

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**



**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN
RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇ VE TUTUMLARININ BAZI
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevilay SARAL BAĞRI

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Engin EKER

TEMMUZ 2016



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi

Enstitümüz Psikoloji Ana Bilim Dalı Doktora Tezi Yüksek Lisans Programı VI412270615 numaralı öğrencisi **Seydi SAĞAL BAĞRIÇI** "SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇ VE TUTUMLARININ BAZI SOSYO-DEMOKRATİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ" adlı tez çalışması hususunda Yönetim Kurulu'nun 19.07.2016 tarih ve 2016/15 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından **Onaylanmıştır.** Tezi Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

İmza

Tez Savunma Tarihi : 09/06/2016

1) Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Engin EKER

2) Jüri Üyesi : Prof. Dr. Halil EKİ

3) Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Şahide GÖZ KOLBURAN

Not: Öğrencinin Tez savunmasında Başarılı olması halinde bu form imzalanacaktır. Aksi halde geçersizdir.

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ve Tutumlarının Bazı Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (19/08/2016)

Sevilay Saral BAĞRI



Eşime ve aileme,





ÖNSÖZ

Bu çalışma Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sürecinde birçok kişinin katkısı ve desteği olmuştur. Öncelikle, yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden oldukça faydalandığım, araştırma konuma karar verme sürecinden başlayarak sonuna kadar her aşamada desteğini aldığım, her daim yapıcı ve yol gösterici bir yaklaşım sergileyen değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Engin EKER'e teşekkürlerimi sunarım. Araştırma anketlerini uygulamamda bana destek olan değerli meslektaşlarım ve anketleri cevaplandıran öğrencilere, araştırma sürecinde deneyim ve önerileri ile yanımda olan Sosyal Bilimler Enstitü Sekreteri Canan TOPDEMİR'e teşekkür ederim. Bu süreçte bana gösterdikleri büyük sabır ve hiçbir zaman esirgemedikleri desteklerinden dolayı sevgili ailem, başta eğitim sürecim boyunca sevgi, anlayış ve güveniyle; ayrıca çalışmamın her aşamasında öneri ve katkılarıyla en büyük desteğim olan sevgili eşim Erdinç BAĞRI'ya, yine değerli önerileri ve desteği için canım kardeşim Ramazan SARAL'a teşekkür ederim.

Ölüm tarihi 23 Aralık 2008 olan sevgili anneme ithafen...

Temmuz 2016

Sevilay SARAL BAĞRI



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xi
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xiii
ÖZET.....	xvii
SUMMARY	xix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 Ruhsal Sağlık ve Hastalık	7
2.2 Damgalama (Stigmatizasyon)	11
2.3 Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Yaklaşımlarının Tarihsel Süreci	13
2.3.1 İlkel çağlar.....	13
2.3.2 Eski çağlar.....	14
2.3.3 Orta çağ	15
2.3.4 Rönesans dönemi	17
2.3.5 Çağdaş dünyada ruh hastalığı	18
2.4 Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Damgalamanın Sonuçları	20
2.5 Ruh Sağlığı Sorunlarında Uygulanan Tedavi Yöntemleri	21
2.5.1 Psikolojik destek	22
2.5.2 Psikiyatrik tedavi.....	22
2.6 İnanç ve Tutum Kavramları	22
2.6.1 İnanç.....	22
2.6.2 Tutum	23
2.6.3 Tutumların Oluşumu	24
2.6.4 Tutumların Önemi.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1 Araştırmanın Şekli.....	29
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.3 Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	29
3.4 Veri Toplama Araçları	30
3.4.1 Kişisel bilgi formu	30
3.4.2 Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği-RHİÖ.....	30
3.4.3 Ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği (RSTTÖ)	31
3.5 Verilerin Toplanması.....	31
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.8 Araştırma Etiği	32
3.9 Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri	32
4. BULGULAR	37

4.1 SHMYO Öğrencilerinin Kişisel/Ailesel (Sosyodemografik) Özellikleri ve Ruhsal Hastalığa Yönelik Bilgi ve Karşılaşma Durumları.....	38
4.2 SHMYO Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumları.....	43
4.3 SHMYO Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ve Tutumlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerle Kıyaslanması	46
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
KAYNAKLAR.....	75
EKLER.....	81
ÖZGEÇMİŞ	89



KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSM-IV	: Akıl Hastalıkları Tanı ve El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSO	: Genel Semptom Ortalaması
RHİÖ	: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
RSTTÖ	: Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği
SHMYO	: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu



ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 4.1 : SHMYO öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri (n=400)	38
Çizelge 4.2 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi ve karşılaşma durumları (n = 400).....	40
Çizelge 4.3 : Öğrencilerin RHiÖ'den aldıkları puan ortalamaları	43
Çizelge 4.4 : Öğrencilerin RSTTÖ'den aldıkları puan ortalamaları.....	43
Çizelge 4.5 : SHMYO öğrencilerinin RHiÖ ve alt grup puanları ile ilgili varyans analizi.....	44
Çizelge 4.6 : SHMYO öğrencilerinin RSTTÖ ve RHiÖ alt grup puanları ile ilgili varyans analizi	45
Çizelge 4.7 : SHMYO öğrencilerinin yaş gruplarına göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	46
Çizelge 4.8 : SHMYO öğrencilerinin cinsiyetlerine göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	46
Çizelge 4.9 : SHMYO öğrencilerinin sınıflarına göre RHiÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	47
Çizelge 4.10 : SHMYO öğrencilerinin medeni durumlarına göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	47
Çizelge 4.11 : SHMYO Öğrencilerinin anne-baba durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	48
Çizelge 4.12 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal sorunlu bireyle yakınlığına göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı	49
Çizelge 4.13 : SHMYO öğrencilerinin anne eğitim durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	50
Çizelge 4.14 : SHMYO öğrencilerinin baba eğitim durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	51
Çizelge 4.15 : SHMYO öğrencilerinin aylık gelir durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ Altgrup puan ortalamalarının dağılımı	52
Çizelge 4.16 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalık bilgi durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı	53
Çizelge 4.17 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşmasına göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı	54
Çizelge 4.18 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireyle aynı evde yaşama durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı	55
Çizelge 4.19 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalık durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	55
Çizelge 4.20 : SHMYO öğrencilerinin psikolojik destek alma durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı	56
Çizelge 4.21 : SHMYO öğrencilerinin yakınının psikolojik destek alma durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı	57

Çizelge 4.22 : SHMYO öğrencilerinin psikiyatrik tedavi alma durumuna göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı	58
Çizelge 4.23 : SHMYO öğrencilerinin yakınının psikiyatrik tedavi alma durumuna göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı	59
Çizelge 4.24 : SHMYO öğrencilerinin ilaç kullanma durumuna göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	60







SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇ VE TUTUMLARININ BAZI SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırma, bir vakıf üniversitesinin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (SHMYO) öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını incelemek ve etkileyen faktörleri araştırmak üzere; tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Nisan-Haziran 2016 tarihleri arasında SHMYO’da öğrenim görmekte olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 400 öğrenci oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği-RHİÖ” ve “Ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği-RSTTÖ” kullanılmıştır. Veriler, öncesinde katılımcılara sözel açıklamalar yapılarak dağıtılan formlar aracılığıyla toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programı ile bağımsız gruplarda t testi, nonparametric bağımsız grupların karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Korelasyon analizleri Pearson yöntemi ile yapıldı. $p<0,05$ anlamlı kabul edildi. Araştırmada katılımcıların çoğunluğunu (%53,8) 20 ile 22 yaş grubu, %67,3’ünü kadın, %85’ini 1. Sınıf, %96,8’ini ise bekar öğrenciler oluşturmuştur. Öğrencilerin RHİÖ toplam puanından $51,90\pm18,59$, tehlikelilik alt ölçeğinden $22,88\pm6,95$, çaresizlik alt ölçeğinden $27,74\pm12,35$ ve utanma alt ölçeğinden $1,28\pm2,37$ puan aldığı belirlenmiştir. RHİÖ ve alt ölçek puanları açısından “tehlikelilik” boyutu ile “çaresizlik” boyutu arasında istatistik olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,85$ ve $r=0,96$, Çizelge 4.6). Öğrencilerin RSTTÖ ölçeğinde “korku/dışlama” boyutundan düşük, “toplum ruh sağlığı” ve “iyi niyet” boyutundan yüksek puanlar almış oldukları saptanmıştır. Öğrencilerin cinsiyetleri, ruhsal hastalığı olan bireyle yakınlık durumu, anne-baba eğitim durumları, aylık gelirleri, ruhsal hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumları, ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşma durumları ile RHİÖ ve RSTTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0,05$). Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar açısından, kendisi ya da yakını psikolojik destek ve/veya psikiyatrik tedavi alan öğrenciler ile almayan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda; ruhsal hastalığı olan hastalara yönelik olumlu tutum ve davranışların geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Öğrenci, İnanç, Tutum, Damgalama



INVESTIGATION OF BELIEFS AND ATTITUDES OF STUDENTS IN VOCATIONAL SCHOOL OF HEALTH SERVICES TOWARDS MENTAL ILLNESS FROM THE PERSPECTIVE OF CERTAIN SOCIODEMOGRAPHICAL VARIABLES

SUMMARY

The aim of the present study was to investigate beliefs and attitudes among the students of Health Sciences Vocational School (HSVC) in a private university in Turkey. This was a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 400 students receiving education in HSVC within the April-June 2016 time frame and accepted to participate in the study. In the collection of data, Sociodemographic Information Form, Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMI) and Community Attitudes toward the Mentally Ill (CAMI) were used. The data was gathered via the distributed forms after written and oral information was provided to the participants. SPSS for Windows 10.0 statistical analysis software was used in the evaluation of the data together with t-test in independent groups, Mann-Whitney U-test to analyze differences between groups and Kruskal-Wallis test. Pearson product-moment correlation was used to investigate associations between variables. Level of significance was set at $p < 0.05$. 53.8% of the participants consisted of students between ages of 20 and 22; whereas 67.3% were women, 85% were junior and 96.8% were single students. It was found in the study that the students scored 51.90 ± 18.59 on BMI total score, 22.88 ± 6.95 on Dangerousness subscale, 27.74 ± 12.35 on Helplessness subscale and 1.28 ± 2.37 on Shame subscale. Significant relationship was found between Dangerousness and Helplessness subscales within the BMI scale ($r = 0.85$ and $r = 0.96$, Table 4.6). One of the other findings is that the students scored low in Fear/Ostracizing subscale, while they scored high in Community Mental Health and Good Will subscales within the CAMI scale. Significant correlations were found between the students' sex, intimacy with mental illness, parent educational status, monthly income, knowledge about mental illness, contact with mental illness and their total and subscale scores within the BMI and CAMI scales ($p < 0.05$). In terms of beliefs and attitudes toward mental illness, significant difference was found between students or their family members receiving psychological support and/or psychiatric treatment and students not receiving any such treatment or support ($p < 0.05$). Suggestions were provided to improve positive attitudes and behaviors against the mentally ill, in light of the findings of the study.

Keywords: *Student, Beliefs, Attitude, Stigmatization*



1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Ruhsal hasta” olarak tanımlanan bireyler; psikolojik ya da psikiyatrik bir yardıma gereksinim duyacak şekilde davranışsal, bilişsel ve/veya duygusal bozukluklara sahip olduğu belirlenen bireylerdir. Ruhsal hastalıklar ise bireylerde duygu, düşünce ve davranışlarda bozukluk ve bireyler arası ilişkilerde uyumsuzluk yaratır (Bağ 2003). Ruhsal hastalıklar; yaygınlık oranlarının ve kronikleşme eğilimlerinin yüksek olmasının yanı sıra iş gücü kayıpları ve ölümlere neden olmaları nedeniyle günümüzde öncelikli hastalıklar arasında yer almaktadırlar (Arı ve Öz 2005).

1980’lerin başında ABD’deki ruhsal hastalıkların toplum içi görülme sıklıklarını ölçmek için yapılan araştırma sonuçlarına göre; erişkinlerde, DSM-III’e göre tanımlanabilir bir ruhsal hastalık öyküsü olanların oranı %32, araştırma sırasında halen bir hastalığı bulunanların oranı ise %20 olarak bildirilmiştir (Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 2010). Ülkemizde 1990 sonrası yıllar artık psikiyatrik epidemiyolojinin yerleşik bir araştırma alanı durumuna geldiği bir dönem olup; 1998 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı koordinasyonu ile yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre, toplumda herhangi bir ruhsal bozukluk yaygınlığı %17,2 olarak bildirilmiş (Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 1998). Dönmez ve diğ. (2000)’nin sağlık ocağına başvuranlarda ruhsal bozuklukların tanımlanması amacıyla yaptıkları araştırmada ise ruhsal bozukluk sıklığı %46,6 olarak tespit edilmiştir.

Her toplumun bir ölçüde kültürel özellikleriyle belirlenen akıl hastalıklarına yönelik yerleşik tutum ve davranışları dolayısıyla ruh sağlığı bozukluklarına ilişkin tanımlamaları ve kalıp yargıları olduğu bilinmektedir (Yıldırım Birdoğan ve Berksun, 2002). Birçok kültürde ruhsal hastalığa sahip bireylerin içerisinde bulunduğu duygu, düşünce ve davranışlarındaki değişiklikler, toplumun genelinden farklı olarak görülerek bir tür etiketlendirme (stigma) yapılır ve kabul görmez (Sarı, Arkar, Akın, 2000).

Damgalama (stigma); utanç veya kara leke olarak görülmenin, başkalarınca reddedilmenin veya diğerlerince beğenilmemenin bir izi, işareti ya da damgası anlamına gelen ve bir birey/grubun saygınlığını tehlikeye düşüren ve onlara utanç duygusu yaşatan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Bağ 2003, Bağ ve Ekinci 2005, Oban ve Küçük 2011).

Neredeyse insanlık tarihinin başlangıcından beri ruhsal hastalığı olanların damgalanması ve dışlanması söz konusudur. İlk çağlardan beri açıklanamaz ve anlaşılamaz bulunduğu için ruhsal hastalık belirtileri insanların korkuya kapılmalarına neden olmuştur. Ruhsal hastalığa sahip insanların uygun bulunmayan ve beklenmedik davranış ve düşünceleri insanlarda korku ve huzursuzluk yaratmış ve bu hastaların toplum tarafından dışlanmasına neden olmuştur. “Ruhsal hastalıklar o zamanlardan günümüze insanları korkutmaya, tedirginlik ve anksiyete yaratan bir durum olmaya devam etmiştir. Birçok toplumda yaygın bir şekilde ruhsal hastalıklara yönelik damgalama, ayrımcılık ya da dışlama görülmektedir” (Oban ve Küçük 2011, Taşkın 2004, Üçok 1999).

Ruhsal hastalık etiketi kişinin davranışı ne olursa olsun hastalık ile ilgili tutumu doğrudan etkilemekte ve reddedilmeye yol açmaktadır (Sarı, Arkar, Aklın, 2005). Toplumda ruh hastalığı tanısı alan kişiler tehlikeli, saldırgan, ne yapacakları belli olmayan ve korkulacak kişiler olarak görülmektedir (Karancı ve Kökdemir 1994, Üçok, Erkoç, Ataklı ve Polat 2001). Ayrıca ruhsal hastalıkların utanç verici olduğuna, insanı küçük düşürdüğüne ve ruhsal açıdan hasta kişilere güvenilmeyeceğine dair düşüncelere rastlanmaktadır (Aydöner 2009). Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar üzerinde; kültür ile birlikte, sosyodemografik değişkenler, hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalık tipi ve hasta kişilerle yakınlık olması, etkili olabilmektedir (Oban ve Küçük 2011).

W. Allport’a göre tutum; deneyim ile organize olan, şekillenen, ruhsal ve sinirsel bir hazırlıklı oluş durumudur ve bireyin ilişki kurduğu bütün nesnelere ve durumlara tepkisi üzerine etki eder. Bütün toplumlarda düşünce, tutum ve inanç açısından farklılıklar olabileceği gibi aynı toplum içinde bile farklılıklar gözlenebilir (Bağ 2003). İnanç ve tutumlar insanlarda doğumla birlikte gelmemekte, çocukluk çağının erken dönemlerinden başlayarak kişinin içinde büyüdüğü kültür etkisi ile gözlem, bilişsel öğrenme ile edinilmekte ve sosyal deneyimlerle de şekillendirilmektedir. Bu

doğrultuda yavaş olmakla birlikte yeni bilgi ve deneyimlerle tutumun bilişsel bileşeni olan inançlar değişebilmektedir (Çam ve Bilge 2011).

Görünüşünde ya da davranışlarındaki farklılıklar sebebiyle bireylerin damgalanmasının temelinde olumsuz inançlar ve bunun sonucu oluşan kalıplar yatmaktadır. Kalıp yargılar damgalamanın hayat bulduğu zemindir. Kişilerarası ilişkilerde damgalama reddedilme ya da ayrımcılık boyutunda yaşanmaktadır. Toplum içindeki bazı kişi ya da grupların kalıp yargılar nedeniyle farklı olarak etiketledikleri kişileri hak ve özgürlüklerinden yoksun bırakmalarına ayrımcılık denmektedir (Bilge ve Çam 2010). Damgalama bilgisizlik, önyargı ve dışlama sorunlarının toplamıdır. Akıl hastaları toplumdan farklı olarak etiketlenir ve olumsuz tepki alır. Çalışmalar, akıl hastalarının kendilerini toplumdaki kötü algıyla tanımladığını göstermektedir (Ogunsemi, Odusan and Olatawura, 2008). Çünkü toplumda ruh hastası olarak etiketlenmek bireyleri bir nevi bu rolü öğrenmeye ve benimsemeye teşvik etmektedir denilebilir (Bağ 2003, Bağ ve Ekinici 2005).

Damgalama ve ayrımcılık, zihinsel hastalığa sahip insanların topluma entegrasyonunun önünde önemli engeller olarak tanımlanmıştır ve onların ailelerine, arkadaşlarına ve içinde bulundukları topluluklara çeşitli zararlar verir (Björkman, Angelman and Jönsson, 2008). Damgalama nedeniyle ruhsal bozukluğu olan kişiler genellikle yanlış anlaşılmış, yalnız ve izole olarak yaşamak zorunda kalırlar. Ruhsal hastalıklara yönelik “damgalama” eğilimi ve bu eğilimin sonucu hastaların toplumdan dışlanması, uygun yardım aramalarını, tedaviye uyumlarını, toplum içinde tedaviyi ve hastaların topluma uyumunu ciddi şekilde engellemektedir (Ünal ve diğ. 2010, Oban ve Küçük 2011).

Hastaları damgalayıcı yorumlar; daha az kabiliyetli olarak görülmek ve insanların kendilerinden kaçınması benzeri deneyimler rapor etmektedirler. Bunun hastalar için sonuçları sosyal izolasyon, gelir kaybı, daha az iş ve ev bulabilme imkanı, depresif semptomlar, hayat kalitesindeki düşüş ve sağlık bakımına erişim konusundaki kısıtlar olmaktadır (Angermeyer, Schulze, 2001, Schulze, Angermeyer, 2003).

Zihinsel hastalığa sahip insanların bu hastalıklara karşı nasıl bir genel yaklaşıma maruz kaldıklarını inceleyen araştırmalar genellikle bu olumsuz yaklaşımları doğrulamaktadır (Arkar, Eker 1992; Sarı, Arkar, Aklın 2000; Sağduyu ve diğ. 2003). Crisp ve diğ. (2000) tarafından Büyük Britanya'nın genel nüfusu üzerinde zihinsel

hastalığa yaklaşımı ölçmek için yapılan bir çalışmada, uyuşturucu bağımlılığı, alkol bağımlılığı veya şizofreniye sahip kişiler en öngörülemez ve tehlikeli kişiler olarak bulunmuşlardır. Ayrıca bu hastalıklar, "kendilerini toparlayabilme" ve "hastalıklarından dolayı suçlanma" ile ilgili olumsuz yaklaşımlar yönünden daha fazla ilintili bulunmuşlardır.

Çam ve Bilge'nin (2011) Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hasta ve hastalığa yönelik inanç ve tutumlarını belirlemek için tanımlayıcı tipte yaptıkları çalışmalarında; toplumun ruhsal hastalığı tehlikeli gördüğü ve çaresizlik hissettikleri saptanmıştır.

Yüksel, Yılmaz ve Örekeci Temel (2015) "ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin tutum ve davranışları ölçmek amacıyla toplumun eğitimli kesimini temsil eden öğretim elemanları üzerinde yaptıkları çalışmalarında; erkek öğretim elemanlarının %84,2'si ruhsal hastalıkların ana nedeninin travmatik olaylar olduğunu , %31'i ruhsal bozukluğu olan bireylerin saldırgan olduğunu" ifade etmiştir.

Hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencileri ve sağlık çalışanlarıyla ilgili çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Poreddi ve diğ., 2014, James, Omoaregba, Okogbenin, 2012, Yousafzai ve diğ., 2011, Yenilmez ve diğ. 2010, Ross, Goldner, 2009, Björkman, Angelman and Jönsson, 2008, Ogunsemi, Odusan and Olatawura, 2008).

Ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken tanınması ve sağaltımında toplumun ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumları doğrudan etkilidir. Ayrıca etiketleme ve damgalanma korkusu nedeni ile hastaların psikiyatrik sağaltımdan kaçındıkları da bilinmektedir (Yousafzai ve diğ., 2011, Yüksel ve Taşkın 2005). Sağlık konusunda "danışman" ve "model" işlevi gören sağlık çalışanlarının toplum içinde ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımları, hastaların sağaltım için başvurmalarını ve sağaltımı sürdürmelerini engelleyici bir etkide bulunmaktadır (Arkan, Bademli, Çetinkaya Doğan, 2011, Yüksel ve Taşkın 2005, Aydoğan 2009, Yousafzai ve diğ., 2011, Yenilmez ve diğ. 2010).

Ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin etiketlenme nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmadan yaşaması için toplumun ruh hastalıkları konusunda bilgilendirilmesi ve olumlu tutumların geliştirilmesi önemlidir. Toplumda ruhsal hastalıklar ve hastalar konusunda, yanlış bilgilerin ve önyargıların düzeltilmesi, daha olumlu tutumların oluşması için öncelikle ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ve etki eden etmenlerin saptanması gerekmektedir (Oban ve Küçük 2011). Ayrıca hastaların tedavi ve rehabilitasyonlarından sorumlu ve hastalarla daha sık iletişim halinde olan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi damgalama ve ayrımcılığın azaltılmasında önemli rol oynayabilir (Björkman, Angelman and Jönsson, 2008).

Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumları ile ilgili ülkemizde farklı popülasyonlarda yapılmış az sayıda ve yetersiz çalışmalar bulunmaktadır (Yüksel, Yılmaz, Örekeci Temel, 2015, Güngörmüş, Ekinci ve Daş, 2013, Oban, Küçük, 2011, Arkan, Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011, Yenilmez ve diğ., 2010, Özbaş, Küçük ve Buzlu, 2008, Bostancı, Aştı, 2004). Yapılan literatür taramasında ülkemizde sağlık hizmetlerinin temel taşı oluşturacak olan sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu (SHMYO) öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı tutumları ve bunları etkileyen faktörlerle ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç, tutum ve davranışlarını etkileyen sosyodemografik ve diğer faktörleri belirlemek ruhsal hastalıklara karşı duyulan olumsuz tutum ve inançları azaltmaya yönelik eğitim programlarının planlanmasında yardımcı olabilir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Ruhsal Sağlık ve Hastalık

“1948 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tüzüğü’nde sağlığın tanımı şu şekilde yapılmıştır: Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali.” (<http://sbu.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 18.05.2016) Geçmekte olan zaman dilimi içinde ve değişen mekanlarda, genel olarak birey yaşamını, kendisiyle, ailesiyle ve yakın çevresiyle, toplum ve yaptığı iş ile yoğun ilişkiler ağı içinde sürdürmektedir. Birey ruhsal yönden sağlıklıdır demek için; bu ilişkiler ağında denge, uyum ve doyum mevcut olması beklenmektedir (Aydöner 2009, Işık 2010).

“DSÖ (2004) ruh sağlığını bireyin potansiyelini başarma ve yaşamda normal sayılan baskı durumları ile başa çıkabilme özellikleri ile bir sosyal ve duygusal iyi olma durumu olarak tanımlamıştır”. Dolayısıyla bir birey için ruh sağlığı, günlük hayatın stresiyle başa çıkma yeteneklerinin farkında olarak ve topluma katkı sağlayarak iyi olmaya çalışma gibi becerileri gerektirir. Sonuç olarak, birbirine olan bu toplumsal katkısından dolayı ruh sağlığı sadece ruhsal bozukluğu olanları değil bütün bireyleri ilgilendirmektedir (Seven 2013).

Biyopsikososyal bir varlık olarak insanı ruhsal yönden sağlıklı olarak tanımlayabilmek için; fizyolojik fonksiyonlar, sosyal yaşantı, üretkenlik, duygu ve düşünceler, entelektüel beceriler açısından bağımsız ve bu ilişkiler ağında denge, uyum ve doyum içinde olma özelliklerini taşıması beklenir (Topaç 2004, Oksal 2009, Aydöner 2009).

Normallliği tanımlamak anormallliği tanımlamaktan daha zordur, ancak çoğu psikolog aşağıdaki niteliklerin duygusal normallüğün göstergesi olduğunu onaylar:

1. Gerçeğin uygun bir şekilde algılanması.
2. Davranış üzerinde gönüllü denetim kurma yeteneği.

3. Özgüven ve benimseme.
4. Sevgi ilişkileri kurma yeteneği.
5. Üretkenlik (Smith ve diğ., 2014).

Neyin normal olduğu kavrayışı yalnız kültür ile değil; aynı kültürün ve tarihin akışı içerisinde de değişir. Normallik kavramına, kendi ölçütlerini üyelerine dayatan belirli bir grubun içerisindeki belirli davranış ve duygu ölçütlerinin onaylanmasıyla varılır. Ancak ölçütler kültür, dönem, sınıf ve cinsiyet ile birlikte değişir (Horney, 2014).

Akıl hastalıklarının nedenlerinin organik olmayabileceği fikrinin toplumda yaygınlaşmasında çığır açan Freud da kültürün kişilik gelişiminde önemli bir rol oynadığına inanmıştır. Ona göre süperegö, aile ve toplumun ahlaki kurallarının bir içselleştirmesidir (Corsini, Wedding, 2012).

Freud' un kuramının merkezinde, farkında olmadığımız, duygu, tutum, dürtü, istek, motivasyon ve duyguları tanımlayan bilinçdışı kavramı yer almaktadır. Freud, çocukluğun kabul edilemez isteklerinin (yasaklanmış veya cezalandırılmış) bilinç düzeyindeki farkındalıktan uzaklaşıp bilinçdışının parçası haline geldiğine ve orada, düşünce duygu ve davranışlarımızı etkilemeye devam ettiklerine inanmaktadır (Smith ve diğ., 2014).

Psikanalitik görüşe göre kişilik id, ego ve süperegö olarak adlandırılan üç sistemden oluşur. Bu kavramlar kişiliğin farklı psikolojik yapılarıdır ve id biyolojik, ego psikolojik ve süper ego ise sosyal bileşenidir. Psikik enerjinin İd'e, Ego'ya ve Süperegö'ya dağılım yolları kişiliğin dinamiklerini oluşturmaktadır. İnsan davranışını belirleyen bu enerji miktarı sınırlı olduğundan, bu sistemler arasında kurulan denge yoluyla mevcut enerjiyi kontrol altına alınır (Corey, 2008). Freud'a göre her biri cinsel uyarılmaya duyarlı bir erotojenik bölgeyle temsil edilen üç önemli dönemde yaşamın ilk 5-6 yılında psikoseksüel kişilik gelişimi gerçekleşmektedir. Bunlar; oral, anal ve fallik dönemlerdir. Her gelişimsel dönemle ilgili haz yaşantılarının dönem içinde abartılı ya da yetersiz deneyimlenmesi o döneme takılma (fiksasyon) ile sonuçlanır. Özellikle ana-baba tutumları takılmaya neden olan durumların temel nedenlerinden biridir. Patolojik ana-baba tutumlarından olan aşırı ilgi ya da engelleme, aynı sonucu doğuran farklı tutumlardır. Çocukta aşırı ya da yetersiz haz yaşantılarının sonucunda belirli gelişim dönemlerine takılmayla

sonuçlanan bu tutumlar, sağlıklı kişilik gelişimini engelleyici niteliktedirler (Yazgan İnanç, Yerlikaya, 2014).

Erik Erikson (1963) Freud'un fikirlerini temel almıştır. Ancak çocukluğun ilk dönemlerinden sonraya da uzanacak şekilde psikososyal gelişimi vurgulayarak, kuramını genişletmiştir. Gelişime ait kuramı, psikoseksüel ve psikososyal gelişimin birlikte yer aldığı ve yaşamın her aşamasında karşılaşılan, kendimiz ve sosyal çevremiz arasında denge kurmak olduğu görüşü üzerinde yoğunlaşmıştır. Gelişimi, çözülmesi gereken belirle krizlerle bölünmüş olan ve tüm yaşam boyu süren bir süreç olarak açıklamaktadır. Erikson'a göre kriz, üstesinden gelme veya geri çekilme potansiyelimiz olan yaşamın dönüm noktalarıyla eş anlamlıdır. Bu dönüm noktalarında, ya içinde bulunduğumuz gelişim döneminde gelişim görevlerimizi yerine getirerek yaşadığımız gelişimsel çatışmaları sağlıklı bir biçimde çözüme kavuşturabiliriz ya da bu çatışmaları çözememe durumunda tüm yaşamımız boyunca gelişimimiz bu durumdan olumsuz yönde etkilenir (Corey, 2008).

Ruh sağlığı kavramı gibi ruhsal hastalık kavramı da göreceli bir kavramdır ve kesin çizgilerle iki kavramı birbirinden ayırmak zordur (Bağ 2003). Ruhsal hastalık kavramı, bütün durumları kapsayan belirgin bir tanımı olmamakla birlikte düşüncede, duyguda ve davranışta görülen değişikliklerin yanında olağan dışı sapma ve aykırılıkların bulunması olarak tanımlanabilir (Aydöner 2009, Bağ 2003).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ruhsal bozukluğu, bireyde meydana gelen, klinik olarak önemli bilişsel, davranışsal ve psikolojik bir sendrom olarak tanımlamıştır (Aydöner 2009). "Ruhsal hasta" olarak tanımlanan bireyler; psikolojik ya da psikiyatrik bir yardıma gereksinim duyacak şekilde davranışsal, bilişsel ve/veya duygusal bozukluklara sahip olduğu belirlenen bireylerdir (Bağ 2003).

"Anormal" davranışla "normal" davranışı ayıran ölçütler fizyolojik hastalıkların bulguları gibi net olmasa da bazı sinyal, belirti ve öznel kriterlere dayanılarak saptanabilir. Anormalliği tanımlamak için; toplumsal ölçütlerden sapma, istatistiksel ölçütlerden sapma, davranış uyumsuzluğu, kişisel sıkıntı hissi gibi kriterler tanımlanabilir (Smith ve diğ., 2014).

Genellikle ruh sağlığı bozulan bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırıcılık, uygunsuzluk ve yetersizlik görülür. Zaman zaman her insanda tutarsız, uygunsuz, aşırı, yetersiz davranışlar görülebilir. Duygu, düşünce

ve davranışlarında bu özellikleri taşıyan kişilerde ruhsal hastalık olup olmaması, söz konusu davranışların kişinin yaşamına etkileri açısından şiddeti, süresi, gerçekte bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmaması, belirtilerin yaşandığı çevre, toplum, kültür, kişilik gelişimi, kişinin olanak ve yetenekleri, gibi birçok değişkene göre değerlendirilir. Hasta sayılabilecek kişide bu özellikler sürekli ya da yenileyici olmalı, bireyin verimli çalışmasını ve kişiler arası ilişkilerini bozmalıdır (Öztürk 2002, Topaç 2004). Sonuç olarak ruhsal bozukluklar, bireyin çalışma arzusunu ve sosyalliği azaltan, kendisini ve etrafını mutsuz eden, rahatsızlık ve acı verici türden belirtiler içerir (Bağ 2003).

Geniş bir davranış dizisi anormal olarak sınıflandırılmıştır. Stres yaratan olaylardan kaynaklanan bazı anormal davranışlar güçlü ve geçicidir, bazı davranışlar ise yaşam boyunca sürer ve kroniktir. Her kişinin davranışı ve duygusal sorunları kendine özgüdür ancak akıl sağlığı uzmanları için vakalar arasında bu davranışları kategoriler halinde sınıflandırmak için yeterli benzerlikler vardır. ABD’ de akıl sağlığı uzmanları tarafından akıl hastalıklarının sınıflandırılması Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kısaca DSM-IV (4. bas.) (Akıl Hastalıkları Tanı ve İstatistik El Kitabı) adlı kitapta yer almaktadır. DSM-IV tanı sistemi genel olarak Dünya Sağlık Örgütü’nün formüle ettiği uluslararası sistemle uyumludur (Smith ve diğ., 2014).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ruh sağlığı sorunları ayırım gözetmeksizin, bütün sosyoekonomik, kültürel gruplarda ve her ırkta görülebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır. Toplumda yaygın olarak görülen ruhsal bozukluklar, en az diyabet, hipertansiyon gibi fizyolojik hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanarak kişide iş ve işgücü kayıplarına neden olduğu ve kronikleşme eğilimi gösterdikleri için öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardır. Dünya genelinde en çok sekel bırakan her on hastalıktan beşinin ruhsal kaynaklı olduğu bulunmuştur. Tüm dünyada halen 450 milyon kişinin bir ruhsal veya nörolojik hastalıkla mücadele etmekte olduğu Birleşmiş Milletler raporlarında bildirilmiştir (Ocaktan 2004). Ülkemizde Ruhsal hastalıkların yaygınlığı üzerine yapılan araştırmalar bu hastalıkların yüksek yaygınlık oranlarını rapor etmiştir (Oksal 2009, Aydoğan 2009). Ruh sağlığı sorunu sıklığını Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu’nda Erol ve arkadaşları, %17,2 olarak bildirmişlerdir (Arı ve Öz 2005). Tüm ülkelerde ruh sağlığı

sorunları bu ve benzeri nedenlerle, bir toplum sağığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Oksal 2009, Aydıner 2009).

2.2 Damgalama (Stigmatizasyon)

“Damga (Stigma), kelime anlamı olarak delik, delmek, yara, iz gibi anlamları olup, günümüzde daha çok “kara leke” anlamında kullanılmaktadır.” (Bilge ve Çam 2010). Damgalamanın bu anlamda kullanımı ortaçağda suçluların, kızgın bir demirle suçluluğun işareti olarak dağlanmalarından sonradır. Kişinin üyesi olduğı toplumun normallik ölçütlerine uymadığı varsayılması nedeniyle, toplumun diğeri bireyleri tarafından, kişiye toplum içindeki saygınlığını azaltıcı bir atıfda bulunulmasına ise, damgalama (stigmatization) denir (Bilge ve Çam 2010).

Bir başka tanıma göre ise damgalama, başkaları tarafından reddedilme veya çekinilmenin, utanç veya kara leke olarak görülmenin veya diğeriince beğenilmenin bir izi, işareti ya da damgası anlamına gelen ve bir birey/grubun saygınlığını tehlikeye düşüren ve onlara utanç duygusu yaşatan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Bağ 2003, Bağ ve İkinci 2005, Oban ve Küçük 2011).

Bir başka damgalama tanımı ise Amerikalı sosyolog Goffman’ın tanımıdır; “damgalama sonucunda etiketlenen bireye daha az değer verme davranışı, istenilmeyen hatta neredeyse insan gibi algılanmaması” olarak tarif etmiştir. Damgalanma nedeniyle damgalanan kişiye, saygınlığını zedeleyen üstelik gerçekte bağdaşmayan utanç verici bir özellik atfedilmektedir. (Bilge ve Çam 2010).

Zihinsel hastalığa dair damgalama kavramı sosyolojik teorilerden çıkarılmaktadır. Farklı bir etiketleme teorisi sunmuş olan Link ve Phelan, damgalamayı aşağıdaki bileşenlerin aynı anda ortaya çıkışıyla açıklamaktadır:

- (i) etiketleme: kişilikteki veya davranıştaki bir farklılığın tanınması ve etiketlenmesi;
- (ii) stereotipleme: bu farkın olumsuz stereotiplerle ilişkilendirilmesi (örn. "zihinsel hastalıklara sahip insanlar genellikle tehlikelidir);
- (iii) "biz" ve "onlar" ayrımı: etiketlenmiş insanların bu etiketi taşımayanlara karşı "farklı türde insan"lar olarak sınıflandırılması;

(iv) önceki üç bileşenin bir neticesi olarak statü kaybı ve ayrımcılık. (Björkman, Angelman and Jönsson, 2008).

Damgalamanın bir başka önemli parçası da güçtür. Damgalamanın sosyal, ekonomik ve politik güçle doğrudan bir bağlantısı vardır. Bir grubun diğerini damgalayabilmesi için, onların üzerinde güce sahip olması gerekir (Link and Phelan, 2001). Sosyal gücün damgalama üzerindeki etkisine örnek olarak, ondokuzuncu yüzyılda Amerika'da İrlanda kökenlilere yönelik "huysuz, tehlikeli, kavgacı, tembel ve pervasız" şeklinde oluşturulan stereotipleme gösterilebilir. Dönemin karikatürlerinde İrlandalılar maymunlara benzetilmiştir (Feagin & Feagin, 1996). Bir başka örnek olarak, Nazi dönemi Almanya'sında Yahudilere yönelik geniş çaplı damgalama gösterilebilir. Tüm bu örneklerde, bir veya birden fazla grubun damgalanan grup üzerindeki güç üstünlüğü buna olanak sağlamıştır.

Akıl hastalıkları ile güç arasındaki ilişkiyi anlamak için, damgalanan gruptaki insanların da karşı gruptakilere karşı benzer damgalama süreçleri içerisine girebileceği gerçeği değerlendirilebilir. Örneğin, tedavi altındaki bir grup hasta, akıl hastalıkları servisi çalışanlarından bazılarını belirli özelliklerine göre stereotipleyebilir (örneğin hastaların ilaç alımından sorumlu olan çalışanların tümünün "sinirli, aksi, kibirli ve insaniyetsiz" olması gibi) ve onlara karşı kırıncı, alay edici tavırlar içerisine girebilirler. Burada hastalar her ne kadar damgalamanın tüm bileşenlerini yerine getiriyor olsalar da, hastane çalışanları damgalanan bir sınıfın içerisine girmezler; keza hastalar bu etkiyi yaratabilecek sosyal, kültürel, ekonomik ve politik güce sahip değildirler. (Link and Phelan, 2001).

Görünüşünde ya da davranışlarındaki farklılıklar sebebiyle bireylerin damgalanmasının temelinde olumsuz inançlar ve bunun sonucu oluşan kalıp yargılar yer almaktadır. Kalıp yargılar damgalamanın hayat bulduğu zemindir. Dolayısıyla damgalanan kişiler toplumsal ilişkilerde de ayrımcılık ya da dışlanma boyutunda damgalamadan kaynaklanan sorunlar yaşamaktadır. Kişi ya da grupların etiketleme ve kalıp yargı sebebiyle diğerlerinin sahip olduğu bazı hak ve çıkarlardan mahrum bırakılmasına ayrımcılık yaşanır. Bazen hastalığın en az kendisi kadar damgalama da tehlikeli olmaktadır (Bilge ve Çam 2010).

Ruhsal hastalık belirtilerinin açıklanamaz ve korku verici olduğu insanlık tarihinin karanlık dönemlerinde yani tarihin derinliklerinde ruhsal hastalığı olanların

damgalanmasının kökeni gizlidir. Hastaların dışlanmasına özellikle kontrol edilemez oluşuna bağlı korku neden olmuştur. Düşük özsaygı, yüksek anksiyete ve dış kontrol odaklılık gibi özellikleri olanlar toplum içinde daha dışlayıcı olmaktadır (Taşkın 2007). Kontrol dışılığın verdiği korku ve çekinmeyle birlikte ayrımcılığın ilk hareketleri olan ilk dışlama davranışları başlar. Daha sonra ruhsal hastalığı olanlara ne zaman ne yapacağı belli olmayan ve tehlikeli kişi etiketi yakıştırılır. “Bireyin hastalık öncesinde sahip olduğu bütün kimlik özellikleri damgalayan toplum tarafından yok sayılarak yerine “lekeli bir kimlik” manasında “deli” damgası vurulur. Ruhsal hastalığından dolayı damgalanan birey ve aileleri evde tecrit edilmeyi tedavi olmaya tercih eder hale gelmişlerdir” (Bilge ve Çam 2010).

2.3 Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Yaklaşımlarının Tarihsel Süreci

Bu başlık altında tarihsel olarak ruh sağlığı sorunlarına yönelik damgalama tutumları alt başlıklar halinde aşağıda sunulmuştur.

2.3.1 İlkel çağlar

İlk çağlardan beri damgalama fenomeninin izlerini görmek mümkündür. İnsanlık tarihi boyunca veba, cüzzam vb. salgın hastalıkların toplumlara etkisi incelendiğinde felaketin ve toplumda yaşanan korkunun büyüklüğüyle doğru orantılı olarak hastalığa yakalananların kötü muamele hatta eziyet görme durumlarında artışların olduğu görülmüştür. Cüzzam gibi salgın hastalıkların çok eski bir geçmişe sahip olduğu ve insanlara tanrıdan gelen “lanet” olarak nitelendiği bilinmektedir. Daha sonra veba, frengi, tüberküloz hastalıkları benzer şekilde ceza, lanet gibi aşağı sınıfa mahsus hastalıklar olarak görülmüş ve hastalar da damgalanmaya ve dışlanmaya maruz kalmışlardır. 1900’lü yıllardan itibaren kanser ve daha sonra AIDS için olduğu gibi ruhsal bozukluklar da damgalama ve olumsuz ön yargıların odağında yer almaktadır. Ayrıca diğer hastalıklardan farklı olarak damga, ruhsal bozuklukların tümünü kapsamaktadır (Bilge ve Çam 2010).

İlkel insanlar kontrol edemediği ve karşısında çoğu kez güçsüz ve çaresiz olduğu doğa olayları gibi, açıklayamadığı her şeyi tanrısal güçlere bağlayarak açıklamaya çalışmıştır (Aydöner 2009). Tüm doğa olaylarının o olayı yaratan “iyi ve kötü” ruhlar tarafından yaratıldıklarına inandıklarından dinsel ve mistik konuşmalar yapan kişilerin de doğa olaylarını yaratan güçlerle ilişkili olduğunu düşünüyorlardı. İlk

çağlarda mistik ve dinsel konuşmalar yapan kişilere saygılı davranılıyordu. Çünkü davranışlarına anlam verilemeyen bu kişilerin doğaüstü güçlere sahip olduklarına ya da iyi bir ruhun hatta tanrıların etkisine girdiklerine inanılıyordu. Öte yandan taşkın davranışlar gösteren ve çoğunluğu oluşturan hastaların, tanrıların gazabına uğradıklarına ya da kötü ruhların esiri olduklarına inanıldığı için şeytan kaçırma yöntemleriyle tedavi edilmeye çalışılıyorlardı (Bingöl, 2004). Ruh hastalıklarına yönelik tutumlar ilk çağlardan başlayarak, bir yandan ruhlarla ya da tanrılarla iyi ilişki içinde oldukları düşünülen ve saygı gösterilenler; diğer yandan kötü ruhların etkisinde kaldığına inanıldığı için korkulan ve çoğu kez şiddete maruz bırakılanlar olmak üzere iki kategoriye ayrılıyordu (Bingöl, 2004).

