hastalık, aile, sosyal destek, tedavi ve bakım süreçleri birbirlerini karşılıklı olarak etkilemektedir. Hastalık seyri aile işlevlerinde bazı güçlükler neden olabileceği düşünülmektedir. Bu özgün güçlüklerde hem bireyin, hem de ailenin başa çıkma yetilerini geliştirecek ruhsal-egitim uygulamaları yararlı olacaktır (54).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin hastalığa ilişkin görüşlerinin araştırılması amacıyla planlandı.

5. 1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı özellikte bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

5. 2. Araştırmanın Yeri

Araştırma İstanbul ili Ümraniye ilçesinde bulunan özel bir psikiyatri hastanesi servisi ve polikliniğinde yapıldı.

5. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Ümraniye ilçesinde bulunan özel bir psikiyatri hastanesi servisinde yatan ve hastaları ile polikliniğe gelen hasta aileleri oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini ise, İstanbul ili Ümraniye ilçesinde bulunan özel bir psikiyatri hastanesi servisinde yatan ve polikliniğe gelen, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 170 ruhsal hastalık tanısı almış hastaya sahip hasta yakını oluşturdu.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

1. DSM- 4 tanı ölçütlerine göre ruhsal hastalık tanısı almış aile bireyine sahip olmak,
2. Hasta ile yaşıyor olmak,
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
4. 18 yaşından büyük olmak.

10 Aralık 2006- 15 Nisan 2007 tarihleri arasında 300 hasta yakınına ulaşıldı, bunlardan 130 tanesi anket formunu eksik olarak doldurdıklarından araştırma kapsamından çıkarıldı ve toplamda 170 hasta yakınının anket formu değerlendirmeye alındı.

5. 4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları:

Veri toplama aracı olarak, hasta ve ailesinin bireysel, ailesel ve hastalıkla ilgili özelliklerine yönelik bilgi formu (Ek- 1) ve Ruhsal Hasta/ Hastalıklara İlişkin Görüşler (Opinions About Mental Illness Scale- OMI) ölçeği kullanıldı (Ek- 2) .

Bilgi formu, araştırmacı tarafından literatür ışığında oluşturuldu (35) .

Ruhsal Hasta/ Hastalıklara İlişkin Görüşler (RHİG) ölçeği Cohan ve Struening tarafından 1963 yılında geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Arıkan tarafından 1986 da yapılmıştır. RHİG ölçeği; ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin görüş ve tutumları beş boyutta ölçmektedir. Bunlar;

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

Koruyuculuk- Kollayıcılık Boyutu: Bu boyut, ruhsal hastalara karşı gösterilen koruyucu ve insancıl yaklaşımın derecesini gösterir. Bu boyutun esası din ve hümanistik tutumu içerir. 2. , 12. , 17. , 18. , 22. , 26. , 27. , 32. , 34. , 36. , 37. , 40. , 47. , 49. . maddelerden oluşur.

Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu: Hasta ailelerinin felsefesini yansıtır. Buna göre, ruhsal bozuklukların başka hastalıklardan farkı yoktur. 3. , 13. , 23. , 28. , 31. , 33. , 38. , 44. , 50. maddelerden oluşur.

Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu: Bu boyut, ruhsal hastaların toplumu korumak için hastane içi ve hastane dışında kısıtlanmaları gerektiğini yansıtır. 4. , 7. , 8. , 14. , 24. , 29. , 41. , 45. , 51. maddelerden oluşur.

Bireylerarası Etyoloji Boyutu: Tutumun bilişsel yönü üzerine odaklanmıştır. Bu boyut, ruhsal hastalıkların özellikle çocukluk çağındaki bozuk anne - baba ve çocuk ilişkisine dayalı olarak sevgi ve ilgisizlikten ortaya çıktığı inancını yansıtır. 5. , 10. , 15. , 20. , 25. , 30. , 35. maddelerden oluşur.

RHİG ölçeği, likert tipi 51 maddeyi içermekte, her bir maddenin puanı kesinlikle katılıyorum (1 puan) ve kesinlikle katılmıyorum (6 puan) arasında değişmekte ve puanlar yükseldikçe ruhsal hasta/ hastalıklara ilişkin görüş ve tutumlar olumsuzlaşma eğilimi göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan; 98, en yüksek puan; 250' dir.

Tablo 1: Ruhsal Hasta/ Hastalıklara İlişkin Görüşler Ölçeği Puanlarının Dağılımı

	Min-Max	Ort±SD
Toplam Puan	98-250	169,56±23,20
Otoriterlik Boyutu	18-56	37,00±7,28
Koruyuculuk-Kollayıcılık Boyutu	24-68	47,81±7,19
Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu	14-49	25,56±4,76
Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu	14-52	37,24±5,96
Bireylerarası Etyoloji Boyutu	7-38	21,95±5,63

RHİG ölçeği toplam puanı 98 ile 250 arasında değişmekte olup; ortalaması 169.56±23.20'dir. Otoriterlik boyutu puanı 18 ile 56 arasında değişmekte olup; ortalaması 37.00±7.28'dir. Koruyuculuk-kollayıcılık boyutu puanı 24 ile 68 arasında değişmekte olup; ortalaması 47.81±7.19'dur. Ruh sağlığı ideolojisi boyutu puanı 14 ile 49 arasında değişmekte olup; ortalaması 25.56±4.76'dır. Sosyal kısıtlayıcılık boyutu puanı 14 ile 52 arasında değişmekte olup; ortalaması 37.24±5.96'dır. Bireylerarası etyoloji boyutu puanı 7 ile 38 arasında değişmekte olup; ortalaması 21.95±5.63'tür.

Ruhsal Hasta/ Hastalıklara İlişkin Görüşler Ölçeğinin Güvenirlik Analizi

Ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin görüşler ölçeğinden elde edilen toplam puan ve alt gruplarının güvenilirlik değerlendirmesi yapıldı. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.83 olarak bulundu ve güvenilir bir ölçek olduğu görüldü.

5. 5. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Etik Konular

Araştırmaya başlamadan önce verilerin toplanacağı kurumdan yasal izin alındı (Ek- 3). Araştırmanın amacı hasta yakınlarına anlatıldı ve araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları ile veri toplama çalışması gerçekleştirildi.

5.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken hasta yakınlarının bireysel, ailesel ve hastalıkla ilgili özellikleri sayı, yüzdeler, ortalama ve standart sapma testleri ile değerlendirildi. Verilerin karşılaştırılmasında parametrelerin ikiden fazla olduğu gruplarda Oneway Anova testi ve farklılığa neden olan grubun saptanmasında Tukey HSD testi kullanıldı. Parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında student t testi kullanıldı. Ölçeğin geçerlik güvenirlik analizi Reliability Analizi ile değerlendirildi. Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise Pearson korelasyon testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin ruhsal hasta ve hastalığa ilişkin görüşlerinin araştırılması amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın sınırlılıkları;

- Bilgi formu ve RHİG ölçeğinin uygulanmasının yaklaşık olarak bir saat sürmesi,
- Hasta yakınlarının görüşme için zaman ayırmak istememesi, ölçek maddelerini fazla bulması,
- Araştırmacının görüşmelerin büyük çoğunluğunu çalışma saatlerinin içinde gerçekleştirmesi,
- Araştırmanın yapıldığı kurumun özel hastane olması nedeniyle, çalışmanın yapıldığı dönemdeki hasta ve hasta yakını profilinin kurumdan beklentisinin yüksek olması, kuruma geliş nedenlerinin istedikleri sağlık yardımını en kısa sürede almak olduğunu ifade ederek çalışmaya katılmak istememesi,
- Görüşme için uygun fiziksel ortamın sağlanamaması (hastanın olmadığı görüşme ortamının sağlanamaması, gürültülü ve kalabalık bir ortam olması gibi),
- Araştırmanın yapıldığı hastanenin yeni açılmış olması nedeniyle, istenilen yazılı izin planlanan tarihte alınamaması ve çalışmanın başladığı aşamada hasta sayısının beklenenden az olmasıdır.

6. BULGULAR

Hastaların yaşları 10 ile 82 arasında değişmekte olup; ortalama yaş 35.28 ± 14.29 'dur.

Tablo 2: Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Bireysel Özellikler		n	%
Yaş	10-18	14	8,2
	19-29	55	32,4
	30-39	45	26,5
	40-49	27	15,9
	50 yaş ve üzeri	29	17,1
Cinsiyet	Kadın	107	62,9
	Erkek	63	37,1
Hastanın Büyüdüğü Yer	Köy	18	10,6
	Kasaba	15	8,8
	Şehir	137	80,6
Hastanın Yetiştığı Aile Tipi	Çekirdek	81	47,6
	Geniş	74	43,5
	Parçalanmış	15	8,8
Hastanın Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	57	33,5
	Ortaokul mezunu	29	17,1
	Lise mezunu	50	29,4
	Üniversite mezunu	34	20,0
Hastanın Çalışma Durumu	Çalışıyor	40	23,5
	Çalışmıyor	119	70,0
	Emekli	11	6,5
Hastanın Medeni Durumu	Evli	93	54,7
	Bekar	67	39,4
	Boşanmış	10	5,9
Sosyal Güvence	Var	121	71,2
	Yok	49	28,8

Hastaların % 8.2'si 10-18 yaş, % 32.4'ü 19-29 yaş, % 26.5'i 30-39 yaş, % 15.9'u 40-49 yaş ve % 17.1'i 50 yaş ve üzerindedir. % 62.9'u kadın ve % 37.1'i erkektir. %10.6'sı köyde, % 80.6'sı şehirde büyümüştür. % 47.6'sı çekirdek ailede, % 43.5'i geniş ailede yetişmiştir. % 33.5'i ilkokul, % 17.1'i ortaokul, % 29.4'ü lise ve % 20'si üniversite mezundur. % 23.5'i çalışırken, % 70'i çalışmamaktadır. % 54.7'si evli, %39.4'ü bekindir. Hastaların %71.2'sinin sosyal güvencesi vardır.

Tablo 3: Hastaların Hastalık Tanıları ve Tedavi Sürelerinin Dağılımı

Hastalık Tanıları ve Tedavi süreleri		n	%
Hastalık Tanıları	Duygudurum Bozuklukları	98	57,6
	Anksiyete bozuklukları	19	11,2
	Kişilik bozuklukları	9	5,3
	Psikotik bozukluklar	16	9,4
	Maddeye bağlı bozukluklar	13	7,6
	Diğer	15	8,8
Tedavi Süresi	1 yıldan az	43	25,3
	1-5 yıl	77	45,3
	6-10 yıl	34	20,0
	11 yıl ve üzeri	16	9,4

Hastaların % 57.6'sında duygudurum bozuklukları, % 11.2'sinde anksiyete bozuklukları, % 5.3'ünde kişilik bozuklukları, % 9.4'ünde psikotik bozukluklar, %7.6'sında maddeye bağlı bozukluklar, % 8,8'inde diğer (disosiyatif bozukluklar, gelişimsel bozukluk, mental retardasyon, organik ruhsal bozukluklar) bozukluklar olduğu görüldü. Hastaların tedavi görme süreleri 10 gün ile 40 yıl arasında değişmekte olup; ortalama tedavi süresi 4.62±6.15 yıldır. % 25.3'ünün tedavi süresi 1 yıldan daha az iken, % 45.3'ünün 1-5 yıl arasında, % 20'sinin 6-10 yıl arasında, % 9.4'ünün 11 yıl ve üzerindedir.

