



**KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELERİN
RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK
İNANÇLARI**

Kübra SOLAK KAPŞIĞAY

Tezli Yüksek Lisans Programı

**KONYA
Eylül 2021**

HEMŞİRELERİN
RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK
İNANÇLARI

Kübra SOLAK KAPŐİĞAY

KTO Karatay Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danıőmanı: Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN

Konya
Eylül 2021

BİLDİRİM

Enstitü tarafından onaylanan Yüksek Lisans tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını basılı veya dijital biçimde arşivleme ve aşağıda belirtilen koşullar dahilinde erişime açma iznini KTO Karatay Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle, Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak ve gelecekteki çalışmalar (makale, kitap, lisans, patent vb.) için tezimin tamamının veya bir bölümünün kullanım hakları yalnızca bana ait olacaktır.

Tezimin bütünüyle kendi çalışmam olduğumu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izinle kullanılması zorunlu olan kaynakları, yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde izinlerin suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında, tezim, aşağıda belirtilen koşullar haricince, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve KTO Karatay Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir.

Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

02/09/2021

Kübra SOLAK KAPŞIĞAY

¹ MADDE 6(1) Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

¹ MADDE 6(2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

¹ MADDE 7(1) Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

¹ MADDE 7(2) Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

ETİK BEYAN

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kurallarına uygun olarak Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN danışmanlığında tarafımdan üretilen bu tez çalışmasında; sunduğum tüm veri, enformasyon, bilgi ve belgeleri bilimsel etik kuralları çerçevesinde elde ettiğimi, tüm değerlendirme, analiz, bulgu ve sonuçları bilimsel usullere uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım kaynakların tümüne bilimsel normlara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarımı kabullendiğimi beyan ederim.

02/09/2021
Kübra SOLAK KAPŞIĞAY

TEŞEKKÜR

Üniversiteye ilk başladığım yıllardan bu yana desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, kişisel gelişimimde büyük emeği olan ve hemşireliğin temelini öğreten değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN'a

Akademik anlamda gelişmeye katkı veren ve her zaman desteklerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Nurgün PLATİN'e

Tezimi hazırlama döneminde yardım ve bilgilerine başvurduğum değerli hocam Öğr. Gör. Merve AŞKIN CERAN'a

Beni koşulsuz seven, her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen annem Yaşar SOLAK'a, babam Mehmet SOLAK'a, abim Mustafa SOLAK'a, yengem Handan SOLAK'a, teyzem Hatice GÜLEŞ'e

Beni her konuda destekleyen, koşulsuz ve sonsuz sevgisini hissettiren, güven veren ve hiç yalnız hissettirmeyen canım eşim Mustafa KAPŞIĞAY'a

Yüksek lisansa başladığımdan bu yana beni yalnız hissettirmeyen, her sorunum olduğunda benimle birlikte çözüm bulmaya çalışan, gerçek arkadaşlığın ne demek olduğunu bana sonuna kadar hissettiren ve bana güç veren canım arkadaşlarım Beyza TOPCU ve Ayşenur DEMİR'e

Her konuda yanımda olan, mesleğe başladığımdan bu yana beni yalnız hissettirmeyen ve mesleki bilgilerini benimle paylaşan canım çalışma arkadaşım Tuğba SARISAKAL'a

Veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyen ve yardımcı olan kıymetli sorumlum Dilara ŞAHİN'e

Değerli zamanlarını ayırarak anketime katılan meslektaşlarıma,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

02/09/2021
Kübra SOLAK KAPŞIĞAY

ÖZET

Kübra SOLAK KAPŞIĞAY

Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları

Yüksek Lisans Tezi

Konya 2021

Bu araştırma, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı. Araştırmaya %79,9'u kadın, %20,1'i erkek olmak üzere 219 hemşire katıldı. Veriler Nisan–Haziran 2021 tarihleri arasında, çevrimiçi anket üzerinden kişisel bilgi formu ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) yoluyla toplandı. Verilerin tanımlayıcı istatistik analizinde, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Normal dağılıma uyan veriler bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA testinden; normal dağılıma uymayanlar Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılarak değerlendirildi. Önemlilik düzeyi $p<0.05$ kabul edildi.

Araştırma sonucunda hemşirelerde ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inancın düşük/orta düzeyde olduğu saptandı. Ruhsal hastalıklara yönelik inançların medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, yaşamında en uzun süre yaşadığı yer, yaş, meslekteki çalışma süresi ve görev ile ilişkili olmadığı sonuçlarına ulaşıldı. Ruhsal hastalıklara yönelik inancın cinsiyet, öğrenim durumu, görev yapılan birim/bölüm, daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu, yakınları/tanıdıkları için psikiyatrik randevu alma durumu, mesleki eğitimde verilen psikiyatri eğitimi yeterli bulma durumuna göre anlamlı farklılıklar gösterdiği bulguları elde edildi.

Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında, ruhsal hastalıklara yönelik bilgilendirmenin hemşirelik eğitim müfredatında yer verilmesi, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarına eklenmesinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını olumlu etkileyeceği, bunun da davranış bozukluğu olan hastaların bakımına ve toplumun ruhsal hastalık ve hastalara yaklaşımlarına olumlu yansıtacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal hastalık, inanç ve tutum, hemşire

ABSTRACT

Kübra SOLAK KAPŞIĞAY

Beliefs and Attitudes of Nurses' Towards to Mental Diseases and the Patients

Yüksek Lisans Tezi

Konya 2021

In this study, which examined the beliefs of nurses about mental illnesses, 219 nurses participated, of which 79.9% were women and 20.1% were men. Research data were carried out between April 2021 and June 2021 through the online survey with nurses who met the criteria for participating in the research and were willing to participate. As a data collection tool, a questionnaire form consisting of two parts, personal information form and beliefs for mental illness scale, was used. Number, percentage, average and standard deviation were used in the descriptive statistical analysis of the data. Normally distributed data were evaluated in independent groups using the t test and ANOVA test and those that did not fit the normal distribution were evaluated using the Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests. Significance level $p < 0.05$ was accepted.

As a result of the research, it was determined that the negative belief in mental illness of nurses was low/moderate. It has been concluded that beliefs about mental illness are not related to marital status, child ownership, the place where he lived the longest in his life, the working time in the profession and duty. It was found that the belief in mental illness differed significantly according to gender, learning status, unit/department, previous state of psychiatric counseling, psychiatric appointment status for relatives/acquaintances, and finding psychiatric trainings in vocational education sufficient.

Considering the findings of the research, it is thought that the inclusion of information about mental illness in the nursing education curriculum and the addition of it to in-service training programs after graduation will positively affect beliefs about mental illness and this is thought to be positively reflected in the care of patients with behavioral disorders and society's approach to mental illness and patients.

Keywords: Mental Illness, Belief and Attitude, Nurse

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR DİZİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3
2.1.1. Ruhsal Hastalık Belirtileri	3
2.1.2. Ruhsal Bozuklukların Nedeni	4
2.2. Ruhsal Hastalıklarda İnanç ve Tutum	4
2.2.1. İnanç	4
2.2.2. Tutum	5
2.2.3. Tutum ve İnanç İlişkisi	6
2.3. Tarihsel Süreçte Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Yaklaşımlar	6
2.4. Ruh Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Olumsuz İnanç ve Tutumları Önlemede Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları	7
3. GEREÇ VE YÖNTEM	9
3.1. Araştırmanın Türü	9
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	9
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	9
3.4. Araştırmaya Alınma Ölçütleri	9
3.5. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri	9
3.6. Veri Toplama Araçları	9
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)	10
3.6.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Ek-2)	10
3.7. Verilerin Toplanması	11
3.8. Değişkenler	11
3.8.1. Bağımsız Değişkenler	11
3.8.2. Bağımlı Değişkenler	11
3.9. Verilerin Analizi	12
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	12
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	12
3.12. Araştırmanın Soruları	12
4. BULGULAR	13

4.1. Araştırmanın Örneklemine İlişkin Bulgular	13
4.2. Araştırmanın Değişkenlerine İlişkin Bulgular.....	15
4.3. Ölçek Puanlarının Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .	15
5. TARTIşMA	24
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	30
KAYNAKLAR	31
EKLER.....	35
EK 1. KİşİSEL BİLGİ FORMU.....	35
EK 2. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (RHİÖ) (BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE)	39
EK 3. ÖLÇEK İZNİ	41
ETİK KURUL İZNİ.....	42
ÖZGEÇMİş	44

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı.....	14
Tablo 2. Psikiyatri hemşireliği alanıyla ilgili eğitim deneyimlerinin dağılımı	14
Tablo 3. Temel mesleki eğitimde alınan eğitimin yeterlik durumunun dağılımı.....	14
Tablo 4. Ölçek ve alt ölçek puanlarına ait betimsel istatistikler	15
Tablo 5. Ölçek ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	15
Tablo 6. Ölçek ve alt ölçek puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	16
Tablo 7. Ölçek ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması.....	16
Tablo 8. Ölçek ve alt ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması	17
Tablo 9. Ölçek ve alt ölçek puanlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırılması	17
Tablo 10. Ölçek ve alt ölçek puanlarının katılanların en uzun süre yaşadığı yere göre karşılaştırılması	18
Tablo 11. Ölçek ve alt ölçek puanlarının meslekteki çalışma süresine göre karşılaştırılması	19
Tablo 12. Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının görev yaptıkları birime/bölüme göre karşılaştırılması	19
Tablo 13. Ölçek ve alt ölçek puanlarının hemşire görevlerine göre karşılaştırılması.....	20
Tablo 14. Ölçek ve alt ölçek puanlarının psikiyatrik danışmanlık alma durumuna göre karşılaştırılması	21
Tablo 15. Ölçek ve alt ölçek puanlarının tanıdıkları/yakınları için psikiyatrik danışmanlık başvurusu yapma durumuna göre karşılaştırılması	22
Tablo 16. Ölçek ve alt ölçek puanlarının temel mesleki eğitimde alınan eğitimin yeterlik durumuna göre karşılaştırılması.....	22

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
F	ANOVA İstatistik Değeri
n	Örneklem/Gruptaki Örneklem Sayısı
p	Anlamlılık Düzeyi
r	Korelasyon İstatistiği
RHİÖ	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği
SS	Standart Sapma
χ^2	Kikare istatistiği
\bar{x}	Ortalama
%	Yüzde

1. GİRİŞ

Geçmişten günümüze, ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin, belli zamanlarda olumlu koşullarda tedavi ve bakım aldıkları bildirilse de genellikle olumsuz inanç ve tutumlarla karşılaştıkları belirtilmektedir (Avcil ve ark. 2016). Ruhsal hastalıklara yaklaşımlar zaman içinde ve kültürden kültüre farklılık göstermiştir. Bazı kültürlerde ruhsal hastalığı olan bireyler toplumdan dışlanma ile yüz yüze kalırken, bazı kültürlerde toplum içinde tedavi edilmeye çalışılmıştır (Üçok, 2003; Öztürk ve ark.2017). Ruhsal hastalıkların oluş nedenlerinin tam olarak açıklanamaması insanları ürkütmüş ve bu kişilerin toplumdan uzaklaştırılması yoluna gidilmiştir (Saygın, 2007; Gültekin, 2010; Evli).