Ruhsal hastalıkların doğaüstü iyi ve kötü güçlere bağlanmasının sonucu olarak iyi güçlerle ilişkisi olduğuna inanılan hastalar bazen toplumun başına gelen felaketlerin kovulması ve bazen de fiziksel ya da ruhsal hastalıkların iyileştirilmesinde bir hekim gibi rol üstleniyorlardı. Danslar, ruhların etkisindeki eşyanın yok edilmesi, çılgınlık nöbetleri ve trans durumları gibi çeşitli törenler yoluyla büyücü hekimler ve şamanlar, tehlikeli ruhları kovarak hastalıkları iyileştirmeye çalışmıştır (Bingöl 2004, Aydıner 2009).

İlkel toplumlar üzerine yapılan antropolojik çalışmalar, bu toplumların belirsiz ve çözülmesi güç durumlarda gerginliği azaltmak ve uyumu sağlamak için büyüsel-dinsel tekniklere başvurduklarını göstermektedir (Bingöl 2004).

2.3.2 Eski çağlar

İnsanlık tarihinde Mısır, İbrani ve Yunan uygarlıklarının etkisiyle, olaylar arasında sebep sonuç ilişkilerini araştırarak düşünme ve evreni gözleme dönemi başlamıştır (Aydiner 2009). Bir kısım ruhsal hastalıkları kötü niyetli güçlerin etkisi ve tanrısal ceza olarak görürken, toplumun iç ihtiyaçlarının değişimi sonucunda ruhsal bozukluğun da sebep-sonuç ilişkisine bağlı ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu savunan görüşler de ortaya çıkmıştır (Bingöl 2004, Aydıner 2009). Modern psikolojinin köklerini araştırmak için, özellikle Yunan uygarlığının altın çağını yaşadığı yıllarda eski Yunan filozoflarına kadar gidilebilir. En ünlüleri Sokrates, Platon ve Aristoteles, zihinsel hayatla ilgili temel sorular ortaya koymuşlar ve ruhsal bozuklukların anlaşılması ve tedavisinde günümüzdeki yaklaşımlara oldukça yakın bazı görüşler belirlemeye başlamıştır (Smith ve diğ., 2014, Bingöl 2004).

O dönemlerde yaşamış olan ve “tıp biliminin babası” olarak nitelendirilen Hipokrat, fizyolojiyle, yani yaşayan organizmaların ve onların parçalarının fonksiyonları üzerine çalışmakla ilgileniyordu. Vücudun çeşitli organlarının beyin tarafından nasıl kontrol edildiğine ilişkin pek çok gözlemde bulundu. Bu gözlemler, psikolojiye biyolojik yaklaşımın ilk basamaklarını atmıştır (Smith ve diğ., 2014). Ayrıca ruhsal bozuklukların nedenlerinin doğal sebeplerde olduğu, hastalıkların tanrısal güçlerin etkisiyle olduğuna inanmadığını ve bunların bedensel hastalıklar gibi modern yöntemlerle tedavi edilmesi gerektiğini savunmuştur (Geçtan 1995, Bingöl 2004). Örneğin; o zamana kadar kutsal bir hastalık olarak bilinen epilepsinin bir beyin hastalığı, histerinin kötü ruhlara değil, cinsel bir organa, dölyatağına bağlı olduğunu savunarak hastalıklara bilimsel bir bakış açısının geliştirilmesinde etkili olmuştur (Bingöl 2004, Aydöner 2009).

Hipokrat’tan sonra Platon, Eflatun, Aristo, Cicero gibi filozoflar da günümüz psikologlarının uğraştığı pek çok temel sorunla uğraşarak, akıl hastalıklarının doğal olaylarla açıklanmasına katkıda bulunmuşlardır (Smith ve diğ., 2014, Bingöl 2004, Aydöner 2009). Ruhsal bozukluk giderek sadece korkulan ve rahatsız olunan bir durum olmaktan çıkmış, hakkında daha kabullenici ve insancıl yorumlar yapılmaya başlanmıştır (Aydöner 2009).

2.3.3 Orta çağ

Orta çağa gelindiğinde Yunan ve Roma imparatorluklarının çökmesiyle aydınlanma dönemi çok uzun sürememiş ve hastalıkların oluşumu hakkında yeniden, gizemli, büyüsel düşünce egemenlik kazanmaya başlamıştır (Bingöl 2004, Aydöner 2009). Eski çağın büyük uygarlıklarının ruh hastalıklarına ilişkin görüşleri bir süre Arap dünyasında etkisini sürdürmüş, ancak bu etki kısa süreli olmuştur. Öte yandan, Hristiyanlığın yayılışıyla Avrupa’da bilimsel çabalara yönelik reddedici tutumlar devreye girmiş, katı dinel dogmalar nedeniyle, ruh hastalarına yönelik olumsuz tutumlar giderek yayılmaya başlamıştır (Geçtan 1995, Bingöl 2004). Musevi ve Hristiyan din kitaplarındaki açıklamalar, ruhsal bozukluğu olan bireye yapılan işkencelerin ve yok etmelerin kaynağı, destekçisi olarak kullanılmıştır (Topaç 2004, Aydöner 2009). Orta çağda kaybolan ve belleklerden silinen cüzzam hastalığının yerini yoksullar, serseriler, ıslaha muhtaçlar ve ‘aklından zoru’ olanların aldığı ve aynı yerlerde aynı şekilde cüzzam hastalığına gösterilmiş olan paylaştırma, kovma,

arındırma tepkilerine yol açtığı görülmüştür (Bingöl 2004). Dolayısıyla ruhsal bozukluğu olan bireyler toplumun düzen ve huzurunu bozduğuna ve kötü ruhun temsilcisi olduğuna inanıldığından kendilerinden korkulduğu için kentlerin dışına atılmışlar, şehir dışında ya da kırsal bölgelerde yaşamışlardır. Kentten kente, köyden köye kovulmuşlar, uzaklara giden tüccar gruplarına emanet edilmişler hatta bu dönemlerde yüklerinin yanı sıra akıl hastalarını da bir şehirden başka şehre taşıyan gemiler de kullanılmıştır ve hastaların bindirildikleri bu gemiler nehirlerde akıntıyla sürüklenmeye bırakılmışlardır (Bingöl 2004, Aydoğan 2009).

Bu dönemde hastaların içindeki şeytanı cezalandırmak için işkence ve korkutma usulleri kullanılmıştır. Bunlar arasında silahla tehdit etme, yılan dolu havuzlara atma, kamçılama, ayakları kızgın demirle dağlama, kafataslarına delik açma gibi yöntemler kullanılmıştır (Bingöl 2004). 1600’lerde zihinsel bozuklukların şeytanlarla konuşan cadılarla ilgili olduğu düşünülüyordu. 1692 yılında genç kızların ve Tanrı’ndan korkan yetişkinlerin şahitliği sonucunda 14 kadın ve 5 erkek cadı olmak suçuyla asıldığında da durum böyleydi (Plotnik 2009).

Ortaçağ Avrupası’nın karanlık ve acımasız tutumuna karşılık İslam topluluklarında ve Türklerde ruhsal bozukluğu olan insanlara anlayışlı ve hoşgörülü davranılmıştır. Ruhsal bozukluğu olan bireye yardım edilmesi, hatta diğer şahıslardan daha fazla korunması gerektiği kabul edilmiştir (Aydoğan 2009).

Orta Asya Türkleri’nin İslamiyet öncesi hastalıklara bakışı ve tedavi yöntemleri Şamanizm’e dayanır. Kutadgu Bilig gibi Türkçe kaynaklardan edilen bilgiye göre; hastalıkları ilaçla tedavi eden “hekim” ve hastaları şeytan kovma gibi ayinler ve telkinlerle iyileştirmeye çalışan “efsuncu”nun meslekler hiyerarşisinde en yukarıda geldikleri bilinmektedir. Türklerde hastalık anlayışı İslamiyet’in kabulünden ve diğer İslam toplumlarıyla yakın ilişkiler kurulmasından sonra geleneksel İslam tıbbına göre olsa da, bir miktar eski Şamanizm izleri de kalmıştır (Bingöl 2004). Selçuklular devrinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisi ile uğrasan hastane-köylerin varlığı bilinmekte olup Selçuklular ve Osmanlılar döneminde şifahaneler kurulmaya başlamıştır. Ruhsal hastalığı olan bireyler toplumdan uzaklaştırılmamış, hapsedilmemiş ve kötü muamele görmemişlerdir (Aydoğan 2009).

2.3.4 Rönesans dönemi

13. yüzyılla birlikte Avrupa’da erken Rönesans adı verilebilecek gelişmeler belirmiştir. Geniş halk kitlelerinin Papa’ya ve dogmatik dine başkaldırmaları ile Avrupa’ da sanatta, felsefede, bilimsel düşüncede kültürel yaşamın her kesiminde büyük bir devrim başlamıştır (Bingöl 2004, Aydöner 2009).

Günümüzde ruh hastalığı olarak adlandırılan durumun kökenlerinin doğaüstü olduğuna dair yerleşik inanç tarihte ilk defa olarak, keskin bir direnişle karşılaşmıştır. Bu direniş rönesansın ilerici bilim adamları üçlüsünün (Ludovicus Vives, Johann Weyer ve Paracelsus) görüşlerinden geliyordu. Ruh hastalıkları için ruha şeytan girmesi (o zaman için geçerli olan) gibi açıklamalara karşı çıkan üç bilim adamı da ruh hastalığının sebepleri ve ruh hastasına insanca davranılması lehinde kuvvetli görüşler ileri sürdüler (Zangwill, 2009). Ayrıca, insanların büyücü olarak damgalanıp hapsedilmesi, akıl hastalarını da şeytanın temsilcisi diye yakma gibi uygulamalar sonlanmıştır (Aydöner 2009). Bu gelişmeler dolayısıyla hasta bakımı ve tedavisinde de yeni yaklaşımlar ortaya çıkmış, o zamanlara kadar manastırlara ve zindanlara kapatılan hastalar günümüzdeki hastanelerin başlangıcı olarak görülebilecek ilk tedavi kurumlarında barındırılmaya başlanmıştır (Bingöl 2004).

17. yüzyıla gelindiğinde bu ilk Rönesans dönemi etkisini kaybetmeye başlamış, bu yüzyılın ortalarına gelindiğinde akıl hastalarını hapsedme ve bu kötü koşullarda bulundurulmasını doğal bir durum olarak gören bir anlayış yeniden kendine hayat bulmuştur (Bingöl 2004). Daha önce cadı olarak görülüp yakılan akıl hastaları, bu dönemde yakılmaktan kurtulmuş olsalar da bu kez de son derece uygunsuz mekanlara kapatılmaya başlanılmıştır. İnsanların kapatılmasına yarayan bu yeni kurumlar ev, hastane, huzurevi gibi var olan pek çok kurumu birlikte ele almışlar; hastaların yanı sıra fakirler de buraya kapatılmış ve yine akıl hastaları ile bu kez de fakirler toplumdan tecrit edilmişlerdir (Bingöl 2004).

İslamiyet döneminde Anadolu’da ilk gerçek akıl hastanesi Fatih tarafından yaptırılmış; yetmiş odalı, iki yüz yataklı olan hastanede müzikle tedavi uygulanmıştır. 1500 yılında ise Kanuni Sultan Süleyman tarafından bir başka akıl hastanesi açılmıştır. “İkinci Selim’in karısı Nur Banu Sultan tarafından yaptırılan Toptaşı Akıl Hastanesi, Cumhuriyet dönemine kadar Türkiye’nin yegane akıl hastanesi vazifesini görmüştür. Hastanenin başhekimliğini yapmış olan Mazhar

Osman'ın gayretleri ile 1927 yılında Toptaşı'nın bütün hastaları Bakırköy'de inşa edilen akıl hastanesine nakledilmiştir" (Bingöl 2004).

2.3.5 Çağdaş dünyada ruh hastalığı

“Modern dünyayı önceki yüzyıllardan farklı yapan hemen hemen her şey bilime bağlanabilir” diyen Bertrand Russell'in işaret ettiği ve modern dünyayı etkisi altına alan bilimin doğuşu on yedinci yüzyılda olmuştur. Aynı zamanda bu dönem ruh sağlığı problemlerine deneysel yaklaşımın ilk belirtilerinin görüldüğü bir dönemdir. Bununla birlikte, Russell'in iddiasını haklı çıkaran ve deney metodunun asıl büyük gelişmes dönemi on dokuzuncu yüzyıldır (Zangwill, 2009).

17. yüzyılda başlayan ve bütün bir Avrupa'yı hızla etkisi altına alan Aydınlanma Düşüncesi'nin etkisiyle akıl hastaları ve hastalıklarına karşı daha bilimsel ve çağdaş bir yaklaşımın gelişmesini sağlamıştır (Bingöl 2004). İlk kez ruhsal bozukluğu olanların toplumdan dışlanan suçlular sınıfından ayrılarak ruh hastalıkları hastanelerine yatırılması 18.yüzyılda başlamıştır. İlk olarak 1790'larda Philippe Pinel tarafından yaptırılan akıl hastanelerinde, kırbaçlanan, dövülen, aç bırakılan ruhsal hastalığı olan bireyler barındırılmıştır. Pinel'in önderliğinde ruhsal sorunlu bireylerin anlayış ve hoşgörüyle, kapatılmaktan kurtarılarak, toplum içerisinde, tedavi edilmeleri gerektiği düşüncesiyle başlayan insancıl akım, psikiyatriyi toplumla etkileşime sokarak sadece bir tıp uygulaması olmaktan çıkaran sosyal psikiyatrik akımın da doğuşuna öncülük etmiştir. Birçok ülkede ruhsal bozukluğu olan bireyler hastanelerde ve bakım evlerinde tedavi edilmeye başlanmıştır (Bingöl 2004, Aydoğan 2009).

1800'lerde Bostonlu bir öğretmen olan Dorothea Dix Amerika'daki akıl hastalarının çoğunun tutulduğu hapishaneleri ve fakir evlerini gezdi. Dix akıl hastalarının korkunç yaşam şartlarını ve gerekli tedavinin eksikliğini topluma duyurdu. Yaptığı çalışmalar ahlaki terapinin önemine dikkat çeken reform hareketinin bir parçasıydı. 1800'lerin başlarında yaygın olan ahlaki terapi, akıl hastalarına daha sakin ve temiz bir ortamda insancıl bir tedavi sağlayarak yardım edilebileceği yönündeki inançtır. Reform hareketi esnasında hastalar tedavi edilirken ahlaki terapinin uygulanabilmesi amacıyla kırsal bölgelere yeni akıl hastaneleri kuruldu. Ancak bu hastaneler kısa sürede doldu, toplum ilgisini yitirdi, para kaynakları azaldı ve tedavi güçleşti (Plotnik, 2009).

19. yüzyılın gelişiyile Avrupa’da anatomi, fizyoloji, nöroloji, kimya gibi alanlarda bilimsel gelişmeler başlamış ve bunların sonucunda ruhsal hastalıkların beyin işlevlerindeki bozukluklardan kaynaklanabileceği görüşleri Antik Yunanlılardan bu yana bir kez daha ele alınmıştır. Böylece ruhsal yapı ve davranışların kökeninde organik etmenlerin bulunduğu görüşlerinin egemen olduğu yeni bir dönem başlamıştır (Geçtan 2002).

Davranış bozukluklarının sadece beyin patolojisi sebebiyle oluştuğu görüşüne karşı çıkan yeni ve devrimci bir düşünce, 20. yüzyılın başlarında psikanaliz adı altında belirmeye başlamıştır. Bazı ruhsal bozuklukların kökeninin organik nedenlerden bağımsız olarak bazı gözle görülmeyen psikolojik nedenlerin etkisiyle oluştuğu görüşünü savunan psikanaliz kuramı ve buna göre ilk psikoterapi uygulamaları 1930’ların başında Freud tarafından gerçekleştirildi (Geçtan 2002, Bingöl 2004, Plotnik, 2009). Psikoterapi Avrupa’dan Amerika’ya geçti ve 1950’lerde popülerliğinin zirvesine ulaştı. Ancak psikanaliz; hastaların hastanelerde bulunmasına sebep olan ciddi zihinsel bozukluklardan (psikoz) çok, daha az ciddi olan zihinsel bozuklukların (nevroz) tedavi edilmesinde daha etkiliydi. Bunun sonucu olarak ciddi zihinsel rahatsızlıkları olan hastaların içinde bulunduğu kötü şartlar ve gördükleri insanlık dışı muamele, 1950’lerin başlarına kadar devam etti (Plotnik, 2009).

1950’lerin ortalarında antipsikotik ilaçların keşfedilmesi ve “toplumsal akıl sağlığı merkezlerinin” geliştirilmesiyle akıl hastalarının tedavisinde büyük ilerleme kaydedilmiştir (Plotnik, 2009). Hastalarla daha rahat iletişim kurulabilmiş, hastane yatış süresi kısalmıştır. Bu döneme kadar akıl hastanelerinde tutulan hastaların büyük bir kısmı taburcu edilmiş ve ailelerinin yanında yaşamaya başlamışlardır (Aydöner 2009). Ülkemizde, ilk çağdaş psikiyatri eğitimi 1898’de Gülhane Askeri Tıp Okulu’nda Raşit Tahsin ile başlamış ve ardından Mazhar Osman ile devam etmiştir (Aydöner 2009).

20. Yüzyılın ikinci yarısında, sosyal çevrenin birey üzerindeki etkileri incelenmiş, fiziksel ve farmakolojik yöntemlerin kullanımıyla birlikte, hastaların topluma daha çabuk dönebileceği görüşü yaygınlaşmıştır. Uzamış kurumsal bakımın zararlı etkileri konusunda görüşler belirmiş, bireyin tedavi ve bakımının kendi sosyal çevresinde sürdürülmesi gerektiği düşünülmüştür. 1970’lerden sonra hastalardan akıl hastanelerinde uzun süre yatarak tedavi görenler giderek azalmıştır. Ciddi ruhsal

hastalığı olanlar, hastanelerin psikiyatri birimlerinde ya da hastane dışında ev halkı içinde ve özel olarak oluşturulmuş evler çerçevesinde tedavi edilmeye başlanmıştır (Aydöner 2009).

2.4 Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Damgalamanın Sonuçları

Toplumsal damga (public stigma) ve kendini damgalama (self-stigma) damgalamadan doğan çift yönlü sonuçlardır. İçinde yaşadığı toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tepkilerine ‘toplumsal damga’, ruhsal hastalığı olan bireyin kendine yönelik önyargılarına ise ‘kendini damgalama’ denilir (Şemin, Aras 2004). Bireyin bir hastalık etiketi almasıyla başlayan içselleştirilmiş damgalama sonucunda, kişilerin bu etiketi kabul ettikleri ve iç dünyalarında değersizlik, utanç, dışlanma gibi duygular yaşayarak toplumdan uzak kalmayı tercih ettikleri görülmektedir (Işık, 2010). Kişisel olmayan, dolaylı, gizli tutum ve ilişkileri içeren ve kamusal alanda deneyimlenen damgalamaya ise kurumsal damga denilir. Bu damgalama türü ruhsal hastalık sahibi kişilerin karşısına, işyerinde ve faydalanmak istedikleri kurum ve kuruluşlarda çıkabilmektedir (Kuş Saillard, 2010).

Birçok araştırmacı tarafından ruhsal sorunlu bir birey olarak etiketlenen kimsenin ruh hastası rolünü öğrenme ve benimsemeye teşvik edildiği bildirilmektedir (Bağ 2003, Bağ ve Ekinci 2005). Ruh hastalığı etiketi, kişinin davranışı ne olursa olsun hastalık ile ilgili tutumu doğrudan etkilemekte ve toplumsal reddedilmeye yol açmaktadır. Toplumda ruh hastalığı tanısı alan kişiler tehlikeli, saldırgan, ne yapacakları belli olmayan ve korkulacak kişiler olarak görülmektedir. Bunların yanı sıra, ruhsal hastalıkların utanç verici olduğuna, insanı küçük düşürdüğüne ve ruhsal açıdan hasta kişilerin güvenilirmez olduğuna dair düşüncelere de rastlanmaktadır (Aydöner 2009). Sağduyu ve arkadaşlarının belirttiğine göre ABD halkının %63’ü şizofreni hastalarıyla aralarında belli bir sosyal mesafe bulunmasını isterken, %61’i şizofren hastaları etrafı, %87’si kendileri için tehlikeli bulmaktadır. İngiltere’de ise halkın %71’i şizofren hastaları tehlikeli bulduğunu belirtmiştir (Sağduyu ve diğ., 2001).

Damgalama ruhsal hastalıkların tedavisinde ‘yaşam kalitelerini’ düşmesine yol açan önemli bir sorun oluşturmakta; dolayısıyla hasta ve hasta yakınlarının psikolojik süreçlerini ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkilemektedir (Kuş Saillard, 2010). Damgalanma algısı hisseden hastalar kendilerini toplumda, hak ettikleri yerde ve bir parçası olarak hissedememelerine neden olması önemli sonuçlarından biridir.

Dolayısıyla hastalar hastalık etkilerinden kurtulamadığı için eski toplumsal ve mesleki rollerine tekrar dönememektedir (Çam ve Çuhadar, 2011).

Damgalama ve ayrımcılık, zihinsel hastalığa sahip insanların topluma entegrasyonunun önünde önemli engeller olarak tanımlanmıştır ve onların ailelerine, arkadaşlarına ve içinde bulundukları topluluklara çeşitli zararlar verir (Björkman, Angelman and Jönsson, 2008). Damgalama nedeniyle ruhsal bozukluğu olan kişiler genellikle yanlış anlaşılmış, yalnız ve izole olarak yaşamak zorunda kalırlar. Ruhsal hastalıklara yönelik “damgalama” eğilimi ve bu eğilimin sonucu hastaların toplumdan dışlanması, uygun yardım aramalarını, tedaviye uyumlarını, toplum içinde tedaviyi ve hastaların topluma uyumunu ciddi şekilde engellemektedir (Ünal ve diğ. 2010, Oban ve Küçük 2011).

