

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
PSİKİYATRİK DİJİTAL YAYINLARIN RUHSAL HASTALIKLARA KARŞI
İNANÇ ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Abdulhamit KAYRAN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TÜRKİYE CUMHURİYEETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**

2023

TIP FAKÜLTESİ

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
PSİKIYATRİK DİJİTAL YAYINLARIN RUHSAL HASTALIKLARA KARŞI
İNANÇ ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Abdulhamit KAYRAN

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR**

**Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR**

**Etik Kurul Uygunluk Onayı
Karar No: GOKAEK-2022/18.12 Proje No: 2022/284**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	IV
KISALTMALAR DİZELGESİ	V
TABLolar DİZELGE	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. RUHSAL HASTALIK	4
2.2. TARİHSEL SÜREÇTE RUHSAL HASTALIKLARA BAKIŞ ŞEKLİ	5
2.2.1. DÜNYA'DA TARİHSEL SÜREÇTE RUHSAL HASTALIKLAR	5
2.2.2. TÜRKLER'DE TARİHSEL SÜREÇTE RUHSAL HASTALIKLARA BAKIŞ	7
2.3. KÜLTÜR, İNANÇ ve TUTUM KAVRAMLARI	8
2.3.1. KÜLTÜR.....	8
2.3.2. İNANÇ.....	9
2.3.3. TUTUM.....	12
2.4. KİTLE İLETİŞİM	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. ÇALIŞMANIN MODELİ	15
3.2. VERİLERİN TOPLANMASI	15
3.3. VERİLERİN GRUPLANDIRILMASI	16
3.4. VERİLERİN ANALİZİ	17
4. BULGULAR	18
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE GENEL BİLGİLER.....	18
4.2. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ	19
4.3. PSİKIYATRİK DİZİ VEYA FİLM İZLEME İLE RHYİÖ VE ALT ÖLÇEKLERİN İLİŞKİSİ	19
4.4. PSİKIYATRİK DİZİ VEYA FİLM İZLEME MİKTARI İLE RHYİÖ VE ALT ÖLÇEKLERİN İLİŞKİSİ	21
4.5. PSİKOLOJİK YARDIM ALANLAR VE ALMAYANLARIN RHYİÖ VE ALT ÖLÇEKLERLERLE İLİŞKİSİ	25

4.6. KATILIMCILARIN AİLELERİNİN EKONOMİK DURUMU İLE RHYİÖ VE ALT ÖLÇEK PUANLARININ İLİŞKİSİ.....	28
4.7. KATILIMCILARIN CİNSİYETİ İLE RHYİÖ VE ALT ÖLÇEKLERİN İLİŞKİSİ.....	31
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
7. ÖZET.....	40
8. ABSTRACT	42
9. KAYNAKÇA.....	44
10. EKLER	49
10.1. ANKET FORMU.....	49

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğumuz, engin bilgi ve tecrübesi ile bizlere olan ilgi ve alakası ile her zaman yanımızda olan, bizlere yol gösteren, desteğini bizden hiçbir zaman esirgemeyen ve asistanı olmaktan onur duyduğumuz, iyi ki dediğimiz sayın hocamız Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur’a,

Hayatıma henüz dahil olan bu süreç boyunca desteğini esirgemeyen biricik eşim Zehra’ya her an sevgisini ve dualarını hissettiğim sevgili anneme ve yaşamım boyunca mutlu ve mutsuz anlarımızı beraber geçirdiğimiz değerli abilerime ve kardeşlerime

Asistanlığım süresince birlikte mesai harcamış olduğum ve kendilerini tanımaktan mutluluk duyduğum Dr. Sinan Güneş, Dr. Ömer Atalayın, Dr. Ümit Yüzgöl ve Dr. Bilal Turan olmak üzere tüm Kocaeli Üniversitesi Aile Hekimliği asistanlarına en içten dileklerimle teşekkür ederim

KISALTMALAR DİZELGESİ

RHYİÖ	:Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
APA	:Amerika Psikiyatri Birliği
TRSM	:Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
GOKAEK	:Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
SİM	:Sağlık İnanç Modeli

