

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**SOSYAL HİZMET UZMANLARININ RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK
İNANÇLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

MERVE DİZLEK

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. SEDA ATTEPE ÖZDEN

ANKARA-2021

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 06 / 07 / 2021

Öğrencinin Adı, Soyadı: Merve DİZLEK

Öğrencinin Numarası: 21720111

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Programı: Sosyal Hizmet Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:

Tez Başlığı: Sosyal Hizmet Uzmanlarının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 34 sayfalık kısmına ilişkin, 06/07/2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %19'dur. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: 06 / 07 / 2021

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

En Kıymetlim Annem'e

TEŞEKKÜR

Bu çalıőmayı hazırlarken kendisi ile alıőma Őansına sahip olduėum ve sűre boyunca desteėiyle bu çalıőmayı tamamlayabilmemde beni cesaretlendiren Prof. Dr. Arzu İÇAĐASIOĐLU ÇOBAN'a, bana yol gűsteren tez danıőmanım Doç. Dr. Seda ATTEPE ŐZDEN 'e, zorlandıėım her an bana olan desteėi ile içimi rahatlatan ablam Doç. Dr. Ayőegűl ÇELİK GELDİ'ye, hayallerime ulaőmam için her zaman beni motive eden, mesleėe bakıőını ve idealistliėini űrnek aldıėım sűpervizűrűm Mehmet Can ŐZKAYA'ya, sűrecin zorluklarına birlikte gűėűs gerdiėim ve beni desteėiyle yalnız bırakmayan meslektaőım ve canım arkadaőım Nazlıcan GŪLTEKİN BUDAK'a, her fikir danıőtıėımda bana farklı bakıő açılarıyla destek olan arkadaőım ve meslektaőım Őėr. Gűr. Mehmet Can AKTAN'a, sűrecin en baőından bu yana maddi manevi desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen ve bunu her an hissettiren kıymetli aileme sonsuz teőekkűrlerimi sunarım.

ÖZET

Merve DİZLEK

Sosyal Hizmet Uzmanlarının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi

Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı-2021

Ruh sağlığı sorunu olan bireyler ve aileleri tedaviye ulaşmak, damgalama ve sosyal dışlama, istihdama katılım, aile içi ilişkiler ve iletişim gibi alanlarda farklı sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu birey ve ailelerle çalışan önemli meslek gruplarından biri de sosyal hizmettir. Sosyal hizmetin önemli müracaatçı gruplarından biri, ruh sağlığı sorunu olan bireyler ve bu bireylerin aileleri ile yukarıda sıralanan sorun ve ihtiyaçların belirlenmesi, bireylerin ve ailenin tedavi sürecine uyumunun desteklenmesi, müracaatçıların ihtiyaç duyduğu hizmet ve kaynaklarla buluşturulmasının sağlanması, müracaatçılar adına savunuculuk yapılması gibi farklı düzeylerde çalışmalar yürütmektedirler. Bu süreçte, sosyal hizmet uzmanlarının bu konu hakkındaki inançları mesleki müdahaleleri açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin inançlarını belirlemektir. Bu amaca uygun olarak nicel araştırma yöntemlerinden biri olan tarama yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örnekleme kesitsel örneklem yöntemi olarak belirlenmiş ve toplamda 120 sosyal hizmet uzmanına ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Araştırmaya katılım sağlayan lisansüstü mezunların, ruhsal hastalığa yönelik inançlarının, lisans mezunlarına oranla daha olumlu olduğu gözlemlenmiştir. Sosyal hizmet mesleğinde uzun süre çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Ruh sağlığı alanında çalışan veya çalışmayan sosyal hizmet uzmanlarının ve ruhsal hastalığa sahip yakını olan veya olmayan sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarının benzer olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar ışığında, sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının olumlu olduğu fikrine ulaşılmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklara yönelik farkındalıklarını artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal Hastalık, Psikiyatrik Sosyal Hizmet.

ABSTRACT

Merve DİZLEK

Determining Social Workers' Beliefs Toward Mental Illness

Başkent University, Institute of Social Sciences

Social Work Master's Program-2021

Individuals with mental health problems and their families face different problems in areas such as access to treatment, labelling and social exclusion, participation in employment, family relations and communication. One of the important occupational groups working with these individuals and families is social work. One of the important client groups of social work is individuals with mental health problems and their families. Social workers carry out studies at different levels, such as identifying the problems and needs listed above, supporting the adaptation of individuals and families to the treatment process, ensuring that clients are brought together with the services and resources they need, and advocating on behalf of clients. In this process, the beliefs of social workers toward this issue are important in terms of their professional interventions. The purpose of this study is to determine the beliefs of social workers toward mental illnesses. For this purpose, the survey method, which is one of the quantitative research methods, was used. The sample of the study was determined as the cross-sectional sampling method and a total of 120 social workers participated in the study. A demographic information form prepared by the researcher and Beliefs Toward Mental Illness Scale were used as data collection tools in the study. In the study, it was observed that there was no significant difference between males and females. It has been seen that the beliefs of those who graduated from postgraduate programs toward mental illness are more positive than those graduating from undergraduate programs. It has also been observed that the beliefs of social workers working for a long time in the Social Work profession toward mental illness are more positive. It has been found out that the beliefs of social workers working or not working in the field of mental health and the beliefs of social workers with or without a relative with mental illness are similar. In the light of these results, it has been concluded that the beliefs of social workers toward mental illnesses were positive. Studies that will increase the awareness of social workers about mental illnesses should be carried out.

Key Words: Mental Illness, Psychiatric Social Work.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Ruhsal Hastalıkların Tanımı.....	2
1.2. Ruhsal Hastalıkların Nedenleri.....	3
1.3. Ruhsal Hastalıkların Türleri.....	3
1.3.1. Şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar	4
1.3.2. İkiuçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar	5
1.3.3. Depresyon bozuklukları	6
1.3.4. Kaygı (anksiyete) bozuklukları	6
1.3.5. Takıntı-zorlantı (obsesif-kompulsif bozukluk) ve ilişkili bozukluklar	7
1.4. Ruhsal Hastalıklarda Tedavi Yöntemleri	7
1.5. Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Yaşadığı Sorunlar	9
1.6. Psikiyatrik Sosyal Hizmet.....	9
1.7. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Konusunda Yapılan Araştırmalar	11
1.8. Araştırmanın Sorunu	12
1.9. Araştırmanın Amacı.....	13
1.10. Araştırmanın Önemi	14
1.11. Sınırlılıklar	15
2. YÖNTEM	16
2.1. Araştırmanın Modeli.....	16
2.2. Evren ve Örneklem.....	16
2.3. Veri Toplama Aracı.....	16
2.4. Veri Toplama Süreci	17
2.5. Verilerin Analizi	17
3. BULGULAR VE YORUM.....	19
3.1. Sosyal Hizmet Uzmanlarına İlişkin Sosyo-Demografik Bulgular.....	19

3.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)'den Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular	21
3.3. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sosyodemografik Değişkenleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular	23
4. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	33
4.1. Sonuç.....	33
4.2. Öneriler	34
KAYNAKLAR.....	35
EKLER	
EK 1: ANKET FORMU	
EK 2: ETİK KURUL İZİNİ	
EK 3: TURNİTİN RAPORU	

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin sosyo demografik bulguların dağılımı	20
Tablo 3.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne (RHYİÖ) verilen cevaplar.....	21
Tablo 3.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) puanları	22
Tablo 3.4. Cinsiyete göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	23
Tablo 3.5. Yaş grubuna göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 3.6. Medeni duruma göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 3.7. Mezuniyet süresine göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması ...	25
Tablo 3.8. Eğitim durumuna göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	26
Tablo 3.9. Çalışma süresine göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	26
Tablo 3.10. Çalışma alanına göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo 3.11. Ruh sağlığı alanında çalışma duruma göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	29
Tablo 3.12. Ruhsal hastalığa sahip bir yakınının olma durumuna göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 3.13. Ruhsal hastalığa sahip bir yakını olanlarda onlarla birlikte yaşama durumuna göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	31

1. GİRİŞ

Ruhsal hastalıklar, tüm dünyada yaygınlığı yüksek olan ve yeti yitimine yol açan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Attepe, 2015). İnsanın, yaşantısı boyunca sürekli olarak çevresine uyum sağlama çabası içinde olması, ruh sağlığının iyi olması ile söz konusudur. Dolayısı ile 'kişinin kendi kendisiyle ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olması' da onun ruh sağlığının iyi olduğunun göstergelerindedir. Ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin duygu ve davranışlarında görülen farklılıklar, çoğu toplumda toplumun geleneksel yapısına uygun olmaması sebebiyle kabul edilmez, etiketleme yapılır ve normalden sapan durumlar olarak tanımlanır (Bağ ve Ekinci, 2006). Ruhsal hastalık ortaya çıktıktan sonra birey ve ailesi beklenmedik bir hastalık ile karşılaştıkları için şaşırabilmektedirler. Bu dönemde bireyin ailesi ve yakın çevresi, bireyin hastalık öncesi ve sonrası dönemini gözlemlene fırsatı bulmaktadırlar. Bireyi gözlemlene fırsatı bulmaları, bireye karşı tutumlarının daha olumlu olmasına ortam hazırlamaktadır. Toplum ise bireyi sadece dış görünüşü, sergilediği hareketler, toplumsal değerlere uyumu üzerinden değerlendirmekte ve bu durum toplumun bireye karşı olumsuz tutumlar sergilemesine sebep olmaktadır. Bu nedenler ruhsal hastalıklar sadece bireysel değil aynı zamanda toplumsal sonuçları da olan hastalıklardır. Bu bireylerin, psiko-sosyal açıdan desteklenmeleri önem taşımaktadır.

Ruh sağlığı alanında bireyler ve bireylerin aileleri ile çalışan temel meslek gruplarından biri de sosyal hizmettir. Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanı olarak ifade edilebilecek bu alanda sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı sorunu yaşayan bireyin hastalığa uyumu, içsel damgamalanın azaltılması, bireyin sosyal işlevlerini yerine getirebilmesi konusunda desteklenmesi alanlarında çalışırlar. Aynı zamanda bireylerin ve ailelerinin karşılaştıkları ihtiyaç ve sorunlara yönelik olarak da mesleki uygulamalar gerçekleştirirler. Birey ve ailenin yanı sıra toplumda ruhsal hastalığa ilişkin var olan damgalayıcı tutumlarla çalışmak da yine sosyal hizmet uzmanlarının müdahale alanlarından biridir. Özetle sosyal hizmet ruh sağlığı alanında aktif bir biçimde çalışan meslekler arasında yer almaktadır. Sağlığın tanımı içerisinde yalnızca hastalığın olmaması değil aynı zamanda psiko-sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde olmak yer aldığı için sosyal hizmet mesleği de bu alandaki diğer meslek gruplarıyla yakın ilişkiler kurarak çalışmalar gerçekleştirmektedir. Ruhsal hastalık tanısı almış bireyler ve onların aileleri ile çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalığa ilişkin inançlarının nasıl olduğu mesleki müdahalelerini etkileyebilir. Temelde

sosyal hizmet uzmanının sosyal hizmetin etik ve değer temeli doğrultusunda uzmanın kişisel görüşlerinin çalıştığı alanı etkilememesi gerekmektedir. Ancak kimi durumlarda bir olgu hakkındaki kişisel inançlar mesleki uygulamaları etkileyebilmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın temel amacı sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklar konusundaki inançlarının belirlenmesi olarak çerçevesi belirlenmiştir. Çalışmanın ilk bölümünde ruhsal hastalığın tanımı, tedavi yöntemleri ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Sonrasında ise ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin rol ve işlevleri üzerinde durulmuştur.