Tablo 4: Hasta Yakınına İlişkin Bireysel Özelliklerin Dağılımı

Bireysel Özellikler		n	%
Yaş	18-29	24	14,1
	30-39	48	28,2
	40-49	56	32,9
	50 yaş ve üzeri	42	24,7
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	53	31,2
	Ortaokul mezunu	15	8,8
	Lise mezunu	56	32,9
	Üniversite mezunu	46	27,1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	75	44,1
	Çalışmıyor	70	41,2
	Emekli	25	14,7
Medeni Durumu	Evli	135	79,4
	Bekar	25	14,7
	Boşanmış	10	5,9
Aile Yapısı	Çekirdek	113	66,5
	Geniş	52	30,6
	Parçalanmış	5	2,9
Sosyal Güvence	Evet	134	78,8
	Hayır	36	21,2

Hasta yakınlarının yaşları 18 ile 72 arasında değişmekte olup; ortalama yaş 41.71 ± 11.35 'tir. Hasta yakınlarının % 14.1'i 18-29 yaş, % 28.2'si 30-39 yaş, % 32.9'u 40-49 yaş arasında ve % 24.7'si 50 yaş ve üzerindedir. % 31.2'si ilkokul, % 8.8'i ortaokul, % 32.9'u lise ve % 27.1'i üniversite mezundur. % 44.1'i çalışırken, %41.2'si çalışmamaktadır. % 79.4'ü evli, % 14.7'si bekindir. % 66.5'i çekirdek ailede, % 30.6'sı geniş ailede yetişmiştir. Hasta yakınlarının % 78.8'inin sosyal güvencesi vardır.

Tablo 5: Hasta Ailesinin Hasta ve Hastalıkla İlgili Duygu, Düşünce ve Görüşlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı

Hasta Ailesinin Hasta ve Hastalıkla İlgili Duygu, Düşünce ve Görüşlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı		n	%
Psikiyatrik Hasta Tanısı Alan Hastanın Yakınlık Derecesi	Anne	11	6,5
	Baba	7	4,1
	Oğlum	22	12,9
	Kızım	34	20,0
	Eşim	48	28,2
	Diğer	48	28,2
Ailede Psikiyatrik Hasta Tanısı Almış Başka Birey Varlığı	Evet	46	27,1
	Hayır	124	72,9
Hasta Bireyle Yaşanılan Süre	Sürekli birlikte yaşayan	119	70,0
	Sürekli birlikte yaşamayan	51	30,0
Hastalık Öğrenildiğinde Hissedilenler	Üzüntü	137	80,6
	Kaygı	63	37,1
	Umutsuzluğa kapılma	39	22,9
	Kabullenememe	34	20,0
	Korku	33	19,4
	Suçluluk	28	16,5
	İçine kapanma	12	7,1
	Diğer	10	5,9
Bu Durumu Kabullenme	Evet	118	69,4
	Hayır	14	8,2
	Kısmen	38	22,4
Hastanın Durumu İle İlgili Düşünülenler	Tedavi olacağına inanıyorum	129	75,9
	Çok üzülüyorum	43	25,3
	Kaygı duyuyorum	22	12,9
	Normal karşılıyorum	20	11,8
	Suçluluk duyuyorum	10	5,9
	Tedavi olacağını düşünmüyorum	7	4,1
	Diğer	2	1,2

Hasta yakınına psikiyatrik hastalık tanısı alan bireyin yakınlık derecesi sorulduğunda; % 6.5'i annem, % 4.1'i babam, % 12.9'u oğlum, % 20'si kızım, % 28.2'si eşim ve % 28.2'si diğer kişiler cevaplarını vermişti. Diğer kişiler olarak, kardeşim, abim, ablam, kuzenim, büyükbabam ve büyükannem cevaplarını verdiler.

Hasta yakınlarının % 27.1'i ailede psikiyatrik hastalık tanısı almış başka birey olduğunu; % 70'i hasta bireyle sürekli bir arada yaşarken; % 30' u sürekli bir arada yaşamadıklarını; % 80.6'sı hastalığı öğrendiğinde üzüldüğünü, %19.4'ü korktuğunu, % 37.1'i kaygı duyduğunu, % 16.5'i suçluluk duyduğunu, % 20'si kabullenmediğini, % 22.9'u umutsuzluğa kapıldığını, % 7.1'i içine kapandığını, %69.4'ü bu durumu kabullendiğini, % 8.2'si kabullenmediğini ve % 22.4'ü kısmen kabullendiğini, % 25.3'ü şu anda hastanın durumuna çok üzüldüğünü, % 12.9 ' u kaygı duyduğunu, % 11.8' i normal karşıladıklarını, % 5.9' u suçluluk duyduğunu, % 75.9'u tedavi olacağına inandığını, % 4.1'i tedavi olacağını düşünmediğini belirtti.

Tablo 6: Hasta Ailesi İçindeki İlişkiler ve Hasta Yakınının Hastanın Hastalığına İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

Hasta Ailesi İçindeki İlişkiler ve Hasta Yakınının Hastanın Hastalığına İlişkin Bilgilerinin Dağılımı		n	%
Aile İçindeki İlişkiler	Birbirimizin fikirlerine saygı duyarız	88	51,8
	Birbirimize destek oluruz	117	68,8
	Sık sık tartışırız	43	25,3
	Hiç konuşmayız ve geçinemeyiz	16	9,4
	Diğer	11	6,5
Ailede Psikiyatrik Hasta Tanısı Alan Bireyin Olması Durumunun Aile Düzeninde Etkisi	İlişkilerimiz güçlendi	89	52,4
	dayanışmamız arttı		
	İlişkilerimiz sarsıldı	27	15,9
	İlişkilerimizi etkilemedi	44	25,9
	Diğer	10	5,9
Diğer Aile Bireyleri İle Hastanın Sorumluluklarının Paylaşılması	Evet	121	71,2
	Hayır	17	10,0
	Kısmen	32	18,8
Hastalık İle İlgili Bilgi	Evet	146	85,9
	Hayır	24	14,1
Bilgi Kaynağı	Doktorundan	120	82,2
	Kendisinden	7	4,8
	Hemşireden	1	0,7
	TV'den	1	0,7
	Doktor – TV	3	2,1
	İnternet'ten	3	2,1
	Doktor be İnternet'ten araştırarak	2	1,4
	Tanıdıktan	3	2,1
	Kitaplardan	4	2,7
	TV- İnternet'ten	1	0,7
	İnternet – kitap	1	0,7
	Bu Konuda Kimden Bilgi Almak İstersiniz	Doktor	162
Hemşire		4	2,4
Doktor – hemşire		4	2,4

Hasta yakınlarının % 51.8'i "Aile içi ilişkileriniz nasıldır?" sorusuna, birbirimizin fikirlerine saygı duyarız, % 68.8'i birbirimize destek oluruz, % 25.3'ü sık sık tartışırız, % 9.4'ü hiç konuşmayız ve geçinemeyiz cevaplarını verdi.

Hasta yakınlarının % 52.4'ü ailede psikiyatrik hastalık tanısı alan bireyin olmasının ilişkileri güçlendirdiğini, % 15.9'u ilişkilerinin sarsıldığını, % 25.9'u ilişkilerinin etkilemediğini ifade etti.

Hasta yakınlarının % 71.2'si diğer aile bireyleri ile hastanın sorumluluklarını paylaştığını, % 10'u paylaşmadığını ve % 18.8'i kısmen paylaştığını; % 85.9'u hastalıkla ilgili bilgi aldığını, % 14.1'i bu konuyla ilgili herhangi bir bilgi almadığını; bilgi aldığını söyleyen olguların % 82.2'si bu bilgiyi doktordan aldığını; % 95.3'ü hastalık konusunda doktordan bilgi almak istediğini söylerken, % 2.4'ü hemşirelerden ve % 2.4'ü diğer kaynaklardan bilgi almak istediğini belirtti.

Tablo 7: Hastalık Tanısı ve Tedavi Süresi ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yakınlık Derecesi		Otoriterlik Boyutu	Koruyuculuk-Kollayıcılık Boyutu	Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu	Bireylerarası Etyoloji Boyutu	Toplam Puan
Ailede Ruhsal Hastalık Tanılı Başka Birey Varlığı	Hasta ile Yaşanılan Süre						
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Hastalık Tanıları	Duygudurum Bozuklukları	36,98±6,15	48,33±6,43	26,10±4,20	37,26±5,21	21,66±5,13	170,35±20,03
	Anksiyete bozuklukları	39,58±8,27	48,74±7,25	24,58±4,58	39,05±5,00	23,95±6,11	175,89±22,34
	Kişilik bozuklukları	37,11±8,33	44,55±9,51	25,00±2,91	35,44±5,87	19,44±4,18	161,56±17,19
	Psikotik bozukluklar	37,81±8,32	47,19±6,70	25,37±4,79	37,94±7,24	23,44±6,63	171,75±26,35
	Maddeye bağlı bozukluklar	35,15±9,85	48,07±8,85	25,31±8,86	37,08±7,49	19,77±6,89	165,38±34,47
	Diğer	34,60±8,62	45,60±9,33	24,00±4,64	35,27±8,59	23,07±5,98	162,53±31,10
		F:1,009 p:0,414	F:0,844 p:0,521	F:0,769 p:0,574	F:0,886 p:0,492	F:1,648 p:0,150	F:0,906 p:0,479
Tedavi Süresi	1 yıldan az	36,98±7,69	47,37±6,84	25,32±5,12	36,95±6,56	20,74±6,55	167,37±24,95
	1-5 yıl	36,75±7,13	47,54±7,12	25,44±4,02	37,58±5,85	22,41±5,30	169,74±21,61
	6-10 yıl	38,29±7,79	50,17±7,99	27,03±5,92	37,09±6,13	23,03±5,85	175,62±26,66
	11 yıl ve üzeri	35,56±5,89	45,25±5,81	23,62±3,72	36,69±4,78	20,62±3,03	161,75±15,08
			F:0,590 p:0,622	F:2,027 p:0,112	F:2,047 p:0,106	F:0,169 p:0,917	F:1,560 p:0,201

F: Oneway Anova Testi

Hastalık tanıları ile RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05).

Tedavi süresi ile RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 8: Hasta Yakınının Bireysel Özellikleri ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta Yakınının Bireysel Özellikleri		Otoriterlik Boyutu	Koruyuculuk-Kollayıcılık Boyutu	Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu	Bireylerarası Etyoloji Boyutu	Toplam Puan
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yaş	18-29	35,00±5,44	47,46±5,95	25,42±4,48	37,96±4,58	21,41±4,78	167,25±18,11
	30-39	36,23±6,82	47,52±6,72	25,83±5,28	37,50±5,42	20,98±5,62	168,06±22,03
	40-49	38,48±8,34	47,55±8,70	25,12±4,84	37,36±7,60	22,71±6,18	171,23±28,37
	50 yaş ve üzeri	37,07±7,03	48,69±6,25	25,90±4,29	36,38±4,73	22,33±5,30	170,38±19,69
	F	<i>F:1,572</i>	<i>F:0,275</i>	<i>F:0,285</i>	<i>F:0,440</i>	<i>F:0,956</i>	<i>F:0,257</i>
P	<i>p:0,198</i>	<i>p:0,843</i>	<i>p:0,836</i>	<i>p:0,725</i>	<i>p:0,415</i>	<i>p:0,856</i>	
Eğitim Durumu	İlkokul mez.	36,07±7,11	46,00±7,72	24,56±4,31	36,02±7,01	22,07±5,48	164,73±24,33
	Ortaokul mez.	36,80±5,04	47,87±6,70	26,67±5,18	37,46±4,40	22,13±4,90	170,93±17,95
	Lise mezunu	36,84±6,97	47,89±7,42	25,20±5,53	37,03±4,99	20,91±5,16	167,87±22,48
	Üniversite mez	38,35±8,40	49,78±6,01	26,78±3,83	38,82±5,98	23,00±6,47	176,74±23,11
	F	<i>F:0,819</i>	<i>F:2,329</i>	<i>F:2,205</i>	<i>F:1,884</i>	<i>F:1,187</i>	<i>F:2,407</i>
P	<i>p:0,485</i>	<i>p:0,076</i>	<i>p:0,089</i>	<i>p:0,134</i>	<i>p:0,316</i>	<i>p:0,069</i>	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	36,13±7,44	48,20±7,14	25,68±4,62	36,85±5,94	21,64±5,88	168,50±23,64
	Çalışmıyor	37,51±7,23	47,00±7,45	25,21±5,28	37,80±6,18	22,23±5,40	169,76±23,61
	Emekli	38,20±6,95	48,92±6,59	26,16±3,58	36,84±5,47	22,08±5,69	172,20±21,24
	F	<i>F:1,045</i>	<i>F:0,850</i>	<i>F:0,404</i>	<i>F:0,520</i>	<i>F:0,204</i>	<i>F:0,240</i>
	P	<i>p:0,354</i>	<i>p:0,429</i>	<i>p:0,669</i>	<i>p:0,596</i>	<i>p:0,816</i>	<i>p:0,787</i>
Medeni Durum	Evli	37,04±7,41	47,65±7,61	25,36±4,91	37,07±6,15	21,63±5,63	168,75±24,42
	Bekar	36,40±6,80	47,60±5,54	26,28±4,74	37,80±4,72	23,28±6,00	171,36±18,21
	Boşanmış	38,10±7,32	50,50±4,25	26,40±2,12	38,20±6,49	22,90±4,38	176,10±16,64
	F	<i>F:0,199</i>	<i>F:0,740</i>	<i>F:0,554</i>	<i>F:0,294</i>	<i>F:1,059</i>	<i>F:0,552</i>
	P	<i>p:0,820</i>	<i>p:0,478</i>	<i>p:0,576</i>	<i>p:0,745</i>	<i>p:0,349</i>	<i>p:0,577</i>
Aile Tipi	Çekirdek	37,47±7,48	48,05±7,48	25,76±4,66	37,75±6,40	21,92±5,83	170,95±23,85
	Geniş	36,04±6,91	47,40±6,33	24,85±4,72	36,32±4,99	22,07±5,44	166,69±22,67
	Parçalanmış	36,60±7,05	46,60±10,01	28,40±6,88	35,20±3,42	21,20±3,11	168,00±9,41
	F	<i>F:0,692</i>	<i>F:0,216</i>	<i>F:1,584</i>	<i>F:1,324</i>	<i>F:0,058</i>	<i>F:0,610</i>
	P	<i>p:0,502</i>	<i>p:0,806</i>	<i>p:0,208</i>	<i>p:0,269</i>	<i>p:0,943</i>	<i>p:0,544</i>
Sosyal Güvence	Var	37,15±7,61	47,87±7,45	25,74±4,69	37,22±5,97	22,09±5,90	170,09±23,65
	Yok	36,44±5,98	47,58±6,21	24,89±5,02	37,30±6,03	21,39±4,50	167,61±21,61
	t	<i>t:0,520</i>	<i>t:0,214</i>	<i>t:0,950</i>	<i>t:-0,073</i>	<i>t:0,669</i>	<i>t:0,568</i>
	P	<i>p:0,604</i>	<i>p:0,831</i>	<i>p:0,343</i>	<i>p:0,942</i>	<i>p:0,504</i>	<i>p:0,571</i>

