

T1853

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

PSİKIYATRI SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ
BİREYLERE BAKIŞ AÇILARI ✕

Gül ERGÜN

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Kamile KUKULU

Bu Çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi
Tarafından Desteklenmiştir. (Proje No: 2004.02.0122.012)

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir.”

Antalya, 2005

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir *20.10.7.* / 2005

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Kamile KUKULU
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu

Üye: Prof. Dr. Taha KARAMAN
Akdeniz Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Üye: Doç. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu

Üye: Yrd. Doç. Dr. Dilara ÖZER
Akdeniz Üniversitesi
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu

Üye: Yrd. Doç. Dr. Zeynep CANLI ÖZER
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun *05.10.8.* / 2005 tarih ve *12.110.* sayılı kararıyla kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Ramazan DEMİR
Enstitü Müdürü

ÖZET

Şizofreni tanısı alan birey toplum tarafından dışlanarak, ayrımcılığa uğrayabilir ve damgalanabilir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler sıklıkla şizofreni tanısı alan bireyin bakımından sorumlu olabilirler. Hemşirelerin stigmatize edici yaklaşımdan kaçınmaları, özellikle psikiyatri kliniğinde yatan hastaya terapötik çevre sağlanması ve toplumdaki bireylerin algılarını geliştirmek adına önemlidir.

Bu çalışma hemşirelerin şizofreni tanısı alan bireylere yönelik bakış açılarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri ve Eğitim ve Araştırma Hastaneleri psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, çalışma yaşamı boyunca şizofreni tanısı alan bireyle en çok karşılaşan ve ona sağlık hizmeti sunan hemşire grubudur. Bu çalışma Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri (185), Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri (164) ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri kliniklerinde çalışan (358) hemşireler olmak üzere toplam 543 hemşirenin şizofreni tanısı almış bireylere bakış açılarını değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Verilerin analizinde, SPSS-11 paket programı, ki-kare testi ve iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi kullanılmıştır.

Yapılan bu çalışmanın sonucunda, EAH'deki hemşirelerin çoğunluğu şizofreninin sosyal nedenlerle ortaya çıkmadığını, şizofren bir bireyle birlikte çalışabileceğini, şizofren bir bireyle evlenmeyeceğini, şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olmayacağını, şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini, psikoterapi ile düzelebileceğini, şizofren hastalarının saldırgan olduğunu, şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etki ve bağımlılık yaptığını belirtirken, RSHH'deki hemşirelerin çoğunluğu şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını, şizofren bireyle evlenmeyeceğini, şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olmayacağını, şizofrenlerin tam olarak düzelmeyeceğini, şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etki ve bağımlılık yaptığını belirtmiştir. Lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin, şizofrenin hastalarına sosyal mesafe açısından daha olumlu yaklaşım sergiledikleri saptanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik mezuniyet sonrası eğitim programları, hemşirelik eğitiminde lisans ve üzeri eğitim modelinin kullanılması, şizofreni tanısı alan bireyin topluma uyumu ve tedavisi için gündüz bakımevleri kurulması önerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Tutum, Damgalama, Şizofreni tanısı alan birey, Eğitim

ABSTRACT

Individuals with the diagnosis of schizophrenia face discrimination, exclusion and stigmatization by society. Nurses who work on psychiatric wards frequently face individuals diagnosed with schizophrenia throughout their careers. It is important for nurses to avoid a stigmatizing approach in order to promote a therapeutic environment, particularly on the wards, and also to improve individual awareness and perceptions in society.

This study was conducted for the purpose of evaluating nurses' opinions about individuals with the diagnosis of schizophrenia. A total of 543 nurses who were working on psychiatric wards in Turkey's 27 university hospitals (164) and 6 training and research Hospitals (21) and in the 6 psychiatric hospitals completed the questionnaire. For the evaluation of data, SPSS-11 programme, chi-square and independent samples-T test were used.

The majority of the nurses working Research Hospital stated that schizophrenia is not caused by social problems, that they would be able to work with someone who has schizophrenia, that they would not be able to marry someone with schizophrenia, that they would not be bothered by having a neighbour with schizophrenia, that schizophrenia cannot be completely improved, that it can be improved with psychotherapy, that schizophrenic patients were aggressive, and that medications used to treat schizophrenia had serious side effects and were addictive. The majority of the nurses working Training Hospital stated that schizophrenia is caused by social problems, that they would be able to work with someone who has schizophrenia, that they would not be able to marry someone with schizophrenia, that they would not be bothered by having a neighbour with schizophrenia, that schizophrenia cannot be completely improved, that it can be improved with psychotherapy, that schizophrenic patients were aggressive, and that medications used to treat schizophrenia had serious side effects and were addictive. The majority of the nurses have licence, master and doctora degree show positive approach toward person with schizophrenia

According to the result of the study appropriate recommendations were made providing education, post graduate courses, using master and doctora programme for nursing education, founding daily care homes for treatment and adapt to social life person with schizophrenia.

Key words: Nurse, Attitude, Stigmatization, Person with schizophrenia, Education

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında yardımlarını, ilgisini ve desteğini benden esirgemeyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Kamile KUKULU'ya,

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca değerli eleştirileri ile yol gösteren, desteğini ve hoşgörüsünü hiç esirgemeyen Doç. Dr. Sayın Kadriye BULDUKOĞLU'na,

Değerli eleştirileri ile çalışmama katkıları olan Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sayın Taha KARAMAN'a,

İstatistiksel değerlendirmelerde yardımcı olan Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sayın Osman SAKA'ya ve Yüksek lisans Öğrencisi Esra Sümen'e,

Tez çalışmamın her aşamasında değerli eleştirileri ile çalışmama yön veren, Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Prof. Dr. Erol ÖZMEN'e ve Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Dr. Oryal TAŞKIN'a,

Manevi desteğini sürekli hissettiğim Öğr. Gör. Sayın Hacer İNAN'a ve çalışmalarım boyunca destek olan tüm Antalya Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanları ve çalışanlarına,

Araştırmama katılan değerli meslektaşlarıma,

Çalışmamın her aşamasında yardımlarını, hoşgörülerini benden esirgemeyen ailem Meliha ERGÜN'e ve Hüseyin ERGÜN'e, teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
GENEL BİLGİLER	
2.1. Tarihsel Süreçte Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Yaklaşımlar	3
2.2. Şizofreni Epidemiyolojisi	6
2.3. Stigmatizasyon (Damgalama, Etiketleme) Nedir?	6
2.4. Damgalamada Riskli Olan Bireyler/Gruplar	7
2.5. Damgalama Nedenleri	9
2.6. Damgalamanın Etkileri	10
2.7. Damgalamanın Etik Boyutu	11
2.8. Damgalamayı Önleme	11
2.9. Sağlık Profesyonellerinin Ruhsal Bozukluklara Yönelik Tutumu	13
2.10. Anti-Stigmatik Yaklaşım Çerçevesinde Şizofreni Tanısı Alan Bireylerin Rehabilitasyonu	13
2.11. Ülkemizde Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Yasalar	15
2.12. Dünyada ve Ülkemizde Anti-Stigma (Damgalama Karşıtı) Hareketleri	17
2.13. Şizofreni Tanısı Alan Bireyin Bakımında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	18
GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yeri	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	22
3.4. Verilerin Toplanması	23
3.5. Anket Formunun Hazırlanması	23

3.6. Anket Formunun Uygulanması	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	24
BULGULAR	
4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Özellikler	25
4.2. Hastanelere Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri	28
4.3. Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşlerin Çalışmanın Yapıldığı Hastanelere Göre Dağılımı	30
4.4. Hastanelere Göre Hemşirelerin Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri	33
4.5. Hemşirelerin Vakadaki Şizofreni Olgusunu Tanıma Özellikleri	36
4.6. Hastanelere Göre Hemşirelerin Şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri	38
4.7. Şizofreni Geçirdiğini Düşündüğünde Hemşirelerin Yapacakları Girişimlerin Kurumlara Göre Dağılımı	40
4.8. Hemşirelerin Şizofreni Geçirdiğini Düşündüğünde Gitmeyi Planladıkları Doktor Grupları	40
TARTIŞMA	41
SONUÇLAR	55
ÖNERİLER	57
KAYNAKLAR	60
ÖZGEÇMİŞ	68
EKLER	
Ek:I-A Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Form	
Ek:I-B Şizofreni Tanısı Alan Bireylere Yönelik Tutumu Belirlemek İçin Oluşturulan Anket Formu	
Ek:I-C Kliniklere İlişkin Personel ve Altyapı Özelliklerini Tanıtıcı Form	
Ek:II Kliniklere İlişkin Tanıtıcı Özellikler	
Ek:III Tablolar	
Ek:IV Ruhsal Bozuklukların Damgalanmasını Önlemeye Yönelik Kuruluşların Web Adresleri	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CCSR	: Chicago Consortium for Stigma Research (Chicago Stigma Araştırmaları Merkezi)
DSM-4	: Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders-4 (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sınıflandırılması-4)
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
N	: Her maddeye yanıt veren hemşire sayısı
NAMI	: The National Alliance for the Mentally Ill (Ulusal Mental Hastalıklar Birliği)
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanımları Birliği)
RSHH	: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri
Sd	: Standart sapma (standard deviation)
ÜH	: Üniversite Hastaneleri
WHO	: World of Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WPA	: World Psychiatric Association (Dünya Psikiyatri Birliği)

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Özellikler	26
4.2. Hastanelere Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri	29
4.3. Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşlerin Çalışmanın Yapıldığı Hastanelere Göre Dağılımı	31
4.4. Hastanelere Göre Hemşirelerin Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri	34
4.4.1. Hemşirelerin Vakadaki Şizofreni Olgusunun Tedavisine İlişkin Düşünceleri	36
4.4.2. Hemşirelerin Vakadaki Şizofreni Olgusunun Tedavisi İçin Başvurması Gereken Doktora İlişkin Önerileri	36
4.5. Hemşirelerin Vakadaki Şizofreni Olgusunu Tanıma Özellikleri	37
4.6. Hastanelere Göre Hemşirelerin Şizofreniye İlişkin Genel Görüşlerinin Dağılımı	39
4.7. Şizofreni Geçirdiğini Düşündüğünde Hemşirelerin Yapacakları Girişimlerin Kurumlara Göre Dağılımı	40
4.8. Hemşirelerin Şizofreni Geçirdiğini Düşündüğünde Gitmeyi Planladıkları Doktor Grupları	41
Ek3- Tablo1. Hastanelere ve Büyüdüğü Yere Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri	
Ek3-Tablo 2. Hastanelere ve Ailede Psikiyatrik Öyküsü Olmasına Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri	
Ek3-Tablo 3. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri	
Ek 3-Tablo 4. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri	

- Ek3- Tablo 5.** Hastanelere ve Yaşlarına Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 6.** Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 7.** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 8.** Hemşirelerin Hastanelere ve Büyüdüğü Aile Yapısına Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 9.** Hastanelere ve Büyüdüğü Yere Göre Hemşirelerin Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 10.** Hemşirelerin Hastanelere ve Ailesinde Psikiyatri Öyküsü Olma Özelliğine Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri
- Ek3- Tablo 11.** Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitimlerine Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 12.** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitimlerine Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 13.** Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri
- Ek3- Tablo 14.** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri
- Ek3- Tablo 15.** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 16.** Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 17.** Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri

- Ek3-Tablo 18.** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde alışan Hemşirelerin alışma Sürelerine Göre şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 19.** Hastanelere ve Büyüdüğü Yere Göre Hemşirelerin şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 20.** Hastanelere ve Ailede Psikiyatrik ykw Olma Durumuna Göre Hemşirelerin şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri
- Ek3-Tablo 21.** Hastanelere ve Büyüdüğü Yere Göre Hemşirelerin şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri
- Ek3-Tablo 22.** Hastanelere ve Eğitim Durumlarına Göre Hemşirelerin şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri
- Ek3-Tablo 23.** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerindeki Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri
- Ek3-Tablo 24.** Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki Hemşirelerin alışma Sürelerine Göre şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri
- Ek3-Tablo 25.** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerindeki Hemşirelerin alışma Sürelerine Göre şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri
- Ek3-Tablo 26.** Hastanelere ve Ailede Psikiyatrik ykw Olma Durumuna Göre Hemşirelerin şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanlar bazı olaylar ve nesnelere üzerinde düşünerek, tartışarak “normal” tanımı yaparlar. Normal, bir toplumun ortalamasını yansıtır. Normal dışı olan her şey, anormal, tuhaf, farklı ve garip şeklinde tanımlanabilir ve farklı bulunandan uzaklaşılır, dışlanır, ayrımcılık yapılarak damgalanabilir (Berkun, 2001; Bostancı, 2000; Boyd, 2002; Yıldırım, 2001).

Damgalama, bir kişiye veya bir olaya karşı itibarını kaybettirici, gözden düşürücü, aşağılayıcı, hor görücü bir tavır veya tutum sergilemek ve olayı veya kişiyi önyargılı bir şekilde ele alarak negatif bir davranış içerisinde olmaktır (Soygür, 2003; Taşkın, 2004 a). Bir başka tanıma göre ise; bir kişiye, gerçeğe dayanmaksızın, adını kötüye çıkararak utanç verici bir özellik ya da nitelik yüklenmesidir (Bostancı, 2000; Boyd, 2002; CCSR, 2003; Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, & Parente, 2002; Üçok, 2002).

Birey kendisini ürküten, rahatsız eden bir şeyle karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gider. Geçmişten günümüze değin ruhsal sorunu olan, özellikle şizofreni tanısı almış bireyin, toplum tarafından ayrımcılığa maruz bırakıldığı, dışlandığı ve damgalandığı görülmüştür (Berkun, 2001; Bostancı, 2000; Haghighat, 2001; Holmes, Corrigan, Williams, Canar, & Kubiak, 1999; Mechanic, 2002; Mental Health Commission, 2002; Mc Cabe, 2002; Öztürk, 2001; Raingruber, 2002; Taşkın, Şen, Aydemir, Demet, Özmen, & İçelli, 2002; Yıldırım, 2001).

Ruhsal bozukluğu olan bireylere, özellikle de diğer psikotik bozukluklara göre daha çok dışlanarak damgalanan şizofreni hastalarına yönelik toplumun bakış açılarını bilmek önemlidir. Çünkü şizofreni hastasına yönelik uygun yaklaşımın sağlanması için kişilerin mevcut düşünce, tutum ve davranışlarının açık olması gerekir. İnsanlar şizofreni hastalarına ilişkin ne kadar olumlu düşüncelere sahip olursa şizofreni hastası bir bireyin topluma kabulü, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin başarısı o kadar etkin olur (Wahl, 1999). Şizofreni tanısı alan bireyin topluma uyumunda, toplumun düşüncelerine etkin bir şekilde yön verebilecek kadar onlarla iletişime geçen hemşireler, şizofreni tanısı bireyin tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde büyük oranda yer alabilirler ve bireye en etkin yardımcı yapabileceği fırsatları diğer sağlık ekibi üyelerine göre daha fazladır. Hemşirelerin, şizofren hastası bireyi damgalaması sağaltım seçeneklerini ve sürecini, birey ve ailesini ve de toplumun şizofreniye yönelik yaklaşımlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Hemşire, ruhsal bozukluğu olan bireyle, hastanede yattığı süre içerisinde en çok iletişime geçen sağlık profesyonellerinden biridir. Hemşirelerin tutumları, bu hastalar üzerinde doğrudan etkili olarak klinikteki terapötik ortamın düzenlenmesinde belirleyici olmaktadır. Hemşireler ruhsal bozukluğu olan bireye nasıl yaklaşımda bulunmaları gerektiği konusunda karar vermede güçlük

çekmektedir. Hemşirelerin, ruhsal bozukluğu olan bireye yardım edebilmesi için öncelikle kendilerinin ruhsal bozukluk tanısı alan bireye karşı tutum ve davranışlarının belirlenmesi gerekmektedir.

Dünya Psikiyatri Birliğinin (WPA) 1996 yılında başlattığı, şizofreni hastalarının toplum tarafından damgalanmasını önlemeye yönelik programda Türkiye'nin de bulunduğu 22 ülke yer almaktadır. Kampanya kapsamında halkın, sağlık profesyonellerinin şizofreni tanısı alan bireye yönelik yaklaşımlarını ve tutumlarını belirlemek ve de uygun yaklaşım modelleri geliştirmek amacıyla araştırmalar yapılmıştır. Ülkemizde Manisa, İstanbul, Gaziantep, Ankara gibi illerde kırsal alandaki halkın, hemşirelik veya tıp öğrencilerinin, pratisyen hekim ve hemşirelerin şizofreni tanısı alan bireye yönelik tutum ve yaklaşımlarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Bunların dışında literatürde diğer illeri de kapsayan ülke genelini yansıtabilecek araştırmalar yer almamaktadır. Bu bakımdan çalışmamızın sonucu WPA'nın başlattığı kampanya kapsamında ülkemiz adına paylaşılabilir önemli bir sonuçtur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Türkiye genelinde şizofreni tanısı alan bireylerle karşılaşma olasılığı yüksek olan üniversite hastaneleri ile sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinin psikiyatri kliniklerinde ve sağlık bakanlığı ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşirelerin, şizofreni tanısı almış bireylere bakışını değerlendirmek ve şizofreni tanısı alan bireylerin hastalıklarının kronikleştiği dönemlerde toplumdan izole edilerek tedavilerinin sağlandığı "depo hastaneler" olarak da bilinen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri psikiyatri klinikleri ile eğitim ve araştırma yönü ile ön plana çıkan akademik kurum kimliği olan Üniversite Hastanelerinin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı alan bireye bakış açıları arasındaki farklılıkları belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

2.1.Tarihsel Süreçte Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Yaklaşımlar

Geçmişten günümüze kadar olan dönemde ruhsal bozukluğu olan bireye çok çeşitli yaklaşımlar sergilenmiştir. İlk çağda hastalıkların doğa üstü güçlere bağlandığı, animistik düşüncenin egemen olduğu görülmüştür. Büyücü hekimler ve şamanlar çeşitli törenler, danslar, ruhları saklayan eşyanın yok edilmesi, çılgınlık nöbetleri ve trans durumları ile zararlı ruhları kovarak hastalıkları iyileştirmeye çalışmıştır (Berkun, 2001; Öztürk, 2001).

Eski çağda, ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik belirgin bir stigmatize edici yaklaşım gözlenmemiş, sadece hastayı iyileştirmeye yönelik çeşitli yollar denendiği belirtilmiştir. Mısır, İbrani ve Yunan uygarlıklarının gelişmesiyle, insanlık tarihinin düşünme, çevresindeki evreni gözleme ve olaylar arasında sebep sonuç ilişkilerini araştırma dönemi başlamıştır. Bu dönem, hastalıkları kötü niyetli kuvvetlerin oyunu ve tanrısal ceza sayan görüşün yanında, ruhsal bozukluğun da sebep - sonuç ilişkisine bağlı bir hastalık olduğu ve tedavi edilmesi gerektiğini ileri süren görüşlerin gelişmeye başladığı dönem olmuştur (Ehrenreich & English, 1992; Öztürk, 2001; Varcarolis, 1998; Videbeck, 2001).

Hipokrat ruhsal bozuklukları doğal etkenlerle açıklamıştır. Hipokrat, o zamana kadar kutsal bir hastalık olarak bilinen epilepsinin bir beyin hastalığı olduğunu savunarak hastalıklara bilimsel bir bakış açısının geliştirilmesinde etkili olmuştur (Boyd, 2002; Öztürk, 2001; Videbeck, 2001). Hipokrat gibi bilim adamlarının çalışmaları sonucunda ruhsal hastalıklara bakış açısı değişmeye başlamıştır. Hipokrat' tan sonra Eflatun, Aristo, Aesculapiades, Cicero, Soranos gibi filozoflar da akıl hastalıklarının doğal olaylarla açıklanmasına katkıda bulunmuştur (Öztürk, 2001). Ruhsal bozukluk giderek sadece korkulan ve rahatsız olunan bir durum olmaktan çıkmış, hakkında daha kabullenici ve insancıl yorumlar yapılmaya başlanmıştır (Gülseren, 2002). Aydınlanmış dönemi çok uzun sürmemiş, orta çağda gerileme olmuş ve milattan sonra 3. yüzyılda hastalıkların oluşumu hakkında yeniden gizemli, büyüsel düşünce egemenlik kazanmaya başlamıştır. Musevi ve Hıristiyan din kitaplarındaki açıklamalar, ruhsal bozukluğu olan bireye yapılan işkencelerin ve yok etmelerin kaynağı, destekçisi olarak kullanılmıştır (Öztürk, 2001).

Orta Çağ Avrupasında sağlık hizmetleri büyük ölçüde İsa peygamberin felsefesinin etkisinde kalmıştır. O dönemde hemşireler toplumda güçlü yerlere sahiptirler ve İsa'nın kardeşlik, sevgi ve şefkat düşüncesinin ışığında insanlara inançları, fiziksel bakımları ve ruhsal gereksinimleri doğrultusunda bakım yapmaktadırlar (Ulusoy & Görgülü, 1996). Ancak bu hizmetlerden ruhsal bozukluğu olan birey etkin bir şekilde yararlanamamıştır. Çünkü Orta Çağ Avrupasında ruhsal bozukluğu olan birey büyücü, tehlikeli kabul edilmiş ve şeytanın yakaladığı bir büyücü olarak avlanıp, diri diri yakılmıştır (Gülseren, 2002; Öztürk, 2001; Varcarolis, 1998). Sadece İskoçya'da 20.000 insan yakılarak öldürülmüştür. Özellikle

15. yüzyılda ruhsal bozukluk, Batı Medeniyetinde korkunç bir felaket olarak değerlendirilmiştir. Orta Çağda akıl hastaları toplumdan tecrit edilmişlerdir. Bu nedenle de hastalar kuşkusuz çok büyük bir ahlaki yargılar bütününe etkisine girmiştir. Akıl hastası olan bireyler toplumun düzen ve huzurunu bozduğu, kötü ruhun temsilcisi olduğu için kentlerin dışına atılmışlar, uzaklara giden tüccar gruplarına emanet edilmişlerdir. Hatta bu dönemlerde yüklerinin yanı sıra akıl hastalarını da bir şehirden başka şehre taşıyan gemiler de kullanılmıştır (Yıldırım, 2001).

Orta Çağ Avrupa'sının ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik olumsuz, yargılayıcı tutumları devam ederken, İslam topluluklarında ve Türkler de dini düşüncenin de etkisi ile olumlu, hoşgörü içeren tutumlar bulunmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan bireye yardım edilmesi, hatta diğer şahıslardan daha fazla korunması gerektiği kabul edilmiştir. Selçuklular devrinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisi ile uğraşan hastane-köylerin varlığı bilinmektedir. Yine, Selçuklular ve ilk Osmanlılar döneminde "Şifahaneler" kurulmaya başlamıştır (Öztürk, 2001). İlk olarak 1205 yılında Kayseri'de sonrasında 1217'de Sivas, 1272'de Kastamonu, ve 1308'de Amasya'da kurulmuştur. Bu şifahaneler ilk olarak "tekke" şeklindeki yapıları ve amacı ruhsal bozukluğu olan bireyi tedavi etmeye yönelik çeşitli alternatifler sunmaktı. Buralarda "hidroterapi" olarak da bilinen ve hastaların bol su ile temas etmesinin sağlandığı hamamlar mevcuttu (Volkan, 1975). Ruhsal bozukluğu olan bireyleri tedavi eden tekke şeyhleri, hatta bu işi kendilerine nesiller boyunca görev almış aileler olmuştur. Osmanlılar döneminde de bu gelenek sürdürülmüş, ruhsal bozukluğu olan bireyler toplumdan uzaklaştırılmamış, hapsedilmemiş ve kötü muamele görmemişlerdir. 1470 yılında özellikle ruhsal bozukluğu olan bireye hizmet vermeyi planlayan bir hastane açılmıştır. Bu hastaneleri dönemin ünlü Fransız psikiyatri uzmanları ziyaret etmişlerdir. Kurulan şifahaneler, bimarhaneler ve tımarhaneler kentlerin en merkezi yerlerinde, sosyal, ekonomik, kültürel, dinsel etkileşimin en yoğun olduğu noktaya cami-medrese-hastane üçlüsü olarak yapılmıştır. Osmanlı Tıbbında ruhsal bozukluklarla ilgili bilinen ilk sınıflamayı Mukbilzade, 1437'de yapmıştır. Özellikle 15 ve 16. yüzyıllarda birçok hastane açılmıştır. Bu hastanelerde hastalara iyi bakım verildiği, müzikle tedavi edildiğini belirten yayınlar vardır. Sultan II. Beyazid zamanında, Edirne'de ikinci ruh sağlığı hastanesi kurulmuştur. Bu hastanede ruhsal bozukluğu olan bireye özel odalarda hizmet sunulmuştur. Evliya Çelebi, "Seyahatname" eserinde bu hastanenin müzik, flüt, zil, harp ve kemanlar eşliğinde şarkılar söylenerek bireye terapi yapan kurumlar olduğundan bahsetmiştir (Volkan, 1975).

Rönesans döneminde ise; Avrupa' da 12. ve 13. yüzyıllardan başlayarak, sanatta, kültürel yaşamın her kesiminde gücünü dinden alan otokratik ve feodal kuruluşların egemenliği giderek zayıflamaya başlamıştır. Ayrıca, artık büyücü avı, akıl hastalarını şeytanın temsilcisi diye yakma gibi uygulamalar sonlanmış (Öztürk, 2001)

17. yüzyılın ortalarından itibaren ruhsal bozukluğu olanları kapatma ve kapalı yerleri onların doğal yeri olarak gören bir anlayış ortaya çıkmıştır. Akıl hastaları yakılmaktan kurtulmuş, ancak bu kez de son derece kötü mekanlara kapatılmaları söz konusu olmuştur (Bostancı, 2000; Yıldırım, 2001).

Ortaçağın kapanması ile ruhsal bozuklukları katı, dogmatik, yarı dinsel inançlarla açıklayan görüşlerin ve uygulamaların son bulması ile Avrupa da hızla gelişen bilimsel çalışmalar döneminde psikiyatri alanında da gerçek bilimsel çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. İlk olarak 17. yüzyılda, ruhsal bozukluklarla hakkında bir kararın din adamlarınca değil, hekimlerce verilmesi gerektiği kabul edilmiştir (Gülseren, 2002; Mc Cabe, 2002; Öztürk, 2001). 17. Yüzyılda hemşireler çoğunlukla fiziksel bakım ile ilgilenmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşire Linda Richard ve Dorethea Dix, psikiyatrik bakımın etkinlik kazanmasını, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımının devlet sorumluluğuna verilmesini ve bağımsız psikiyatri kliniklerinin açılmasını savunmuştur (Boyd, 2002; Varcarolis, 1998). Taylor'un (1994) belirttiğine göre; Dix, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadıkları olumsuz koşulları değiştirmek için toplumu harekete geçirmeye çalışmış ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımı için 30'dan fazla hastanenin kurulmasına öncülük etmiştir. Özellikle Washington'daki St. Elizabeth's Hastanesinin kurulmasında önemli rolü olmuştur. 1890-1930 yılları arasında psikiyatri hemşirelerinin rolünde önemli gelişme ve değişimler kaydedilmemiş, sadece ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasına yer verilmiştir.

Ülkemizde, ilk çağdaş psikiyatri eğitimi 1898'de Gülhane Askeri Tıp Okulu'nda Raşit Tahsin ile başlamıştır. Mazhar Uzman ise onu izlemiştir. Mazhar Uzman, 1927 yılında Toptaşı Tımarhanesini Bakırköy'e taşımıştır (Berkun, 2001; Öztürk, 2001). Türkiye Cumhuriyetinin kurulmasının ardından Türk psikiyatrisinin eğitiminde reform niteliğinde değişiklikler görülmüştür. Psikiyatri nörolojiden ayrılarak ayrı bir dal olmuştur. Türk psikiyatrisinde Kraepelin'in modeli özellikle tanımlayıcı psikiyatride öncü olmuştur (Volkan, 1975).

20. Yüzyılın ikinci yarısında, sosyal çevrenin birey üzerindeki etkileri incelenmiştir. Fiziksel ve farmakolojik yöntemlerin kullanımıyla birlikte, hastaların topluma daha çabuk dönebileceği görüşü yaygınlaşmıştır. Tıp bilimi ruhsal bozukluklarla daha fazla ilgilenmeye, daha fazla araştırma yapmaya ve de bu alana sosyal çalışma, psikoloji, hemşirelik daha aktif olarak girmeye başlamıştır. Uzamış kurumsal bakımın zararlı etkileri konusunda görüşler belirmiş, buna paralel olarak "Toplum Psikiyatrisi'ne" önem verilerek 24 saat hizmet veren kurumlar, kısmi hastane tedavisi (gündüz, gece, hafta sonu hastaneleri gibi), ayaktan tedavi klinikleri, acil servisler ve eğitim birimlerini içeren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmaya başlamıştır (Wahl, 1997). Bostancı'nın (2000) belirttiğine göre, Sullivan, 1930'larda psikozların tedavisinde sosyal çevrenin önemini vurgulayan çalışmasında, şizofrenlerin anlayışlı, hoşgörülü, toleranslı, kolay ilişki kurabilen insanların arasına alındıklarında psikozlu birisi gibi davranmadıklarını saptamıştır.

Varcarolis'in (1998) belirttiğine göre; 1950 yılında Hildegard Peplau'nun "Interpersonal Relations in Nursing" adlı kitabının yayınlanması psikiyatri hemşireliğine bakış açısını değiştirmiş, yine 1953 yılında daha çok Maxwell Jones'un çalışmalarıyla başlayan "Terapötik Toplum" kavramının gelişmesiyle, ruh hastalıkları hastaneleri toplumdaki soyutlanmayan, kişilerarası ilişkilerin devam ettiği toplumsal yapılar haline dönüşmüştür. Toplum bilim çalışmaları, hemşirelerin ve diğer bakım verenlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumlarının değişmesine yardımcı olmuş, ruhsal bozukluğu olan bireyin daha bağımsız olmalarını ve üzerlerindeki aşırı, gereksiz baskının azalmasını sağlamıştır.

Hemşireler bu dönemde psikiyatrideki gelişmelere paralel olarak, psiko-analitik kuram, kişilerarası ilişkiler ve iletişim kuramları konularında bilgi sahibi olmaya gereksinim duymuşlardır (Boyd, 2002). Varcarolis'in (1998) belirttiğine göre; Maxwell Jones'un "Terapötik Toplum" adlı kitabında hemşirelerin rollerine yer vermesi ve psikiyatrik tedavinin giderek bir ekip çalışması haline dönüşmesinin etkisiyle hemşireler daha aktif biçimde grup terapilerinde, aile terapilerinde, ortam terapisinde rol almaya başlamışlardır.

Şizofreni hastalığının tanımlanması, Milattan Sonra 1-2. yüzyıllara rastlamaktadır. Bu dönemlerde şizofrenik yıkımdan ve sanrılardan söz edilmiştir. Şizofreni ilk olarak 1860 yılında Morel tarafından tanımlanmıştır (Işık, 1997). Sonrasında 1871 yılında Hecker "hebefreni" olarak, 1874'te Kahlbam'ın "katatoni" kavramları ile zenginleşerek, 1896'da Emil Kreapelin'in, erken başlayan hezeyan ve halüsinasyonlar gibi semptomları içeren ve sürekli bir yıkımla giden ruhsal bozukluğu "Dementia Praecox" olarak adlandırması ile netleşmiştir (Arihan, 1998). Öztürk'ün (2001) belirttiğine göre; 1911'de Eugen Bleuler'in zihin bölünmesi veya yarılanması tanımlaması ile günümüzde kullandığımız biçimi ile "şizofreni" kavramına dönüşmüştür.

2.2. Şizofreni Epidemiyolojisi

Şizofreni dünya genelinde son derece yaygın olan bir ruhsal bozukluktur. Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile gerçekleştirilen uluslararası şizofreni pilot çalışmasına göre, şizofreninin büyük Amerikan eyaletlerinden, Hint kasabalarına, hatta Afrika köylerine kadar geniş bir alanda gözlemlendiği saptanmıştır (Jablenski, 1986). Dünya Sağlık Örgütü'nün on ülkede gerçekleştirdiği epidemiyolojik araştırmaya göre, şizofreni yaygınlığı binde 0.07-0.14 olarak tespit edilmiştir (Arihan, 1998). Ülkemizde, şizofreni epidemiyolojisine ilişkin çalışmalar da şizofreni hastalığının bir yıllık yaygınlığı ve yaşam boyu yaygınlığı %0.5 olarak saptanmıştır (Doğan, 2002).