Ruhsal hastalıklara yönelik bu tür olumsuz inanç ve tutumlar sonucu çoğu toplumda damgalama ve dışlama eğilimi yaygınlaşmış, bunu önlemek için de kişiler ve yakın çevreleri tanıyı gizleme yoluna gitmişlerdir. Bu durumda hasta ve aileleri tıp dışı kaynaklardan yardım arayışına yönelmişlerdir. Tıp dışı yardım arayışları arasında, din görevlilerinden yardım isteme, yatır ve türbe ziyaretleri, muska, büyü, kurşun dökme gibi uygulamalar yer almış, böylece kişilerin sağlığına kavuşacaklarına inanılmıştır. (Güleç ve ark. 2011; Sarıkoç ve ark. 2015; Evli 2021). Bu davranışlar bazı ruh hastalıklarının tedavisini olumsuz etkilemiş, hatta hastalığın seyrinde daha kötüleşme ve kişinin tedaviye ve topluma uyumunun bozulmasına neden olmuştur. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumların olumlu olduğu koşullarda ise, hastalanan kişilerin doğru tedavi almaları, özgüvenlerinin artması ve tedaviye uyumları olumlu yönde etkilenmiştir (Gültekin, 2010; Avcil ve ark. 2016).

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve tutumların daha hızlı değişmesi gerektiği ortadadır ve bu da ancak toplumların bu konuda eğitilmesiyle mümkün olabilir. Çünkü olumsuz inanç ve tutumların temelinde ruhsal hastalıklara yönelik önyargılar, bilgi eksikliği ve yanlış inanışlar yer almaktadır. Ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin tedaviden yeterince yararlanabilmeleri için toplumun bu konuya yönelik inanç ve tutumlarının da daha olumlu olması gerekmektedir (Bostancı, 2005; Öztürk ve ark.2017).

Toplum ruh sağlığının geliştirilmesinde ve toplumdaki tutumların olumluya dönüşmesinde ruh sağlığı çalışanlarının yanı sıra diğer sağlık çalışanlarının da etki ve katkıları önemlidir. Bunlar arasında da hemşireler sağlık ekibinin önemli ve en geniş grubunu oluşturmaktadırlar. Toplumda birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar tüm

sağlık sisteminde ve sosyal kurumlarda hizmet veren hemşirelerin ruhsal hastalık tanısı olan bireylerle tüm bu alanlarda karşılaşma olasılığı vardır ve bu hastalara yaklaşım konusunda topluma rol modeli olan meslek grupları arasında yer almaktadır (Evli 2021). Bu nedenle hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının bilinmesi, hem topluma nasıl bir rol modeli olacakları konusunda fikir edinmemizi sağlayacak, hem de verdikleri hemşirelik bakımının ne yönde etkileneceğini yordamamıza yardımcı olacaktır. Bu nedenle bu çalışma, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının hangi doğrultuda olduğuna ilişkin bilgi edinmek amacıyla tasarlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 yılında sağlığı; “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır (Çam ve Engin, 2014). Ancak bu tanım, günümüzde tam bir iyilik halinin ve toplumların çoğunluğunu kapsamada yeterli olmayacağını ileri sürerek çokça eleştirilmektedir. Genel olarak, kişilerin yaşamdan doyum almaları, diğer insanlarla olumlu ilişkiler ve iletişim kurabilmeleri, yaşadığı zorluklarla etkili biçimde baş edebilmeleri gibi durumlar kişinin ruhsal sağlığının yerinde olduğunun göstergesi kabul edilmektedir (Öztürk ve ark. 2017; Evli 2021). Ruhsal sağlık, kişilerin yaşam koşulları ile yakından ilişkilidir ve buna göre değişebilmektedir. Eğer kişiler yaşadıkları koşullar ile baş edemiyorlarsa ruhsal sağlıkları bozulabilmekte, durum düzeldiğinde ise tekrar eski sağlıklı haline gelebilmektedirler (Topaç, 2004; Güleç ve ark. 2011; Sarıkoç ve ark. 2015; Evli 2021).

Ruh sağlığı bozulan kişilerin düşünce, duygu ve davranışlarında yetersizlik, aşırılık, tutarsızlık ve uygunsuzluk görülebilir. Bu gibi durumlarla karşılaşıldığında kişiye doğrudan ruhsal bozukluk tanısı koymadan önce bu durumun ne kadar sürdüğüne ve şiddetine, kişinin kültürüne ve yeteneklerine bakılması gerekir. Çünkü düşüncelerin, duygu ve davranışların adlandırılması ve bunların ifadesi, kültürden kültüre ve kişilik özelliklerine göre değişebilmektedir (Topaç, 2004).

Her insanın hayatının bir döneminde ruh sağlığı bozukluğu yaşama riski vardır. DSÖ'nün açıklamasına göre her dört insandan biri ruhsal hastalık geçirme riski taşımaktadır. Bu yüzden ruhsal hastalıklar, toplum sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır (Gültekin, 2010).

2.1.1. Ruhsal Hastalık Belirtileri

Ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- Ego (benlik, self) işlevlerini tam olarak yerine getiremediğinde dürtülerini kontrol etmekte zorlanır ve sonuçta toplumsal yaşama uyum sağlayamaz.
- Kişi diğer insanlarla iletişim kurmakta zorlanır.
- Sorumluluk almak istemez, olsa da bir görevi çok zor yerine getirir.

- Verimli çalışamaz.
- Kendinden memnun değildir.
- Gerçekleri algılayamaz.
- Baş etme gücü ve yöntemleri yetersizdir.
- Başkalarına bağımlıdırlar (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

2.1.2.Ruhsal Bozuklukların Nedeni

Ruhsal bozuklar birçok nedene bağlı geliştiğinden, tek bir nedenle açıklamak doğru olmaz. Bu nedenler şunlardır:

- Kalıtım,
- Doğum öncesinde ve sonrasında yaşanan travmalar: Annenin gebelikte yaşadığı ruhsal sorunlar, yanlış ilaç kullanımı,
- Çocukluk döneminde yaşanan örseleyici (travmatik) yaşantılar: Tecavüz, istismar, ihmal, ailede yaşanan kayıplar, sevilen birinin ölümü, aile tarafından istenmeme, bakımın ihmal edilmesi, anne- baba tutumları,
- Yetişkinlik döneminde yaşanan olaylar: Boşanma, iş kaybı, aile üyelerinden birinin kaybı fiziksel hastalık tanısı almış olma, istenmeyen gebelik yaşama,
- Madde kullanımı (Bilgin, 2007; Avcil ve ark. 2016).

2.2. Ruhsal Hastalıklarda İnanç ve Tutum

2.2.1. İnanç

Sözlük anlamı ile inanç, 'kişice, ya da toplumca, bir düşüncenin, bir olgunun, bir nesnenin, bir varlığın gerçek olduğunun kabul edilmesi' anlamına gelmektedir (Eroğlu ve Kılıç, 2005). Hayatımızda sıkça duyduğumuz inanç kavramı insanlığın varoluşu ile toplumsal normlar arasında yer almış ve toplumun, ahlaksal, sosyal ve kültürel yapısına yön vermiştir. Psikoloji alanında 1954 yılında Allport tarafından ele alınan inanç kavramı şu şekilde aktarılmaktadır: 'bir grubun özüne ilişkin inançlar taşıma, önyargılı kişilik, katı ve belirsizliğe karşı toleransı düşük bir bilişsel stilin göstergesidir' (Çam ve Bilge, 2007).

Başka bir tanımlamaya göre inanç; bir kişiye duyulan güven, bir dine ve Tanrı'ya inanmadır (Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2010; Sarıkoç ve ark. 2015).

İnanç, tüm kültürlerde önemli bir yere sahiptir. Toplumun ruh hastalıklarına karşı olumsuz inançları, ruhsal hastalık tanısı olan bireyleri olumsuz etkilemektedir. Bu durum hastaların toplumsal uyumunun daha da bozulmasına neden olmaktadır. Ayrıca hastaların tedaviye ulaşmasını, tedaviye uyumunu ve hastalıkla baş etmelerini olumsuz etkilemektedir (Çam ve Bilge, 2008). Bu yüzden ruh hastalığı yaşayan kişi ve yakınları bu hastalığı gizleme yoluna gidebilmektedirler. Ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin saldırgan ve tehlikeli oldukları, hastaneye kapatılmaları gerektiği, çalışmadıkları, ruhsal hastalıkların gerçek bir hastalık olmadığı gibi inançlar toplumdaki olumsuz inanışların temelini oluşturmaktadır (Çam ve Bilge, 2008; Evli 2021). Toplumun ruhsal hastalıklar ile ilgili bu tür inançları değiştiğinde ve daha olumlu olduğunda; ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalığı daha kolay kabul edebileceği, tedaviye katılabileceği ve topluma uyum sağlayabileceği düşünülmektedir.

2.2.2. Tutum

Bir insanın çevresindeki bireylere, objelere veya bir duruma yönelik psikolojik eğilimine tutum denir (Avcil ve ark. 2016). Tutum doğuştan getirilen bir özellik değil, sonradan öğrenilen bir tavidir. Tutumların şekillenmesinde sosyo-demografik özellikler önemli bir yere sahiptir (Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2010).

Yapılan araştırmalar, insanların ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının genellikle olumsuz olduğunu göstermektedir (Savaş ve ark, 2006; Sarıkoç ve ark. 2015). Ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik olumsuz tutumlar hastalığın seyrini ve hastanın tedaviye uyumunu ve sosyal yaşamını etkilemekte, iş bulma, ev kiralama, evlenme ve komşuluk kurma gibi konularda büyük sorunlar yaşamalarına yol açmaktadır (Çam ve Bilge, 2008; Sarıkoç ve ark. 2015). Olumlu tutumlar ise ruhsal hastalık tanısı olan bireyleri rahatlatır ve tedaviye uyumlarını kolaylaştırır. Bu nedenle insanlar ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirilerek doğru bilinen yanlışların düzeltilmesi gerekmektedir. Böylece olumsuz tutumlar yerini daha olumlu tutumlara bırakabilecektir (Bilgili, 1995; Güleç ve ark. 2011; Sarıkoç ve ark. 2015; Evli 2021).

2.2.3. Tutum ve İnanç İlişkisi

Tutum ve inançlar ilk önce anne-baba ve yakınlarından öğrenme yoluyla edinilir. Bu dönemde öğrenilenlerin etkisi yaşam boyu sürer. Tutum ve inanç konusunda öğrenilenler yaşamın ileri evrelerinde değişim ve gelişim gösterebilir (Morgan, 1991). Tutum ve inançların oluşumu için iki dönem çok önemlidir. Bunlardan biri ergenlik, diğeri yetişkinlik dönemidir. Bu inanç ve tutumlar ergenlik döneminde şekillenir, yetişkinlik döneminde kemikleşir. Bu yüzden bu iki dönem çok önemlidir. Çünkü var olan tutum ve inançlar ne kadar güçlüyse daha sonra bunları değiştirmek o kadar zor olabilir (Çam ve Bilge, 2008; Evli 2021).