F: Oneway Anova Testi

t: Student t testi

* p<0.05

Hasta yakınının yaş, eğitim, çalışma ve medeni durumu, aile tipi ve sosyal güvence varlığı ile RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 9: Hasta Yakınının Yakınlık Derecesi, Ailede Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Başka Birey Varlığı ve Hasta ile Yaşanılan Süre ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yakınlık Derecesi Ailede Ruhsal Hastalık Tanılı Başka Birey Varlığı Hasta ile Yaşanılan Süre		Otoriterlik Boyutu	Koruyuculuk- Kollayıcılık Boyutu	Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu	Bireylerarası Etyoloji Boyutu	Toplam Puan
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Hastanın Yakınlık Derecesi	Anne	36,18±7,04	48,45±6,20	25,64±4,72	34,09±7,08	21,36±4,15	165,73±23,64
	Baba	29,86±4,67	46,28±4,64	21,86±3,02	36,57±3,31	21,57±5,38	156,14±15,63
	Oğlum	43,04±8,91	49,82±8,14	24,36±3,96	38,86±7,24	26,04±7,35	182,13±30,21
	Kızım	37,59±6,32	48,67±7,56	27,03±4,72	37,53±5,69	22,29±5,08	173,12±19,78
	Eşim	37,31±6,81	47,60±7,79	25,58±5,54	36,83±6,36	21,00±4,71	168,33±23,77
	Diğer	34,75±6,09	46,56±6,33	25,56±4,24	37,52±5,01	20,96±5,67	165,35±20,09±
	F p	F:6,210 p:0,001**	F:0,814 p:0,541	F:1,814 p:0,113	F:1,041 p:0,396	F:3,143 p:0,010*	F:2,422 p:0,038*
Ailede Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Başka Birey Varlığı	Evet	35,30±7,10	45,48±6,41	24,30±3,56	37,19±5,79	20,72±5,03	163,00±18,97
	Hayır	37,64±7,28	48,68±7,30	26,02±5,07	37,26±6,05	22,40±5,79	172,00±24,20
	t p	t:-1,868 p:0,063	t:-2,621 p:0,010*	t:-2,113 p:0,036*	t:-0,060 p:0,952	t:-1,745 p:0,083	t:-2,275 p:0,024*
Hasta Bireyle Yaşanılan Süre	Sürekli birlikte yaşayan	37,88±7,48	47,80±7,07	25,63±4,81	37,54±6,09	22,59±5,72	171,45±23,26
	Sürekli birlikte yaşamayan	34,96±6,41	47,82±7,53	25,39±4,68	36,53±5,64	20,45±5,15	165,16±22,66
	t p	t:2,430 p:0,016*	t:-0,014 p:0,989	t:0,298 p:0,766	t:1,019 p:0,310	t:2,297 p:0,023*	t:1,630 p:0,105

F: Oneway Anova Testi
* p<0.05

t: Student t testi
** p<0.01

Ruhsal hastalık tanısı alan hastanın yakınlarının, yakınlık derecesine göre, otoriterlik boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p<0.01$). Oğlunun ruhsal hastalık tanısı aldığını söyleyen hasta yakınlarının otoriterlik boyutu puan ortalamaları; babası ($p:0.001$; $p<0.01$) ve diğer yakınlarına ($p:0.001$; $p<0.01$) tanı konan hasta yakınlarının puanlarından ileri düzeyde; annesine ($p:0.047$; $p<0.05$), kızına ($p:0.038$; $p<0.05$), eşine ($p:0.013$; $p<0.05$) tanı konulan hasta yakınlarının puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Ruhsal hastalık tanısı alan hastanın yakınlık derecesine göre, hasta yakınlarının koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi ve sosyal kısıtlayıcılık boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Ruhsal hastalık tanısı alan hastanın yakınlarının yakınlık derecesine göre, bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Oğlunun ruhsal hastalık tanısı aldığını söyleyen hasta yakınlarının

bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları; eşine ($p:0.004$; $p<0.01$) ve diğer yakınlarına ($p:0.004$; $p<0.01$) tanı konan hasta yakınlarının puan ortalamalarından ileri düzeyde yüksek bulundu.

Ruhsal hastalık tanısı alan hastaların yakınlık derecesine göre, hasta yakınlarının toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Oğlunun ruhsal hastalık tanısı aldığını söyleyen hasta yakınlarının toplam puan ortalamaları; diğer yakınlarına tanı konan hasta yakınlarının puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.047$; $p<0.05$).

Ailede ruhsal hastalık tanısı almış başka bir bireyin varlığına göre hasta yakınlarının otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Ailede ruhsal hastalık tanısı almış başka bir birey olduğunu söyleyen hasta yakınlarının koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Ailede ruhsal hastalık tanısı almış başka bir birey olmadığını söyleyen hasta yakınlarının puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$).

Ruhsal hastalığı olan bireyle sürekli birlikte yaşayan hasta yakınlarının otoriterlik ve bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları; hasta bireyle sürekli birlikte yaşamayan hasta yakınlarının puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Hasta bireyle sürekli bir arada yaşamaya göre hasta yakınlarının koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi ve sosyal kısıtlayıcılık boyutu ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 10: Hasta Yakınının Hastalığı Öğrendiğinde Hissettikleri ve Bu Durumu Kabullemeleri ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Duygular Kabullenme		Otoriterlik Boyutu	Koruyuculuk- Kollayıcılık Boyutu	Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu	Bireylerarası Etyoloji Boyutu	Toplam Puan	
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Hastalık Öğrenildiğinde Hissedilenler	Üzüntü	Evet	37,14±7,10	48,14±7,05	25,81±4,81	37,35±5,77	22,01±5,71	170,46±23,19
		Hayır	36,45±8,09	46,42±7,71	24,51±4,46	36,79±6,79	21,67±5,33	165,85±23,19
		t p	<i>t:0,483</i> <i>p:0,630</i>	<i>t:1,236</i> <i>p:0,218</i>	<i>t:1,406</i> <i>p:0,161</i>	<i>t:0,485</i> <i>p:0,628</i>	<i>t:0,318</i> <i>p:0,751</i>	<i>t:1,025</i> <i>p:0,307</i>
	Korku	Evet	37,12±7,60	50,24±7,06	25,97±5,66	36,60±7,74	21,94±6,47	171,88±28,66
		Hayır	36,98±7,23	47,22±7,12	25,46±4,54	37,39±5,47	21,95±5,43	169,01±21,76
		t p	<i>t:0,101</i> <i>p:0,920</i>	<i>t:2,187</i> <i>p:0,030*</i>	<i>t:0,551</i> <i>p:0,582</i>	<i>t:-0,552</i> <i>p:0,584</i>	<i>t:-0,009</i> <i>p:0,993</i>	<i>t:0,637</i> <i>p:0,525</i>
	Kaygı	Evet	37,17±6,68	48,36±6,82	26,25±4,60	37,78±5,87	22,60±5,94	172,17±21,49
		Hayır	36,90±7,65	47,48±7,41	25,15±4,83	36,92±6,02	21,56±5,43	168,03±24,11
		t p	<i>t:0,231</i> <i>p:0,818</i>	<i>t:0,769</i> <i>p:0,443</i>	<i>t:1,465</i> <i>p:0,145</i>	<i>t:0,900</i> <i>p:0,370</i>	<i>t:1,167</i> <i>p:0,245</i>	<i>t:1,127</i> <i>p:0,262</i>
	Suçluluk	Evet	38,43±8,54	49,64±9,28	25,68±5,82	36,39±8,21	21,68±6,50	171,82±30,77
		Hayır	36,72±7,01	47,45±6,69	25,53±4,55	37,41±5,43	22,00±5,46	169,12±21,50
		t p	<i>t:1,131</i> <i>p:0,259</i>	<i>t:1,191</i> <i>p:0,242</i>	<i>t:0,145</i> <i>p:0,885</i>	<i>t:-0,628</i> <i>p:0,535</i>	<i>t:-0,275</i> <i>p:0,783</i>	<i>t:0,562</i> <i>p:0,575</i>
	Kabullenememe	Evet	39,41±6,95	49,88±7,85	26,03±5,38	39,06±5,51	23,32±6,09	177,70±21,86
		Hayır	36,40±7,27	47,29±6,95	25,44±4,61	36,78±6,00	21,60±5,48	167,53±23,15
		t p	<i>t:2,176</i> <i>p:0,031*</i>	<i>t:1,891</i> <i>p:0,060</i>	<i>t:0,643</i> <i>p:0,521</i>	<i>t:2,005</i> <i>p:0,047*</i>	<i>t:1,601</i> <i>p:0,111</i>	<i>t:2,317</i> <i>p:0,022*</i>
	Umutsuzluğa kapılma	Evet	37,38±8,34	48,07±8,32	25,43±5,13	37,25±6,78	22,15±6,37	170,31±26,81
		Hayır	36,89±6,97	47,73±6,85	25,59±4,67	37,23±5,72	21,88±5,41	169,34±22,12
		t p	<i>t:0,369</i> <i>p:0,713</i>	<i>t:0,262</i> <i>p:0,794</i>	<i>t:-0,183</i> <i>p:0,855</i>	<i>t:0,018</i> <i>p:0,986</i>	<i>t:0,261</i> <i>p:0,795</i>	<i>t:0,227</i> <i>p:0,821</i>
İçine kapanma	Evet	37,08±11,14	49,67±11,35	26,25±8,41	36,00±11,42	21,83±8,63	170,83±45,20	
	Hayır	37,00±6,96	47,67±6,81	25,50±4,41	37,33±5,38	21,95±5,37	169,47±20,88	
	t p	<i>t:0,026</i> <i>p:0,980</i>	<i>t:0,601</i> <i>p:0,560</i>	<i>t:0,520</i> <i>p:0,604</i>	<i>t:-0,402</i> <i>p:0,695</i>	<i>t:-0,048</i> <i>p:0,962</i>	<i>t:0,104</i> <i>p:0,919</i>	
Diğer	Evet	41,90±9,79	51,60±7,93	28,40±9,24	40,20±7,30	25,30±7,19	187,40±32,61	
	Hayır	36,70±7,03	47,57±7,10	25,38±4,33	37,05±5,85	21,74±5,48	168,45±22,15	
	t p	<i>t:2,275</i> <i>p:0,028*</i>	<i>t:1,727</i> <i>p:0,086</i>	<i>t:1,026</i> <i>p:0,331</i>	<i>t:1,625</i> <i>p:0,106</i>	<i>t:1,957</i> <i>p:0,050*</i>	<i>t:2,547</i> <i>p:0,012*</i>	
Bu Durumu Kabullenme	Evet	37,51±7,39	47,33±7,66	25,15±4,62	37,24±6,15	21,88±5,58	169,11±23,60	
	Hayır	34,78±6,81	50,21±6,20	26,57±4,60	38,14±6,89	22,64±6,91	172,36±24,15	
	Kısmen	36,26±7,08	48,45±5,80	26,45±5,17	36,89±5,05	21,89±5,41	169,95±22,08	
	F p	<i>F:1,130</i> <i>p:0,326</i>	<i>F:1,206</i> <i>p:0,302</i>	<i>F:1,414</i> <i>p:0,246</i>	<i>F:0,222</i> <i>p:0,801</i>	<i>F:0,115</i> <i>p:0,891</i>	<i>F:0,128</i> <i>p:0,880</i>	