1.1. Ruhsal Hastalıkların Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, sadece hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, sağlığın çok boyutlu özelliğini ortaya koymaktadır (WHO, 2001). Bu tanıma bakıldığında ruhsal açıdan iyilik hali odağında, ruhsal hastalıkların önemi karşımıza çıkmaktadır.

Ruhsal hastalıklar, normal dışı olan davranışlar şeklinde tanımlanmaktadır (Keskin, Ünlüoğlu, Bilge ve Yenilmez, 2013, s. 345). Normal dışı olarak kabul edilen davranışlar, toplumdan topluma, kişiden kişiye göre değişmektedir (Geçtan, 2006). Fakat bazı davranışların tüm dünyada aynı anlama gelmesi, normal ya da normal dışı davranışların evrensel olduğunu göstermiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Davranışların normal dışı sayılabilmesi için, ‘sürekli ya da tekrar edici olması, bireyin verimli çalışmasını bozması, kişiler ile ilişkisini bozması’ gibi özelliklere sahip olmasına bağlıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

Kağıtçıbaşı (2010)’a göre ruhsal hastalıklar; bireyin toplum içinde yaşamını sürdürebilmesi için kendisine yetecek en asgari düzeyde uyumu gösterememesine sebep olan doğal ya da doğaüstü faktörlerin göstergesi olarak ortaya çıkan bir durumdur.

1.2. Ruhsal Hastalıkların Nedenleri

Ruhsal hastalıkların nedenleri her hastalık türüne göre farklılık göstermekte fakat genetik, biyolojik ve psiko-sosyal nedenler üzerinde durulmaktadır. Genel olarak ise ruhsal hastalık nedenleri şu şekilde sıralanabilmektedir:

Kalıtım, beden yapısı, hastalıklar (metabolik, enfeksiyon gibi) beslenme yetersizlikleri ve bozuklukları, travmalar (doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında) gibi biyolojik etkenler, çocukluk çağına ilişkin aşırı engellemeler ve stres etkenleri, anne sevgisinin yoksunluğu, ihmal ve reddedilme, çocuğun aşırı korunması, aşırı doyurulması, bağımlılığın sürdürülmesi, çocuğa özerklik verilmemesi ve kişiliğinin gelişmesine fırsat verilmemesi, aile düzensizliği, parçalanması, yıkılması, aşırı ahlak değerleri ve baskıları, bozuk ve tutarsız disiplin, özdeşim örneklerinin yokluğu, olumsuzluğu ya da yetersizliği, çocuklar arasındaki kıyaslamalar, nörotik ya dapsikotik anne ve babaya sahip olma, çocuğa erişemeyeceği amaçlar yüklenmesi, eğitim olanaklarının yetersizliği, düzensizliği ve uygunsuzluğu, gerçek ya da imgesel başarısızlıklar, yitimler, çatışma ve saplantılar, bozuk yaşam koşulları gibi psikolojik etkenler (Kum, 2000).

1.3. Ruhsal Hastalıkların Türleri

Ruhsal hastalıklar DSM-V'e göre sınıflandırılması; şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden diğer bozukluklar, ikiçüçlü (bipolar) ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı (anksiyete) bozuklukları, takıntı-zorlantı bozukluğu (obsesif-kompulsif bozukluk) ve ilişkili bozukluklar, nörogelişimsel bozukluklar, örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar, çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, beslenme ve yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları, uyku-uyanıklık bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama), yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları, nörobilişsel bozukluklar, kişilik bozuklukları, cinsel sapkınlık (parafili) bozuklukları, diğer ruhsal bozukluklar, ilaçların yol açtığı devinim bozuklukları ve ilaçların diğer yan etkileri, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar, şeklindedir. Bu çalışmada, başlıca ruhsal hastalıklardan olan 4 ruhsal hastalık tipinden bahsedilecektir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.3.1. Şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar

Şizofreni, bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranış alanlarını olumsuz yönde etkileyen, rutin hayatına yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı kronik ruhsal hastalıktır (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013, s. 462). Bir başka tanıma göre ise şizofreni, sosyal ve bilişsel işlevlerde eksilmelerle sonlanabilen, sıklıkla tekrarlar, iyileşmeler ve ataklarla süren ağır bir bilişsel bozukluktur (Barrowclough, 1987). Şizofreninin alt tipleri; paranoid, dağınık (dezorganizasyon), katatonik, farklılaşmamış, rezidüel ve yalın tip şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

Paranoid şizofrenide düşünce içeriğindeki bozukluk ön plandadır. Kötülük görme, alınma, büyüklük ve etkilenme sanrıları daha çok yaşanır. Kişiler sanrılarının etkisinde daha savunmacı, öfkeli davranırlar. Kaçma ya da saldırma davranışları mevcuttur (Yıldız, 1999). Dağınık (dezorganizasyon) şizofreni, paranoid şizofreniye göre genellikle daha erken yaşta başlar. Dağınık düşünce ve davranışlarda küntlük görülmektedir (Saygılı, 2006). Uygunsuz ya da donuk duygulanım söz konusudur. Kişilikteki dağılma ve yıkım belirgin şekildedir. Kendi kendine konuşma, anlamsız sözcükler kullanma, değişik jest ve mimikler, anlamı olmayan duygulanmalar fazladır. Gerçeklik ile ilişkileri azdır. Sanrı ve varsanılar birbirinden ayrıdır, tutarlı bir tema çevresinde değildir. Kişisel görünümünde bakımsızlık söz konusudur (Yıldız, 1999). Katatonik şizofrenide temel görünüm hareket bozukluklarıdır. Davranışlarda tepkisizlik, hareketsizlik, yavaşlama görülmektedir (Köknel, 1999). Kişi heykel gibi kıpırdamadan durabilmektedir. Çevresinde olanların farkındadır fakat tepki vermez. Mutizm (konuşmama) en sık görülen belirtilerdendir. Seslenme ve konuşma, saatler, günler hatta aylarca görülmeyebilir. Sözcük tekrarlama, davranış tekrarlama, normalden farklı vücut duruşları, belirli bazı davranışlar görülebilir. Hastanın vücuduna şekiller verilebilir. Söylenen her şeye otomatik olarak itaat eder ya da karşıt bir tutum gösterebilir (Yıldız, 1999).

Farklılaşmamış şizofreni tipinde, şizofreni tanısı koymaya yetecek kadar belirti vardır fakat diğer şizofreni tipleri gibi tam olarak ayırt edici özellikleri bulunmamaktadır. Bu tipin sınırları net olarak diğer şizofreni tiplerinden hiçbirine uymamaktadır (Yavuz, 2008). Kalıntı (rezidüel) şizofreni, psikotik bir ya da birkaç dönemden sonra geride kalan ve uzun süren az miktarda kalan belirtilerden ibarettir. Belirgin sanrılar, varsanılar, dağılmış konuşma, ileri derecede dağılmış davranış ya da katatonik davranış görülmez. Kalmışsa da çok belirgin

değildirler. Konuşmalar genellikle anlaşılabilir ancak konu dışı temalar ve belirsizliklerle doludur. Duygusal donuklaşma ve kayıtsızlık söz konusudur (Yıldız, 1999). Yalın (basit) şizofreni, yavaş yavaş başlayan bir şizofreni tipidir (Güney, 2001). Bu şizofreni tipinde kişi, önceden belirgin psikotik bozuklukların olduğu bir dönem yaşamamasına rağmen; davranışlarında belirgin şekillerde ilgisizlik, amaçsızlık, toplumsal çekilme ve pasif davranışlar görülür. Kişi giderek duygusal bir ilgisizlikle içine kapanır (Yıldız, 1999).

1.3.2. İkiüçlü (bipolar) ve ilişkili bozukluklar

Duygulanım, ani bir duygu patlaması durumunda ortaya çıkan duygu dalgaları ve dışa vurulan kısa süreli duygusal tepkilerdir. Duygudurum ise bu tepkilerin belli bir süre içinde normal, taşkın, çökkün, sıkıntılı olması gibi durumları tanımlar (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Munezero ve Montero, 2014). Bu durumların uzun bir zaman dilimine yayılarak, bireyin uyumsuz, ölçüsüz ve bazen de uygunsuz refleksler sergilemesine neden olması ise duygudurum bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bir duygudurum bozukluğu olan ikiüçlü bozukluk, iki farklı zıt kutuptan oluşmaktadır. Hastalığın bir ucu aşırı neşeli, kişinin benlik saygısının yüksek olduğu mani dönemi ile ifade edilirken, diğer ucu ise; çökkünlük, yaşamdan zevk alamamak ve depresyon ile tanımlanmaktadır (Yazıcı, 2004). Dolayısı ile hastalığın tanımlanması mani ve hipomani üzerine kuruludur. Bu sebeple ikiüçlü bozukluğun anlaşılması için mani ve hipomani dönemlerinin tanımlanması önemli görülmektedir. Mani dönemi bireyde aşırı neşe ve coşku ile birlikte, yükselmiş özgüven, hareketlerde hızlanmalar görülmektedir (Morrison, 2016; Jongasma, Peterson, McInnis ve Bruce, 2006). Aynı zamanda abartılı davranışlar sergileme, taşkınlık ile de devam eden bir duygudurum bozukluğu dönemidir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Hipomani dönemi en az dört gün süren, bireyin hayatında sarsıcı etkisi olmayan, psikotik belirtilerin bulunmadığı bir dönemdir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Bu dönemde bireyin işlevselliğinde belirgin şekilde azalma söz konusu olmaktadır. Ayrıca birey hipomani döneminde, kendisine ve çevresine zarar vermeyecek ve hastaneye yatışını gerektirmeyecek durumda yaşayabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

1.3.3. Depresyon bozuklukları

Depresyon kişide günlerce, aylarca belki de yıllarca süren; özgüveninde azalma, yaptıklarından ve yaşamdan zevk alamama, umutsuzluk ve isteksizlik hallerinin mevcut olmasıdır (Kafes, 2021). Ayrıca, her şeyi olumsuz düşünme, geçmişini gelecekte olacak olayların sorumlusu kılma durumu söz konusudur (Taycan, Kutlu, Çimen, ve Aydın, 2006). Dikkatini toplayamama, dalgınlık, yorgunluk, enerji kaybı, dinlenmemiş bir şekilde uyanma gibi belirtiler, depresyonun göstergesi olan belirtilerden birkaçıdır (Mete, 2008).