Tutumlar ve inançlar birbiriyle bağlantılıdır. Bir objeye ilişkin olumlu ya da olumsuz bir inanç varsa, o obje hakkında olumlu ya da olumsuz bir tutum da vardır (Çam ve Bilge, 2007). İnsanlar geçmişten günümüze dek ruhsal hastalıklara karşı çok farklı tutum ve inançlar sergilemişlerdir. Bazı toplumlar olumlu tutum ve inançlarla bu durumu karşılarken, birçok toplum olumsuz tutum ve inançları nedeniyle ruhsal hastalık tanısı olan bireyleri toplumdan dışlamışlar bu da kişilerin tedaviye erişimlerini ve uyumlarını olumsuz etkilemiştir (Bostancı, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2018). Oysa olumlu tutum ve inançlar ruhsal hastalık yaşayan kişilerin topluma uyumunu kolaylaştırarak tedaviden yararlanmalarını artırmıştır.

2.3. Tarihsel Süreçte Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Yaklaşımlar

Ruhsal hastalıklar da fiziksel hastalıklar gibi insanlığın var olduğu ilk dönemlere dayanır. İlk çağdaki insanlar ruhsal hastalıkları, doğaüstü güçler ve kötü ruhlar gibi etkenlerle açıklamaya çalışmışlardır. Ruhsal hastalıkların oluş nedeninin tam olarak açıklanamaması insanları korkutmuştur. Bu yüzden ilk çağlarda insanlar ruh sağlığı sorunları ile baş edebilmek için, bazı uygulama yöntemleri geliştirmişlerdir. Büyücü ve şamanlar aracılığıyla danslar, garip hareketler, çeşitli törenler, çılgınlık nöbetleri gibi yöntemlerle zararlı ruhları uzaklaştırmayı ve hasta kişileri iyileştirmeyi hedeflemişlerdir (Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2010; Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Orta çağ döneminde Avrupa'da ruh sağlığı bozulan kişiler, şeytanla iş birliği yaptığı öne sürülerek yakılmışlardır. İslam dünyasında ise bu kişilere daha insancıl biçimde yaklaşılmaya çalışılmıştır. Tedavide uykudan yararlanılmış, rüya yorumları yapılmış,

müzik ve uğraş tedavisi ve destekleyici nitelikte tedavi yöntemleri uygulanmaya çalışılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2018; Sarıkoç ve ark. 2015; Evli 2021).

Rönesans döneminde bir yandan bilimsel bilgide artış yaşanırken bir yandan da büyüculük suçlamalarının yaygınlaştığı görülmektedir. Kilise ruhsal hastalığı olan bireylerle birlikte kilisenin inançları için tehdit kabul ettiği kişileri toplumdan dışlamak amacıyla bütün bu kişileri büyüculük ve şeytanla iş birliği yapmakla suçlamıştır. Bu kişiler engizasyon mahkemelerinde yargılanmış, işkenceye maruz bırakılmış ve ölüme mahkûm edilmişlerdir. Daha sonra Büyük Albert ve Thomas Aquinas gibi aydınlar, ruhsal hastalıkların altında yatan faktörün organik ve bedensel bir bozukluk olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu düşüncelerden sonra ruh hastalığı yaşayan bireyler, toplum tarafından kabul görmeye başlamışlardır. Bu gelişmelere rağmen tedavide insanların doğaüstü güçlerden beklentilerinin azalarak da olsa halen yer yer devam etmekte olduğu bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

18. yüzyıla gelinceye kadar ruh hastalığı yaşayan bireylerin durumu görmezden gelinmiş ve bu bireyler toplumdan dışlanarak hapisanelerde tutulmuşlardır. Fransız ihtilali sonrasında Fransız Dr. Pinel akıl hastalarını zincirlerinden ve hapisanelerden kurtarmıştır. Hastalar, yeni açılan akıl hastanelerinde daha hümanist koşullarda tedavi edilmişlerdir. Tıbbi tedavi yerine daha çok uğraşlar ile tedavi edilmeye çalışılmıştır (Arslan ve arkadaşları, 2015; Öztürk ve Uluşahin 2018).

Türkler'in de İslamiyet'ten önce hastalıkların tedavisini 'Şamanizm' inancına yönelik yöntemlere dayandırdıkları bilinmektedir. İslamiyet'in kabulünden sonra ruh hastalığı yaşayan bireylere toplumdan uzaklaştırmadan hoşgörü ile yaklaşmıştır (Oban ve Küçük, 2011; Öztürk ve Uluşahin 2018).

2.4. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Olumsuz İnanç ve Tutumları Önlemede Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Hemşireler sağlık alanında, bireylerle sürekli etkileşim ve iletişim halinde olan, bilgi ve deneyimlerin bireyler üzerinde uygulamaktadırlar. Hemşirelik mesleğinin ve üyelerinin amacı sağlığı korumak ve geliştirmektir (Sarıkoç ve ark. 2015; Evli 2021). Ruhsal hastalıkların tedavi ve bakımında hemşirelerin üç basamakta önemli görev ve sorumlulukları vardır. Bu basamaklar; sağlığın yükseltilmesi ve korunması (birincil koruma), erken tanı ve tedavi (ikincil koruma), rehabilitasyon (üçüncül koruma) görevini

kapsar (Avcil ve ark. 2016). Ruhsal hastalıkların tedavisi diğer hastalıkların tedavisine oranla daha uzun sürebilmektedir (Öztürk ve ark. 2017; Evli 2021). Hemşireler, ruhsal hastalıkların önlenmesinde büyük bir önem taşımaktadır. Toplumlar ruhsal sağlık sorunları ve bunlarla başetme yöntemleri hakkında doğru bilgilendirildiğinde ruhsal sağlığın korunması mümkün olabilecektir. Toplumun ruh hastalıkları hakkında doğru bildiği yanlışlar ruh hastalığı yaşayan kişileri olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Bu olumsuz inanç ve tutumlar karşısında kişinin topluma uyumu bozulmakta, hatta tedaviyi reddetmektedir. (Karakaş ve arkadaşları, 2017). Olumsuz inanç ve tutumların nedenlerine bakıldığında, toplumun ruh hastalıkları hakkında bilgilerin tam olarak bilinmemesinden kaynaklandığı görülmektedir. Hemşireler topluma ruhsal hastalıklar hakkında doğru bilgiler vererek bu olumsuz inanç ve tutumları azaltabilirler. Bu olumsuz inanç ve tutumlar değiştiği oranda ruhsal hastalık tanısı olan bireyler daha etkili bakım ve tedavi alabilecek, toplumdan daha fazla destek bulabilecek ve iyileşme veya toplumsal yaşama uyum sağlayabileceklerdir. (Oban ve Küçük, 2011).

Ruhsal hastalık tanısı olan bireyler hastaneye yatarak almaları gereken tedavi ve bakımı alamadıklarında, taburculuk sonrası sosyal yaşama uyum sağlayamamakta ve tekrarlı yatışlar meydana gelmektedir. Tekrarlı yatışların önlenmesinde de hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Taburculuk sonrası kişinin güçlenmesi ve kendi yaşamını sorumluluk alarak devam ettirmesi amaçlanmaktadır (Arslan ve arkadaşları, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Bu araştırma, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 1 Nisan 2021- 4 Haziran 2021 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile yapılmıştır. Pandemi koşullarında kurum izni alma konusunda yaşanan zorluklar nedeniyle çalışma online sistem üzerinden, çevrimiçi anket kullanarak yürütülmüştür.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Dal ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmanın bulgularından yararlanılmış, RHİÖ standart sapması ($S=14,91$) dikkate alınmıştır. Evrenin bilinmediği durumlarda örneklem hesabından ($n=t^2 \times \sigma^2 / d^2$) (Karasar, 2005) yararlanarak % 95 güven düzeyi ve sapma $d=2$ kabul edilerek 213 birey belirlenmiştir. Araştırma 219 hemşire ile tamamlanmıştır.

3.4.Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olmak
- WhatsApp ve Telegram kullanıcısı olmak

3.5.Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

- Yabancı uyruklu olmak ve Türkçe konuşma ve yazmada zorluğu olmak
- Psikiyatri servisinde çalışıyor olmak

3.6 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu (Ek-1) ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Ek-2) kullanılmıştır.

3.6.1.Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Sarikoç ve ark. 2015; Evli 2021) oluşturulan ve hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, en uzun süre yaşadığı yer, meslekteki çalışma süresi, halen görev yaptığı birim ile daha önce kendisi ve yakınları için psikiyatrik danışmanlık alma ve almayı düşünme durumu, temel eğitiminde psikiyatri hemşireliği alanı ile ilgili eğitim deneyimi, aldığı eğitimin hemşirelik uygulamalarındaki yeterliliği gibi görüşlerinin değerlendirildiği 13 soruluk bir formdur.

3.6.2.Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Ek-2)

Bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını ölçmek amacıyla 2000 yılında Clum ve Hirai tarafından geliştirilen ve Bilge (2006) tarafından güvenilirlik-geçerlik çalışmaları yapılan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, altılı likert tipindedir (0: tamamen katılmıyorum, 5: tamamen katılıyorum). Ölçekte 21 madde ve üç alt ölçek (“çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma”, “tehlikeli”, “utanma” ölçekleri) bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 105 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan yüksek puan, bireylerin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inancının yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,82; alt ölçeklerin Cronbach Alpha katsayıları 0,80 / 0,71 ve 0,69 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,86; alt ölçeklerin Cronbach Alpha katsayıları 0,80 / 0,72 ve 0,68 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar:

Tehlikelilik Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, ruhsal hastalık yaşayan bireylerin ve ruhsal hastalıkların tehlikeli olduğundan söz eden sekiz maddeden oluşmaktadır (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13,).

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, ruhsal hastalık yaşayan bireylerin kişilerarası ilişkilerindeki bozulmalar ve buna bağlı çaresizlik duygusu yaşanması ile ilgili 11 maddeden oluşmaktadır (8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21,).

Utanma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, ruhsal hastalık tanısı olan bireylerden utanma ile ilgili iki maddeden oluşmaktadır (12, 15).

3.7.Verilerin Toplanması

Veriler Nisan 2021–Haziran 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılacak hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak, çevrimiçi anket ile onamları alınmıştır. Veriler pandemi nedeniyle online sistem aracılığıyla toplanmıştır. WhatsApp ve Telegram aracılığıyla hemşirelik mesleki paylaşım gruplarındaki kişilere ulaşılmıştır. Hemşirelerden 219 kişi ankete katılmaya gönüllü olmuştur.