TABLÖLAR DİZELGE

Tablo 1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puanları.....	19
Tablo 2. Psikiyatrik dizi izleme durumu ile RYHİÖ ve alt ölçeklerin ilişkisinin sayısal değerleri.....	20
Tablo 3. Psikiyatrik dizi veya film izleme durumu ile RHYİÖ ve alt ölçeklerin ilişkisi.....	21
Tablo 4. Psikiyatrik dizi veya film izleme miktarı ile RHYİÖ ve alt ölçek puanlarının sayısal değerleri.....	22
Tablo 5. Psikiyatrik dizi veya film izleme miktarı ile RHYİÖ ve alt ölçek puanlarının ilişkisi	24
Tablo 6. Utanma alt ölçeği ile psikiyatrik dizi veya film adeti arasındaki ilişki	25
Tablo 7. Psikiyatrik yardım alanlarla almayanlarda RHYİÖ toplam puanı ve alt ölçek puanlarının sayısal değerleri	26
Tablo 8. Psikiyatrik yardım alanlar ile almayanların RHYİÖ ve alt ölçeklerce karşılaştırılması	27
Tablo 9. Katılımcıların ailesinin ekonomik durumu ile RHYİÖ ve alt ölçek puanların sayısal ilişkisi	28
Tablo 10. Katılımcıların ailesinin ekonomik durumu ile RHYİÖ ve alt ölçek puanlarının ilişkisi	30
Tablo 11. Cinsiyet ve RHYİÖ ve alt ölçek puanlarının sayısal ilişkisi	31
Tablo 12. Katılımcıların cinsiyeti ile RHYİÖ ve alt ölçeklerin ilişkisi	32

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruh sağlığı ve ruhsal bozuklukları anlamak için ilk olarak sağlık kavramını anlamak önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil; kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinde olmasıdır ¹. Tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlıklı olmanın bir şartı da ruhsal açıdan tam iyilik halinin bulunmasıdır. Ruh sağlığı; herhangi bir ruhsal bir hastalığın bulunmaması şeklinde söylenebilmektedir ¹. Daha geniş tanımıyla bireyin zihinsel durumuna ve çevrede işlev görme yeteneğine katkıda bulunan biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri içeren sağlık durumu olarak da ifade edilmektedir ². Ruhsal bozukluk tanımına baktığımızda ise Amerikan Psikiyatri Birliği, “... ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur.” şeklinde tanımlamaktadır.

Toplum taramaları yeti yitiminin en önemli nedeni olan ruhsal hastalıkların çok yaygın olduğunu göstermiştir. Yapılan çalışmalarda toplumda ruhsal hastalık sıklığı %20 ve üzerinde bulunmuştur ³. Türkiye’de yapılmış en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan ve Sağlık Bakanlığı yardımıyla gerçekleştirilen “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması”nda tanı koyacak düzeyde ruhsal bozukluk sıklığının %17,2 olduğu tespit edilmiştir ⁴. Literatüre baktığımızda her iki kişiden birinin yaşamı boyunca en az bir psikiyatrik hastalığa yakalandığı görülmektedir. Depresyonun sıklığı kadınlar için ortalama %20, erkekler için ise %15 olarak tespit edilmiştir⁵.

“Damgalama” bir kişinin veya belli bir topluluğun toplumun genelinden ayrı tutularak dışlanması, değersiz görülmesi, ayrıma tabi tutulması, genel olarak olumsuzlanmasıdır ⁶.

Geçmişten günümüze kadar, ruhsal hastalığı olan bireylerin farklı şekillerde damgalanmaya, ayrımcılık ve dışlanmaya maruz kaldığı aktarılmaktadır ⁷. Damgalama, ruhsal hastalığa sahip bireylere, ailelerine hatta hastaların arkadaşlarına yapılmakta, hastaların ve hasta ile ilişkisi olan her bireyin de toplumdan dışlanmasına neden

olmaktadır. Bu durum ise, hastanın tedavi ve iyileşme sürecinde olumsuzluk yaratmaktadır⁸. Damgalama, hastanın tedaviye başvurmasını ve rehabilitasyon programlarına katılmasını engellemekte ve dolayısıyla da onların toplum dışında kalmalarına yol açabilmektedir. Akıl hastalıklarının farkına varılması ve akıl hastası olarak etiketleme, bu konuda çare aramak için karar aşaması, iyileştirme için hastane veya benzeri kurumlara başvurma, tedavinin bir parçası olarak rol oynama, hasta kişinin hastaneye yatmadan evde kalması ve ayakta takip edilmesi, eğer yattıysa hastaneden eve dönüşünden sonra tekrar uyum sağlaması gibi durumlarda ailenin ve çevrenin önemli etkileri olabilmektedir⁹.

Toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutum ve inançları ruhsal hastalıkların sağaltımında önemli bir yer tutmaktadır. Toplumda ruhsal hastalıklara karşı olan inanç iyi olursa ruhsal hastalığı olan bireyler ve ailelerinin hem hayat konforları yükselecek hem de ruhsal hastalığı olan bireyin sağaltımı kolaylaşacak ve toplumda daha aktif olarak görev alacaklardır.

Ruhsal hastalığa yönelik toplumsal inanç ve tutumlar üzerine yapılan çalışmalar 1940 yıllarına dayanmaktadır¹⁰. O zamandan bu yana yapılan çalışmalarda hem olumlu hem de olumsuz tutum ve inançlar rastlanmıştır. 1971 yılında Savaşır tarafından yapılan ülkemizde ruhsal hastalığa yönelik toplumsal inanç ve tutumlar üzerine çalışmadan bu yana ruhsal hastalıklara karşı önyargılar görülmektedir¹¹. Önyargılar da sürekli olumsuz ve içselleştirilmiş damgalamaya sebep olmaktadır¹². Toplumda ruhsal hastalıklara karşı yaygın olumsuz tutumlar olduğu görülmektedir¹³. Bir çalışmada düşük ekonomik düzeydeki bireylerin ruhsal hastalıkları daha çaresizce karşıladıkları, tehlikeli gördükleri ve bu konuda olumsuz inanca sahip oldukları görülmüştür. Ekonomik düzeyi yüksek olan kişilerde de bu durumun olumsuz yönde hastalardan korkma ve dışlamaya dönük olduğu, orta ekonomik düzeydeki kişilerin ise ruh sağlığına yönelik toplumsal yaklaşımlarının daha iyi niyetli olduğu belirtilmiştir¹⁴.

Toplumda damgalamaya dair inanç ve tutumların çözümü için yapılan çalışmaların metaanalizinde eğitim %66 ile öne çıkmıştır. Yayınlarda olumsuz inanç, tutum ve

damgalama ile mücadelede daha spesifik öneriler de bulunmaktadır. Bu doğrultuda toplum liderleri konumundaki meslek mensuplarının damgalama ile mücadele konusunda eğitilmesi,¹⁵ hasta yakınlarına eğitim verilmesi,¹⁶ genel tanımlar kullanmak yerine, her hastalık için o hastalığın adının kullanılması, tutumları ölçme yöntemi hakkında bir görüş birliğinin sağlanması¹⁷ ve ilk adımda ruhsal hastalıklara yönelik inançların ölçülmesi¹⁷ önerilmiştir.

Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada eğitim ile ruhsal hastalıklara karşı tutumun olumlu yönde geliştiği görülmüştür¹⁸. Toplum tabanlı bir eğitim ile mücadele edilirse bu sorunun çözümü mümkün olabilir.

Günümüzde dijital yayınlar sık olarak kullanılmaktadır. Televizyon ve internet üzerinde çok sayıda psikiyatrik dizi, film ve belgesel bulunmaktadır. Bu yayın araçlarını kullanarak ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutum ve düşüncelerin kırılabilme ihtimali bulunmaktadır. Ruhsal hastalıkların hem erken tanı alması hem de tedavisi üzerine katkısı olabilir. Bu çalışmada da dijital olarak yayınlanan film, dizi ve belgesellerin ruhsal hastalıklara karşı tutum ve inançlar üzerinde bir etkisinin olup olmayacağını saptamak amaçlanmıştır.