Hastaları damgalayıcı yorumlar; daha az kabiliyetli olarak görülmek ve insanların kendilerinden kaçınması benzeri deneyimler rapor etmektedirler. Bunun hastalar için sonuçları sosyal izolasyon, gelir kaybı, daha az iş ve ev bulabilme imkanı, depresif semptomlar, hayat kalitesindeki düşüş ve sağlık bakımına erişim konusundaki kısıtlar olmaktadır (Angermeyer, Schulze, 2001, Schulze, Angermeyer, 2003). Damgalanan bireyler kendilerini değersizleştirmekte, reddedilme korkusu yaşamakta, ümitsizliğe kapılmakta ve öz-güvenlerini yitirmektedirler. Bu nedenle ruh sağlığı tedavisinin standartlarını geliştirmede, damgalama ve ayrımcılık tüm dünyada öncelik taşımaktadır (Kuş Saillard, 2010).

2.5 Ruh Sağlığı Sorunlarında Uygulanan Tedavi Yöntemleri

Akıl hastalığı olan insanlar, 1950’lerin ortalarına kadar bir çoğu bakımsız ve aşırı kalabalık olan, ilaç dışında tedavi görmedikleri, sosyal çevrelerinden uzak, bir nevi hapisane benzeri akıl hastanelerine kapatılmışlardı. 1950’lerde psikoterapötik maddelerin bulunması ve 1960’larda yaygın olarak kullanılmaya başlanmasıyla, hastanelere yatırılmış olan bir çok hasta taburcu edilerek evlerinde tedavi görmeleri sağlanmış oldu (Smith ve diğ., 2014). Dolayısıyla hastanelerde tutulan akıl hastalarının daha bağımsız ve tatmin edici hayatlar geliştirmeleri için taburcu edilip kendi toplulukları içerisinde tedavi edilmesi yani kurumsuzlaştırma da 1960’ların başında başladı (Smith ve diğ., 2014, Plotnik 2009). Ancak toplum olanakları yeterli olmayanlar için kurumsuzlaştırma olumsuz sonuçlar da doğurmuştur. Hastanede yatarak iyileşme gösteren ve gördüğü yardım sayesinde yaşamını tek başına

sürdürebilecek duruma gelen pek çok kişi kurum dışına çıktıktan sonra, dışarıdan terapi, ilaç denetimi, arkadaş, konut ve iş bulma bağlamında yeterli destek ve takip göremez (Smith ve diğ., 2014).

2.5.1 Psikolojik destek

Evsizlerin, mahkumların, akıl hastanelerinden çıkarılanların ve yıl içinde zihinsel bozukluk yaşayanların büyük çoğunluğunun zihinsel bozukluk tedavisine ihtiyacı vardır. Bu kişilerin profesyonel yardım gerektiren ancak hastaneye yatmayı gerektirmeyen hafif zihinsel bozuklukları vardır. Toplum akıl sağlığı merkezleri daha az ciddi zihinsel bozukluğu olan bireylere yardım etmek için kurulmuş merkezlerdir (Plotnik 2009). Örneğin ABD’de 1963 yılında imkanları kısıtlı ve ruh sağlığı problemi olan bu kişilere düşük ücretli veya bedava zihin sağlığı hizmeti sunan toplum ruh sağlığı merkezleri kurulmuştur. Bu merkezlerin hizmetleri arasında psikoterapi, destek grupları ve telefon kriz danışmanlığı bulunabiliyor (Plotnik 2009).

2.5.2 Psikiyatrik tedavi

Zihinsel problemler dolayısıyla profesyonel yardıma ihtiyaç duyanlar için farklı tedavi yöntemleri mevcuttur. Bazıları sadece psikoterapi kullanırken bazıları sadece ilaç kullanır ve bazıları ise ikisinin karışımını kullanırlar. Bu farklı terapiler; içgörü terapisi, bilişsel-davranışsal terapi ve tıbbi terapi olarak üç gruba ayrılabilir (Plotnik 2009). Psikoterapi, insan problemlerini hafifletmeyi ve toplumda etkin işleyişi sağlama amacını paylaşan çeşitli psikolojik müdahaleleri kapsar (Smith ve diğ., 2014). Akıl hastalıklarının fiziksel hastalıklarda olduğu gibi beyindeki biyokimyasal ya da fizyolojik işlev bozukluklarından kaynaklandığını varsayan yaklaşıma ise biyolojik yaklaşım denir. Biyolojik terapilere örnek olarak; antipsikotik ve antidepresan ilaç kullanımı ile elektrokonvülsif terapi sayılabilir (Smith ve diğ., 2014).

2.6 İnanç ve Tutum Kavramları

2.6.1 İnanç

İnsanlık tarihinin başlangıcı ile birlikte inanç kavramı toplumun sosyokültürel, ahlaki yapısına yön ve şekil veren değerler sistemi olarak gelişmiş olup günlük yaşamda

sıkça duyulan toplumsal normların içerisinde yerleşmiştir (Çam ve Bilge 2007, Aydıner 2009). Bireylerin iç dünyalarının bir yönü ile ilgili algıların ve tanımlardan kaynaklanan süreklilik gösteren duygular örüntüsüne inançlar denmektedir. İnsanlarda ilk inançlar doğa olaylarının iyi ve kötü şekilde meydana gelmesinin algılanıp, zihinlerde yer etmesinden doğmuştur. İnançlar, pek çok durumda bireysel ilkelerin kaynağı haline gelen, içeriğinde bilgi, kanaat ve imanı bulunduran psikolojik bir olaydır. İnsanlar, davranış ve tutumları sayesinde bilgi, kanaat ve inançlarını açığa vurmak istedikleri zaman bunu belli edebilirler (Eren 2014).

Kelime anlamıyla inanç, inanılan şey, görüş, öğreti, bir düşünceye bağlı bulunma, bir dine inanma anlamında kullanılmaktadır. Kişilerin sağlık ve hastalık hakkındaki duygularını, yaşam biçimini, tutumlarını etkileyerek davranışlarına rehberlik ederler (Aydıner 2009). Tutumların temel bileşenlerinden bilişsel bileşenle ilgili olan inanç, nesne hakkındaki görüş, genel bilgiler ve nesneye ilişkin değerlendirmeleri içermektedir (Çam ve Bilge 2007).

İlk kez Allport tarafından sosyal psikoloji bağlamında ele alınan inanç kavramı, ilkel ya da gelişmiş olsun bütün toplumlarda çok önemli bir yer tutar. Allport'a göre, önyargılı, katı ve belirsizliğe karşı toleransı düşük bir bilişsel yaklaşım bir grubun özüne ilişkin inançlar taşımaya sebep olur. Son derece sabitleşmiş, yerleşmiş genel kanılar, belirli bir konudaki düşüncenin ileri düzeyde kabul görmesiyle inançları oluşturur. İnançlar milyonlarca yıl kişilerarası ilişkileri düzenleyerek insanların yaşam düzenini kararlaştıran yazılı olmayan yasalar niteliğindedir (Ziyalar 1999).

İnançlar, algılar ve bilişlerin kendi içlerinde örgütlenmesinden doğmaktadır. Bir konu ile ilgili olarak bireylerin bilişlerinin tümüne inanç diyebiliriz. Kişiler herhangi bir şeye inandığını söylüyorsa, aynı zamanda kendisi için o konuyla ilgili gerçeği ifade etmektedir. Bireyin bir konudaki geçmiş tecrübelerini özetleyen inançlar; gerçek, dayanaksız ya da yanlış olmasına bakmadan, kişinin gelecekteki olayları algılamasını, yorumlamasını etkilemektedir (Çam ve Bilge 2007).

2.6.2 Tutum

“Tutum, bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir” (Kağıtçıbaşı 2014). Bu psikolojik eğilim objeye karşı olumlu ya da olumsuz yaklaşma şeklinde ortaya çıkar (Kağıtçıbaşı 2014). Bir başka tanıma göre tutum; bir kişiye, gruba, fikre, duruma

karşı nispeten yerleşmiş ve değişmez bir özgün tepkide bulunma eğilimi olup, sosyal öğrenmenin ve deneyimlerin, duyguların karmaşık ürünleridir (Bağ 2003, Bingöl 2004). Allport'a göre tutum kavramının gelişiminin başlarında, kamusal tutumlar bireysel tutumlardan ayırt edilmişse de bu gün için böyle bir ayırım yapılmamakta ve tutumlar bireysel olarak el alınıp ölçülmektedir (Bağ 2003, Kağıtçıbaşı 2014).

Tutumlar bilişsel, duygusal ve davranışsal öğeleri içerirler, davranışları etkilerler ve zamanla değişirler. Bir tutumun oluşturduğu sadece davranış eğilimi ya da duygu değil, düşünce-duygu-davranış eğilimi bütünleşmesidir Çünkü tutumlarda söz konusu olan, düşünce, duygu ve davranışların düzenliliğidir (Aydöner 2009, Kağıtçıbaşı 2014). Her tutum bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerle belirlenen ve bireyin tutum nesnesine ilişkin düşüncesinden, bilgi ve inançlarından, duygu ve değerlendirmesinden, davranışından oluşur (Bilge 2006, Çam ve Bilge 2007). Bilişsel, duygusal davranışsal öğelerin hepsi, yerleşmiş ve güçlü tutumlarda tam olarak bulunurlar. Bazı daha zayıf tutumlarda ise özellikle davranışsal öge çok zayıf olabilir (Kağıtçıbaşı 2014).

Tutumlar, gözlenebilen bazı davranışlara yol açtığı varsayılan niyetlerin arkasında gizlenen bazı eğilimlerdir. Bu özelliklerinden dolayı olayları incelemede ara değişken olarak kullanılabilirler (Kağıtçıbaşı 2014). Çünkü insan davranışlarını etkileyen ancak direkt gözlenemeyen tutumlar, belirli değer yargılarının ve inançların arkasında gizlidirler. Tutumlar yaşam olayları karşısında davranış ve hareket biçimleri olarak şekillenirler. “Dolayısıyla tutum; belirli değer yargılarına ve inançlarına bağlı olarak oluşan, bireyin kendi dünyasının (iç aleminin) bir yönü ile ilgili olarak ortaya çıkan coşku ve tanıma süreçleridir” (Eren 2014). Tutumlar dayandıkları inanç ve değer yargıları devam ettikçe, varlıklarını sürdürürler. Tutumların içerisinde o konu konuyla ilgili inançlar da bulunur; ancak belli bir tutum içinde bütün inançların mutlak surette var olduğu söylenemez. İnançlar tutum yapıları içinde özelliğini kaybedebilir ve değişebilir (Eren 2014).

2.6.3 Tutumların Oluşumu

Tutum oluşumuyla ilgili pek çok kuram sayılabilir. Örneğin Fischbein ve Ajzer, tutumları bilgilendirme süreci tarafından biçimlenen bir kavram olarak nitelerler ve tutumların insanların tutum nesnesine yönelik sahip olduğu inançlardan oluştuğunu söylerler. Farklı çevrelerde büyüyen benzer tutumlara sahip çift yumurta ikizleriyle

ilgili çalışmalardan sonra başka bir grup araştırmacı ise; tutumların genetik bir temeli olacağını ileri sürmüşlerdir. Bu bulgulara karşın Myers, tutumların toplumsallaşma süresinde karşılaşılan durum ve koşullarda öğrenildiğini öne sürmüştür. Sosyolog ve psikologlar tarafından en fazla bu kuram kabul görmüştür (Bağ 2003). Bandura, davranış ve tutumların ebeveyn ve arkadaşlar tarafından sergilenen davranış ve eylemlerin yansılama ve gözlenmesiyle öğrenildiğini söyler. Örneğin bir kişi bir başkasının belirli bir yiyecek ve içecekten hoşlandığını gözlemlediğinde, kendi bireysel damak tadına uymasa bile aynı içeceği ve yemeği seğer ve onlardan hoşlanabilir (Bağ 2003, Bingöl 2004).

Tutumlar yaşantılar yoluyla sonradan öğrenirler yani insanlar tutumlarla birlikte dünyaya gelmezler. İnsanlar belli konular, objeler ya da kişiler hakkındaki tutumlarını kendi deneyimlerinden ya da ana-baba, arkadaşlar, sosyal çevre ve medya gibi başka kaynaklardan da edinebilirler (Çam ve Bilge 2011, Kağıtçıbaşı 2014). Bu tecrübelerin etkileri arasında doğup yaşadığı çevre, cinsiyet, eğitim, sosyal mevkii vs. bireysel özellikleri sayılabilir (Eren 2014). Tutumlarla ilgili yapılan bazı araştırmalar tutumların çok erken yaşlarda oluşabildiğini göstermiştir. Örneğin (Clark ve Clark, 1958) ABD de yapılan ve bu gün klasik sayılan bir araştırma üç yaşındaki zenci çocukların insanlarda siyah-beyaz ayrımı yapabildiklerini ve beyazı siyaha üstün gördüklerini ortaya koymuştur. 2001 yılında Augoustinos ve Rosewarne, çocukların dört yaşına geldiklerinde kültürel kalıp yargıları bildiklerini ve desteklediklerini belirtmişlerdir. Bu araştırmalarda görüldüğu gibi, bireylerin tutumları, sosyal normları ve kültürel değerleri yansıtır (Kağıtçıbaşı 2014).

2.6.4 Tutumların Önemi

İnanç ve tutumlar insan hayatında çok önemli görev ve işlevleri vardır. Bunların başlıcaları; kişinin yaşamına devamlılık kazandırma, yorumlamak yoluyla kişisel deneyimleri anlamlandırma ve yaşam amaçlara ulaşma yolunda elinde bulunan ve olası yolların kıyaslanarak seğimine yardımcı olma özellikleri sayılabilir (Eren 2014).

Bireyin içinde yaşadığı gerçekliği ve dünyayı anlamasına, yaşam olaylarına bir anlam vermesine, öte yandan bilginin düzenlenmesine, yorumlanmasına tutumlar yardımcı olur. Ayrıca tutumlar bireylerin ihtiyaçlarını tatmin etmek, acıdan kaçınmak ve kendini gerçekteştirmek yolunda hedeflerine ulaşmasında da tutumlar işlev

gösterir. Tutumların geçmiş deneyimlerdeki ödül ve yaptırımlara göre şekillendiği söylenebilir. Dolayısıyla daha önce kişinin ödüllendirilmiş olduğu olay ve yaklaşımlardaki tutumlara benzer tutumlar geliştirilir, hoşlanılmayan deneyimlerde ise tersi söz konusu olabilir. Bireyin dış dünyadan gelebilecek olumsuz eleştiriler sonucunda zedelenebilecek olan kendine olan saygısının koruması amacıyla devreye girmesi de tutumların üçüncü işlevini oluşturur. Dördüncü bir işlev ise; değerlerin ifadesiyle kendisini gösteren, neden hoşlanıp hoşlanmadığı, desteklediği ya da karşı olduğunu açıklamasında bireye yardımcı olmasıyla ortaya çıkar (Bağ 2003).

Tutumun öğeleri, duygu, düşünce ve davranışla kendini gösterir. Davranış her zaman ortaya çıkmayabilir, ancak ortada davranış varsa tutum her zaman davranıştan önce gelir. Tutumlar davranışa yol açarlar ve davranışın gözlenmesi sonucunda belli bir tutumun var olduğuna dair bir atıf yapılır. Buradan yola çıkarak; bir kimsenin bir konuda ki tutumu biliniyorsa, o konudaki davranışı önceden tahmin edilebileceği de düşünülebilir. O zaman tutum hakkında bilgi sahibi olmakla bireylerin davranışlarını önceden tahmin etme olasılığı ortaya çıkıyor demektir ve bu da tutumların ölçülmesinin değerini ortaya koymuş olur (Kağıtçıbaşı 2014).

Sağlığa yönelik inanç ve tutumlar koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon süreçlerinde bireyleri etkilemektedir (Çam ve Bilge 2011). Sağlık ve hastalık kavramları konusunda her toplumun kendi iç dinamiklerinden kaynaklanan farklı değer yargıları ve inançları vardır. Ruh sağlığı sorunları gibi genellikle olumsuz inanç ve tutumların neden olan değer yargıları ve inançlar ayrıca önem kazanmaktadır (Arı ve Öz 2005).

Günümüzde önceki dönemlere nazaran hızlı toplumsal değişim ve sorunlardan kaynaklanan durumlar beraberinde tutum ve inançlarda da hızlı bir değişim yaratmaktadır. Toplumların diğer konulardaki tutumları gibi ruh hastalıklarına yönelik tutumları da bu değişen süreçten etkilenerek değişime uğrayabilir. Gelecekteki toplum sağlığının önemli bir bileşeni olan ruh sağlığı politikalarının ve ihtiyaç olan kurumların geliştirilmesinde toplumsal tutumların tarihsel süreçteki değişiminin ve mevcut durumlarının belirlenmesi rehberlik yapabilir. Son yıllarda özellikle ruhsal sorunları olan bireylere karşı bu alanda çalışan personelin tutumları giderek önem kazanmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamaktan rehabilitasyon aşamasına kadar etkin ve verimli olması genelde toplumun tüm kesimlerinin, özelde de ruh sağlığı alanındaki sağlık personelinin ruhsal bozukluklar

ve ruhsal sorunlu bireylere yönelik olumlu tutumlar geliştirmeleriyle ilgilidir (Arı ve Öz 2005, Işık 2010).





3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının bazı sosyodemografik değişkenler açısından incelemek üzere tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul İli'nde bir vakıf üniversitesin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim görmekte olan 4000 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmaya örneklem seçimi yapılmadan tüm öğrencilerin alınması planlanmıştır. Ancak anketlerin uygulanması sırasında öğrencilerin sınav dönemi olduğu için ulaşılamayan ve kişisel nedenlerle katılmayacaklarını bildiren öğrenciler araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Araştırmanın örneklemi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim görmekte olan öğrenciler arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 400 öğrenci oluşturmuştur. 400 öğrencinin çalışmanın geçerlilik ve güvenilirliği için yeterli sayıda olduğu örneklem yeterliliği formülüyle test edilmiştir.

3.3 Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma 01.04.2016-01.06.2016 tarihleri arasında; 2015-2016 eğitim-öğretim döneminde İstanbul İli'ndeki bir vakıf üniversitesinin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerine uygulanmıştır. Katılımcılara araştırma ile ilgili bilgilendirme yapılarak, anlaşılamayan yerlerde gerekli açıklayıcı bilgi verilmiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği” ve “Ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği” ile toplanmıştır.

3.4.1 Kişisel bilgi formu

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel özellikler formu, katılımcıların sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri, ruhsal hastalıklar konusunda bilgi ve karşılaşma durumu, kendilerinde ya da yakınlarında ruhsal sorun varlığı, daha önce kendilerinin ya da bir yakınlarının psikolojik ya da psikiyatrik destek alma durumlarına yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2 Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği-RHİÖ

“Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği; Likert tipi 6’lı bir ölçek olup, ölçeğin puanlaması; Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5 şeklindedir. Ölçek “tehlikeli”, “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma” ve “utanma” olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam ölçek Cronbach Alpha katsayısı .82, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği .80, Tehlikeli alt ölçeği .71 ve Utanma alt ölçeği .69 olarak belirlenmiştir” (Bilge ve Çam, 2008).

“Tehlikeli Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseden bu boyut 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 13. Maddelerden oluşmaktadır” (Bilge ve Çam, 2008).

“Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarından bahseden bu alt boyut 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20 ve 21. Maddelerden oluşmaktadır. Bireyin ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki sürecinde duygusal etkilenmeleri dolayısıyla kendini engellemesini ve çaresizlik yaşandığını ifade eder” (Bilge ve Çam, 2008).

“Utanma Alt Ölçeği: Ruhsal hastalığa yönelik bireylerin utanma duygusu yaşadığını ifade eden bu alt ölçek 12. ve 15. Maddelerden oluşmaktadır” (Bilge ve Çam, 2008).

“Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir” (Bilge ve Çam, 2008).

3.4.3 Ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği (RSTTÖ)

Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği; Bağ (2003) tarafından aktarıldığı üzere; ilk olarak 1979 yılında, Taylor ve Dear (1981) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise Bağ (2003) tarafından yapılmıştır.

“Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği; Likert tipi 5’li bir ölçek olup puanlaması, Tamamen Katılıyorum:1, Katılıyorum: 2, Kararsızım: 3, Katılmıyorum: 4, Kesinlikle Katılmıyorum: 5 şeklindedir” (Bağ 2003).

“Ölçek 21 madde ve üç alt ölçekten oluşmakta, Cronbach Alpha değeri 0.72’dir. İyi Niyet ve Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt ölçeğinden alınan toplam puanın yüksekliği olumlu tutumu ifade etmektedir. Korku/Dışlama alt ölçeğinden alınan toplam puanın yüksekliği olumsuz tutumu ifade etmektedir” (Bağ 2003).

1. Faktör (Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi): 3, 5, 7, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 21 no’lu maddelerden oluşmaktadır.

2. Faktör (iyi niyet): 2, 4, 6, 9, 11, 13, 16, 18, 20’nolu maddelerden oluşmaktadır.

3. Faktör (korku/dışlama): 1 ve 8’nolu maddelerden oluşmaktadır.

3.5 Verilerin Toplanması

Çalışmanın katılımcılarına veri toplama formlarını uygulamadan önce araştırmanın yapıldığı üniversitenin etik kurulundan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yapılacağı yüksekokul müdürlüğünden izin alınmıştır. Çalışmanın amacı hakkında katılımcılar sözel olarak bilgilendirilmiş ve katılımcılardan çalışmayı kabul edenler örneklem grubuna alınmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından veri toplama formlarının katılımcılara dağıtılıp toplanması yoluyla Nisan-Haziran 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda t testi, nonparametric bağımsız grupların karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Pearson yöntemi ile korelasyon analizleri yapıldı. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma 01.04.2016 ile 01.06.2016 tarihleri arasında, 2015-2016 Eğitim döneminde Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda öğrenim görmekte olan öğrenciler ile sınırlıdır.