3.8. Değişkenler

3.8.1.Bağımsız Değişkenler

*Cinsiyet

*Yaş

*Medeni durum

*Yaşamında en uzun süre yaşadığı yer

*Eğitim durumu

*Meslekte çalışma süresi

*Çalıştığı bölüm

*Görevi

*Bugüne dek tanıdıkları veya yakınları için psikiyatri bölümünden danışmanlık alma durumu

*Bugüne dek psikiyatri bölümünden kendisi için danışmanlık alma durumu

*Psikiyatri hemşireliği alanındaki eğitim deneyimi

3.8.2.Bağımlı Değişkenler

*Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları

3.9.Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların demografik bilgileri frekans ve yüzde tablolarında gösterilmiştir. Ölçek puanlarının normallik sınavında çarpıklık katsayısı (skewness) ve basıklık (kurtosis) kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık ve basıklık katsayılarının (skewness) ± 1 sınırları içinde kalması puanların normal

dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir. Ölçeğin “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma” ile “tehlikelilik” alt ölçek puanları ve ölçek toplam puanları normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden puanların cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, tanıdık ve yakınlarının psikiyatrik danışmanlık alma durumu değişkenlere göre karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testinden, yaş grupları, en uzun süre yaşadığı yer, öğrenim durumu, meslekteki çalışma süresi, görev yaptığı birim, görevi, kendisi için psikiyatrik danışmanlık alma durumu, temel hemşirelik eğitiminin hemşirelik uygulamaları için yeterli olma durumu değişkenlerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testinden yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen “utanma” alt ölçek puanlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testinden yararlanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 (anlamlılık düzeyi 0,05 $p < 0,05$) olarak belirlenmiştir.

3.10.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce KTO Karatay Üniversitesi Etik kuruluna başvuru yapılmış ve 11.03.21 tarih ve 3 numaralı toplantıda Etik Kurul Onayı alınmıştır. Çalışmaya katılacak hemşirelerden de kişisel onayları alınmıştır.

3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları

Pandemi koşullarında kurum izni alma konusunda yaşanan zorluklar nedeniyle çalışmanın online sistem üzerinden yürütülmesi bu çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

3.12.Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç düzeyi nedir?
2. Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre değişmekte midir?

4. BULGULAR

Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelendiği bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda sunulmaktadır.

4.1. Araştırmanın Örneklemine İlişkin Bulgular

Tablo 1’de hemşirelerin demografik özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımları yer almaktadır.

Tablo 1. Hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı (n=219)

Demografik Değişkenler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	175	79,9
	Erkek	44	20,1
Yaş	20-29 yaş	169	77,2
	30-39 yaş	29	13,2
	40 yaş ve üstü	21	9,6
Medeni durum	Evli	54	24,7
	Bekar	165	75,3
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	45	20,5
	Hayır	174	79,5
Öğrenim durumu	Sağlık meslek lisesi	25	11,4
	Ön lisans	20	9,1
	Lisans	149	68,0
	Lisansüstü	25	11,4
Yaşamında en uzun süre yaşadığı yer	Köy	17	7,8
	İlçe	32	14,6
	Şehir	170	77,6
Meslekteki çalışma süresi	4 yıl ve altı	141	64,4
	5-9 yıl	43	19,6
	10-14 yıl	16	7,3
	15 yıl ve üstü	19	8,7
Çalıştığı birim	Acil servisi	34	15,5
	Yatan hasta servisi	98	44,7
	Yoğun bakım	67	30,6
	Poliklinikler	20	9,1
Görev	Eğitim hemşiresi	12	5,5
	Servis hemşiresi	177	80,8
	Birim sorumlusu	30	13,7
Daha önce kendisi için psikiyatrik danışmanlık deneyimi	Danışmanlık alan	55	25,1
	İhtiyaç duymayan	60	27,4
	Düşünen ancak başvurmayan	73	33,3
	İhtiyacı olursa başvuracak	31	14,2

Daha önce tanıdıkları/yakınları için psikiyatrik danışmanlık başvurusu	Olan	119	54,3
	Olmayan	100	45,7

Araştırmaya katılan 219 hemşirenin %79,9'u kadın, %20,1'i erkektir. Katılımcıların %77,2'si 20-29 yaş grubunda, %13,2'si 30-39 yaş, %9,6'sı 40 yaş ve üstüdür. Katılımcıların %24,7'si evli, %20,5'i çocuk sahibidir. Katılımcıların %11,4'ü sağlık meslek lisesi, %9,1'i ön lisans, %68'i lisans, %11,4'ü lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Katılımcıların %77,6'sı yaşamının çoğunu şehirde geçirmiştir. Katılımcıların %64,4'ünün hemşirelik mesleğindeki çalışma süresi 4 yıl ve altı, %19,6'sının 5-9 yıl, %7,3'ünün 10-14 yıl, %8,7'sinin 15 yıl ve üstüdür. Katılımcıların %15,5'i acil serviste, %44,7'si yatan hasta servislerinde, %30,6'sı yoğun bakım ünitelerinde, %9,1'i polikliniklerde görev yapmaktadır. Katılımcıların %5,5'i ekip lideri/eğitim hemşiresi, %80,8'i servis hemşiresi, %13,7'si birim sorumlusudur. Katılımcıların %25,1'i daha önce kendisi için psikiyatrik danışmanlık aldığını, %27,4'ü ihtiyacı olmadığı için almadığını, %33,3'ü almayı düşündüğünü ancak başvurmadığını, %14,2'si ihtiyacı olursa başvurmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Katılımcıların %53,4'ü daha önce yakınları için psikiyatrik danışmanlık başvurusunda bulunmuştur.

Tablo 2. Psikiyatri hemşireliği alanıyla ilgili eğitim deneyimlerinin dağılımı

Psikiyatri hemşireliği alanıyla ilgili eğitim deneyim (N=319)	n	%
Mesleki temel eğitimde bu dersi aldım	186	84,9
Mesleki temel eğitim sonrasında aldım. (kurs, sertifika, kitap okuma vb.)	111	50,7
Böyle bir ders almadım	22	10,0

Katılımcıların %84,9'u psikiyatri hemşireliği alanıyla ilgili eğitimi mesleki eğitimde elde etmiş, %50,7'si mesleki eğitim sonrasında (kurs, kitap okuma vb.), %10'u böyle bir ders almamıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Temel mesleki eğitimde alınan eğitimin yeterlik durumunun dağılımı

Temel mesleki eğitiminizde aldığımız psikiyatri hemşireliği ile ilgili bilgi ve beceriler hemşirelik uygulamalarınız için yeterli olmaktadır?	n	%
Aldığım bilgiler yeterlidir, bugüne dek bir eksiklik hissetmedim	31	14,2
Eksiklik hissettiğim zamanlar olursa kaynak kişilerden danışmanlık alabilirim	84	38,4
Bu konuda daha fazla bilgi ve becerim olmasını istediğim zamanlar olmuştur	104	47,5

Temel mesleki eğitimde edinilen psikiyatri hemşireliği bilgi ve becerilerinin hemşirelik uygulamaları için yeterli olup olmadığı konusunda katılımcıların %47,5'i daha fazla bilgi ve becerisinin olmasını istediği zamanlar olduğunu belirtmiştir.

4.2. Araştırmanın Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4'te hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin ve alt ölçek puanlarına ait ortalama ve standart sapma bilgilerinden oluşan betimsel istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 4. Ölçek ve alt ölçek puanlarına ait betimsel istatistikler

Ölçek ve Alt Ölçek	Madde		n	\bar{X}	SS	Çarpıklık	Basıklık
	Sayısı	Min. Maks.					
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	11	0,00 49,00	23,31	9,02	-0,04	0,00	-0,01
Tehlikeli	8	0,00 40,00	19,85	6,45	0,05	0,00	0,37
Utanma	2	0,00 10,00	1,31	1,88	1,69	0,00	2,73
TOPLAM	21	0,00 99,00	44,47	15,10	0,10	0,00	0,56

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanı $23,31 \pm 9,02$; tehlikeli alt ölçek puanı $19,85 \pm 6,45$ ve utanma alt ölçek puanı $1,31 \pm 1,88$ olarak tespit edilmiştir. Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği toplam puanı $44,47 \pm 15,10$ olarak tespit edilmiş olup ölçekten alınabilecek en düşük (0) ve en yüksek (105) puana göre araştırmaya katılan hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inancının düşük/orta düzeyde olduğu söylenebilir.

4.3. Ölçek Puanlarının Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 5. Ölçek ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Cinsiyet	n	\bar{X}	SS	t	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Kadın	175	22,50	8,68	-2,66	0,008
	Erkek	44	26,50	9,70		
Tehlikeli	Kadın	175	19,54	6,15	-1,45	0,148
	Erkek	44	21,11	7,48		
Utanma	Kadın	175	1,16	1,74	1,96 ^a	0,055
	Erkek	44	1,89	2,29		
TOPLAM	Kadın	175	43,20	14,32	-2,50	0,013
	Erkek	44	49,50	17,12		

a: Mann Whitney U testi Z puanı

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($t=-2,66$; $p<0,05$) alt ölçek ile ölçek toplam puanının ($t=-2,50$; $p<0,05$) cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Buna

göre, erkek katılımcıların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puanı, kadın katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Tehlikeli ve utanma alt ölçek puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Tablo 6’da ölçek ve alt ölçek puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırmasına tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 6. Ölçek ve alt ölçek puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Yaş Grupları	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	A-20-29 yaş	169	23,02	8,70	1,32	0,269	
	B-30-39 yaş	29	22,79	10,60			
	C-40-49 yaş	21	26,33	9,10			
Tehlikeli	A-20-29 yaş	169	20,08	5,97	1,16	0,316	
	B-30-39 yaş	29	18,17	8,85			
	C-40-49 yaş	21	20,38	6,32			
Utanma	A-20-29 yaş	169	1,25	1,80	1,23 ^a	0,293	
	B-30-39 yaş	29	1,79	2,38			
	C-40-49 yaş	21	1,05	1,72			
TOPLAM	A-20-29 yaş	169	44,35	14,25	0,69	0,503	
	B-30-39 yaş	29	42,76	19,98			
	C-40-49 yaş	21	47,76	14,27			

a: Kruskal Wallis H testi X^2 puanı

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Tablo 7’de ölçek ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 7. Ölçek ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Medeni Durum	n	\bar{X}	SS	t	p
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Evli	54	22,85	9,85	-0,42	0,671
	Bekar	165	23,45	8,76		
Tehlikeli	Evli	54	18,35	6,96	-1,87	0,065
	Bekar	165	20,35	6,22		
Utanma	Evli	54	1,33	2,03	-0,20 ^a	0,844
	Bekar	165	1,30	1,84		
TOPLAM	Evli	54	42,54	15,81	-1,08	0,280
	Bekar	165	45,10	14,85		

a: Mann Whitney U testi Z puanı

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Tablo 8’de ölçek ve alt ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 8. Ölçek ve alt ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Çocuk Sahipliği		\bar{X}	SS	t	p
	Olan	Olmayan				
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Olan	45	23,42	9,78	0,10	0,923
	Olmayan	174	23,28	8,84		
Tehlikeli	Olan	45	18,29	7,33	-1,83	0,068
	Olmayan	174	20,26	6,16		
Utanma	Olan	45	1,29	1,94	-0,04 ^a	0,970
	Olmayan	174	1,31	1,87		
TOPLAM	Olan	45	43,00	16,10	-0,73	0,466
	Olmayan	174	44,84	14,85		

a: Mann Whitney U testi Z puanı

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Tablo 9’da ölçek ve alt ölçek puanlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 9. Ölçek ve alt ölçek puanlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Öğrenim	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	A-SML	25	24,72	11,37	1,62	0,185	
	B-Ön lisans	20	23,20	7,36			
	C-Lisans	149	23,68	8,63			
	D-Lisansüstü	25	19,72	9,52			
Tehlikeli	A-SML	25	23,48	7,85	7,61	0,000	A,B>C,D
	B-Ön lisans	20	21,50	5,89			
	C-Lisans	149	19,77	5,82			
	D-Lisansüstü	25	15,44	6,59			
Utanma	A-SML	25	0,84	2,10	4,11 ^a	0,250	
	B-Ön lisans	20	1,25	1,55			
	C-Lisans	149	1,38	1,91			
	D-Lisansüstü	25	1,40	1,78			
TOPLAM	A-SML	25	49,04	18,98	3,24	0,023	A>D B,C>D
	B-Ön lisans	20	45,95	12,18			
	C-Lisans	149	44,83	14,14			
	D-Lisansüstü	25	36,56	16,45			

a: Kruskal Wallis H testi X^2 puanı

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt ölçek puanlarının öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tehlikeli ($F=7,61$; $p<0,05$) alt ölçek puanları ile ölçek toplam puanlarının ($F=3,24$; $p<0,05$) öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Farkın hangi

gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi uygulanmıştır. Bu sonuçlara göre;

- Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu katılımcıların tehlikeli alt ölçek puanı, lisans ve lisansüstü düzeyde öğrenim görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Sağlık meslek lisesi mezunu katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puan ortalaması, lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ön lisans ve lisans düzeyinde öğrenim gören katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puan ortalamaları, lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 10’da ölçek ve alt ölçek puanlarının, katılanların yaşamında en uzun yaşadığı yere göre karşılaştırılmasına tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları yer almaktadır.

Tablo 10. Ölçek ve alt ölçek puanlarının katılanların en uzun süre yaşadığı yere göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Yaşamında En Süre Yaşadığı Yer	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	A-Köy	17	26,47	8,68	1,17	0,314	
	B-İlçe	32	22,69	9,97			
	C-Şehir	170	23,11	8,86			
Tehlikeli	A-Köy	17	21,88	6,72	0,93	0,396	
	B-İlçe	32	19,47	7,18			
	C-Şehir	170	19,72	6,29			
Utanma	A-Köy	17	1,12	2,52	4,79 ^a	0,091	
	B-İlçe	32	0,78	1,24			
	C-Şehir	170	1,42	1,90			
TOPLAM	A-Köy	17	49,47	15,64	1,12	0,329	
	B-İlçe	32	42,94	16,07			
	C-Şehir	170	44,25	14,85			

a: Kruskal Wallis H testi X^2 puanı

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının yaşamında en uzun yaşadığı yere göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 11’de ölçek ve alt ölçek puanlarının meslekteki çalışma süresine göre karşılaştırılmasına tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 11. Ölçek ve alt ölçek puanlarının meslekteki çalışma süresine göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Meslekteki Süre	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	A-4 yıl ve altı	141	23,11	8,93	1,04	0,376	
	B-5-9 yıl	43	23,53	9,07			
	C-10-14 yıl	16	21,00	7,78			
	D-15 yıl ve üstü	19	26,21	10,42			
Tehlikeli	A-4 yıl ve altı	141	20,14	6,14	0,89	0,447	
	B-5-9 yıl	43	19,74	7,04			
	C-10-14 yıl	16	17,38	6,12			
	D-15 yıl ve üstü	19	20,05	7,59			
Utanma	A-4 yıl ve altı	141	1,20	1,87	4,63 ^a	0,201	
	B-5-9 yıl	43	1,74	2,15			
	C-10-14 yıl	16	1,69	1,85			
	D-15 yıl ve üstü	19	0,79	1,08			
TOPLAM	A-4 yıl ve altı	141	44,45	14,89	0,66	0,580	
	B-5-9 yıl	43	45,02	15,56			
	C-10-14 yıl	16	40,06	13,36			
	D-15 yıl ve üstü	19	47,05	17,25			

a: Kruskal Wallis H testi X^2 puanı

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının, meslekteki çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Tablo 12’de ölçek ve alt ölçek puanlarının görev yapılan birime/bölüme göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 12. Hemşirelerin ölçek ve alt ölçek puanlarının görev yaptıkları birime/bölüme göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Birim/Bölüm	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	A-Acil servis	34	28,68	10,61	5,18	0,002	A>B,C,D
	B-Yatan hasta servisi	98	21,91	8,50			
	C-Yoğun bakım	67	22,79	8,26			
	D-Poliklinikler	20	22,75	8,28			
Tehlikeli	A-Acil servis	34	23,32	7,02	5,16	0,002	A>B,C,D
	B-Yatan hasta servisi	98	19,03	6,29			
	C-Yoğun bakım	67	18,79	5,28			
	D-Poliklinikler	20	21,55	7,82			
Utanma	A-Acil servis	34	2,09	2,89	4,42 ^a	0,219	
	B-Yatan hasta servisi	98	1,38	1,74			
	C-Yoğun bakım	67	1,01	1,51			
	D-Poliklinikler	20	0,60	0,88			
TOPLAM	A-Acil servis	34	54,09	16,87	6,00	0,001	A>B,C,D
	B-Yatan hasta servisi	98	42,32	14,76			
	C-Yoğun bakım	67	42,60	12,88			
	D-Poliklinikler	20	44,90	15,15			

a: Kruskal Wallis H testi X^2 puanı

Utanma alt ölçek puanlarının çalışılan birime göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($F=5,18$; $p<0,05$) ve tehlikeli ($F=5,16$; $p<0,05$) alt ölçek puanları ile ölçek toplam puanının ise ($F=6,00$; $p<0,05$) görev yapılan birime/bölüme göre anlamlı farklılık gösterdiği gözlenmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre acil serviste görev yapan hemşirelerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve tehlikeli alt ölçek puanları ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puanı, diğer birimlerde/bölümlerde görev yapan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 13'te ölçek ve alt ölçek puanlarının hemşirelerin görevlerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 13. Ölçek ve alt ölçek puanlarının hemşire görevlerine göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Görev	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	A-Eğitim hemşiresi	12	22,67	10,97	1,37	0,255	
	B-Servis hemşiresi	177	22,92	8,81			
	C-Birim sorumlusu	30	25,83	9,35			
Tehlikeli	A-Eğitim hemşiresi	12	19,83	8,77	0,35	0,706	
	B-Servis hemşiresi	177	19,70	6,36			
	C-Birim sorumlusu	30	20,77	6,07			
Utanma	A-Eğitim hemşiresi	12	1,42	1,62	1,29 ^a	0,523	
	B-Servis hemşiresi	177	1,28	1,94			
	C-Birim sorumlusu	30	1,40	1,67			
TOPLAM	A-Eğitim hemşiresi	12	43,92	19,73	0,95	0,388	
	B-Servis hemşiresi	177	43,90	14,99			
	C-Birim sorumlusu	30	48,00	13,65			

a: Kruskal Wallis H testi X^2 puanı

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının hemşirelerin görevlerine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 14'te ölçek ve alt ölçek puanlarının psikiyatrik danışmanlık alma durumuna göre karşılaştırılmasına tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi sonuçları bulunmaktadır.

Tablo 14. Ölçek ve alt ölçek puanlarının psikiyatrik danışmanlık alma durumuna göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçe	Psikiyatrik Danışmanlık	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	A-Danışmanlık aldı	55	19,98	9,12	4,13	0,007	A,B>C,D
	B-Hayır, ihtiyacı olmadı	60	24,78	8,90			
	C-Düşündü ancak başvurmadı	73	24,97	8,62			
	D-İhtiyacı olsa da başvurmaz	31	22,42	8,66			
Tehlikeli	A-Danışmanlık aldı	55	17,56	5,95	3,65	0,013	A,B>C,D
	B-Hayır, ihtiyacı olmadı	60	20,30	6,00			
	C-Düşündü ancak başvurmadı	73	21,23	6,91			
	D-İhtiyacı olsa da başvurmaz	31	19,81	6,23			
Utanma	A-Danışmanlık aldı	55	1,18	2,01	3,96 ^a	0,265	
	B-Hayır, ihtiyacı olmadı	60	1,62	1,93			
	C-Düşündü ancak başvurmadı	73	1,25	1,81			
	D-İhtiyacı olsa da başvurmaz	31	1,06	1,73			
TOPLAM	A-Danışmanlık aldı	55	38,73	14,81	4,29	0,006	A,B>C,D
	B-Hayır, ihtiyacı olmadı	60	46,70	13,93			
	C-Düşündü ancak başvurmadı	73	47,45	15,36			
	D-İhtiyacı olsa da başvurmaz	31	43,29	14,84			

a: Kruskal Wallis H testi X^2 puanı

Utanma alt ölçek puanlarının psikiyatrik danışmanlık alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Buna karşılık, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($F=4,13$; $p<0,05$) ve tehlikeli ($F=3,65$; $p<0,05$) alt ölçek puanları ile ölçek toplam puanının ($F=4,29$; $p<0,05$) psikiyatrik danışmanlık alma durumuna göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre daha önce psikiyatrik danışmanlık alan ve ihtiyacı olmayan katılımcıların çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma ve tehlikeli alt ölçek puanları ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puanı, psikiyatrik danışmanlık almayı düşünen ancak başvurmayan ve ihtiyacı olsa da başvurmayı düşünmeyen katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 15'te ölçek ve alt ölçek puanlarının tanıdıkları/yakınları için psikiyatrik danışmanlık başvurusu yapma durumuna göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 15. Ölçek ve alt ölçek puanlarının tanıdıkları/yakınları için psikiyatrik danışmanlık başvurusu yapma durumuna göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Tanıdıkları/ Yakınları için		n	\bar{X}	SS	t	p
	Psikolojik Danışmanlık						
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Evet		119	21,56	8,41	-3,18	0,002
	Hayır		100	25,38	9,31		
Tehlikeli	Evet		119	18,92	6,12	-2,35	0,020
	Hayır		100	20,96	6,69		
Utanma	Evet		119	1,14	1,80	-1,93 ^a	0,053
	Hayır		100	1,50	1,97		
TOPLAM	Evet		119	41,63	13,65	-3,09	0,002
	Hayır		100	47,84	16,09		

a: Mann Whitney U testi Z puanı

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($t=-3,18$; $p<0,05$) ve tehlikeli ($t=-2,35$; $p<0,05$) alt ölçek puan ortalamaları ile ölçek toplam puan ortalamalarının ($t=-3,09$; $p<0,05$) tanıdıkları/yakınları için psikiyatrik danışmanlık başvurusu yapma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Tanıdıkları/yakınları için psikolojik danışmanlık randevusu almayan katılımcıların “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma” ve “tehlikeli” alt ölçekleri ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, randevu almış katılımcıların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Utanma alt ölçek puan ortalamalarının tanıdıkları/yakınları için psikiyatrik danışmanlık başvurusu yapma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Tablo 16’da ölçek ve alt ölçek puanlarının temel mesleki eğitimde alınan eğitimin yeterliliği konusundaki görüşlerine göre karşılaştırmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 16. Ölçek ve alt ölçek puanlarının temel mesleki eğitimde alınan eğitimin yeterlik durumuna göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçek	Eğitimin yeterlik durumu	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Aldığım bilgiler yeterlidir, bugüne dek bir eksiklik hissetmedim	31	24,84	9,61	0,98	0,373	
	Eksiklik hissettiğim zamanlar olursa kaynak kişilerden danışmanlık alabilirim	84	23,76	7,66			
	Bu konuda daha fazla bilgi ve becerim olmasını istediğim zamanlar olmuştur	104	22,48	9,82			
Tehlikeli	Aldığım bilgiler yeterlidir, bugüne dek bir eksiklik hissetmedim	31	19,45	6,49	0,14	0,868	
	Eksiklik hissettiğim zamanlar olursa kaynak kişilerden danışmanlık alabilirim	84	20,12	5,75			
	Bu konuda daha fazla bilgi ve becerim olmasını istediğim zamanlar olmuştur	104	19,76	7,00			