Araştırma Kocaeli üniversitesi mühendislik fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.RUHSAL HASTALIK

Ruh hastalıklarının tanımı ve anlamı kültürden kültüre ve zamana göre farklı olabilmektedir.²¹ DSM ölçütleri ile ruhsal hastalıklar farklı alt başlıklara ayrılmıştır. DSM 5'te "Ruhsal bozukluk, ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur." şeklinde tanımlanmıştır. Durumun ruhsal bozukluk olması için toplumdaki işlevselliği bozması gerekmektedir. Yas gibi toplum tarafından beklenebilecek durumlar ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaz.

DSM-5'te ruhsal hastalıklar genel olarak şu şekilde kategorize edilmiştir.

- Nörogelişimsel Bozukluklar
- Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar
- İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar
- Depresyon Bozuklukları
- Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları
- Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) Ve İlişkili Bozukluklar
- Örselenme (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluklar
- Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları
- Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar
- Beslenme ve Yeme Bozuklukları, Dışa Atım Bozuklukları
- Uyku-Uyanıklık Bozuklukları
- Cinsel İşlev Bozuklukları, Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama) Yıkıcı Bozukluklar
- Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları
- Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları
- Nörobilişsel Bozukluklar Kişilik Bozuklukları
- Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları
- Diğer Ruhsal Bozukluklar İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları

- İlaçların Diğer Yan Etkileri Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar¹⁹

2.2.TARİHSEL SÜREÇTE RUHSAL HASTALIKLARA BAKIŞ ŞEKLİ

2.2.1. DÜNYA'DA TARİHSEL SÜREÇTE RUHSAL HASTALIKLAR

Tarihe baktığımızda ruhsal hastalığı olan kişilere karşı kültürden kültüre toplumdan topluma ve tarih içinde çeşitli şekillerde davranılmıştır. Bazı toplumlarda ve bazı zaman aralıklarında bu hastalığa sahip olan insanlara karşı daha iyi bakış açısı görülürken bazı toplumlarda ve zaman dilimlerinde toplumdan dışlanmaya maruz kalmışlardır ²⁰.

Yazıdan önceki çağlarda da psikolojik tedaviler yapıldığına dair kanıtlar mevcuttur. MÖ. 2000-1550 senelerinde Eski Mısır'a ait olan bulgulara (Eber Papirüslerinde) düşünmenin kalp ile olduğu varsayılmış ve ruhsal sorunlardan bahsedilmiştir. Psikolojik sağaltım ilk defa MÖ. 8 yüzyılda Mısır ve Yunan tapınak uygulamalarında görülmüştür ²¹.

İlk çağlar Yunan-Roma dönemine dek olan zaman dilimidir. Bu çağa baktığımızda ruhsal hastalıkların doğaüstü sebeplere bağlandığı görülmektedir. Bu dönemde tedavi yapan kişiler büyücü doktorlardır. Tedavide danslar, ritüeller, garip, trans durumları, zararlı ruhları taşıyan eşyaların yok edilmesi, lanetli ruhların uzaklaştırılması ile tedavi uygulanıyordu ²².

Hipokrat ile beraber ruhsal hastalıklara bakış açısında değişmeler olmuştur. Hipokrat ruhsal hastalıkların doğaüstü ve büyüsel nedenlerden değil doğal olaylardan kaynaklandığını öne sürmüştür. Onun bu görüşü orta çağa kadar egemen olmuştur. Nörolojik bir hastalık olan epilepsinin beyinden kaynaklanan bir olaydan kaynaklandığını açıklamıştır. Bu zaman diliminde psikoterapi gibi tedaviler uygulanmaya çalışılmıştır. Ruhsal hastalıklar ile ilgili bakış açısının değişmesine rağmen Roma ve antik Yunan

medeniyetlerinde ruhsal hastalıklara bakış iyi olmamıştır. Ruhsal hastalıkları olan bireylerden, sevilmemiş ve evlerden çıkmalarına izin verilmemiştir ²².

Orta çağ Avrupasında hastalıkların doğal sebeplerden kaynaklandığı düşüncesinin kaybolduğu, bu hastalıklara doğüstü ve büyüsel hadiselerin sebep olduğu görüşünün hâkim olduğu görülmektedir. Bu dönemde hastalıklar için ilaç kullanımı bitmiş bunun yerine ilahiler, içecekler, muskalar kullanılmıştır. Tıbbi araştırmalar da yasaklanmıştır. Ruhsal hastalığı olanlara dinsel ve yarı-dinsel sebeplerden ötürü çeşitli işkenceler yapılmıştır. Ruhsal hastalığı olan kişiler şeytan tarafından yakalanmış büyücüler olarak tutuklanıp ateşe atılmışlardır ²².