2.3. Stigmatizasyon (Damgalama, Etiketleme) Nedir?

Stigma kelime anlamı olarak yara izi, leke, kişiyi işaretleyen bir utanç ve aşağılama işaretini ifade etmektedir. Diğer taraftan, stigma, bir kişi veya grup için utanılması gereken durumun varlığı veya normal dışılığı ya da herhangi bir özelliği ile diğer bireylerden farklılığı olan ve bu nedenle suçlayıcı, kurban edici yaklaşım ve tutuma maruz kalma durumunu yansıtır (Gray, 2002; Taşkın, 2004 a).

Genel anlamıyla damgalama, bir kişiye veya bir olaya karşı itibarını kaybettirici, gözden düşürücü, aşağılayıcı, hor görücü bir tavır veya negatif bir davranış sergilemektir (Boyd, 2002; Çilingiroğlu & Subaşı, 2003; Mechanic, 2002; Sayar, 2002). Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu'nun belirttiğine göre (2003), damgalama konusunda ilk araştırmaları yapan Goffman, damgayı "daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi idrak edilmemesi" olarak tanımlamıştır. Damgalama, çevrede farklı olduğu düşünülen kişiye karşı hissedilen duygu beraberindeki önyargılı davranış olarak da ifade edilmiştir. Bu önyargılı davranışlar beraberinde ayrımcılık ve dışlama davranışlarını getirir (Raingruber, 2002).

Damgalama, pek çok durum veya olguda görölse de, ilk çağlardan bu yana damgalama ve ayrımcılığa maruz kalan kesim ruhsal bozukluğu olan bireylerdir (Taşkın, 2004 b). Toplumun ruhsal bozukluklara ilişkin tutumları, hastaları "tehlikeli" ve "ne zaman ne yapacağı bilinmez kişiler" olarak algılamalarıyla ilişkilidir. Stigma tüm ruhsal bozukluklarla ilgilidir; ancak bazı ciddi ruhsal bozuklukları deneyimleyen kişilerde olağan dışı davranışlar olduğundan daha fazla görülür (Bostancı, 2000; Sayar, 2002; Taşkın, 2004 a).

Corrigan ve Lundin'in belirttiğine(2001) göre damgalamayı tanımlamak için 4 terim kullanılır. Bunlar:

Stereotipiler: Bu kavram toplumların ortak görüşünü temsil eder. Ruhsal hastalığı olan kişilerin nasıl oldukları konusunda toplumun daha önce üzerinde hemfikir olduğu kavramdır. Hasta bir kişi denildiğinde, kişi öncelikle stereotipiler eşliğinde durumu algılar. Stereotipiler pozitif ve negatif şeklinde gruplanır. Birçok çalışmanın gösterdiği gibi toplumdaki ruhsal bozukluğu olan birey için oluşan stereotipi, "tehlikeli" ve "ne yapacağı belli olmayan birey" şeklindedir.

Önyargılar: Önyargılar, stereotipileri destekler ve ikisinin sonucunda farklı duygusal reaksiyonlar gelişebilir. Önyargılar sonucu hastalara karşı oluşan duygular genellikle öfke ve korku gibi negatif duygulardır.

Ayrımcılık: Değerlendirilen bir durum sonucu ortaya çıkan bilişsel ve duygusal yanıtlar olup, davranışa yansır. Ruhsal olarak hasta olan bir kişi için bu davranış, ayrımcılık ve dışlayıcı davranışlardır. Önyargılı davranışların sonucu veya bir bireyin negatif stereotipilere sahip olması sonucu da ortaya çıkabilir.

Tutum: Kişilerin yaşama bakış açısı büyüdüğü çevredeki topluma uygun olarak şekillenir. Bu bakış açısı kişinin olaylar karşısında verdiği duygusal reaksiyonlarını da etkiler. Bu reaksiyonlar bazen pozitif bazen de negatif olur. Kişideki bu reaksiyonlar ve dünya görüşünün bütünleşmesi ile oluşan bakış açısına tutum denir. İnsanlar ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik genellikle negatif tutumlara sahiptirler.

2.4. Damgalamada Riskli Olan Bireyler/Gruplar

İnsanlar buldukları toplumun ortalamaları olarak bilinen "normal" kavramına uymayan bireyin farklı olduğunu anlayabilirler. Farklı olarak nitelendirdikleri bireyle iletişime geçmek istemezler ve bireyin rahat bir şekilde toplum içerisinde yer almasına karşı çıkarlar. Tüm bu davranışların öncelikli nedeni, farklı olan bireyin farklılığı hakkında bilgi sahibi olmamaları ve bilinmeyenden zarar görmekten korkmalarıdır (Üçok, 2003). Stigmatize edilen birey veya grup farklı toplumlarda farklı şekillerde olabilir. Doyle'nın (1999) Avustralya'da yaptığı bir araştırmaya göre, ülkede öncelikle multikültürel yapıda olan aborjinler, mahkumlar, HIV virüsü pozitif olan kadınlar, başka bulaşıcı hastalığı olanlar ve ruhsal bozukluğu olan insanlar damgalanmaktadır.

İnsan fiziksel, biyolojik, fizyolojik, sosyal ve ruhsal özelliklerinden birinde meydana gelen değişim nedeni ile farklı olarak görülmektedir. Örneğin, bulaşıcı bir

hastalığa yakalanan bireyi diğerleri damgalar, aralarına almak istemezler. Hatta bu kişiler arkadaşları, aile üyeleri tarafından damgalanabilirler (Prince & Prince, 2002).

Damgalama genellikle ruhsal bozukluğu olan bireye yöneliktir, çünkü ruhsal bozukluğu olan bireyin davranış içeriği, tuhaf, esrarengiz, tutarsız, taşkın veya yetersiz görünebilir ve çevredeki kişiler hastanın davranışlarını önceden tahmin edemez. Bunun sonucunda bilinmeyen davranışa karşı korku, tedirginlik gelişir. İnsanlar ruhsal bozukluğu olan bireye karşı korku, tedirginlik, acıma gibi farklı duygular hissedebilirler (Öztürk, 2001; Sağduyu, Aker, Özmen, Ögel, & Tamar, 2001; Taşkın vd., 2002). Sonuç olarak, ruhsal hastalığı olan bireye yönelik damgalama kökenli her duygu ve davranış farklı boyut ve şekilde bireyi etkiler. Bireyin kendisini yalnız, değersiz, yetersiz ve suçlu hissetmesine neden olur (Gülseren, 2002).

Sugiura'nın (2001) Japonya'da yaptığı çalışmaya göre, bireylerin %86.7'sinin ruhsal bozukluğu olan kişiye önyargılı davranacağı, iletişimden kaçınacağı, %48'inin ruhsal bozukluğu olanlara karşı negatif davranışlar hissettiği belirlenmiştir. Hindistan'da Thara ve Srinivasan'ın (2000) yaptığı çalışmada ise, ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerin toplum tarafından (%48) stigmatize edildiği ve sosyal desteğin çekildiği/azaldığı belirlenmiştir.

Ruhsal bozukluğu olan bireyler içerisinde en sık damgalanan kişiler şizofreni tanısı alanlardır. Yapılan çalışmalarda insanların şizofreni tanısı alan bireyleri tehlikeli ve saldırgan olarak gördükleri ve damgaladıkları belirlenmiştir (Soygür, 2003; Taşkın, 2004 b; Üçok, 2003). Ferriman (2000) İngiltere'de ruhsal bozukluğu olan bireylerin, özellikle de şizofreni tanısı alan bireylerin tehlikeli olarak algılandığı ve bu nedenle de damgalandıklarını belirtmiştir. Chung ve arkadaşları (2001), Hong Kong üniversitesinin çeşitli bölümlerindeki öğrencilerin ruhsal bozukluklara ve psikiyatrik tedaviye olan tutumlarını incelemiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun istekli, gönüllü olarak ruhsal bozukluğu olan bir bireyle etkileşime geçmek istemedikleri ve özellikle şizofrenleri tehlikeli buldukları saptanmıştır.

Ülkemizde ise, Taşkın ve arkadaşlarının (2002) kırsal kesimdeki halkın şizofreniye ilişkin tutumları ve bunları etkileyen etmenleri belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada; katılımcıların %50'si şizofreni hastalarının toplumda serbest biçimde dolaşmamaları gerektiğini, %85.6'sı şizofreni tanısı almış bireyle evlenmek istemediğini, %58.1'i evi olsa şizofreni hastasına vermek istemeyeceğini ve %53.4'ü şizofreni hastasının saldırgan olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Sağduyu ve arkadaşları'nın (2001) İstanbul kırsalında yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre ise araştırmaya katılan bireylerin %46.8'i şizofreni hastası ile birlikte çalışmayacağını, %69.9'u şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini, %33.2'si şizofreni hastası bir komşusunun olmasından rahatsız olacağını, %43'ü evi olsa şizofreni hastasına vermeyeceğini, %25.7'si şizofreni hastalarının toplum içinde rahatça dolaşmamaları gerektiğini, %27.3'ü şizofreni hastalarının saldırgan olduğuna inandığını ve şizofren bireylerin kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararı veremeyeceklerini düşündüklerini belirtmiştir.

Ruhsal bozukluklar içerisinde sıklıkla şizofreni tanısı alan birey, diğer psikotik rahatsızlıklara göre daha fazla damgalayıcı yaklaşıma maruz kalmaktadır. Şizofreni hastalarının damgalamaya maruz kalma nedenleri (Fitzgerald, 2001; Özmen & Taşkın, 2004; Taşkın, 2004 b; Torrey, 2001);

- Şizofrenlerin diğer psikotik rahatsızlıklara oranla daha tehlikeli, tutarsız ve normal dışı davranışları olan bireyler olarak görülmeleri,
- Toplumun şizofreni hastalarını çok yüksek oranda kendileri veya çevreleri için tehlikeli kişiler olarak algılamaları ve bu kişilerle sosyal yakınlık kurmaktan kaçınmaları,
- Şizofreni tanısı alan bireyin saldırgan olarak algılanması, zarar görme korkusuyla insanların kaçması,
- Şizofreni hastasına nasıl yaklaşımda bulunulması gerektiğini bilmeme ve insanların bilinmezlik korkusu hissetmesi,
- Şizofreni hastasının iyileşmeyeceği, hastalığın prognozunun kötü seyrettiği ve toplumdaki izole edilerek yaşamlarını sürdürmeleri gerektiği düşüncesi,
- Toplumda “akıl hastalığı” teriminin “ruhsal hastalık” terimine göre daha çok damgalayıcı yaklaşıma maruz kalması ve özellikle şizofreni hastalığının akıl hastalığı olarak kabul edilmesi,
- Şizofreni hastasının suç işleme potansiyelinin yüksek olduğuna inanma ve bu nedenle de onlardan uzak durmayı isteme.

Ruhsal bozukluk tanısı alan birey toplum tarafından damgalanabilir. Dickerson ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireyi toplum (%61), işveren (%36), ruh sağlığı çalışanları (%20), aile üyeleri (%19), arkadaşları (%14) ve eş-yakınlarının (%11) stigmatize ettiği belirlenmiştir. Ruhsal bozukluğu olan birey kendisi tarafından da damgalanabilir. Diğer insanlar tarafından yapılan damgalamanın farkına varan birey utanma, tedaviyi sürdürmeme, izolasyon ve destek sistemlerini kullanmamaya başlar (Özmen & Taşkın, 2004). Ruhsal bozukluğu olan birey sağlık profesyonelleri tarafından da damgalanarak dışlanabilir. Üçok ve arkadaşlarının (2001) psikiyatri dışında çalışan hekimlerle yaptığı çalışmaya göre, hekimlerin şizofreni hastalarını daha saldırgan olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir.

Toplumumuzda şizofreni tanısı alan bireylere yönelik yanlış inanışlar vardır. Bunlar; “şizofrenler asla iyileşmezler”, “tedavisi olmayan bir hastalıktır”, “bu bireyler zararlı ve tehlikelidirler”, “hastalığı diğer insanlara geçirebilirler”, “tembel ve güvenilmez insanlardır”, “kişinin karakterinin zayıflığı sonucu kasıtlı olarak ortaya çıkan bir durumdur”, “şizofreni tanısı alan bireyin yaptığı her şey saçma sapandır”, “yaşamları hakkında mantıklı karar veremezler”, “bu bireyler çalışamazlar”, “hastalık kişinin yaşamı boyunca daha da şiddetlenir”, “hastalık anne ve babanın suçudur” şeklindeki düşüncelerdir (Işık, 1997; Soygür, 2001; Şizofreni Dostları Derneği, 2004; Taşkın, 2004 b).

2.5. Damgalama Nedenleri

Toplumun ruhsal bozukluğu olan bireyi stigmatize etmesinin birçok nedeni vardır. Bunlar, ruhsal bozukluğu olan bireyin davranışlarına anlam verememek, saldırgan olduğunu düşünmek, onu farklı olarak görmek ve farklılığı nedeniyle

suçlamaktır. Ayrıca, ruhsal bozukluğu olan bireyin davranışlarında tutarsızlık olması nedeniyle, nerede nasıl davranacağını tahmin edememe ve bilinmeyenden korkma, bireye uygun yaklaşımı bilmeme, görsel ve yazılı basındaki hatalı yorumların okunması ile yanlış bilgilere sahip olma, bulunduğu toplumun kültürel yapısı gereği, edindiği değerlerin ruhsal bozukluğu olan bireyi değersiz görmesi, topluma ait görmemesi ve ruhsal bozukluğu olan bireyin asla iyileşemeyeceğini düşünmesidir (Halter, 2002; Soygür, 2000; Üçok, 2002).

2.6. Damgalamanın Etkileri

Stigma ruhsal bozukluğu olan kişileri iki türlü etkiler:

1. Dışsal olarak; arkadaşları, akrabaları, yakın çevresi ve işverenler tarafından reddedilmesi,
2. İçsel olarak; reddedilmenin kişinin psikolojisinde yalnızlık ve depresyona yol açması (Bostancı, 2000).

Damgalanan birey, toplumdan giderek uzaklaşır ve zamanla kendisini yalnız hisseder, karamsarlık, ümitsizlik, güçsüzlük gibi duygular deneyimleyebilir ve damgalama devam ederse yaşama isteği, yaşamdan zevk alma duygusu azalabilir. Bireyin sosyal destekten mahrum kalması yaşamının her adımında kendisini gösterir (Ferriman, 2000).

Damgalama hastanın tedavi görme şansını azaltır. Ruhsal sorunları olan birey toplumdaki damgalamayı hissederse ve kendi kendini damgalarsa hastalığının başlangıcındaki belirtileri inkar edebilir ve bu belirtileri için tıbbi çözüm aramayabilir (Özmen & Taşkın, 2004). Hasta birey çalışıyorsa genellikle işyerinde etiketlenme korkusu yaşayarak, ilaç dozunu atlama şeklinde tedaviye uyumsuzluk gösterir (Çobanoğlu, Aker, & Çobanoğlu, 2003). Damgalanan bireyin ilaç tedavisi bu durumdan olumsuz etkilenebilir.

Stigmatize edilen bireyin ailesi de bu durumdan etkilenir. Aile üyeleri özellikle anne ve baba suçluluk, yetersizlik ve yalnızlık duygusu deneyimleyebilir. Özellikle toplumun, hastalığa aile üyelerinin neden olduğunu düşünmeleri ve onları suçlamaları gibi yanlış inanışları ve bunun paralelinde damgalayıcı yaklaşımları aile üyelerinin kendilerini kötü hissetmelerine yol açar (Lefley, 1992). Anne ve baba ruhsal bozukluğu olan çocuğuna yöneldiği için diğer çocuklarını ihmal ettiği duygusuna kapılabilir. Stigmatizasyonun devamında ailenin sosyal aktivitelerinde azalma, içine kapanma, çevre ile olan etkileşimde azalma gözlenebilir. Bazı durumlarda aile üyelerinden birisi işini kaybedebilir ve sorunlara ekonomik bir boyut da eklenebilir (Phelan, Bromet, & Link, 1998; Soygür, 2003).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin özellikle annelerinin, hasta olan çocuklarına ve kendilerine yönelik ayrımcı, dışlayıcı ve önyargılı davranışları, benlik saygılarını olumsuz etkilemektedir (Soygür, 2000). Ruhsal bozukluğu olan bireyin anne/baba olması durumunda, çocukları damgalamaya maruz kalırsa; öfke, korku, utanma gibi duyguları yaşayabilirler. Sosyal çevreden uzaklaşarak içlerine kapanabilirler. Şüphesiz böyle bir sürece giren çocuk iletişime girme konusunda sorun yaşayabilir, okulda başarısız olabilir ve giderek daha çok içine kapanabilir, sonrasında madde

kötüye kullanımı, madde bağımlılığı gibi problemlerle karşı karşıya kalabilir (Lefley, 1992).

Sonuç olarak, ruhsal bozukluğu olan bireyle birlikte ailesinin de tedavi sürecinde ele alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi sürecinin değerlendirildiği bir çalışmaya göre; sağaltım yapılırken ailelerin katılımının önemli olduğu ve aileye verilecek her türlü hizmetin hastanın tedavisine fayda sağlayacağı belirtilmiştir (Gülseren, Turgut, Yaprak, & Kültür, 1999).

2.7. Damgalamanın Etik Boyutu

Sağlık profesyonelleri, şizofreni tanısı alan bireye etik ilkeler çerçevesinde hizmet vermelidir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi ruhsal bozukluğu olan bireyi stigma, ayrımcılık ve dışlanmadan korumak için gerektiğinde bireyin ve ailesinin haklarını savunarak onları desteklemek rolünü üstlenmelidir (Fry, 2000). Hemşire yaptığı uygulamalar, davranışlar üzerine açıklamalarda bulunabilmelidir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi hizmet verdiği hastaya zarar vermemek adına ahlaki normlara ve meslek standartlarına uygun davranmalıdır ve bunun paralelinde hastayı stigmatize etmemeli ve de başkaları tarafından stigmatize edilmesinin önüne geçmelidir (Bostancı, 2000).

Disiplinlerarası işbirliği, diğer sağlık personelleri ile birlikte etkin bakım vermek için aktif katılımın sağlandığı bir durumdur. Her türlü sağlık hizmetinde mesleklerarası işbirliği yapılması kaliteli hizmet için gereklidir. Ruhsal bozukluk tanısı alan bireyin stigmatize edilmesi, farklı meslek disiplinlerinin işbirliği ile önlenabilir.

Etik kavramları bilmeyen, benimsemeyen hemşire, ruhsal bozukluğu olan bireyi ve ailesini kendisi stigmatize edebileceği gibi, başkalarının da etmesine fırsat verebilir. Hastanın gizliliğini ihmal etme ve güvenliğini riske atma nedeniyle hastayı negatif davranışlardan, tutumlardan koruyamayan hemşire etik sorunların yaşanmasına neden olur. Hemşire, mesleki değerlerinin paralelinde hastanın güvende olacağı terapötik ortamı sağlayarak, anti-stigma hareketlerinde yer alarak etik sorunlar yaşanmasına engel olabilir (Deahl & Welsh, 2002).

2.8. Damgalamayı Önleme

Ruhsal bozukluğu olan bireyin stigmatize edilmesini önlemek için psikiyatri hemşiresi, psikiyatrist, pratisyen hekim, basın mensubu, ruhsal bozukluğu olan birey ve ailesi, yakınları örgütlenerek, birlikte hareket etmelidir. Öncelik, halkın ruhsal hastalıklar hakkında eğitilmesi olmalıdır (Deahl & Welsh, 2002; Üçok, 2003). Medya eğitim olayında aracı olarak kullanılacak güçlü bir kaynaktır. Basın mensuplarının eğitilmesi ve çalışma faaliyetlerinde yer alması önemlidir. Halka yönelik bilinçlendirme, bilgilendirme programları planlı olarak yapılmalıdır. Hastaların kendi deneyimlerini yazması veya anlatması toplumun hastayı ve hastalığı daha iyi anlamasını sağlayabilir (Özmen & Taşkın, 2004).

Eğiticilerin eğitilmesi de son derece önemlidir. Çünkü ruhsal bozukluğu olanlara yönelik tutumlar kişilerin büyüme döneminde şekillenir. Bu konuda bilgili

eğiticilerden, eğitim alan öğrenciler bunu davranış ve tutumuna yansıtacaktır ve bu şekilde geniş halk kitlelerine ulaşma imkanı doğacaktır.

Doktorların ruhsal bozukluk, ruhsal bozukluğu olan bireye ilişkin tutumlarını gözden geçirmesi önemlidir. Toplum, hekimin olumsuz düşüncelerinden etkilenecek, koşullanabilir. Hekim öncelikli olarak düşünceleri konusunda farkındalık geliştirmeli ve hatalı yaklaşım ve yargıları varsa bunu düzeltmelidir (Üçok, 2003). Damgalamayı önlemede hemşirelerin ruhsal bozukluklara yönelik tutumları, tüm sağlık profesyonelleri ve halk arasında köprü oluşturması açısından önemli bir noktadır. Hemşirelerin bu konuda olumlu düşüncelere sahip olması, halkın geniş kitlelerine ulaşacak şekilde eğitilmeleri gerekmektedir (Özmen & Taşkın, 2004). Sağlık profesyonelleri, ruhsal bozukluğu olan bireye önyargılı olmamalı, medya ve sosyal çevrenin ayrımcılığı destekler nitelikteki mesajları ile mücadele etmelidir. Ayrıca sağlık profesyonelleri şizofreni hastalığı, manik-depresif veya genel ruhsal bozukluklar üzerine olan etiketlemeyi tanımalıdır. Örneğin, “ruhsal bozukluğu olan bireyler iş yaşamı için yetersizdir”, “insanlar için tehlikelidir” gibi etiketlemeleri bilmelidir.

Özellikle şizofreni tanısı alan bireye sağlık hizmeti veren ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, ruhsal bozukluğu olan bireyi stigmatize edici davranıştan kaçındığı gibi, bu davranışlara karşı koruyucu da olmalı, hasta için terapötik ortam sağlamalıdır. Hemşire ayrıca, hastanın tedavi sürecine uyumuna yardım etmeli, servis aktivitelerine katılımını sağlamalı, hastaya bireysel olarak yaklaşım tarzını benimsemeli, hastanın kültürel yapısını (değerleri, normları vb) öğrenmeli ve kişinin özelliklerine saygı duymalıdır. Hemşire, bireyin ailesini tedavi sürecinin her basamağına katmalıdır. Stigma karşıtı örgütlerde aktif olarak yer almalıdır. Ayrıca stigmanın ruhsal bozukluğu olan birey ve ailesini nasıl etkilediği üzerine halkı eğitici seminerler vermeli, stigma üzerine araştırmalar yapmalı ve sonuçlarını uygulamaya taşınmalı, medyanın gücünü kullanarak ruhsal bozuklukları tanıtıcı programlarda ve televizyon programlarında yer almalıdır. Hemşire ayrıca birey ve ailesinin sosyal destek mekanizmalarını belirleyerek kullanmaları için yönlendirici olmalıdır (Durham, 2003; George, 2002; ICN, 2002).

Toplum ruhsal bozukluklar hakkında doğru bilgileri öğrendikçe hastalığı, hastaları ve onların yaşadıklarını daha iyi anlayabilir. Bu bakımdan ruhsal bozukluklar hakkında değişik yollarla bilgilenmeleri sağlanmalıdır. Afişler, televizyon programları, broşürler, gazete, internet ve kitaplar yoluyla insanların ruhsal bozuklukları öğrenmesi sağlanabilir. Sağlık profesyonelleri, ruhsal bozukluğu olan bireyin olası semptomları, iyileşme potansiyeli hakkında da bilgi vermelidir. Negatif belirtileri bilerek bu belirtilerle mücadele edebilmek damgalamayı azaltmada öncelikli adımlar arasında yer almaktadır. Ruhsal bozukluğu olan bireyin damgalanması ve ayrımcılığa maruz kalması, damgalayıcı, önyargılı davranışlar ve bunların etkileri hakkında da topluma bilgi verilmelidir. Örneğin, ruhsal bozukluğu olan bireyin kendisinde yaşadığı sıkıntıları, damgalayıcı yaklaşımın yaşamı üzerine etkilerini dinlemek, onu anlamak adına önemlidir (Corrigan & Lundin, 2001).

Sağlık profesyonelleri damgalayıcı yaklaşımı azaltmak için kullandığı ortak dilin içeriğine dikkat etmelidir. Örneğin, ruhsal bozukluğu olan birey için kullanılan kaçık, deli, çılgın gibi ifadelerin kullanımını tercih etmemelidir. Hasta olan bireyi

ruhsal bozukluğa sahip birey olarak nitelendirmelidir ve genelleme yapmaktan kaçınmalıdır. Yine sağlık profesyonelleri hastalığın belirtileri, toplum tarafından algılanışı ve toplumun tepkileri üzerine açıkça konuşabilmelidir. Özellikle hasta bireyin ailesinin desteklenmesi, sosyal çevresinin ve toplumun eğitilmesinde önemli bir noktadır. Damgalamanın önüne geçilmesinde damga ile mücadele eden organizasyonlar desteklenmelidir. Bu organizasyonlar genellikle hasta haklarını koruyucu, daha iyi tedavi imkanları sağlayıcı ve bireyin topluma uyumunu destekleyici nitelikte çalışırlar. Damgalama ile mücadele için, hükümetten sağlık hizmetlerine ilişkin isteklerde bulunmak etkin bir girişim olabilir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin yeterli sayıya ulaşması, ruhsal bozukluğu olan bireyin yaşamını destekleyebilir (Wahl, 1999).

2.9. Sağlık Profesyonellerinin Ruhsal Bozukluklara Yönelik Tutumu

Kırlangıç'ın (1984), psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik tutumlarını incelediği çalışmada, hemşirelerin işlevlerinin medikal tedavinin yerine getirilmesi, hastanın günlük işlerinin yürütülmesi, gözlem yapma ve hastayı kontrol etme şeklinde sınırlı olduğu ve hastaların duygusal gereksinimini karşılamak için fazla zaman ayırmadıkları, hatta zaman zaman onları itici buldukları saptanmıştır. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşireler ve aynı Üniversitenin Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre, hemşirelik öğrencilerinin %66.7'si, hemşirelerin %43.6'sı şizofreninin kişilik yapısının zayıflığından kaynaklandığını belirtmişlerdir (Özyiğit, Savaş, Ersoy, Yüce, Tutkun, & Sertbaş, 2004).

Diğer taraftan başka bir çalışmada Tıp Fakültesi öğrencilerinin rutin psikiyatri eğitimi almalarının tedavi ve çare arama davranışı dışında olumlu tutum değişikliği yapmadığı ve öğrencilerin damgalayıcı yaklaşımlarının devam ettiği saptanmıştır (Yanık, Şimşek, Katı, & Nebioğlu, 2003). Sağlık personelinin ruhsal sorunlara yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada ise, hemşire ve doktorların %42.8'i ruhsal bozukluğu olan bireyin saldırgan olduğunu belirtmiştir (Bağ & Ekinci, 2005).

2.10. Anti-Stigmatik Yaklaşım Çerçevesinde Şizofreni Tanısı Alan Bireylerin Rehabilitasyonu

Şizofreni hastalarının yalnızca tıbbi tedavisi yeterli olmamaktadır. Şizofreni hastaları hastalığın belirtileri, hastanede yatışın uzun sürmesi, sosyal becerilerinin baskılanması gibi nedenlerle günlük yaşam aktivitelerinde işlevsel açıdan zayıflar (Işık, 1997). Tedavi programında psikiyatrik rehabilitasyona etkin bir şekilde yer verilmesi, şizofreni hastasının iyileşme sonrası süreçte topluma uyumunu kolaylaştırır. Bu şekilde birey toplum tarafından damgalayıcı, ayrımcı ve önyargılı davranışlara daha az maruz kalır, daha kolay kabullenilir.

Şizofreni hastasının rehabilitasyonu aşamasında, ilk olarak tanı ve tedavinin etkin şekilde yapılması önemlidir. Sonrasında kişinin işlevselliğini en üst seviyeye taşımak adına mevcut yeterlilikleri ve yetersizlikleri çeşitli formlarla veya farklı veri toplama yöntemleri ile değerlendirilir ve bunun paralelinde bireye etkin olabileceği alanlarda beceri eğitimi planlanır (Özçelik, Aker, Üstün, Karamustafalıoğlu, Ataklı, & Çıtak, 2000). Hastalıktan kaynaklanan temel

problemler ele alınarak çözülmeye çalışılır. Bu problemler; beslenme, kendine bakım, hastalığın belirtileri ile başa çıkma, para idaresi, barınma, işsizlik, arkadaşlık ilişkileri, boş zamanlarını değerlendirme ve tıbbi bakımdır. Şizofreni hastasının yaşamının denetiminde günün 24 saati kontrol söz konusudur. Krize müdahale merkezleri, yarıyol evleri ve benzer ünitelerde bu tip denetim söz konusudur (Torrey, 2001). Ülkemizde hastaneden taburcu olduktan sonra şizofreni hastasının yararlanabileceği yarı yol evleri, gündüz hastanesi, poliklinikler ve psikososyal tedavi ve takip merkezlerinin sayısı yetersizdir. Bu bakımdan hastaların topluma yeniden uyumu güçleşir. Dolayısıyla temel beceri eğitimi, şizofreni hastasının toplumsal yaşama uyumu için önemli bir stratejidir. Psikiyatri hemşireleri, şizofreni hastalarının düzenli ilaç kullanımını, sosyal hayata adaptasyonunu, ailelere destek sağlamaya çalışan Girişkenlik Toplum Tedavi Programları (ACT) içerisinde ekip üyesi olarak yer alabilir (Videbeck, 2001). Ancak ülkemizde böyle bir sistem henüz kurulmamıştır.

Girişkenlik Toplum Tedavi Programları (ACT): ABD’de şizofreni tanısı almış birey kendi yaşadığı yerde (apartman, grup evleri gibi) yaşamına devam eder ve durumla ilgili bir yetkili veya ruh sağlığı profesyoneli majör problemler açısından bireyi değerlendirir ve yardım eder. Şizofreni hastalarının saldırgan olmadığı, bulunduğu yerde suç oranını artırmadığı ve onların çok iyi komşular olabileceğine ilişkin farkındalıklar geliştirilmeye çalışılmalıdır. Toplum evleri şizofreni hastaları ve diğer psikotik rahatsızlıkları olan bireyler için son derece faydalı kurumlardır. Hasta bireyin ihtiyaçlarının karşılanması, ihtiyaçlarını karşılama becerisi kazanması bu kurumlar sayesinde sağlanmaktadır (Torrey, 2001). Ülkemizde böyle bir kurum veya sistem yer almamaktadır.

Bağımsız Yaşam: Şizofreni hastalarının bağımsız bir yaşam sürdürmesi için sağlık profesyonelleri tarafından geniş oranda desteklenmesi önemlidir. Yalnız yaşayan bir şizofreni hastasını bekleyen olası en büyük problem sosyal izolasyondur. Yapılan bir çalışmada uzmanların %59’u, hasta bireyin ailelerinin %71’i sosyal izolasyonu majör bir problem olarak belirtmiştir. Bazı şizofreni hastaları da hastalıklarının neden olduğu kısıtlılıklarının farkında olmayarak yalnız yaşayamaz. Bu bireylere yönelik sağlık profesyonelleri ve hasta bireyin ailesini kapsayan programlar uygulanır (Torrey, 2001).

İş Sağlama: Şizofreni hastalarının büyük bir bölümü, halüsinasyonlar, düşünce içeriğinin bozulması gibi nedenlerle tam gün çalışamazlar ve işsiz kalabilirler, bazıları part-time çalışabilirler. Özellikle medikal tedavinin etkin şekilde sürdürülmesi ve aktif bir rehabilitasyon programına alınan birey, çalışmak için gereken yeterliliğe ulaşabilir. Çalışmak, şizofreni tanısı alan bireyin özgüveninin gelişimi, hastalığın prognozunun seyri açısından son derece önemlidir. Hastanelerde hasta birey için oluşturulan çeşitli uğraşı aktiviteleri de bireyi iş yaşamına hazırlamak adına önemli uygulamalardır. Örneğin; hastanede yatan şizofreni tanısı alan birey hastane bahçesinde toprak işi ile uğraşabilir ve mutfak veya temizliğe ilişkin görevler üstlenebilir. Birçok Avrupa ülkesinde şizofreni ve diğer psikotik rahatsızlıklar için mesleki rehabilitasyon programları vardır (Wahl, 1999; Yıldız, Şimşek, Katı, & Nebioğlu, 2003)

Arkadaş İlişkileri ve Sosyal Beceri Eğitimi: Şizofren bireyler arkadaşlık ilişkilerine ihtiyaç duyar. Ancak şizofreni tanısı alan birey için bu iletişimi sağlamakta engeller vardır. Hastalığına ilişkin yaşadığı semptomlar ve beyin fonksiyonlarının bozulduğu diğer bozukluklarda da aynı engel söz konusudur. Bu sorunu aşmak için bir çok çözüm yolu vardır. Kendine yardım grupları ve kulüp evlerinde kalan bireylerin üye yapılması ile üyeler arasında arkadaşlık için etkileşimin sağlanması, grup terapileri ile sosyal beceri geliştirilmesi için farkındalık yaratmak önemli girişimlerin başında yer alır. Evcil hayvanlar da şizofreni hastasına arkadaşlık edebilir (Torrey, 2001).