Araştırmanın yapıldığı tarihte sınav dönemi olması dolayısıyla tüm öğrencilere ulaşılamamıştır.

Öğrencilerden bilimsel çalışmaları kişisel nedenlerle önemsemeyerek ya da çalışmaya katılmanın gerektirdiği süreyi uzun bularak çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışma kapsamından çıkarılmıştır.

3.8 Araştırma Etiği

Araştırma için Üniversitenin Etik Kurulu'ndan ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük ilkesi göz önünde bulundurulmuş, öğrencilerden sözlü onam alınmıştır.

3.9 Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri

Ülkemizde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları etkileyen faktörleri araştıran çalışmalar giderek artmaktadır. Bu çalışmanın bu konuda geliştirdiği sorular ve hipotezler şöyledir:

1. SHMYO öğrencilerinin sınıfları ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını etkilemekte midir? Birinci ve ikinci sınıf öğrencileri ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından farklılaşmakta mıdır?

Beklenti, SHMYO ikinci sınıf öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının daha olumlu olacağı üzerinedir. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından herhangi bir eğitim almamış olan birinci sınıf öğrencilerine göre

anlamalı bir farklılık söz konusu olacaktır. Bu da ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlar ölçeğinde ikinci sınıf öğrencilerinin, birinci sınıf öğrencilerinden anlamalı olarak farklılaşacağı anlamına gelmektedir.

2. Öğrencilerin cinsiyetleri ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını etkilemekte midir? Kız ve erkek öğrenciler ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından farklılaşmakta mıdır?

Beklenti, kız öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının daha olumlu olacağı üzerinedir. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından erkek öğrencilere göre anlamalı bir farklılık söz konusu olacaktır. Bu da ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlar ölçeğinde kız öğrencilerin, erkek öğrencilerden anlamalı olarak farklılaşacağı anlamına gelmektedir.

3. Öğrencilerin anne-baba eğitim durumları ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını etkilemekte midir? Anne-baba eğitimi yüksek olan öğrenciler, düşük olanlardan ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından farklılaşmakta mıdır?

Beklenti, öğrencilerin anne-baba eğitim durumu yüksek olanların düşük olanlara göre ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının daha olumlu olacağı üzerinedir. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından anne-baba eğitim durumu düşük olanlara göre anlamalı bir farklılık söz konusu olacaktır. Bu da ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlar ölçeğinde anne-baba eğitimi yüksek olanların, anne-baba eğitimi düşük olanlardan anlamalı olarak farklılaşacağı anlamına gelmektedir.

4. Öğrencilerin ailelerinin aylık gelir durumları ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını etkilemekte midir? Ailesinin gelir düzeyi yüksek olan öğrenciler, düşük olanlardan ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından farklılaşmakta mıdır?

Beklenti, öğrencilerin ailelerinin aylık gelir durumu yüksek olanların düşük olanlara göre ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının daha olumlu olacağı üzerinedir. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından aile gelir durumu düşük olanlara göre anlamalı bir farklılık söz konusu olacaktır. Bu da ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlar ölçeğinde aile gelir durumu yüksek olanların,

anne-baba aile geliri düşük olanlardan anlamlı olarak farklılaşacağı anlamına gelmektedir.

5. Öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi sahibi olma durumları ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları etkilemekte midir? Daha önceden bilgi sahibi olan öğrenciler, bilgi sahibi olmayanlardan ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından farklılaşmakta mıdır?

Beklenti, ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olanların olmayanlara göre ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının daha olumlu olacağı üzerinedir. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından bilgi sahibi olmayanlara göre anlamlı bir farklılık söz konusu olacaktır. Bu da ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlar ölçeğinde bilgi sahibi olanların, bilgi sahibi olmayanlardan anlamlı olarak farklılaşacağı anlamına gelmektedir.

7. Öğrencilerin ruhsal hastalığı olan kişilerle karşılaşma durumları ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları etkilemekte midir? Daha önceden ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşmış öğrenciler, karşılaşmayanlardan ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından farklılaşmakta mıdır?

Beklenti, daha önce ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşmış olanların olmayanlara göre ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının daha olumlu olacağı üzerinedir. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşmamış olanlara göre anlamlı bir farklılık söz konusu olacaktır. Bu da ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlar ölçeğinde ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşmış olanların, karşılaşmamış olanlardan anlamlı olarak farklılaşacağı anlamına gelmektedir.

8. Öğrencilerin kendisinde ya da bir yakınlarında ruhsal hastalık varlığı durumu ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları etkilemekte midir? Kendisinde ya da bir yakınında ruhsal hastalık olan öğrenciler, olmayanlardan ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından farklılaşmakta mıdır?

Beklenti, kendisinde ya da bir yakınlarında ruhsal hastalık olanların olmayanlara göre ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının daha olumlu olacağı üzerinedir. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından kendisinde ya da yakınında ruhsal hastalık olmayanlara göre anlamlı bir farklılık söz konusu olacaktır. Bu da ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlar ölçeğinde kendisinde ya da

yakınında ruhsal hastalık olanların, ruhsal hastalık olmayanlardan anlamlı olarak farklılaşacağı anlamına gelmektedir.

9. Öğrencilerin kendisinin ya da bir yakının psikolojik destek/psikiyatrik tedavi alma durumu ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları etkilemekte midir? Kendisi ya da bir yakını psikolojik destek/psikiyatrik tedavi alan öğrenciler, almayanlardan ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından farklılaşmakta mıdır?

Beklenti, kendisi ya da bir yakını psikolojik destek/psikiyatrik tedavi alanların almayanlara göre ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının daha olumlu olacağı üzerinedir. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları açısından kendisi ya da bir yakını psikolojik destek/psikiyatrik tedavi almayanlara göre anlamlı bir farklılık söz konusu olacaktır. Bu da ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlar ölçeğinde kendisi ya da bir yakını psikolojik destek/psikiyatrik tedavi alanların, almayanlardan anlamlı olarak farklılaşacağı anlamına gelmektedir.



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının bazı sosyodemografik değişkenler açısından incelenmeyi amaçlayan bu araştırmanın bulguları üç ana başlık altında sunuldu.

4.1. SHMYO Öğrencilerinin Kişisel/Ailesel (Sosyodemografik) Özellikleri ve Ruhsal Hastalığa Yönelik Bilgi ve Karşılaşma Durumları

4.2. SHMYO Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutumları

4.3. SHMYO Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ve Tutumlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerle Kıyaslanması

4.1 SHMYO Öğrencilerinin Kişisel/Ailesel (Sosyodemografik) Özellikleri ve Ruhsal Hastalığa Yönelik Bilgi ve Karşılaşma Durumları

Çizelge 4.1 : SHMYO öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri (n=400)

Sosyodemografik Özellikleri	n	%
Yaşınız		
17-19	132	33,0
20-22	215	53,8
23-25	53	13,3
Cinsiyetiniz		
Kadın	269	67,3
Erkek	131	32,8
Sınıfınız		
1.Sınıf	340	85,0
2.Sınıf	60	15,0
Medeni durumunuz		
Bekar	387	96,8
Evli	13	3,3
Anne-babanızın durumu		
İkisi de sağ, birlikte	352	88,0
İkisi de sağ, ayrı	24	6,0
Sadece anne veya baba sağ	24	6,0
Annenizin eğitim durumu		
Yok	5	1,3
İlkokul	181	45,3
Ortaokul	88	22,0
Lise	100	25,0
Yüksek Okul	8	2,0
Üniversite	18	4,5

Çizelge 4.1 : (devam) SHMYO öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri (n=400)

Sosyodemografik Özellikleri	n	%
Babanızın eğitim durumu		
Yok	2	,5
İlkokul	121	30,3
Ortaokul	87	21,8
Lise	135	33,8
Yüksek Okul	18	4,5
Üniversite	35	8,8
Y. Lisans/ Doktora	2	,5
En uzun yaşadığınız yer		
Kent	211	52,8
İlçe	164	41,0
Köy	25	6,3
Ailenizin aylık gelir durumu nasıldır?		
0 – 850 TL	15	3,8
850 TL – 1500	67	16,8
1500 TL – 2500	125	31,3
2500 TL – 3500	110	27,5
3500 TL ve üzeri	83	20,8

Araştırma kapsamına alınan 400 SHMYO öğrencisinin sosyodemografik özellikleri Çizelge 4.1’de görülmektedir. Öğrencilerin çoğunlukla 20 ile 22 yaş grubunda, %67,3’ünün kadın, %96,8’ini bekar öğrenciler oluşturmaktadır.

Öğrencilerin anne-babalarının durumlarına bakıldığında; %88’inin sağ ve birlikte, %24’ünün ikisi de sağ ve ayrı, %24’ünün ise tek ebeveyninin hayatta olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin anne-baba eğitim durumu incelendiğinde; yaklaşık yarısının (%45) annesinin ilkokul mezunu ve babalarının ise %33,8’inin lise, %30,3’ünün ortaokul mezunu olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %52,8’inin en uzun yaşadığı yer kent olup, %31,3’ünün ailesinin aylık gelirleri 1500 TL ile 2500 TL arasındadır.

Çizelge 4.2 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi ve karşılaşma durumları (n = 400)

Ruhsal Hastalıklara Yönelik Özellikleri	n	%
Ruhsal hastalıklar konusunda daha önceden bilginiz var mı?		
Evet	252	63,0
Hayır	148	37,0
Daha önce ruhsal hastalığı olan birey/bireylerle karşılaştınız mı?		
Evet	258	64,5
Hayır	142	35,5
Varsa ruhsal hastalığı olan bireyle yakınlık dereceniz nedir?		
Akraba-aile dostu	77	29,8
Arkadaş	110	42,6
Komşu	71	27,5
Varsa ruhsal hastalığı olan yakınınızın hastalığını nedir?		
Depresyon	126	48,8
Anksiyete	29	11,2
Kişilik bozukluğu	39	15,1
Şizofreni	35	13,6
Diğer	29	11,2
Varsa ruhsal hastalığı olan yakınınızla aynı evde mi yaşıyorsunuz?		
Evet	18	7,0
Hayır	240	93,0
Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı?		
Evet	57	14,3
Hayır	343	85,8
Varsa ruhsal hastalığınız nedir?		
Depresyon	29	50,9
Anksiyete	6	10,5
Kişilik bozukluğu	1	1,8
Diğer	21	36,8

Çizelge 4.2 : (devam) SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi ve karşılaşma durumları (n = 400)

Ruhsal Hastalıklara Yönelik Özellikleri	n	%
Ruhsal hastalık sebebiyle psikolojik destek aldınız mı?		
Evet	51	12,8
Hayır	349	87,3
Ruhsal hastalık sebebiyle bir yakınınız psikolojik destek aldı mı?		
Evet	148	37,0
Hayır	252	63,0
Ruhsal hastalık sebebiyle psikiyatrik tedavi aldınız mı?		
Evet	39	9,8
Hayır	361	90,3
Ruhsal hastalık sebebiyle bir yakınınız psikiyatrik tedavi aldı mı?		
Evet	126	31,5
Hayır	274	68,5
Ruhsal hastalık sebebiyle ilaç kullandınız mı?		
Evet	32	8,0
Hayır	368	92,0
Psikolojik destek aldıysanız faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	43	84,3
Hayır	8	15,7
Psikiyatrik tedavi aldıysanız faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	31	79,5
Hayır	8	20,5
Psikolojik destek aldıysanız çevreniz faydalı olduğunu düşünüyor mu?		
Evet	39	76,5
Hayır	12	23,5
Psikiyatrik tedavi aldıysanız çevreniz faydalı olduğunu düşünüyor mu?		
Evet	34	87,2
Hayır	5	12,8

“Ruhsal hastalıklar konusunda daha önceden bilginiz var mı?” sorusuna katılımcıların %63 oranında büyük çoğunluğu “Evet” cevabı vermiş olup yine çoğunluğu (%64) daha önce ruhsal hastalığı olan bir birey/bireylerle karşılaştığını belirtmiştir (Çizelge 4.2).

“Varsa ruhsal hastalığı olan bireyle yakınlık dereceniz nedir?” sorusuna öğrencilerin %42,6’sı arkadaş yanıtını verirken, %29,8 akraba-aile dostu, %27,5 ise komşu olduğunu belirtmişlerdir. Ruhsal hastalığı olan bir yakını olduğunu belirtenlerden %48,8’i yakınının hastalığını depresyon olarak ifade etmiştir. Öğrencilerin kendisinin ruhsal hastalığa sahip olduğunu ifade edenlerin oranı %14,3 olup, bunların %50,9’u hastalığının depresyon olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılardan ruhsal hastalık sebebiyle kendisi psikolojik destek alanların oranı %12,8, bir yakını psikolojik destek alanlar ise %37 olarak bulunmuştur. Yine ruhsal hastalık sebebiyle psikiyatrik tedavi gördüğünü ifade edenler %9,8 olup, bir yakının psikiyatrik tedavi aldığını ifade edenler %31,5 olarak saptanmıştır. “Ruhsal hastalık sebebiyle ilaç kullandınız mı?” sorusuna ise büyük çoğunluğu (%92) hayır cevabı verirken, %8 gibi küçük bir oranda evet cevabı verilmiştir.

Psikolojik destek aldığını söyleyen öğrencilerin %84,3’ü, psikiyatrik tedavi aldığını söylerin %79,5’i aldıkları destek/tedavinin faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda bu öğrencilerden psikolojik destek alanların %76,5’i ve psikiyatrik tedavi alanların %87,2’si aldıkları destek/tedavinin faydalı olduğunu çevrelerinin de ifade ettiğini söylemişlerdir.

4.2 SHMYO Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumları

Çizelge 4.3 : Öğrencilerin RHIÖ’den aldıkları puan ortalamaları

RHIÖ ALT BOYUTLARI	N	Minimum Puan	Maksimum Puan	X±SS
TEHLİKELİ	400	3	40	22,88±6,95
ÇARESİZLİK	400	0	60	27,74±12,35
UTANMA	400	0	10	1,28±2,37
TOPLAM	400	7	110	51,90±18,59

Öğrencilerin, RHIÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Çizelge 4.3’te gösterilmiştir. Öğrencilerin RHIÖ toplam puanından 51,90±18,59, tehlikeli alt ölçeğinden 22,88±6,95, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden 27,74±12,35 ve utanma alt ölçeğinden 1,28±2,37 puan aldığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.4 : Öğrencilerin RSTTÖ’den aldıkları puan ortalamaları

RSTTÖ ALT BOYUTLARI	N	Minimum Puan	Maksimum Puan	X±SS
İDEOLOJİ	400	10	41	28,63±4,49
İYİNİYET	400	10	39	27,98±4,73
KORKU	400	2	10	6,17±1,85
TOPLAM	400	22	86	62,78±8,54

Çalışmaya katılanların RSTTÖ ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 62,78±8,54 bulunmuştur (Minimum puan 22, maksimum puan 86). RSTTÖ alt ölçek puanlarında; “Korku/dışlama” boyutundan 6,17±1,85, “İyi niyet” boyutundan 27,98±4,73 ve “Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi” boyutunda en yüksek puan 28,63±4,49 alınmıştır.

Çizelge 4.5 : SHMYO öğrencilerinin RHİÖ ve alt grup puanları ile ilgili korelasyon analizi

	TEHLİKELİLİK		ÇARESİZLİK		UTANMA	
	r	p	r	p	r	p
ÇARESİZLİK	,690	,000***				
UTANMA	,139	,006**	,278	,000***		
RHİÖ	,850	,000***	,958	,000***	,364	,000***

SHMYO öğrencilerinin RHİÖ ve alt grup puanları ile ilgili varyans analizi sonucuna göre, utanma alt boyutu ile tehlikelilik, çaresizlik ve RHİÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı pozitif korelasyon vardır ($r=0,14$ $r=0,28$ ve $r=0,36$). RHİÖ toplam ile tehlike ve çaresiz alt boyutu arasında kuvvetli derecede anlamlı pozitif korelasyon vardır ($r=0,85$ ve $r=0,96$). Tehlike ve çaresiz alt boyutu arasında orta derecede anlamlı pozitif korelasyon vardır ($r=0,70$).

Çizelge 4.6 : SHMYO öğrencilerinin RSTTÖ ve RHiÖ alt grup puanları ile ilgili korelasyon analizi

	TEHLİKELİLİK		ÇARESİZLİK		UTANMA		RHiÖ-toplam	
	r	p	r	p	r	P	r	p
İDEOLOJİ	-,080	,109	-,107	,032*	-,131	,009**	-,118	,018*
İYİNİYET	-,062	,213	-,132	,008**	-,158	,001** *	-,131	,009**
KORKU	-,134	,007**	-,175	,000** *	-,034	,499	-,171	,001** *
RSTTÖ	-,106	,034*	-,167	,001** *	-,164	,001** *	-,172	,001** *

SHMYO öğrencilerinin RSTTÖ ve RHiÖ alt grup puanları ile ilgili korelasyon analizi Çizelge 4.6’te gösterilmiştir. Tehlikelilik alt boyutu ile korku ve RSTTÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı negatif korelasyon vardır ($r=-0,13$ ve $r=-0,11$).

Çaresizlik alt boyutu ile ideoloji, iyi niyet, korku ve RSTTÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı negatif korelasyon vardır ($r=-0,11$ ve $r=-0,13$ $r=-0,18$ ve $r=-0,17$). Utanma alt boyutu ile ideoloji, iyi niyet ve RSTTÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı negatif korelasyon vardır ($r=-0,13$ ve $r=-0,16$ ve $r=-0,16$). RHiÖ-toplam ile ideoloji, iyi niyet, korku ve RSTTÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı negatif korelasyon vardır ($r=-0,12$ ve $r=-0,13$ $r=-0,17$ ve $r=-0,17$).

4.3 SHMYO Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ve Tutumlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerle Kıyaslanması

Çizelge 4.7 : SHMYO öğrencilerinin yaş gruplarına göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

YAŞ	17-19		20-22		23-25		χ^2	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,70	6,71	22,45	7,19	25,08	6,21	7,214	,027*
ÇARESİZ	27,70	12,30	27,15	12,47	30,23	11,90	1,992	,369
UTANMA	1,48	2,52	1,16	2,34	1,28	2,10	2,324	,313
RHİÖ	51,89	18,50	50,76	18,94	56,58	16,96	4,382	,112
IDEOLOJİ	29,08	4,25	28,58	4,63	27,72	4,46	3,499	,174
İYİNİYET	27,99	4,61	28,03	4,87	27,70	4,54	,710	,701
KORKU	6,18	1,86	6,25	1,84	5,83	1,91	1,489	,475
RSTTÖ	63,25	8,25	62,87	8,99	61,25	7,30	3,131	,209

Öğrencilerin yaş grupları arasında RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, RSTTÖ toplam ve alt ölçekleri bakımından anlamlı bir farklılık yoktur.

Çizelge 4.8 : SHMYO öğrencilerinin cinsiyetlerine göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

Cinsiyetiniz	Kadın		Erkek		z	p
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	23,01	6,80	22,61	7,27	-,569	,569
ÇARESİZ	27,04	12,60	29,18	11,74	-1,707	,088
UTANMA	1,22	2,31	1,41	2,50	-,842	,400
RHİÖ	51,27	18,83	53,21	18,12	-,879	,379
IDEOLOJİ	28,84	4,30	28,21	4,85	-1,442	,149
İYİNİYET	28,39	4,75	27,11	4,58	-3,086	,002**
KORKU	6,45	1,84	5,60	1,78	-4,215	,000***
RSTTÖ	63,68	8,25	60,92	8,87	-3,380	,001***

Kız öğrencilerin iyi niyet, korku, RSTTÖ toplam puanları erkek öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p < 0,05$). Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Çizelge 4.9 : SHMYO öğrencilerinin sınıflarına göre RHİÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

Sınıfınız	1.Sınıf		2.Sınıf		z	p
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,82	6,95	23,18	6,99	-,127	,899
ÇARESİZ	27,45	12,39	29,37	12,11	-1,095	,274
UTANMA	1,26	2,36	1,42	2,47	-,805	,421
RHİÖ	51,54	18,54	53,97	18,92	-,861	,389
IDEOLOJİ	28,71	4,25	28,18	5,71	-,187	,851
İYİNİYET	27,91	4,70	28,33	4,92	-1,090	,276
KORKU	6,21	1,84	5,98	1,99	-,783	,434
RSTTÖ	62,83	8,17	62,50	10,52	-,377	,706

Öğrencilerin sınıfları arasında RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, RSTTÖ toplam ve alt ölçekleri bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.10 : SHMYO öğrencilerinin medeni durumlarına göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

Medeni durumunuz	Bekar		Evli		z	p
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,86	6,96	23,38	6,85	-,409	,683
ÇARESİZ	27,78	12,36	26,69	12,63	-,390	,696
UTANMA	1,30	2,40	,77	1,54	-,410	,682
RHİÖ	51,94	18,62	50,85	18,52	-,200	,841
IDEOLOJİ	28,61	4,53	29,31	2,93	-,492	,623
İYİNİYET	27,94	4,71	29,15	5,23	-,940	,347
KORKU	6,16	1,87	6,54	1,66	-,713	,476
RSTTÖ	62,70	8,60	65,00	6,75	-,773	,440

Öğrencilerin medeni durumlarına göre RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, RSTTÖ toplam ve alt ölçekleri bakımından anlamlı bir farklılık yoktur. ($p>0,05$).