16 ve 17 yüzyıllara geldiğimizde kilisenin bu dogmatik ve katı tutumlarına karşı giderek tepkiler yükselmeye başlamıştır. Bu dönemdeki burjuvalar bilimsel çalışmalara ve düşünce üzerine yoğunlaşmışlardır. Geniş halk kitleleri de bu insanları takip etmeye başladılar. İslam coğrafyasında artan bilimsel faaliyetlerden ve Arapçaya çevrilmiş olan antik Yunan kaynaklarından faydalanarak düşünce biçiminde, yaşama tarzında, bilimsel faaliyetlerde değişimler tetiklenmiştir. Artan bilimsel çalışmalar neticesinde ruhsal hastalıkları olan kişilerin yakalanıp cezalandırılması ve ateşe atılması sonlanmıştır ²².

Orta çağın kapanması ile her alanda bilimsel araştırmalar artmaya başlamıştır. Çok miktarda fizyolojik araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. İlk defa 17. yüzyılda ruhsal hastalıkları rahiplerin değil hekimlerin muayene etmesi gerektiği görüşü benimsenmiştir. 18. Yüzyıl sonlarında Fransız Doktor Pinel planlı psikoterapinin ilkelerini ortaya koymuştur. İnsancıl bakış açısı Avrupa ve Amerika gibi ülkelere yayılmıştır ²². Çağdaş psikiyatrinin gelişmesine bakıldığında Doktor Pinel ile beraber üç durum dikkat çekicidir.

Bunların ilki 19. Yüzyıl sonlarına doğru Sigmund Freud tarafından geliştirilen psikoanalitik kuramının tedavide kullanılmaya başlanması

İkinci olarak 20. Yüzyılın ikinci yarısında psikiyatride tedavi için farmakoterapinin kullanılmaya başlanması

Üçüncüsü 60 yıllarda başta Amerika Birleşik Devletleri'nde başlayan toplum ruh sağlığı hareketidir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ana yapısını oluşturan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) amaç belli bir alanda yaşayan ağır ruhsal hastalığı olan bireyleri burada kayıt altına almak dzenli olarak tedavilerini gerçekteştirmek, takiplerini yapmak ve bu kişileri rehabilite ederek topluma kazandırılmalarını sağlamaktır ²³.

2.2.2. TÜRKLER'DE TARİHSEL SÜREÇTE RUHSAL HASTALIKLARA BAKIş

İslamiyet'ten önce Orta Asya Tklerinde hastalıkların tedavisi şamanizm inancına uygun yapılmıştır. 1069 senesinde yazılmış olan Kutadgu Bilig 'de şamanların meslek hiyerarşisinde en üst mertebede olduğu yazılmıştır. İslamiyet'ten sonra hastalıkların tedavisinde geleneksel İslam tıbbi giderek etkili olmuştur.

11. yüzyılda yaşamış olan İbn-i Sina tıp alanında kendi döneminde ve kendinden sonraki birkaç yüzyılda etkili olmuştur. İbn-i Sina ruhun 3 kısımdan oluştuğundan bahsetmiştir. Bunlar: bitkisel, hayvansal ve insanidir. Bitkisel kısmı beslenme ve üreme; hayvansal kısım algılama ve hareket, insani kısmın da yüksek idealler ve ahlaki değerleri yapmaktan sorumlu kısımlar olan parçalar olduğunu söylemiştir. İbn-i Sina yaptđđı çalışmalar ve ortaya koyduğu disiplinle hem Doğuda hem de Batıda önemli bir yer almıştır ²⁴.