Utanma	Aldığım bilgiler yeterlidir, bugüne dek bir eksiklik hissetmedim	31	1,97	2,27	7,47 ^a	0,024	A>C
	Eksiklik hissettiğim zamanlar olursa kaynak kişilerden danışmanlık alabilirim	84	1,40	1,92			
	Bu konuda daha fazla bilgi ve becerim olmasını istediğim zamanlar olmuştur	104	1,03	1,67			
TOPLAM	Aldığım bilgiler yeterlidir, bugüne dek bir eksiklik hissetmedim	31	46,26	15,53	0,67	0,517	
	Eksiklik hissettiğim zamanlar olursa kaynak kişilerden danışmanlık alabilirim	84	45,29	12,69			
	Bu konuda daha fazla bilgi ve becerim olmasını istediğim zamanlar olmuştur	104	43,27	16,71			

a: Kruskal Wallis H testi X^2 puanı

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve tehlikeli alt ölçek puanları ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puanlarının temel mesleki eğitimde alınan eğitimin yeterli bulunup bulunmamasına göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Utanma alt ölçek puanlarının temel mesleki eğitimde alınan eğitimin yeterli bulunup bulunmamasına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($X^2=6,91$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma testi sonuçlarına göre aldığı bilgileri yeterli bulan ve bugüne dek bir eksiklik hissetmeyen katılımcıların utanma alt ölçek puanı, bu konuda daha fazla bilgi ve beceri olmasını isteyen katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları incelendiğinde “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma”, “tehlikeli bulma” ve “utanma” alt ölçeklerinden oluşan ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inancın düşük/orta düzeyde olduğu bulguları elde edilmiştir. Bu bulgular görece olumludur ve Çam ve Bilge'nin (2013) hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının olumlu olduğu sonucuna ulaştıkları meta analiz çalışması sonuçları ile uyumludur. Ayrıca Çam ve Baysan Arabacı'nın (2014) Öztürk, Kaçan Softa ve Karahmetoğlu'nun (2015) hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını inceledikleri çalışmalarında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Cremonini ve ark.'nın (2018) sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmalarında ve Evli'nin (2021) ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum ile hemşirelik eğitimi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında acil servis çalışanları ve hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının düşük/orta düzeyde olduğu bulguları elde edilmiştir. Çalışmamızda elde edilen bulguların bu çalışmaların bulguları ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Ruhsal hastalıklara yönelik inançların demografik değişkenlere göre farklılaşma durumu incelendiğinde; medeni durum, yaş grupları, çocuk sahibi olma, en uzun yaşanan yer, meslekte çalışma süresi ve hemşirelerin görevlerine göre anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmiştir. Ünal ve ark. (2010) çalışmasında da ruhsal hastalıklara yönelik inancın cinsiyet ve medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmektedir. Çalışmamızda ise, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar medeni durum yönünden farklılık göstermezken, cinsiyetler arasında farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Erkek katılımcılarda; “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma” alt ölçek ortalaması ile “ruhsal hastalığa yönelik inançlar” ölçeği puan ortalaması kadın katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo.5). Buna göre kadın hemşirelerin ölçek toplam puan ortalaması erkek hemşirelere göre daha olumludur. Bu durum muhtemelen, kadınların daha fazla duygu yönelimli bir bakış açısı benimseme eğilimlerinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca birçok kişinin hemşirelik mesleğini kadınlar için daha uygun görmelerinin temelinde de bu varsayımın yattığı söylenebilir. Oysa hemşirelikte hizmet verilen kişiyi ve davranışını anlamak ve yargısız kabullenmek esastır

ve bunun için de çoğu durumda duygulara yoğunlaşmak kaçınılmazdır. Bu becerileri; mesleği benimseyen erkek hemşireler de kadın meslektaşları ile aynı duyarlılıkta yerine getirebilmektedirler.

Yine bu konuda Öztürk, Kaçan Softa ve Karaahmetoğlu'nun (2015), Gedik (2015) ve Evli'nin (2021) çalışmalarında ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmiştir. Yıldırım, Ersoysal ve Güler'in (2018) çalışmalarında çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik ve ölçek toplam puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği, ancak erkek katılımcıların utanma alt ölçek puanlarının kadın katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulguları elde edilmiştir. Venkataraman, Patil, Balasundaram (2019), İbrahim ve ark. (2019) ve Güngörmüş, Ekinci ve Daş'ın (2014) çalışmalarında ise bizim çalışmamızda olduğu gibi ruhsal hastalığa yönelik inançların cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgularına ulaşılmıştır. Çalışmamızın bulguları ile literatür bulgularının yer yer paralellik gösterdiği ve inanç ölçeği bulgularının cinsiyetle ilgili sonuçlarının değişkenlik gösterdiği görülmektedir.

Çam ve Baysan Arabacı'nın (2014) çalışmalarında ruhsal hastalıklara yönelik inancın en uzun süre yaşanan yer ve meslekteki çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Aynı şekilde Kara (2015) ve Gedik (2015) çalışmalarında ruhsal hastalıklara yönelik inancın en uzun süre yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermediği bulguları elde edilmiştir. Yıldırım, Ersoysal ve Güler (2018) de çalışmalarında ruhsal hastalıklara yönelik inancın meslekte çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermediğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda elde edilen bulguların da sözü edilen bu çalışmaların bulguları ile uyumlu olduğu görülmüştür. Buna göre hemşirelerin çalışma süresinin ($p>0,05$) (Tablo 10) ve en uzun süre yaşadıkları yerin ($p>0,05$) (Tablo 11) ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkilemediği söylenebilir.

Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar konusundaki ölçek puan ortalamaları ve alt ölçeklerden “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma” ve “utanma” dışındaki alt ölçek puan ortalamaları ile katılımcıların eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 9). Yani hemşirelerin öğrenim düzeyleri ile inançları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Buna göre hemşirelerin eğitim düzeyi yükseldikçe olumsuz inançlarının azaldığı görülmektedir. Bu ise önemli bir

bulgudur, çünkü olumsuz inançları azalan hemşirelerin ruhsal sorunu olan hastaları ve sorunlarını daha kolay tanıyacağı ve bunun hasta bakımındaki yaklaşımlarına olumlu yansıtacağı açıktır. Yıldırım, Ersoysal ve Güler (2018) çalışmalarında ruhsal hastalığa yönelik inancın eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediğini bildirmişlerdir. Venkataraman, Patil, Balasundaram (2019) ile İbrahim ve ark.'nın (2019) çalışmalarında ise bizim çalışmamıza benzer şekilde ruhsal hastalığa yönelik inancın eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulguları elde edilmiştir. Çalışmamızda ortaya çıkan bulgular ile literatür bulguları paralellik göstermektedir. Hemşirelerin öğrenim düzeyi yükseldikçe hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgi düzeyi artmakta ve olumsuz inanç puanları azalmaktadır.

Hemşirelerin aldığı puanlar çalışmakta oldukları birim/bölüm açısından incelendiğinde; “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma” ve “tehlikeli” alt ölçek puanları ile ölçek toplam puan ortalamalarının görev yapılan birime/bölüme göre anlamlı farklılık gösterdiği ve özellikle acil serviste görev yapan katılımcıların “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma” ve “tehlikeli” alt ölçek puanları ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puanının, diğer birim/bölmelerde görev yapan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulguları elde edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 12). Utanma alt ölçek puanlarının görev yapılan birime/bölüme göre anlamlı bir farklılık göstermediği gözlenmiştir. Çam ve Bilge'nin (2013) çalışmasında psikiyatri hemşirelerinin, psikiyatri dışı kliniklerdeki hemşirelerden daha olumlu tutumlar sergilediklerine ilişkin bulgular elde etmişlerdir. Evli (2021) ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum ile hemşirelik eğitimi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında acil servis çalışanları ve hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının düşük/orta düzeyde olduğu bulguları elde edilmiştir. Bu çalışmada elde edilen bulguların literatür bulguları ile paralellik göstermekte olup acil serviste sirkülasyonun hızlı olması ve acil servis hemşirelerinin akut belirtilerle gelen hastalarla daha sık karşılaşmaları “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma” ve “tehlikeli” durum algılarının daha yüksek olmasına neden olduğu söylenebilir. Bununla birlikte psikiyatrik aciller ile sık karşılaşıldığı düşünüldüğünde, acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının iyileştirilmesi için yapılacak hizmet-içi eğitimler ile çalışanların rahatlaması sağlanacak, bu da çalışan memnuniyetini artıracığı gibi hasta bakımına olumlu yansıtacaktır.