Çizelge 4.11 : SHMYO Öğrencilerinin anne-baba durumuna göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

Anne- babanızın durumu	İkisi de sağ, birlikte		İkisi de sağ, ayrı		Sadece anne veya baba sağ		χ^2	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,84	6,98	23,79	6,95	22,46	6,74	,525	,769
ÇARESİZ	28,09	12,62	25,96	11,66	24,38	7,92	2,309	,315
UTANMA	1,22	2,33	1,42	2,19	2,13	3,01	5,556	,062
RHİÖ	52,15	18,90	51,17	18,41	48,96	14,19	,627	,731
IDEOLOJİ	28,61	4,51	28,58	3,82	29,04	5,01	1,507	,471
İYİNİYET	27,93	4,71	28,38	4,34	28,25	5,57	,496	,780
KORKU	6,10	1,87	7,38	1,50	6,00	1,67	10,594	,005**
RSTTÖ	62,64	8,59	64,33	6,23	63,29	9,90	1,246	,536

Anne - babası sağ ve ayrı yaşayan öğrencilerin korku puanları diğerlerinden anlamlı derecede fazladır ($p<0,01$). Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.12 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal sorunlu bireyle yakınlığına göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

yakınlık dereceniz	Akraba-aile dostu		Arkadaş		Komşu		χ^2	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
TOPLAM	1,01	,66	1,09	,62	1,10	,69	3,016	,221
TEHLIKE	22,95	6,44	22,45	7,32	23,27	6,39	,493	,781
ÇARESİZ	27,31	10,84	26,05	13,89	29,14	12,24	2,037	,361
UTANMA	,68	1,66	,86	1,95	1,63	2,79	6,854	,032*
RHİÖ	50,94	15,74	49,37	20,98	54,04	17,54	2,627	,269
IDEOLOJİ	28,78	4,39	28,99	4,47	28,39	4,66	,848	,654
İYİNİYET	27,87	4,89	28,55	4,25	27,75	5,21	1,135	,567
KORKU	6,32	1,83	6,18	1,86	6,20	1,83	,324	,851
RSTTÖ	62,97	8,83	63,73	7,91	62,34	8,75	1,282	,527

Komşusunda psikolojik rahatsızlığı olan öğrencilerin utanma puanları diğerlerinden anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$). Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.13 : SHMYO öğrencilerinin anne eğitim durumuna göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

Annenizin eğitim durumu	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		χ^2	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,70	6,75	21,78	7,61	23,63	6,97	24,92	5,35	5,428	,143
ÇARESİZ	27,71	11,67	25,76	12,54	28,93	13,19	30,08	12,85	3,623	,305
UTANMA	1,23	2,33	,92	2,12	1,41	2,39	2,42	3,10	8,970	,030*
RHİÖ	51,65	17,30	48,47	19,80	53,97	19,83	57,42	17,14	5,970	,113
IDEOLOJİ	28,53	4,10	29,05	4,05	28,75	5,14	27,50	5,80	2,180	,536
İYİNİYET	27,92	4,96	28,16	3,91	28,19	4,73	26,88	5,60	1,484	,686
KORKU	6,09	1,76	6,03	1,81	6,31	2,03	6,73	1,99	3,925	,270
RSTTÖ	62,54	8,46	63,24	6,80	63,25	9,37	61,12	11,04	2,091	,554

Anne eğitimi üniversite olan öğrencilerin utanma puanları diğerlerinden anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$). Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.14 : SHMYO öğrencilerinin baba eğitim durumuna göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

Babanızın eğitim durumu	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		χ^2	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,11	6,59	22,47	7,08	23,89	6,80	22,75	7,75	5,694	,128
ÇARESİZ	26,07	11,77	26,38	11,73	30,19	12,19	27,64	14,20	8,421	,038
UTANMA	1,17	2,32	1,05	2,18	1,39	2,49	1,67	2,47	4,133	,247
RHİÖ	49,35	17,22	49,90	18,12	55,46	18,48	52,05	21,52	8,514	,037*
IDEOLOJİ	28,68	4,00	28,53	3,93	28,72	5,12	28,45	4,82	,502	,919
İYİNİYET	28,11	4,67	28,09	4,42	27,75	4,74	28,04	5,39	,781	,854
KORKU	5,96	1,85	6,13	1,52	6,26	2,06	6,51	1,82	3,970	,265
RSTTÖ	62,76	8,00	62,75	7,12	62,73	9,35	63,00	9,87	,355	,949

Baba eğitimi lise olan öğrencilerin RHİÖ toplam puanları diğerlerinden anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$). Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.15 : SHMYO öğrencilerinin aylık gelir durumuna göre RHIÖ, RSTTÖ Alt grup puan ortalamalarının dağılımı

aylık gelir	850 TL – 1500		1500 TL – 2500		2500 TL – 3500		3500 TL ve üzeri		χ^2	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	24,33	7,11	23,60	6,94	22,60	6,55	22,69	7,21	,891	,828
ÇARESİZ	26,27	12,95	29,33	11,45	28,02	11,63	27,12	13,07	2,696	,441
UTANMA	,53	1,46	1,64	2,92	1,30	2,26	1,21	2,29	3,580	,311
RHIÖ	51,13	19,52	54,57	17,25	51,91	17,04	51,03	19,95	2,225	,527
IDEOLOJİ	26,40	2,53	29,25	4,33	28,28	4,25	28,81	4,76	8,889	,031*
İYİNİYET	29,07	5,18	27,76	3,87	27,99	4,73	27,95	4,98	1,618	,655
KORKU	6,27	1,62	6,09	1,82	6,27	1,77	6,13	1,95	,757	,860
RSTTÖ	61,73	7,16	63,10	7,69	62,54	8,19	62,90	9,18	,491	,921

Aylık geliri 1500 TL’den az olan öğrencilerin ideoloji puanları diğerlerinden anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$). Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.16 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalık bilgi durumuna göre RHIÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

önceden bilginiz var mı	Evet		Hayır		z	P
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,49	7,04	23,53	6,76	-1,420	,155
ÇARESİZ	26,41	13,00	30,00	10,83	-2,930	,003
UTANMA	1,09	2,15	1,61	2,69	-1,821	,069
RHIÖ	50,00	19,14	55,15	17,21	-2,628	,009**
IDEOLOJİ	28,58	4,64	28,71	4,25	-,183	,855
İYİNİYET	27,87	4,78	28,15	4,65	-,274	,784
KORKU	6,32	1,85	5,92	1,85	-1,773	,076
RSTTÖ	62,78	8,72	62,78	8,27	-,252	,801

Ruhsal hastalıklar hakkında önceden bilgisi olmayan öğrencilerin RHIÖ toplam puanları bilgisi olan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$). Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.17 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşmasına göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

ruhsal hastalığı olan birey/ bireylerle karşılaştınız mı	Evet		Hayır		z	P
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,83	6,80	22,97	7,24	-,056	,956
ÇARESİZ	27,28	12,61	28,58	11,86	-,860	,390
UTANMA	1,02	2,17	1,77	2,65	-3,312	,001***
RHİÖ	51,12	18,64	53,32	18,50	-,833	,405
IDEOLOJİ	28,76	4,49	28,39	4,51	-,455	,649
İYİNİYET	28,13	4,72	27,70	4,76	-,562	,574
KORKU	6,23	1,84	6,07	1,90	-,929	,353
RSTTÖ	63,12	8,41	62,15	8,78	-,669	,504

Önceden psikolojik sorunları olan bireylerle karşılaşmayan öğrencilerin utanma puanları diğerlerinden anlamlı derecede fazladır ($p<0,001$). Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.18 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireyle aynı evde yaşama durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

aynı evde mi yaşıyorsunuz	Evet		Hayır		z	p
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	20,50	7,27	23,00	6,75	-1,372	,170
ÇARESİZ	24,56	11,31	27,48	12,70	-,971	,331
UTANMA	,67	2,35	1,05	2,16	-1,135	,257
RHiÖ	45,72	18,94	51,53	18,59	-1,464	,143
IDEOLOJİ	28,06	4,09	28,82	4,52	-,547	,584
İYİNİYET	27,33	4,83	28,19	4,71	-1,068	,286
KORKU	5,89	1,53	6,25	1,86	-,805	,421
RSTTÖ	61,28	8,56	63,26	8,40	-1,287	,198

Öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bireyle aynı evde yaşama durumlarına göre RHiÖ toplam ve alt ölçekleri, RSTTÖ toplam ve alt ölçekleri bakımından anlamlı bir farklılık yoktur. ($p>0,05$).

Çizelge 4.19 : SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalık durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

ruhsal hastalığınız var mı	Evet		Hayır		z	p
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,39	7,19	22,96	6,92	-,583	,560
ÇARESİZ	25,82	13,82	28,06	12,08	-1,226	,220
UTANMA	1,39	2,53	1,27	2,35	-,021	,983
RHiÖ	49,60	21,09	52,29	18,16	-,909	,363
IDEOLOJİ	28,96	4,27	28,57	4,53	-,272	,786
İYİNİYET	27,21	4,73	28,10	4,72	-1,638	,101
KORKU	6,39	1,56	6,14	1,90	-,893	,372
RSTTÖ	62,56	7,96	62,81	8,65	-,817	,414

Ruhsal hastalığı olan ve olmayan öğrencilerin arasında RHiÖ toplam ve alt ölçekleri, RSTTÖ toplam ve alt ölçekleri bakımından anlamlı bir farklılık yoktur. ($p>0,05$).

Çizelge 4.20 : SHMYO öğrencilerinin psikolojik destek alma durumuna göre RHiÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

psikolojik destek aldınız mı	Evet		Hayır		z	P
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	21,63	6,87	23,06	6,95	-1,710	,087
ÇARESİZ	22,45	13,09	28,51	12,06	-3,320	,001***
UTANMA	1,25	2,46	1,29	2,36	-,618	,536
RHiÖ	45,33	20,06	52,86	18,21	-2,816	,005**
IDEOLOJİ	29,35	4,50	28,52	4,49	-,994	,320
İYİNİYET	29,86	4,19	27,70	4,75	-3,078	,002**
KORKU	6,80	1,50	6,08	1,89	-2,387	,017*
RSTTÖ	66,02	8,13	62,30	8,51	-2,637	,008**

Psikolojik destek alan öğrencilerin, çaresiz, RHiÖ toplam, iyi niyet, korku ve RSTTÖ toplam puanları almayan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$ $p<0,01$ $p<0,001$).

Psikolojik destek almayan öğrencilerin, çaresiz, RHiÖ toplam puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,01$ $p<0,001$).

Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.21 : SHMYO öğrencilerinin yakınının psikolojik destek alma durumuna göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

yakınınız psikolojik destek aldı mı	Evet		Hayır		z	p
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,45	6,49	23,13	7,21	-1,219	,223
ÇARESİZ	25,78	11,62	28,89	12,64	-2,411	,016*
UTANMA	,84	1,91	1,55	2,58	-2,995	,003**
RHİÖ	49,07	16,96	53,57	19,33	-2,428	,015*
IDEOLOJİ	28,76	4,67	28,55	4,39	-,439	,661
İYİNYET	28,35	4,87	27,75	4,64	-1,496	,135
KORKU	6,44	1,67	6,02	1,95	-2,151	,031*
RSTTÖ	63,55	8,74	62,32	8,42	-1,848	,065

Yakını psikolojik destek alan öğrencilerin korku puanları olmayan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$).

Yakını psikolojik destek almayan öğrencilerin, çaresiz, utanma ve RHİÖ toplam puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$ $p<0,01$).

Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.22 : SHMYO öğrencilerinin psikiyatrik tedavi alma durumuna göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

psikiyatrik tedavi aldınız mı	Evet		Hayır		z	P
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLİKE	20,54	6,65	23,13	6,94	-2,470	,014*
ÇARESİZ	21,69	12,33	28,39	12,19	-3,248	,001***
UTANMA	1,21	2,52	1,29	2,36	-1,010	,312
RHİÖ	43,44	18,67	52,82	18,38	-3,112	,002**
IDEOLOJİ	29,49	4,35	28,54	4,50	-,928	,354
İYİNİYET	29,74	4,51	27,78	4,72	-2,322	,020*
KORKU	6,82	1,45	6,10	1,89	-2,216	,027*
RSTTÖ	66,05	8,31	62,42	8,51	-1,965	,049*

Psikiyatrik destek alan öğrencilerin, iyi niyet, korku ve RSTTÖ toplam puanları almayan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$ $p<0,01$ $p<0,001$)

Psikiyatrik destek almayan öğrencilerin, tehlike, çaresiz ve RHİÖ toplam puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$ $p<0,01$ $p<0,001$).

Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.23 : SHMYO öğrencilerinin yakınının psikiyatrik tedavi alma durumuna göre RHİÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

yakınınız psikiyatrik tedavi aldı mı	Evet		Hayır		z	p
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,91	6,53	22,86	7,15	-,146	,884
ÇARESİZ	26,06	11,51	28,51	12,66	-1,839	,066
UTANMA	,80	1,87	1,51	2,55	-2,987	,003**
RHİÖ	49,77	16,76	52,88	19,34	-1,745	,081
IDEOLOJİ	29,06	4,23	28,43	4,60	-,898	,369
İYİNİYET	28,46	4,54	27,75	4,81	-1,241	,215
KORKU	6,44	1,69	6,05	1,92	-1,895	,058
RSTTÖ	63,96	7,91	62,23	8,78	-1,885	,059

Yakını psikiyatrik tedavi almayan öğrencilerin, utanma puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,01$).

Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.24 : SHMYO öğrencilerinin ilaç kullanma durumuna göre RHIÖ, RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı

ilaç kullandınız mı	Evet		Hayır		z	p
	Ort	SS	Ort	SS		
TEHLIKE	22,00	7,16	22,95	6,94	-1,044	,297
ÇARESİZ	22,72	13,98	28,18	12,12	-2,246	,025*
UTANMA	1,22	2,52	1,29	2,36	-,504	,615
RHIÖ	45,94	21,30	52,42	18,28	-1,885	,059
IDEOLOJİ	29,81	4,67	28,53	4,47	-1,260	,208
İYİNİYET	29,63	4,50	27,83	4,73	-1,953	,051
KORKU	6,75	1,24	6,12	1,90	-1,880	,060
RSTTÖ	66,19	8,38	62,48	8,51	-2,034	,042*

İlaç alan öğrencilerin, RSTTÖ toplam puanları olmayan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$). İlaç almayan öğrencilerin, çaresizlik puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$).

Diğer parametreler bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma; ülkemizde sağlık hizmetlerinin temel taşıını oluşturacak olan SHMYO öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inanç ve tutumları ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 400 öğrenci ile görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızda elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

Araştırma kapsamına alınan 400 öğrencinin sosyodemografik özellikleri çizelge 4.1’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu (%53,8) 20 ile 22 yaş grubunda, %67,3’ünü kadın, %85’i 1. Sınıf, %96,8’ini ise bekar öğrenciler oluşturmuştur. Öğrencilerin anne-babalarının durumlarına bakıldığında; %88’inin sağ ve birlikte, %24’ünün ikisi de sağ ve ayrı, %24’ünün ise tek ebeveyninin hayatta olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin anne-baba eğitim durumu incelendiğinde; yaklaşık yarısının (%45) annesinin ilkökul mezunu ve babalarının ise %33,8’inin lise, %30,3’ünün ortaokul mezunu olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %52,8’inin en uzun yaşadığı yer kent olup, %31,3’ünün ailesinin aylık gelirleri 1500 TL ile 2500 TL arasındadır.

“Ruhsal hastalıklar konusunda daha önceden bilginiz var mı?” Sorusuna katılımcıların %63 oranında büyük çoğunluğu “Evet” cevabı vermiş olup yine çoğunluğu (%64) daha önce ruhsal hastalığı olan bir birey/bireylerle karşılaştığını belirtmiştir (Çizelge 4.2).

“Varsa ruhsal hastalığı olan bireyle yakınlık dereceniz nedir?” Sorusuna öğrencilerin %42,6’sı arkadaş yanıtını verirken, %29,8 akraba-aile dostu, %27,5 ise komşu olduğunu belirtmişlerdir. Ruhsal hastalığı olan bir yakını olduğunu belirtenlerden %48,8’i yakınının hastalığını depresyon olarak ifade etmiştir. Öğrencilerin kendisinin ruhsal hastalığa sahip olduğunu ifade edenlerin oranı %14,3 olup, bunların %50,9’u hastalığının depresyon olduğunu belirtmiştir (Çizelge 4.2).

Çalışmada; bir yakınında ya da kendisinde ruhsal hastalık varlığı bildirenlerin çoğunluğu, hastalığın depresyon olduğunu belirtmiştir. Depresyon tüm Dünya’da

yaygın görülen bir ruhsal hastalık olup, ABD'deki yetişkinlerin %17'sinin, hayatlarının bir döneminde ağır depresyon epizodu yaşadığı bildirilmiştir (Smith ve diğ., 2014). ABD'de 15-54 yaş arası 8098 katılımcı üzerinde yapılan geniş çaplı epidemiyolojik bir çalışmada, kadınların depresyon yaşama olasılığının (%21,3), erkeklerinkinin (%12,7) yaklaşık iki katı olduğunu bildirilmiştir (Kessler RC et. al., 1993).

Yüce ve arkadaşlarının (2005) hemşirelerin ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyona yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında, katılımcıların çoğu depresif bir komşusu olmasından rahatsızlık duymayacağını ve aynı iş yerinde çalışabileceğini belirtmiştir.

Güney Nijerya'daki tıp öğrencileri ve stajyerleri arasında akıl hastalarına yönelik damgalayıcı tutumların araştırıldığı bir çalışmadaki katılımcıların da şizofreniyi depresyona göre daha fazla damgalama eğiliminde oldukları saptanmıştır. Şizofreninin tıp öğrencilerine öğretilme şeklinin kroniklik ve öngörülemezlik algısı yarattığı iddia edilmiştir (James, Omoaregba, Okogbenin, 2012).

Katılımcılardan ruhsal hastalık sebebiyle kendisi psikolojik destek alanların oranı %12,8, bir yakını psikolojik destek alanlar ise %37 olarak bulunmuştur. Yine ruhsal hastalık sebebiyle psikiyatrik tedavi gördüğünü ifade edenler %9,8 olup, bir yakının psikiyatrik tedavi aldığını ifade edenler %31,5 olarak saptanmıştır. “Ruhsal hastalık sebebiyle ilaç kullandınız mı?” sorusuna ise büyük çoğunluğu (%92) hayır cevabı verirken, %8 gibi küçük bir oranda evet cevabı verilmiştir (Çizelge 4.2).

Psikolojik destek aldığını söyleyen öğrencilerin %84,3'ü, psikiyatrik tedavi aldığını söylerin %79,5'i aldıkları destek/tedavinin faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda bu öğrencilerden psikolojik destek alanların %76,5'i ve psikiyatrik tedavi alanların %87,2'si aldıkları destek/tedavinin faydalı olduğunu çevrelerinin de ifade ettiğini söylemişlerdir (Çizelge 4.2).

Öğrencilerin, RHIÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Çizelge 4.3'te gösterilmiştir. Öğrencilerin RHIÖ toplam puanından $51,90 \pm 18,59$, tehlikeli alt ölçeğinden $22,88 \pm 6,95$, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden $27,74 \pm 12,35$ ve utanma alt ölçeğinden $1,28 \pm 2,37$ puan aldığı belirlenmiştir.

“İlahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının araştırıldığı bir çalışmada; RHIÖ toplam puanından 52.19 ± 1.32 , tehlikeli alt ölçeğinden 23.12 ± 6.38 ,

çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden 27.63 ± 8.28 ve utanma alt ölçeğinden 1.50 ± 2.31 puan aldığı belirlenmiştir ve çalışmamızın bulgularıyla benzerdir” (Güngörmüş, Ekinci, Daş 2014).

Ünal ve arkadaşlarının RHİÖ kullanarak üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında (2010); öğrencilerin RHİÖ puan ortalaması 49.7 ± 13.9 ve tehlikelilik ve çaresizlik alt ölçek puanının diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalarda, ruhsal hastalığı olan kişilerden uzaklaşma isteği ile onların tehlikeli oldukları inancı arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda da RHİÖ ve alt ölçek puanları açısından literatürle benzer sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızda da ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğu inancının, kişilerarası ilişkinin bozulacağı ve buna bağlı çaresizlik yaşanacağı inancı ile paralellik gösterdiği saptanmıştır ($r=0,85$ ve $r=0,96$, Çizelge 4.5). Ancak utanma alt boyutu ile tehlikelilik, çaresizlik ve RHİÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı pozitif korelasyon olması öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireylerden utanma duygularının düşük oranda olduğunu göstermektedir (Çizelge 4.5). Hemşirelik öğrencileri üzerinde Hindistan’da yapılan bir çalışmada; kısıtlayıcılık, yardımseverlik ve etiketleme boyutlarında olumlu tutum sergiledikleri bulunmuştur (Poreddi ve diğ., 2014).

Çalışmaya katılanların RSTTÖ ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $62,78 \pm 8,54$ bulunmuştur. RSTTÖ alt ölçek puanlarında; “Korku/dışlama” boyutundan $6,17 \pm 1,85$, “İyi niyet” boyutundan $27,98 \pm 4,73$ ve “Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi” boyutunda en yüksek puan $28,63 \pm 4,49$ alınmıştır (Çizelge 4.4). Birdoğan ve Berksun (2002) birinci sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin, altıncı sınıf öğrencilerine göre akıl hastalarını toplum için daha fazla tehlike olarak algıladıkları ve normal insandan daha aşağı olarak gördüklerini saptamıştır ve öğrencilerin tutumlarının eğitim süreçleri içinde olumlu yönde değiştiği sonucuna varmıştır.

“Işık (2010) hekim ve hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüşleri karşılaştırdığı çalışmasında; hemşirelerin otoriterlik, sosyal kısıtlayıcılık ve bireylerarası etioloji boyutunda hekimlerden daha olumsuz tutuma sahip iken, koruyuculuk/kollayıcılık boyutunda hemşirelerin tutumları hekimlerden daha olumlu bulunmuştur.”