F: Oneway Anova Testi

t: Student t testi

* p<0.05

Hastanın hastalığını öğrendiğinde üzüntü, kaygı ve suçluluk hissedene hasta yakınlarının, RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastanın hastalığını öğrendiğinde korku hissettiğini söyleyen hasta yakınlarının koruyuculuk-kollayıcılık boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekken ($p<0.05$); otoriterlik, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etyoloji boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastanın hastalığını öğrendiğinde kabullenemediğini söyleyen hasta yakınlarının otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutu ile toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekken ($p<0.05$); koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi boyutu ve bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastanın hastalığını öğrendiğinde umutsuzluğa kapıldığını ve ie kapandığını söyleyen hasta yakınlarının, RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastanın hastalığını öğrendiğinde diğer duyguları hissedene hasta yakınlarının otoriterlik boyutu, bireylerarası etyoloji boyutu ve toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekken ($p<0.05$); koruyuculuk-kollayıcılık boyutu, ruh sağlığı ideolojisi boyutu ve sosyal kısıtlayıcılık boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastanın hastalığını kabullenme durumu ile hasta yakınlarının RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 11: Hasta Yakınının Hastanın Şu Andaki Durumuna İlişkin Düşünceleri ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

			Otoriterlik Boyutu	Koruyuculuk -Kollayıcılık Boyutu	Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu	Bireylerarası Etyoloji Boyutu	Toplam Puan
			Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Hastanın Durumu İle İlgili Düşünceler	Çok üzülüyorum	Evet	37,58±7,47	48,07±7,35	24,84±3,93	37,07±5,51	22,14±5,90	169,70±20,51
		Hayır	36,81±7,24	47,72±7,16	25,80±5,00	37,30±6,13	21,88±5,56	169,52±24,11
		t	<i>t:0,598</i>	<i>t:0,271</i>	<i>t:-1,151</i>	<i>t:-0,217</i>	<i>t:0,259</i>	<i>t:0,043</i>
		p	<i>p:0,551</i>	<i>p:0,786</i>	<i>p:0,252</i>	<i>p:0,828</i>	<i>p:0,796</i>	<i>p:0,965</i>
	Kaygı duyuyorum	Evet	35,86±6,25	49,36±6,27	27,73±6,09	36,73±6,03	22,27±6,55	171,95±23,41
		Hayır	37,17±7,43	47,58±7,31	25,23±4,47	37,32±5,97	21,90±5,50	169,21±23,22
		t	<i>t:-0,787</i>	<i>t:1,085</i>	<i>t:2,318</i>	<i>t:-0,432</i>	<i>t:0,290</i>	<i>t:0,517</i>
		p	<i>p:0,432</i>	<i>p:0,279</i>	<i>p:0,022*</i>	<i>p:0,666</i>	<i>p:0,772</i>	<i>p:0,606</i>
	Normal karşılıyorum	Evet	36,60±6,23	48,60±5,41	24,50±2,87	36,40±3,23	22,05±3,63	168,15±13,43
		Hayır	37,06±7,43	47,70±7,40	25,70±4,95	37,35±6,24	21,93±5,85	169,75±24,23
		t	<i>t:-0,264</i>	<i>t:0,521</i>	<i>t:-1,580</i>	<i>t:-1,078</i>	<i>t:0,124</i>	<i>t:-0,446</i>
		p	<i>p:0,792</i>	<i>p:0,603</i>	<i>p:0,123</i>	<i>p:0,287</i>	<i>p:0,902</i>	<i>p:0,658</i>
	Suçluluk duyuyorum	Evet	34,70±7,59	48,60±6,15	24,70±3,74	33,70±5,01	21,00±2,75	162,70±17,96
		Hayır	37,15±7,27	47,76±7,26	25,61±4,82	37,46±5,96	22,00±5,76	169,99±23,46
		t	<i>t:-1,032</i>	<i>t:0,356</i>	<i>t:-0,587</i>	<i>t:-1,952</i>	<i>t:-0,547</i>	<i>t:-0,964</i>
		p	<i>p:0,304</i>	<i>p:0,722</i>	<i>p:0,558</i>	<i>p:0,050*</i>	<i>p:0,585</i>	<i>p:0,336</i>
	Tedavi olacağına inanıyorum	Evet	37,22±6,97	48,22±7,40	26,09±4,81	37,61±5,65	22,12±5,49	171,27±22,53
		Hayır	36,32±8,26	46,54±6,42	23,88±4,24	36,07±6,79	21,39±6,08	164,19±24,69
		t	<i>t:0,694</i>	<i>t:1,306</i>	<i>t:2,639</i>	<i>t:1,444</i>	<i>t:0,726</i>	<i>t:1,711</i>
		p	<i>p:0,489</i>	<i>p:0,193</i>	<i>p:0,009**</i>	<i>p:0,150</i>	<i>p:0,469</i>	<i>p:0,089</i>
	Tedavi olacağı düşünmüyorum	Evet	32,57±7,14	44,14±10,79	23,14±5,11	36,71±10,90	20,28±5,02	156,86±24,48
		Hayır	37,19±7,25	47,97±7,00	25,66±4,73	37,26±5,71	22,02±5,66	170,11±23,06
		t	<i>t:-1,653</i>	<i>t:-1,382</i>	<i>t:-1,374</i>	<i>t:-0,133</i>	<i>t:-0,796</i>	<i>t:-1,485</i>
		p	<i>p:0,100</i>	<i>p:0,169</i>	<i>p:0,171</i>	<i>p:0,899</i>	<i>p:0,427</i>	<i>p:0,139</i>
Diğer	Evet	49,00±9,90	55,00±4,24	27,00±2,83	45,00±7,07	28,50±7,78	204,50±23,33	
	Hayır	36,86±7,17	47,72±7,18	25,54±4,78	37,15±5,91	21,87±5,58	169,15±22,94	
	t	-	-	-	-	-	-	
	p	-	-	-	-	-	-	

t: Student t testi

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

NOT: Şu anda hastanın durumu ile ilgili diğer düşünceleri söyleyen sadece 2 olgu olduğundan buna ilişkin değerlendirme yapılmamıştır.

Hastanın şu andaki durumuna çok üzülüğünü söyleyen hasta yakınlarının RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastanın şu andaki durumuna ilişkin kaygı duyduğunu söyleyen hasta yakınlarının ruh sağlığı ideolojisi boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekken ($p < 0.05$); otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etyoloji boyutu ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastanın şu andaki durumunu normal karşıladığını ve tedavi olacağına inanmadığını söyleyen hasta yakınlarının RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastanın şu andaki durumuna ilişkin suçluluk duyduğunu söyleyen hasta yakınlarının sosyal kısıtlayıcılık boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşükken ($p<0.05$); otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi ve bireylerarası etyoloji boyutu ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastanın şu andaki durumuna ilişkin tedavi olacağına inandığını söyleyen hasta yakınlarının ruh sağlığı ideolojisi boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak ileri düzeyde yüksekken ($p<0.01$); otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etyoloji boyutu ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 12: Aile İçi İlişkiler, Hastanın Aile İçi İlişkilere Etkisi, Hastanın Sorumluluklarının Paylaşılması, Hastalık İle İlgili Bilgi Alma Durumu ile RHİG Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Aile İçi İlişkiler Hastanın Aile Düzenine Etkisi Hastanın Sorumluluğu Hastalıkla İlgili Bilgi			Otoriterlik Boyutu	Koruyuculuk -Kollayıcılık Boyutu	Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu	Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu	Bireylerarası Etyoloji Boyutu	Toplam Puan
			Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Aile İçi İlişkiler	Birbirimizin fikrine saygı duyarız	Evet	37,54±7,19	47,17±7,93	25,59±4,64	36,86±5,99	21,59±5,02	168,76±22,62
		Hayır	36,42±7,39	48,50±6,28	25,52±4,92	37,65±5,94	22,33±6,22	170,43±23,90
		t	<i>t:1,000</i>	<i>t:-1,206</i>	<i>T:0,091</i>	<i>t:-0,855</i>	<i>t:-0,854</i>	<i>t:-0,467</i>
		p	<i>p:0,319</i>	<i>p:0,230</i>	<i>p:0,928</i>	<i>p:0,394</i>	<i>p:0,394</i>	<i>p:0,641</i>
	Birbirimize destek oluruz	Evet	37,47±7,58	47,61±7,21	25,65±4,56	37,61±5,95	22,58±5,46	170,92±22,71
		Hayır	35,98±6,53	48,24±7,19	25,36±5,21	36,43±5,96	20,55±5,80	166,56±24,18
		t	<i>t:1,236</i>	<i>t:-0,528</i>	<i>T:0,368</i>	<i>t:1,189</i>	<i>t:2,207</i>	<i>t:1,135</i>
		p	<i>p:0,218</i>	<i>p:0,598</i>	<i>p:0,713</i>	<i>p:0,236</i>	<i>p:0,029*</i>	<i>p:0,258</i>
	Sık sık tartışırız	Evet	35,70±6,91	47,74±7,22	25,37±5,51	37,35±5,94	21,53±5,81	167,70±22,04
		Hayır	37,45±7,38	47,83±7,21	25,62±4,50	37,20±5,99	22,08±5,58	170,19±23,62
		t	<i>t:-1,366</i>	<i>t:-0,071</i>	<i>T:-0,297</i>	<i>t:0,137</i>	<i>t:-0,554</i>	<i>t:-0,609</i>
		p	<i>p:0,174</i>	<i>p:0,943</i>	<i>p:0,767</i>	<i>p:0,892</i>	<i>p:0,580</i>	<i>p:0,543</i>
	Hiç geçinemeyiz	Evet	36,12±8,84	47,87±10,35	26,06±6,61	38,00±6,20	21,75±7,04	169,81±30,03
		Hayır	37,10±7,13	47,80±6,83	25,50±4,55	37,16±5,95	21,97±5,49	169,54±22,49
		t	<i>t:-0,507</i>	<i>t:0,037</i>	<i>T:0,443</i>	<i>t:0,534</i>	<i>t:-0,147</i>	<i>t:0,045</i>
		p	<i>p:0,613</i>	<i>p:0,971</i>	<i>p:0,658</i>	<i>p:0,594</i>	<i>p:0,884</i>	<i>p:0,964</i>
	Hiç konuşmayız	Evet	40,00±10,73	53,83±11,37	30,00±9,34	39,67±6,12	25,50±9,67	189,00±42,35
		Hayır	36,89±7,15	47,59±6,95	25,39±4,48	37,15±5,96	21,82±5,43	168,85±22,10
	t	<i>t:0,703</i>	<i>t:1,335</i>	<i>T:1,203</i>	<i>t:1,015</i>	<i>t:0,928</i>	<i>t:1,160</i>	
	p	<i>p:0,513</i>	<i>p:0,238</i>	<i>p:0,282</i>	<i>p:0,312</i>	<i>p:0,395</i>	<i>p:0,298</i>	
Diğer	Evet	39,54±6,79	51,73±7,11	28,27±7,92	41,82±3,28	25,36±5,16	186,73±24,16	
	Hayır	36,83±7,31	47,54±7,14	25,37±4,44	36,92±5,98	21,71±5,60	168,38±22,73	
	t	<i>t:1,197</i>	<i>t:1,881</i>	<i>T:1,971</i>	<i>t:2,480</i>	<i>t:2,102</i>	<i>t:2,579</i>	
	p	<i>p:0,233</i>	<i>p:0,062</i>	<i>p:0,050*</i>	<i>p:0,010*</i>	<i>p:0,037*</i>	<i>p:0,011*</i>	
Ailede Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Bireyin Olmasının Aile İçi İlişkilere Etkisi	İlişkiler güçlendi		36,93±7,42	47,49±7,35	25,49±4,68	36,50±5,91	21,73±5,64	168,16±23,83
	İlişkiler sarsıldı		38,11±7,97	49,55±6,97	26,26±5,81	38,81±7,33	22,29±6,99	175,04±28,10
	İlişkiler etkilenmedi		36,91±5,92	48,07±7,19	25,79±4,30	37,70±5,01	22,59±4,45	171,07±17,02
	Diğer		35,10±9,94	44,80±5,96	23,20±4,18	37,50±6,09	20,10±6,45	160,70±26,05
		F	<i>F:0,436</i>	<i>F:1,194</i>	<i>F:1,055</i>	<i>F:1,177</i>	<i>F:0,625</i>	<i>F:1,162</i>
	p	<i>p:0,727</i>	<i>p:0,314</i>	<i>p:0,370</i>	<i>p:0,320</i>	<i>p:0,600</i>	<i>p:0,326</i>	
Diğer Aile Bireyleri İle Hastanın Sorumluluklarının Paylaşılması	Evet		37,67±7,26	48,35±6,96	25,77±4,57	37,23±5,74	22,10±6,04	171,11±22,80
	Hayır		35,17±7,91	47,82±9,93	25,82±7,61	35,65±7,59	21,17±4,26	165,65±32,00
	Kısmen		35,47±6,87	45,78±6,15	24,62±3,40	38,12±5,87	21,78±4,64	165,78±18,97
		F	<i>F:1,766</i>	<i>F:1,622</i>	<i>F:0,756</i>	<i>F:0,959</i>	<i>F:0,215</i>	<i>F:0,938</i>
	p	<i>p:0,174</i>	<i>p:0,201</i>	<i>p:0,471</i>	<i>p:0,385</i>	<i>p:0,807</i>	<i>p:0,394</i>	
Hastalık İle İlgili Bilgi Alma	Evet		37,01±7,46	47,63±7,23	25,44±4,56	37,22±6,17	22,05±5,64	169,36±23,36
	Hayır		36,96±6,26	48,91±6,99	26,25±5,89	37,33±4,63	21,33±5,62	170,79±22,61
		t	<i>t:0,034</i>	<i>t:-0,811</i>	<i>T:-0,766</i>	<i>t:-0,081</i>	<i>t:0,575</i>	<i>t:-0,279</i>
	p	<i>p:0,973</i>	<i>p:0,418</i>	<i>p:0,445</i>	<i>p:0,935</i>	<i>p:0,566</i>	<i>p:0,781</i>	