Depresyonun biyolojik, sosyal, ekonomik ve kültürel etkilerle ortaya çıkan fiziksel, bilişsel ve duygusal belirtileri bir bütün olarak bireylerin psikososyal işleyişinin azalmasına sebep olmaktadır. Psikososyal işlevselliğinin kişinin günlük yaşam faaliyetlerini yerine getirebilme, diğer kişilerle tatmin edici ilişkiler kurabilme ve kişinin içinde yaşadığı toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilme becerisini yansıttığını dikkate almak gerekir (Oral ve Tuncay, 2018).

1.3.4. Kaygı (anksiyete) bozuklukları

Anksiyete bozukluğu, bireyin günlük yaşamında karşılaştığı bir durumu veya nesneyi olduğundan daha fazla tehlikeli görme ve durumdan veya nesneden fazlasıyla endişe duyması halidir (Kafes, 2021). DSM-5 ile anksiyete bozuklukları başlığı altında birçok kaygı bozukluğu tanımlanmıştır. Bu kaygı bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, seçici mutizm, özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu, panik bozukluğu, agarofobi, ayrılma kaygısı bozukluğu gibi kaygı bozukluklarıdır (Kafes, 2021). Yaygın anksiyete bozukluğu, sürekli endişe halinde olma durumudur. Bir şeylerin yolunda gitmediği, muhakkak kötü bir şeyin olacağına dair inanç söz konusudur. Bu durum günlük hayatta yoğun bir şekilde yaşandığı için insanların toplumsal ilişkilerine de olumsuz etkilemektedir (Tükel, 2009). Panik bozukluğu, ne zaman başlayacağı önceden belli olmayan, ansızın ortaya çıkan ve panik atak ile kendini gösteren bir kaygı bozukluğudur (Tükel, 2002). Panik atakların beklenmedik bir anda kalabalık içinde gerçekleşmesi kişide birtakım korkuların yaşanmasını da tetiklemektedir. Özellikle metro, vapur, uçak, tiyatro, sinema gibi toplu alanlarda olmaktan rahatsız olmaktadır. Bu anlamda panik bozukluğu yaşayan kişilerde toplu yerlerden kaçma, kendi haline çekilme, yalnız kalma gibi davranışlar söz konusudur. Fobik

bozukluklar içinde yer alan bu durum, agorafobi olarak tanımlanmaktadır (Tükel, 2009). Sosyal fobi ise, kişinin yaptığı bir davranışın, söylediği bir sözün başkaları tarafından eleştirileceği, gülüneceği, alay edileceği ya da kızılacağına dair olan inancı belirtmektedir (Dilbaz, 1997). Özgül fobiler, belirli bir canlıdan, nesneden, durumdan korkma durumunda meydana gelen bozukluktur (Köknel, 1999). Ayrılma kaygısı bozukluğu, bireyin bağlandığı figürden ayrılacağını düşünmesi ya da ayrılması sonucu ile oluşan bir bozukluktur. Daha çok çocukluk dönemi ile ilgili bir kaygı sorunudur (Diriöz, Alkin, Yemez, Onur ve Eminağaoğlu, 2012). Bu anlamda ayrılma kaygısı 'en az 4 hafta boyunca çocuğun evden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılmaya bağlı olarak gelişim düzeyine göre beklenenden fazla ve tekrar edici anksiyete duyması' ile ilgilidir (Eermiş, Bellibaş, Özbaran, Büküşoğlu, Altıntoprak, Bildik ve Çetin, 2009).

1.3.5. Takıntı-zorlantı (obsesif-kompulsif bozukluk) ve ilişkili bozukluklar

Obsesyon, uygunsuz ve belirgin anksiyeteye sebep olan, ısrarlı düşünce ve dürtülerdir. Kompülsiyon ise, bir obsesyona tepki olarak tekrarlayıcı, amaca yönelik davranışlardır. (Karamustafaloğlu, 2000). Beden algısı bozukluğu, biriktirme bozukluğu gibi bozukluklar, obsesifkompulsif bozukluklar ile ilişkili bozukluklardan bazılarıdır. Beden algısı bozukluğu, kişinin olmayan beden kusurunu var sanması ya da bedeninde var olan küçük bir kusuru abartarak kafasına taktığı bozukluk türüdür (Ray, Demirkol ve Tamam, 2012). Biriktiricilik bozukluğu, başlangıçta gelecekte işe yarar düşüncesi ile hareket edilen fakat ilerleyen zamanlarda değersiz ve anlamsız eşyaların da biriktirilmesiyle ortaya çıkan bir bozukluktur (Bulut, Özdel ve Kısa, 2015).

1.4. Ruhsal Hastalıklarda Tedavi Yöntemleri

Şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde ilaç tedavisi gibi tedaviler tek başına yeterli değildir. Uzun süre sadece ilaç tedavisi gören birçok hastada kesin bir iyileşmenin sağlanamaması, ilaç yan etkisine bağlı olarak hastaların ilaç kullanımına yönelik olumsuz tutum geliştirmesi, düzenli ilaç kullanımına rağmen hastalık belirtilerinin tekrarlaması hastalığın tedavisinde psiko – sosyal yaklaşımlara da önem verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Koçak, 2018).

Hastane tedavisi sonrasında sosyal destek mekanizmalarının yetersiz olması durumunda hastalar ve aileler için zor bir dönem başlamaktadır. Yaşamak zorunda olduğu çevreye uyum sağlamakta zorlanan hastalar ile hasta yakınlarının yükleri bir kat daha artmaktadır. Uygulanan psiko – sosyal tedavi ile bir yandan aile üyelerinin stresi azaltılıp, hastalık belirtileri ile baş etme becerileri geliştirilirken; diğer yandan da hastalığın tekrar etme olasılığı azalabilmektedir. Hastalık hakkındaki bilgi eksikliği, hasta yakınlarının hastaya yönelik olumsuz tutum geliştirmesine yol açabilir. Hastanın hasta olmadığını, bazı davranışları bilerek yaptığını ya da bazı davranışları tembellikten yapmadığı düşüncesine kapılabilirler. Aile içinde yaşanan bu sıkıntılar hastanın hastalığının kötüleşmesine sebep olabilir. Hastanın ilaç tedavisinin yanında psiko – sosyal tedavileri de içeren bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi, bununla birlikte aileye yönelik eğitimlerin de düzenlenmesi gerekmektedir (Koçak, 2018). Eliüşük (2008)'e göre ise şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi, ruhsal toplumsal tedaviler yani destekleyici tedavi, bilişsel davranışçı tedavi, grup tedavisi, aile tedavisi ve ortam tedavisi gibi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır.

Bipolar bozuklukta, tedavinin akut tedavi ve koruyucu tedavi olmak üzere iki çeşidi mevcuttur. Akut tedavi hastalık belirtileri başladığı sırada belirtileri hızlı bir şekilde yatıştırmak için uygulanır. Koruyucu tedavi ise yeniden hastalanmayı engellemek içindir. Akut tedavide öncelik hastanın ve çevresinin güvenliğinin sağlanması, intihar riski varsa önlenmesi, tanının netleştirilmesi, mani döneminde sakinlik verecek, depresyon döneminde ise ruhsal iyilik sağlayacak tedavinin etkili ve güvenli biçimde uygulanmasıdır. Ana tedavi ilaçla uygulanır (<https://npistanbul.com>). Yeloğlu ve Hocaoğlu (2017)'e göre ise ilaç tedavisine ek olarak elektrokonvülsif tedavi de yer almaktadır. Depresyon bozuklukları tedavisinde; farklı terapi türleri ve psikoeğitimler kullanılmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir. Bilişsel davranışçı terapi yönteminde bireylerin günümüzdeki yaşam olayları, geçmişte yaşadıkları olayların yeniden ortaya çıkmasına ve öfke, kaygı, üzüntü gibi olumlu olmayan duygular oluşturmalarına neden olmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi de bu duyguları bilişsel yeniden yapılandırma ve davranış değişiklikleri ile düzenler (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015).

Kaygı bozuklukları ile obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar için bilişsel davranışçı terapi, kullanılan tedavi yöntemlerindedir (Ünsalver ve Balcıoğlu, 2006; Şafak, Karadere, Özdel, Kuru, Özcan, Türkçapar ve Yücens, 2014).

1.5. Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Yaşadığı Sorunlar

Ruhsal hastalık tanısı almış bireyler, toplumsal yaşam içinde damgalanmaya maruz kalmaktadırlar. Bu durum bireylerin toplumdan kendilerini soyutlamalarına ve sosyal izolasyon yaşamalarına sebep olmaktadır. Toplumdan tamamen kendini soyutlayan bireyler, medyanın da etiketleyici bir dil ile ayrımcılık yapmalarına maruz kalmaktadırlar. Aldıkları ruhsal hastalık tanıları sebebiyle etiketlenmiş olan bireyler ve aileleri, tanı ile ilgili açıkça konuşup hareket edememekte ve bu durum da tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyler tedavilerine başlayamamakta veya yarım bırakmak zorunda kalmaktadırlar. Tüm bu etkenler sebebi ile çalışabilecekleri bir iş bulmada ve kalacak yer sağlamada da ayrımcılığa maruz bırakılmaktadırlar. Bu etkenlerden dolayı öz güvenleri fazlasıyla zedelenen bireyler, toplumsal hayattan kendilerini her geçen gün biraz daha fazla soyutlamaktadırlar (Bostancı, 2015).

1.6. Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet, birey, aile, toplum dikkate alınarak yapılan mesleki uygulama ve akademik bir disiplindir. Mesleğin uygulama boyutunu, toplumun ve insanın meydana getirdiği sorunlar ile bu sorunlara yönelik ortaya çıkan özel müdahale yöntemleri oluşturmaktadır (Kongar, 1972). Sağlık alanında son yıllarda meydana gelen sorunlar ve bu sorunları oluşturan psiko-sosyal nedenler; sosyal hizmet disiplininin bu alanda yer edinmesi gerekliliğini doğurmuştur. Özellikle ruh sağlığı alanında ortaya çıkan sorunların insanı tamamen etkilediği sonucu psikiyatrik sosyal hizmetin doğmasına neden olmuştur (Negiz, 2017).