Ülkemizde şizofreni hastasına rehabilitasyon aşamasında sosyal beceri kazandırmak için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Yıldız ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 psikolog ve 3 hemşireden oluşan ekip öncelikle hastaların (50 şizofreni hastası) psikiyatrik belirti düzeyini saptamıştır. Hastalarda kendiliğinden düzenli ilaç kullanma oranı eğitimin başında %63.2 iken, bu oran eğitimin sonunda %79'a yükselmiştir. Tedaviye uyumsuzluk oranı %15.8'den %7.9'a düşmüştür. Yıldız ve arkadaşlarının (2003) şizofreni hastalarına yönelik yaptığı başka bir rehabilitasyon çalışmasında, bir hasta halüsinasyon şeklinde çıkan inatçı belirtilerine yönelik öğretilen başa çıkma becerilerini kullanarak yaşamına devam etmiş ve bu arada mesleki yaşamını sürdürebilmiştir. Diğer bir hastanın rehabilitasyon sırasında hastalığı alevlenmesine rağmen çalışmaya devam etmiştir.

2.11. Ülkemizde Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Yasalar

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 22.11.2001 tarihinde kabul edilen ve 8.12.2001 tarihinde resmi gazete yayımlandıktan sonra uygulamaya geçen Türk Medeni Yasasının bazı maddelerinde ruhsal bozukluğu olan bireyin bireysel haklarında kısıtlama, bazı maddelerinde ise koruyucu yaklaşım söz konusudur. Aşağıda yasa maddeleri verilmiştir.

2.11.1. Devlet Memurları Kanunu

Madde 105: Memurlara hastalıkları halinde verilecek raporlarda lüzum üzerine aylık ve özlük haklarına dokunulmaksızın aşağıdaki esaslara göre izin verilir:

- A) On yıla kadar (on yıl dahil) hizmeti olanlara altı aya kadar,
- B) On yıldan fazla hizmeti olanlara on iki aya kadar
- C) Kanser, verem ve akıl hastalıkları gibi uzun süreli bir tedaviye ihtiyaç gösteren hastalığa yakalananlara on sekiz aya kadar izin verilir.

Memurların hastalıkları sebebiyle yataklı tedavi kurumlarında yatarak gördükleri tedavi süreleri, hastalık izinlerine ait sürelerin hesabında dikkate alınır. İzin süresinin sonunda hastalıklarının devam ettiği resmi sağlık kurullarının raporu ile tespit edilenlerin izinleri bir katına kadar çıkartılır. Bu sürelerin sonunda da iyileşmeyen memurlar hakkında emeklilik hükümleri uygulanır.

Madde 20E: Aşağıdaki hallerde çocuklar için aile ödeneği verilmez:

1. Evlenen çocuklar
2. 19 yaşını dolduran çocuklar, (19 yaşını bitirdiği halde evlenmemiş kız çocuklarına 25 yaşını dolduruncaya ve yüksek öğrenim yapmakta bulunan erkek çocuklar için 25 yaşını geçmemek üzere öğrenimlerini bitirinceye kadar ve

çalışamayacak derecede malûllükleri resmi sağlık kurulu raporu ile tespit edilenler için süresiz olarak ödeneğin verilmesine devam olunur.)

2022 Sayılı Yasa

Madde 7/4: 65 yaşını doldurmadığı halde başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde malûl olduklarını tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlayanlara bu kanun hükümlerine göre aynı ölçüde aylık bağlanır.

2.11.2. Türk Medeni Kanunu

Madde 355: Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle işlerini görme gücünden yoksun olan veya sürekli olarak yardım ve özen gereksinimi olan ya da başkasının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin için vasi (koruman) atanır.

Madde 89: Evlenmeye yalnız sezgin (mümeyyiz) olanlar yeteneklidir. Akıl hastası hiçbir zaman evlenemez.

2.11.3. Türk Ceza Kanunu

Ülkemizde 26.09.2004 tarihinde kabul edilen 5237 no'lu Türk ceza kanunu yürürlüğe geçen son kanun maddelerini içermektedir. Bu maddelerden bazıları ruhsal bozukluğu olan bireyin toplumdaki diğer bireyler tarafından dışlanmasını desteklerken, bazıları bir vatandaş olarak hakkını bireye teslim etmektedir. Aşağıda bu maddeler verilmiştir.

Akil hastalığı

Madde 32.: (1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hüküm olunur.

(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hâllerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2005).

Akil hastalarına özgü güvenlik tedbirleri

Madde 57. : (1) Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar.

(2) Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.

(3) Sağlık kurulu raporunda, akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre, güvenlik bakımından kişinin tıbbî kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyor ise, bunun süre ve aralıkları belirtilir.

(4) Tıbbî kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanır.

(5) Tıbbî kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu durumda, bir ve devamı fıkralarda belirlenen işlemler tekrarlanır.

(6) İşlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkûm olduğu hapis cezası, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, mahkeme kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

(7) Suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verilir. Bu kişilerin tedavisi, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam eder. Bu kişiler, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.

Akil hastası üzerindeki bakım ve gözetim yükümlülüğünün ihlâli

Madde 175. : (1) Akil hastası üzerindeki bakım ve gözetim yükümlülüğünü, başkalarının hayatı, sağlığı veya malvarlığı bakımından tehlikeli olabilecek şekilde ihmal eden kişi, altı aya kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır.

Sağlık için tehlikeli madde temini

Madde 194. : (1) Sağlık için tehlike oluşturabilecek maddeleri çocuklara, akıl hastalarına veya uçucu madde kullananlara veren veya tüketimine sunan kişi, altı aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2005).

2.12. Dünyada ve Ülkemizde Anti-Stigma (Damgalama Karşıtı) Hareketleri

Stigmatizasyondan etkilenenlerin fazla olması ve hızla artması insanların bir araya gelerek ve birbirinden destek alarak anti-stigma hareketlerine başlamalarına yol açmıştır. Öncelikle dernekler ve stigmaya karşı hastayı koruyucu yasalar oluşturulmuştur. Ruhsal bozukluğu olan bireyi korumak, acı çekmesini önlemek ve genel problemlere değinmek amacıyla 1955’de komisyon çalışmaları başlamış ve 6 yıl boyunca devam etmiş ve sonunda “mental sağlık yasası” hakkında son rapor oluşturulmuştur (Mental Health Commission, 2002).

Amerika Birleşik Devletlerinde, 1973 yılında ilk olarak, şizofreni tanısı alan bireylerin aileleri California, San Mateo Country’de örgütlenmiş ve 1979’da Ulusal Mental Hastalıklar Birliği (NAMI) adını almıştır. Bu birlik halen ruhsal bozukluğu olan birey ve ailesine danışmanlık, haklarını savunmada destek gibi hizmetler vermektedir ve 70.000 den fazla üyesi bulunmaktadır (Boyd, 2002). Uluslararası

Hemşireler Birliği'nde (ICN), anti-stigma hareketlerinin içinde yer alarak basın veya resmi internet sitesi aracılığıyla veya çeşitli organizasyonlarla, ruhsal bozukluğu olan birey ve ailesinin stigmatize edilmesini önlemeye çalışmıştır. Birlik ayrıca hemşirelere, etik ilkelere uyma konusunda, ruhsal bozukluğu olan bireyi korumak amacıyla yasaların değişikliği için çalışmalarını, stigma konusunda araştırmalar yapmalarını önermiştir (ICN, 2002).

Anti-stigma programı, dünyada ilk olarak 1996 yılında Dünya Psikiyatri Birliği tarafından başlatılmıştır ve stigmaya karşı 20'den fazla ülkeden katılan 40 civarında psikiyatrist ilk adımda yapılacak çalışmaları planlamış ve bir metodoloji geliştirmiştir. Çalışma ruhsal bozukluğu olan bireyi (öncelikle şizofreni tanısı alan bireyi) ailesinin stigmatizasyondan korumak amacını taşımaktaydı. 1999 yılında "Şizofreniyle İlişkili Damga ve Ayrımcılıkla Mücadele Programı" resmi olarak başlatılmıştır. Bu program dünyada şizofreniyle ilgili yanlış anlamaları ve mitleri önlemeyi hedeflemiştir (Sayar, 2000; Soygür, 2003). Bugün, bu program 20'den fazla ülkeyi kapsayacak şekilde genişlemiştir. Programa dahil ülkeler; Avusturya, Brezilya, Kanada, Şili, Mısır, Almanya, Yunanistan, Hindistan, İtalya, Japonya, Fas, Polonya, Romanya, Slovakya, İspanya, İsviçre, Türkiye, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya'dır. Şizofreniyle ilişkili damga ve ayrımcılıkla mücadele programına Türkiye'nin katılımı 2001 yılında olmuştur. Program 17 mart 2001'de yapılan bir yürüyüşle topluma tanıtılmıştır. İstanbul'da başlayan etkinlikler İzmir, Ankara, Manisa, Konya, Kocaeli, Antalya illerini kapsayacak şekilde genişlemiştir (Üçok, 2003).

Ülkemizde stigma karşıtı hareketlerde özellikle şizofreni tanısı alan bireyler ve aileleri ön plandadır. Şizofreni hastalığı ile bağlantılı bir çok dernek vardır. Bu derneklerden en geniş üyeye sahip olan ve bilineni Şizofreni Dostları Derneğidir. Derneğe, şizofreni tanısı alan birey ve birinci derece yakınları, ruh sağlığı ve hastalıkları alanındaki hekim, hemşire ve medya mensupları üye olabilir. Dernek bir çok yolla stigma karşıtı düşünceleri topluma aktarmak, toplumu bilinçlendirmek için çalışmalar yapmaktadır (Şizofreni Dostları Derneği, 2003; Üçok, 2003).

2.13. Şizofreni Tanısı Alan Bireyin Bakımında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelerin, şizofreni hastalarının hastalığın semptomlarından kaynaklanan sorunlarını gidermede sorumlulukları vardır (Carpenito, 1999; Özcan, 2000). NANDA'nın (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği) oluşturduğu tanıların hemşirelik süreci doğrultusunda belirlenerek gerekli girişimlerin yapılması ile hemşire uygun sağlık hizmetini verebilir.

Hemşire, şizofreni tanısı alan bireye bakım verirken, uygun hemşirelik hizmetini vermek için öncelikle şizofren hastalığı ve şizofren hastalarına ilişkin kendi düşünce ve tutumlarının farkında olmalıdır. Eğer şizofrenlere yönelik olumsuz, negatif duygulara sahipse en etkin hasta - hemşire ilişkisinin sağlandığı terapötik iletişimi kuramaz ve dolayısıyla hastanın tedavi sürecinde etkin rol alamaz

Hemşire şizofren bireye anti-stigmatik yaklaşım çerçevesinde çeşitli hemşirelik müdahalelerinde bulunmalıdır. Öncelikle klinikte yatana hastanın diğer hastalar ve aileleri tarafından ayrımcılığa maruz kalmaması için şizofreni hastalığının semptomlarına yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Bunlar;

- Bireyin ve diğer hastaların güvenliğini ve rahatını sağlamalıdır.
- Hasta ile arasında güvene dayanan hasta-hemşire ilişkisi olan terapötik iletişimi geliştirmelidir.
- Şizofreninin negatif belirtilerinden olan sanrılara yönelik; hasta ile tartışmamalı, hastayı uygun şekilde gerçeğe getirmeli, dikkatini başka yöne çekme tekniğini kullanmalıdır. Hastaya pozitif düşünme ve konuşmayı ve de sanrılarını reddetmeyi öğretmelidir.
- Hemşire halüsinasyonlara yönelik; hastanın uğraşı terapileri, müzik dinlemek, kart oyunları ile ilgilenmesini sağlayarak belirtilere yoğunlaşmasını önlemelidir. Hemşire halüsinasyonların bireye ne hissettirdiğini ve içeriğini bilmelidir.
- Hemşire şizofren bireyin toplumsal hayata dönüşüne yardım etmelidir. İş bulma, barınacak yer, günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığı ve ilaçlarının kullanımı gibi konularda birey ve ailesine danışmanlık yapmalıdır.
- Hastanın sosyal faaliyetlere katılımını destekleyerek atılganlık yönünü geliştirmeli ve desteklemelidir.
- Hasta ve ailesini topluma uyum sürecinde destek almaları amacıyla gerekli kurum ve kuruluşlara yönlendirmelidir.
- Hasta ve ailesine hastalıkla nasıl başetmeleri gerektiği, alkol kullanımının zararları, düzenli beslenme, ilaçları uygun şekilde almanın önemi, şizofreninin belirtileri ve uygun yaklaşımın ne olması gerektiği, toplumsal hayata aktif katılımın önemi ve bu katılım sürecinde aile için olası risklerin neler olduğunu anlatarak bilgilendirmelidir (Varcarolis, 1998; Videbeck, 2001).
- Hemşire, şizofreni tanısı alan bireye sakin ve destekleyici ve kabullenici bir tutumla yaklaşımda bulunmalıdır.
- Hastayı çevresi ile daha etkili iletişim kurması için desteklemelidir.

Şizofreni tanısı alan bireyin kendisine ve başkalarına yönelik saldırgan davranışlarının kontrol altına alınması, insanların onları ürkütücü, tehlikeli bulmasını önlemek adına önemli bir girişimdir. Hemşire hastanın kendine ve başkalarına yönelik davranışlarına açık ve anlaşılır bir dille sınır koymalıdır.

- Hasta ile herhangi bir konu üzerine tartışmaktan kaçınmalıdır.
- Yapılacak her uygulama için hastaya açıklama yapılmalıdır.
- Hemşire, hastanın çevresinde olabilecek her türlü tehlikeli nesneyi uzaklaştırmalıdır.
- Eğer hasta konuşma ve ilaç yoluyla sakinleşemiyorsa, gömlek gibi mekanik kısıtlayıcıların kullanılması gerekebilir. Kısıtlama yapılacaksa hasta hemşire tarafından yalnız bırakılmamalıdır.
- Huzursuzluğu azaldığında uygun değerlendirmeler yapılarak hastanın kısıtlamadan çıkmasına karar verilmelidir.
- Hemşire şizofreni tanısı alan bireylerin klinikteki diğer hastalar ve toplum tarafından dışlanarak izole edilmelerinin önlemek için;
- Kısa ve sık aralıklarla hastanın yanına giderek kabullenici tavır göstermeli,

- Klinikteki grup etkinliklerine katılmasını desteklemek için başlangıçta grupta hastanın yanında yer almalı,
- Hastanın oryantasyonu bozursa, zamana, yere ve kişiye oryantasyonunu sağlamalı,
- Anksiyete belirtileri ve nasıl durdurulacağıyla ilgili teknikleri hastaya öğretmeli,
- Hasta kendiliğinden başkalarıyla etkileşime girdiğinde olumlu pekiştirme yapmalı,
- Taburculuk sonrasında sosyal faaliyetlere katılması yönünde bireyi desteklemelidir.

Hemşire şizofreni tanısı alan bireyin bireysel baş etmelerinin gelişmesini desteklemelidir. Bireysel baş etmeleri gelişen birey günlük yaşam aktivitelerine daha kolay uyum sağlayacaktır ve bu şekilde toplum tarafından daha kabullenici yaklaşımlar sergilenecektir. Hemşire öncelikle;

- Bireyin mevcut baş etme durumu ve gerçekte bağlantı kurma yeteneği değerlendirmeli,
- Güven verici ilişki için hasta ile mümkün olduğunca az sayıda ve aynı kişilerin ilgilenmesini sağlamalı,
- Fiziksel temastan kaçınılmalı,
- Birey konuşurken destek olmalı,
- Birey öfkeli ise, uyarının az olduğu bir çevre hazırlanmalı,
- Bireye kabul edici bir tutum gösterilmeli, kişinin değil davranışının kabul edilmediği iletilmeli,
- Sözel öfke davranışına karşı soğukkanlı olunmalı,
- Gülerek, fısıltı şeklinde, hastanın görebildiği ama işitemediği mesafede konuşmalardan kaçınılmalı,
- Hastaya dürüst davranılmalı ve verilen sözler tutulmalı,
- Kişisel başarıları desteklenmeli,
- Problemleri yapıcı bir tavırla çözmesi için bireye yardım edilmeli,
- Doğrudan çözemeyeceği problemleri tanımasını ve bundan kaynaklanan stresle baş etme yollarını öğrenmesi ve uygulaması (egzersiz, çeşitli spor aktiviteleri, uğraşlar vb.) sağlanmalıdır.

Hemşire şizofreni tanısı alan bireyin kendini ifade etme yeteneğinde gelişme göstererek klinikteki diğer hastalar ve toplumdaki insanlarla etkin iletişime geçmesi için;

- Hastanın iletişim örüntüsü anlamaya çalışmalı,
- Hasta konuşmuyorsa uygun terapötik iletişim teknikleriyle konuşması için desteklemeli,
- Hasta birey ve ailesine hastalığın belirtileri ile baş etmeleri için ilaç tedavisinin ve düzenli kontrollerinin yapılmasının önemini anlatmalı,
- Bireyin tedavisini destekleyebilecek sosyal organizasyonlarla iletişime geçmesini sağlamalıdır (Carpenito, 1999).
- Yine hasta bireyin taburculuk sonrası iş, barınma gibi sorunlarının çözümü ve sosyal hayata uyumunun kolay olması için sosyal hizmet uzmanına yönlendirilerek destek almasını sağlamalıdır (Fitzgerald, 2001).

- Hemşire şizofreni tanısı alan birey ve ailesine toplumun önyargılı davranışları ile baş etmeleri için destek olmalıdır. Şizofren tanısı alan bireye sahip aileleri bir araya getirerek sosyal destek mekanizmalarını güçlendirmelidirler.
- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklara sahip bireyler ve ailelerinin oluşturduğu derneklerde aktif görev almalıdırlar.
- Toplumun şizofreni hastalarına yönelik tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik araştırmalar yapılmalıdır. Araştırmanın sonucuna göre şizofreni tanısı alan bireye yönelik yanlış tutum ve yaklaşıma sahip bireyleri belirleyerek bu kişilere eğitim programları hazırlamalıdır (Özmen & Taşkın, 2004).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma Türkiye genelinde Üniversite hastanelerinin (ÜH) psikiyatri servisleri, Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri (RSHH) ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (EAH) psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı almış bireylere bakış açılarını değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma yapılacak yerler belirlenirken şizofreni tanısı alan bireylerin tedavi amacıyla uzun süre kaldıkları yataklı tedavi kurumları olan, Üniversite Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve de Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri tercih edilmiştir.

42 üniversite hastanesinde psikiyatri anabilim dalı bulunmaktadır. 42 üniversitenin 30'unda psikiyatri kliniği bulunmaktadır. Toplam 26.162 yatağı olan üniversite hastanelerinin psikiyatri hastaları için yatak sayısı 1088'dir. Sağlık Bakanlığına bağlı 7 ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi bulunmaktadır. Bunlar; Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Adana Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Ataköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve SSK Erenköy Ruh Sağlığı Hastanesi'dir. Ataköy Ruh Sağlığı Hastanesi 2004 yılında hizmet vermeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı ruh sağlığı hastanelerinden, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Adana Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve SSK Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma 6 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Bunlar; İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir SSK Boztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara SSK Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Bezmi Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi'dir.

ÜH'nde 436 doktor, 221 hemşire, Sağlık Bakanlığı RSHH'nde 99 doktor, 399 hemşire ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde 86 doktor, 25 hemşire çalışmaktadır. Hastanelerin psikiyatri kliniklerine ilişkin personel, psikolog, uğraşı odası, görüşme odası, hasta odası ve hasta yatağı sayıları ile kliniğin hastane içindeki konumu ve kliniğin hizmet verme süresine ilişkin ayrıntılar Ek-2 de yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Türkiye genelinde Üniversite hastaneleri psikiyatri kliniklerinde, Sağlık Bakanlığına bağlı ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri ile, eğitim ve

araştırma hastaneleri psikiyatri kliniklerinde çalışan 693 hemşire ile planlanmıştır. Çalışmada örnekleme yöntemine gidilmeyerek tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Türkiye’de psikiyatri servisi bulunan 27 Üniversite Hastanesinden 164 hemşire, 6 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinden 358 hemşire ve psikiyatri servisi bulunan 6 Eğitim ve Araştırma Hastanesinden ise 21 hemşire çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Böylece toplam 543 hemşire araştırmaya katılmıştır. Ulaşılması planlanan hemşire grubunun %78.3’ü anketi doldurmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri iki bölümden oluşan anket formu ve hastanelerin klinik-personel altyapı özelliklerini belirlemeye yönelik anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Formun birinci bölümünde hemşirelerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular, ikinci bölümünde Psikiyatrik Araştırmalar ve Rehabilitasyon Merkezinin (PAREM) yürüttüğü “ruhsal hastalıklar ile ilgili halkın tutumunun araştırılması” konulu projede kullanılan anket formunun 32 maddelik şizofreni alt bölümüne ait sorular yer almaktadır. Araştırmanın yapıldığı psikiyatri kliniklerin personel ve alt yapı özelliklerini tanımlamaya yönelik 10 soruluk form kullanılmıştır.

3.5. Anket Formunun Hazırlanması

Soru formunun birinci bölümü araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, çalışma yılı, medeni durumu, eğitim durumu, psikiyatri hemşireliği ile ilgili özel eğitim alma durumu, büyüdüğü yer, yetiştiği aile tipi, anne ve babanın eğitimi, kendisinde ve ailesinde psikiyatrik muayene veya öykü özellikleri gibi sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik soruları içermektedir ve araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. İkinci bölümü ise, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin şizofreninin etiyojisi, tedavisi, tanısı ile şizofrenide sosyal mesafeye ilişkin bakış açılarını belirlemeye yönelik soruları içermektedir. Bu bölümün araştırmada kullanımı için, PAREM araştırmacılarından yazılı izin alınmıştır (Anket formu Ek1, 1-A VE 1-B’ de verilmiştir) Hastanelerin klinik ve personel alt yapı özelliklerini belirlemeye yönelik 10 soruluk form araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu formun içeriğinde klinikteki görüşme odası, uğraşı odası, hasta odası ve yatak sayılarını, doktor, hemşire, psikolog ve personel sayılarını, kliniği hastane içerisindeki konumunu değerlendirmeye yönelik sorular yer almaktadır (Anket formu Ek1, 1-C’ de verilmiştir).

3.6. Anket Formunun Uygulanması

Araştırmanın yürütüleceği kurumlardan alınması gereken yasal izin 31.08.2003 tarihinde tamamlanmış, anket formları ise 31.08.2004-13.05.2005 tarihleri arasında doldurtulmuştur. Başlangıçta araştırmanın amacı araştırmacı tarafından katılımcılara açıklanmıştır. Katılımcılardan gelen sorular araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapılarak cevaplandırılmıştır. Anket formlarının doldurulması katılımcıların 20 dakikasını almıştır. Anket formları katılımcının soruları yanıtlamasının ardından araştırmacı tarafından toplanmıştır. Her kliniğe ilişkin klinik-personel bilgilerini içeren soru formu araştırmacı tarafından hemşirelerle görüşülerek ve gözlem yapılarak doldurulmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, anket formunda yer alan açık uçlu sorulardan elde edilen veriler, analizi yapılarak gruplandırılmıştır. Verilerin analizinde, araştırmanın güvenilirliği dikkate alınarak, öncelikle kişilerin ifadeleri sıralı olarak yazılmış, daha sonra literatüre göre gruplandırılmıştır. Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki hemşire sayısı diğer gruplara göre az olduğu için istatistiksel değerlendirmede sorun yaratmıştır. Bu sebeple Üniversite Hastaneleri ile birlikte incelenmiştir. İki grup (ortak özelliği olan) eğitim ve araştırma hizmeti veren hastaneler olmaları nedeniyle Eğitim ve Araştırma Hastaneleri adı altında değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde bilgisayarda SPSS-11 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede yaş gruplarının ortalamasının alınması sırasında iki oran arasındaki farkın anlamlılık testi ve diğer verilerin değerlendirilmesinde de ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan anket formundaki verilerin sıklık dökümleri yapıldıktan sonra "katılıyorum" ve "kısmen katılıyorum" yanıtları "katılıyorum" ifadesinde, "katılmıyorum" ve "pek katılmıyorum" yanıtları "katılmıyorum" ifadesinde birleştirilmiştir. Kategorik verilerin çoğunda hücrelerin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'ten küçük olduğu için ki-kare testi uygulanamamıştır. Bu nedenle "fikrim yok" seçeneği istatistiksel değerlendirmeye alınmadan analiz yapılmıştır. Anketteki vaka olgusunda yer alan açık uçlu sorulara ilişkin ise doğrudan elde edilen sonuçlar verilmiştir.

BULGULAR

Ülkemizdeki, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri (RSHH) kliniklerinde çalışan 358 ve Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin (EAH) psikiyatri kliniklerinde çalışan 185 hemşire olmak üzere toplam 543 hemşire ile görüşülmüştür.

Tablo 4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Özellikler (N=543)

Tanıtıcı Özellikler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (n=185)		Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri (n=358)	
	n	%	n	%
Yaş				
21-30	96	51.9	175	48.9
31-40	70	37.8	116	32.4
41 ve üzeri	19	10.3	67	18.7
Medeni durumu				
Evli	110	59.5	290	81.0
Bekar	75	40.5	68	19.0
Eğitim durumu				
Sağlık meslek lisesi	39	21.1	145	40.5
Önlisans	101	54.6	170	47.5
Lisans ve üzeri	45	24.3	43	12.0
Psikiyatri servisinde çalışma süresi				
0-9 yıl	134	72.4	214	59.8
10-19 yıl	16	8.7	74	20.6
20 yıl ve üzeri	35	18.9	70	19.6
Mezuniyet sonrası bilgi alma				
Evet	25	13.5	28	7.8
Hayır	160	86.5	330	92.2
Büyüdüğü yer				
Köy	71	38.4	204	57.0
Şehir	114	61.6	154	43.0
Aile tipi				
Çekirdek	157	84.9	291	81.3
Geniş	28	15.1	67	18.7
Annenin eğitim durumu				
Okur-yazar değil	37	20.0	94	26.3
Temel Eğitim	135	73.0	250	69.8
Lise	10	5.4	13	3.6
Üniversite	3	1.6	1	0.3

Tablo 4.1'in devamı arka sayfadadır.

Tablo 4.1'in devamı

Babanın eğitim durumu				
Okur-yazar değil	11	6.0	17	4.8
Temel Eğitim	113	61.1	260	72.6
Lise	48	25.9	54	15.1
Üniversite	13	7.0	27	7.5
Ailede psikiyatri öyküsünün olma durumu				
Var	18	9.7	30	8.4
Yok	167	90.3	328	91.6
Toplam	185	100.0	358	100.0

Tablo 4.1' de hemşirelere ilişkin tanıtıcı özellikler verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %65.9'u RSHH'nde, %34.1'i EAH'nde çalışmaktadır. RSHH'nde çalışan hemşirelerin %48.9'u 21-30 yaşında, EAH'nde çalışan hemşirelerin ise, %51.9'unun 21-30 yaşında olduğu saptanmıştır. RSHH'ndeki hemşirelerin yaş ortalaması 32 (min =21, max=59, sd=7.3653), EAH'nde çalışan hemşirelerin ise 31'dir (min =21, max=55, sd=6.6864). EAH'nde 41 yaş ve üzerindeki hemşirelerin oranı %10.3 iken RSHH'nde %18.7'dir. RSHH'nde 41 yaş ve üzeri hemşire sayısının EAH'nde çalışan hemşirelere göre fazla olduğu saptanmıştır. Yaş grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin medeni durumu incelendiğinde, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %81'inin EAH'nde çalışan hemşirelerin ise, %59.5'inin evli olduğu belirlenmiştir. RSHH'nde çalışan hemşirelerin %47.5'inin önlisans, %40.5'inin sağlık meslek lisesi, %12'sinin lisans veya üzeri eğitim aldığı ve %59.8'inin 0-9 yıl çalıştığı, EAH'nde çalışan hemşirelerin ise, %54.6'sının önlisans, %21.1'inin sağlık meslek lisesi, %24.3'ünün lisans veya lisansüstü eğitimini tamamladığı ve %72.4'ünün 0-9 yıldır çalıştığı saptanmıştır.

EAH'nde çalışan hemşirelerin %13.5'inin, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise %7.8'inin mezuniyet sonrası psikiyatriye ilişkin eğitim aldığı bulunmuştur. EAH'nde çalışan hemşirelerin %61.6'sının şehirde, %38.4'ünün köyde, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %43'ünün şehirde, %57'sinin ise köyde büyüdüğü belirlenmiştir. EAH'nde çalışan hemşirelerin %84.9'unun, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %81.3'ünün çekirdek ailede yetiştiği saptanmıştır.

Katılımcıların annelerinin eğitim seviyelerine bakıldığında, EAH'nde çalışan hemşirelerin annelerinin %73'ünün temel eğitim aldığı, %20'sinin okuryazar olmadığı, %5.4'ünün lise mezunu, %1.6'sının yüksekokul mezunu olduğu, RSHH'nde çalışan hemşirelerin annelerinin %69.8'inin temel eğitim aldığı, %26.3'ünün okuryazar olmadığı, %3.6'sının lise, %0.3'ünün yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir. EAH'nde çalışan hemşirelerin babalarının %61.1'inin temel eğitim, %25.9'unun lise, %7'sinin üniversite mezunu olduğu, %6'sının okuryazar olmadığı, RSHH'nde çalışan hemşirelerin babalarının %72.6'sının temel eğitim aldığı, %15.1'inin lise, %7.5'inin üniversite mezunu olduğu, %4.8'inin ise okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin aileleri psikiyatrik muayene öyküsü yönünden incelendiğinde, EAH'nde çalışan hemşirelerin %9.7'si,

RSHH'nde çalışan hemşirelerin ya da ailelerinin de %8.4'ünün geçmişte psikiyatrik öyküsü olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hastanelere Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri

Etiyolojiye İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri		Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri		p=0.110 $\chi^2=2.553$
	N	Katılıyorrum n %	N	Katılıyorrum n %	
Şizofreni bulaşıcıdır	184	4(2.2)	356	6(1.7)	350(98.3)
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	179	176(98.3)	344	329(95.6)	15(4.4)
Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	183	63(34.4)	353	216(61.2)	137(38.8)

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 4.2’de hemşirelerin şizofreninin etiyojisine ilişkin görüşleri yer almaktadır. EAH’nde çalışan hemşirelerin %97.8’i şizofreninin bulaşıcı olmadığını, %98.3’ü doğuştan gelen bir hastalık olduğunu belirtirken, RSHH’nde çalışan hemşirelerin %98.3’ü şizofreni hastalığının bulaşıcı olmadığını, %95.6’sı doğuştan gelen bir hastalık olduğunu ifade etmiştir. “Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar” görüşüne EAH’nde çalışan hemşirelerin yarısından fazlası katılmazken (%65.6), RSHH’nde çalışan hemşirelerin %61.2’si bu görüşe katılmaktadır. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Hemşirelerin büyüdüğü yer (Ek3-Tablo 1), ailelerinde psikiyatrik öykünün varlığı (Ek3-Tablo 2), çalışma yılları (Ek3-Tablo 3 ve 4), yaş grupları (Ek3-Tablo 5) ve eğitim durumlarına göre (Ek3-Tablo 6 ve 7) şizofreninin etiyojisine ilişkin görüşleri karşılaştırılmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, EAH’nde çalışan ve köyde büyüyen hemşirelerin, RSHH’nde de şehirde büyüyen hemşirelerin şizofreniyi etiyojik açıdan sosyal faktörlerle daha az ilişkilendirdiği belirlenmiştir ($P < 0.05$), (Ek3-Tablo1). Her iki hastane grubundaki hemşirelerin ailelerinde psikiyatrik öykü varlığı ile şizofreninin etiyojisine ilişkin görüşleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$), (Ek3-Tablo2). Gruplar içinde çalışma süreleri ile sosyal nedenlerin şizofreni etiyojisindeki yeri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$), (Ek3-Tablo 3 ve 4). Aynı şekilde hemşirelerin eğitim durumlarına göre, şizofreninin etiyojisine ilişkin görüşlerine ilişkin yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$), (Ek3-Tablo 6 ve 7).