F: Oneway Anova Testi

t: Student t testi

* p<0.05

Aile içinde birbirimizin fikirlerine saygı duyarız, sık sık tartışırız, hiç konuşmayız ve hiç geçinemeyiz diyen hasta yakınlarının, RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Aile içinde birbirimize destek oluruz diyen hasta yakınlarının bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekken ($p<0.05$); otoriterlik, koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Aile içi ilişkilerine diğer cevabını veren hasta yakınlarının, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etyoloji ve toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekken ($p<0.05$); otoriterlik ve koruyuculuk-kollayıcılık boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Ailede psikiyatrik hastalık tanısı alan aile bireyinin aile düzenine etkisine, diğer aile bireyleri ile hastanın sorumluluklarının paylaşılmasına ve hastalık ile ilgili bilgi alma durumuna göre hasta yakınlarının, RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA

Ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin ruhsal hasta ve hastalığa ilişkin görüşlerinin araştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan ve gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda bu bölümde tartışılmıştır.

Hastaların bireysel özelliklerinin dağılımına bakıldığında; %32.4'ü 19- 29 yaşları arasında, %62.9'u kadın, %80.6'sı şehirde büyümüş, %47.6'sı çekirdek ailede yetişmiş, %33.5'i ilkokul mezunu, %70'i çalışmamakta ve %54.7'si evlidir. Doğan ve Kocacık (2006), Ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi isimli çalışmalarında kadınlara daha fazla ruhsal hastalık tanısı konulduğu vurgulamışlar ve evli kadınlarda ruhsal hastalık görülme sıklığının evli erkeklerden daha yüksek oranda bulunduğu belirtmişlerdir. Bu çalışmanın bulguları ile bizim çalışmamızın bulguları benzer nitelik göstermektedir, Güleç' in (1997) psikiyatrik epidemiyoloji ile ilgili yayını da bu verileri destekler sonuçlar ortaya koymaktadır (14, 26). Çalışmamızın bulgularına bakıldığında hastaların büyük çoğunluğunun şehirde büyümüş olduğunu görüyoruz. Bu bulguyu hasta ya da hasta yakınlarının, gelişmiş ülkelerde hastalığa ilişkin yardım arama davranışının gelişmekte olan ülkelere göre daha modern kurumlara başvurularak gerçekleştirilmesi ile açıklayabiliriz. Genel olarak ruhsal bozukluk prevalanslarının kırsal kesimden kente doğru gidildikçe artış gösterdiği, ruhsal bozuklukların öğrenim görmemişlerde daha yüksek prevalans hızlarına sahip olduğu belirtilmektedir (18, 26). Bu çalışmaların bulguları ile bizim çalışmamızın bulguları benzerlik göstermektedir.

Hastaların %71.2'sinin sosyal güvencesi vardır, bu önemli bir bulgudur ve hastaların tıbbi yardım almasını ve takibini kolaylaştırmaktadır.

Hastaların hastalık tanıları ve tedavi sürelerinin dağılımına bakıldığında; hastaların %57.6'sını duygudurum bozuklukları, %11.2'sini anksiyete bozuklukları tanısı alan hastalar oluşturmuştur. Güleç (1997), Baltaş (2004) çalışmalarında, ülkemizde nüfusun %20'sinin tıbbi yardıma ihtiyaç duyacak düzeyde ruhsal sorunu olduğunu, nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik hastalıkların en yaygın olarak görülen bozukluklar olduğunu belirtmişlerdir, bu da çalışmamızdaki bulgular

ile benzerlik göstermektedir (5, 26). Hastaların %25.3'ünün tedavi süresi 1 yıldan daha az iken, %45.3'ünün 1- 5 yıl arasında, %20'sinin 6- 10 yıl arasında, %9.4'ünün 11 yıl ve üzerindedir. Bu bulgular incelendiğinde, hastaların %45.3'ünün tedavi süresinin 1- 5 yıl arasında olduğu görülmektedir ve bu bulgu son yıllarda ruhsal hastalıkların farkına varılmasında ve tedavi için daha modern kurumlara başvurulmasında önemli gelişmeler olduğu ile ilişkilendirilebilir. Eker bir çalışmada Dünya Sağlık Örgütü (Harding, Busnello ve ark. 1983) tarafından yapılan bir araştırmanın sonuçlarına yer vermiştir. Bu çalışmada, toplum içinde ruhsal hastalıkların farkına varma oranında ve tedavi için geleneksel yöntemlerden çok modern kurumlara başvurmada artış olduğu görülmüştür. Bu da araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir (18).

Hasta yakınına ilişkin bireysel özelliklerin dağılımına bakıldığında; hasta yakınlarının %32.9'u 40- 49 yaş arasında, %32.9'u lise mezunu, %44.1'i çalışıyor, %79.4'ü evli, %66.5'i çekirdek ailede yetişmiştir ve %78.8'inin sosyal güvencesi vardır. Bulguları incelediğimizde hasta ve hasta yakınının yetiştiği aile tipi ve sosyal güvence durumu örtüşmektedir. Hasta yakınlarının çoğunun eğitim seviyesinin lise düzeyinde olması ve çalışıyor olmaları tıbbi yardım arama davranışının gelişmişlik düzeyi ile olan ilişkisi ile açıklanabilir (14).

Hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun evli olması, yakınlarının ruhsal hastalık tanısı almış olmasının aile yaşantılarını olumsuz yönde etkilemedikleri doğrultusunda olumlu bir bulgudur ve sosyal destek açısından oldukça önemlidir çünkü ruhsal hastalıkların tedavisinde aile ile işbirliği sağlamak tedavi sürecine katkı sağlayacaktır ve hastanın bu sürece uyumunu arttıracaktır (50).

Hasta ailesinin hasta ve hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşlerine ilişkin bilgilerin dağılımına bakıldığında; hasta yakınına psikiyatrik hastalık tanısı alan bireyin yakınlık derecesi sorulduğunda; %6.5'i annem, %4.1'i babam, %12.9'u oğlum, %20'si kızım, %28.2'si eşim ve %28.2'si diğer kişiler cevaplarını vermiştir. Diğer kişiler içinde, kardeş, ağabey, abla, kuzen, büyükbaba ve büyükanne yer almaktadır. Bu bulgular, ruhsal hastaların hastaneye yatışlarının ve izlem sürecindeki sosyal desteklerinin I. derece yakınları tarafından sağlandığı ile açıklanabilir ve sosyal bakımda ailenin önemli olması nedeniyle olumlu bir bulgudur.

Hasta yakınlarının %27.1'i ailede psikiyatrik hastalık tanısı almış başka birey olduğu cevabını vermişlerdir, bu oranın düşüklüğü ailenin yeterliliği açısından ve bakımın daha iyi verilebilmesi, sürdürülebilmesi açısından önemli bir bulgudur ve hasta/ hasta yakınının bireysel özellikleri ile örtüşmektedir, sosyoekonomik düzeylerinin yüksek olması, çoğunluğun şehirde yaşıyor olması, ruhsal hastalıkların kalıtımla da ilgili olduğu düşünüldüğünde önemli bir gelişme olarak düşünülebilir, fakat bu bulgular araştırmanın özel hastanede ve sosyoekonomik düzeyleri yüksek örneklem grubu ile yapılmış olmasına bağlanabilir.

Hasta yakınlarının %70'i hasta bireyle sürekli bir arada yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgu, hasta yakınının psikiyatrik hastalık tanısı alan birey ile yakınlık derecesine ait bulgularla örtüşmektedir ve Yıldız' ın (2005), psikiyatrik rehabilitasyon, bireyden topluma ruh sağlığı çalışmasındaki; “ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğu aileleriyle birlikte yaşamakta ya da aile üyeleriyle belirgin bir etkileşim içerisinde bulunmaktadır” açıklamaları ile benzerlik göstermektedir. Hasta bireylerin sosyal desteklerinin olması yönünde önemli bir bulgudur ve son yıllarda hastanelerde tedavinin yerini sosyal bakımın aldığı ve psikiyatrik rehabilitasyonun önem kazandığını da göz önüne alırsak, hastanın yakını ile birlikte yaşıyor olması ve tedavi sürecine hasta yakınının da katılıyor olması olumlu bir gelişmedir (56).