Psikiyatrik sosyal hizmet, birey, aile, toplum temelli sorunları analiz ederek bunların ruh sağlığına olan etkilerini ortaya çıkarmaktadır. Sistem içerisinde bireyi etkileyen sosyal, ekonomik, aile, iş hayatı psikiyatrik sosyal hizmetin uygulama alanına işaret etmektedir (Bahar ve Savaş, 2013). Psikiyatrik sosyal hizmet, ruhsal hastalık tanısı almış olan bireylere yönelik uygulanan psikiyatri hizmetlerinin bir parçasıdır. Ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin toplum içinde rehabilite edilmesine yardımcı olan, toplumdan uzaklaşmamasını sağlayan bir alandır (Özden, 2017).

Bland ve Renouf (2001), ruhsal hastalıkların sosyal bağlamı ve sosyal sonuçlarını, ruh sağlığı alanında mesleki uygulama yapan sosyal hizmete atfetmektedir. Sosyal hizmetin bireyi çevresi ile birlikte ele alması sosyal bağlamı oluştururken, ruhsal sorunların tüm topluma olan etkisi sosyal sonuçları ortaya çıkarmaktadır (Saruç ve Duyan, 2009). Psikiyatrik sosyal hizmet bu noktada önemli bir yere karşılık gelmektedir. Özellikle ruhsal hastalıklara yönelik tedavi öncesi ve sonrasında yapılan uygulamaların hastane dışına çıkması, tanı almış bireylerin takibinin ve yönlendirilmesinin devam etmesi, sosyal hizmetin psikiyatri içindeki işlevselliğini artırmaktadır (Turan, 1990). Sosyal hizmet uygulamalarında kullanılan sistem kuramı, ekolojik yaklaşım, güçler perspektifi, çözüm odaklı yaklaşım gibi kuram ve yaklaşımlar psikiyatrik sosyal hizmette de uygulanmaktadır (Özden, 2017). Psikiyatrik sosyal hizmetin tıp alanı içinde yer alması, medikal model kullanımını ortaya çıkarmaktadır. Yine psikiyatrik sosyal hizmet, toplumun devamı olarak yürütülen mesleği icra etmesi sebebiyle sosyal modelin kullanımını ayrıcalıklı kılmaktadır. Bu bağlamda biyo-psiko-sosyal modeller yaklaşımının psikiyatrik sosyal hizmete uygulama sahasında yönlendirdiği anlaşılmaktadır (Negiz, 2017).

Medikal model, hastalıkların yapılan tetkikler ve gözle görülen sonuçlar ile ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Hastalığın sadece çözümü üzerinde durulan bu modelde, hastalığı etkileyen sosyo-ekonomik ve psiko-sosyal özellikler göz ardı edilmektedir. Aynı zamanda ruh hastalığına yönelik olumsuz tavır sergilediği için ruh sağlığında sorun yaşayan kişileri kötü olarak nitelendirmekte ve kişileri sorumlu tutmaktadır. Sorunların çözümü için sadece profesyonel yaklaşımın kabul edilebileceğini söylemektedir (Oral ve Tuncay, 2012). Sosyal model, ortaya çıkan ruh sağlığı sorununa bütüncül açıdan bakan bu model, sosyal çevrenin, kişilerin ruh sağlığı üzerinde olumlu ve olumsuz etkiye sahip olduğunu savunmaktadır. Sosyal model bütüncül bir bakış açısıyla biyo-psiko-sosyal yaklaşım ışığında sosyal değişkenlere dikkat çekmektedir. Bu model, ruh sağlığında sorun yaşayan kişilere karşı olumlu veya olumsuz bir bakış açısı sergilememektedir. Tarafsız bir yapıda kalarak hastalığın iyileştirilme sürecinde toplum ve birey arasında köprü görevini üstlenmektedir. Sorunların çözümü noktasında toplumun değiştirilmesi gerektiğini ifade etmektedir (Oral ve Tuncay, 2012). Biyo-psiko-sosyal yaklaşım modeli, hastalıkların tek bir açıdan ele alınamayacağını, bir bütün olarak hastalıklara yönelik daha farklı sonuçlar elde edilebileceğini savunmaktadır. Hastalıklar karmaşık halde ve birbirini etkileyen çeşitli unsurlarla bir arada olduğu için sosyal, kültürel çevrenin iyi bilinmesi gerektiğini belirtmektedir. Kişilerin ruh halini etkileyen unsurların

bulunması, toplumda meydana gelen aksaklıkların ve eksikliklerin psikopatolojisinin anlaşılması bu yaklaşımın özelliklerindedir (Oral ve Tuncay, 2012).

1.7. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Konusunda Yapılan Araştırmalar

Türkiye’de ‘Ruhsal Hastalık ve Hastalara Yönelik Tutumlar’ ile ilgili 1971 yılından günümüze kadar 100’den fazla araştırma yapılmıştır (Taşkın ve Özmen, 2004). Bu araştırmaların bazılarında ruhsal hastalığa yönelik tutum ölçekleri kullanılarak bireylerin veya toplumun inançları tespit edilmek istenmiştir (Çam, 2006). Ülkemizde ruhsal hastalık tanısı almış bireylere yönelik toplum tutumları ile ilgili yapılan ilk çalışma Savaşır (1971) tarafından Ankara’nın Nallıhan ilçesinin bir köyündeki aileler ve Çankaya ilçesindeki 150 aile ile yapılan çalışmadır. Araştırma sonucunda köy ve kent aileleri arasında ruhsal hastalık tanısı almış bireylere yönelik tutumlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca Savaşır (1971) ‘ın yaptığı bir başka araştırmada ise kadın ve erkekler arasında ruhsal hastalık tanısı almış bireylere yönelik tutumlar ile ilgili bir farkın olmadığı ve kadınların daha doğa üstü güçlerin etkisi altında olduğu belirlenmiştir.

Küey, Aksakoğlu ve Amato (1989)’nun İzmir’de yarı kentsel alanda yaptıkları çalışmada; depresyon geçiren birey, hastalığın kendiliğinden geçmesini beklediği, ayrıca halkın depresyona yönelik tıbbi inançlarını abartma ve dinsel inançlarını da gizleme davranışları gözlemlenmiştir. Üçok, Erkoç ve Ataklı (2001)’nin yaptıkları çalışmada, pratisyen hekimlerin ve psikiyatrist olmayan hekimlerin şizofreni hastaları ile komşuluk, sosyal ilişki gibi konularda sorun yaşadıkları ve bu bireyleri tedavi etme konusunda isteksiz oldukları belirlenmiştir. Sağduyu, Aker, Özmen ve ark. (2001) tarafından geliştirilen halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine nedensel bir araştırmada araştırma örnekleminin; şizofreninin tanınmasında, tedaviye yönlendirilmesinde, hastalığın kabul edilmesinde ve önyargılar bakımından, yurt dışı araştırmaları ile de karşılaştırıldığında, olumsuz bir konumda olmadığı belirlenmiştir.

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

etmişlerdir. Bağ (2003) sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumlarını araştırdığı çalışmasında, Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları (RSTTÖ) Ölçeği'nin Türkiye versiyonunu 315 birey ile çalışmış, ruhsal sorunlu bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemeyeceğini ifade eden sağlık personelinin 'koru/dışlama' boyutu puanları yüksek bulunmuştur. Sağduyu, Aker, Özmen ve arkadaşları (2003) tarafından gerçekleştirilen 'Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları' konulu araştırma sonucuna göre; ruhsal hastalıkların tanınmasında, tedavi ve rehabilitasyonunda, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesinin önemli olduğunu, diğer yandan da toplumun şizofreniye ilişkin inanç ve tutumlarını doğru ve iyi yönde değiştirebilmek için yapılacak eğitim ve bilgilendirme aktivitelerinin düzenlenebilmesi için, tutumlara ilişkin mevcut durumun belirlenmesinin olumlu olacağını belirtmişlerdir. Özmen, Taşkın, Özmen ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmış olan 'Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalık mı? Akıl Hastalığı mı?' konulu çalışmada; halkın ruhsal hastalıklar ile ilgili inanç ve tutumlarının genelde olumsuz olduğu ve bu olumsuz tutumların sağlık personellerinin günlük uygulamalarında çeşitli güçlükler meydana getirdiği, bununla birlikte gerek Türkiye'de gerek yurt dışında yapılan çalışmalarda bu tutumları olumlu ya da olumsuz etkileyen etmenler konusunda birbirinden farklı birçok bulgu elde edildiğinden bahsedilmiştir.

1.8. Araştırmanın Sorunu

Ruhsal hastalıklar hemen her toplumda, her cinsiyet ve yaş aralığında ve tüm sosyo - ekonomik düzeylerde görülen hastalıklardır. Bu hastalıklar, türüne ve şiddetine göre farklılaşmakla birlikte, bireyin günlük yaşama uyum, toplumsal yaşama katılma, kendisine ilişkin algılama, yakın çevresiyle iletişim kurma gibi pek çok alanda ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Tedavi, genellikle yaşam boyu sürmekte, yakın izlemi gerektirmekte, belli bir maliyete ve kimi zaman işgücü kaybına sebep olmaktadır. Bu nedenle bireyin yalnızca tıbbi olarak değil aynı zamanda psiko-sosyal açıdan desteklenmesi de tedavinin etkililiğinin artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Ruhsal hastalık tanısı almış olan bireylerin yanı sıra bireylerin aileleri de hastalıktan etkilenen sistemlerden birisidir. Hastalık ile karşılaşan aile üyelerinin, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili yeterli bilgilerinin olmaması, hastalığın kabullenilmesi ve hastalık ile baş

etme süreçlerinde zorluk yaşamalarına sebep olabilmektedir. Ruhsal hastalık almış bireyler ve bu bireylerin ailelerinin yaşadıkları en önemli sorunlardan biri de toplum tarafından bu bireylere yönelik damgalayıcı ve olumsuz tutumlardır. Örneğin şizofreni tanısı almış bireylere yönelik olumsuz tutumların oluşumunda birçok değişkenin rol oynadığı ifade edilmektedir (Aker, 2008). Sosyo-demografik değişkenler, bireylerin hastalık konusundaki bilgileri, bireylerin hastalık tanısı almış kişilerle kişisel deneyim yaşama durumu, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar gibi etmenler ruhsal hasta ve hastalıklara yönelik tutumlar üzerinde etkili olabilmektedir (Batmaz, 2013; Gedik, 2015; Yener Özcan, 2019; Aker ve ark., 2002; Kayahan, 2009; Çalık Koyak, 2017; Yüksel, Yılmaz, Örekici Temel, 2015; Çam, Bilge, 2013; Ceylan, Koçak Uyaroğlu, 2018; Özmen ve ark., 2003; Arkan, Bademli, Çetinkaya, Duman, 2011; Aker, 2008; Yüksel, 2018).

Ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz tutumların ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin iyileşme sürecini aksatabileceği veya süreç içerisinde zorluk yaşamalarına sebep olacağı düşünülmektedir. Bireylerin iyileşme sürecine psiko-sosyal destekleri ile katkı sağlayan mesleklerden olan sosyal hizmet uzmanlarının da ruhsal hastalık tanısı almış olan bireylere yönelik inançlarının önemli olduğu bilinmektedir. Bunun en temel nedeni sosyal hizmet uzmanlarının mesleki uygulamalarında bir araç olarak kendilerini (self) de kullanmalarındadır (Sheafor ve Horejsi, 2012). Bu nedenle uzmanların çalıştıkları olguya ilişkin inançlarının ne olduğunun farkında olması önemlidir. Buradan hareketle bu araştırmanın problemi, sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesidir.

1.9. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesidir. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıda yer alan alt amaçlar oluşturulmuştur;

1. Sosyal hizmet uzmanlarının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne ilişkin puan ortalamaları nedir?
2. Sosyal hizmet uzmanlarının sosyodemografik değişkenleri (yaş cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, ruh sağlığı alanında çalışma durumu, yakınlarında ruhsal hastalık tanısı bir bireyin olma durumu, ruhsal

hastalık tanısı almış bireyle birlikte yaşama durumu) ile ruhsal hastalığa yönelik inançları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.10. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de sosyal hizmet alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmete ilişkin farklı çalışmaların bulunduğu görülmektedir. Ancak, sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemeyi amaçlayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Negiz tarafından 2017 yılında yapılan “Sosyal Hizmet Lisans Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi: Erzincan Örneği” konulu bir yüksek lisans tez çalışması ve Küçükkaraca ve Akçay (2017) tarafından yine sosyal hizmet lisans öğrencileri ile yapılan “Sosyal Hizmet Lisans Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi” konulu bir araştırma makelesine ulaşılmıştır. Yurt dışına dair kaynaklar incelendiğinde ise, sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer ruh sağlığı uzmanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarının yer aldığı çalışmasına ulaşılmıştır (James et al., 1976). Aynı zamanda sosyal hizmet öğrencilerinin ve psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarının araştırıldığı araştırmaya ulaşılmıştır (Schwartz, 2003). Farklı meslek gruplarında yapılan araştırmalara bakıldığında, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir araştırma makalesine ulaşılmıştır (Fradelos et al., 2015). Başka bir çalışmada ise ruh sağlığı okuryazarlığındaki cinsiyet farklılığını konu alan araştırmaya ulaşılmıştır (Raymond et al., 2015).

Yurt içinde sosyal hizmet uzmanlarının bu konudaki inançlarını ortaya koymayı hedefleyen bir çalışmaya rastlanamamışken yurt dışında bu konuda, sosyal hizmet uzmanlarının içinde bulunduğu araştırmaların olduğu gözlemlenmiştir. Bu açıdan, çalışmanın, yurt içinde ruh sağlığı alanında çalışan veya çalışacak ya da çalıştığı alanda ruhsal hastalık tanısı almış bireylerle temas edecek sosyal hizmet uzmanlarının inançlarının belirlenerek, gerekiyorsa uzmanların bu inançlarına ilişkin farkındalık yaratılmasını amaçlayan uygulamaların geliştirilmesi için kullanılabileceği düşünülmektedir.

1.11. Sınırlılıklar

Araştırmayı sınırlandıran bazı faktörler bulunmaktadır. Araştırma için kısıtlı süre olması ve belirli ekonomik unsurlarla sürdürülmesi kısıtlayıcı unsurlardandır.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Çalışmanın amacı göz önünde bulundurulduğunda, araştırmanın yöntemi nicel araştırma yöntemi olarak belirlenmiştir. Nicel araştırma yöntemi olgu ve olayları nesnelleştirerek gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak ifade edilebilir bir şekilde ortaya koyan bir araştırma türüdür. Bu araştırma yönteminde araştırılan konuya ilişkin, evreni temsil edecek örneklemden sayısal sonuçlar elde edilmektedir. Aynı zamanda, araştırma evreninin araştırma konusu hakkındaki fikrinin yönü sorgulanmaktadır (Akman, 2014).

Bu araştırma için, nicel araştırma modellerinden tarama modeli tercih edilmiştir. Tarama modellerinde genellikle hedef kitlenin yaş, cinsiyet gibi özellikleri ile bir olguya ilişkin var olan performans, görüş, düşünce ve tutumlar tekil ya da bazı faktörlerle ilişkileri bakımından betimlenir (Büyüköztürk, 2014, s. 2). Bu çalışmada da sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin sosyodemografik değişkenler ile uzmanların ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasındaki ilişkiler betimlenmiştir.

2.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın örnekleme kesitsel örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Kesitsel örneklem yöntemi, betimlenecek değişkenlerin bir seferde ve belirli bir zaman kesitinde ölçülerek neden ve sonuç arasındaki ilişkinin birlikte incelendiği bir yöntemdir (Büyüköztürk vd., 2011). Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini 2021 Temmuz ayı süresince araştırmaya katılan 120 kadar sosyal hizmet uzmanı oluşturmuştur.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının sosyo demografik özelliklerini belirlemeyi amaçlayan sorulardan ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale- BMI)'nden oluşan bir anket formu ile

toplanmıştır. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale-BMI) Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılan bir ölçektir.

Bilge ve Çam'ın (2008) ortak çalışmasında ölçek toplam Cronbach Alpha kat sayısı .82 bulunmuş olup alt ölçeklerde durum farklılık göstermiştir. Bu anlamda Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği .80, Tehlikeli alt ölçeği .71 ve Utanma alt ölçeği .69 olarak hesaplanmıştır.

Tehlikeli Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğunu ifade eden 8 maddeden oluşmaktadır. Ankette bu alt ölçek; 1.,2., 3.,4.,5., 6.,7., 13. maddeleri içermekte olup 0-40 puan aralığına sahiptir.

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarını değerlendirmektedir. Kişilerarası ilişkide bireyin kendini engellemesi ve çaresizlik yaşaması, ruhsal hastalıklı bireylere yönelik duygusal etkileşim ve etkilenmeden kaynaklandığını söylemektedir. Alt ölçek toplam 11 maddeden meydana gelerek 0-55 puan aralığında bir değere sahip olmaktadır. Söz konusu maddeler ankette; 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddelere karşılık gelmektedir.

Utanma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek tarafından ruhsal hastalık, utanılması gereken bir durum olarak algılanmaktadır. Ankette toplam 2 maddeyi içeren, 0-10 puan aralığında değer alan alt ölçek, 12. ve 15. maddeleri kapsamaktadır.

2.4. Veri Toplama Süreci

Veriler 2021 Temmuz ayı süresince toplanmıştır. Anket formu Google docs online form aracılığıyla, elektronik olarak sosyal hizmet uzmanlarına ulaştırılmıştır.

2.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizi IBM SPSS 25.0 (Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, min-max) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare (χ^2) testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnow testi, basıklık-çarpıklık (skewness- kurtosis) ve grafiksel yöntemler (histogram, Q-Q Plot, StemandLeaf, Boxplot) ile değerlendirilmiştir.

Araştırmada, normal dağılım gösteren niceliksel verilerin değerlendirilmesinde; IndependentSamples t testi ve One-WayAnova testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda fark bulunan durumlarda farklılığın kaynağını bulmak için post-hoc Tukey HSD testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR VE YORUM

Araştırmanın bulguları üç bölümde sunulmuştur. İlk bölüm sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin sosyo demografik özelliklere ilişkin bulgulardır. İkinci bölüm sosyal hizmet uzmanlarının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne ilişkin puan ortalamalarını açıklamaktadır. Üçüncü bölümde ise sosyal hizmet uzmanlarının sosyodemografik değişkenleri (yaş cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, ruh sağlığı alanında çalışma durumu, yakınlarında ruhsal hastalık tanısı bir bireyin olma durumu, ruhsal hastalık tanısı almış bireyle birlikte yaşama durumu) ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişkilere ait bulgular yer almaktadır.

3.1. Sosyal Hizmet Uzmanlarına İlişkin Sosyo-Demografik Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 3.1. Sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin sosyo demografik bulguların dağılımı

		Ort. \pm SS	Medyan (Min-Max)
		n	%
Cinsiyet*	Kadın	69	57,5
	Erkek	51	42,5
Yaş (Yıl)**		30,1 \pm 9,2	27,0 (21,0 – 75,0)
	<30 Yaş*	75	62,5
	30-39 Yaş*	33	27,5
	\geq 40 Yaş*	12	10,0
Medeni Durum*	Bekar	66	55,0
	Evli	54	45,0
Mezuniyet Süresi*	0 - 5 Yıl	69	57,5
	6 - 10 Yıl	29	24,2
	> 10 Yıl	22	18,3
Eğitim Durumu*	Lisans	76	63,3
	Lisansüstü	44	36,7
Çalışma Süresi (Yıl)**		6,2 \pm 7,9	4,0 (0,0 – 52,0)
	0 - 5 Yıl*	74	61,7
	6 - 10 Yıl*	26	21,7
	> 10 Yıl*	20	16,7
Şu an çalıştığınız alan*	Çocuk, Aile ve Kadın Refahı	29	24,2
	Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hiz.	24	20,0
	Engellilik	17	14,2
	Göç	13	10,8
	Yerel Yönetimler ve Sivil Toplum Kuruluşları	12	10,0
	Çalışmıyor	11	9,2
	Yaşlılık	8	6,7
	Adli Sosyal Hizmet	6	5,0
Ruh sağlığı alanına çalıştınız mı?*	Hayır	63	52,5
	Evet	57	47,5
Ruhsal hastalığa sahip bir yakınınız var mı?*	Hayır	68	56,7
	Evet	52	43,3
Yanıtınız evet ise şu an bu kişi ile birlikte mi yaşıyorsunuz?*	Hayır	44	84,6
	Evet	8	15,4

Tablo 3.1’de belirtildiği gibi, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %57,5’i kadın, %42,5’i erkektir. Bu anlamda araştırmaya az bir fark ile kadın sosyal hizmet uzmanlarının katılımı yoğun olmuştur.