Tablo 4.3. Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşlerin Çalışmanın Yapıldığı Hastanelere Göre Dağılımı

Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri		Ruh Sağlığı ve Hastahkları Hastaneleri		p= χ^2
	N	Katılıyorrum n %	N	Katılıyorrum n %	
Şizofreni hastaları toplum içerisinde serbest dolaşmamalıdır.	184	34(18.5)	150(81.5)	217(61.0)	p=0.000 $\chi^2=23.566$
Şizofren bir kişiyle birlikte çalışabilirim	178	127(71.3)	51(28.7)	164(47.5)	p=0.000 $\chi^2=17.297$
Şizofren bir kişiyle evlenebilirim	179	17(9.5)	162(90.5)	336(95.5)	p=0.025 $\chi^2=4.992$
Şizofren bir komşu olması beni rahatsız etmez	179	111(62.0)	68(38.0)	223(64.6)	p=0.000 $\chi^2=33.893$
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermem	179	96(53.6)	83(46.4)	98(28.4)	p=0.000 $\chi^2=16.818$

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 4.3’de hastanelere göre hemşirelerin şizofreni hastalarına yaklaşımı ve sosyal mesafeye ilişkin düşünceleri yer almaktadır. EAH’nde çalışan hemşirelerin %81.5’i “şizofrenler toplum içerisinde serbest dolaşmamalı”, %90.5’i “şizofren bir kişiyle evlenebilirim” görüşlerine katılmazken, %71.3’ü “şizofren bir kişiyle çalışabilirim”, %62’si “şizofren bir komşum olmasından rahatsız olmam”, %53.6’sı da “evim olsa şizofrene kiraya vermem” görüşlerine katıldıklarını belirtmişlerdir. RSHH’nde çalışan hemşirelerin %61’i “şizofrenler toplum içerisinde serbest dolaşmamalı”, %95.5’i “şizofren bir kişiyle evlenebilirim”, %64.6’sı “şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez” ifadelerine katılmazken, %52.5’i şizofren bir kişi ile birlikte çalışabileceğini, %71.6’sı da evi olsa şizofren bir bireye kiraya vermeyeceğini belirtmiştir.

Şizofreni hastalarının toplum içerisinde serbest dolaşmalarına ilişkin görüşe EAH’ndeki hemşirelerin daha ılımlı baktıkları görülmüştür ($p<0.005$). EAH’nde çalışan hemşirelerin şizofren bir bireyle aynı ortamda çalışmaya daha olumlu baktıkları görülmektedir ($p<0.05$). RSHH’ndeki hemşirelerin şizofren bir bireyle evliliğe daha olumsuz baktıkları bulunmuştur ($p<0.05$). EAH’nde çalışan hemşirelerin şizofren bir komşusu olması fikrine olumlu baktığı, RSHH’nde çalışan hemşirelerin ise aynı fikre olumsuz baktıkları saptanmıştır ($p<0.05$). Şizofren bir bireye evini kiraya vermeye ilişkin görüşe RSHH’nde çalışan hemşirelerin daha olumsuz baktıkları belirlenmiştir ($p<0.05$).

Gruplar; aile yapısı (Ek3-Tablo 8), büyüdüğü yer (Ek3-Tablo 9), ailesinde psikiyatrik öykü varlığı (Ek3-Tablo10), eğitim durumları (Ek3-Tablo 11 ve 12) ve çalışma süreleri (Ek3-Tablo 13 ve 14) ile şizofreni hastalarına yaklaşım ve sosyal mesafeye ilişkin düşünceleri açısından incelenmiştir. Hemşirelerin çekirdek veya geniş ailede büyümesi ve şizofreni hastası bireyle aynı ortamda çalışmaya ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). RSHH’nde çalışan ve çekirdek ailede büyüyen hemşirelerin geniş ailede büyüyen hemşirelere göre şizofren bir bireye evini kiralama düşüncesine daha olumsuz baktıkları belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$), (Ek3-Tablo 8). Hemşirelerin şizofren komşuları olmasına yönelik fikirleri büyüdüğü aile yapısına göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$), (Ek3-Tablo 8).

Ek3-Tablo 9’da şizofren bir kişiyle çalışma, şizofren bir komşuları olması, şizofren bir bireye evini kiraya verme ilişkin maddelerle hemşirelerin köyde veya şehirde büyümesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak her iki hastane grubundaki hemşirelerin şehirde büyüyenlerinin köyde büyüyenlere göre şizofren hastası bireyin toplumda serbest dolaşması fikrine daha olumlu baktıkları belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

RSHH’nde çalışan ve ailesinde psikiyatrik öykü olan hemşirelerin ailesinde psikiyatri öyküsü olan hemşirelerin olmayanlara göre daha fazla oranda şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak bu fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal mesafeye ilişkin diğer maddelerle hemşirelerin ailesinde psikiyatri öyküsünün olması arasında istatistiksel açıdan

anlamli bir fark saptanmamıştır. Ancak her iki hastane grubundaki hemşirelerin tamamına yakınının “şizofren bir bireyle evlenebilirim” görüşüne katılmadıkları bulunmuştur. EAH’nde çalışan hemşirelerin ailesinde psikiyatri öyküsü olma durumu ve şizofren hastası bireye yönelik sosyal mesafeye ilişkin görüşleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$), (Ek3-Tablo 10).

EAH’ndeki hemşirelerin evini şizofren bir bireye verme ve şizofren bir bireyle birlikte çalışma gibi görüşlere lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin diğer eğitim seviyelerindeki hemşirelere göre daha olumlu baktıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Ek3-Tablo 11). RSHH’nde çalışan önlisans mezunu hemşirelerin şizofren bir komşusu olması ve şizofren bir bireye evini kiraya verme fikirlerine diğer eğitim düzeyindeki hemşirelere göre daha fazla oranda katılmadıkları saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Ek3-Tablo 12).

EAH’ndeki hemşirelerin çalışma yılları ile şizofren hastası bir bireye yönelik sosyal mesafe özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Ek3-Tablo13). RSHH’ndeki hemşirelerin çalışma süreleri ile şizofren hastasına yaklaşımları arasındaki ilişki incelendiğinde, 20 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin şizofren bir komşusu olmasından diğer hemşirelere oranla daha fazla rahatsız olacağını belirtmiştir. Çalışma süreleri arttıkça hemşirelerin bu fikre daha olumsuz baktıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal mesafeye ilişkin diğer görüşlerle hemşirelerin çalışma yılları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Ek3-Tablo 14).

Tablo 4.4. Hastanelere Göre Hemşirelerin Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri

Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri		Ruh Sağlığı ve Hastahıkları Hastaneleri		p= χ^2
	N	Katılıyorrum n %	N	Katılıyorrum n %	
Ortam değişikliği şizofreninin geçmesine önemli katkıda bulunur	183	23(12.6)	160(87.4)	272(76.6)	p=0.003 $\chi^2=8.922$
Şizofreni olanlar tam olarak iyileşmezler	185	151(81.6)	34(18.4)	47(13.3)	p=0.116 $\chi^2=2.476$
Hacı ya da hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir	184	3(1.6)	181(98.4)	344(96.9)	p=0.310 $\chi^2=1.033$
Sosyal sorunlar çözülmeyen şizofreni geçmez	183	40(21.9)	143(78.1)	221(63.0)	p=0.000 $\chi^2=12.772$
Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	155(86.6)	24(13.4)	82(23.9)	p=0.005 $\chi^2=8.011$
Şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	163(91.1)	16(8.9)	34(9.9)	p=0.735 $\chi^2=0.115$
Şizofreni psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	81(45.3)	98(54.7)	191(56.0)	p=0.783 $\chi^2=0.076$
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar	179	175(97.8)	4(2.2)	4(1.2)	p=0.341 $\chi^2=0.906$
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yapar	179	176(98.3)	3(1.7)	12(3.5)	p=0.241 $\chi^2=1.377$

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

RSHH'nde çalışan hemşirelerin %76.6'sı "ortam değişikliğinin şizofreninin geçmesine katkıda bulunur", %96.9'u "hacı ya da hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir", %63'ü "sosyal sorunlar çözülmeden şizofreni çözülmez", %56'sı "şizofreni psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır" görüşlerine katılmadıklarını belirtirken, hemşirelerin %86.7'si "şizofreni tam olarak iyileşmez", %76.1'i "şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır, %90.1'i "şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır", %98.8'i şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar" ve %96.5'i ise "şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yapar" ifadelerine katıldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4.).

EAH'nde çalışan hemşirelerin %87.4'ü "ortam değişikliğinin şizofreninin geçmesine katkıda bulunur", %98.4'ü "hacı ya da hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir", %78.1'i "sosyal sorunlar çözülmeden şizofreni çözülmez", %54.7'si "şizofreni psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır" görüşlerine katılmadıklarını belirtirken, hemşirelerin %81.6'sı "şizofreni tam olarak iyileşmez", %86.6'sı "şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır, %91.1'i "şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır", %97.8'i şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar" ve %98.3'ü ise "şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yapar" ifadelerine katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4.4.).

EAH'nde çalışan hemşirelerin, ortam değişikliğinin şizofreninin geçmesine önemli katkıları olduğuna RSHH'nde çalışan hemşirelere göre daha büyük oranda katıldıkları belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). EAH'ndeki hemşirelerin çoğunun şizofreninin geçmesi için sosyal sorunların çözülmesi gerektiğine inanmadıkları tespit edilmiştir ($p < 0.05$). EAH'nde çalışan hemşirelerin şizofreninin tedavi edilebileceği fikrine daha fazla oranda katıldıkları belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.4.).

Gruplar; eğitim durumları (Ek3-Tablo 15 ve 16), çalışma süreleri (Ek3-Tablo 17 ve 18), büyüdüğü yere göre (Ek3-Tablo 19) ve ailesinde psikiyatrik öykü olma durumuna göre (Ek3-Tablo 20) şizofreninin tedavisine ilişkin görüşleri yönünden incelenmiştir. RSHH'nde çalışan ve sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin %53.4'ü, şizofreninin psikoterapi ile tedavi edilebileceğini belirtirken önlisans mezunu hemşirelerin %62.9'u lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin ise %58.1'i şizofreninin psikoterapi ile tedavi edilemeyeceğini ifade etmişlerdir. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin şizofreninin psikoterapi ile tedavisi fikrine daha olumlu baktıkları tespit edilmiştir ($p < 0.05$). RSHH'ndeki hemşirelerin eğitim durumları ve şizofreninin tedavisine ilişkin görüşleri arasında diğer maddeler açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$), (Ek3-Tablo 15).

EAH'nde çalışan hemşirelerin eğitim durumlarına göre şizofreni hastalığının tedavisine ilişkin görüşleri incelendiğinde, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin şizofreninin geçmesi için sosyal sorunların çözülmesi gerektiği fikrine daha ılımlı baktıkları belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hemşirelerin şizofreninin psikoterapi ile tedavisine ilişkin görüşleri sorulduğunda sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin %70.3'ü bu fikre katıldıklarını ifade ederken, önlisans mezunu hemşirelerin %62.2'si, lisans veya

üzeri eğitim alan hemşirelerin ise %59.1'i şizofreninin psikoterapi ile tedavi edilemeyeceğini belirtmişlerdir ($p < 0.05$). EAH'ndeki hemşirelerin eğitim durumları ve şizofreninin tedavisine ilişkin diğer görüşler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$), (Ek3-Tablo 16).

EAH'nde 20 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin sosyal sorunlar çözülmeden şizofreninin geçmeyeceği fikrine daha az katıldıkları belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$), (Ek3-Tablo 17). Her iki hastanenin şehirde büyüyen hemşirelerinin ortam değişikliğinin şizofreninin geçmesine önemli katkı sağlayacağı fikrine büyük oranda katıldıkları bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$), (Ek3-Tablo 19). Hemşirelerin ailelerinde psikiyatrik öykü olma durumuna göre şizofreninin tedavisine ilişkin görüşleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$), (Ek3-Tablo 20).

Tablo 4.4.1. Hemşirelerin Vakadaki Şizofreni Olgusunun Tedavisine İlişkin Düşünceleri

Hemşirelere Göre Ahmet Bey'in Yapması Gerekenler	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri		Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	
	n	%	n	%
Doktora gitmeli	351	98.0	182	98.5
Güçlü olması gerek	-	-	1	0.5
Tatile çıkması gerek	4	1.1	1	0.5
Yaşam şartlarını düzeltmeli	-	-	1	0.5
Psikiyatriste gitmeli	3	0.9	-	-
Toplam	358	100.0	185	100.0

Hemşirelere vakadaki şizofreni olgusunun bulunduğu durumdan kurtulması için ne yapması gerektiği sorulduğunda her iki hastanedeki hemşireler (RSHH %98, EAH %98.5) vakadaki Ahmet Bey'in durumundan kurtulması için doktora gitmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.2. Hemşirelerin Vakadaki Şizofreni Olgusunun Tedavisi İçin Başvurması Gereken Doktora İlişkin Önerileri

Önerilen Doktor	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri		Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	
	n	%	n	%
Psikiyatri uzmanı	351	98.0	178	96.2
Dahiliye uzmanı	-	-	1	0.5
Sağlık ocağı doktoru	3	0.8	3	1.7
Aile hekimi	2	0.6	2	1.1
Hiçbirine gitmemeli	2	0.6	1	0.5
Toplam	358	100.0	185	100.0

Hemşireler vakadaki şizofreni olgusunun bulunduğu durumdan kurtulması için gitmesi gereken doktor için, EAH'nde çalışan hemşireler %96.2, RSHH; %98.0 oranında psikiyatri doktoru yanıtını vermişlerdir (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Vakadaki Şizofreni Olgusunu Tanıma Özellikleri

Vakadaki Olgunun Tanısına İlişkin Görüşler	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri (N=358)				Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (N=185)				p=0.724			
	Katılıyor		Katılmıyor		Katılıyor		Katılmıyor					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Ahmet Beyde bedensel bir hastalık bulunmaktadır	43	12.0	308	86.0	7	2.0	19	10.3	161	87.0	5	2.7
Ahmet Bey'de ruhsal bir hastalık bulunmaktadır	345	96.4	13	3.6	-	-	180	97.3	5	2.7	-	-
Ahmet Bey'in bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır	125	34.9	224	62.6	9	2.5	70	37.8	113	61.1	2	1.1
Ahmet Bey'in bu durumu yaşadığı sosyal sorunlardan kaynaklanmaktadır	139	38.8	210	58.7	9	2.5	51	27.6	129	69.7	5	2.7

Tablo 4.5’de vakadaki olgu örneği ile hemşirelerin şizofreniyi tanıma özelliği değerlendirilmiştir. RSHH’de çalışan hemşirelerin %86’sı, “Ahmet Beyde bedensel bir hastalık bulunmaktadır” fikrine katılmazken, %96.4’ü “Ahmet Beyde ruhsal bir hastalık bulunmaktadır” görüşüne katılmaktadır. EAH’ndeki hemşirelerin ise %87’si Ahmet Bey’de bedensel bir hastalık olmadığını belirtirken, %97.3’ü ruhsal bir hastalık bulunduğunu ifade etmiştir. “Ahmet Bey’in durumunun kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanır” görüşüne ise RSHH’ndeki hemşirelerin %62.6’sı, EAH’ndeki hemşirelerin ise %61.1’i katılmadıklarını belirtmişlerdir. Yukarıdaki maddelere ilişkin gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). “Ahmet Bey’in yaşadığı durumun sosyal sorunlardan kaynaklandığını belirten maddeye ise, RSHH’nde çalışan hemşireler %58.7, EAH’nde çalışan hemşireler ise %69.7 oranında katılmadıklarını belirtmişlerdir. EAH’ndeki hemşirelerin vakadaki şizofreni olgusunun sosyal nedenlerden kaynaklandığına daha az katıldıkları saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Hastanelere Göre Hemşirelerin Şizofreniye İlişkin Genel Görüşlerinin Dağılımı

Şizofreniye İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri		Ruh Sağlığı ve Hastahkları Hastaneleri		p=0.000 $\chi^2=13.027$
	N	Katılıyorrum n %	N	Katılıyorrum n %	
Şizofreni aşırı üzüntü halindedir	181	16(8.8)	353	75(21.2)	278(78.8)
Şizofrenler saldırgan olur	184	108(58.7)	354	305(86.2)	49(13.8)
Şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamazlar	185	135(73.0)	354	303(85.6)	51(14.4)
Şizofrenler akıl hastasıdır	180	166(92.2)	355	340(95.8)	15(4.2)
Şizofreni ruhsal zayıflık halindedir	183	61(33.3)	353	194(55.0)	159(45.0)
Şizofreni bir hastalık değil bir durumdur	183	10(5.5)	355	25(7.0)	330(93.0)
Şizofreni bir hastalıktır	183	179(97.8)	356	343(96.3)	13(3.7)

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 4.6 'da hemşirelerin hastanelere göre şizofreniyi tanımaya ilişkin bilgilerinin dağılımı yer almaktadır. EAH'nde çalışan hemşirelerin %91.2'si "şizofreni aşırı üzüntü halidir", %66.7'si "şizofreni ruhsal zayıflık halidir", %94.5'i "şizofreni bir hastalık değil bir durumdur" görüşlerine katılmazken, %58.7'si "şizofrenler saldırgan olur", %73'ü "şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamazlar", %92.2'si "şizofrenler akıl hastasıdır" ve %97.8'i "şizofreni bir hastalıktır" görüşüne katıldıklarını belirtmişlerdir. RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise %78.8'i "şizofreni aşırı üzüntü halidir", %93'ü "şizofreni bir hastalık değil bir durumdur" görüşlerine katılmadığını belirtirken, %86.2'si "şizofrenler saldırgan olur", %85.6'sı "şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamazlar", %95.8'i "şizofrenler akıl hastasıdır" ve %96.3'ü "şizofreni bir hastalıktır", %55'i "şizofreni ruhsal zayıflık halidir" görüşlerine katıldıklarını ifade etmişlerdir. EAH'nde çalışan hemşireler RSHH'nde çalışan hemşirelere göre "şizofreninin aşırı üzüntü hali" olduğu görüşüne daha fazla oranda katılmazken, şizofrenlerin saldırgan olduğu fikrine ise RSHH'ndeki hemşirelere göre daha az oranda katılmaktadır. Bu görüşlere ilişkin iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Şizofreniyi ruhsal zayıflık olarak görme fikrine RSHH'nde çalışan hemşirelerin yarısından fazlası katılırken, EAH'nde çalışan hemşireler ise bu fikre büyük oranda katılmamaktadır ($p < 0.05$).

Grupların; büyüdüğü yer (Ek3-Tablo 21), eğitim durumları (Ek3-Tablo 22 ve 23), çalışma süreleri (Ek3-Tablo 24 ve 25) ve ailede psikiyatrik öykü olma durumlarına göre (Ek3-Tablo 26) şizofreni hastalığını tanımaya yönelik bilgileri yönünden incelenmiştir. Katılımcıların şizofreniyeye ilişkin genel bilgileri ve büyüdüğü yer arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$), (Ek3-Tablo 21). EAH'nde çalışan lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin şizofren hastalarının kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alabilecekleri fikrine daha olumlu baktığı belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$), (Ek3-Tablo 22). EAH'nde çalışan lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin yarısından fazlası şizofreni hastalarının saldırgan olduğu fikrine katılmazken, diğer eğitim düzeyindeki hemşireler aynı görüşe büyük oranda katılmaktadır ($p < 0.05$). RSHH'ndeki sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin şizofreninin aşırı üzüntü hali olduğu fikrine daha fazla oranda katıldıkları belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$), (Ek3-Tablo 23). Şizofreniyeye ilişkin hemşirelerin genel bilgilerini belirleyen görüşlerle hemşirelerin eğitim seviyeleri, çalışma yılları ve hemşirelerin ailelerinde psikiyatri öyküsü olma durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$), (Ek3-Tablo 24 , 25 ve 26).

Tablo 4.7. Şizofreni Geçirdiğini Düşündüğünde Hemşirelerin Yapacakları Girişimlerin Kurumlara Göre Dağılımı

Girişimler	Ruh Sağlığı ve Hastahkları Hastaneleri		Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	
	n	%	n	%
Tatile çıkardım	4	1.1	1	0.7
Doktora giderdim	339	98.3	173	96.6
Dini yardım arardım	-	-	1	0.7
Hiçbir şey yapmazdım	1	0.3	2	1.3
Diğer	1	0.3	1	0.7
Toplam	345	100.0	178	100.0

Tablo 4.7.'de "şizofreni geçirdiğinizi düşünseydiniz öncelikli ne yaparsınız?" sorusuna RSHH'ndeki hemşirelerin %98.3'ü, EAH'ndeki hemşirelerin %96.6'sı "doktora giderdim" yanıtını vermiştir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin Şizofreni Geçirdiğini Düşündüğünde Gitmeyi Planladıkları Doktor Grupları

Gitmeyi Düşünebilecekleri Doktor	Ruh Sağlığı ve Hastahkları Hastaneleri		Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	
	n	%	n	%
Psikiyatri doktoru	343	99.4	175	97.8
Dahiliye doktoru	1	0.3	2	1.0
Psikologa giderdim	-	-	1	0.6
Sağlık ocağı doktoru	1	0.3	-	-
İhtiyacına göre	-	-	1	0.6
Toplam	345	100.0	179	100.0

Tablo 4.8.'de "şizofreni geçirdiğinizi düşünseydiniz öncelikli hangi doktora giderdiniz?" sorusuna RSHH'ndeki hemşirelerin %99.4'ünün, EAH'ndeki hemşirelerin ise %97.8'inin "psikiyatri doktoruna giderdim" yanıtını verdiği belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Şizofreni tanısı olan bireyler üzerindeki damgayı ve bunun olumsuz etkilerini azaltmak için damganın kaynaklarını bilmek gerekir (Soygür, 2000). Hemşirelerin, şizofreni tanısı alan bir bireye etkin sağlık hizmetini vermesi için, öncelikle şizofreni hastalığı, nedenleri, tedavi özelliği ve kendisinin ruhsal bozukluğu olan bireye karşı neler hissettiği, düşünceleri ve tutumlarını bilmesi önemlidir. Hemşire, şizofreni hastalarına karşı önyargı, olumsuz düşünce ve negatif tutuma sahipse bu konuda farkındalık geliştirerek olumlu değişiklikler yapabilir ve mesleğinin gerektirdiği bakım, araştırmacılık, danışmanlık, savunuculuk gibi hemşirelik rollerini hasta lehine etkin bir şekilde kullanabilir. İyi bir hemşirelik hizmeti alan şizofreni hastasının prognozu ve sosyal hayata hazırlandığı taburculuk süreci daha başarılı geçecektir. Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı almış bireylere bakış açılarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgularla ilgili tartışmalar aşağıda verilmiştir.

5.1. Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri

Hemşirenin şizofreninin etiyolojisi için düşüncelerinin neler olduğunu bilmesi hastaya olan yaklaşımını, hasta- hemşire ilişkisini ve hastaya vereceği sağlık hizmetinin kalitesini şüphesiz etkileyecektir. Şizofreninin farklı boyutları ile doğru şekilde tanınması, tedavi sürecinin etkinliği için önemlidir (Sağduyu vd., 2001). Sağlık profesyonellerinin hasta ve hasta yakınlarına ifade ettiği etiyojik nedenler, hastaların toplumda nasıl algılanacağı ve ne dereceye kadar kabul göreceğini doğrudan etkiler. Şizofreninin etiyolojisinde, yalnızca sosyal, psikolojik nedenleri düşünmek yanlış olabileceği gibi sadece biyolojik nedenleri sorumlu tutmakta yanlış olur. Tek taraflı bir neden düşünmek bireyin tedavisi ve çare arama davranışı için kısır bir döngüye neden olabilir. Angermeyer ve Matschinger'in (1999) şizofreni için yaptığı bir çalışmada, şizofreninin etiyolojisinden sosyal sorunları sorumlu tutan katılımcılar tedavi için daha çok kendi kendine yardım, yardım grupları ya da psikoterapi önerirken, biyolojik nedenleri sorumlu tutan katılımcıların daha çok psikiyatrist ya da psikoloğa gitme gibi daha profesyonel yöntemleri önermişlerdir. Bu bakımdan şizofreni hastalığının etiyolojisinin özellikle biyopsikososyal model çerçevesinde ele alınması yararlı olabilir (Taşkın & Özmen, 2004 a). Çalışmamızdaki her iki hastane grubundaki hemşirelerin tamamına yakını şizofreni hastalığının doğuştan gelen bir hastalık olduğunu belirtmiştir (EAH %98.3, RSHH %95.6). Yanık ve arkadaşlarının (2003) tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmanın sonucu ile ve Özyiğit ve arkadaşlarının (2004) hemşireler ve hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmanın sonuçlarında çalışmamızın sonuçlarının aksine katılımcılar şizofreninin doğuştan gelen bir hastalık olduğuna büyük oranda katılmadıklarını belirtmişlerdir. Akdede ve arkadaşlarının (2004), Thara ve Srinavasan'ın (2000) çalışmalarında da katılımcıların büyük çoğunluğu şizofreni etiyolojisinde psikososyal faktörlerin öncelikli olarak sorumlu olduğunu, genetik faktörlerin ise etiyoloji ile daha az oranda ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bunun yanı sıra literatürde bizim çalışmamızın sonucunu destekler nitelikte bulgulara rastlanmaktadır (Jorm, Korten, Jacomb,

Christensen, Rodgers, & Pollit, 1997; Link, Phelan, Bresnehan, Stueve, & Pescosolido, 1999; Martin, Pescosolido, & Tuch, 2000). Bağ ve Ekinci'nin (2005) hemşire ve doktor grubu ile yaptığı çalışmada sağlık personelinin yarısından çoğu ruhsal bozuklukların genetik geçişli olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç bizim çalışmamız ile uygunluk göstermektedir. Hemşirelerin şizofreniyi doğuştan gelen bir hastalık olarak belirtmeleri genetik geçişli bir hastalık olduğunu düşünmelerinden kaynaklanır.

Şizofreninin etiyolojisinde sosyal nedenlerin varlığına ilişkin hemşirelerin düşüncelerine bakıldığında EAH'ndeki hemşirelerin %34.4'ü "şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle çıkar" fikrine katılırken, RSHH'ndeki hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%61.2) bu fikre katıldıkları görülmektedir. Özyiğit ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında katılımcıların %43.9'u şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını belirtmiştir. Taşkın ve arkadaşlarının (2002) Manisa ili kırsalında yaptığı çalışma sonuçlarında da şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığı görüşü grubun çoğunluğunda hakimdir. Yanık ve arkadaşlarının (2003) 4, 5 ve 6 sınıf tıp fakóltesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada 5. sınıf öğrencilerinin EAH'nde çalışan hemşirelerle şizofreninin sosyal nedenlerle çıktığı fikrine benzer oranlarda katıldıkları görülmüştür. Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada da katılımcıların yarıya yakını (%46) şizofreninin sosyal sorunlardan kaynaklandığını belirtmişlerdir. Link ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptığı bir çalışmada katılımcıların %90'ı ruhsal bozuklukların sosyal faktörler nedeniyle ortaya çıktığını ifade etmişlerdir. Thara ve Srinivasan'ın (2000) Hindistan'da yaptıkları bir çalışmada ise katılımcıların %12'si şizofreninin sosyal faktörler nedeniyle ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Bu bulgu bizim çalışmamızdaki EAH'ne ait bulguları destekler niteliktedir. Şizofreninin etiyolojisinde sosyal nedenlerin varlığı şüphesiz inkar edilemez (Işık, 1997; Murray & Steffen, 1999; Taşkın, 2004 b). Araştırmamızda konuya ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olması ilginç bir sonuçtur. Bu fark hemşirelerin yetiştiği ailenin ve çevrenin kültürel yapısından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda RSHH'ndeki hemşirelerin şizofreninin etiyolojisinde genetik ve sosyal faktörlerin her ikisini de kabul etmeleri modern psikiyatride ruhsal bozuklukların etiyolojisi için kabul edilen biyopsikososyal modelle uyumludur. EAH'ndeki hemşirelerin ise, şizofreni etiyolojisinden büyük oranda genetik geçişli sorumlu tutmaları ve sosyal faktörleri büyük oranda reddetmeleri şizofreniyi bir beyin hastalığı olarak görmelerinden kaynaklanabilir. Şizofreniyi genetik geçişli bir beyin hastalığı olarak görmenin hasta bireye yönelik daha önyargılı, damgalayıcı yaklaşım sergilemeye neden olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Taşkın, 2004).

Hemşirelerin şizofreninin etiyolojisine ilişkin fikir veya bilgilerini etkileyebileceğini düşündüğümüz bir diğer faktör de ailesinde herhangi bir psikiyatrik öykü deneyimleyen bireyin varlığı olabilir. Taşkın'ın (2004), şizofreni hastalarının yakınlarının, şizofreninin etiyolojisine ilişkin görüşlerinin incelendiği çalışmada, hasta yakınları ilk sırada biyolojik faktörleri sorumlu tutmuştur. Bunun nedeni olarak da, kendisinin hastalığa sebep olmadığını düşünerek, suçluluk psikolojisinden kurtulmak istemesi şeklinde belirlenmiştir. Angermeyer ve Matschinger'in (1994, 1996) yapmış oldukları çalışmaların sonuçlarına göre, hasta yakınları ruhsal bozukluğun etiyolojisinde biyolojik nedenleri sorumlu tutarken,

toplum, psikososyal etkenleri ön planda tutmaktadır. Bu çalışmalarda da hasta yakınlarının kendilerini suçlu hissetmelerine yol açan psikososyal etkenleri etiyolojik faktör olarak görmedikleri saptanmıştır. Sağduyu ve arkadaşlarının (2003) şizofreni hastalarının yakınları ile yaptığı bir çalışmada literatürdeki çalışmaların aksine hasta yakınları üçte ikisi şizofreninin nedeni olarak sosyal sorunları ve kişilik zayıflığını göstermişlerdir. Bu çalışmada ise, EAH'nde çalışan hemşirelerin ailesinde psikiyatrik öyküsü olan ve olmayan grubun her ikisinin de aralarında bir fark olmaksızın şizofreni etiyolojisinden genetik faktörleri sorumlu tuttıkları belirlenmiştir. RSHH'nde çalışan hemşirelerin ailelerinde psikiyatrik öykü olan ve olmayan grupların çoğunluğunun şizofreninin etiyolojisinden sosyal ve genetik faktörleri bir arada sorumlu tuttıkları görülmüştür. Sonuç olarak bu çalışmada da ailede psikiyatrik öykü olmasının, hemşirelerin şizofreninin etiyolojisine yönelik fikirlerini radikal bir şekilde etkilemediği saptanmıştır.

Eğitim düzeyi kişinin ruhsal bozukluğu olan bireye veya ruhsal bozukluklara ilişkin düşüncelerini etkileyen önemli faktörler arasındadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda bu konuda farklı sonuçlar saptanmıştır. Şehitoğlu'nun (1988) yaptığı bir çalışmada eğitim seviyesi arttıkça ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik olumlu tutumlarda artış olduğu saptanmıştır. Bostancı'nın (2000) yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitim seviyesinin arttıkça ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik kısıtlayıcı olmayan, koruyucu ve kabullenici yaklaşımların arttığı belirlenmiştir. Yanık ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada 4. 5. ve 6. sınıf tıp öğrencilerinin şizofreninin etiyolojisine ilişkin görüşleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça öğrencilerin şizofreninin sosyal nedenlerden kaynaklandığı fikrine daha çok katıldıkları görülmüştür. Joim ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin şizofreninin etiyolojisinde genetik faktörleri sorumlu tuttıkları belirlenmiştir. EAH'nde ve RSHH'nde çalışan hemşirelerin eğitim seviyeleri ve şizofreni etiyolojisine ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin eğitim seviyelerindeki farklılıkların etiyolojiye ilişkin düşüncelerini etkilememesi üst eğitim seviyesine sahip bireylerin katılımcıların az bir kısmını oluşturmasıyla açıklanabilir.