Orta Çağ Avrupasında ruhsal hastalıkları olanlara yapılanlara karşın İslam dünyasında ve Türklerde ruhsal hastalığı olan kişilere karşı daha insancıl davranışlar görülmektedir. Selçuklular ve Osmanlıda şifahaneler kurulmuş ve döneminde en uygun tedavi yerleri olmuşlardır. şifahanelerin mimarisine baktđđımızda medrese, cami ve şifahane şeklinde olduğunu ve bu yapıların şehrin en merkezi yerlerine inşa edildiği görülür. Bu şifahanelerin bir kısmı da ruhsal hastalığı olan kişiler için ayrılmıştır. Özellikle bu dönemde akıl hastalığı olan kişiler toplumdan uzaklaştırılmamış ve iyi bir şekilde bakılmıştır ²⁴.

Osmanlı Devleti akıl hastalığı olan kişilerin yakılmasını yasaklamıştır. Ancak Osmanlının gerileme döneminde hastalar da kötü etkilenmiştir ²⁴.

19. yüzyıl sonlarında çağdaş eğitim almış olan Raşit Tahsin 1898 yılında Gülhane Tıp okulunda çağdaş ruh hekimliği dersini başlatmıştır ²⁴.

2006 yılında Sağlık Bakanlığı “ulusal ruh sağlığı politika” metninde hastane temelli bakımdan toplum temelli bakıma geçilmesini önermiştir. Bu karardan sonra Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açılmasına karar verilmiş 2008 yılında pilot il olarak Bolu’da TRSM açılmıştır. 2011 yılında merkez nüfusu 100 bin ve üzerinde olan yerlerde bir tane olmak üzere 236 TRSM açılması hedeflenmiştir. Bu TRSMlerde ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavilerinin yapılmasına karar kılınmış ve bu hastaların takiplerinin yapılması düşünülmüştür ²³.

2.3.KÜLTÜR, İNANÇ ve TUTUM KAVRAMLARI

2.3.1. KÜLTÜR

Tarihsel açıdan kültür kavramına baktığımızda Latince toprak kültürü manasındaki “edere cultura” sözcüklerinden gelmiş olduğunu görürüz. Latince korumak, yerleştirmek, yetiştirmek anlamındaki “colere”dan kültür sözcüğü türemiştir. Romalılar cultura kelimesini doğada insanlar tarafından yetiştirilen ve korunan tarımsal ürünler için kullanmışlardır

Kültür kelimesi 15. yüzyılda ingilizceye “culture” olarak geçmiş ve topraktan ürün yetiştirme ile bağlantılı olarak kullanılmıştır. 16. yüzyıldan sonra insan gelişimini de anlamına katarak anlam olarak genişlemiştir. Kültür kavramının insan gelişimi, ilerlemesi, eğitimi gibi kavramları da kapsayacak şekilde ilk olarak ne zaman kullanıma girdiği konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Ancak bu kavramları da kapsayacak biçimde ilk kullanan kişilerin Romalı filozof olan Cicero ve Horaitus oldukları düşünülmektedir ²⁵.

UNESCO’nun toplandığı Dünya Kültür Politikaları Konferansı Sonuç Bildirgesi’nde olan kültür tanımı da şöyledir: “En geniş anlamıyla kültür, bir toplumu ya da toplumsal bir grubu tanımlayan belirgin maddi, manevi, zihinsel ve duygusal özelliklerin bileşiminden oluşan bir bütün ve sadece bilim ve edebiyatı değil, aynı zamanda yaşam biçimlerini,

insanın temel haklarını, değer yargılarını, geleneklerini ve inançlarını da kapsayan bir olgudur”²⁵.

Her toplumda farklı değer yargıları ve inançları bulunmaktadır. Hastalık da kültür gibi evrensel bir olgudur. Ancak bir hastalığa karşı toplumların tepkisi kültür, inanç ve değerlerinden kaynaklı olarak karşı tepkiler ile karşılanabilir²⁶. Aynı hastalığa karşı farklı kültüre sahip olan topluluklar farklı tepkiler verebilirler ve bu hastalıklara karşı nasıl tepki verileceğini de belirleyebilirler. Farklı tepkilere sebep olan durum ise o kültürdeki inanışlar, değerler gibi tarihsel süreçte eskiden kazanılmış ve biriktirilmiş değer yargılarıdır.