Hasta yakınlarının %80.6'sı hastalığı öğrendiğinde üzüldüğünü söylerken; %19.4'ü korktuğunu, %37.1'i kaygı duyduğunu, %16.5'i suçluluk duyduğunu, %20'si kabullenemediğini, %22.9'u umutsuzluğa kapıldığını, %7.1'i içine kapandığını belirtmiştir, %69.4'ü şu anda bu durumu kabullendiğini söylerken; %8.2'si kabullenmediğini ve %22.4'ü kısmen kabullendiğini ifade etmiştir. %25.3'ü şu anda hastanın durumuna çok üzüldüğünü, %12.9'u kaygı duyduğunu, %11.8'i normal karşıladıklarını, %5.9'u suçluluk duyduğunu, %75.9'u tedavi olacağına inandığını, %4.1'i tedavi olacağını düşünmediğini belirtmiştir. Hastalık öğrenildiğinde ve şu anda hastanın durumu ile ilgili olarak yakınlarının hissettikleri nelerdir sorularına verilen cevaplar ruhsal hastalıkların ilk olarak farkına varıldığı ve stigmatizasyonun yapıldığı yerin hasta ailesi olduğu fikri ile örtüşmekle birlikte (18), tedavi olacağına inançlarının ve durumu kabullenmelerinin yüksekliği olumlu sonuçlardır.

Hasta ailesi içindeki ilişkiler ve hasta yakınının hastanın hastalığına ilişkin bilgilerinin dağılımı incelendiğinde; hasta yakınlarının %51.8'i "Aile içi ilişkileriniz nasıldır?" sorusuna, birbirlerinin fikirlerine saygı duydukları, %68.8' i birbirlerine destek oldukları yanıtını vermiştir, %52.4'ü ailede psikiyatrik hastalık tanısı alan bireyin olmasının ilişkileri güçlendirdiğini, %25.9'u ilişkilerini etkilemediğini, %71.2'si diğer aile bireyleri ile hastanın sorumluluklarını paylaştığını, %85.9'u hastalıkla ilgili bilgi aldığını ifade etmiştir. Bulgulardaki oranların yüksekliğine bakıldığında, günümüzde hasta yakınlarının da tedaviye katılımcı oldukları, böylelikle hastanın da tedaviye uyumunun artacağı ve sosyal desteklerinin güçlü olacağı sonucu çıkarılabilir ve bu bulgularla birlikte bilgi almak istedikleri kişi %95.3 oranında hekim olmuştur. Bu sonuç ışığında hemşirenin rollerinin belirginleşmesi ve özellikle eğitici rolü üzerine yapılacak çalışmaların arttırılmasının gerekliliği vurgulanabilir.

Hastalık Tanısı ve Tedavi Süresi ile RHİG ölçeği puan ortalamaları Karşılaştırıldığında; Hastalık tanıları ve tedavi süresi ile RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hasta yakınının bireysel özellikleri ile RHİG ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Hasta yakınının yaş, eğitim, çalışma ve medeni durumu ile aile tipi ve sosyal güvence varlığına göre; RHİG ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu bulgularda örneklemi oluşturan hasta yakınlarının hastalarının tedavi görüyor olması ve genel olarak tedavi ve izlemlerinin yapıldığı bir grup olması ile açıklanabilir.

Hasta yakınının yakınlık derecesi, ailede ruhsal hastalık tanısı almış başka birey varlığı ve hasta ile yaşanan süre ile RHİG ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Ruhsal hastalık tanısı alan hastanın yakınlık derecesine göre, hasta yakınlarının, otoriterlik boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Oğlunun ruhsal hastalık tanısı aldığını söyleyen hasta yakınlarının otoriterlik boyutu puan ortalamaları; babasına ($p:0.001$; $p<0.01$), diğer yakınlarına ($p:0.001$; $p<0.01$), annesine ($p:0.047$; $p<0.05$), kızına

($p:0.038$; $p<0.05$) ve eşine ($p:0.013$; $p<0.05$) tanı konulan hasta yakınlarının puan ortalamalarından daha yüksektir. Oğlunun ruhsal hastalık tanısı aldığını söyleyen hasta yakınlarının bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları; eşine ($p:0.004$; $p<0.01$) ve diğer yakınlarına ($p:0.004$; $p<0.01$) tanı konan hasta yakınlarının puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur.

Ruhsal hastalık tanısı alan hastanın yakınlık derecesine göre, hasta yakınlarının toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Oğlunun ruhsal hastalık tanısı aldığını söyleyen hasta yakınlarının toplam puan ortalamaları; diğer yakınlarına tanı konan hasta yakınlarının puan ortalamalarından daha yüksektir ($p:0.047$; $p<0.05$). Bu bulgulara göre erkek hastaya sahip hasta yakınları ruhsal hastalığa karşı olumsuz değer yargılarına sahiptir ve diğer hasta yakınlarına göre daha yüksek oranda ruhsal hastalığın nedeninin çocukluk çağındaki bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüşünü kabul etmektedirler ve ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz görüş ve tutumlara sahiptirler. Bu da Türk toplum yapısının erkek egemen olması, erkek çocuklarının daha fazla önemsenmesi, toplumda erkeklerden beklentilerin fazla, kadınlardan daha farklı ve sosyal içeriğinin daha fazla olması ile açıklanabilir.

Ailede ruhsal hastalık tanısı almış başka bir bireyin varlığına göre hasta yakınlarının otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Ailede ruhsal hastalık tanısı almış başka bir birey olduğunu söyleyen hasta yakınlarının koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi boyutu ve toplam puan ortalamaları; ailede ruhsal hastalık tanısı almış başka bir birey olmadığını söyleyen hasta yakınlarının puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Elde edilen bu bulgulara göre ailede başka ruhsal hastalık öyküsü olan hasta yakınları, ailede başka ruhsal hastalık öyküsü olmayan hasta yakınlarından daha az koruyucu, kollayıcı bir yaklaşım içindedir ve ruhsal hastalıkların başka hastalıklardan farklı olmadığı yönünde olumlu düşüncelere sahiptirler. Bu bulgulara dayanarak, hastalığı tanımamanın onun ile ilgili doğru olmayan tutumlar geliştirilmesini sağladığı ve stigmatizasyonu arttırdığı söylenebilir. Bostancı (2000), psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşlerinin araştırılması isimli çalışmasında, çeşitli araştırmacıların bu konu ile ilgili görüşlerine

yer vermiştir, bu görüşler bulgularımızı desteklemektedir. Bostancı (2000), Regan& Fazia'nın (1977) çalışmalarında ruhsal hastalık öyküsünün, ruhsal hastalıklara karşı olan tutumu olumlu yönde etkilediği bulgusuna çalışmasında yer vermiştir. Ayrıca bulgularımız Bostancı'nın çalışmasında yer verdiği Wolff ve ark.'ının ruhsal hastalık öyküsünün sosyal kısıtlılığı arttırdığı sonucu ile çelişmektedir ve bulgularımız Bostancı'nın çalışması ile benzerlik göstermektedir (9).

Ruhsal hasta bireyle sürekli birlikte yaşayan hasta yakınlarının otoriterlik ve bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları; hasta bireyle sürekli birlikte yaşamayan hasta yakınlarının puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Ruhsal hastayla sürekli birlikte yaşayan hasta yakınları ruhsal hastalıkların diğer hastalıklardan farklı olduğu ve hastalarının normal insanlardan farklı olduğu şeklindeki olumsuz tutum ve görüşlere sahiptir ve ruhsal hastalıkların çocukluk çağındaki bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığını düşünmektedir.

Hasta yakınının hastalığı öğrendiğinde hissettikleri ve bu durumu kabullenmeleri ile RHİG ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Yakınının hastalığını öğrendiğinde korku hissettiğini söyleyen hasta yakınlarının koruyuculuk-kollayıcılık boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Hastanın hastalığını öğrendiğinde korku hisseden hasta yakını, koruyucu-kollayıcı bir tutum geliştirmiş ve böyle bir yaklaşım içine girmiştir.

Yakınının hastalığını öğrendiğinde kabullenemediğini söyleyen hasta yakınlarının otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutu ile toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Otoriterlik boyutu, ruhsal hastaların diğer insanlardan farklı, onlardan aşağı olduğu görüşünü yansıtırken, sosyal kısıtlayıcılık boyutu ruhsal hastaların toplumu korumak için hastane içi ya da hastane dışında kısıtlanmaları gerektiği görüşünü yansıtır, bu da araştırmamızın bulguları ile örtüşmektedir. Sağduyu ve ark.'ı (2001) yapmış oldukları bir çalışmalarında bizim bulgularımızla örtüşecek bulgular bulmuşlar ve hastaların toplum içindeki konumlarının hastalığı algılayış biçimi ile ilişkili olduğu görüşünü öne sürmüşlerdir. Örneğin şizofren hasta saldırgan olarak algılanıyorsa, toplum dışına itilecek ve toplumdaki dışlanmış bir yaşam sürecektir. Bu da hastanın tedaviye ve topluma uyumunu bozacaktır (44). Sağduyu ve ark.'ının (2003) depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar üzerine yaptıkları bir

çalışmadaki toplumsal görüşleri yansıtan; katılımcıların %22.8'inin depresyonu olan kişilerin toplum içinde serbest dolaşmamaları gerektiği, %40.2'sinin depresyonu olan bir kişi ile çalışmayacağı, %64.6'sının depresyonu olan kişi ile evlenmeyeceği, %27.6'sının depresyonu olan bir komşu istemediği, %43'ünün evini depresyonu olan bir kişiye kiraya vermek istemeyeceği, %43.3'ünün depresyonlu kişilerin saldırgan olduğu, %77.1'inin depresyonu olan kişilerin hayatları ile ilgili doğru kararlara alamayacağı, %4.7'sinin depresyonun bulaşıcı olduğu şeklinde cevap verdikleri araştırmalarındaki bulgular çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir (39).

Hasta yakınının hastanın şu andaki durumuna ilişkin düşünceleri ile RHİG ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Hastanın şu andaki durumuna ilişkin kaygı duyduğunu söyleyen hasta yakınlarının ruh sağlığı ideolojisi boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Bulgularımıza göre hasta yakını, hastasının durumuna ilişkin kaygı yaşamaktadır ve ruhsal hastalıkların diğerlerinden farklı olduğu şeklindeki olumsuz yargılara sahiptir.

Hastanın şu andaki durumuna ilişkin suçluluk duyduğunu söyleyen hasta yakınlarının sosyal kısıtlayıcılık boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Bu bulgular doğrultusunda hasta yakınının hastasını, sosyal ortamlardan kısıtladığı, toplumdan izole bir yaşam sürmesine neden olduğu ve tedavi almasını geciktirdiği için suçluluk duyması ve doğru yardım arama davranışı geliştirmesi şeklinde açıklanabilir. Gülseren (2002), çalışmasında Tuna'nın (1999), özellikle psikotik hastalara karşı toplumun reddedici bir tutum içinde olmasının hasta yakınının yaşadığı bir güçlük olduğunu ve bu güçlüğü hasta yakınına bu yönde çalışmalar yapan derneklere ve toplum yararına çalışmalara yönlendirdiğini belirtmiştir. Bu da bizim çalışmamızdaki bulgumuzla benzerlik göstermektedir (28).

Hastanın şu andaki durumuna ilişkin tedavi olacağına inandığını söyleyen hasta yakınlarının ruh sağlığı ideolojisi boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak ileri düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Bu bulgular, hastasının tedavi olacağına inanan hasta yakınının ruhsal hastalıkların diğerlerinden farklı olduğu şeklindeki olumsuz yargılarını gösterir niteliktedir.