3.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)’den Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’nden aldıkları puanlara ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 3.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’ne (RHYİÖ) verilen cevaplar

	Tamamen Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	0	1	2	3	4	5
1. Soru	17 (%14,2)	17 (%14,2)	13 (%10,8)	35 (%29,2)	25 (%20,8)	13 (%10,8)
2. Soru	7 (%5,8)	9 (%7,5)	17 (%14,2)	23 (%19,2)	26 (%21,7)	38 (%31,7)
3. Soru	55 (%45,8)	32 (%26,7)	14 (%11,7)	10 (%8,3)	7 (%5,8)	2 (%1,7)
4. Soru	33 (%27,5)	28 (%23,3)	20 (%16,7)	14 (%11,7)	13 (%10,8)	12 (%10,0)
5. Soru	26 (%21,7)	28 (%23,3)	27 (%22,5)	12 (%10,0)	16 (%13,3)	11 (%9,2)
6. Soru	25 (%20,8)	38 (%31,7)	18 (%15,0)	20 (%16,7)	16 (%13,3)	3 (%2,5)
7. Soru	9 (%7,5)	32 (%26,7)	25 (%20,8)	23 (%19,2)	17 (%14,2)	14 (%11,7)
8. Soru	18 (%15,0)	16 (%13,3)	20 (%16,7)	18 (%15,0)	30 (%25,0)	18 (%15,0)
9. Soru	26 (%21,7)	39 (%32,5)	14 (%11,7)	20 (%16,7)	17 (%14,2)	4 (%3,3)
10. Soru	14 (%11,7)	34 (%28,3)	28 (%23,3)	22 (%18,3)	12 (%10,0)	10 (%8,3)
11. Soru	46 (%38,3)	33 (%27,5)	17 (%14,2)	14 (%11,7)	9 (%7,5)	1 (%0,8)
12. Soru	96 (%80,0)	16 (%13,3)	4 (%3,3)	2 (%1,7)	2 (%1,7)	0 (%0,0)
13. Soru	57 (%47,5)	35 (%29,2)	16 (%13,3)	7 (%5,8)	4 (%3,3)	1 (%0,8)
14. Soru	41 (%34,2)	30 (%25,0)	23 (%19,2)	11 (%9,2)	12 (%10,0)	3 (%2,5)
15. Soru	91 (%75,8)	17 (%14,2)	6 (%5,0)	4 (%3,3)	0 (%0,0)	2 (%1,7)
16. Soru	39 (%32,5)	29 (%24,2)	22 (%18,3)	6 (%5,0)	13 (%10,8)	11 (%9,2)
17. Soru	35 (%29,2)	34 (%28,3)	25 (%20,8)	9 (%7,5)	12 (%10,0)	5 (%4,2)
18. Soru	32 (%26,7)	28 (%23,3)	22 (%18,3)	18 (%15,0)	14 (%11,7)	6 (%5,0)
19. Soru	29 (%24,2)	34 (%28,3)	24 (%20,0)	22 (%18,3)	7 (%5,8)	4 (%3,3)
20. Soru	54 (%45,0)	35 (%29,2)	17 (%14,2)	9 (%7,5)	3 (%2,5)	2 (%1,7)
21. Soru	44 (%36,7)	42 (%35,0)	21 (%17,5)	10 (%8,3)	2 (%1,7)	1 (%0,8)

Tablo 3.2’de sosyal hizmet uzmanlarının RHYİÖ’ne verdikleri cevaplar incelendiğinde, 21 sorudan 3 tane soruya ‘Kısmen Katılıyorum’, ‘Tamamen Katılıyorum’, ‘Çoğunlukla Katılıyorum’ cevapları verilmiş; diğer sorulara ise cevap çoğunluğu baz alınarak sıralandığında 12 soruya ‘Tamamen Katılmıyorum’, 6 soruya ise ‘Çoğunlukla Katılmıyorum’ cevaplarının verildiği görülmüştür.

Tablo 3.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) puanları

Alt Boyutlar	Ölçek Maddeleri	Alnabilecek En Düşük - Yüksek Puan	Alınan Puan	
			Ort. \pm SS	Medyan (Min-Max)
Tehlikelilik AÖ	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13	0 - 40	16,0 \pm 7,3	16 (1 - 39)
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21	0 - 55	17,9 \pm 10,4	16 (0 - 42)
Utanma Alt Ölçeği	12, 15	0 - 10	0,7 \pm 1,5	0 (0 - 9)
RHYİÖ		0 - 105	34,6 \pm 17,1	33 (1 - 77)

Tablo 3.3’e bakıldığında sosyal hizmet uzmanlarının RHYİÖ’den 105 üzerinden $34,6 \pm 17,1$, tehlikelilik alt ölçeğinden 40 üzerinden $16,0 \pm 7,3$, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden 55 üzerinden $17,9 \pm 10,4$, utanma alt ölçeğinden ise 10 üzerinden $0,7 \pm 1,5$ puan almışlardır. Bu doğrultuda ruhsal hastalığa yönelik inanlar ölçeği ve alt ölçek sonuçlarına göre sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının olumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Akçay ve Küçükkaraca (2017) tarafından sosyal hizmet öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını ölçmek için yapılan benzer bir çalışmada, sosyal hizmet öğrencilerinin de ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının olumlu olduğu görülmüştür. Zellman, Madden ve Aguiniga (2014)’ün sosyal hizmet öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada da sosyal hizmet öğrencilerin çoğunluğunun ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz bir inançta olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

3.3. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sosyodemografik Değişkenleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular

Bu bölümde sosyal hizmet uzmanlarının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile uzmanlara ait bazı sosyo demografik değişkenlerin karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.4. Cinsiyete göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet		P*
	Kadın (n=69)	Erkek (n=51)	
Tehlikelilik AÖ	16,7 ± 7,4	15,0 ± 7,2	0,194
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	18,4 ± 9,4	17,2 ± 11,6	0,512
Utanma Alt Ölçeği	0,6 ± 1,3	0,9 ± 1,8	0,213
RHYİÖ	35,7 ± 16,1	33,1 ± 18,4	0,398

*: IndependentSamples t Test (Mean ± SD).

Tablo 3.4' e göre, cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalarda; RHYİÖ ve Alt Boyut Puanları yönünden cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Alt ölçek puanlarına bakıldığında, araştırmaya katılan kadın sosyal hizmet uzmanlarının tehlikelilik alt ölçeğine ilişkin inançları 16,7 – 7,4, erkek sosyal hizmet uzmanlarının 15,0 – 7,2 oranındaki inançlarına göre az bir fark ile daha yüksektir. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde ise yine kadın sosyal hizmet uzmanlarının inancı 18,4 – 9,4, erkek sosyal hizmet uzmanlarının 17,2 – 11,6 oranındaki inançlarına göre az bir fark ile daha fazladır. Utanma alt ölçeğine bakıldığında ise erkek sosyal hizmet uzmanlarının bu ölçeğe inançları 0,9 – 1, 8, kadın sosyal hizmet uzmanlarının 0,6 – 1,3 oranındaki inançlarından az bir oranda daha fazladır. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, cinsiyetler arası ruhsal hastalığa yönelik inancın değişiklik göstermediği gözlemlenmiştir (Dal vd., 2018).

Tablo 3.5. Yaş grubuna göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Yaş Grubu			P*	Fark
	<30 Yaş (n=75) ¹	30-39 Yaş (n=33) ²	≥40 Yaş (n=12) ³		
Tehlikelilik AÖ	15,8 ± 7,9	16,0 ± 6,0	16,8 ± 7,9	0,911	--
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	16,7 ± 10,1	17,8 ± 9,7	25,3 ± 11,9	0,027	3 ile 1-2
Utanma Alt Ölçeği	0,6 ± 1,3	0,8 ± 1,4	1,5 ± 2,7	0,140	--
RHYİÖ	33,2 ± 17,4	34,6 ± 15,0	43,7 ± 19,1	0,142	--

*: One-WayAnova Test (Mean ± SD).

Tablo 3.5'e göre, Yaş Grupları arasında yapılan karşıtırmalarda; Tehlikelilik ve Utanma alt boyutları ve RHYİÖ Puanları yönünden yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0,05) bulunurken, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu puanları yönünden yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p<0,05), ≥40 Yaş Grubunun puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Söz konusu hesaplama incelendiğinde, > 40 yaş üstü grubunun ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının, bahsedilen <30 yaş ve 30-39 yaş grubuna göre olumsuz olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 3.6. Medeni duruma göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Medeni Durum		P*
	Bekar (n=66)	Evli (n=54)	
Tehlikelilik AÖ	16,4 ± 7,8	15,5 ± 6,8	0,523
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	17,6 ± 9,6	18,2 ± 11,3	0,734
Utanma Alt Ölçeği	0,7 ± 1,4	0,8 ± 1,6	0,548
RHYİÖ	34,6 ± 17,0	34,6 ± 17,4	0,988

*: IndependentSamples t Test (Mean ± SD).

Tablo 3.6'ya bakıldığında, medeni durumlar arasında yapılan karşıtırmalarda; RHYİÖ ve Alt Boyut Puanları yönünden medeni durumlar arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Bu sebeple tehlikelilik alt ölçeği, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ve utanma alt ölçeğinde bekar veya evli olmanın herhangi bir farka yol açmadığı görülmüştür.

Tablo 3.7. Mezuniyet süresine göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Mezuniyet Süresi			P*	Fark
	0 - 5 Yıl (n=69) ¹	6 - 10 Yıl (n=29) ²	> 10 Yıl (n=22) ³		
Tehlikelilik AÖ	16,7 ± 7,2	12,9 ± 7,0	17,9 ± 7,3	0,024	2 ile 1-3
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	17,9 ± 9,5	13,7 ± 10,3	23,5 ± 10,8	0,003	2 ile 3
Utanma Alt Ölçeği	0,6 ± 1,3	0,7 ± 1,1	1,3 ± 2,3	0,131	--
RHYİÖ	35,1 ± 16,0	27,2 ± 17,1	42,8 ± 17,0	0,004	2 ile 3

*: One-WayAnova Test (Mean ± SD).

Tablo 3.7'ye göre, mezuniyet süreleri arasında yapılan karşılaştırmalarda; Utanma alt boyutu puanları yönünden mezuniyet süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunurken, Tehlikelilik alt boyutu, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu ve RHYİÖ puanları yönünden mezuniyet süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

- Tehlikelilik alt boyutunda, 6-10 Yıl grubunun puanlarının diğer mezuniyet süre gruplarının puanlarından daha düşük olduğu,
- Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutunda, 6-10 Yıl grubunun puanlarının >10 Yıl mezuniyet süre grubu puanlarından daha düşük olduğu,
- RHYİÖ puanlarında, 6-10 Yıl grubunun puanlarının >10 Yıl mezuniyet süre grubu puanlarından daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 3.8. Eğitim durumuna göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim Durumu		P*
	Lisans (n=76)	Lisansüstü (n=44)	
Tehlikelilik AÖ	17,7 ± 7,1	13,0 ± 6,9	0,001
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	20,1 ± 9,9	14,0 ± 10,1	0,001
Utanma Alt Ölçeği	0,8 ± 1,6	0,6 ± 1,3	0,406
RHYİÖ	38,7 ± 16,3	27,6 ± 16,3	0,000

*: IndependentSamples t Test (Mean ± SD).

Tablo 3.8’de, eğitim durumları arasında yapılan karşılaştırmalarda; Utanma alt boyutu puanları yönünden eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunurken, Tehlikelilik alt boyutu, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu ve RHYİÖ puanları yönünden eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Fark bulunan tüm durumlarda lisans mezunu olanların puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tehlikelilik alt ölçeğine bakıldığında 17,7 – 7,1 oran ile lisans mezunu yer almakta, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine bakıldığında ise 20,1 – 9,9 ile yine lisans mezunu yer almaktadır. Bu durum, lisans mezunlarının lisansüstü mezunlara göre ruhsal hastalıklara yönelik daha olumsuz bir inanca sahip olduklarını göstermektedir.