5.2. Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Alan Bireylere Yaklaşımı ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri

Şizofreni tanısı alan bireye yönelik olumsuz tutumlar özellikle bireyin sosyal ilişkilerinde belirlenen mesafe, ayrımcılığı içeren önyargılı davranışlarla ve bireyi damgalayarak toplumdaki dışlama şeklindeki tutumla kendisini gösterir. Şizofreni hastasının tedavi sürecinin etkin devam edebilmesi ve hastalığın belirtilerinin kontrol altına alınarak bireyin tekrar topluma uyum sağlaması için, öncelikle sağlık personelinin ve özellikle de hasta bireyle birebir iletişime geçme imkanı diğer sağlık personellerinden daha fazla olan hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireye uygun yaklaşım şeklini sergilemesi önemlidir. Her iki grup hemşire de bu görüşe olumlu bakmakla birlikte, EAH'nde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı alan bireylerin toplumda serbest dolaşmalarına daha olumlu baktıkları görülmektedir. Hemşirelerin şizofreni bireylerin toplum içinde rahatça dolaşabilmesi ve toplumdaki izole edilmemeleri gerektiğine katılmaları bireyin tedavi, tedavi sonrası topluma uyumu aşamalarında onlar tarafından desteklenebileceğine işaret eden önemli bir sonuçtur. Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) halkın şizofreniye yönelik tutumlarını incelediği

çalışmada halkın büyük çoğunluğu şizofreni hastasının toplum içerisinde serbestçe dolaşması gerektiğini belirtmiştir. Sağduyu ve arkadaşlarının (2003), şizofrenisi olan bireylerin yakınlarının şizofreniye yönelik tutumlarını incelediği başka bir çalışmaya göre, katılımcıların %60'ının şizofren bireyin toplum içerisinde rahatça dolaşması fikrini destekledikleri görülmüştür. Akdede ve arkadaşlarının (2004) gençlerin şizofreniye yönelik düşüncelerini değerlendirdiği çalışmaya göre, tıp fakültesi öğrencilerinin %10 gibi az bir kısmı şizofreni hastalarının toplumdan uzaklaştırılması gerektiğini ifade etmiştir. Link ve arkadaşlarının (1999) yapmış olduğu çalışmaya göre, çok az bir grubun hastalarla sosyal mesafe bırakılması gerektiğine inandıkları saptanmıştır. Chung ve arkadaşlarının (2001) üniversite öğrencilerinin çoğunun ruhsal bozukluğu olan bireyin toplumdan izole edilip, dışlanmasına karşı oldukları bulunmuştur. Martin ve arkadaşlarının (2000) Amerikan halkı ile yapmış olduğu çalışmaya göre, toplumun ruhsal bozukluğu olan bireyi tehlikeli kabul ettiği ama buna rağmen sosyal ortamlardan soyutlanmalarını gerektiğine katıldıkları belirlenmiştir. Murray ve Steffen'in (1999) çalışmasında katılımcıların çoğunun ruhsal bozukluğu olan bireyin toplumdan soyutlanması fikrine katıldıkları görülmüştür. Bizim çalışmamızın sonucu Murray ve Steffen'in vaka yöneticileriyle yaptıkları çalışmasının sonuçları ile benzeşmemektedir. Şizofren bireyle tedavisi sırasında en çok iletişime geçme fırsatı olan sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Bu bakımdan hemşirelerin sosyal mesafe açısından şizofren bireye yönelik ılımlı düşüncelere sahip olmaları olumlu bir sonuçtur.

Literatürde şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz sosyal mesafe koyulan örneklerin olduğunu görmekteyiz. Yanık ve arkadaşlarının (2003) tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye yönelik düşüncelerini incelediği çalışmada, öğrencilerin çoğu şizofren hastalarının toplum içerisinde serbestçe dolaşmaması gerektiğini belirtmişlerdir. Taşkın ve arkadaşlarının (2002) kırsal alanda yapmış olduğu çalışmada halkın yarısından fazlası şizofren bireyin toplum içerisinde serbest bir şekilde dolaşmaması gerektiğini ifade etmiştir. Yıldız ve arkadaşlarının (2003) hekimlerin psikotik bozukluklara yönelik düşüncelerini değerlendirdiği çalışmada hekimlerin %70'den fazlasının hastaların toplum içerisinde dolaşması fikrine karşı olduklarını saptanmıştır. Bu çalışmada da her iki gruptaki hemşirelerin şizofreni tanısı alan bireyin toplumda serbestçe dolaşması fikrine olumlu bakmaları ilginç bir durumdur. Burada katılımcıların almış oldukları hemşirelik eğitiminin niteliğinin etkili olduğu düşünülebilir.

Bununla birlikte çalışmamızda şizofren tanısı alan bireylerin toplumda serbestçe dolaşmaları fikrine olumsuz bakan hemşirelerin varlığı saptanmıştır (RSHH %39, EAH %18.5). Şizofren bireylerin etkin tedavi edilmeleri ve toplum hayatına uyum sürecinin etkin işlemesi için öncelikle sağlık personeli tarafından kabul edilerek dışlanmalarını gerekir. Ancak bu şekilde ruhsal bozukluğu olan bireylerin topluma kazandırılması ve toplum içinde iyileştirilmesi anlayışı gelişecektir. Aksi takdirde başta sağlık personeli ve sonrasında toplum, şizofreni hastasına yönelik önyargılı yaklaşımı benimseyerek, oluşturulacak ruh sağlığı politikalarına da bu olumsuz tutumu yansıtır. Bunun sonucunda da ruhsal bozukluğu olan bireyin "depo" hastanelere yerleştirilerek izole edilmelerine neden olan sağlık sisteminin güçlenmesi kaçınılmaz olur.

Şizofreni hastalarının tedavi sürecinden sonra, rehabilitasyon süreci başlamaktadır. Rehabilitasyonda temel amaç, bireyin toplumsal hayata uyumunu sağlamaktır. Bunun için öncelikle şizofreni hastası bireyin semptomlarının kontrolü, sonrada ekonomik özgürlüğünün sağlanabileceği bir işe yönlendirilmesi hatta bu iş için beceri kurslarına katılması, sonrasında iş yaşamının etkin devam edebilmesi için bireyin desteklenmesi sağlanır (Torrey, 2001). Bireye yönelik damgalama işyerinde de devam ederse, topluma uyum, hastalığın belirtilerinin kontrol altına alınması ve bireyin hastane dışında ki yaşamı tamamıyla güçleşebilmektedir.

EAH'ndeki hemşirelerin %71.3'ü, RSHH'ndeki hemşirelerin ise %52.5'i şizofren hastası bir bireyle aynı ortamda çalışabileceğini belirtmiştir (Tablo 4.3.) EAH'nde çalışan hemşireler daha fazla oranda bu fikre sıcak bakmaktadır. Sağduyu ve arkadaşlarının (2003) şizofreni hastalarına yönelik tutumu inceledikleri araştırma bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Hannigan'ın (1999) yapmış olduğu çalışmada halkın büyük bir kısmı psikotik rahatsızlığı olan bireyle aynı ortamda çalışabileceğini belirtmiştir. Özyiğit ve arkadaşlarının (2004) hemşirelik öğrencileri ve klinik hemşirelerinin şizofreni hastasına yönelik tutumlarını incelediği çalışma da ise hemşirelerin üçte ikisi şizofren bir bireyle çalışmak istemediğini belirtmiştir. Yanık ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da tıp fakültesi öğrencilerinin büyük çoğunluğu şizofren bir bireyle aynı ortamda çalışmak istemeyeceğini ifade etmişlerdir. Bağ ve Ekinci'nin (2005) hemşire ve doktorların görüşlerini değerlendirdiği çalışmada katılımcıların psikotik bozukluğu olan bir bireyle aynı işyerinde çalışma fikrine büyük oranda sıcak bakmadıkları görülmüştür. Rahav ve arkadaşlarının (1984) İsrail'de yaptığı çalışmada katılımcıların %6'sı ruhsal hastalığı olan bireyin kamu hizmetinde çalışabileceğini belirtmiştir.

Hemşirelerin, şizofren bir bireyle aynı ortamda çalışmaya olumlu bakmaları, şizofren bireyin rehabilitasyon sürecinin etkin geçmesini; iş hayatının devamlılığını, toplumsal hayata uyumunu, damgalama ve önyargılı davranışlardan korunmasını destekleyebileceklerine işaret eden olumlu bir sonuçtur. Ülkemizde rehabilitasyon hizmeti veren kurumlar bulunmamaktadır. Sadece çeşitli üniversitelerde akademisyen hemşirelerin ve doktorların ve de diğer sağlık profesyonellerinin küçük çaplı deneme çalışmaları söz konusudur. Bu bakımdan şizofren bireyin rehabilite edilmesinde tedavi ve taburculuk sürecinde bireyin bakımından sorumlu olan hemşireler birey ve ailesini bu sürece hazırlamak da rol almalıdır.

EAH'nde çalışan hemşirelerin %90.5'i, RSHH'ndeki hemşirelerin %95.5'i "şizofren bir bireyle evlenebilirim" görüşüne katılmadıklarını belirtmiştir (Tablo 4.3.). Sosyal mesafeye ilişkin diğer maddelerle göre en fazla damgalayıcı, dışlayıcı yaklaşımın "şizofren bir bireyle evlilik" görüşünde olduğu belirlenmiştir. Psikotik bozukluğu olan bireyle en fazla yakınlık gerektiren durumlarda bireyi reddetme eğiliminin daha fazla olduğu görülmektedir. Aynı çalışmada, kişisel yakınlık gerektiren durumlarda sosyal reddetmenin arttığı, buna karşın kişisel yakınlık içermeyen durumlarda hastalara hoşgörünün yüksek olduğu saptanmıştır. Arkar ve Eker'in (1996) çalışmalarında da sosyal yakınlık içeren ortamlarda şizofreni tanısı olan hastaların daha fazla olmak üzere, hastalar ile etkileşimi azaltma ya da kesme eğiliminin olduğunu, buna karşın göreceli olarak kişisel olmayan ortamlarda kabulün daha fazla olduğunu göstermiştir. Özyiğit ve arkadaşları (2004), Sağduyu ve

arkadaşlarının (2003), Taşkın ve arkadaşlarının (2002) ve Yanık ve arkadaşları'nın (2003) yapmış olduğu çalışmaların sonuçları bu çalışmanın sonuçları ile uyumludur. Bu çalışmalarda da katılımcıların tamamına yakının şizofren bir bireyle evlilik fikrine karşı çıkmıştır. Hemşirelerin şizofren bireyle sosyal bir yapı içerisinde yer almaya karşı gelmesi, toplumun genelinde bulunan, ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik olumsuz düşünceler, önyargılı davranış ve tutumlarından bir farkı olmaması düşündürücüdür.

EAH'nde çalışan hemşirelerin %62'si "şizofren komşum olmasından rahatsız olmam" derken, RSHH'ndeki hemşirelerin ise %35.4'ü "şizofren komşum olmasından rahatsız olmam" yanıtını vermiştir (Tablo 4.3.) İki hastane arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. RSHH'nde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı alan bireye ileri derecede sosyal mesafe koyduğu görülmektedir. Bunun nedeni RSHH'ndeki hemşirelerin çoğunun şizofreni tanısı alan bireyin tehlikeli saldırgan olabileceğini düşünmeleri (%86.2) olabilir. RSHH'ne genellikle "depo hastane" niteliğinden dolayı kronik ruhsal bozuklukları olan bireylerin hastalıklarının en ağır dönemlerinde yatışlarının yapılması, burada çalışan hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireyi algılamasını olumsuz etkileyebilir. Aker ve arkadaşlarının (2002), hekimlerin şizofreni hastalarına yönelik tutumlarını incelediği çalışmada, hekimlerin %70'den fazlası şizofren komşusu olmasını istemediklerini belirtmişlerdir. RSHH'nde çalışan hemşirelerin sonuçları bu çalışmanın sonuçları ile uyumludur. Yıldız ve arkadaşlarının (2003), pratisyen hekimlerin şizofreni hastalarına yönelik tutumlarını incelediği çalışmaya göre, hekimlerin %15 gibi az bir oranı şizofren komşusu olmasını istemediğini belirtmiştir. EAH'ndeki hemşirelere ilişkin bulgular bu çalışmanın sonucu ile uyumludur. RSHH'ndeki hemşirelerin şizofren komşusu olması fikrine daha olumsuz bakmalarının bir diğer nedeni kişinin aile veya çevresinden edindiği kültürel özellikleri olabilir.

EAH'nde çalışan hemşirelerin %53.6'sı, RSHH'nde çalışanlarının ise %71.6'sı "şizofren bir bireye evimi kiraya veririm" görüşüne katılmadıklarını belirtmişlerdir. Her iki hastane grubundaki hemşirelerin özellikle de RSHH'ndeki hemşirelerin şizofren hastası bireye sosyal mesafe koyduğu ve yaşadığı sosyal yapı içerisinde yer almasına karşı çıktıkları görülmektedir. Bunun nedeni hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireyi tehlikeli görmeleri, onların tedavi edilemeyeceklerini düşünmeleri yine saldırgan olduklarını düşünmeleri ve onlardan korkmaları olabilir. Ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafeye ilişkin çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan Dickerson ve arkadaşlarının (2002), çalışmalarında toplumun psikotik rahatsızlığı olan bireyle sosyal yaşamında karşılaşmak istemediğini belirlemiştir. Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında, toplumun yarıya yakınının (%43) evini şizofren bir bireye kiraya vermeyeceği görülmüştür. Taşkın ve arkadaşlarının (2002) çalışmaları da bu çalışmanın sonucu ile uyumludur. İnsanlar şizofreni hastalarını yaşadığı çevre içerisinde görmek istememektedir.

Şizofreni hastasına yönelik hemşirelerin yaklaşımlarını etkileyen bazı sosyodemografik özelliklere ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır. Ek3-Tablo 8'de hemşirelerin yetiştiği aile yapısının şizofreni hastalarına olan yaklaşımları üzerine etkileri yönünden değerlendirilmiştir. EAH'ndeki ve RSHH'nde çalışan hemşirelerin çekirdek ailede büyüyenleri ve geniş ailede büyüyenleri; "şizofren hastaları toplumda

serbest dolaşmalıdır”, “şizofren bir bireyle çalışabilirim”, “şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez” görüşlerine benzer oranlarda katılmaktadır. Başka bir ifadeyle, çekirdek ve geniş ailede olma ile şizofreniye yönelik sosyal mesafe özelliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. “Şizofren bir bireye evimi kiralamam” görüşüne ilişkin ise, EAH’lerinin her iki grubunda da benzer oranda katılma söz konusu iken (çekirdek %52.9, geniş %57.7), RSHH’nde bu görüşe çekirdek ailede yetişen bireylerin daha fazla katıldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Geniş aile yapısı genellikle kırsal bölgede yaşayan bireylerde fazla görülür ve kırsal alandaki insanların ruhsal bozukluğu olan bireylere daha kabullenici yaklaştıkları birçok çalışmada saptanmıştır (Taşkın, 2004 b; Özmen & Taşkın, 2004). Bizim çalışmamızın sonucunda literatürdeki bulguların aksine, RSHH’ndeki hemşirelerin çekirdek ailede büyüyenlerinin, EAH’nde çalışan hemşirelerin ise hem çekirdek hem de geniş ailede büyüyenlerinin şizofren bireye daha damgalayıcı yaklaşım içerisinde oldukları belirlenmiştir.

Her iki hastane grubundaki hemşirelerin şehirde büyüyenleri köyde büyüyenlere göre “şizofren hastası bireylerin toplumda serbest dolaşması fikrine daha sıcak baktıkları saptanmıştır. Katılımcıların azımsanmayacak bir bölümü kırsal kesimde büyümüşdür (EAH %38.4, RSHH % 57). Bu bakımdan çalışmamızda kırsal kesimde büyüyen hemşirelerin şizofren bireyin topluma kabulüne olumsuz bakmaları eğitim gereksinimlerini ortaya koyan düşündürücü bir sonuçtur. Yapılan çalışmalara şizofreni hastalarına yönelik etiketin, kırsal kesimde kentsel kesime göre daha fazla olduğu bilinmektedir (Arkar & Eker, 1994; Taşkın, vd , 2002).

Ailede psikiyatri öykü varlığı şizofreni hastasına olan sosyal mesafe özelliğini önemli ölçüde etkiler. Ailesinde psikiyatri öyküsü olan bireyin varlığı genellikle ruhsal bozukluğu olan bireylere daha olumlu tutum içerisinde olmayı sağlar. Bazen de ruhsal bozukluğu olan bireyle bir arada yaşamak daha çok olumsuz şeylerin deneyimlenmesine neden olabilir. Bizim çalışmamızın sonucunda, RSHH’nde çalışan ve ailesinde psikiyatri öyküsü olan hemşirelerin olmayanlara göre şizofreni komşusu olması fikrine daha olumsuz baktıkları saptanmıştır (Ek3-Tablo 10). Sağduyu ve arkadaşlarının (2003) şizofreni hastalarının yakınlarının şizofreniye yönelik tutumlarını incelediği çalışmaya göre, hasta yakınlarının %60’tan fazlasının şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olmayacağı saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızın RSHH’nde çalışan hemşirelere ilişkin sonuçlar ile benzeşmemektedir. EAH’ndeki hemşirelerin ailelerinde psikiyatrik öykünün varlığı ve şizofreni hastası bir komşusu olmasından rahatsız olma açısından anlamlı bir fark olmamakla birlikte bu konuda olumlu düşünceye sahip oldukları görülmektedir. RSHH’nde çalışan hemşirelerin ailelerinde psikiyatri öyküsü olanların daha olumsuz yaklaşım içerisinde olmaları bilişleri bilgiden çok deneyimlerin etkilediğini göstermektedir. Daha öncede değinildiği gibi, RSHH’ndeki hemşireler ruhsal bozukluğu olan bireyleri en ağır dönemlerinde görmektedirler. Buna birde ailelerinde böyle bir bireyin varlığının eklenmesi hemşirenin olumsuz deneyimler yaşamasına neden olabilir.

EAH’nde çalışan hemşirelerin sağlık meslek lisesi mezunları %56.8, önlisans mezunları %70.1, lisans veya üzeri eğitim alanları ise %86.4 oranında şizofren bir bireyle çalışmaktan rahatsız olmayacağını belirtmiştir (Ek3-Tablo 11). Bu sonuca

göre, EAH'ndeki hemşirelerin eğitim seviyeleri arttıkça şizofreni hastalarına yönelik olumlu yaklaşımlarının arttığı söylenebilir. Eğitim seviyesinin artmasının şizofreni hastalığını daha iyi tanımayı ve şizofreni hastası bireye daha olumlu tutum geliştirmeyi sağladığı görülmektedir. RSHH'nde sağlık meslek lisesi mezunlarının %46.8'i şizofren bir bireyle aynı ortamda çalışmaktan rahatsız olmayacağını belirtirken, önlisans, lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin ise yarıdan fazlası bu fikre olumlu bakmaktadır (Ek3-Tablo12). RSHH'nde de eğitim seviyesinin yükselmesi ile olumlu tutum arasında pozitif bir paralellik vardır ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

EAH'nde çalışan hemşirelerin eğitim seviyeleri arttıkça, şizofren hastası bireye yaklaşımda daha olumlu tutum içerisinde olduğu saptanmıştır. RSHH'nde ise en çok önlisans mezunlarının, en az lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin şizofren hastası bireye sosyal mesafe koyduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre hemşirelerin sosyal mesafeye ilişkin düşüncelerini eğitimin yanı sıra farklı etkenlerin de etkileyebileceği düşünülebilir. Kişilerin gerek iş gerekse özel yaşamındaki deneyimleri yaşanmışlık durumu ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik düşüncelerini etkilemektedir. Walker ve Read'in (2002) matematik ve psikoloji bölümlerindeki öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yaklaşımlarını incelediği çalışmada, öğrencilerin eğitim seviyeleri arttıkça ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik daha olumlu tutum içerisinde oldukları görülmüştür. Bostancı'nın (2000), psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşire grubunun ruhsal bozukluklara ilişkin düşüncelerini incelediği çalışmada; hemşirelerin eğitim seviyelerinin artması ile, olumlu tutumların geliştiği görülmüştür. Yapılan çalışmanın sonuçları bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur. Diğer taraftan literatürde çalışmamızla farklı sonuçlar gösteren araştırmalara da rastlanmıştır. Yanık ve arkadaşlarının (2003) eğitimin şizofreni hastalarına yönelik tutuma etkilerini değerlendirdiği çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreni hastası bireye yönelik tutumlarının aldıkları eğitimle değişmediği ve olumsuz tutumun devam ettiği belirlenmiştir. Çoğu çalışmada şizofreni hastasına yönelik tutumun eğitim düzeyi yükseldikçe daha olumsuz eğilimde devam ettiği ve yüksek eğitilmiş kişilerin şizofrenide daha az yakın ilişki içinde olmak istediklerini göstermiştir (Bhurga, 1989; Jorm et al., 1997; Yanık vd., 2003).

Hemşirelerin şizofreni hastası bireye yaklaşımını etkileyebileceğini düşündüğümüz bir diğer faktör çalışma süreleridir. EAH'nde çalışan hemşireler çalışma yıllarının etkisi olmaksızın şizofren bireyin toplum içerisinde serbestçe dolaşabileceğini, şizofren bir bireyle aynı ortamda çalışabileceğini, şizofren bir komşu olmasından rahatsız olmayacağını ifade etmişlerdir. Çalışma yılları fark etmeksizin, evini şizofren bir bireye kiraya vermeye karşı oldukları görülmüştür. Bu çalışmada, EAH'ndeki hemşirelerin çalışma süreleri ile sosyal mesafe özellikleri arasında istatistiksel bir anlamlılık söz konusu değildir (Ek3-Tablo 13). RSHH'nde ise 0-9 yıl çalışan hemşirelerin %59.4'ü, 10-19 yıl çalışanların %69.4'ü, 20 yıl ve üzeri çalışanların %75.8'i şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olacağını belirtmişlerdir (Ek3-Tablo 14). RSHH'ndeki hemşirelerin çalışma süresi arttıkça şizofren bir komşusu olması fikrine daha olumsuz baktıkları görülmektedir. Bunun nedeni şizofreni ve diğer psikotik rahatsızlığı olan bireylerin hastalıklarının

alevlenme döneminde veya kronikleştigiine karar verildiği durumlarda RSHH'ne sevk edilmeleri ve bu kurumlarda uzun süreli yatışlarının olması olabilir.

5.3. Hemşirelerin Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri

İnsanların ruhsal bozukluğun tedavi edileceğine inanmaları, hastalığı olan bireye daha olumlu tutum ve yaklaşım sergilemelerini sağlar. Genel olarak halkın ve sağlık profesyonellerinin şizofreninin tedavisine ilişkin görüşleri farklılık göstermektedir. Halkın şizofreninin tedavisinde ilk olarak psikoterapiyi seçtikleri ve psikotrop ilaçlarla tedaviye sıcak bakmadıkları bulunmuştur (Taşkın, 2004 b). EAH'ndeki hemşirelerin %87.4'ü, RSHH'ndeki hemşirelerinde %76.6'sı ortam değişikliğinin şizofreninin tedavisine önemli katkıları olmadığını belirtmişlerdir. EAH'ndeki hemşireler bu fikre daha olumsuz bakmaktadır (Tablo 4.4.). Hemşirelere "sosyal sorunlar geçmeden şizofreni geçmez" görüşüne ilişkin fikirleri sorulduğunda EAH'ndeki hemşirelerin %78.1'i, RSHH'ndeki hemşirelerin ise %63'ü katılmadığını belirtmiştir. Özellikle EAH'ndeki hemşirelerin tedavide psikososyal yaklaşımı uygun bulmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin şizofreninin tedavi edilebilir bir hastalık olduğu fikrine katılmaları hasta için tedavi sürecinin nitelikli ve etkin devam etmesi adına önemli bir noktadır. EAH'ndeki hemşirelerin %86.6'sı, RSHH'ndeki hemşirelerin %76.1'i "şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır" fikrine katıldıkları bulunmuştur. Bu sonuç, literatürde yer alan bir çok çalışma ile uyumludur (Arkar & Eker, 1996; Dickerson et al., 2002; Özyiğit vd., 2004; Yanık vd., 2003; Yıldız, Önder, Tural, Balta, & Koçalm, 2003). Ancak her iki hemşire grubunun büyük çoğunluğu şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini (EAH %81.6, RSHH %86.7) ifade etmiştir. Hemşireler şizofreni hastalığının tedavi edilebileceğini ama tam olarak düzelmeyeceğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin bu şekilde düşünmesi şizofreni tanısı alan bireylere damgalayıcı, ayrımcı ve olumsuz yaklaşım içerisinde olduklarını düşündürmektedir. İnsanların şizofreni hastalarının tam olarak düzelmeyeceğini, hastalığın prognozunun iyi gitmeyeceğini düşüncelerinin bir nedeni de hasta bireye yönelik öfke duygusu ile ilişkilidir (Angermeyer & Matchinger, 2003). Hemşire, şizofren bireyin hastalığı nedeniyle gösterdiği pozitif ve negatif belirtilerin patolojik süreç olduğunu gözardı ederek, yaşadığı topluma göre "normal dışı" kabul edilen bu semptomları gösteren bireye öfke duyabilir. Bu noktada hemşirelerin şizofreninin tedavisine ilişkin bilgi gereksinimi olduğunu göstermektedir. Her iki hastanede ki hemşire grubunun tamamına yakını şizofreninin hacı veya hocalar tarafından iyileştirilemeyeceğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin geleneksel tedavi arayışına karşı olmaları bilimsel tedavi sürecinin etkinliği adına olumlu bir sonuçtur. Bu konuda literatürde farklı sonuçlar veren çalışmalar vardır. Phillips ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmaya göre ruhsal bozukluğu olan bireyin iyileşmesi için dini yardım arayışının öncelikle tercih edildiği belirlenmiştir. Shibre ve arkadaşları (2001) ruhsal bozukluğu olan bireylerin iyileşmek için doğa üstü güçler (%27), dua etmek (%65) gibi spiritüel davranışlara yöneldiğini belirtmiştir. Matchinsky, (2000) ruhsal bozukluğu olan bireylerin %42'sinin tedavilerine destek olması için din adamına gittiklerini saptamıştır.

Literatürde bizim çalışmamızı destekler nitelikte sonuçları olan araştırmalar bulunmaktadır. Özyiğit ve arkadaşlarının (2004) hemşire ve öğrenci hemşirelerle

yaptığı çalışmada hemşirelerin tamamına yakını şizofreninin hacı ve hocalar tarafından iyileştirilemeyeceğini belirtmiştir. Kılıç ve Gördür'ün (1995), Ankara'da yapmış olduğu çalışmaya göre, ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavi olmak amacıyla %1 oranında hocalara başvurdukları saptanmıştır. Yanık ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da tıp öğrencileri şizofreninin tedavisinde hacı veya hocaların yer almasına büyük oranda karşı çıkmışlardır. Sağduyu ve arkadaşlarının (2003), şizofreni hastalarının yakınlarına aynı soruyu yönelttiği çalışmaya göre aileler tedavi arayışı için %1 oranında dini yardımı tercih etmişlerdir.

Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu, şizofreninin ilaçla tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu belirtmiştir (EAH %91.1, RSHH %90.1). Çalışmanın bu sonuçları Özyiğit ve arkadaşlarının (2004) hemşire ve öğrenci hemşireler üzerinde yaptığı çalışma ile uyumludur. Şizofreninin tedavisinde farmakolojik tedavinin önemli yeri vardır. Hemşirelerin şizofreni tedavisinde farmakolojik boyutu önemsemeleri olumlu bir sonuçtur. Literatürde şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların ilaçla tedavisine karşı çıktığı sonuçları veren araştırmalar yer almaktadır. Sue'nin (1997), sosyal hizmet uzmanları ile yaptığı çalışmada, katılımcıların yarından fazlası ruhsal bozuklukların ilaçla tedavi edilemeyeceğini belirtmiştir.

Hemşirelerin yarından fazlasının şizofreninin psikoterapi ile tedavi fikrine katılmadıkları saptanmıştır (EAH %54.7, RSHH %56). Bu sonuç, Özyiğit ve arkadaşlarının (2004) hemşire ve öğrenci hemşirelerle yaptığı çalışma ile benzeşmemektedir. Bu çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun şizofreninin psikoterapi ile tedavi edilebileceğini belirttikleri görülmektedir. Özmen ve Taşkın (2004), psikoterapi hakkında toplumun yanısıra sağlık çalışanlarının da yanlış bilgi ve inanca sahip olduğunu belirtmiştir. Çobanoğlu ve arkadaşlarının (2003) şizofreni hastasının tedaviye ilişkin sorunlarını değerlendirdiği çalışmada, sağlık çalışanlarının bireyin tedaviye uyumunda çok önemli yeri olduğu vurgulanmıştır. Bu bakımdan bizim çalışmamızda hemşirelerin şizofreni tedavisinde farmakolojik tedaviyi önemserken, psikoterapiye yarından çoğunun karşı çıkması tedavi sürecinin etkinliğini olumsuz etkileyebilecek bir durumdur. Günümüzde şizofreni tedavisinde farmakoloji, psikoterapi, sosyal destek sağlanması gibi farklı tedavi seçeneklerinin birlikte sunulduğu biyopsikososyal tedavi modeli etkin bir model olarak kabul edilmektedir (Corrigan & Lundin, 2001; Işık, 1997).

Hemşirelere şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etki gösterme ve bağımlılık yapmalarına ilişkin fikirleri sorulduğunda, her iki grubun çalışanlarının tamamına yakınının şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etki (EAH %98.3, RSHH %96.5) ve bağımlılık yaptığını (EAH %97.8, RSHH %98.8) belirtmiştir. Hemşirelerin şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaçlara ilişkin böyle yargılara sahip olmaları tedavi sürecinin niteliği ve etkinliği açısından düşündürücü bir durumdur. Bunun nedeni, geçmişte daha sık ve yaygın olarak kullanılan antipsikotiklerin ekstrapiramidal sistem üzerine olan yan etkilerinin azaltılmasında kullanılan bazı ilaçların bağımlılık yapma potansiyeli taşıyor olması olabilir. İlaçların uzun süre kullanılmasının fiziksel zararlara neden olacağı düşüncesine sahip olmaları ve de ilaçların hastalığı tedavi etmesinden çok belirtilerde düzelmeye sağlayacağı düşüncesi olabilir. İlaç tedavilerine yönelik yanlış fikirlerin

olması, psikiyatristin önerdiği ilacın hasta birey tarafından uygun doz ve sürede kullanılmasını önleyebilmektedir (Özmen & Taşkın, 2004). Özyiğit ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da çalışmaya katılan hemşirelerin çoğu şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etkileri olduğu ve bağımlılık yaptığını belirtmiştir. Deveci'nin (2004) hekimlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını incelediği çalışmada ilaçların etki, yan etki ve riskleri hakkında hekimlerin bilgi gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Sağduyu ve arkadaşları (2001), halkın %44.8'i, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceğini, %25.4'ü de ciddi yan etkileri olabileceğini belirtmiştir. Benzeri bir çalışmada da kırsaldaki halkın yarıya yakını şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar, yaklaşık yarısı da "fikrim yok" yanıtını vermiştir (Taşkın, 2004 b). Ancak belli bir eğitimden geçen hemşirelerin tamamına yakınının şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlara yönelik olumsuz düşüncelere sahip olmaları önemli ve endişe verici bir bulgudur.

Her iki hastane grubunda sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin diğer eğitim derecelerinden mezun olan hemşirelere göre psikoterapi ile tedaviye daha olumlu bakmaları ilginç bir sonuçtur (Ek3-Tablo 15 ve 16). Sağlık meslek liselerinde ders müfredatlarında ruh sağlığı ve ruhsal bozukluklara ilişkin konular yeterince yer almamaktadır. Ayrıca derslerden sorumlu öğretmenlerin alana özel eğitimleri de bulunmamaktadır. Bu bakımdan araştırmamızdan çıkan sonucu aile özellikleri ve kişinin büyüdüğü çevreden gelen bir takım kültürel etkenlerle bağdaştırabiliriz.

EAH'nde çalışan hemşirelerin çalışma yılı arttıkça hemşirelerin şizofreninin sosyal faktörlerle ilişkisi olduğu fikrine olumsuz baktıkları ve tedavideki psikososyal yaklaşımı önemsemedikleri belirlenmiştir. Çalışma süreleri arttıkça sağlık personelinin psikotik bozukluğu olan bireye daha damgalayıcı tutum sergilediği çeşitli çalışmalarda saptanmıştır (Taşkın, 2004 b). Bu durum kişinin tedavi sürecinin etkinliği için probleme neden olabilir. Tedavi ekibinin sosyal, psikolojik ve biyolojik yaklaşımla tedavi modellerine olumlu bakması, etkin tedavi hizmetinin sunulması için bir gerekliliktir. RSHH'nde hemşirelerin çalışma yıllarının tedaviye ilişkin fikirleri üzerinde anlamlı bir farklılık yaratacak etkisi olmamıştır (Ek3-Tablo17 ve 18).

Ailelerinde psikiyatri öyküsü olan bir birey olması hemşirelerin hastalığın tedavisi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarını sağladığı varsayılabilir. Ülkemizde şizofreni hastası yakını olan aile üyeleri özellikle sağaltım konusunda topluma göre daha doğru bilgiye sahiplerdir (Taşkın, 2004 b). RSHH'nde ailelerinde psikiyatri öyküsü olan hemşirelerin yarıdan fazlasının şizofreni hastalığının tedavisinde sosyal sorunların çözümlenmesinin önemli olduğuna katılmaktadır. Ailesinde psikiyatri öyküsü olmayan hemşireler ise bu fikre 2/3 gibi bir oranda katılmamaktadır. Bu sonuca göre, ailesinde psikiyatri öyküsü olan hemşirelerin şizofreninin tedavisine ilişkin daha kabul edilebilir bir yaklaşımı benimsediklerini söyleyebiliriz (Ek3-Tablo 20).