Katılımcılardan psikiyatrik danışmanlık alan ve almayan gruplar ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 14). Buna göre danışmanlık almayanların inanç ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların danışmanlık alanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Dolayısıyla danışmanlık alanların ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının danışmanlık almamış olanlara göre daha olumlu olduğu söylenebilir. Başka bir deyişle gerektiğinde psikiyatrik danışma almanın bu alana yönelik varsa önyargıların azalmasına katkı sağlayacağından söz edilebilir. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve tehlikeli alt ölçek puanları ile ölçek toplam puanının psikiyatrik danışmanlık alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, daha önce psikiyatrik danışmanlık alan ve ihtiyacı olmayan katılımcıların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikeli alt ölçek puanları ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puanının, psikiyatrik danışmanlık almayı düşünüp başvurmamayan ve ihtiyacı olsa da başvurmayı düşünmeyen katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulguları elde edilmiştir. Utanma alt ölçek puanlarının psikiyatrik danışmanlık alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulguları elde edilmiştir. Gedik (2015), Granados-Gamez ve ark. (2016), Chiles, Stefanovics ve Rosenheck (2017) çalışmalarında ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının psikiyatrik danışmanlık alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ve psikiyatrik danışmanlık alan bireylerin olumsuz inançlarının daha yüksek olduğu bulgularını elde etmişlerdir. Öztürk, Kaçan Softa ve Karaahmetoğlu (2015) çalışmalarında çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik alt ölçek puanları ve ölçek toplam puanlarının psikiyatrik danışmanlık alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ve daha önce psikiyatrik danışmanlık almayan bireylerin olumsuz inancının daha yüksek olduğu bulgularını elde etmişlerdir. Küçükkaraca ve Akçay (2017) çalışmalarında çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve tehlikelilik alt ölçek puanlarının psikiyatrik danışmanlık alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ve psikiyatrik danışmanlık almayanların olumsuz inancının daha yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir. Bu çalışmanın bulguları ile literatür bulgularının paralellik gösterdiği ve daha önce psikiyatrik danışmanlık deneyiminin tedaviye yönelik olumsuz inancı ortadan kaldırdığı veya azalttığı söylenebilir.

Tanıdıkları/yakınları için psikiyatrik danışmanlık başvurusu yapanlar ve yapmayanlar ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç puanları arasındaki fark “utanma” alt ölçeği dışında anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo15). Buna göre tanıdıkları için psikiyatrik danışmanlık başvurusu yapmamış olanların alt ölçekler ve toplam puan ortalamaları daha yüksektir ve dolayısıyla bu grubun ruhsal hastalıklara yönelik inançları daha olumsuzdur. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikeli alt ölçek puanları ve ölçek toplam puanlarının durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, tanıdıkları/yakınları için psikolojik danışmanlık randevusu almayan katılımcıların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikeli alt ölçek ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puanının, tanıdıkları/yakınları için psikolojik danışmanlık randevusu alan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulguları elde edilmiştir. Utanma alt ölçek puanlarının tanıdıkları/yakınları için psikiyatrik danışmanlık başvurusu yapma göre anlamlı farklılık göstermediği bulguları elde edilmiştir. Ünal ve ark. (2010) çalışmalarında utanma, tehlikelilik ve ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanlarının ruhsal hastalığı olan bireye yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgularını elde etmişlerdir. Gedik (2015) çalışmasında ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçek toplam ve alt ölçek puanlarının yakınları için psikolojik danışmanlık alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgularını elde etmiştir. Küçükkaraca ve Akçay (2017) çalışmalarında çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve tehlikelilik alt ölçek puanlarının ruhsal hastalığı olan bir yakınının varlığına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgularını elde etmiştir. Buna karşılık Yıldırım, Ersoysal ve Güler’in (2018) çalışmalarında ruhsal hastalıklara yönelik inancın yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan bireyin olması durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmişlerdir. Evli’nin (2021) çalışmasında çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikeli ve ölçek toplam puanlarının ruhsal hastalığı olan bir yakınının varlığına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgularını elde etmiştir. Bizim çalışmamızda elde edilen bulgular Küçükkaraca ve Akçay (2017) ile Evli’nin (2021) çalışmalarındaki sonuçlarla benzerdir.

Bu çalışmada hemşirelerin yaklaşık yarısı (%51,7) temel eğitimde aldıkları psikiyatri hemşireliği bilgi ve becerilerini yeterli görmekte (%16,3) ve eksiklik hissederse kaynak kişilerden danışmanlık alabileceğini belirtmektedir (%35,4) (Tablo 3). Bu konuda daha fazla bilgi ve beceri ihtiyacı duyanlar ise grubun %48,4’ünü oluşturmaktadır. Buna göre

hemşirelerin yaklaşık yarısı bu konuda aldıkları eğitimi yeterli görmektedir. Ölçek ve alt ölçekleri puan ortalamalarında “utanma” dışındaki puanlar ile eğitimi yeterli bulan ve bulmayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 16). Eğitimi yeterli bulanların “utanma” alt ölçeğinde puan ortalamaları yüksek, daha fazla bilgi ve beceri edinmiş olmayı isterdim diyenlerde puan ortalamaları düşük bulunmuştur ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Buna göre temel eğitim sürecinde aldığı eğitimi yetersiz bulanların bu alanda daha fazla bilgi ve beceri gereksinmelerinin farkında olmaları olumlu bir geribildirim olarak değerlendirilebilir.

Utanma alt ölçek puanlarının temel mesleki eğitimde alınan eğitimin yeterlik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, aldığı bilgileri yeterli bulan ve bugüne dek bir eksiklik hissetmeyen katılımcıların utanma alt ölçek puanının, bu konuda daha fazla bilgi ve beceri olmasını isteyen katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulguları elde edilmiştir. “Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma”, “tehlikeli” alt ölçek puanları ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puanının temel mesleki eğitimde alınan eğitimin yeterlik durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulguları elde edilmiştir. Yıldırım, Ersoysal ve Güler (2018) ile Evli'nin (2021) çalışmalarında ruhsal hastalığa yönelik inançların mesleki eğitimde alınan eğitimi yeterli bulma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediğine ilişkin bulguları ile bu çalışmanın bulguları birbirine benzemektedir.

6. SONUÇ

Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelendiği bu çalışma sonucunda;

- Hemşirelerde ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inancın düşük/orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

- Ruhsal hastalıklara yönelik inançların medeni durum, çocuk sahibi olma, yaş grupları, en uzun yaşadığı yer, meslekteki çalışma süresi ve yapmakta oldukları görev ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

- Erkek hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlarının, kadın hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, dolayısıyla inançlarının daha az olumlu olduğu görülmüştür.

- Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inancın öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ve hemşirelerin öğrenim düzeyi arttıkça olumsuz inançlarının azaldığı saptanmıştır.

- Daha önce psikiyatrik danışmanlık deneyiminin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ile ilişkili olduğu ve kendisi veya tanıdıkları/yakınları için psikiyatrik danışmanlık almış/başvurmuş olan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inancının daha olumlu olduğu saptanmıştır.

- Mesleki eğitimde alınan psikiyatri eğitimlerini yeterli bulma durumunun ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ile ilişkili olduğu, aldığı eğitimi yeterli görmeyen hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inancının, herhangi bir eksiklik hissetmeyen hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Acil servis hemşirelerine yönelik eğitimler ya da RHİÖ yüksek olan servislere yönelik eğitimler olumsuz inançların değişmesine katkı sağlayabilir.

- Hemşirelerin öğrencilik dönemlerinde ve mesleğe başladıktan sonra ruhsal hastalıklara yönelik eğitimlerin verilmesi düşük düzeyde de olsa var olan olumsuz inancın değişmesine katkıda bulunabilir.

- Ruhsal hastalıklara yönelik bilgi düzeyinin tutum ve inanç ile ilişkisini ortaya koyacak çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Adewuya AO, Oguntade AA. (2007). Doctors' attitude towards people with mental illness in western nigeria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11):931-936.
- Angermeyer MC, Matschinger H. (1994). Lay Beliefs About Schizophrenic Disorder: The Results of A Population Survey in Germany. *Acta Psychiatr Scand*, 89: 382:39-45.
- Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. (2015). Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: izleme çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16:238- 246.
- Avcil C, Bulut H, Sayar GH. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2 (2):175- 202.
- Bağ B. (2003). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumların Araştırılması. Atatürk Üniversitesi, Doktora tezi, Erzurum.
- Batastini A.B, Lester M.E, Thompson R. A. (2018). Mental illness in the eyes of the law: examining perceptions of stigma among judge sandattorneys. *Psychology, Crime & Law*, 24(7): 673-686.
- Bilge A, Çam O (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9: 91-96.
- Bilgin B. (2007). Ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin ruhsal hasta ve hastalığa ilişkin görüşleri. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Bilici R, Sercan M, Tufan E. (2013). Psikiyatri kliniklerinde yalıtım ve bağlama uygulamaları. *Düşünen Adam Dergisi*, 26: 80-88.
- Birdoğan SY. (2001). Üniversite Öğrencilerinin Psikiyatrik Hasta ve Hastalıklarına Yönelik Tutumları. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Bostancı N, Aştı N. (2004). Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 17(2): 87-93.
- Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu ol an bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam Dergisi*, 18(1):32-38.
- Büyüköztürk, Ş. (2011). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı (14. Baskı). Ankara: PEGEM Akademi.
- Chiles C, Stefanovics E, Rosenheck R. (2017). 'Attitudes of Students at a US Medical School Toward Mental Illness and Its Causes'. *Academic Psychiatry* 41: 320-325.

- Cotton D. (2004). The Attitudes of Canadian Police Officers Toward The Mentally Ill. *International Journal of Law And Psychiatry*, 27(2):135–146.
- Cremonini V, Pagnucci N, Giacometti F, Rubbi I. (2018). 'Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy'. *Archives of Psychiatric Nursing* 32 (1): 24-30.
- Çam O, Baysan Arabacı L. (2014). 'Bölge Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Etkileyen Faktörler'. *Türkiye Klinikleri* 6 (1): 13-25.
- Çam O, Bilge A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:215–223.
- Çam O, Bilge A. (2013). 'Türkiye'de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistematik Derleme'. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 4 (2): 91-101.
- Çam O. ve Engin E. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Basım, İstanbul, s: 5-7.
- Dal Ü., Güleriyüz İ.O., Ülker E ve Demiray T. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 1(2) 14–18
- Erbaydar NP, Çilingiroğlu N. (2010). Tıp eğitimi geleceğin hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte midir? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2):114-25.
- Eroğlu T, Kılıç H.Ç. (2005). Türk inançları ve inanışları. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*,.49(1):749-70.
- Evli M. (2021). 'Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum İlişkisinde Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminin Etkisi'. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 4 (1): 64-74.
- Gedik A. (2015). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının araştırılması. İstanbul Bilişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman Prof. Dr. Betül AYDIN).
- Granados-Gámez G, Rodríguez MML, Granados AC, Márquez-Hernández VV. (2016). 'Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients'. *Perspectives in Psychiatric Care* 53 (2): 135-143.
- Güleç G., Yenilmez Ç., Ay F. (2011) Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14:131-142.