Aile içi ilişkileri, hastanın aile içi ilişkilere etkisi, hastanın sorumluluklarının paylaşılması, hastalık ile ilgili bilgi alma durumu ile RHİG ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Aile içinde birbirimize destek oluruz diyen hasta yakınlarının bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Bu bulgu da hasta yakınının birbirimize destek oluruz yanıtı ile ruhsal hastalıkların nedeninin, çocukluk çağındaki bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüşünü savunmaları birbiri ile çelişmektedir, bu sonuç hasta yakınının aile içi ilişkilerindeki sorunları belirtmek istememesi ve bunları yadsıyor olması ile açıklanabilir. Yine hasta yakınlarının aile içi ilişkilerine yönelik sorulara diğer cevabını vermesini ve hasta yakınlarının, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etyoloji ve toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekken ($p<0.05$); otoriterlik ve koruyuculuk-kollayıcılık boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasını da bu görüş ile ilişkilendirebiliriz ($p>0.05$).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların, yaşlarının 10 ile 82 yaş arasında değişmekte olduğu; ortalama yaşın 35.28 ± 14.29 olduğu ve % 62.9' unun kadın olduğu, %10.6' sının köyde, %80.6' sının şehirde büyüdüğü, % 47.6' sının çekirdek ailede, % 43.5' inin geniş ailede yetiştiği, % 33.5' inin ilkokul, % 29.4' ünün lise ve % 20' sinin üniversite mezunu olduğu, %23.5'i çalışırken, % 70' inin çalışmadığı ve %71.2' sinin sosyal güvencesinin olduğu, % 54.7' sinin evli, %39.4' ünün bekar olduğu görülmüştür.

Hastaların % 57.6' sında duygudurum bozukluklarının, % 11.2' sinde anksiyete bozukluklarının, % 9.4' ünde psikotik bozuklukların olduğu, % 25.3' ünün tedavi süresinin 1 yıldan daha az olduğu, % 45.3' ünün 1-5 yıl arasında olduğu görülmüştür.

Hasta yakınlarının yaşlarının 18 ile 72 arasında değişmekte olduğu; ortalama yaşın 41.71 ± 11.35 olduğu, % 66.5' inin çekirdek ailede, % 30.6' sının geniş ailede yetiştiği, % 31. 2' sinin ilkokul, % 32.9' unun lise, % 27.1' inin üniversite mezunu olduğu, % 44.1' i çalışırken, %41.2' sinin çalışmamakta olduğu ve % 78.8'inin sosyal güvencesinin olduğu, % 79.4' ünün evli, % 14.7' sinin bekar olduğu görülmüştür.

Hasta yakınlarının % 28.2' sinin hastanın eşi olduğu, % 27.1' inin ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı almış başka bireyin olduğu, % 70' inin hasta bireyle sürekli bir arada yaşarken; % 30' unun (% 8.8' inin haftada ortalama 17.11 ± 18.61 saat ve % 21.2' sinin haftada ortalama 3.72 ± 3.14 gün) sürekli bir arada yaşamadığı, % 80.6' sının hastalığı öğrendiğinde üzüldüğü, % 37.1' inin kaygı duyduğu, %69.4' ünün bu durumu kabullendiği, % 25.3' ünün şu anda hastanın durumuna çok üzüldüğü, % 75.9' unun tedavi olacağına inandığı görüldü.

Hasta yakınlarının %68.8'inin birbirlerine destek oldukları, %52.4' ünün ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı alan bireyin olmasının ilişkilerini güçlendirdiği, %71.2'sinin diğer aile bireyleri ile hastanın sorumluluklarını paylaştığı, %85.9'unun hastalıkla ilgili bilgi aldığı, bilgi aldığını söyleyen olguların %82.2'sinin bu bilgiyi

doktordan aldığı; %95.3'ünün hastalık konusunda doktordan bilgi almak istediği saptanmıştır.

Çalışmada hastalık tanıları ve hastaların tedavi süreleri ile ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin görüşler ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Hastanın yakınlık derecesine göre, oğlunun hasta olduğunu söyleyen hasta yakınlarının, otoriterlik, bireylerarası etyoloji boyutu ve toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Ailede ruhsal hastalık tanısı almış başka bir birey olduğunu söyleyen hasta yakınlarının koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ailede ruhsal hastalık tanısı almış başka bir birey olmadığını söyleyen hasta yakınlarının puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.

Ruhsal hastalığı olan bireyle sürekli birlikte yaşayan hasta yakınlarının otoriterlik ve bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamalarının; hasta bireyle sürekli birlikte yaşamayan hasta yakınlarının puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastanın hastalığını öğrendiğinde korku hissettiğini söyleyen hasta yakınlarının koruyuculuk-kollayıcılık boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastanın hastalığını öğrendiğinde kabullenemediğini söyleyen hasta yakınlarının otoriterlik ve sosyal kısıtlayıcılık boyutu ile toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastanın hastalığını kabullenme durumu ile hasta yakınlarının RHİG ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır.

Hastanın şu andaki durumuna ilişkin kaygı duyduğunu söyleyen hasta yakınlarının ruh sağlığı ideolojisi boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastanın şu andaki durumuna ilişkin suçluluk duyduğunu söyleyen hasta yakınlarının sosyal kısıtlayıcılık boyutu puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır.

Hastanın şu andaki durumuna ilişkin tedavi olacağına inandığını söyleyen hasta yakınlarının ruh sağlığı ideolojisi boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Aile içinde birbirimize destek oluruz diyen hasta yakınlarının bireylerarası etyoloji boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Aile içi ilişkilerine diğer cevabını veren hasta yakınlarının, ruh sağlığı ideolojisi, sosyal kısıtlayıcılık, bireylerarası etyoloji ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda şunlar önerilebilir:

- Hemşirenin rolleri belirginleşmeli, özellikle eğitici rolü üzerine yapılacak çalışmalar arttırılmalı,
- Hemşirelik eğitiminde bütüncül yaklaşıma önem verilmeli, bakım kapsamında birey ile birlikte aile ve yaşadığı çevre de ele alınmalı,
- Ruhsal hastalıkların özellikleri, diğer hastalıklara benzerlikleri ile ilgili toplum ve aile bilgilendirilmeli,
- Ruhsal hastaya sahip aile ve hasta yakınlarının da hastalığa yönelik tedavi ve bakım sürecine katılımları sağlanmalıdır.

9. EKLER

EK 1. Bilgi Formu

EK 2. Ruhsal Hasta/ Hastalıklara İlişkin Görüşler Ölçeği (RHİG)

EK 3. Araştırmanın yapıldığı kurumun onayı

EK 1

BİLGİ FORMU

Aşağıda sizinle ilgili sorular bulunmaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Tüm soruların cevaplandırılması önem taşımaktadır. Verdiğiniz cevapların hepsi bizde gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığımız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Betül Bilgin

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

HASTAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

1. Hastanızın yaşı :.....
2. Hastanızın cinsiyeti ?
1) Kadın 2) Erkek
3. Hastanızın büyüdüğü yer ?
1) Köy 2) Kasaba 3) Şehir 4) Cevapsız
4. Hastanızın yetiştiği aile tipi ?
1) Çekirdek 2) Geniş 3) Parçalanmış
5. Hastanızın eğitim durumu ?
1) Okur- yazar 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu 4) Lise mezunu
5) Üniversite mezunu
6. Hastanızın çalışma durumu ?
1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor 3) Emekli 4) Ev kadını 5) Diğer
7. Hastanızın medeni durumu ?
1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Diğer
8. Hastanızın mevcut psikiyatrik hastalık tanısı nedir?
.....
9. Hastanız kaç yıldan beri tedavi görüyor?yıl
10. Hastanın sosyal güvencesi var mı? 1) Evet 2) Hayır

HASTA YAKINIYLA İLGİLİ BİLGİLER:

1. Yaşınız :
2. Eğitim durumunuz?
 - 1) Okur- yazar 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu 4) Lise mezunu
 - 5) Üniversite mezunu
3. Çalışma durumunuz ?
 - 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor 3) Emekli 4) Ev Kadını 5) Diğer
4. Medeni durumunuz ?
 - 1) Evli 2)Bekar 3) Boşanmış 4) Diğer
5. Aile yapınız ?
 - 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile 4) Diğer
6. Sosyal güvenceniz var mı?
 - 1) Var 2) Yok
7. Psikiyatrik hastalık tanısı alan hastanın size yakınlık derecesi ?
 - 1) Annem 2) Babam 3) Oğlum 4) Kızım 5) Eşim 6) Diğer
8. Ailede psikiyatrik hastalık tanısı almış başka birey var mı?
 - 1) Evet 2) Hayır
9. Hasta bireyle haftada ne kadar süre birlikte yaşıyorsunuz?
 - 1) Sürekli birlikte yaşıyoruz
 - 2) saat/ hafta
 - 3) gün/ hafta
10. Yakınınızın hastalığını öğrendiğinizde neler hissettiniz?
 - 1) Üzüntü
 - 2) Korku
 - 3) Kaygı
 - 4) Suçluluk
 - 5) Kabullenememe (Reddetme)
 - 6) Umutsuzluğa kapıldım
 - 7) İçime kapandım
 - 8) Diğer

11. Bu durumu kabullendiniz mi?
1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen
12. Şu anda hastanızın durumu ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
1) Çok üzülüyorum
2) Kaygı duyuyorum
3) Normal karşılıyorum
4) Kabullenemiyorum
5) Suçluluk duyuyorum
6) Tedavi olacağına inanıyorum
7) Tedavi olacağını düşünmüyorum
8) Diğer
13. Aile içi ilişkileriniz nasıldır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1) Birbirimizin fikirlerine saygı duyarız
2) Birbirimize destek oluruz
3) Sık sık tartışırız
4) Hiç geçinemeyiz
5) Hiç konuşmayız
6) Diğer
14. Ailede psikiyatrik hastalık tanısı alan bireyin olması aile düzeninizi nasıl etkiledi?
1) İlişkilerimiz güçlendi, dayanışmamız arttı.
2) İlişkilerimiz sarsıldı.
3) İlişkilerimizi etkilemedi.
4) Diğer
15. Diğer aile bireyleri ile hastanızın sorumluluklarını paylaşıyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen
16. Yakınınızın hastalığı ile ilgili herhangi bir bilgi aldınız mı?
1) Evet 2) Hayır
17. Cevabınız evet ise nereden / kimden bilgi aldınız?
18. Bu konuda kimden bilgi almak istersiniz?
1) Doktor 2) Hemşire 3) Bilgi almak istemem 4) Diğer

EK 2

RUHSAL HASTA/ HASTALIKLARA İLİŞKİN GÖRÜŞLER ÖLÇEĞİ

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

Betül Bilgin

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

SEÇENEKLER:

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

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

24. Bir kadının, şimdi tamamen iyileşmiş olsa bile, eskiden ciddi bir psikiyatri hastalığı geçirmiş bir adamla evlenmesi aptallık olur. () () () () () ()
25. Eğer psikiyatri hastalarının çocukları normal ebeveynler tarafından yetiştirilirlerse, muhtemelen psikiyatri hastası olmazlar. () () () () () ()
26. Psikiyatri hastanesinde yatmış olanlar bir daha asla eskisi gibi olmazlar. () () () () () ()
27. Pek çok psikiyatri hastası çok hasta olsa bile, ustalık gerektiren işi başarabilecek kapasitededir. () () () () () ()
28. Psikiyatri hastanelerimiz psikiyatri hastalarının bakılabileceği yerler olmaktan çok, hapishanelere benziyor. () () () () () ()
29. Psikiyatri hastalığı nedeniyle hastanede yatmakta olan kişi oy kullanmamalıdır. () () () () () ()
30. Çocukluk döneminde anne babanın ayrı yaşaması ya da boşanması pek çok insandaki psikiyatri hastalığının sebebidir. () () () () () ()
31. Psikiyatri hastanelerinde hastalarla başa çıkmanın en iyi yolu onları bir yerde kilitli tutmaktır. () () () () () ()
32. Psikiyatri hastanesinde yatmış bir hasta olmak, yaşamda başarısız olmak demektir. () () () () () ()
33. Psikiyatri hastanesindeki hastalara daha fazla özgürlük tanınmalıdır. () () () () () ()
34. Bir psikiyatri hastanesindeki hasta, eğer bir başkasına saldırırsa cezalandırılmalıdır. Böylece bir daha böyle davranmaz. () () () () () ()
35. Eğer normal ebeveynlerin çocukları psikiyatri hastası ebeveynler tarafından yetiştirilselerdi muhtemelen psikiyatri hastası olurlardı. () () () () () ()
36. Psikiyatri hastanelerinin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olmalıdır. () () () () () ()
37. Kanun bir kadına, kocası ciddi bir psikiyatrik hastalık nedeniyle psikiyatri hastanesine yatar yatmaz ondan boşanma hakkı vermelidir. () () () () () ()
38. Psikiyatrik hastalık nedeniyle çalışmayacak durumda olan kişilere emekli olsun ya da olmasın yaşamlarını sürdürebilecek miktarda para yardımı yapılmalıdır. () () () () () ()
39. Psikiyatrik hastalık genellikle sinir sistemindeki bozukluklar nedeniyle ortaya çıkar. () () () () () ()
40. Nasıl bakarsanız bakın ciddi bir psikiyatrik bozukluğu olan artık gerçek anlamda insan değildir. () () () () () ()
41. Vaktiyle psikiyatri hastanesinde yatmış kadınların çoğu çocuk bakıcısı olabilirler. () () () () () ()
42. Psikiyatri hastanelerindeki hastaların çoğu nasıl göründüklerine dikkat etmezler. () () () () () ()
43. Üniversite hocaları, iş adamlarına kıyasla daha büyük olasılıkla psikiyatri hastası olabilirler. () () () () () ()
44. Psikiyatri hastanesine hiç yatmamış pek çok insan, psikiyatri hastanesindeki çoğu hastadan ruhen daha hastadır. () () () () () ()
45. Bazı psikiyatri hastaları pek iyi görünseler bile, bir an olsun onların psikiyatri hastası olduğunu unutmak tehlikelidir. () () () () () ()