5.4. Hemşirelerin Vakadaki Şizofreniyi Tanıma Özelliklerine İlişkin Görüşleri

Her iki hastanede çalışan hemşirelerin çoğunluğu (EAH %87, RSHH %86) Ahmet Bey'de bedensel bir hastalık olmadığını belirtmiştir. Her iki hastanede çalışan hemşirelerin tamamına yakını vakadaki Ahmet Bey'in ruhsal bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir. Her iki grubun hemşireleri Ahmet Bey'in yaşadığı durumun kişilik

yapısının zayıf olmasından kaynaklanmadığını belirtmesi hemşirelerin şizofreni hastalığına ilişkin bilgilerinin genel anlamda yeterli olduğunu göstermektedir. Çeşitli çalışmalarda şizofreninin etiyojisinin kişilik yapısına ilişkin patolojilerle ilişkilendirilmesinin, kişiye olumsuz, damgalayıcı yaklaşım sergilenmesine neden olduğunu göstermiştir. Ancak hemşirelere Ahmet Bey'in yaşadığı durumun sosyal nedenlerden kaynaklandığı görüşüne ilişkin fikirleri sorulduğunda, EAH'ndeki hemşirelerin daha fazla olmak üzere her iki hastane grubunda ki hemşirelerin yarısından fazlası bu fikre katılmadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç, anket formunda şizofreninin etiyojisine ilişkin sorulan sorulara alınan yanıtlarla örtüşmektedir. Olgu örneği gerekse genel anlamda şizofreni etiyojisine ilişkin sorulan sorulara EAH'ndeki hemşirelerin çoğunluğu şizofreni etiyojisinde sosyal faktörlerin olmadığını belirterek, etiyojide geçerli olan biyopsikososyal yaklaşımı reddetmişlerdir. Özyiğit ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da hemşireler olgu örneğindeki kişi için "ruhsal hastalığı vardır" (%96.8), "şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle çıkar" (%43.9) gibi yanıtlar vermiştir. Bu sonuçlar çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Taşkın ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada da deneklerin %82'si tanımlanan olgu örneğinin ruhsal bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Ancak aynı çalışmada çalışmamızın aksine olgu örneğinin yaşadığı durumun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığı fikrine katılımcıların %75'i olumlu yanıt vermiştir. Yanık ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da tıp fakültesi öğrencileri aynı olgu örneğine çalışmanın sonuçlarına benzer yanıtlar alınmıştır. Öğrenciler tanımlanan olgu örneğinin ruhsal bozukluğu olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin vakadaki olgu örneğinin ruhsal bozukluğu olduğunu bilmeleri ve şizofreninin kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmadığını belirtmeleri aldıkları eğitim nedeniyle beklenen bir sonuçtur. Ancak her iki hastanede çalışan hemşirelerin şizofren olgusunun sosyal nedenlerle ilişkilendirmemesi etiyojiye ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

5.5. Hemşirelerin Şizofreniyi Tanımaya İlişkin Genel Görüşleri

Hemşirelerin tamamına yakını (EAH %91.2, RSHH %78.8) şizofreninin aşırı üzüntü hali olduğuna katılmamakla birlikte bu fikre EAH'ndeki hemşirelerin daha çok olumsuz baktığı bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatürde bu bulguları destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Özyiğit vd., 2004; Yanık vd., 2003). İnsanların şizofreni hastalarını damgalamalarındaki temel neden onların saldırgan ve tehlikeli olduklarını düşünmeleridir (Bağ & Ekinci, 2005; Taşkın & Özmen, 2004 b). Hemşirelere şizofreni hastalarının saldırgan olması görüşüne ilişkin fikirleri sorulduğunda EAH'ndeki hemşirelerin %58.7'si, RSHH'ndeki hemşirelerin %86.2'si "şizofrenler saldırgandır" yanıtını vermişlerdir. Şizofren hastalarının diğer psikotik hastalıklara göre daha fazla damgalanarak, toplumdaki dışlanmasının en temel nedeni insanların şizofren hastası bireyin saldırgan olduğunu düşünmesidir (Soygür, 2003; Üçok, 2003). Hemşirelerin şizofren hastasının saldırgan olduğunu düşünmesi hasta-hemşire arasında kurulması gereken terapötik iletişim olumsuz yönde etkileyebilir. Ruhsal bozukluğu olan bireyin tedavisi sırasında sağlık ekibiyle hasta arasında terapötik iletişimin mutlaka olması gerekir (Vaccarolis, 1998). Bu bakımdan çalışmamızın sonucu hemşirelerin etkin hemşirelik hizmeti vermelerini olumsuz etkileyebilecek bir durumu göstermektedir. Bu sonuca göre etkin hemşirelik hizmeti verilmesi mümkün olmayabilir. Literatürde çalışmamızın sonucunu destekleyen çalışmalar

bulunmaktadır (Akdede, Alptekin, Topkaya, Belkiz, Nazlı, & Özsin, 2004; Bağ & Ekinci, 2004; Chung et al., 2001; Corrigan, Rowan, & Gren, 2002; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000; Dickerson et al., 2002; Hannigan, 1999; Martin et al., 2000; Murray & Steffen, 1999; Sağduyu vd., 2003; Taşkın vd., 2002; Ihara & Srinivasan, 2000; Walker & Read, 2002; Yıldız vd., 2003). RSHH'nde çalışan hemşireler EAH'nde çalışan hemşirelere göre şizofren hastalarının saldırgan olduğu fikrine istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla katılmaktadır. Bu sonuç şizofren bireylerin hastalığının alevlenme dönemlerinde RSHH'lerine sevk edilmeleri ve uzun süreli yatışlarının olması nedeniyle olabilir.

Her iki hastanede çalışan hemşirelerin çoğunluğu şizofreni tanısı alan bireylerin kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamayacağını belirtmişlerdir. Hemşirelerin şizofreni hastası bireyin karar alma sürecinin yetersiz olduğunu düşünmeleri, hasta bireyi tedavi sürecine etkin olarak katmalarını ve onların düşüncelerini önemsemelerini engelleyebilir. Bu durum hasta-hemşire arasında kabul edilen en uygun iletişim şekli olan "terapötik iletişim" modelinin gerçekleşmesini önleyerek hastanın tedaviyi reddetmesine kadar varabilen bir sürece sokabilir. Çalışmamızın sonucu Sağduyu ve arkadaşlarının (2003) çalışması ile uyumludur. Yıldız ve arkadaşlarının (2003) pratisyen hekimlerle yaptığı çalışmada hekimlerin az bir bölümü psikotik hastalığı bireyin, kendi yaşamı ile ilgili doğru karar alamayacağını belirtmiştir. Bu sonuç bizim çalışmamızla uyumlu değildir. Hemşirelerin tamamına yakını (EAH %97.8, RSHH %96.3) şizofreninin bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin tamamına yakını (EAH %94.5, RSHH %93.0) "şizofreni bir hastalık değil, bir durumdur" görüşüne katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin şizofreniyi bir hastalık olarak kabul etmeleri almış oldukları eğitim nedeniyle beklenen bir sonuçtur. Hemşirelerin (EAH %92.2, RSHH %95.8) tamamına yakınının şizofreniyi akıl hastalığı olarak kabul etmeleri de düşündürücü bir sonuçtur. Özmen ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu bir çalışmaya göre halk için "akıl hastalığı" kavramını "ruhsal hastalık" kavramına göre daha damgalayıcı bir anlam taşıdığı ve "akıl hastalığı" kavramını "ruhsal hastalık" kavramına göre daha ağır ve de ciddi tedavi gerektiren durumlar olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Ülkemizde bu konuya ilişkin yapılan çeşitli çalışmalarda (Sağduyu vd., 2003; Taşkın, Şen, Aydemir, Demet, Özmen, & İçelli, 2003) benzer sonuçlar bulunmuştur.

Eğitim seviyeleri yüksek olan hemşirelerin genel olarak ruhsal bozuklukları daha iyi tanıdığı bilinmektedir. Ancak ruhsal bozuklukları daha iyi tanımanın her zaman olumlu tutumların oluşmasını sağlamadığı da bilinen bir gerçektir (Taşkın, 2004 b). Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin %68.4'ü, önlisans mezunlarının %63.4'ü şizofreni hastasının saldırgan olduğunu belirtirken, lisans veya üzeri eğitim alanların %60'ı şizofrenlerin saldırgan olduğu fikrine katılmadığını ifade etmiştir. Eğitim seviyesi en yüksek olan grubun şizofren hastalarına yönelik daha olumlu düşünceleri olduğu görülmektedir. Bu sonuç hemşirelikte lisans veya üzeri eğitimden mezun olan hemşirelerin şizofren ve diğer psikotik bozukluklar ve bu hastalara yönelik uygun yaklaşım modellerini daha etkin öğrendiğini göstermektedir. Lisans, eğitiminde her anabilim dalı kendi alanına ilişkin derslerin anlatılmasından sorumlu olması, bu sorumluluk için alanda uzmanlaşmış kişilerin görevli olmaları, lisans eğitiminin dört yıl gibi bir süreyi kapsamaması etkin eğitimin verilebilmesine olanak

sağlar. Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında da yükseköğretim mezunlarının lise ve altında eğitim alanlara göre şizofreni hastasının tanısı, tedavisine ilişkin daha olumlu tutumları olduğu belirlenmiştir.

Ek3-Tablo 24 ve 25’de çalışma yılları ile hemşirenin şizofreniye yönelik genel bilgileri değerlendirilmiştir. Her iki hastane grubunun maddelere verdiği yanıtlarda şizofreniye tanıma özelliği bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak literatürdeki bazı çalışmalar çalışma yılının artması ile şizofreniye yönelik yanlış tutum arasında negatif bir ilişki olduğunu belirtmiştir (Özmen & Taşkın, 2004).

EAH’nde çalışan ve ailesinde psikiyatri öyküsü olan hemşirelerin %44.4’ü şizofreni hastalarının saldırgan olduğunu belirtirken, ailesinde psikiyatri öyküsü olmayanların %60.2’si bu fikre katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Ek3-Tablo 26). Literatürde bazı çalışmalarda ailelerinde psikiyatri öyküsü olan bireylerin ruhsal bozukluğu olan bireye daha olumlu yaklaşımları saptanmıştır. Her iki hastanede hemşirelerin (EAH %96.6, RSHH %98.3) tamamına yakını şizofren geçirdiğini düşünseydi doktora gideceğini ve psikiyatri uzmanından destek alacağını belirtmiştir. Bu sonuçlar hemşirelerin şizofren hastalarının tedavisinde bilimsel yolları tercih ettiklerini gösteren olumlu bir sonuçtur.

SONUÇLAR

Ülkemizdeki Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri klinikleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri psikiyatri klinikleri ve Üniversite Hastaneleri psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı almış bireylere bakış açılarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %65.9'u RSHH'nde, %34.1'i EAH'nde çalışmaktadır. RSHH'ndeki hemşirelerin yaş ortalaması ± 32 (min =21, max=59), EAH'nde çalışan hemşirelerin ise, ± 31 'dir (min =21, max=55). RSHH'nde çalışan hemşirelerin %81'i evli, EAH'nde çalışan hemşirelerin ise, %59.5'inin evli olduğu belirlenmiştir. RSHH'nde çalışan hemşirelerin %47.5'inin önlisans, %40.5'inin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, EAH'nde çalışan hemşirelerin ise, yarısından fazlasının (%54.6) önlisans mezunu olduğu saptanmıştır. RSHH'nde çalışan hemşirelerin %59.8'i, EAH'nde çalışan hemşirelerin ise, %72.4'ünün 0-9 yıl çalıştığı belirlenmiştir. Psikiyatriye ilişkin mesleki eğitim alma durumlarına bakıldığında, en fazla özel eğitim alan grubun EAH'nde çalışan hemşirelerin (%13.5) olduğu saptanmıştır. EAH'nde çalışan hemşirelerin %61.6'sı şehirde, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise %57'sinin ise köyde büyüdüğü belirlenmiştir. EAH'nde çalışan hemşirelerin annelerinin %73'ünün temel eğitim aldığı, RSHH'nde çalışan hemşirelerin annelerinin ise %69.8'inin temel eğitim aldığı bulunmuştur. EAH'nde çalışan hemşirelerin babalarının %61.1'i temel eğitim, RSHH'nde çalışan hemşirelerin babalarının %72.6'sının temel eğitim aldığı belirlenmiştir. EAH'nde çalışan hemşirelerin %9.7'sinin, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ailelerinin de %8.4'ünde geçmişte psikiyatrik muayene öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).
2. "Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar" görüşüne EAH'ndeki hemşirelerin yarısından fazlası katılmazken, RSHH'nde çalışan hemşirelerin 2/3'si katılmaktadır (Tablo 4.2.).
3. Şizofreni tanısı alan bireyin toplum içerisinde serbestçe dolaşması görüşüne her iki hastane grubundaki hemşirelerin çoğunluğunun olumlu baktıkları, EAH'nde çalışan hemşirelerin bu fikre daha fazla oranda olumlu baktıkları saptanmıştır. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$), (Tablo 4.3.).
4. Şizofreni tanısı alan bir komşusu olması düşüncesine EAH'nde çalışan hemşirelerin 2/3'si olumlu baktığını belirtmiştir. RSHH'ndeki hemşireler ise aynı görüşe EAH'nde çalışan hemşirelerin aksine 2/3 gibi bir oranla katılmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.3.).

5. RSHH'nde çalışan hemşirelerin ailesinde psikiyatri öyküsü olanların şizofreni tanısı alan bir komşusu olması fikrine ailesinde psikiyatri öyküsü olmayan hemşirelere göre daha olumsuz baktıkları bulunmuştur ($p<0.05$), (Ek3-Tablo 10).
6. EAH'ndeki hemşirelerin %86.6'sı, RSHH'ndeki hemşirelerin ise %76.1'i şizofreninin tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu düşünmektedirler. Özellikle RSHH'ndeki hemşireler bu fikre daha çok katılmaktadırlar ($p<0.05$), (Tablo 4.4.).
7. "Sosyal sorunlar çözülmeden şizofreni geçmez" görüşüne her iki hastane grubundaki hemşirelerin çoğunluğu katılmamaktadır. EAH'ndeki hemşirelerin RSHH'nde çalışan hemşirelere göre bu fikre daha olumsuz baktıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 4.4.).
8. Her iki hastane grubundaki hemşirelerin yarıdan fazlası şizofreninin psikoterapi ile tedavi edilebileceği fikrine katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu görüş açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4.).
9. EAH'nde 0-9 yıl çalışan hemşirelerin %74.2'si, 10-19 yıl çalışanların %75'i, 20 yıl ve üzeri çalışanların %94.3'ü "sosyal sorunlar çözülmeden şizofreni geçmez" fikrine katılmadıklarını belirtmişlerdir. 20 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin sosyal sorunlar çözülmeden şizofreninin geçmeyeceği fikrine daha az katıldıkları belirlenmiştir ($p<0.05$), (Ek3-Tablo17).
10. RSHH'ndeki hemşirelerin büyük çoğunluğu, EAH'ndeki hemşirelerin yaklaşık 2/3'si şizofren hastalarının saldırgan olduklarını belirtmişlerdir. RSHH'ndeki hemşirelerin bu konuya ilişkin daha olumsuz görüşlere sahip oldukları görülmektedir ($p<0.05$), (Tablo 4.6.).
11. EAH'ndeki hemşirelerin %73'ü, RSHH'ndeki hemşirelerin %85.6'sı şizofrenlerin kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamayacağını belirtmişlerdir. Konuya ilişkin RSHH'ndeki hemşirelerin daha olumsuz görüşleri olduğu görülmektedir ($p<0.05$), (Tablo 4.6.).
12. EAH'nde çalışan hemşirelerin sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunu olanlarının yarıdan fazlası "şizofrenler saldırgan olur" görüşüne katılırken, lisans veya üzeri eğitim alanlarının ise yarıdan fazlası bu fikre katılmamaktadır ($p<0.05$), (Ek3-Tablo 22). EAH'nde çalışan hemşirelerin sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarının büyük çoğunluğu şizofreni hastası bireylerin kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararlar alamayacaklarını belirtirken, lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin yarıdan fazlası şizofren hastalarının kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alabileceklerini ifade etmişlerdir ($p<0.05$), (Ek3-Tablo 22).

ÖNERİLER

Türkiye genelindeki psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı alan bireylere bakış açılarının değerlendirildiği bu çalışmanın sonucuna göre aşağıdaki öneriler yapılmıştır.

- RSHH'nde çalışan hemşireler, şizofren tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etkileri olduğu ve bağımlılık yaptıklarını, şizofreni hastalığının tedavisinde sosyal sorunların çözülmesinin gerekli olmadığını, şizofreninin etiolojisinde sosyal sorunların önemsiz olduğunu, şizofren bir bireyle evlenmeyeceğini, evini kiraya vermeyeceğini, şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olacağını, şizofrenlerin kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararlar alamayacağını ve şizofrenlerin tam olarak iyileşemeyeceğini belirtmişlerdir. Hemşirelere, şizofreni hastalığının etiolojisi, tedavi süreci, şizofreni hastası bireye yönelik uygun yaklaşımlar, damgalama, damgalamanın birey ve ailesi üzerine etkileri ve damgalama ile mücadelenin önemini kapsayan hizmetiçi eğitim programları planlanmalıdır. Bu eğitim programları hemşirenin etkin danışmanlık almasına fırsat sağlayabilecek ve denetlenebilir nitelikte olmalıdır. Etkin bir şekilde eğitim alan hemşire, şizofreni hastasına yönelik uygun yaklaşımı, şizofreni hastalığının tedavi sürecini ve de kendi görev ve sorumluluklarını daha iyi anlayacaktır. Bu şekilde bireyin etkin hemşirelik hizmeti alması sağlanacaktır.
- EAH'nde çalışan hemşireler RSHH'nde çalışan hemşirelere göre şizofreni hastası bireye daha ılımlı bakış açısına sahip olmakla birlikte, şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etkileri olduğunu, bağımlılık yaptıklarını, şizofreninin tedavisinde sosyal sorunların çözülmesinin veya ortam değişikliğinin önemli olmadığını, şizofreni hastası bireyin tam olarak iyileşemeyeceğini belirtmeleri şizofreniye ilişkin bilgi eksikleri olduğunu göstermektedir. EAH'ndeki hemşirelerinde bilgi seviyelerinin yetersiz olduğu konularda hizmetiçi eğitim almaları sağlanmalıdır.
- Araştırma sonucunda lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin diğer eğitim derecelerinden mezun olan hemşirelere göre şizofrenlerin kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alabilecekleri, şizofreninin aşırı üzüntü hali olmadığı, şizofren komşusu olmasından rahatsız olmayacakları gibi noktalarda daha olumlu düşüncelere sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç akademik düzeydeki hemşirelik eğitiminin olumlu bir yansıması olabilir. Bu bakımdan, ülkemizde akademik düzeyde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dallarına bağlı yüksek lisans programlarının artmasını ve gelişmesini sağlayan girişimlerde bulunulması ruhsal bozukluğu olan bireyin sağlık personeline daha iyi tanınması ve paralelinde daha iyi sağlık hizmeti sunulması adına uzun vadede etkin bir çözüm olacaktır. Meslekte uzmanlaşmaya gidilmesi, daha donanımlı ve daha profesyonel hemşirelerin sağlık hizmeti vermesini sağlayacaktır. Bu şekilde verilen sağlık hizmetinin kalitesi artacaktır. Uzman hemşirelerin ruhsal bozuklukları halka tanıtması şüphesiz daha etkin olacaktır.

- Sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunu hemşirelerin şizofrenlerin saldırgan oldukları, kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar veremeyecekleri, şizofren komşusu olmasından rahatsız olacağı, evi olsa şizofrene kiraya vermeyeceği gibi görüşlere sahip olmaları nedeniyle şizofren bireyi damgalama düzeyleri çok yüksek bulunmuştur. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin lise düzeyinde etkin olmayan bir müfredat programı ile eğitim aldıkları ve eğitimlerinden sorumlu olan eğiticilerin akademik bir uzmanlığa sahip olmamaları nedeniyle, önlisans mezunu hemşirelerin ise 2 yıl gibi kısa bir sürede yüklü ders programı ile yine etkin olmayan bir eğitim sürecinden geçmeleri nedeniyle bu olumsuz görüşlere sahip olabilirler. Bu bakımdan sağlık meslek liselerinin hemşirelik eğitiminde yer almaması, mevcut olanlarının kapatılması, önlisans düzeyinde hemşirelik eğitiminin de eğitimin sisteminde yer almamasının devamlılığının sağlanması gerekir. Lisans ve üzeri eğitim hemşirelik mesleği için benimsenen tek eğitim modeli olmalıdır.
- Hemşirelerin eğitim programına katılmalarının ardından damgalama ile mücadele için aktif çalışmaları ve edindikleri bilgileri bu çalışmalara kanalize etmesi önemlidir. Bu bakımdan ülkemizin de dahil olduğu WPA(Dünya Psikiyatri Birliği) kapsamında yürütülen şizofreni hastalarının stigmatizasyonunu önlemeye yönelik mücadele eden global programın ülke genelinde yaygınlaşması ve hemşirelerin bu programda araştırmacılık, eğiticilik gibi hemşirelik rollerinin paralelinde aktif görevler almaları sağlanmalıdır.
- Düşünce, tutum ve davranış değişiklikleri, uzun süreli eğitim programları ile mümkündür. Sadece üniversite düzeyinde değil, temel eğitimden başlayarak, lise ve üniversite düzeyinde eğitim programlarının gözden geçirilmesi ve eğitimde şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların doğru tanınması için "ruhsal bozuklukları tanımak ve anlamak" temalı dersler eklenmelidir. Bu şekilde bireylerde daha köklü değişimler ve daha etkin bilgi kazanımları mümkün olacaktır.
- Hemşirelerin sosyal mesafeye ilişkin bazı görüşlerde (şizofren bireye evini kiraya verme, şizofren bir bireyle evlenme, şizofren bir komşusu olması) ayrımcı ve dışlayıcı bakış açılarına sahip oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin bu olumsuz tutumları ruhsal bozukluğu olan bireye nasıl yaklaşımda bulunması gerektiğini bilmemesinden olabilir. Bu bakımdan, iletişim konusunda uzman bireyler tarafından; hemşirelerin terapötik iletişim tekniklerini geliştirmesi adına "ruhsal bozukluğu olan bireylerle iletişim" temalı eğitimler planlanabilir ve uygulanabilir. Burada eğitimin uzun süreli ve denetlenebilir özellikle olması önemlidir.
- Araştırmanın sonuçlarının, çalışmanın yapıldığı hastanelerin yönetici hemşirelerine bildirilerek, eğitim çalışmalarında kaynak olarak kullanmaları önerilebilir.

- Sağlık personeli, Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarını araştırmaya teŐvik edilmelidir. Araştırmalar da öncelik sağlık personelinin (hemşire, doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, tıbbi sekreter, hizmetli personel vb.) düşüncelerini öğrenmek yer almalıdır. Sağlık personelinin tutumlarıyla ilgili çalışmaların artması ile negatif davranış ve tutumları öğrenme düzeyi de artacaktır. Bu durumda saptanan negatif davranışları düzeltme fırsatı doğacaktır. Sağlık personelinin Şizofreni hastaları ve diğer psikotik rahatsızlığı olan bireye yönelik negatif düşüncelerinin azalması ile hasta bireylerin erken tanı, etkin tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini deneyimlemesi ve toplumla uyum içerisinde yaşamını sürdürmeleri sağlanacaktır.
- Şizofreni hastalarının toplum tarafından algılanmasında çok etkin yere sahip olan medya ile işbirliği sağlanarak, yanlış tutum ve düşünceler deęiŐtirilmeye çalışılmalıdır. Şizofreni hastalarını ve onlara uygun yaklaşımı anlatan halkın anlayabileceği düzeyde etkin programlar, insanların çoğunun izleyebileceği saatlerde yayınlanmalıdır. Bu programlarda alanda uzman olabilecek psikiyatrist, psikolog veya psikiyatri hemşiresi yer almalıdır.
- RSHH'ndeki hemşirelerin Şizofreni hastalarına sosyal mesafe ve genel anlamda daha fazla damgalayıcı yaklaŐıkları saptanmıştır. RSHH'nin hasta bireylerin toplumdan izole edilmeleri için kullanıldığı "depo hastaneler" konumundan uzaklaŐtırılarak, daha iyi Őartlarda tedavi imkanı ve daha önemlisi rehabilitasyon imkanı sunan (yarıyol evleri, gündüz hastaneleri vb) kurumlar haline getirilmesi gerekir.

KAYNAKLAR

Aker, T., Özmen, E., & Ögel, K. (2002). Birinci basamak hekimlerin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2: 3: 5-13.

Akdede, B. B., Alptekin, K., Özden Topkaya, Ş., Belkiz, B., Nazlı, E., & Özsin, E. vd. (2004). Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium*, 42(3): 113-117.

Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1994). Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatry Scand.*, 89 (382): 39-45.

Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1996). Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatry Scand.*, 94: 326-336.

Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatry Scand.*, 108: 304-309.

Arıhan, A.G. (1998). Şizofreni Epidemiyolojisi, Şizofreni Dizisi, 2: 64-74.

Arkar, H., & Eker, D. (1994). Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. *The International Journal Social Psychiatry*, 40: 205-213.

Aıkar, H., & Eker, D. (1996). Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Verilen neden tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7 (3): 191-197.

Bağ, B., & Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireye yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, (On-line) Available at: (05.05.2005) [http:// www.e-sosder.com](http://www.e-sosder.com), 3 (11): 107-127.

Berksun, O. E. (2001). Akıl hastaları ve hastalıklarına karşı tutumlar: eğitim, insan ve hasta hakları açısından bir hatırlatma. (On-line). Available at: (02.03.2004) <http://psikiyatri.net/links2/pages/Detailed/129.shtml>

Bhurga, D. (1989). Attitudes toward mental illness. *Acta Psychiatric Scand.*, 80: 1-2.

Bostancı, N. (2000). Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Boyd, M. A. (2002). *Psychiatric Nursing*, 2nd Edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, pp:10-11, 26-27.

Carpenito, L. J. (1999) *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 7. Basım, Çev: F. Erdemir. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, ss:505

Chicago Consortium for Stigma Research (2003). *Stigma research* (On-line) Available at: (13.06.2004) <http://www.stigmaresearch.org/projects>

Chung, K.F., Chen, E.Y.H., & Liu, C.S.M. (2001). University students, attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *The International Journal of Social Psychiatry*, 2 (47): 63-72.

Corrigan, P. , & Lundin, R. (2001) *Don't Call Me Nuts*, 1st Edition, Illinois, Recovery Press, pp:328-234

Corrigan, P.W., Rowan, D., & Gren, A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28: 293-309

Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., Rowlands, O.J. (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 117: 4-7.

Çilingiroğlu, N., & Subaşı, N. (2003). Bir tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin psikiyatrik hastalarla ilgili bazı duygu ve düşünceleri. (On-line). Available at: (06.06.2003) <http://psikiyatri.org/detail>.

Çobanoğlu, Z.S., Aker, I., & Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*, 16(4):211-218.

Deahl, A., & Welsh, C. (2002). Modern psychiatric ethics. *The Lancet*, 359(9302): 253-255.

Deveci, A. (2004). Hekimlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12(Ek-3):77-82.

Dickerson, F.B., Sommerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B., & Parente F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, (28):143-155

Doğan, O. (2002). *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları, ss:15-30.

Doyle, J. (1999). A qualitative study of factors influencing psychiatric nursing practice in Australian prisons. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1 (35): 29-35.

Durham, J. (2003). The social psychology of stigma. *Journal of Psychosocial Nursing*, 1 (41):50-52.

Ehrenreich, B., & English, D. (1992). Cadılar, Büyücüler ve Hemşireler Çev: E., Uğur. İstanbul, Kavram Yayınları, ss:7-30.

Ferriman, A. (2000). The stigma of schizophrenia. *British Medical Journal*, 7233 (320): 522-524.

Fitzgerald, F.S. (2001). Schizophrenia in the public. *Surviving schizophrenia*. Ed:E. Torrey, Harpers Collins, Psychiatry New York, pp: 387-388.

Fry, S. T. (2000). Hemşirelik uygulamalarında etik. Çev: B., Bağ Erzurum, ss: 33-43.

George, T. B. (2002). Care meanings, expressions, and experiences of those with chronic mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1): 25-31.

Gray, A.J. (2002). Stigma in psychiatry. *Royal Society of Medicine*, 95(2):72-79.

Gülseren, L., Turgut, S., Yaprak, S., & Kültür S. (1999). Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(4) 325-331.

Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile; güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2): 143-151.

Haghighat, R. (2001). A Unitary theory of stigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178: 207-215.

Halter, M. J. (2002). Stigma in psychiatric nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, (38)1: 23-28.

Hannigan, B. (1999). Mental health care in the community: An Analysis of contemporary public attitudes towards, and public representations of mental illness. *Journal of Mental Health*, 8 (5): 431-440.

Holmes, E.P., Corrigan, P.W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M.A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3): 447-456.

International Council of Nurses (2002). Mental health. (On-line). Available at: (02.05.2002) <http://www.icn.ch/psmental.htm>

Işık, E. (1997). Şizofreni. Ankara, Kent Matbaacılık, ss: 1-6, 204-206.

Jablenski, A. (1986). Epidemiology of schizophrenia: A European perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 12:52-73.

Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollit, B. (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 32: 143-148.

Kılıç, G., & Gördür, H. E. (1995). Ruh Hastalıklarının Tarihçesi. Bireyden Toplumla Ruh Sağlığı, Ed: G. Çörüş, İstanbul, Melisa Matbaacılık, 11-22.

Kırlangıç, M. (1984). Hemşirelerin ruh hastalığına ve hastalarına karşı tutumların araştırılması. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi

Kocabaşoğlu, N., & Aliustaoğlu, S. (2003). Stigmatizasyon. Yeni Symposium, 41(4): 190-192.

Lefley, H.P. (1992). The stigmatized family, stigma and mental illness. Ed: P. J. Fink, Washington, American Psychiatric Press, pp;127-139.

Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnehan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. American Journal of Public Health, 89(9): 1328-1333.

Martin, J.K., Pescosolido, B.A., & Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: the role of "disturbing behavior." Labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. Journal of Health and Social Behavior, 41(2): 208-223.

Matchinsky, D. J. (2000). Attitudes toward people with mental illness as a predictor for liking of people described with mental health problems. (On-line). Available at: (11.03.2002) http://www.lib.umi.com/dissertations/preview_all/3010618.

Mechanic, D. (2002). Removing barriers to care among persons with psychiatric symptoms. Health Affairs, (21)3 :137-147

Mental Health Commission (2002). Commission on mental health. (On-line). Available at: (30.04.2002) <http://www.mentalhealthcommission.gov>.

Mc Cabe, S. (2002). The nature of psychiatric nursing: the intersection of paradigm, evolution and history. Archives of Psychiatric Nursing, (16)2:51-60.

Murray, M.G., & Steffen, J.J. (1999). Attitude of case managers toward people with serious mental illness. Community Mental Health Journal, 35(6): 505-514.

Özcan A. (2000). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Şizofrenik, paranoid ve diğer psikotik bozukluklar. 2.Baskı, Ed: N. Kum., İstanbul, Birmat Matbaacılık, ss:105-113.

Özçelik, B., Aker, T., Üstün, N., Karamustafalıoğlu, O., Ataklı, C., & Çıtak, S. (2000). Süreğen psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi, bakım ve uyum sorunları bağlamında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki uygulamalar ve güçlükler. 36 Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, İstanbul, Art Ofset Matbaacılık. ss: 161-165.

Özmen, E., Taşkın, E. O., Özmen, D., & Demet, M.M. (2004). Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1): 47-55.

Özmen, E., & Taşkın, E.O. (2004) Ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ruh sağlığı hizmetlerine etkisi, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12(Ek-3): 83-92.

Öztürk, O. (2001) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 8. Basım, Ankara, Feryal Matbaası, ss:1-15.

Özyiğit, Ş., Savaş, H.A., Ersoy, M.A., Yüce, S., Tutkun, H., & Sertbaş, G. (2004). Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Symposium*, 42(3): 105-112.

Phelan, J.C., Bromet E.J., & Link, B.G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, (24)1:115-126.

Phillips, M.R., Pearson, V., Li, F., Xu, M., & Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *British Journal of Psychiatry*, 181: 488-493.

Prince, P., & Prince, C.R. (2002). Perceived stigma and community integration among client of assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, (25)4: 323-331.

Rahav, M., Struening, E.L., & Andrews, H. (1984). Opinions on mental illness in Israel. *Social Science Medical*, 19: 1154-1158.

Raingruber, B. (2002). Client and provider perspectives regarding the stigma of and nonstigmatizing interventions for depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, (16)5: 201-204.

Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., & Tamar, D. (2001). Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2): 99-110.

Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, Ş., Ögel, K., & Tamar, D. (2003). Şizofrenisi olan hasta yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (3): 203-212.

Sayar, K. (2002). Her toplumun stigmatı farklıdır. *Popüler Psikiyatri Dergisi*, (9):18-23.