- Gültekin B.K. (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Current Approaches In Psychiatry*. 2(4):583-594
- Güngörmüş K, Ekinci M, Daş M. (2014). 'İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi'. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 11 (2): 45-51.
- Hirai M, Clum GA. (2000). Development, reliability, and validity of the Beliefs toward Mental İlness. *Scale J Psychopathol Behav Assess*, 22:221-236.
- Ibrahim N, Amit N, Shahar S, Wee LH, Ismail R, Khairuddin R, Siau CS, Safien AM. (2019). 'Do Depression Literacy, Mental Illness Beliefs and Stigma Influence Mental Health Help-Seeking Attitude? A Cross-Sectional Study of Secondary School and University Students from B40 Households in Malaysia'. *BMC Public Health* 19 (4): 1-8.
- Kara N. (2015). 'Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Verilen Teorik Eğitimin Etkileri'. *JCBPR* 1: 69-77.
- Karakaş S, Polat H, Ay E, Küçükoğlu S. (2017). Türkiye "de bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal sorunu olan bireylere karşı tutumları ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1): 40- 48.
- Karasar, N. (2005). Bilimsel araştırma ve yöntemi. Nobel Yayın Dağıtım, 15. Baskı, Ankara.
- Kayahan M. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 6(1): 27-34.
- Küçükkaraca N, Akçay S. (2017). 'Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi'. *Toplumsal ve Sosyal Hizmet* 28 (1): 27-35.
- Küey L. (1995). Ruhsal bozukluklara ilişkin Halkın tutum ve davranışları. *Kriz Dergisi*, 3 (1-2).
- Margaret G. (2001). The role of the psychiatric nurse. *Australasian Psychiatry*, 9(2).
- Morgan CT.(1991). *Psikolojiye Giriş*. 8. Baskı. Hacettepe Üniversitesi: Psikoloji Bölümü Yayınları. s:363-377
- Oban, G., Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-3
- Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. (2003). Ruhsal Bozukluğu olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam*, 21(1-4):14-23.

- Özmen E, Taşkın EO, Demet MM. (2004). Hangi Etiket daha Damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1):47-55.
- Öztürk A, Kaçan Softa H, Ulaş Karaahmetoğlu G. (2017). ‘Kastamonu Üniversitesinde Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı İnançları ve Psikiyatri Hemşireliği Dersinin Etkisi’. *UHPPD* 4: 146-166.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, N. A. (2018). *Ruh sağlığı bozuklukları*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açikel CH (2015) Ruhsal hastalıklarda yardım arama: hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4:32-38.
- Saygın N. (2007). Hasta ve Yakınlarının Bakış Açısıyla Psikiyatrik Yatışın Nedenleri. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya (Danışman Prof. Dr. K Buldukoğlu)
- Schulze B, Angermeyer MC. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 56: 299-312.
- Şavaş ve Ark (2006). Türkiye'nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep şehrinden bir kesit. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:140-149.
- Taşkın EO. (2007). *Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama*. Meta Basım Matbaacılık, İzmir.
- Topaç E. (2004). Aile bireylerinin ruhsal hastalıklara karşı tutumları. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman Öğr. Üyesi Huriye Vural)
- Üçok A. (2003), ‘Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?’. *Klinik Psikiyatri* 6 (1): 3-
- Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z. (2010). ‘Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları’. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 23: 145-150.
- Venkataraman S, Patil R, Balasundaram S. (2019). ‘Why Mental Health Literacy Still Matters: a Review’. *VHL Regional Portal* sea-201355.
- Vicente B, Vielma M, Jenner FA, Mezzina R, Lliapas I. (1993) Attitudes of Professional mental health workers to psychiatry. *Int J Soc Psychiatry*, 39:131-141.
- Yıldırım S, Ersoysal F, Güler C. (2018). ‘Acil Servis Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutumlarının İncelenmesi’. *Klinik Psikiyatri* 21: 380-388.

EKLER

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma; Konya Ticaret Odası Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik programı öğrencisi Kübra Solak tarafından yürütülen ve danışmanlığı Prof. Dr. Ayşe Özcan tarafından yapılan yüksek lisans tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı; hemşirelerin, ruhsal hastalıklara yönelik inançlarına ilişkin bilgi edinmektir. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız durumunda verdiğiniz bilgiler tek tek değil, grup halinde değerlendirilecektir. Bu sebeple adınızı yazmanız gerekmeyecektir. Soruları içten ve samimi bir şekilde boş bırakmadan doldurmanız doğru bilgilere ulaşmamız için önemlidir. Araştırma sorularına verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak ve yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel çalışma için kullanılacaktır. Araştırma sırasında herhangi bir sebepten dolayı araştırmadan ayrılmak isterseniz katılımınızı sonlandırabilirsiniz. Değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Kübra SOLAK

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum, istediğim zaman katılımımı sonlandırabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel çalışmada kullanılmasına izin veriyorum.

Evet () Hayır ()

1. Cinsiyetiniz ?

() Kadın

() Erkek

2. Yaşınız ?

() 20-29

() 30-39

40-49

50 ve üzeri

3.Medeni durumunuz ?

Evli

Bekar

4.Çocuğunuz var mı?

Var

Yok

5.Yaşamınızda en uzun süre yaşadığınız yer?

Köy

İlçe

Şehir

Yurtdışı

6.Eğitim durumunuz ?

Sağlık Meslek Lisesi mezunu

Ön Lisans mezunu

Lisans mezunu

Yüksek lisans öğrencisi

Yüksek lisans mezunu

Doktora öğrencisi

Doktora mezunu

7.Meslekte çalışma süreniz ?

00 – 04 yıl

05 – 09 yıl

10 –14 yıl

15 –19 yıl

20 –24 yıl

25 –29 yıl

30 –ve üzeri

8.Halen hangi bölümde (birimde) görev yapmaktasınız ?

- Acil Servis
- Ameliyathane
- Cerrahi Hasta Yatan Katı
- Dahili Hasta Yatan Katı
- Pediatri Servisi
- VIP Hasta Katı
- Kadın Doğum Katı
- Bebek Odası
- Yoğun Bakım (Genel/KVC /Koroner Yoğun Bakım)
- Anjio Müşahade /Girişimsel Radyoloji /Anjio Laboratuvarı
- Erişkin/ Pediatrik KİT Ünitesi
- Kemoterapi Ünitesi
- Poliklinik
- Yenidoğan Yoğun Bakım

9.Göreviniz ?

- Birim Sorumlusu
- Ekip Lideri
- Servis Hemşiresi

10.Bugüne dek psikiyatri bölümünden kendiniz için danışmanlık almayı düşündüğünüz oldu mu?

- Evet, düşündüğüm oldu ancak başvurmadım
- Evet, başvurdum ve danışmanlık aldım
- Hayır, ihtiyacım olmadı
- İhtiyacım olsa bile başvurmayı düşünmem
- İhtiyacım olursa başvurmayı düşünürüm

11. Bu güne dek tanıdık veya yakınlarınız için psikiyatri bölümünden danışmanlık talebiniz oldu mu?

- Evet oldu
 Hayır olmadı

12. Psikiyatri hemşireliği alanıyla ilgili eğitim deneyiminiz var mı? (birden fazla yanıt işaretleyebilirsiniz)

- Mesleki eğitimim sırasında aldım.
 Mesleki eğitimim sonrası aldım. (kurs, sertifika, kitap okuma vb.)

13. Temel mesleki eğitiminizde aldığımız psikiyatri hemşireliği ile ilgili bilgi ve beceriler hemşirelik uygulamalarınız için yeterli olmakta mıdır?

- Aldığım bilgiler yeterlidir, bu güne dek bir eksiklik hissetmedim
 Eksiklik hissettiğim zamanlar olursa kaynak kişilerden danışmanlık alabilirim
 Bu konuda daha fazla bilgi ve becerim olmasını istediğim zamanlar olmuştur

EK 2. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (RHIÖ) (BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE)

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

Ölçek Değerlendirmesi:

0.Tamamen Katılmıyorum	1.Çoğunlukla Katılmıyorum	2.Kısmen Katılmıyorum	3.Kısmen Katılıyorum	4.Çoğunlukla Katılıyorum	5.Tamamen Katılıyorum
------------------------	---------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği									
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.									
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.									
3.Davranışların tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.									
4. 'Ruhsal hastalık' ifadesi beni rahatsız eder.									
5.Ruhsal hastalığı olan bir birey, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.									
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.									
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.									
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarını hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.									
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.									
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.									
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.									
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.									
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.									
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı düşüktür									
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.									
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.									

17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ruhsal bozuklukları olan bir bireyden sakınmak en iyi yapılması gereken şeydir.						
21.Bir yerleşim bölgesinde ruhsal bozuklukları olan bireylerin yaşamakta olduğunu düşünmek ürkütücüdür.						

EK 3. ÖLÇEK İZİNİ

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği


KS Kübra Solak 23 Nis
aysegul.donmez@ege.edu.tr

Sayın hocam,

Ben Kübra SOLAK KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezim için Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğini izniniz dahilinde kullanmak istiyorum. Ölçeği benimle paylaşabilir misiniz?

Saygılarımla

AB aysegul bilge 27 Nis
Kübra Solak

 ruhsalhast.inanc.olcegiAbilge.doc
DOC - 59 KB

Sevgili Kübra,

RHIÖ'yü tezinizde kullanabilirsiniz.

Başarılar

Prof.Dr.Ayşegül DÖNMEZ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı
35040 Bornova/İZMİR
Tel: [0232 3115500](tel:02323115500)

Ayşegül DÖNMEZ,Prof. Dr.
Dean of the Faculty of Nursing at the Ege
University
Department of Mental Health and Psychiatric
Nursing
35040 Bornova/İZMİR

ETİK KURUL İZNI

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.03.2021-4925



T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E-41901325-050.99-4925
Konu : Prof. Dr. Ayşe Özcan (Etik Kurul Hk.)

Sayın Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN
Hemşirelik Bölüm Başkanı

11.03.2021 tarihli İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında başvurularınız değerlendirilmiş olup ilgili kararlar ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Taner ZİYLAN
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik
Kurul Başkanı

Ek:

- 1- Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN (Etik Kurul Hk.)_3 (1 sayfa)
- 2- Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN (Etik Kurul Hk.)_2 (1 sayfa)
- 3- Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN (Etik Kurul Hk.)_1 (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BE5DS0ZD

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/kto-karatay-universitesi-ebys>

Adres: Akabe Mahallesi Alaaddin Kap Caddesi No:130 Karatay / Konya

Bilgi için: Büşra İRİŞ KAVUNEKER

Telefon: 444 1251 Faks: 0332 202 00 44

Unvanı: Sekreter e-Posta: tipozelkalem@karatay.edu.tr Web: www.karatay.edu.tr

Tel No: 444 1251

Keşif Adresi: ktokaratayuniversitesi@hs01.kep.tr



T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 3

Toplantı Tarihi: 11.03.2021

Karar Sayısı: 2021/028: Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN'ın, "Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları" başlıklı araştırma projesi çalışması ile ilgili 03.03.2021 tarihli dilekçesi ve ekleri görüőüldü.

Görüőme sonucunda araştırma projesi çalışmasının Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN'ın, sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliğı ile karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araőtırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN

Yardımcı Araştırmacı: Hemşire Kübra SOLAK

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : KÜBRA SOLAK KAPŞIĞAY

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi : 2019, KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik

Yüksek Lisans Öğrenimi : 2021, KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalığı Hemşireliği

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri :

İŞ DENEYİMİ

Stajlar : 2016, Hemşire, Medicana Hastanesi

2017, Hemşire, Meram Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

2018, Hemşire, Konya Numune Ve Konya Kadın Doğum Hastaneleri

2018, Hemşire, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi

2019, Hemşire, Konya Karatay Müslüme Ali Yaman İlkokulu

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar : 2020, Onkoloji Hemşiresi, Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Tarih: 02 Eylül 2021