Tablo 3.9. Çalışma süresine göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Çalışma Süresi			P*	Fark
	0 - 5 Yıl (n=74) ¹	6 - 10 Yıl (n=26) ²	> 10 Yıl (n=20) ³		
Tehlikelilik AÖ	16,7 ± 7,4	13,0 ± 7,0	17,1 ± 6,8	0,063	--
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	17,7 ± 9,8	14,6 ± 10,3	22,9 ± 11,1	0,024	2 ile 3
Utanma Alt Ölçeği	0,6 ± 1,3	0,6 ± 1,0	1,5 ± 2,4	0,068	--
RHYİÖ	35,0 ± 16,7	28,2 ± 16,4	41,5 ± 17,3	0,030	2 ile 3

*: One-WayAnova Test (Mean ± SD).

Tablo 3.9’da çalışma süreleri arasında yapılan karşılaştırmalarda; Tehlikelilik ve Utanma alt boyutları puanları yönünden çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunurken, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu ve RHYİÖ puanları yönünden çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Fark bulunan iki durumda da; 6-10 Yıl grubunun puanlarının >10 Yıl çalışma süresi grubu puanlarından daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sebeple meslekte uzun yıllar çalışanların (>10 yıl) ruhsal hastalıklara yönelik inançları, meslekte daha az çalışan (6-10 yıl) kişilere oranla daha olumludur.

Tablo 3.10. Çalışma alanına göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Çalışma Alanı								P*
	Çocuk, Aile ve Kadın Refahı (n=29)	Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet (n=24)	Engellilik (n=17)	Göç (n=13)	Yerel Yönetimler ve Sivil Toplum Kuruluşları (n=12)	Çalışmıyor (n=11)	Yaşlılık (n=8)	Adli Sosyal Hizmet (n=6)	
Tehlikelilik AÖ	14,7 ± 6,1	15,5 ± 8,6	17,2 ± 6,0	14,2 ± 8,6	14,0 ± 5,9	19,5 ± 10,2	18,0 ± 5,6	19,0 ± 6,2	0,415
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	17,0 ± 10,2	15,7 ± 12,0	20,9 ± 8,5	15,7 ± 10,1	16,2 ± 11,2	20,4 ± 10,5	21,3 ± 11,6	21,3 ± 5,4	0,574
Utanma Alt Ölçeği	0,6 ± 1,3	1,2 ± 2,2	0,8 ± 1,0	1,0 ± 1,7	0,2 ± 0,6	0,6 ± 1,8	0,8 ± 0,9	0,3 ± 0,5	0,638
RHYİÖ	32,3 ± 15,7	32,5 ± 21,1	38,9 ± 13,5	30,9 ± 18,2	30,3 ± 13,6	40,5 ± 20,7	40,0 ± 16,7	40,7 ± 11,5	0,525

*: One-Way Anova Test (Mean ± SD).

Tablo 3.10’da çalışma alanları arasında yapılan karşılaştırmalarda; RHYİÖ ve Alt Boyut Puanları yönünden çalışma alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Tehlikelilik alt ölçeğine bakıldığında, ruhsal hastalıklara yönelik inançların olumlu olarak hesaplandığı çalışma alanları; çocuk aile kadın refahı 14,7 – 6,1, göç 14,2 – 8,6 ve 14,0 – 5,9 puan ile yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarıdır. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine bakıldığında, ruhsal hastalıklara yönelik inançların olumlu olarak hesaplandığı çalışma alanları; 15,7 – 12,0 oran ile tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet ve 15,7 – 10,1 oran ile göç alanıdır. Utanma alt ölçeğine bakıldığında ise ruhsal hastalıklara yönelik inançlar genellikle tüm çalışma alanlarında olumludur.

Tablo 3.11. Ruh sağlığı alanında çalışma duruma göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Ruh sağlığı alanında çalıştınız mı?		P*
	Hayır (n=63)	Evet (n=57)	
Tehlikelilik AÖ	16,3 ± 7,4	15,6 ± 7,3	0,593
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	17,9 ± 9,2	17,8 ± 11,6	0,968
Utanma Alt Ölçeği	0,6 ± 1,2	0,9 ± 1,8	0,360
RHYİÖ	34,9 ± 16,3	34,3 ± 18,1	0,863

*: Independent Samples t Test (Mean ± SD).

Tablo 3.11’e bakıldığında, Ruh Sağlığı Alanında Çalışma durumları arasında yapılan karşılaştırmalarda; RHYİÖ ve Alt Boyut Puanları yönünden ruh sağlığı alanında çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Bu durum, ruh sağlığı alanında çalışan veya çalışmayan sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının benzer olduğunu göstermektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının araştırıldığı bir çalışmada, ruhsal hastalıklara yönelik inançların olumlu olduğu sonucu gözlemlenmiştir (Dal vd., 2018). Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelendiği bir çalışmaya göre, acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik orta

düzeyde olumlu inanca sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Yıldırım, Ersoysal, Güler, 2018).

Tablo 3.12. Ruhsal hastalığa sahip bir yakınının olma durumuna göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Ruhsal hastalığa sahip bir yakınınız var mı?		P*
	Hayır (n=68)	Evet (n=52)	
Tehlikelilik AÖ	16,2 ± 6,4	15,7 ± 8,5	0,688
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	18,3 ± 9,8	17,4 ± 11,1	0,647
Utanma Alt Ölçeği	0,8 ± 1,4	0,6 ± 1,6	0,423
RHYİÖ	35,3 ± 15,4	33,7 ± 19,2	0,609

*: IndependentSamples t Test (Mean ± SD).

Tablo 3.12’de, Ruhsal Hastalığa Sahip Bir Yakınının Olma durumları arasında yapılan karşılaştırmalarda; RHYİÖ ve Alt Boyut Puanları yönünden ruhsal hastalığa sahip bir yakınının olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Bu sebeple ruhsal hastalığa sahip yakını olan ve olmayan kişilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının benzer olduğu gözlemlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri ile ilgili yapılan çalışmada, ruhsal hastalığa sahip yakını olan ve olmayan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı gözlemlenmiştir (Dal vd., 2018).

Tablo 3.13. Ruhsal hastalığa sahip bir yakını olanlarda onlarla birlikte yaşama durumuna göre RHYİÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Yanıtınız evet ise şu an bu kişi ile birlikte mi yaşıyorsunuz?		P*
	Hayır (n=44)	Evet (n=8)	
Tehlikelilik AÖ	16,1 ± 7,8	13,0 ± 11,8	0,340
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma AÖ	18,1 ± 10,9	13,4 ± 12,1	0,272
Utanma Alt Ölçeği	0,7 ± 1,8	0,0 ± 0,0	0,009
RHYİÖ	35,0 ± 18,4	26,4 ± 23,4	0,249

*: IndependentSamples t Test (Mean ± SD).

Tablo 3.13'e bakıldığında, Ruhsal Hastalığa Sahip Bir Yakını Olanlarda Birlikte Yaşama durumları arasında yapılan karşılaştırmalarda; Tehlikelilik alt boyutu, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutu ve RHYİÖ puanları yönünden ruhsal hastalığa sahip bir yakını olanlarda birlikte yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunurken, Utanma alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), ruhsal hastalığa sahip bir yakını olanların puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durumda ruhsal hastalığa sahip bir yakını olanların, ruhsal hastalığa yönelik inançlarının daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılabilir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. Sonuç

Bu araştırma sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesidir. Nicel araştırma yöntemlerinden tarama modeli ve kesitsel örnekleme yöntemi kullanılarak yapılan bu araştırmaya 120 sosyal hizmet uzmanı katılmıştır. Bu araştırmada sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle araştırmada, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) kullanılmıştır. Araştırma bulgularının ilk bölümünde sosyal hizmet uzmanlarının demografik bilgilerine yer verilmiştir. Demografik bilgiler içerisinde; cinsiyet, yaş, medeni durum, mezuniyet yılı, eğitim durumu, çalışma süresi, ruh sağlığı alanında çalışıyor olma, ruhsal hastalığa sahip bir yakının olma durumu, ruhsal hastalığa sahip yakın varsa bu kişi ile birlikte yaşama durumu gibi bilgilere yer verilmiştir. Araştırmanın ikinci bölümünde, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar'a yönelik puan ortalamalarından bahsedilmiştir. Araştırmanın üçüncü bölümünde, sosyal hizmet uzmanlarının sosyo-demografik bilgileri içerisinde yer alan değişkenler ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki bulgular incelenmiştir. Araştırmaya katılanların cinsiyetleri karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Araştırmaya katılım sağlayan lisans mezunlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının, lüsansüstü mezunlara göre daha olumsuz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Meslekte çalışma süresine bakıldığında, meslekte uzun yıllar çalışanların ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının, meslekte daha az çalışan kişilere oranla daha olumlu olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma alanlarına bakıldığında, ruhsal hastalıklara yönelik inançların, araştırmada yer alan tüm çalışma alanlarında olumlu olduğu görülmüştür. Ruh sağlığı alanında çalışan veya çalışmayan sosyal hizmet uzmanlarının aralarında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuş ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının benzer olduğu görülmüştür. Ruhsal hastalığa sahip yakını olan ve olmayan kişilerin de yine aralarında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiş bu sebeple ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada, ruh sağlığı alanında çalışan veya çalışmayan sosyal hizmet uzmanlarının arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bunun sebebinin, sosyal hizmet uzmanlarının lisans eğitiminde hali hazırda almış oldukları psikoloji dersleri ile, ruhsal hastalıklara dair bilgi birikimlerinin alanda çalışmasa da oluştuğu düşüncesidir. Ruhsal

hastalığa sahip yakını olan ve olmayan kişilerin, ruhsal hastalığa yönelik inançlarının benzer olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmüştür. Buradan hareketle, kişilerin ruhsal hastalıklar alanında bireysel ve mesleki bilgilerinin ve farkındalıklarının yüksek olduğu düşünülmüştür.