Sayar, K. (2000). Şizofreni ve kültür. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1): 64-73.

Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A. et al. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36 (6): 299-303.

Soygür, H. (2000). Damga, şizofreni ve insanın değeri: önyarguları değiştirebilir miyiz?, 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, İstanbul, Art Ofset Matbaacılık, ss:107.

Soygür, H. (2003) Şizofreni/ruh hastalığı damgası ile mücadele: neden ve nasıl?. 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Ankara, ss:17-19.

Sue, N. (1997). Discrimination against individuals with mental illness. *Journal of Rehabilitation*, 63(1): 20-26

Sugiura, T. (2001). Labelling effect of Seishin-Bunretsu-Byou, the Japanese translation for schizophrenia: a argument for relabelling. *The International Journal of Social Psychiatry*, 47 (2):43-51.

Şehitoğlu, S. (1988). Attitudes towards mentally ill in relation with education and age. The instute of social sciences in partial fulfilment of the requirements for the degree of master of arts in the subject of applied psychology. Middle East Technical University, Ankara.

Şizofreni Dostları Derneği (2004) Şizofreniye ilişkin genel bilgiler. (On-line) Available at: (21.05 2004) <http://www.sizofrenidostlari.org.tr>.

Taşkın, E.O., Şen, F., Aydemir, Ö., Demet, M., Özmen, E., & İçelli, İ. (2002). Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3): 205-214.

Taşkın, E.O., Şen, F.S., Aydemir, O., Demet, M.M., Özmen, E., & İçelli, İ. (2003). Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38: 586-592.

Taşkın, E. O. (2004 a). Stigma. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 3): 5-13.

Taşkın, E. O. (2004 b). Şizofreniye yönelik tutumlar ve damgalama. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12: (Ek- 3): 41-50.

Taşkın, E. O., & Özmen, E. (2004 a). Sosyodemografik etmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi. *Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12: (Ek- 3): 13-25.

Taşkın, E. O., & Özmen, E. (2004 b). Ruhsal hastalıklara yönelik tutumları etkileyen etmenler: Bilgi, temas, etiket, psikopatoloji tipi, medya. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12(Ek-3): 25-40.

Taylor, C M. (1994) Essentials of Psychiatric Nursing. 14th , Philadelphia, Mosby Year Book, pp: 3-11.

Thara, R., & Srinivasan, I.N. (2000). How stigmatising is schizophrenia in India?. The International Journal of Social Psychiatry, 46 (2): 135-141.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (2005). Türk Ceza Kanunu, (On-line). Available at: (27.06.2005) <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>

Torrey, E. (2001). Surviving Schizophrenia., Harpers Collins, New York, pp:256-273

Ulusoy, M.F., & Görgülü, S. (1996) Hemşirelik Esasları. 2. Baskı, TDFO Ltd. Şti, Ankara, ss:1-4.

Üçok, A., Erkoç, Ş., & Ataklı, C. (2001). Psikiyatri dışındaki hekimlerin şizofreniye ilişkin tutumları. Bahar Sempozyumu Kitapçığı V, ss: 5

Üçok, A. (2002). Psikiyatrik bozukluklara ilişkin damganın psikoterapiye etkisi. (On-line). Available at: (21.04.2003) <http://lokman.cu.tr/psychiatry/egitim/apg/panel/auçok.htm>.

Üçok, A. (2003). WPA şifreniyle ilgili damga ve ayrımcılıkla mücadele programı: Türkiye'de yürütülen aktiviteler. 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Ankara, ss: 17-19.

Varcarolis, E.M. (1998). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd Edition, Philadelphia, Saunders Company, pp:1-25.

Volkan, V. (1975) World history of psychiatry. Ed: J.G. Howells, London, Macmillan Publisher, pp:383-399.

Videbeck, S.L. (2001). Psychiatric Mental Health Nursing Philadelphia, Lippincott Company, pp:1-34.

Wahl, O. F. (1999). Telling is Risky Business. London, Rutgers University Press, pp:176-180

Walker, I., & Read, J. (2002) The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward "mental illness". Journal Psychiatry New York, 65(4): 313-325.

Yanık, M., Şimşek, Z., Katı, M., & Nebioğlu, M. (2003). Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. Yeni Symposium, 41(4):194-199

Yıldırım, S. (2001) Psikiyatri tarihi. (On-line). Available at: (12.12.2001) <http://psikiyatri.net/links2/pages/Detailed/63.shtml>

Yıldız, M., Yazıcı, A., Ünal, S., Aker, T., Özgen, G., Ekmekçi, H. vd. (2002). Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi- belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye'de çok merkezli bir uygulaması. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(1): 41-47.

Yıldız, M., Tural, Ü., Kurdoğlu, S., & Önder, M. E. (2003). Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütölen bir kulüp-ev denemesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(4): 281-287

Yıldız, M., Önder, M.E., Tural, Ü., Balta, H. İ., & Koçalım, N. (2003). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(2): 106-115.

ÖZGEÇMİŞ

Gül ERGÜN, 1979 yılında Antalya'nın Kumluca ilçesinde doğdu. İlk ve orta öğrenimini Kumluca'da, lise öğrenimini ise Antalya'da tamamladı. 1996 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nu kazandı. 1 yıl süre ile Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üroloji Kliniğinde klinik hemşiresi olarak görev yaptı. 1999 yılında dikey geçiş yaptığı Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden 2002 yılında okul birincisi olarak mezun oldu. Aynı yıl Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programını kazanarak eğitimine başladı. Aynı yıl Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Araştırma Görevlisi olarak Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu'nda çalışmaya başladı. Yabancı dili İngilizce'dir.

EKLER

Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açılarını Değerlendirmeye Yönelik Form

Merhaba;

Şizofreni tanısı alan bireylerin, toplum tarafından; tehlikeli, saldırgan olduğu düşünülerek damgalandığı, ayrımcılığa maruz kaldığı ve bu durumun bireyin tedavi sürecine yansıdığı bilinmektedir. Bu araştırma, psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin, şizofreni tanısı almış bireylere olan bakış açılarını, tutumlarını ve olması gereken yaklaşımları belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplayacağı 2 farklı soru kağıdı vardır. Sorular araştırmacıyla yüzyüze konuşma şeklinde cevaplandırılacak ve ortalama 20 dakikanızı alacaktır. Araştırmanın sonuçlarının, şizofreni tanısı alan bireyin tedavi sürecine ve bu bireyin bakımını üstlenen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin uygun iletişim tekniklerini kullanmasına dolayısıyla hemşire-hasta iletişiminin gelişimine katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Sizden alınacak tüm bilgiler bilimsel araştırmaya veri olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmaya, kişilerin gönüllü olarak katılmaları gerekmektedir ve istedikleri zaman araştırmadan çıkma hakları vardır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Araş. Gör. Gül ERGÜN
Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi
Yanıtlayanın İmzası

EK 1-A. Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesine Yönelik Form

1-Hastane Adı:

2-Yaşınız:

3- Medeni Durum

() 1. Evli () 2. Bekar () 3. Diğer

4-Eğitim Durumunuz: () Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans
() Yüksek Lisans () Diğerleri.....

5-Kaç yıldır psikiyatri servisinde çalışıyorsunuz?

6-Psikiyatri hemşireliği üzerine özel eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır
Yanıtınız evetse ne tür bir eğitim aldınız?.....

7-Büyüdüğünüz yer

() 1. Köy () 2. Kasaba () 3. Şehir

8-Yetiştığınız Aile Tipi

() 1. Çekirdek () 2. Geniş () 3. Parçalanmış

9-Aile Eğitimi
(Anne)

() 1. Okur-yazar değil () 2. Okur-yazar () 3. İlkokul
() 4. Ortaokul () 5. Lise () 6. Yüksekokul

(Baba)

() 1. Okur-yazar değil () 2. Okur-yazar () 3. İlkokul
() 4. Ortaokul () 5. Lise () 6. Yüksekokul

10- Psikiyatrik muayene veya tedavi öykünüz oldu mu?

() 1. Evet () 2. Hayır

11- Ailede psikiyatrik öyküsü olan var mı?

() 1. Evet () 2. Hayır

**EK1-B. Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış
Bireylere Bakış Açılarını Değerlendirmeye Yönelik Form**
İlk 6 soru aşağıdaki vakaya ilişkindir.

**AŞAĞIDAKİ METNİ YAVAŞ VE ANLAŞILIR BİR ŞEKİLDE
OKUYUNUZ.**

KART-1

Ahmet Bey, 27 yaşında evli, memur. Yaklaşık 8 aydır çevresinden şüphelenmeye, yaptığı buluşlar nedeniyle mafyanın peşinde olduğunu düşünmeye başlamış. Kulağına kendisine emir veren sesler geliyor, zaman zaman bu seslerle konuşuyor, onlara tepki gösteriyormuş. Giderek işyerindeki arkadaşlarından da şüphelenmeye ve işe gidememeye başlamış. Evden çıkmıyor, kimseyle görüşmüyor ve sabaha kadar sıkıntılı bir şekilde dolaşmış.

KART-2

1) Ahmet Bey’de bedensel bir hastalık bulunmaktadır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

2) Ahmet Bey’de ruhsal bir hastalık bulunmaktadır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

3) Ahmet Bey’in bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

**4) Ahmet Bey’in bu durumu yaşadığı sosyal sorunlardan (işsizlik, yoksulluk,
ailevi sorunlar gibi) kaynaklanmaktadır.**

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

**5) Bu durumdan kurtulmak için Ahmet Bey’in öncelikle aşağıdakilerden
hangisini yapması gerekmektedir. TEK CEVAP**

KART-3

Öncelikle bir doktora gitmesi gerekmektedir	1
Öncelikle güçlü olması gerekmektedir, isterse bu durumu aşabilir	2
Öncelikle bir tatile çıkması, bulunduğu ortamdan uzaklaşması gerekmektedir.	3
Öncelikle yaşadığı şartların düzeltilmesi gerekmektedir.	4
Diğer (yazınız:)	5

6) Ahmet Bey doktora gitmek isterse öncelikle aşağıdakilerden hangisini yapması gerekmektedir. TEK CEVAP

KART 4.

Öncelikle sağlık ocağı doktoruna gitmelidir	1
Öncelikle dahiliye uzmanına gitmelidir	2
Öncelikle psikiyatri (ruh sağlığı ve hastalıkları) doktoruna gitmelidir	3
Doktora gitmesini gerektiren bir durum bulunmamaktadır	4
Diğer (yazınız:)	5

Şizofreni ile ilgili bazı sorular vardır, lütfen soruları üzerinde çok fazla düşünmeden cevaplandırınız.

Cevaplarınızı aşağıdaki ifadelerden “Katılıyorum” “Kısmen katılıyorum” “Pek katılmıyorum” “Katılmıyorum” şeklinde ifade ediniz. Herhangi bir görüşünüz yoksa “Fikrim yok” deyiniz.

Yukarıda anlatılan Ahmet Bey şizofreni tanısı almış bireye bir örnektir.

ANKETÖRÜN DİKKATİNE; METNİ TEKRAR OKUYUNUZ.

(TEKRAR KART 1)

7) Şizofreni aşırı üzüntü halidir.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

8) Şizofreni bir ruhsal zayıflık halidir.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

9) Şizofreni sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) nedeniyle ortaya çıkar.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

10) Ortam değişikliği (tatile çıkmak gibi) şizofreninin geçmesine önemli katkılarda bulunur.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

11) Şizofreni olanlar tam olarak düzelmez.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

12) Hacı ya da hocalar Şizofreninin geçmesini sağlayabilir.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

13) Sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) çözülmeden şizofreni geçmez.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

14) Şizofreni hastaları toplum içinde serbest dolaşmamalıdır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

15) Şizofren bir kişiyle birlikte çalışabilirim.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

16) Şizofren bir kişiyle evlenebilirim.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

17) Şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

18) Evim olsa bir şizofrene kiraya vermem.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

19) Şizofrenler saldırgan olur.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

20) Şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararları alamaz.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

21) Şizofreni bulaşıcıdır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

22) Şizofreni bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

23) Şizofrenler akıl hastasıdır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

24) Şizofreni bir hastalıktır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

**ANKETÖR DİKKAT: 24'DEKİ SORUYA "KATILYORUM",
"KİSMEN KATILYORUM" "PEK KATILMIYORUM"
DİYENLER İÇİN DEVAM EDİN.**

25) Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

26) Şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

27) Şizofreni psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

**28) Şizofreni geçirdiğinizi düşünseydiniz öncelikle ne yapardınız? TEK CEVAP
KART 5.**

Tatile çıkardım	1
Doktora giderdim	2
Dini yardım arardım	3
Hiçbir şey yapmazdım	4
Diğer (Yazınız:)	5

**29) Doktora gitmeye karar verseydiniz aşağıdakilerden hangisine öncelikle
başvururdunuz?**

KART 6.

Sağlık ocağı doktoru	1
Psikiyatri doktoru	2
Dahiliyeci (iç hastalıkları doktoru)	3
Beyin cerrahisi doktoru	4
Nöroloji doktoru	5
Hiçbir doktora gitmezdim	6
Diğer (Yazınız:)	7

30) Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilir.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

31) Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yaparlar.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

32) Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum
5. Fikrim yok

**EK1-C HASTANELERE İLİŞKİN PERSONEL VE ALTYAPI
ÖZELLİKLERİNİ TANITICI FORM**

1. Hastanenin Adı
2. Kliniğin hizmet verme süresi
3. Klinikte çalışan hekim sayısı Uzman Asistan.....
4. Klinikte çalışan hemşire sayısı.....
5. Klinikte çalışan psikolog sayısı.....
6. Klinikte çalışan personel sayısı.....
7. Klinikteki görüşme odası sayısı.....
8. Klinikteki uğraşı odası sayısı.....
9. Klinikteki hasta odası sayısı.....
10. Klinikteki yatak sayısı.....
11. Kliniğin hastane içerisindeki konumu.....

Tablo 1. Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Kliniklerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Üniversite Hastanelerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler	Kliniğin hizmet verme süresi (yıl)	Klinikte çalışan hekim sayısı		Klinikte çalışan hemşire sayısı	Klinikte çalışan psikolog sayısı	Klinikte çalışan (personel) sayısı	Klinikteki görüşme odası sayısı	Klinikteki uğraşı odası sayısı	Klinikteki hasta odası sayısı	Klinikteki yatak sayısı	Kliniğin hastanedeki konumu (kat)
		Uzman	Asistan								
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	3	1	5	5	3	3	1	1	2	15	2 (ayrı bir binada)
Anadolu Üniversitesi Hastanesi	7	2	-	6	-	3	1	1	5	14	Zemin
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	24	7	8	5	-	4	2	1	6	12	8
Ankara Üniversitesi Cebeci Tıp Fakültesi Hastanesi	50	14	15	24	8	24	10	3	50	105	6 katlı ayrı bina
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	33	3	8	7	3	10	3	1	18	36	Zemin
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	7	7	7	5	1	5	1	1	4	13	2 (ayrı giriş)
Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	13	3	7	6	1	4	2	1	7	24	8
Çukurova Üniversitesi Balcalı Tıp Fakültesi Hastanesi	17	6	8	7	1	8	4	1	28	32	7

Tablo 2. Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Kliniklerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Üniversite Hastanelerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler	Kliniğin hizmet verme süresi (yıl)	Klinikte çalışan hekim sayısı		Klinikte çalışan hemşire sayısı	Klinikte çalışan psikolog sayısı	Klinikte çalışan hizmetli (personel) sayısı	Klinikteki görüşme odası sayısı	Klinikteki uğraşı odası sayısı	Klinikteki hasta odası sayısı	Klinikteki yatak sayısı	Kliniğin hastanedeki konumu (kat)
		Uzman	Asistan								
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	29	4	5	6	2	6	1	1	7	21	1
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	27	14	10	5	-	4	4	1	12	27	1
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	50	13	12	20	6	15	10	6	-	65	3 katlı bir blok
Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Hastanesi	28	5	7	8	1	2	2	1	11	27	8
Fırat Üniversitesi Tıp Merkezi	7	3	9	5	-	2	-	2	5	16	5
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	21	9	15	19	1	24	7	-	23	66	Zemin
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	4	4	11	5	1	2	1	-	6	20	1

Tablo 3. Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Kliniklerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Üniversite Hastanelerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler	Kliniğin hizmet verme süresi (yıl)	Klinikte çalışan hekim sayısı		Klinikte çalışan hemşire sayısı	Klinikte çalışan psikolog sayısı	Klinikte çalışan hizmetli (personel) sayısı	Klinikteki görüşme odası sayısı	Klinikteki uğraşı odası sayısı	Klinikteki hasta odası sayısı	Klinikteki yatak sayısı	Kliniğin hastanedeki konumu (kat)
		Uzman	Asistan								
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	7	3	5	6	1	2	3	1	6	24	5
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	55	28	12	11	2	13	2	1	10	40	4 katlı bina
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	27	18	15	19	12	8	14	2	20	127	2 katlı bina
Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Tıp Fakültesi Hastanesi	13	3	6	7	2	5	1	-	7	18	Zemin
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	4	7	8	5	1	7	3	-	11	21	Zemin (prefabrik)
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	19	5	9	7	1	2	1	1	10	28	9

Tablo 4. Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Kliniklerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Üniversite Hastanelerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler	Kliniğin hizmet verme süresi (yıl)	Klinikte çalışan hekim sayısı		Klinikte çalışan hemşire sayısı	Klinikte çalışan psikolog sayısı	Klinikte çalışan personel (personel) sayısı	Klinikteki görüşme odası sayısı	Klinikteki uğraşı odası sayısı	Klinikteki hasta odası sayısı	Klinikteki yatak sayısı	Kliniğin hastanedeki konumu (kat)
		Uzman	Asistan								
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	28	4	9	7	1	8	2	1	7	23	10
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	1	5	9	1	3	-	1	1	3	9	6
Seçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi	23	5	9	2	1	4	2	1	11	32	2
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	11	3	10	4	-	4	1	1	7	14	4
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	14	4	9	6	2	5	3	2	18	35	2
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	29	3	12	6	3	5	3	1	9	27	7
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	11	3	10	5	2	5	1	1	5	13	1

Tablo 5. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri Psikiyatri Kliniklerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler	Kliniğin hizmet verme süresi (yıl)	Klinikte çalışan hekim sayısı		Klinikte çalışan hemşire sayısı	Klinikte çalışan psikolog sayısı	Klinikte çalışan hizmetli (personel) sayısı	Klinikteki görüşme odası sayısı	Klinikteki uğraşı odası sayısı	Klinikteki hasta odası sayısı	Klinikteki yatak sayısı	Kliniğin hastanedeki konumu (kat)
		Uzman	Asistan								
Adana Ekrem Tok RSHH	20	13	-	69	6	45	11	1	11 servis	500	-
Bakırköy Mazhar Osman RSHH	75	39	-	87	13	85	13	2	13 servis	362	-
Elazığ RSHH	80	8	-	65	5	60	4	1	10 servis	400	-
Manisa RSHH	79	13	-	56	1	120	1	1	10 servis	400	-
Samsun RSHH	34	8	1	88	4	74	6	-	102	350	-
SSK Erenköy RSHH	28	14	3	34	6	76	25	2(atölye)	6 servis	305	-

Tablo 6. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Psikiyatri Kliniklerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Eğitim ve Araştırma Hastanelerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler	Kliniğin hizmet verme süresi (yıl)	Klinikte çalışan hekim sayısı		Klinikte çalışan hemşire sayısı	Klinikte çalışan psikolog sayısı	Klinikte çalışan hizmetli (personel) sayısı	Klinikteki görüşme odası sayısı	Klinikteki uğraşı odası sayısı	Klinikteki hasta odası sayısı	Klinikteki yatak sayısı	Kliniğin hastanedeki konumu (kat)
		Uzman	Asistan								
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	7	15	24	6	8	7	6	1	8	26	2
İstanbul Bezmî Alem Valide Sultan Vakıf Güreba Eğitim Hastanesi	8	6	2	3	-	2	5	-	5	20	6
SSK Ankara Dışkapı Eğitim Hastanesi	*	*	*	5	3	4	10	-	-	-	1
İstanbul Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	4	7	7	3	-	1	*	*	*	*	3
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	20	6	16	6	3	5	-	1	4	28	8
SSK İzmir(Bozitepe) Eğitim ve Araştırma Hastanesi	9	3	-	2	2	4	2	1	9	25	Zemin

* Bilgi alınamayan maddeler

Tablo1. Hastanelere ve Büyüdüğü Yere Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri

Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri						Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri							
	Büyüdüğü Yere			Büyüdüğü Yere			Büyüdüğü Yere			Büyüdüğü Yere				
	Köy		Şehir		Köy		Şehir		Köy		Şehir			
N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %
Şizofreni bulaşıcıdır	182	3(4.3)	67(95.7)	107(99.1)	1(0.9)	111(99.1)	351	4(2.0)	193(98.0)	2(1.3)	152(98.7)	353	132(66.3)	67(33.7)
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	177	67(97.1)	2(2.9)	107(99.1)	1(0.9)	1(0.9)	340	185(97.4)	5(2.6)	142(94.7)	8(5.3)	353	132(66.3)	67(33.7)
Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	183	17(23.9)	54(76.1)	46(41.1)	66(58.9)	66(58.9)	353	132(66.3)	67(33.7)	84(54.5)	70(45.5)	353	132(66.3)	67(33.7)

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p1=Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin p değerini gösterir.

p2=Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin p değerini gösterir.

p2=0.197 $\chi^2=1.664$

p1=0.017 $\chi^2=5.647$

p2=0.024 $\chi^2=5.078$

Tablo 2. Hastanelere ve Ailede Psikiyatrik Öyküsü Olmasına Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri

Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri				Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri					
	Var		Yok		Var		Yok			
	N	n %	N	n %	N	n %	N	n %		
Şizofreni bulaşıcıdır	182	-	18(100.0)	4(2.4)	160(97.6)	351	-	28(100.0)	6(1.8)	317(98.2)
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	177	18(100.0)	-	156(98.1)	3(1.9)	340	26(96.3)	1(3.7)	301(96.2)	12(3.8)
Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	183	6(33.3)	12(66.7)	57(34.5)	108(65.5)	353	18(64.3)	10(35.7)	198(60.9)	127(39.1)

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p1=Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin p değerini gösterir.

p2=Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin p değerini gösterir.

p1=0.918 $\chi^2=0.011$
p2=0.726 $\chi^2=0.123$

Tablo 3. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri

Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri								
	0-9 yıl			10-19 yıl			20 yıl ve üzeri		
	N	Katılıyor n	Katılmıyor %	N	Katılıyor n	Katılmıyor %	N	Katılıyor n	Katılmıyor %
Şizofreni butaşıcıdır	182	1(0.8)	130(99.2)	2(12.5)	14(87.5)	1(2.9)	34(97.1)		
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	177	123(97.6)	3(2.4)	16(100.0)	-	35(100.0)	-		
Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	183	50(37.9)	82(62.1)	6(37.5)	10(62.5)	7(20.0)	28(80.0)		p=0.136 χ ² =3.991

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 4. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri

Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşler	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri Çalışma Yılları											
	0-9 yıl				10-19 yıl				20 yıl ve üzeri			
	N	Katılıyor n	Katılmıyor %	N	Katılıyor n	Katılmıyor %	N	Katılıyor n	Katılmıyor %	N	Katılıyor n	Katılmıyor %
Şizofreni bulaşıcıdır	351	1(0.5)	211(99.5)	2(2.7)	70(97.3)	3(4.4)	64(95.6)					
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	340	199(96.6)	7(3.4)	66(97.1)	2(2.9)	62(93.9)	4(6.1)					
Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	353	132(62.3)	80(37.7)	44(61.1)	28(38.9)	40(58.0)	29(42.0)					

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p=0.817
χ²=0.404

Tablo 5. Hastanelere ve Yaşlarına Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri

Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri						Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri																
	21-30 yaş			31-40 yaş			41 yaş ve üzeri			21-30 yaş			31-40 yaş			41 yaş ve üzeri							
	N	Katılıyor n	%	N	Katılıyor n	%	N	Katılıyor n	%	N	Katılıyor n	%	N	Katılıyor n	%	N	Katılıyor n	%					
Şizofreni bulgusudur	182	1(1.1)	93(98.9)	2(2.9)	68(97.1)	1(5.3)	17(94.7)	351	1(0.6)	173(99.4)	1(0.9)	112(99.1)	4(6.1)	60(93.9)	340	162(95.3)	8(4.7)	104(97.2)	1(0.9)	112(99.1)	4(6.1)	60(93.9)	
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	177	87(96.7)	3(3.3)	69(100.0)	-	16(100.0)	-	340	109(62.6)	65(37.4)	68(59.6)	3(2.8)	46(40.4)	61(96.8)	2(3.2)	353	109(62.6)	65(37.4)	68(59.6)	3(2.8)	46(40.4)	39(60.0)	26(40.0)
Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	183	36(37.9)	59(62.1)	21(30.0)	49(70.0)	6(33.3)	12(66.7)	353	109(62.6)	65(37.4)	68(59.6)	3(2.8)	46(40.4)	39(60.0)	26(40.0)	353	109(62.6)	65(37.4)	68(59.6)	3(2.8)	46(40.4)	39(60.0)	26(40.0)

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 6. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri

Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri													
	Eğitim Durumları						Lisans ve üzeri							
	N	Sağlık Meslek Lisesi		Önlisans		Lisans ve üzeri		N	Sağlık Meslek Lisesi		Önlisans		Lisans ve üzeri	
n		%	n	%	n	%	n		%	n	%	n	%	
Şizofreni bulaşıcıdır	182	1(2.6)	35(97.4)	3(3.0)	98(97.0)	-	45(100.0)	182	1(2.6)	35(97.4)	3(3.0)	98(97.0)	-	45(100.0)
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	177	32(91.4)	3(8.6)	98(100.0)	-	44(100.0)	-	177	32(91.4)	3(8.6)	98(100.0)	-	44(100.0)	
Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	183	18(48.6)	19(51.4)	30(29.7)	71(70.3)	15(33.3)	30(66.7)	183	18(48.6)	19(51.4)	30(29.7)	71(70.3)	15(33.3)	30(66.7)

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p=0.114
χ²=4.337

Tablo 7. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Hemşirelerin Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşleri

Şizofreninin Etiyolojisine İlişkin Görüşler	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri										
	Eğitim Durumları										
	Sağlık Meslek Lisesi		Önlisans		Lisans ve üzeri						
N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Şizofreni bulaşıcıdır	351	3(2.1)	137(97.9)	3(1.8)	166(98.2)	-	42(100.0)				
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	340	127(96.2)	5(3.8)	160(96.4)	6(3.6)	40(95.2)	2(4.8)				p=0.941 $\chi^2=0.121$
Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	353	96(67.6)	46(32.4)	96(56.8)	73(43.2)	24(57.1)	18(42.9)				p=0.127 $\chi^2=4.119$

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 8. Hemşirelerin Hastanelere ve Büyüdüğü Aile Yapısına Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri

Şizofreni Hastasına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri						Ruh Sağlığı ve Hastahkları Hastaneleri					
	Çekirdek			Geniş			Çekirdek			Geniş		
	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %
Şizofreni hastaları toplam içerisinde serbest dolaşmamalıdır	184	30(19.2)	126(80.8)	4(14.3)	24(85.7)	356	109(37.6)	181(62.4)	30(45.5)	36(54.5)	p1=0.535 p2=0.237	χ2=0.385 χ2=1.399
Şizofren bir kişiyle birlikte çalışabilirim	178	109(71.7)	43(28.3)	18(69.2)	8(30.8)	345	149(52.7)	134(47.3)	32(51.6)	30(48.4)	p1=0.796 p2=0.882	χ2=0.067 χ2=0.022
Şizofren bir kişiyle evlenebilirim	179	16(10.6)	135(89.4)	1(3.6)	27(96.4)	352	11(3.8)	276(96.2)	5(7.7)	60(92.3)		
Şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez	179	95(62.1)	58(37.9)	16(61.5)	10(38.5)	345	106(37.6)	176(62.4)	16(25.4)	47(74.6)	p1=0.957 p2=0.067	χ2=0.003 χ2=3.349
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermem	179	81(52.9)	72(47.1)	15(57.7)	11(42.3)	345	209(74.4)	72(25.6)	38(59.4)	26(40.6)	p1=0.653 p2=0.016	χ2=0.202 χ2=5.769

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p1=Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin p değerini gösterir.

p2=Ruh Sağlığı ve Hastahkları Hastanelerinin p değerini gösterir.

Tablo 9. Hastanelere ve Büyüdüğü Yere Göre Hemşirelerin Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri

Şizofreni Hastasına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri						Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri					
	Köy			Şehir			Köy			Şehir		
	N	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %	N	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %	N	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %	N	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %
Şizofreni hastaları toplamı	184	19(27.1)	51(72.9)	356	89(44.1)	113(55.9)	345	110(56.4)	85(43.6)	345	140(71.4)	56(28.6)
İçerisinde serbest dolaşmalıdır	178	45(66.2)	23(33.8)	345	110(56.4)	85(43.6)	345	110(56.4)	85(43.6)	345	140(71.4)	56(28.6)
Şizofreni bir kişiyle birlikte çalışabilirim	179	5(7.5)	62(92.5)	352	14(7.0)	186(93.0)	345	69(35.0)	128(65.0)	345	140(71.4)	56(28.6)
Şizofreni bir kişiyle evlenebilirim	179	43(62.3)	26(37.7)	345	68(61.8)	42(38.2)	345	69(35.0)	128(65.0)	345	140(71.4)	56(28.6)
Şizofreni bir komşum olması beni rahatsız etmez	179	41(59.4)	28(40.6)	345	55(50.0)	55(50.0)	345	140(71.4)	56(28.6)	345	140(71.4)	56(28.6)
Evlilik olsa bir şizofreni kiraya vermem	179	41(59.4)	28(40.6)	345	55(50.0)	55(50.0)	345	140(71.4)	56(28.6)	345	140(71.4)	56(28.6)

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p1=Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin p değerini gösterir.

p2=Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin p değerini gösterir.

Tablo 10. Hemşirelerin Hastanelere ve Ailesinde Psikiyatri Öyküsü Olma Özelliğine Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri

Şizofreni Hastasına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri				Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri				
	Ailede Psikiyatrik Öykü				Ailede Psikiyatrik Öykü				
	Var		Yok		Var		Yok		
	N	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %	N	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %	N	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %
Şizofreni hastaları toplum içerisinde serbest dolaşmalıdır	184	2(11.1)	16(88.9)	32(19.3)	134(80.7)	15(50.0)	124(38.0)	202(62.0)	p2=0.199 $\chi^2=1.652$
Şizofren bir kişiyle birlikte çalışabilirim	178	15(83.3)	3(16.7)	112(70.0)	48(30.0)	13(46.4)	166(52.4)	151(47.6)	p1=0.236 $\chi^2=1.47$ p2=0.903 $\chi^2=0.015$
Şizofren bir kişiyle evlenebilirim	179	2(11.8)	15(88.2)	15(9.3)	147(90.7)	29(96.7)	15(4.7)	307(95.3)	
Şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez	179	10(55.6)	8(44.4)	101(62.7)	60(37.3)	25(86.2)	118(37.3)	198(62.7)	p1=0.552 $\chi^2=0.354$ p2=0.011 $\chi^2=6.444$
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermeyim	179	11(61.1)	7(38.9)	85(52.8)	76(47.2)	9(32.1)	228(71.9)	89(28.1)	p1=0.502 $\chi^2=0.450$ p2=0.647 $\chi^2=0.209$

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p1=Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin p değerini gösterir.

p2=Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin p değerini gösterir.