46. Bazen psikiyatrik hastalık, yapılan kötü davranışlar için() () () () () ()
bir cezadır.
47. Psikiyatri hastanelerimiz hastanın kendisini evindeymiş () () () () () ()
gibi hissedecek şekilde düzenlenmelidir.
48. Psikiyatrik hastalıkların başlıca nedenlerinden biri de, () () () () () ()
ahlak ve irade gücünden yoksun oluşturmaktır.
49. Bir psikiyatri hastanesinde, hastaların iyi beslenmeleri () () () () () ()
ve rahat ettirilmeleri dışında çok az şey vardır.
50. Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta () () () () () ()
iyileşmedikçe hastaneden çıkarılmamalıdır.
51. Psikiyatri hastanesindeki hastaların tümü ağrısız bir () () () () () ()
operasyonla kısırlaştırılmalıdır.

EK 3



SAYI : 2006/ 9
KONU : Tez çalışması veri toplama izni

28 KASIM 2006

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
İSTANBUL

İLGİ: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 2 Kasım 2006 tarihli yazısı

1. İlgili yazı ile Betül Bilgin'e "Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Sahip Ailelerin Ruhsal Hasta ve Hastalığa İlişkin Görüşleri" isimli tez çalışmasının verilerini Nöropsikiyatri Hastanesinde toplayabilmesi için izin verilmesi talep edilmiştir.
2. Yapılan inceleme sonucu söz konusu personele bu iznin verilmesi uygun görülmüştür.
3. Bilgilerinize arz ederim.


Hasan Basri İZGİ
Mesul Müdür

10. KAYNAKLAR

1. Aker T., Sağduyu A., Özmen E., Uğuz Ş., Ögel K., Tamar D. Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları, Türk Psikiyatri Dergisi,14(3): 203- 212, 2003.
2. Akdede B., Alptekin A., Topkaya Ş., Belkız B., Nazlı E., Özşin E., Piri Ö., Saraç E. Gençlerde Şizofreniyi Damgalama Düzeyi, Yeni Symposium 42 (3): 113-117, 2004.
3. Aştı N. Bilgi, Bilim ve Hemşirelik Üzerine Dünden Bugüne Görüşler, Hemşirelik Dergisi, Sayfa 2- 7, Cilt: XII, Sayı: 48, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002.
4. Atkinson L R., Atkinson C R., Edward E S., Darly J B., Susan N. Psikolojiye Giriş, Çeviri: Alogan Y., Arkadaş Yayınları, Ankara, 2002, s: 625- 644.
5. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi, 2. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2004.
6. Bıkmaz N. Hemşirelik Süreci Uygulamasının Şizofren Hastaların İyileşme ve Çevreye Uyumlarına Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Çaylan Pektekin) .
7. Birol L. Hemşirelik Süreci, İzmir, 2000.
8. Bostancı N. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar, Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2005;18(1):32-38.
9. Bostancı N. Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşlerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2000 (Danışman: Doç. Dr. Nesrin Aştı) .
10. Buldukoğlu K., Doğan S., Kum N., Öz F., Özaltın G., Özcan A., Pektekin Ç., Terakye G., Yurt V. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Ed. Kum N, Birmat Matbaacılık, İstanbul, 2000, s: 1- 11.
11. Danacı A., Karaca N., Deveci A. Şizofreni Hastalarında Aile İşlevselliği ile Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Türkiye' de Psikiyatri / Cilt 7- Sayı 3- 2005.
12. Buzlu S. Ruh Sağlığı Hemşireliği, Haliç Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Ders Notları, İstanbul, 2006.
13. Doğan D. Şizofreni Bülteni, Sayfa 4-5, Ekim- Aralık, 2004.
14. Doğan O., Kocacık F. Ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi, Anadolu Psikiyatri

- Dergisi 2006; 7:109-120.
15. Duman Z. Şizofreni Tanılı Bireylere ve Ailelerine Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması ve İzleme Çalışması, Doktora Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman: Doç. Dr. Nesrin Aştı) .
 16. Durna Z. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Haftası Açılış Konuşması, Hemşirelik Dergisi, Cilt XII, Sayı 48, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002.
 17. Edilman L C., Mandle L C . Health Promotion Throught the Lifespan, Mosby, America , 2002.
 18. Eker D. Ailenin ve Toplumun Akıl Hastalıkları ile İlgili Tutumları, Aile ve Toplum Dergisi, Sayı: 2, Cilt: 1, Yıl: 1, Haziran, 1991.
 19. Ergül Ş., Bayık A. Hemşirelik ve Manevi Bakım, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (1), Sayfa 37-38, 2004.
 20. Ersoy A M., Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):1-10.
 21. Evlice E Y. Psikiyatrik Sınıflama, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları, Bölüm 2, 2005.
 22. Fidaner C. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program Ve Özet Kitabı (8- 10 Nisan), Sayfa 1- 7, E. Ü Yayınları, İzmir, 2004.
 23. Fortinash M K., Holoday A P. Psychiatric Mental Health Nursing, Mosby, Inc by, 2000.
 24. Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar, Metis Yayınları, Ankara, 2004, s: 11- 45.
 25. Güleç C. Kültür ve Psikiyatri Yazıları, HYB yayıncılık, Ankara, 2002.
 26. Güleç C. Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ed. Bertan M., Güler Ç. , Güneş Kitabeci Ltd. Şti. , Ankara, 1997, s: 442- 451.
 27. Gülerce A. Türkiye' de Ailelerin Psikolojik Örüntüleri, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, 1996, s: 12- 22.
 28. Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler, Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2), 143- 151, 2002.
 29. Gürhan N. Psikiyatri Hastalarına Sahip Ailelerin Sosyal İhtiyaçlarına Destek,

- Hemşirelik Bülteni, Cilt V, Sayı 22, Sayfa 68- 69, İ. Ü Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1991.
30. Johnson B S. Introduction to Psychiatric Mental Health Nursing, Editör: Barbara Schoen Johnson, Psychiatric Mental Health Nursing, Lipponcott – Raven Publishers, Philedelphia, 1997.
 31. İnanç N. Hemşirelik Esasları, Damla Matbaacılık Ltd. Şti. , Ankara, 1999, s: 11- 29.
 32. Karataş N. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Ed. Erefe İ. Birlik Ofset, İstanbul, 1998, s: 98- 103.
 33. Kocaman N. Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (1), Sayfa 49, 2005.
 34. Kocabaşoğlu N., Aliustaoğlu S. Stigmatizasyon, Yeni Symposium 41 (4): 190-192, 2003.
 35. Küçük L. Diyaliz Hastalarına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete Depresyon ve Başetme Biçimlerine Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul, 2006 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Özlem Işıl).
 36. Lowry R. Holistic Health Strategies, Health Promotion Throughtout The Lifespan, Ed. Edelman C.L, Mandle C. L, Fifth Edition, St. Louis, 2002.
 37. Oflaz F. Psikiyatri Kliniğinde Tedavi Edici Ortam ve Hemşirenin Sorumlulukları, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 55-61.
 38. Özaltın G. Psikiyatri Hemşireliğinde Hasta ve Hasta Aileleri, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1999, 3 (1) .
 39. Özmen E., Ögel K., Boratav C., Sağıduyu A., Aker T., Tamar D. Depresyon ile İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği, Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(2):89-100
 40. Özten E., Cerit C., Yıldız M. Psikotik Bozukluk Görülen Hastalarda Hasta Olma ve Tedavi Görme ile İlgili Görüş Anketi Uygulanarak Kendini Damgalama Düzeylerinin Saptanması, XIII. Sosyal Psikiyatri Kongresi Kongre Tam Metin Kitabı, Ed. Kırılı S. , Bursa, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, s:410-413, 2006.
 41. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Feryal Matbaası, Ankara, 2004.
 42. Pektaş İ., Bilge A., Ersoy M A. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü, Anadolu Psikiyatri Dergisi,

- 7, s: 43-48, 2006.
43. Pektetin Ç. Psikiyatri Hemşireliği, Ed. Demir Y. , Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 268, Eskişehir, Nisan 1992.
44. Sağduyu A., Aker T., Özmen E., Ögel K., Tamar D. Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(2):99-110, 2001.
45. Savaş A H., Yumru M., Göral L., Özen M E. Türkiye'nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep şehrinden bir kesit, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:140-149.
46. Sevinçkok L. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler, Şizofreni Dizisi, 1: 72- 80, 2000.
47. Soygür H. Şizofreni Tedavisine Genel Bir Bakış, Psikiyatri Dünyası, 1999; 3:83-90.
48. Tel H. 21. Yüzyıl Psikiyatri Hemşireliği; PACED Modeli (Psychiatric nursing for the 21st century; The PACED model), C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1), s: 55, 2004.
49. Tuna A. Akıl Hastalarının Sosyal Red Durumunun Hasta Ailesi Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması, Düşünen Adam, 11(3): 5- 9, 1999.
50. Turgay M. Psikiyatri Hastasının İyileşme ve Sosyal Uyumunda, Psikiyatri Hemşiresinin Eğitsel Rolünün Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988 (Danışman: Dr. İkbal Aksoy) .
51. Üçok A. Şizofreni Hastası Neden Damgalanır, Klinik Psikiyatri, 2003;Ek 1:3-8 .
52. Üçok A. Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler, Psikiyatri Dünyası, 1999; 3: 67- 71.
53. Ünal S. Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3(1):52-55.
54. Ünal S., Kaya B., Çekem B., Özışık H., Çakıl G., Kaya M. Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(4): 291-299.
55. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram Ve Kuramlar, Alaş Ofset, İstanbul, 1999.
56. Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyon, Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, Ed. Sayıl I. , Erler Matbaacılık, İstanbul, 2005.
57. Yıldız M. Şizofreni Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek, HYB Yayıncılık, Ankara, 1999.

11. ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında İstanbul'da doğan Betül Bilgin ilk, orta ve lise öğrenimini İstanbul' da tamamladı. 2002 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. Aynı yıl İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım Hizmetlerinde Evde Bakım Hemşiresi olarak çalışmaya başladı. Dört yıl burada çalıştıktan sonra yine aynı kuruma bağlı bir birim olan Çağlayan Zihinsel Engelliler ve Rehabilitasyon Merkezinde 6 ay süre ile çalıştıktan sonra buradaki görevinden istifa ederek Mayıs 2006'da Nöropsikiyatri İstanbul Hastanesinde Bayan Kapalı Servisinde Sorumlu Hemşire olarak çalışmaya başladı. Halen aynı kurumda çalışmaya devam etmektedir.