4.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- Sosyal hizmet lisans öğrencilerine, lisans eğitimleri boyunca ruh sağlığı alanına yönelik daha fazla bilgi ve tecrübe edinmelerine yönelik eğitimler verilebilir.
- Sosyal hizmet alanında çalışmaya başlayan yeni mezun uzmanların, kendilerinden yaşça daha büyük ve meslekte daha uzun yıllar çalışmış olan sosyal hizmet uzmanlarından süpervizörlük almaları ve bu konuda desteklenmeleri sağlanabilir.
- Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki kurumlarda staj ve uygulama deneyimlerini geliştirmeleri adına daha fazla fırsat tanınabilir.
- Sosyal hizmet uzmanlarının mesleğe dair tecrübelerini birbirlerine aktarabilecekleri çeşitli platformlar oluşturulabilir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği, (1994). Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı, (4. Baskı) (DSM-IV). Őehir Adı: ve Yayıncı KuruluŐ Yok.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısai ve Sayımsai Elkitabı, BeŐinci Baskı (DSM-5), *Tanı Ölçütleri BaŐvuru Elkitabı* (Çev. Ed.: E Koroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı, (5. Baskı). *DSM-5), tanı ölçütleri baŐvuru elkitabı'ndan* (Çev. E. Koroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Attepe Ö. S. (2015). *Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinin bakımverme deneyimleri ve sosyal destek iliŐkilerinin psikiyatrik sosyal hizmet temelinde incelenmesi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bademli, K., & Çetinkaya Duman, Z. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.
- Barrowclough, C., & TARRIER, N. (1987). A behavioural family intervention with a schizophrenic patient: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 15(3), 252-271.
- BaŐođul, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal giriŐimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.
- BaŐođul, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal giriŐimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.
- Bilge, A. (2006). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Doktora), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Bilge, A., & Çam, O. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği/Validity and reliability of Beliefs towards Mental Illness Scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 91.

- Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam*, 18(1), 32-38.
- Budak, M. (2019). *İki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalara uygulanan tedaviye uyum programının tedaviye uyum, öz etkililik ve benlik saygısı üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan.
- Demiray, T., Ümran, D. A. L., Gülyüz, İ. O., & Ülker, E. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 14-18.
- Dilbaz, N. (1997). Sosyal fobi. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1), 18-24.
- Diriöz, M., Alkin, T., Yemez, B., Onur, E., & Eminağaoğlu, P. N. (2012). Ayrılma anksiyetesi belirti envanteri ile yetişkin ayrılma anksiyetesi anketinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 108-116.
- Eliüşük, A. (2008). *Şizofreni hastası olan ailelerin algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Ereymiş, S., Bellibaş, E., Özbaran, B., Büküşoğlu, N. D., Altıntoprak, E., Bildik, T., & Çetin, S. K. (2009). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 14-21.
- Fradelos, E. C. (2015). Assessment of factors that influence nurses' attitudes towards mental illness. *Open Access Library Journal*, 2(11), 1.
- Geçtan, E. (2006). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gibbons, R. J., Thorsteinsson, E. B., & Loi, N. M. (2015). Beliefs and attitudes towards mental illness: an examination of the sex differences in mental health literacy in a community sample. *PeerJ*, 3, e1004.
- Güney, M. (2001). Şizofreni ve Sanat. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 129-133.

- https://npistanbul.com/assets/uploads/sayfa/46/file/bipolar-bozukluk-psikoeg%CC%86itim-npbr017_web1.pdf (20.09.2021).
- <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=P7qFKsoDEWi7aZShmiIEGw&no=CERRO3KbdifoK3BArd7Kpw> (18.08.2021).
- Jongsma Jr, A. E., Peterson, L. M., McInnis, W. P., ve Bruce, T. J. (2006). *Ergen psikoterapisi tedavi planlayıcısı*. John Wiley & Sons Inc.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 186-194.
- Kağıtcıbaşı, C. (2010). *Benlik, Aile ve İnsan Gelişimi-Kültürel Psikoloji*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Kammer, L. (1993). Stigmatization of the psychiatric patient: future perspectives for healthcare professionals. *Hospital Topics*, 71(2), 20-24.
- Karamustafalıoğlu, O., & Karamustafalıoğlu, N. (2000). Beden Dismorfik Bozukluğu, *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13(2), 107-109.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(4), 345.
- Koçak, Z., & Taylan, H. H. (2018). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(78), 621-640.
- Koçak, Z., & Taylan, H. H. (2018). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *The Journal of Academic Social Science*, 78, 621-640.
- Köknel, Ö. (1999). *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı*. İstanbul: Alfa.
- Kum, N. (Ed.). (2000). *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı.
- Küçükkaraca, N., & Akçay, S. (2017). Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 27-45.

- Küçükkaraca, N., & Akçay, S. (2017). Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 27-45.
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 i Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi* (Çev. Ed. M. Sahin ve H. Uğur Kural), (1. Basım). [Made easy the clinician's guide to diagnosis] Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Munezero, M., Montero, C. S., Sutinen, E., & Pajunen, J. (2014). Are they different? Affect, feeling, emotion, sentiment, and opinion detection in text. *IEEE Transactions on Affective Computing*, 5(2), 101-111.
- Negiz, Z. (2017). *Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi: Erzincan örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yalova.
- Oral, M., & Tuncay, T. (2018). Majör depresyon tanısı almış kadınlarda kişilerarası ilişkiler terapisi yaklaşımına dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasının depresyon ve sosyal problem çözme düzeyleri üzerine etkisi: bir karma yöntem araştırması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(2), 114-143.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2014). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2014). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (10. Basım). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115-126.
- Ray, P. Ç., Demirkol, M. E., & Tamam, L. (2012). Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 547-565.
- Saygılı, S. (2006). *Ruh Hastalıkları ve Korunma Yolları*. İstanbul: Elit Kültür Yayınları.

- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312.
- Schwartz, C. (2004). The attitudes of social work students and practicing psychiatric social workers toward the inclusion in the community of people with mental illness. *Social Work in Mental Health*, 2(1), 33-45.
- Şafak, S. D., Özdel, K., & Kısa, C. (2015). Belirtiden bozukluğa istifleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 319-332.
- Şafak, Y., Karadere, M. E., Özdel, K., Kuru, E., Özcan, T., Türkçapar, M. H., & Yücens, B. (2014). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 225-233.
- Taşkın, E. O., & Özmen, (2004). E. Ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar: Türkiye çalışmalarının gözden geçirilmesi. *Dergi Adı Yok*, 00(0), 000.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., & Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.
- Tükel, R. (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(3), 5-13.
- Tükel, R. (2009). Anksiyete Bozuklukları; Obsesif-Kompulsif Bozukluk.
- Ünsalver, B. Ö., & Balcıoğlu, İ. (2006). Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37(3), 115-120.
- World Health Organization. (2001). WHO Basic Documents, 143rd ed. Geneva, World Health Organization.
- Yavuz, R. (2008). Şizofreni. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62(1), 49-58.
- Yazıcı, O. (2004). Distimi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 54-62.
- Yeloğlu, Ç. H., & Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli bir ruğ sağlığı sorunu: Bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30).

- Yıldırım, S., Ersoysal, F., & Güler, C. (2018). Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 380-388.
- Yıldız, M. (1999). *Şizofreni Hastalığını Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.

EKLER

EK 1: ANKET FORMU

Sosyal hizmetin önemli bir müracaatçı grubu da ruh sağlığı sorunu olan bireyler ve bu bireylerin aileleridir. Ruh sağlığı sorunu olan bireylerle çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bu konu hakkındaki inançları mesleki müdahaleleri açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin inançlarını belirlemektir. Çalışma kapsamında elde edilen veriler kesinlikle gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Merve Dizlek

Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Danışman: Doç. Dr. Seda Attepe Özden

Sorular

1. Cinsiyetiniz
 Kadın Erkek Diğer
2. Yaş.....
3. Medeni durumunuz
 Bekar Evli
4. Mezuniyet yılınız.....
5. Eğitim durumunuz
 Lisans Lisansüstü
6. Çalışma süreniz (Lütfen yıl olarak yazınız).....
7. Şu an çalıştığınız alan.....
8. Ruh sağlığı alanında çalıştınız mı?
 Evet Hayır
9. Ruhsal hastalığa sahip bir yakınınız var mı?
 Evet Hayır
10. Yanıtınız evet ise şu an bu kişi ile birlikte mi yaşıyorsunuz?
 Evet Hayır

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (RHİÖ)

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

0: Tamamen Katılmıyorum

1: Çoğunlukla Katılmıyorum

2: Kısmen Katılmıyorum

3: Kısmen Katılıyorum

4: Çoğunlukla Katılıyorum

5: Tamamen Katılıyorum

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						

12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne-baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK 2: ETİK KURUL İZİNİ



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Akademik Değerlendirme Koordinatörlüğü



Sayı :
Konu : Merve Dizlek'in Etik Kurul İzni Hk.

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 04/08/2020 tarih ve 21663 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve Dizlek'in, Doç. Dr. Seda Attepe Özden'in danışmanlığında yürütmekte olduğu yüksek lisans tezi kapsamında yapmayı planladığı "Sosyal Hizmet Uzmanlarının Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Yönelik Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı araştırmanın görüşme formu değerlendirilmiş ve bilgilerinize ekte sunulmuştur.

Ek : Değerlendirme Formu

Sayı :
Konu : Görüşme Formu

İlgili Makama

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve Dizlek'in, Doç. Dr. Seda Attepe Özden'in danışmanlığında yürütmekte olduğu yüksek lisans tezi kapsamında yapmayı planladığı "Sosyal Hizmet Uzmanlarının Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Yönelik Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı araştırmanın görüşme formu değerlendirilmiş ve yapılmasında bir sakınca olmadığı tespit edilmiştir. Bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulu

Ad, Soyad	Değerlendirme	İmza
Prof. Dr. M. Abdülkadir Varoğlu	Olumlu/ Olumsuz	
Prof. Dr. Kudret Güven	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Ali Sevgi	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Işıl Bulut	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun	Olumlu/ Olumsuz	
Prof. Dr. Can Mehmet Hersek	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Özcan Yağcı	Olumlu/Olumsuz	

Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve Dizlek'in, Doç. Dr. Seda Attepe Özden'in danışmanlığında yürütmekte olduğu yüksek lisans tezi kapsamında yapmayı planladığı "Sosyal Hizmet Uzmanlarının Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Yönelik Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı araştırmanın uygun olduğunu; sadece kullanılacak ölçekler için izin alınması gerektiğini belirtmişlerdir.

EK 3: TURNİTİN RAPORU

Feedback Studio - Google Chrome
https://ev.turnitin.com/app/carta/tr/?u=1048090016&ss=1&lang=tr&co=1652764531

turnitin Merve Dizlek | tez

Eşleşmelere Genel Bakış

%19

1	acikerisim.ege.edu.tr:3... İnternet Kaynağı	%4 >
2	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%2 >
3	www.scribd.com İnternet Kaynağı	%1 >
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1 >
5	www.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	%1 >
6	mersin.mitosweb.com İnternet Kaynağı	%1 >
7	acikerisim.baskent.edu... İnternet Kaynağı	%1 >
8	obsesifblog.wordpress... İnternet Kaynağı	%1 >

T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YAL HİZMET UZMANLARININ RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK

Sayfa: 1 / 57 Kelime Sayısı: 10783 Salt-Metin Raporu Yüksek Çözünürlük Açık