Tablo 11. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitimlerine Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri

	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri										
	Eğitim Durumları					Lisans ve üzeri					
	N	Sağlık Meslek Lisesi		Önlisans		Kathiyorum		Kathiyorum		p	χ ²
n		%	n	%	n	%	n	%			
Şizofreni hastaları toplamı içerisinde serbest dolaşmamalıdır	184	12(30.8)	27(69.2)	15(15.0)	85(85.0)	7(15.6)	38(84.4)	38(86.4)	6(13.6)	p=0.083	χ ² =4.969
Şizofren bir kişiyle birlikte çalışabilirim	178	21(56.8)	16(43.2)	68(70.1)	29(29.9)	38(86.4)	6(13.6)	39(90.7)	9(20.0)	p=0.012	χ ² =8.780
Şizofren bir kişiyle evlenebilirim	179	3(8.1)	34(91.9)	10(10.1)	89(89.9)	4(9.3)	36(80.0)	36(80.0)	9(20.0)	p=0.009	χ ² =9.358
Şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez	179	17(48.6)	18(51.4)	58(58.6)	41(41.4)	18(41.9)	25(58.1)	18(41.9)	25(58.1)	p=0.180	χ ² =3.431
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermem	179	22(61.1)	14(38.9)	56(56.0)	44(44.0)						

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 12. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitimlerine Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri

	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri																	
	Sağlık Meslek Lisesi						Önlisans						Lisans ve üzeri					
	N	Katılıyor n	%	Katılmıyor n	%		Katılıyor n	%	Katılmıyor n	%		Katılıyor n	%	Katılmıyor n	%			
Şizofreni hastaları toplum içerisinde serbest dolaşmamalıdır	356	55(38.2)		89(61.8)		63(37.3)	106(62.7)	21(48.8)	22(51.2)		90(54.9)	74(45.1)	25(62.5)	15(37.5)		p=0.368 $\chi^2=1.998$		
Şizofren bir kişiyle birlikte çalışabilirim	345	66(46.8)		75(53.2)		6(3.6)	161(96.4)	1(2.3)	42(97.7)		48(29.3)	116(70.7)	21(50.0)	21(50.0)		p=0.149 $\chi^2=3.807$		
Şizofren bir kişiyle evlenebilirim	352	9(6.3)		133(93.7)		128(79.0)	34(21.0)	29(67.4)	14(32.6)		53(38.1)	86(61.9)	21(50.0)	21(50.0)		p=0.389 $\chi^2=1.889$		
Şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez	345	53(38.1)		86(61.9)		128(79.0)	34(21.0)	29(67.4)	14(32.6)		90(64.3)	50(35.7)	21(50.0)	21(50.0)		p=0.029 $\chi^2=7.067$		
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermeyim	345	90(64.3)		50(35.7)												p=0.015 $\chi^2=8.425$		

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 13. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri

	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri														
	Çalışma Süreleri						20 yıl ve üzeri								
	N	0-9 yıl		10-19 yıl		20 yıl ve üzeri		N	10-19 yıl		20 yıl ve üzeri		p=0.347 $\chi^2=2.119$ p=0.555 $\chi^2=1.178$		
Katılıyor n %		Katılmıyor n %	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	Katılıyor n %		Katılmıyor n %						
Şizofreni hastaları toplam içerisinde serbest dolaşmamalıdır	184	28(21.1)	105(78.9)	2(12.5)	14(87.5)	4(11.4)	31(88.6)	178	88(69.3)	39(30.7)	13(81.3)	3(18.8)	26(74.3)	9(25.7)	
Şizofreni bir kişiyle birlikte çalışabilirim	179	12(9.4)	116(90.6)	2(12.5)	14(87.5)	3(8.6)	32(91.4)	179	79(61.7)	49(38.3)	10(62.5)	6(37.5)	22(62.9)	13(37.1)	p=0.992 $\chi^2=0.017$
Şizofreni bir komşum olması beni rahatsız etmez	179	67(52.3)	61(47.7)	11(68.8)	5(31.2)	18(51.4)	17(48.6)	179	67(52.3)	61(47.7)	11(68.8)	5(31.2)	18(51.4)	17(48.6)	p=0.444 $\chi^2=1.624$
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermeyim	179	67(52.3)	61(47.7)	11(68.8)	5(31.2)	18(51.4)	17(48.6)	179	67(52.3)	61(47.7)	11(68.8)	5(31.2)	18(51.4)	17(48.6)	

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 14. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Şizofreni Hastalarına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşleri

Şizofreni Hastasına Yaklaşım ve Sosyal Mesafeye İlişkin Görüşler	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri												
	N	0-9 yıl				Çalışma Süreleri				20 yıl ve üzeri			
		Katılıyor n	%	Katılmıyor n	%	Katılıyor n	%	Katılmıyor n	%	Katılıyor n	%	Katılmıyor n	%
Şizofreni hastaları toplam içerisinde serbest dolaşmamalıdır	356	84(39.3)	130(60.7)	28(38.4)	45(61.6)	27(39.1)	42(60.9)	p=0.991 $\chi^2=0.019$					
Şizofren bir kişiyle birlikte çalışabilirim	345	108(52.2)	99(47.8)	35(50.7)	34(49.3)	38(55.1)	31(44.9)	p=0.870 $\chi^2=0.279$					
Şizofren bir kişiyle evlenebilirim	352	11(5.2)	201(94.8)	-	73(100.0)	5(7.5)	62(92.5)						
Şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez	345	84(40.6)	123(59.4)	22(30.6)	50(69.4)	16(24.2)	50(75.8)	p=0.034 $\chi^2=6.763$					
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermem	345	151(73.3)	55(26.7)	48(66.7)	24(33.3)	48(71.6)	19(28.4)	p=0.561 $\chi^2=1.155$					

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 15. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri

	Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşler						Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri Eğitim Durumları						
	Sağlık Meslek Lisesi		Önlisans		Lisans ve üzeri		Sağlık Meslek Lisesi		Önlisans		Lisans ve üzeri		
	N	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %	N	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %	Katılıyorum n %	Katılmıyorum n %	
Ortam değişikliği şizofreninin geçmesine önemli katkıda bulunur	355	33(22.9)	111(77.1)	37(21.9)	132(78.1)	13(31.0)	29(69.0)	355	33(22.9)	111(77.1)	13(31.0)	29(69.0)	p=0.456 $\chi^2=1.570$
Şizofreni olanlar tam olarak iyileşmezler	354	122(85.9)	20(14.1)	148(87.6)	21(12.4)	37(86.0)	6(14.0)	354	122(85.9)	20(14.1)	37(86.0)	6(14.0)	p=0.903 $\chi^2=0.204$
Hacı ya da hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir	355	6(4.2)	138(95.8)	5(3.0)	164(97.0)	-	42(100.0)	355	6(4.2)	138(95.8)	-	42(100.0)	p=0.248 $\chi^2=2.792$
Sosyal sorunlar geçmeden şizofreni geçmez	351	59(42.1)	81(57.9)	56(32.9)	114(67.1)	15(36.6)	26(63.4)	351	59(42.1)	81(57.9)	15(36.6)	26(63.4)	p=0.828 $\chi^2=0.377$
Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır	343	102(76.7)	31(23.3)	125(74.9)	42(25.1)	34(79.1)	9(20.9)	343	102(76.7)	31(23.3)	34(79.1)	9(20.9)	p=0.456 $\chi^2=1.570$
Şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır	345	120(88.9)	15(11.1)	150(89.8)	17(10.2)	41(95.3)	2(4.7)	345	120(88.9)	15(11.1)	41(95.3)	2(4.7)	p=0.018 $\chi^2=8.016$
Şizofreni psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır	341	70(53.4)	61(46.6)	62(37.1)	105(62.9)	18(41.9)	25(58.1)	341	70(53.4)	61(46.6)	18(41.9)	25(58.1)	p=0.018 $\chi^2=8.016$
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar	345	134(99.3)	1(0.7)	165(98.8)	2(1.2)	42(97.7)	1(2.3)	345	134(99.3)	1(0.7)	42(97.7)	1(2.3)	p=0.018 $\chi^2=8.016$
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yapar	345	130(97.3)	5(2.7)	161(99.0)	6(1.0)	42(97.7)	1(2.3)	345	130(97.3)	5(2.7)	42(97.7)	1(2.3)	p=0.018 $\chi^2=8.016$

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 16. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri

	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri							
	Eğitim Durumları			Lisans ve üzeri				
	N	Sağlık Meslek Lisesi	Önlisans	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum		
	n	%	n	%	n	%		
Ortam değişikliği şizofreninin geçmesine önemli katkıda bulunur	183	8(21.1)	30(78.9)	10(9.9)	91(90.1)	5(11.4)	39(88.6)	p=0.202 $\chi^2=3.201$
Şizofreni olanlar tam olarak iyileşmezler	185	34(87.2)	5(12.8)	81(80.2)	20(19.8)	36(80.0)	9(20.0)	p=0.601 $\chi^2=1.018$
Hacı ya da hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir	184	-	38(100.0)	2(2.0)	99(98.0)	1(2.2)	44(97.8)	p=0.002 $\chi^2=12.901$
Sosyal sorunlar geçmeden şizofreni geçmez	183	16(43.2)	21(56.8)	15(14.9)	86(85.1)	9(20.0)	36(80.0)	p=0.600 $\chi^2=1.023$
Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	31(83.8)	6(16.2)	84(85.7)	14(14.3)	40(90.9)	4(9.1)	p=0.003 $\chi^2=11.906$
Şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	33(89.2)	4(10.8)	89(90.8)	9(9.2)	41(93.2)	3(6.8)	
Şizofreni psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	26(70.3)	11(29.7)	37(37.8)	61(62.2)	18(40.9)	26(59.1)	
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar	179	34(91.9)	3(8.1)	98(100.0)	-	43(97.7)	1(2.3)	
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yapar	179	36(97.3)	1(2.7)	97(99.0)	1(1.0)	43(97.7)	1(2.3)	

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 17. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri

	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri											
	Çalışma Süreleri											
	N	0-9 yıl		10-19 yıl		20 yıl ve üzeri		Katılmıyorum n %	Katılmıyorum n %	Katılmıyorum n %	Katılmıyorum n %	Katılmıyorum n %
Katılmıyorum n %		Katılmıyorum n %	Katılmıyorum n %	Katılmıyorum n %	Katılmıyorum n %	Katılmıyorum n %	Katılmıyorum n %					
Ortam değişikliği şizofreninin geçmesine önemli katkıda bulunur	183	18(13.6)	114(86.4)	1(6.3)	15(93.7)	4(11.4)	31(88.6)					
Şizofreni olanlar tam olarak iyileşmezler	185	108(80.6)	26(19.4)	13(81.3)	3(18.7)	30(85.7)	5(14.3)					p=0.784 $\chi^2=0.486$
Hacı ya da hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir	184	2(1.5)	131(98.5)	1(6.3)	15(93.7)	-	35(100.0)					p=0.037 $\chi^2=6.608$
Sosyal sorunlar geçmeden şizofreni geçmez	183	34(25.8)	98(74.2)	4(25.0)	12(75.0)	2(5.7)	33(94.3)					
Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	112(87.5)	16(12.5)	13(81.3)	3(18.7)	30(85.7)	5(14.3)					
Şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	115(89.8)	13(10.2)	14(87.5)	2(12.5)	34(97.1)	1(2.9)					
Şizofreni psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	59(46.1)	69(53.9)	4(25.0)	12(75.0)	18(51.4)	17(48.6)					p=0.199 $\chi^2=3.224$
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar	179	124(96.9)	4(3.1)	16(100.0)	-	35(100.0)	-					
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yapar	179	125(97.7)	3(2.3)	16(100.0)	-	35(100.0)	-					

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 18. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri

	Çalışma Süreleri												
	0-9 yıl				10-19 yıl				20 yıl ve Üzeri				
	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	
Ortam değişikliği şizofreninin geçmesine önemli katkıda bulunur	355	48(22.6)	164(77.4)	18(24.7)	55(75.3)	17(24.3)	53(75.7)						p=0.922 $\chi^2=0.163$
Şizofreni olanlar tam olarak iyileşmezler	354	186(87.7)	26(12.3)	61(83.6)	12(16.4)	60(87.0)	9(13.0)						p=0.662 $\chi^2=0.826$
Hacı ya da hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir	355	6(2.8)	205(97.2)	3(4.1)	71(95.9)	2(2.9)	68(97.1)						
Sosyal sorunlar geçmeden şizofreni geçmez	351	78(37.5)	130(62.5)	26(35.1)	48(64.9)	26(37.7)	43(62.3)						p=0.930 $\chi^2=0.146$
Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır	343	159(77.2)	47(22.8)	55(78.6)	15(21.4)	47(70.1)	20(29.9)						p=0.443 $\chi^2=1.672$
Şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır	345	189(90.9)	19(9.1)	63(90.0)	7(10.0)	59(88.1)	8(11.9)						p=0.798 $\chi^2=0.451$
Şizofreni psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır	341	95(46.6)	109(53.4)	28(40.0)	42(60.0)	27(40.3)	40(59.7)						p=0.503 $\chi^2=1.373$
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar	345	205(98.6)	3(1.4)	70(100.0)	-	66(98.5)	1(1.5)						
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yapar	345	197(94.7)	11(5.3)	70(100.0)	-	66(98.5)	1(1.5)						

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 19. Hastanelere ve Büyüdüğü Yere Göre Hemşirelerin Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri

	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri						Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri					
	Büyüdüğü Yer			Şehir			Büyüdüğü Yer			Şehir		
	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %
Ortam değişikliği şizofreninin geçmesine önemli katkıda bulunur	183	14(19.7)	57(80.3)	9(8.0)	103(92.0)	355	57(28.2)	145(71.8)	26(17.0)	127(83.0)	p1=0.020 p2=0.013	χ2=5.397 χ2=6.123
Şizofreni olanlar tam olarak iyileşmezler	185	61(85.9)	10(14.1)	90(78.9)	24(21.1)	354	172(85.6)	29(14.4)	135(88.2)	18(11.8)	p1=0.234 p2=0.464	χ2=1.416 χ2=0.535
Hacı ya da hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir	184	3(4.2)	68(95.8)	-	113(100.0)	355	6(2.9)	198(97.1)	5(3.3)	146(96.7)		
Sosyal sorunlar geçmeden şizofreni geçmez	183	15(21.1)	56(78.9)	25(22.3)	87(77.7)	351	83(40.9)	120(59.1)	47(31.8)	101(68.2)	p1=0.849 p2=0.080	χ2=0.036 χ2=3.060
Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	60(87.0)	9(13.0)	95(86.4)	15(13.6)	343	150(76.9)	45(23.1)	111(75.0)	37(25.0)	p1=0.910 p2=0.679	χ2=0.013 χ2=0.171
Şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	62(89.9)	7(10.1)	101(91.8)	9(8.2)	345	174(89.2)	21(10.8)	137(91.3)	13(8.7)	p1=0.654 p2=0.516	χ2=0.201 χ2=0.422
Şizofreni psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	28(40.6)	41(59.4)	53(48.2)	57(51.8)	341	94(48.7)	99(51.3)	56(37.8)	92(62.2)	p1=0.320 p2=0.045	χ2=0.989 χ2=4.015
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar	179	67(97.1)	2(2.9)	108(98.2)	2(1.8)	345	194(99.5)	1(0.5)	147(98.0)	3(2.0)		
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yapar	179	66(95.7)	3(4.3)	110(100.0)	-	345	190(97.4)	5(2.6)	143(95.3)	7(4.7)	p2=0.291	χ2=1.116

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p1=Eğitim ve Araştırma Hastaneleri p değerini gösterir.

p2=Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin p değerini gösterir.

Tablo 20. Hastanelere ve Ailede Psikiyatrik Öykü Olma Durumuna Göre Hemşirelerin Şizofreninin Tedavisine İlişkin Görüşleri

	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri						Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri					
	Ailede Psikiyatrik Öykü			Ailede Psikiyatrik Öykü			Ailede Psikiyatrik Öykü			Ailede Psikiyatrik Öykü		
	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %
Ortam değişikliği şizofreninin geçmesine önemli katkıda bulunur	183	1(5.6)	17(94.4)	22(13.3)	143(86.7)	355	9(32.1)	19(67.9)	74(22.6)	253(77.4)	p2=0.254 χ2=1.303	
Şizofreni olanlar tam olarak iyileşmezler	185	15(83.3)	3(16.7)	136(81.4)	31(18.6)	354	28(93.3)	2(6.7)	279(86.1)	45(13.9)		
Hacı ya da hocalar şizofreninin geçmesini sağlayabilir	184	-	18(100.0)	3(1.8)	163(98.2)	355	1(3.3)	29(96.7)	10(3.1)	315(96.9)		
Sosyal sorunlar geçmeden şizofreni geçmez	183	1(5.9)	16(94.1)	39(23.5)	127(76.5)	351	16(55.2)	13(44.8)	114(35.4)	208(64.6)	p2=0.035 χ2=4.458	
Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	16(88.9)	2(11.1)	139(86.3)	22(13.7)	343	24(85.7)	4(14.3)	237(75.2)	78(24.8)	p2=0.213 χ2=1.551	
Şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	17(94.4)	1(5.6)	146(90.7)	15(9.3)	345	26(89.7)	3(10.3)	285(90.2)	31(9.8)		
Şizofreni psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır	179	9(50.0)	9(50.0)	72(44.7)	89(55.3)	341	10(37.0)	17(63.0)	140(44.6)	174(55.4)	p1=0.670 χ2=0.182 p2=0.448 χ2=0.575	
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar	179	18(100.0)	-	157(97.5)	4(2.5)	345	28(96.6)	1(3.4)	313(99.1)	3(0.9)		
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yapar	179	18(100.0)	-	158(98.1)	3(1.9)	345	28(96.6)	1(3.4)	305(96.5)	11(3.5)		

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p1=Eğitim ve Araştırma Hastaneleri p değerini gösterir.

p2=Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin p değerini gösterir.

Tablo 21. Hastanelere ve Büyüdüğü Yere Göre Hemşirelerin Şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri

Şizofreni Hastalığını Tanımaya İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri						Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri					
	Köy			Şehir			Köy			Şehir		
	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %
Şizofreni aşırı üzüntü halidir	181	4(5.8)	65(94.2)	12(10.7)	100(89.3)	353	47(23.4)	154(76.6)	28(18.4)	124(81.6)	p1=0.258 p2=0.259	χ ² =1.281
Şizofrenler saldırgan olur	184	43(60.6)	28(39.4)	65(57.5)	48(42.5)	354	180(88.2)	24(11.8)	125(83.3)	25(16.7)	p1=0.683 p2=0.187	χ ² =6.166
Şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamazlar	185	54(76.1)	17(23.9)	81(71.1)	33(28.9)	354	168(83.2)	34(16.8)	135(88.8)	17(11.2)	p1=0.456 p2=0.134	χ ² =1.742
Şizofreni bir hastalıktır	183	69(98.6)	1(1.4)	110(97.3)	3(2.7)	356	195(96.5)	7(3.5)	148(96.1)	6(3.9)	p1=0.054 p2=0.822	χ ² =0.555
Şizofrenler aktı hastasıdır	180	67(97.1)	2(2.9)	99(89.2)	12(10.8)	355	194(95.6)	9(4.4)	146(96.1)	6(3.9)	p1=0.257 p1=0.133	χ ² =3.714
Şizofreni hastalık değil bir durumdur	183	4(5.6)	67(94.4)	6(5.4)	106(94.6)	355	17(8.4)	186(91.6)	8(5.3)	144(94.7)	p2=0.052	χ ² =1.285
Şizofreni ruhsal zayıflık halidir.	183	19(26.8)	52(73.2)	42(37.5)	70(62.5)	353	120(59.4)	82(40.6)	74(49.0)	77(51.0)		χ ² =2.255

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p1=Eğitim ve Araştırma Hastaneleri p değerini gösterir.

p2=Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin p değerini gösterir.

Tablo 22. Hastanelere ve Eğitim Durumlarına Göre Hemşirelerin Şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri

Şizofreni Hastalığını Tanımaya İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri												
	Sağlık Meslek Lisesi				Önlisans				Lisans ve üzeri				
	N	Katılıyorum n	%	Katılmıyorum n	%	Katılıyorum n	%	Katılmıyorum n	%	Katılıyorum n	%	Katılmıyorum n	%
Şizofreni aşırı üzüntü halidir	181	10	(27.0)	27	(73.0)	5	(5.1)	94	(94.9)	1	(2.2)	44	(97.8)
Şizofrenler saldırgan olur	184	26	(68.4)	12	(31.6)	64	(63.4)	37	(36.6)	18	(40.0)	27	(60.0)
Şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamazlar	185	31	(79.5)	8	(20.5)	81	(80.2)	20	(19.8)	23	(51.1)	22	(48.9)
Şizofreni bir hastalıktır	183	37	(94.9)	2	(5.1)	98	(99.0)	1	(1.0)	44	(97.8)	1	(2.2)
Şizofrenler akıl hastasıdır	180	36	(94.7)	2	(5.3)	93	(93.0)	7	(7.0)	37	(88.1)	5	(11.9)
Şizofreni hastalık değil bir durumdur	183	7	(18.4)	31	(81.6)	3	(3.0)	98	(97.0)	-	-	44	(100.0)
Şizofreni ruhsal zayıflık halidir.	183	15	(40.5)	22	(59.5)	36	(35.6)	65	(64.4)	10	(22.2)	35	(77.8)

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p1=Eğitim ve Araştırma Hastaneleri p değerini gösterir.

p2=Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin p değerini gösterir.

p=0.012
χ²=8.879
p=0.01
χ²=14.417

p=0.165
χ²=3.607

Tablo 23. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerindeki Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri

	Sağlık Meslek Lisesi				Önlisans				Lisans ve üzeri						
	N	Katılıyor		Katılmıyor		N	Katılıyor		Katılmıyor		N	Katılıyor		Katılmıyor	
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%
Şizofreni aşırı üzüntü halidir	350	42(29.6)	99(70.4)	27(16.1)	140(83.9)	6(14.0)	36(86.0)	p=0.007 $\chi^2=9.946$							
Şizofrenler saldırgan olur	354	119(84.4)	22(15.6)	151(88.8)	19(11.2)	35(81.4)	8(18.6)	p=0.333 $\chi^2=2.197$							
Şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamazlar	354	123(86.0)	20(14.0)	148(87.6)	21(12.4)	32(76.2)	10(23.8)	p=0.168 $\chi^2=3.570$							
Şizofreni bir hastalıktır	356	135(94.4)	8(5.6)	165(97.1)	5(2.9)	43(100.0)	-	p=0.182 $\chi^2=3.408$							
Şizofrenler akıl hastasıdır	355	136(94.4)	8(5.6)	165(97.6)	4(2.4)	39(92.9)	3(7.1)	p=0.228 $\chi^2=2.955$							
Şizofreni hastalık değil bir durumdur	355	11(7.7)	132(92.3)	11(6.5)	158(93.5)	3(7.0)	40(93.0)	p=0.920 $\chi^2=0.166$							
Şizofreni ruhsal zayıflık halidir.	353	77(54.2)	65(45.8)	92(54.4)	77(45.6)	25(59.5)	17(40.5)	p=0.818 $\chi^2=0.403$							

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 24. Eğitim ve Araştırma Hastane(ler)indeki Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri

Şizofreni Hastalığını Tanımaya İlişkin Görüşler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri													
	Çalışma Yılları													
	0-9 yıl			10-19 yıl			20 yıl ve üzeri							
N	Katılıyor n	Katılmıyor %	N	Katılıyor n	Katılmıyor %	N	Katılıyor n	Katılmıyor %	N	Katılıyor n	Katılmıyor %	N	Katılıyor n	Katılmıyor %
Şizofreni aşırı üzüntü halidir	181	14(10.8)	116(89.2)	1(6.2)	15(93.8)	1(2.9)	34(97.1)							
Şizofrenler saldırgan olur	184	81(60.9)	52(39.1)	9(56.3)	7(43.7)	18(51.4)	17(48.6)							p=0.586 $\chi^2=1.069$
Şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamazlar	185	93(69.4)	41(30.6)	12(75.0)	4(25.0)	30(85.7)	5(14.3)							p=0.151 $\chi^2=3.780$
Şizofreni bir hastalıktır	183	128(97.0)	4(3.0)	16(100.0)	-	35(100.0)	-							
Şizofrenler akıl hastasıdır	180	120(93.0)	9(7.0)	15(93.8)	1(6.2)	31(88.6)	4(11.4)							
Şizofreni hastalık değil bir durumdur	183	7(5.3)	125(94.7)	-	16(100.0)	3(8.6)	32(91.4)							
Şizofreni ruhsal zayıflık halidir.	183	45(34.1)	87(65.9)	4(25.0)	12(75.0)	12(34.3)	23(65.7)							p=0.760 $\chi^2=0.548$

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 25. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerindeki Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri

Şizofreni Hastalığını Tanımaya İlişkin Görüşler	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri Çalışma Yılları											
	0-9 yıl			10-19 yıl			20 yıl ve üzeri			p=	χ^2	
	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %			
Şizofreni aşırı üzüntü halidir	353	42(19.9)	169(80.1)	17(23.0)	57(77.0)	16(23.5)	52(76.5)	11(15.9)	58(84.1)	1(1.4)	64(94.1)	p=0.752 $\chi^2=0.570$
Şizofrenler saldırgan olur	354	182(86.3)	29(13.7)	65(87.8)	9(12.2)	58(84.1)	11(15.9)	11(15.9)	58(84.1)	1(1.4)	64(94.1)	p=0.806 $\chi^2=0.432$
Şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamazlar	354	180(85.3)	31(14.7)	61(83.6)	12(16.4)	62(88.6)	8(11.4)	8(11.4)	62(88.6)	2(2.9)	67(97.1)	p=0.683 $\chi^2=0.762$
Şizofreni bir hastalıktır	356	207(96.7)	7(3.3)	69(94.5)	4(5.5)	67(97.1)	2(2.9)	2(2.9)	67(97.1)	1(1.4)	69(98.6)	
Şizofrenler akıl hastasıdır	355	203(95.3)	10(4.7)	68(94.4)	4(5.6)	69(98.6)	1(1.4)	1(1.4)	69(98.6)			
Şizofreni hastalık değil bir durumdur	355	15(7.0)	198(93.0)	6(8.1)	68(91.9)	4(5.9)	64(94.1)	4(5.9)	64(94.1)			p=0.875 $\chi^2=0.268$
Şizofreni ruhsal zayıflık halidir.	353	119(56.4)	92(43.6)	37(50.7)	36(49.3)	38(55.1)	31(44.9)	31(44.9)	38(55.1)			p=0.699 $\chi^2=0.716$

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

Tablo 26. Hastanelere ve Ailede Psikiyatrik Öykü Olma Durumuna Göre Hemşirelerin Şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Görüşleri

	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri						Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri					
	Ailede Psikiyatrik Öykü						Ailede Psikiyatrik Öykü					
	Var			Yok			Var			Yok		
	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %	N	Katılıyor n %	Katılmıyor n %
Şizofreni aşırı üzüntü halidir	181	-	18(100.0)	16(9.8)	147(90.2)	353	8(27.6)	21(72.4)	67(20.7)	257(79.3)	p2=0.384 χ2=0.759 p1=0.196 χ2=8.879	
Şizofrenler saldırgan olur	184	8(44.4)	10(55.6)	100(60.2)	66(39.8)	354	28(93.3)	2(6.7)	277(85.5)	47(14.5)		
Şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru karar alamazlar	185	13(72.2)	5(27.8)	122(73.1)	45(26.9)	354	25(89.3)	3(10.7)	278(85.3)	48(14.7)		
Şizofreni bir hastalıktır	183	18(100.0)	-	161(97.6)	4(2.4)	356	28(96.6)	1(3.4)	315(96.3)	12(3.7)		
Şizofrenler akıl hastasıdır	180	16(88.9)	2(11.1)	150(92.6)	12(7.4)	355	29(100.0)	-	311(95.4)	15(4.6)		
Şizofreni hastalık değil bir durumdur	183	-	18(100.0)	10(6.1)	155(93.9)	355	4(13.8)	25(86.2)	21(6.4)	305(93.6)		
Şizofreni ruhsal zayıflık halidir.	183	8(44.4)	10(55.6)	53(32.1)	112(67.9)	353	15(53.6)	13(46.4)	179(55.1)	146(44.9)	p1=0.292 χ2=1.109 p2=0.878 χ2=0.024	

N=Her bir maddeye yanıt veren hemşire sayısı

p1=Eğitim ve Araştırma Hastaneleri p değerini gösterir.

p2=Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin p değerini gösterir.

Ek4. Ruhsal Hastalıkların Damgalanmasını Önlemeye Yönelik Kuruluşların

Web Adresleri

1. **SAMHSA' s National Mental Health Information Center:** Bu merkez stigma ve stigmatizasyonu önleme aktiviteleri üzerinde durmaktadır. Ayrıca web aracılığıyla insanları ruhsal bozukluklar hakkında bilgilendirerek pozitif düşünce ve tutumlar kazanmalarını ve bu şekilde tedavi sürecine olumlu etkileri sağlar <http://www.mentalhealth.org/publications/allpubs/OEL99-0004/default.asp>
2. **National Stigma Clearinghouse:** Ruhsal bozukluğu olan bireylere yapılan negatif davranışları önlemek ve önyargılarla mücadele etmek amacıyla kurulmuştur. Kurum, 1990-1996 yılları arasında 64 adet aylık rapor yazmış ve 640 konu incelemiştir. Üyeleri, mental sağlık organizasyonları, öğrenciler, eğitimciler, avukatlar, araştırmacılar, aileler ve profesyonel ruh sağlığı çalışanlarından oluşur. <http://community-1.webtv.net/stigmanet/AbouttheNational/>
3. **Stigma Home:** Stigma nedeniyle ruhsal bozukluğu olan bireyin acı çekmesini önlemeyi amaçlar. <http://www.stigma.org/stigmabody3.htm>
4. **Chicago Consortium for Stigma Research:** Ruhsal bozukluğu olan birey ve ailesine yönelik tutumları, toplumda yaşadıkları sorunları, çözüm yollarını, stigma nedenlerini ve stigmatizasyonun hasta ve ailesi üzerine etkilerinin araştırılan bir kuruluştur. <http://www.stigmaresearch.org/projects>
5. **National Institutes of Health:** Amacı stigmatize edilen bireyi toplumun negatif tutum ve davranışlarından korumak ve ayrıca kişiye, ailesine sosyal ortamda yer edinmesi için yardım etmektir. <http://www.nih.gov/news/pr/aug2002/fic-28.htm>
6. **www.schizophrenia.com :** bu site Brian Chiko tarafından şizofreni hastası olan abisi için yapılmıştır. Site bazı medikal firmalar tarafından küçük bütçelerle desteklenmektedir. Bu sitede şizofreninin nedenleri, tetikleyici faktörler, hasta ve ailesinin baş etme yolları, destekleyici gruplara ilişkin bilgiler ve medikal tedavideki gelişmeler yer almaktadır.
7. **www.mentalhealth.com :** Bu site Kanadalı bir grup psikiyatrist tarafından oluşturulmuştur. Sitenin ana sayfasında şizofreninin tanısı, tedavisi ve şizofreniye ilişkin diğer spesifik bilgiler yer alır. Bu sitedeki bilgiler için Ruh Sağlığı Merkezi ve ABD İnsan ve Sağlık Servisinden destek alınır.
8. **www.chovil.com :** Bu site Kanadalı bir şizofreni hastası tarafından oluşturulmuştur. Bu sitede şizofreni tanısı alan bireyin erken tanısı, ve erken müdahale, iyileşme süreci, relapsını önleme, evde günlük yaşam, aile ilişkileri, sosyal destek gibi yaşam hikayeleri, şizofreniye ilişkin kitaplar, filmler ve diğer web sitelerinin adresleri yer alır.
9. **www.psychlaws.org :** Bu site şizofreni hastalarının tedavi hakkını korumaya ilişkin bir merkez tarafından oluşturulmuştur. Bu site özellikle şizofreni hastalarının

ve diğ er psikotik rahatsızlığı olan bireylerin tedaviye ilişkin yaşadığı sorunlarla ilgilenir. Tedaviye ilişkin modeller, yasalara değ inir.

10.www.nami.org: Bu site Ulusal Mental Hastalık Birliğı (NAMI) tarafından oluşturulmuştur ve finansal açıdan medikal firmalar tarafından desteklenmiştir. Bu site NAMI'ye bağı y yerel destek gruplarını liste halinde verir. Ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik damgalamayı azaltmak için yapılması gerekenlere yer verir.

11.www.schizophrenia.ca: Kanada Şizofreni Birliğı ve bazı ilaç firmaları tarafından oluşturulmuştur. Site şizofreniye ilişkin; genetik riskler, şizofreninin nedenleri, hastaların bireysel olarak yaşamları, para yönetimi ve cinsel yaşamları gibi konularda bilgi verir.

12.www.bcss.org: Britanya Kolombiya Şizofreni Birliğı tarafından kurulmuştur ve Britanya Kolombiya Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenmiştir. Sitede şizofreniye ilişkin genel bilgileri içeren broşür örneklerine yer verilmiştir.

13.www.mhsource.com/narsad.html: Ulusal Şizofreni ve Affektif Bozukluklar Araştırma Birliğı tarafından kurulmuştur ve bazı ilaç firmaları tarafından desteklenmiştir. Site ruhsal bozuklukları anlatmak adına genel bilgiler iç erir.

14.www.c.t.zen.org/eletter/: Toplum Sağlık Araştırma Grupları ve Tedaviye ilişkin hakları savunan merkez tarafından oluşturulmuştur. Site, şizofreni hastaları ve diğ er psikotik rahatsızlıkların tedavisine ilişkin bilgi verir. Tedavi sırasında ortaya çıkan ilaç yan etkilerinin bildirilmesi için telefon ve faksla ulaşılabilir iletişim adresleri verir.

15.www.mss.mb.ca: Manitoba Şizofreni Birliğı

16 www.vaxxine.com/schizophrenia: Şizofreninin çeşitli boyutları ile anlatıldığı bir sitedir (Torrey, 2001; Videbeck, 2001).