Tıp öğrencilerinin psikiyatrik etiketlemeye karşı damgalayıcı tutumlarının araştırıldığı iki çalışmada da psikiyatrik olarak etiketlenen hastalara karşı öğrencilerin mesafe koymaya eğilimli olduğunu göstermiştir. Psikiyatrik etiketli anketi cevaplayan öğrenciler bu hastanın çalıştığı marketten alışveriş yapmayı, aynı şekilde kendi iş yerlerinde çalışmasını ya da oda paylaşmayı ve arkadaş olmayı istemediklerini belirtmişlerdir (Yousafzai ve diğ., 2011, Ogunsemi, Odusan and Olatawura, 2008). Çalışmamızda katılımcılar “korku/dışlama” boyutundan düşük, “toplum ruh sağlığı ve “iyi niyet” boyutundan daha yüksek puanlar almış olmaları eğitim süreçlerinin olumlu etkisinden kaynaklanıyor olabilir.

SHMYO Öğrencilerinin RSTTÖ ve RHIÖ alt grup puanları ile ilgili varyans analizi çizelge 4.6’de gösterilmiştir. Buna göre; tehlike alt boyutu ile korku ve RSTTÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı negatif korelasyon vardır. Çaresizlik alt boyutu ile ideoloji, iyi niyet, korku ve RSTTÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı negatif korelasyon vardır. Utanma alt boyutu ile ideoloji, iyi niyet ve RSTTÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı negatif korelasyon vardır. RHIÖ-toplam ile ideoloji, iyi niyet, korku ve RSTTÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı negatif korelasyon vardır.

RHIÖ toplam ve alt ölçek puanları ile RSTTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki zayıf derecede anlamlı negatif korelasyonlar olması ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inançların her zaman ve her kültürde olumsuz tutumlara neden olmadığının göstergesi olabilir. İnanç ve tutumlar birbirlerine neden-sonuç ilişkisi ile bağlı olsalar da; kültür ile birlikte çeşitli sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, ekonomik durum, eğitim vb.), hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalık tipi ve hasta kişilerle kişisel iletişimin olası gibi faktörler de tutumlar üzerinde etkili olabilmektedir (Oban ve Küçük 2011). Türkiye’nin batısında yaşayan halkın ruhsal hasta ve hastalığa yönelik inanç ve tutumlarını belirlemek için yapılan bir çalışmada, katılımcıların inanç ölçeği maddelerine katılım ve ilişki düzeyleri, daha çok bu hastalıklara yönelik bireylerin iç çatışmalarını (tehlike-korku-çaresizlik-iletişimsizlik şeklinde) gösterirken; tutum ölçeğinde ise bu duruma bir çözüm oluşturma çabası içerisinde, toplumsal düzenlemelerle tehlikenin giderilebileceğini göstermekte olduğu bildirilmiştir (Çam ve Bilge 2011).

Öğrencilerin yaş grupları arasında RHIÖ toplam ve alt ölçekleri, RSTTÖ toplam ve alt ölçekleri bakımından anlamlı bir farklılık yoktur (Çizelge 4.7). İlahiyat fakültesi

öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemek amacıyla İlahiyat Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan 370 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada, yaş grupları ve sınıf düzeyleri ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Güngörmüş, Ekinci, Daş 2014). Bağ ve Ekinci'nin çalışmasında da benzer şekilde yaş grupları ile sağlık personelinin tutumu arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Bağ ve Ekinci 2005). Araştırma verileri literatürle uyumlu bulunmuştur.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre RHIÖ ve RSTTÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı çizelge 4.8'de gösterilmiştir. Kız öğrencilerin iyi niyet, korku alt grup puanları ile RSTTÖ toplam puanları erkek öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0,05$).

Çam ve Bilge'nin çalışmasında (2011); kadınların erkeklere göre ruhsal hastalıkları daha tehlikeli ve daha çaresiz bırakan bir süreç olduğunu belirtmeleri, erkeklerin ise daha iyi niyetli düşünüp, ruh sağlığına yönelik olumlu görüş taşımaları araştırma bulgularını destekler bulgulardır. Benzer şekilde, Bağ (2003) tarafından yapılan çalışmada da aynı sonuç bulunmuştur.

“Akdede ve arkadaşlarının (2004) şizofreni ve depresyon olgu örneklerinin bulunduğu yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışmada; kadın katılımcıların her iki hastalık için de erkeklerden daha yüksek oranlarda korku ve merhamet ve daha düşük oranlarda da öfke duydukları belirlenmiştir.” Psikiyatri ve somatik bakım bölümlerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığı olan hastalara yaklaşımlarının araştırıldığı bir çalışmada kadınlar erkeklere kıyasla, uyuşturucu bağımlılarının olağandışı olmalarına dair daha çok olumsuz yaklaşıma sahipken; erkekler ağır depresyon hastalarının kendilerini toparlayabilme kabiliyeti konusunda kadınlardan daha çok olumsuz yaklaşım ifade etmişlerdir (Björkman, Angelman and Jönsson, 2008). Çalışmamızın bulguları literatür bilgileriyle uyumludur. Bazı çalışmalarda ise ruhsal hastalıklara karşı tutumun cinsiyetten etkilenmediği bulunmuştur (Oban ve Küçük 2011, Ünal ve diğ. 2010, Javed ve diğ. 2006).

Komşusunda psikolojik rahatsızlığı olan öğrencilerin utanma puanları diğerlerinden anlamlı derecede fazladır ($p>0,05$, Çizelge 4.12). “Ünal ve arkadaşlarının (2010) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada; karşılaştığı ruhsal hastalıklı bireyin arkadaşı ya da komşusu olduğunu belirten öğrencilerin tehlikelilik ve utanma

alt ölçekleri puan ortalamaları akrabası olduğunu belirtenlerin puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur.” “Üçok ve arkadaşlarının çalışmasında, 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.” Tıp öğrencilerinin psikiyatrik etiketlemeye karşı damgalayıcı tutumlarının ölçüldüğü bir çalışmada katılımcılar akıl hastalarının evlerini kiralamasına, kapıcı olarak çalışmasına ve komşu olmaya sıcak baktıkları bulunurken; başka bir çalışmada öğrenciler vakada tanımlanan hastaya ev kiralamakta ve komşu olmayı istemedikleri bulunmuştur (Yousafzai ve diğ., 2011, Ogunsemi, Odusan and Olatawura, 2008). “Öğrencilerin psikiyatrik hastalığa dair inançlarını ölçmek için yapılan bir çalışmada, kendisinde ve ailesinde psikiyatrik hastalık olduğunu belirten öğrencilerin psikiyatrik hastalığa yönelik inançlarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir” (Dessoki, Hifnawy 2009). Bu sonuçlar; arkadaşlarında ya da ailelerinde ruhsal sorun olmayıp komşusunda ruhsal sorun olan bireylerin; yakın çevresinde ruhsal sorunlu bireyle aşinalığı ve ilişkisi olmadığı için olumsuz inançlar geliştirdiğini göstermektedir. Çalışmamızda ruhsal sorunu olan bireyle daha önce karşılaşmamış olan öğrencilerin de “utanma” puanlarının karşılaşmış olanlara göre yüksek bulunması bu görüşümüzü desteklemektedir. Çalışmamızın bulguları literatürle uyumlu olup; arkadaş ve komşularında ruhsal hastalık bulunanların, aile üyelerinde bulunanlara göre ruhsal hastalığı olan bireyleri daha tehlikeli görüp, utandıklarını ortaya koymaktadır.

Anne eğitimi üniversite olan öğrencilerin utanma puanları diğerlerinden anlamlı derecede fazladır (Çizelge 4.13). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumlarını inceleyen bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hasta yakınlarının hastalara yönelik stigmatizasyonu daha yüksek bulunmuştur (Özbaş, Küçük, Buzlu, 2008). Başka bir çalışmada öğretim elemanlarının %31’i ruhsal bozukluğu olan bireylerin saldırgan olduklarını ve %71,5’i ise ruhsal hastaları kendisine ve çevresine zarar veren davranışlar sergileyen kişi olarak tanımladıkları saptanmıştır (Yüksel, Yılmaz ve Örekeci Temel, 2015). Çalışma bulguları literatürle uyumludur. Eğitim seviyesi yüksek olan annelerin çocuklarında “korku/dışlama” puanının yüksek bulunması, eğitimin artmasının ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar üzerine olumlu bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Aylık gelir 1500 TL den az olan öğrencilerin toplum ruh sağlığı ideolojisi puanları diğerlerinden anlamlı derecede düşüktür (Çizelge 4.15). Ölçekten alınan düşük puanlar olumsuz tutumu ifade etmektedir. Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine yaptıkları çalışmalarında halkın şizofreniye yönelik tutumunun sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlardan daha olumsuz bulunmuştur. Çam ve Bilge'nin (2011) çalışmasında RSTTÖ alt ölçek ve toplam puanları değerlendirildiğinde benzer şekilde, tüm ölçek toplam puanı ile ekonomik düzeyler arasında anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmamızın bulguları literatür bilgileri ile uyumludur. Bu bulgulardan hareketle; alt sosyoekonomik gelir düzeyinde olan bireylerin ruhsal hastalıklarla ilgili diğerlerine göre daha olumsuz inanca sahip oldukları, bu hastaları daha tehlikeli, çaresiz ve sakınılması gereken bireyler olarak gördükleri söylenebilir.

Ruhsal hastalıklar konusunda önceden bilgisi olmayan öğrencilerin RHİÖ toplam puanları bilgisi olan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır (Çizelge 4.16). Çalışmamızla aynı sonuçların alındığı çeşitli çalışmalar vardır. Nunnally'nin halkın ruh sağlığı ve hastalıkları hakkındaki bilgisini araştırmak amacıyla 6 yıl boyunca 400 yetişkin üzerinde yaptığı araştırmayla, halkın ruh sağlığı ve hastalıkları konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğunu, ruh hastasını korku, güvensizlik ve hoşnutsuzlukla karşıladıklarını bildirmiştir (Bhugra 1989).

Oban ve Küçük'ün (2011) ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı Etkileyen etmenleri araştırmak için 60 lise öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi alma durumu ile RHİÖ toplam puanı, tehlikeli ve utanma alt boyutlarında daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi aldıklarını ifade eden öğrencilerin puan ortalamalarının eğitim almadıklarını ifade edenlerinkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Oban ve Küçük ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmenin gençlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumlu tutum geliştirdiği ve öğrencilerin daha az sosyal mesafe isteğinin olduğunu bildirmişlerdir. Yine Birdoğan ve Berksun (2002) birinci sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin altıncı sınıf öğrencilerine göre akıl hastalarını toplum için daha fazla tehlike olarak algıladıklarını ve normal insandan daha aşağı olarak gördüklerini saptamıştır ve öğrencilerin tutumlarının eğitim süreçleri içinde olumlu yönde değiştiği sonucuna varmıştır.

Önceden psikolojik sorunları olan bireylerle karşılaşmayan öğrencilerin utanma puanları diğerlerinden anlamlı derecede fazla bulunmuştur (Çizelge 4.17). Ünal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğu inancının, ruhsal hastalığı olan bireyle daha önce hiç karşılaşmayan öğrencilerde daha fazla olduğu görülmüştür. Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin damgalayıcı tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada; diğer birimlerde çalışan hemşirelerin daha tehlikeli ve öngörülemez addedilen şizofreni hastalarına karşı psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerden daha yüksek oranda olumsuz yaklaşım sergilediklerini göstermiştir (Björkman, Angelman and Jönsson, 2008). Aromaa ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ruhsal bozukluğu olan kişilere aşinalığı olmayan kişilerin, ruhsal bozukluğu olan kişileri damgalama puanları yüksek saptanmıştır. Çalışmanın bulguları literatür bilgileriyle uyumludur.

Ancak bu sonuçların tersi yönde bulgular elde edilen araştırmalar da söz konusudur. Işık (2010) çalışmasında, psikiyatri dışında çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere göre; ruh sağlığı ideolojisi boyutunda puanı anlamlı olarak daha yüksek iken, sosyal kısıtlayıcılık boyutundaki puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bostancı'nın (2000) psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Sonuçlardaki bu farklılıklar araştırmanın yapıldığı popülasyon ve kültürlerin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Kendisi psikolojik destek almayan öğrencilerin, çaresiz, RHİÖ toplam puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır (Çizelge 4.20). Yakını psikolojik destek almayan öğrencilerin, çaresiz, utanma ve RHİÖ toplam puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır (Çizelge 4.21).

Psikiyatrik destek almayan öğrencilerin, tehlike, çaresiz ve RHİÖ toplam puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır (Çizelge 4.22). Yakını psikiyatrik tedavi almayan öğrencilerin, utanma puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır (Çizelge 4.23). Bazı çalışmalarda bir yakınında ruhsal hastalık varlığının tutumlarını etkilemediği bulunmuştur. Oban ve Küçük'ün çalışmasında (2011), ailelerinde ruhsal hastalığı olan ve olmayan grupların tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aydöner'in (2009) psikiyatri hemşirelerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını belirlemek amacıyla RHİÖ'yü kullanarak yaptığı çalışmada, yakınlarında ruhsal hastalık varlığı ile RHİÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bağ'ın çalışmasında da (2003) sağlık personelinin ailesinde psikiyatri hastası olup olmamasıyla RSTTÖ puan ortalamaları arasında anlamlılık saptanmamıştır.

Ancak araştırmamızda saptadığımız sonucu destekleyen çalışmalar da vardır. Işık çalışmasında (2010) hekimlerin ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü durumu olanların ruhsal bozukluğu olan bireyleri değer açısından normal insanlardan farklı görmediklerini ancak hastanede ve dışında kısıtlanmamaları gerektiği görüşüne sahip oldukları saptanmıştır. Benzer bir çalışmada ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan öğretim elemanları olmayan öğretim elemanlarına göre ruhsal hastalara karşı daha koruyucu ve insancıl bir yaklaşımı gösteren bir görüşe sahip oldukları bulunmuştur (Yüksel, Yılmaz, Örekeci Temel 2015). Araştırmamızın bu sonucu ailesinde ruhsal hastalığı olan birey olan kişilerin daha olumlu tutuma sahip olduğunun bulunduğu çalışmalarla paralellik göstermektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını etkileyen faktörlerin araştırılması amacıyla toplam 400 örneklem ile gerçekleşen bu çalışmada elde edilen sonuçlar, aşağıda gösterilmiştir. Örneklemi oluşturan öğrencilerin çoğunluğunu (%53,8) 20 ile 22 yaş grubunda, %67,3'ünü kadın, %85'i 1. Sınıf, %96,8'ini ise bekar öğrenciler oluşturmuştur. Öğrencilerin anne-babalarının durumlarına bakıldığında; %88'inin sağ ve birlikte, %24'ünün ikisi de sağ ve ayrı, %24'ünün ise tek ebeveyninin hayatta olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin anne-baba eğitim durumu incelendiğinde; yaklaşık yarısının (%45) annesinin ilkokul mezunu ve babalarının ise %33,8'inin lise, %30,3'ünün ortaokul mezunu olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %52,8'inin en uzun yaşadığı yer kent olup, %31,3'ünün ailesinin aylık gelirleri 1500 TL ile 2500 TL arasındadır (Çizelge 4.1).

“Ruhsal hastalıklar konusunda daha önceden bilginiz var mı?” Sorusuna katılımcıların %63 oranında büyük çoğunluğu “Evet” cevabı vermiş olup yine çoğunluğu (%64) daha önce ruhsal hastalığı olan bir birey/bireylerle karşılaştığını belirtmiştir. “Varsa ruhsal hastalığı olan bireyle yakınlık dereceniz nedir?” Sorusuna öğrencilerin %42,6'sı arkadaş yanıtını verirken, %29,8 akraba-aile dostu, %27,5 ise komşu olduğunu belirtmişlerdir. Ruhsal hastalığı olan bir yakını olduğunu belirtenlerden %48,8'i yakınının hastalığını depresyon olarak ifade etmiştir. Öğrencilerin kendisinin ruhsal hastalığa sahip olduğunu ifade edenlerin oranı %14,3 olup, bunların %50,9'u hastalığının depresyon olduğunu belirtmiştir (Çizelge 4.2).

Katılımcılardan ruhsal hastalık sebebiyle kendisi psikolojik destek alanların oranı %12,8, bir yakını psikolojik destek alanlar ise %37 olarak bulunmuştur. Yine ruhsal hastalık sebebiyle psikiyatrik tedavi gördüğünü ifade edenler %9,8 olup, bir yakınının psikiyatrik tedavi aldığını ifade edenler %31,5 olarak saptanmıştır. “Ruhsal hastalık sebebiyle ilaç kullandınız mı?” sorusuna ise büyük çoğunluğu (%92) hayır cevabı verirken, %8 gibi küçük bir oranda evet cevabı verilmiştir. Psikolojik destek

aldığını söyleyen öğrencilerin %84,3'ü, psikiyatrik tedavi aldığını söylerin %79,5'i aldıkları destek/tedavinin faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda bu öğrencilerden psikolojik destek alanların %76,5'i ve psikiyatrik tedavi alanların %87,2'si aldıkları destek/tedavinin faydalı olduğunu çevrelerinin de ifade ettiğini söylemişlerdir (Çizelge 4.2).

Çalışmamızda ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğu inancının, kişilerarası ilişkinin bozulacağı ve buna bağlı çaresizlik yaşanacağı inancı ile paralellik gösterdiği saptanmıştır (Çizelge 4.5).

Ancak utanma alt boyutu ile tehlikelilik, çaresizlik ve RHİÖ toplam puanı arasında zayıf derecede anlamlı pozitif korelasyon olması öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireylerden utanma duygularının düşük oranda olduğunu göstermektedir (Çizelge 4.5).

Çalışmaya katılanların RSTTÖ ölçeğinde “korku/dışlama” boyutundan düşük, “toplum ruh sağlığı ideolojisi” ve “iyi niyet” boyutundan yüksek puanlar almış oldukları saptanmıştır (Çizelge 4.4). Bu sonuç, öğrencilerin mesleki eğitim süreçlerinin olumlu etkisinden kaynaklanıyor olabilir.

SHMYO öğrencilerinin RHİÖ toplam ve alt ölçek puanları ile RSTTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında saptanan zayıf derecede anlamlı negatif korelasyonlar saptanmış olup, orta ya da güçlü düzeyde bir ilişki bulunamamıştır (Çizelge 4.6).

Öğrencilerin yaş grupları ile RHİÖ ve RSTTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (Çizelge 4.7).

Öğrencilerin cinsiyetleri ile RHİÖ ve RSTTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki bakımından; kız öğrencilerin iyi niyet, korku alt grup puanları ile RSTTÖ toplam puanları erkek öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.8).

Katılımcılardan, karşılaştıkları ruhsal hastalıklı bireyin komşusu olduğunu belirtenlerin utanma alt ölçeği puan ortalamaları, akrabası ya da arkadaşı olduğunu belirtenlerin puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.12).

Anne eğitimi üniversite olan öğrencilerin “utanma” puanlarının diğerlerinden anlamlı derecede yüksek bulunması, eğitimin düzeyinin artmasının ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar üzerine olumlu bir etkisinin olmadığını göstermektedir (Çizelge 4.13).

Ailelerinin aylık geliri 1500 TL den az olan öğrencilerin toplum ruh sağlığı ideolojisi puanları diğerlerinden anlamlı derecede düşüktür. Bu bulgulardan hareketle; alt sosyoekonomik gelir düzeyinde olan bireylerin ruhsal hastalıklarla ilgili diğerlerine göre daha olumsuz inanca sahip oldukları, bu hastaları daha tehlikeli, çaresiz ve sakınılması gereken bireyler olarak gördükleri söylenebilir (Çizelge 4.15).

Ruhsal hastalıklar konusunda önceden bilgisi olmayan öğrencilerin RHİÖ toplam puanları, bilgisi olan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır. Bu sonuç, yeterli bilgi sahibi olmamanın ruhsal hastalıklar konusunda olumsuz inançları arttırdığını göstermektedir (Çizelge 4.16).

Öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bireyle daha önce hiç karşılaşmış olanların, utanma puanları daha önce hiç karşılaşmadığını söyleyenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Çizelge 4.17).

Kendisi psikolojik destek almayan öğrencilerin çaresizlik, RHİÖ toplam puanları, destek alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır (Çizelge 4.20). Yakını psikolojik destek almayan öğrencilerin, çaresizlik, utanma ve RHİÖ toplam puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır (Çizelge 4.21).

Psikiyatrik destek almayan öğrencilerin, tehlikelilik çaresiz ve RHİÖ toplam puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır (Çizelge 4.22). Yakını psikiyatrik tedavi almayan öğrencilerin, utanma puanları alan öğrencilere göre anlamlı derecede fazladır (Çizelge 4.23).

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

SHMYO öğrencilerinin ruh hastalıklarına yönelik inanç ve tutumlar konusunda toplumun genelinden çok farklı bir konumda bulunmadıkları ve bazı olumsuz tutumlara sahip oldukları saptanmıştır. Özellikle ruh sağlığı sorunu olan birey/bireylerle aşinalığın ve konu hakkında bilgi düzeylerinin, tutumları üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Ruh sağlığı sorunu olan insanlara yönelik etiketlemenin ve damgalayıcı tutumların hastaların profesyonel yardım almalarının ve erken dönemde tedavi ve rehabilitasyonlarının önündeki en büyük engellerden biri olduğu, yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların her kademesinde görev alacak olan geleceğin sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi ve tutumları, hastaların erken dönemde tanınması ve yardım almaları konusunda kritik

öneme sahiptir. Aynı zamanda bu grubun olumlu örnek ve rol-model teşkil etmelerinin, toplumdaki akıl hastalıklarına yönelik tutum ve davranışları iyileştirmeye yardımcı olması beklenmektedir.

Bunlara ek olarak;

- Önlisans ders programı, akıl hastalarına karşı tutumu iyileştirmek için damgalama karşıtı ders veya seminerler içermelidir.
- Bu seminerler, öğrenciler ile akıl hastalıklarından kurtulmuş kişiler ve onlara bakım sağlamış kişiler arasında yakın etkileşim içermeli; damgalamanın hastaların hayatları üzerindeki zararlı etkileri hakkında bilgilendirme sağlanmalıdır.
- Devlet ve basın-yayın kuruluşlarının desteği sağlanarak, tedavi önünde engel teşkil eden damgalamaya karşı yazılı ve elektronik basında kampanyalar oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akdede BB, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkız B. gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. **Yeni Symposium**, 2004; 42 (3 Suppl.): 113-7.
- Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. **Int J Law Psychiatry**, 2001; 24: 469–86.
- Arabacı L. M., Çam M. O., Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire tutum Ölçeği Geliştirme, **Nöropsikiyatri Arşivi**, 2011, 48:175-83.
- Arı F, Öz F. Temel Sağlık Hizmetlerinin Birinci Basamağında Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireye Karşı Tutumları. **Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2005) 16–28.
- Arıkan MK, Uysal Ö, Çetin G. Emeotional reactions to the mentally ill are positively influenced by personal acquaintance. **Israel Journal of Psychiatry Relative Science**, 1999;36:100-4.
- Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**. 2011; 3(2):214-231.
- Arkar, H, Eker D. Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 1992; 27: 151-155
- Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. **Nord J Psychiatry** 2011;65:125–32.
- Aştı N, Acar G, Bağcı H, Bağcı İ. Sağlık Bakım Profesyoneli Olarak Yetiyecek Öğrencilerin Ruhsal Durumları ve Yaklaşımlar. **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**. 2005; 15: 25-36.
- Aydöner H. (2009). İstanbul İlinde Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman Yrd. Doç. Dr. Gül Ünsal Barlas).
- Bağ B., Ekinci M., " Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (RSTTÖ) Türk Toplumunda Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi ", **Anadolu Psikiyatri Dergisi** , 2008, 9(2), 91-96.
- Bağ B., Ekinci M., "Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması", **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi** , erişim adresi: www.e-sosder.com., ISSN:1304-0278, C.3 S.11 (107-127), 2005.
- Bağ B. (2003). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman Yrd. Doç. Dr. Mine Ekinci)
- Bhugra D., Attitutes Towards Mental illness. **Acta Psychiatr Scand**, 1989, 80:1-2.

- Bilge A, Çam O., "Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 2010, 9 (1), s.71-78.
- Bilge A., Çam O., "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği", **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 9(2), 91-96, 2008.
- Bingöl Y. (2004). Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumların Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. A.Ü. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman Yrd. Doç. Dr. Canani Kaygusuz)
- Birdoğan SY, Berksun EO. Tıp fakültesi 1. sınıf ve 6. sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. **Kriz Dergisi** 2002; 10(2):1-7.
- Björkman T., Angelman T. and Jönsson M., Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care, **Scandinavian Journal of Caring Sciences**; 2008; 22; 170–177.
- Bostancı, N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi** 2005; 18:32-38.
- Bostancı N, Aştı N. Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. **Düşünen Adam Dergisi**. 2004, 17(2):87-93.
- Corey G., **Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları**, çev. Tuncay Ergene, Ankara, Mentis Yayıncılık, 2008; 68-74.
- Corsini RJ., Wedding D., **Modern Psikoterapiler**, çev. Esra Güzelceyazı, Seda Darcan Çiftçi, Mina Türkoğlu, İstanbul, Kaknüs Yayınları, 1. Baskı, 2012.
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. **Br J Psychiatry** 2000; 177: 4–7.
- Çam O, Bilge A. Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa Ve Hastalara Yönelik İnanç Ve Tutumlarının Belirlenmesi. **New/Yeni Symposium Journal**, www.yenisymposium.net. 2011;49 (3): 131-140.
- Çam O, Bilge A, Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 8:215-223, 2007.
- Çam O, Çuhadar D., Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama, **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi**, 2011;2(3):136-140.
- Çoban A. Şizofrenide Damgalama
http://www.esizofreni.com/2008/04/10/sizofrenide_damgalama/
Erişim Tarihi: [28.5.2016].
- Dessoki HH, Hifnawy T. Beliefs about mental illness among university students in Egypt. **Europe's Journal of Psychology** 2009; 1:1-19.
- Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocağına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2000; 11(3): 198-203.
- Eren E., **Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi**, İstanbul, Beta Basım A.Ş., 14.Baskı, 2014, s.173-176.
- Erol N., Kılıç C. Ulusoy M., Keçeci M., Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 1998.
- Feagin JR, Feagin CB. 1996. **Racial and Ethic Relations**. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Geçtan E., **Psikanaliz ve Sonrası**, Remzi Kitabevi, İstanbul, Basım, 1994.

- Geçtan E., **Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar**, Remzi Kitabevi, 11. Basım, İstanbul, 1995.
- Güngörmüş K, Ekinci M, Daş M. İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. **Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi**. 2014;11 (2): 45-51.
- Horney K., **Çağımızın Nevrotik Kişiliği**, çev. Başak Kıcıır, İstanbul, Sel Yayıncılık, 2. Baskı, 2014, s.12-13.
- Işık S. (2010). Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşleri. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Besti ÜSTÜN).
- James BO., Omoaregba JO., Okogbenin EO., Stigmatising attitudes towards persons with mental illness: a survey of medical students and interns from Southern Nigeria, **Mental Illness**, 2012; 4(8): 32-34.
- Javed Z, Naeem F, Kingdon D, Irfan M, Izhar N, Ayub M. Attitude of the university students and teachers towards mentally ill in Lahore, Pakistan. **J Ayub Med Coll Abbottabad**, 2006; 18:55-58.
- Kağıtçıbaşı Ç., Cemalcılar Z., **Dünden Bugüne İnsan ve İnsanlar Sosyal Psikolojiye Giriş**, İstanbul, Evrim Yayınevi, 16. Baskı, 2014, s.129-155.
- Karancı N, Kökdemir D., Akıl hastası tanımlaması yarattığı rahatsızlık ve davranışları ile başa çıkma. **Kriz Dergisi**, 1994, 3 (1- 2) 237-240.
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer, DG, Nelson CB, Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence, **Journal of Affective Disorders**, 29 (1993) 85-96.
- Kuş Saillard E., Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2010, 21(1): 14-24.
- Küey L., Dünyada ve Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi Üzerine Kısa Bir Derleme, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**; 2010, 13 (1): 6-11.
- Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. **Annu Rev Sociol**, 2001; 27: 362–85.
- Oban G, Küçük L. Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler. **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi**. 2011, 2(1):31-39.
- Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. (2004) Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. **Kriz Dergisi**, 12(2): 63-73.
- Ogunsem OO., Odusan O and Olatawura MO., Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label, **Annals of General Psychiatry**, 2008, 7:15; 1-4.
- Oksal H. (2009). Psikiyatri Hastalarının Yakınlarının Duygu Kontrol Durumları ve Yaşam Doyumları. M.Ü. Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Şule Ecevit ALPAR).
- Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerinin Hastalığa Karşı Tutumları. **Düşünen Adam Dergisi**. 2008, 21(1-4):14-23.
- Öztürk, O. (2002) **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Nobel Tıp Kitabevi, 9. Basım, Ankara, s.109.
- Plotnik R., **Psikolojiye Giriş**, çev. Tamer Geniş, İstanbul, Kaknüs Yayınevi, 1. Baskı, 2009.
- Poreddi V, Thimmaiah R., Pashupu DR., Ramachandra, Badamath S., Undergraduate Nursing Students’ Attitudes towards Mental Illness: Implications for

- Specific Academic Education, **Indian Journal of Psychological Medicine**, 2014, 36 (4): 369-372.
- Ross C. A. & Goldner E. M., Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature, **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2009, 16, 558–567.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D., Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2001, 12(2):99-110.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2003; 14(3): 203-212.
- Sarı Ö, Arkar H, Aklın T., Influence of psychiatric label attached to a normal case on attitudes towards mental illness, 2005, **Yeni Symposium**, 43(1): 28-32.
- Sarı Ö, Arkar H, Aklın T., Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: etiketlenmenin etkisi. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2000, 343–345.
- Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental professionals. **Soc Sci Med** 2003; 56: 299– 321.
- Seven S., **Çocuk Ruh Sağlığı**, Ankara, Pegem Akademi, 2013.
- Smith EE, Nolen-Hoeksema S, Fredrickson B, Loftus GR., **Atkinson ve Hildegard Psikolojiye Giriş**, çev. Öznur Öncül, Deniz Ferhatoglu, Ankara, Arkadaş Yayınevi, 2. Baskı, 2014, s. 5, s. 528-533.
- Şemin S, Aras Ş. **Temel Yönleriyle Psikiyatride Etik**. 1. Baskı, İzmir, Dokuz Eylül Yayınları, 2004, 45-62.
- Taşkın EO. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. **3P (Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji) Dergisi** 2004; 12:5-12.
- Taşkın EO. **Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama**. Ed: Taşkın EO. 1. Basım. İzmir. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2007, s. 4-7, 17-40, 73-114.
- Taylor SM. and Dear MJ., Attitudes Toward The Mentally Ill and Reactions To Mental Health Facilities. **Social Science and Medicine**, 1979; 130:281-290.
- Topaç E. (2004). Aile Bireylerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutumları. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman Öğr.Üyesi Huriye Vural)
- Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 1998, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Üçok A, Erkoç Ş, Ataklı C, Polat A. Psikiyatri Dışındaki Hekimlerin Şizofreniye İlişkin Tutumları. 5. Bahar Sempozyumları, 2001, Antalya.
- Üçok A. Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler. **Psikiyatri Dünyası** 1999; 3:67-71.
- Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven S. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**. 2010;23:145-150.
- Yazgan İnanç B, Yerlikaya EE., **Kişilik Kuramları**, Ankara, Pegem Akademi, 8. Baskı, 2014.
- Yenilmez S, Güleç G, Ernur D, Aydın A, Yücel Ö, Asil G. ve diğ. Eskişehir’de Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Şizofreniye Yönelik Bilgi ve Tutumları. **Klinik Psikiyatri Dergisi**. 2010;13:185-195.

- Yıldırım Birdoğan S., Berksun E. O., Tıp fakültesi 1. sınıf ve 6. sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. **Kriz Dergisi** 2002; 10(2):1-7.
- Yousafzai AW., Siddiqi MN., Bhutto N, Ahmer S., Zaman M., The Medical Student's Stigmatizing Attitude Towards Psychiatric Label, **Journal of Pakistan Psychiatric Society**, 2011; 8(2): 90-93.
- Yüce S, Savaş HA, Ersoy MA, Savaş E, Sertbaş G. (2005). Sağlık yüksek okulu öğrencileri ve çalışan hemşirelerin depresyonu olan hastalara ilişkin tutumu. **Türkiye'de Psikiyatri**, Cilt 7 - Sayı 1
- Yüksel EG., Taşkın EO., Türkiye'de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 2005; 6:113-121.
- Yüksel N, Yılmaz M, Temel ÖG. Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara İlişkin Görüşleri. **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi**. 2015;6(1):26-32.
- Zangwill O. L., **Modern Psikolojinin Gelişimi**, çev. Yılmaz Özakpınar, İstanbul, Ötüken Yayınevi, 2009.
- Ziyalar A. (1999). **Sosyal Psikiyatri**. 2. Baskı, Yüce Yayın, İstanbul, s. 38.
- WHO. Mental health: New understanding; new hope. WHO, Geneva. The world health report, 2001.



EKLER

EK-1

DEMOGRAFİK SORU FORMU

Bu çalışma, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik tutum ve inançlarını incelemek, etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Ankete isminizi yazmanız gerekmemektedir, vereceğiniz cevaplar saklı tutulacak ve çalışma amacı dışında kullanılmayacaktır. Aşağıda yer alan soruları size uygun seçeneğin önündeki boşluğa gelecek şekilde işaretleyiniz. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz ve soruları özenle cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Sevilay SARAL BAĞRI

1. Yaşınız:
 - ☐ 17-19
 - ☐ 20-22
 - ☐ 23-25
2. Cinsiyetiniz:
 - ☐ Kadın
 - ☐ Erkek
3. Sınıfınız:
 - ☐ 1.Sınıf
 - ☐ 2.Sınıf
4. Medeni durumunuz:
 - ☐ Bekar
 - ☐ Evli
 - ☐ Boşanmış
 - ☐ Dul
5. Anne-babanızın durumu:
 - ☐ İkisi de sağ, birlikte
 - ☐ İkisi de sağ, ayrı
 - ☐ Sadece anne sağ
 - ☐ Sadece baba sağ
6. Annenizin eğitim durumu:
 - ☐ İlkokul
 - ☐ Ortaokul
 - ☐ Lise
 - ☐ Yüksek Okul
 - ☐ Üniversite
 - ☐ Y. Lisans/ Doktora
7. Babanızın eğitim durumu:
 - ☐ İlkokul
 - ☐ Ortaokul
 - ☐ Lise
 - ☐ Yüksek Okul
 - ☐ Üniversite
 - ☐ Y. Lisans/ Doktora

8. En uzun yaşadığınız yer:
- ☐ Kent
 - ☐ İlçe
 - ☐ Köy
9. Ailenizin (Anne-baba ve kardeşler) aylık gelir durumu nasıldır?
- ☐ 0 – 850 TL
 - ☐ 850 TL – 1500 TL
 - ☐ 1500 TL – 2500 TL
 - ☐ 2500 TL – 3500 TL
 - ☐ 3500 TL ve üzeri
10. Ruhsal hastalıklar konusunda daha önceden bilginiz var mı?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
11. Daha önce ruhsal hastalığı olan birey/bireylerle karşılaştınız mı?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
12. Varsa ruhsal hastalığı olan bireyle yakınlık dereceniz nedir?
- ☐ Akraba-aile dostu
 - ☐ Arkadaş
 - ☐ Komşu
13. Varsa ruhsal hastalığı olan yakınınızın hastalığını nedir?
- ☐ Depresyon
 - ☐ Anksiyete
 - ☐ Kişilik bozukluğu
 - ☐ Şizofreni
 - ☐ Diğer (Belirtiniz):
14. Varsa ruhsal hastalığı olan yakınınızla aynı evde mi yaşıyorsunuz?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
15. Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
16. Varsa ruhsal hastalığınız nedir?
- ☐ Depresyon
 - ☐ Anksiyete
 - ☐ Kişilik bozukluğu
 - ☐ Şizofreni
 - ☐ Diğer (Belirtiniz):
17. Ruhsal hastalık sebebiyle psikolojik destek aldınız mı?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
18. Ruhsal hastalık sebebiyle bir yakınınız psikolojik destek aldı mı?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
19. Ruhsal hastalık sebebiyle psikiyatrik tedavi aldınız mı?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
20. Ruhsal hastalık sebebiyle bir yakınınız psikiyatrik tedavi aldı mı?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır

21. Ruhsal hastalık sebebiyle ilaç kullandınız mı?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
22. Daha önce psikolojik destek aldıysanız faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
23. Daha önce psikiyatrik tedavi aldıysanız faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
24. Daha önce psikolojik destek aldıysanız çevreniz faydalı olduğunu düşünüyor mu?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
25. Daha önce psikiyatrik tedavi aldıysanız çevreniz faydalı olduğunu düşünüyor mu?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır

EK-2**RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ-RHİÖ****(BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE -BMI)**

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.						

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
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-3**RUHSAL SORUNLARI OLAN BİREYLERE YÖNELİK TOPLUM****TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (RSTTÖ)**

Aşağıda kişilerin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumlarını ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Her bir madde bu tür sorunları olan hastalara tutumu anlatmaktadır. Ve bu maddelerde tutumun derecesini belirleyen 5 seçenek vardır.

Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1. Tamamen katılıyorum	2. Katılıyorum	3. Kararsızım	4. Katılmıyorum	5. Kesinlikle katılmıyorum
------------------------	----------------	---------------	-----------------	----------------------------



Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği	1	2	3	4	5
1. Birisi, bir ruh sağlığı belirtisi gösterdiğinde hemen hastaneye yatırılmalıdır.					
2. Sağlığa ayrılan bütçeden ruh hastalıklarının tedavisine daha fazla kaynak ayrılmalıdır.					
3. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birçoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır.					

Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği	1	2	3	4	5
4. Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum için bir yükür.					
5. Bir semte ruh sağlığı hizmetleri veren bir kurumun açılması o semtin değerini azaltır.					
6. Ruhsal bozuklukları olan bireyler uzun zamandan beri alay konusu olmaktadır.					
7. Ruh sağlığı hizmetleri bugünkünden daha çok topluma yönelmelidir.					
8. Halkı ruhsal bozuklukları olan bireylerden koruma daha az gündemde tutulmalıdır.					
9. Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan harcamalardaki artış, vergilerin boşa gitmesi anlamına gelir.					
10. Ruhsal bozuklukları olan hastaların diğer insanlarla birlikte aynı semtte yaşaması tedavileri için iyi olabilir. Ama orada yaşayanlar için büyük bir risk vardır.					
11. Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörölü bir tutuma ihtiyaç vardır.					
12. Bir semtte yaşayanlar, gereksinimlerini karşılamak için o semtte ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesini kabul etmelidirler.					
13. Ruhsal bozuklukları olan bireylere verilen hizmet yeterlidir.					
14. İnsanların semtlerinde ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılmasına karşı direnmelerinde haklı nedenleri vardır.					
15. Bir semtte ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılması orada yaşayan insanlar için herhangi bir tehlike içermez.					
16. Ruhsal bozuklukları olan bireyler sempatiimize layık değildirler.					
17. Ruh sağlığı kurumları yerleşim yerlerinden uzak tutulmalıdır.					
18. Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakımı sağlamakla yükümlüyüz.					
19. Oturdukları semte ruh sağlığı hizmeti almak için gelmiş olan insanlardan, semt sakinlerinin hiçbir şekilde korkmasına gerek yoktur.					
20. Ruhsal bozuklukları olan bir bireyden sakınmak en iyisidir.					
21. Bir yerleşim bölgesinde ruhsal bozuklukları olan bireylerin yaşamakta olduğunu düşünmek ürktücüdür.					

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/06/2016-3749



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 88083623-044-3749
Konu : Sevilay SARAL BAĞRI Etik Kurul Onay
Hk.

17/06/2016

Sayın Sevilay SARAL BAĞRI

Enstitümüz Y1412.270015 numaralı Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji yüksek lisans programı öğrencilerinden Sevilay SARAL BAĞRI' nın "2015-2016 EĞİTİM DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇ VE TUTUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER" adlı tez çalışması gereği "Demografik Soru Formu", "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği-RHİÖ" ve "Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği" ve "SCL-90-R Psikolojik Belirti Tarama Listesi" ile ilgili ölçekleri 06.06.2016 tarih ve 2016/09 İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyon Kararı ile etik olarak uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Özer KANBUROĞLU
Müdür

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://evrakdogrula.aydin.edu.tr/enVision.Dogrula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE3VB260>

Adres:Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL
Telefon:444 1 428
Elektronik Ağ:http://www.aydin.edu.tr/

Bilgi için: Canan TOPDEMİR
Unvanı: Enstitü Sekreteri



ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Sevilay SARAL BAĞRI

Doğum Tarihi ve Yeri: 12.10.1981 - Fethiye

E-Posta: saral.sevilay81@gmail.com

Lisans: 2002, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik

Yüksek Lisans: 2009, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Adli Hemşirelik

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

Mesleki Deneyimler:

2015 - 2016 Öğretim Görevlisi İstanbul Aydın Üniversitesi SHMYO – Florya/İSTANBUL

2014 – 2015 Meslek Dersleri Öğr. Özel İnci Ümraniye Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi – Ümraniye/İSTANBUL

2013 – 2014 Meslek Dersleri Öğretmeni Özel Tercih Anadolu Sağlık Meslek Lisesi – Sancaktepe/İSTANBUL

2013 – 2013 Hasta Eğitim Sorumlusu Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri – Kavacık/İSTANBUL

2012 – 2012 Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi Emsey Hospital – Kurtköy/İSTANBUL

2009 – 2012 Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi – Selimiye/İSTANBUL

2006 – 2009 Enf. Hast. Serv. Sor. Hemş. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi – Selimiye/İSTANBUL

2003 – 2006 Göğ. Cer. Serv. ve Yoğun Bak. Hemş. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi – Selimiye/İSTANBUL

Sertifikalar:

2008 Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Sertifikası – Sağlık Bakanlığı

2014 Aile Danışmanlığı Sertifikası – Kadir Has Üniversitesi

YAYINLAR

Yüksek Lisans Tezi

- Saral, Sevilay (2009) “TSK Hastaneleri Acil Servis Hemşirelerinin Adli Olgulara İlişkin Yaklaşımları”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman Yrd. Doç Dr. Aysel GÜRKAN)

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

- Saral, Sevilay ve diğerleri. "Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Enfeksiyon Kontrol Uygulamalarının Nozokomiyal Enfeksiyon Gelişimine Etkisi: İki Yılın Değerlendirmesi." *Hastane Enfeksiyonları Dergisi* 2010;14(1):137-243. *Hastane Enfeksiyonları Kongresi*, 1-4 Nisan 2010, Wow Kremlin Palace, ANTALYA
- Aydın, Fatma ve diğerleri. "Laboratuvara Dayalı Sürveyans ile Saptanan Vankomisine Dirençli Enterokok Enfeksiyonu Sonrası Aktif Sürveyans Analizi." *Hastane Enfeksiyonları Dergisi* 2010;14(1):137-243. *Hastane Enfeksiyonları Kongresi*, 1-4 Nisan 2010, Wow Kremlin Palace, ANTALYA