2.3.2. İNANÇ

İnanç, düşünce ve tutum kavramlarını birbirinden ayırt etmek güç olabilir. İnanç tutum ve düşünceyi bir doğru üzerine yerleştirmek istesek inanç ve düşünceler doğrunun iki ucunda tutumda bu doğrunun ortasına yerleştirilebilir. Tutumlar düşüncelerden daha uzun ömürlüdür ve daha köktencidir bunun yanında inançlar gibi daha derine saklanmamışlardır. Neticede inançlar ve tutumlar arasında derin bağlar bulunmaktadır.ve inançlar tutumları oluşturmaktadır²⁷.

İnanç kavramına duygusal ögeler katıldığında tutuma dönüşmektedir. Bir nesneye karşı olumlu ya da olumsuz bir tutuma varlığında olumlu ya da olumsuz inanç da vardır. İnanç bir toplumdaki ortak kültürel değerlerden beslenen insanın hayatında anlamlandıramadığı sorunlara çözümler bulmasına ve anlamlandırmasına yardımcı olan bir kavramdır²⁷.

Ruhsal hastalığı olan kişilere karşı genel olarak olumsuz tutumlar bulunmaktadır. Bu tutumların temelinde yanlış inançlar bulunmaktadır. Ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olan yanlış inançlar şöyledir:

- Ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir,
- Ruh hastaları kurumlarda kilitli tutulmalıdır,
- Ruh hastası olan birey asla normal yaşamına dönemez,
- Ruh hastaları tehlikelidir,

- Ruh hastaları düşük gelirli işlerde çalışabilir ²⁷.

İnanç ile ilgili birçok açıklama vardır. Bunlardan bazısı şöyledir:

Piaget' in Bilişsel Gelişim Kuramı: Kuramda, bilginin şema, olgunlaşma, yaşantı, uyum ve örgütlenme aşamasından geçerek davranışa büründüğü vurgulanmaktadır. Bireyin bilişsel gelişimini dört evrede olduğuna dikkat çeken bu kuramda gelişimin 12-15 yaşlarında soyut işlemler evresinde olduğunu söylenmektedir.

Vygotsky'nin Bilişsel Gelişim Kuramı: Bu kuram inancın gelişiminin toplumsal çevre ve kültürün kişi ile olan etkileşimi ile olduğunu söyler. Bu kurama göre öğrenilen her şeyin kökeni toplumsal çevredir ²⁷.

Sağlık inanç modeli: Sağlıklı olabilmek için birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin bir kısmı bireysel özellikler olup, kişinin genetik yapısından etkilendiği gibi bilgi, inanç ve tutumlardan da etkilenmektedir²⁸.

1950'lilerde Amerika'daki halk sağlıkçılar sağlık öğreniminin etkinliğini artırıcı modeller yapmak istemişlerdir. Çalışmalarda demografik faktörlerin ve sosyoekonomik durumların etkili olduğunu; ancak sağlık hizmetleri bedava yapıldığında dahi alt sosyoekonomik düzeydeki insanların daha az sağlık arama davranışında bulunduğu saptanmıştır. Bu durum sağlık arama davranışında başka faktörlerin de etkisi olduğunu göstermiş olup, bunları açıklamak amacıyla Rosentock, Sağlık İnanç Modelini geliştirmiştir²⁹. Becker ve arkadaşları ise bu modele ekleme yaparak bu modeli geliştirmişlerdir³⁰. Sağlık İnanç Modeli sağlık arama davranışını ve hastalıkların şikayetlerine karşı nasıl tepki verileceğini anlamak için en çok kullanılan modeldir³¹.

Sağlık İnanç Modeli, sağlık arama davranışının kişinin değer, inanç ve tutumlarından etkilendiğini belirtmektedir. Yanlış olduğu saptanan inanç ve tutumlar tespit edilirse kişiye daha uygun yaklaşımlarda bulunulabilecektir³².

SİM, bireyi koruyucu davranışlara neyin motive ettiğini, erken tanı için sağlık taramalarını yaptırmak ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için nasıl eyleme geçtiklerini anlamak üzere birkaç bileşen kullanır. Bu bileşenler şunlardır; algılanan hassasiyet/duyarlılık, ciddiye, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkililiği ve eyleme geçme olasılığıdır³¹.

Modeldeki ana alt bileşenler aşağıda açıklanmıştır;

Hassasiyet/Duyarlılık algısı: Bireyin kendini risk altında hissetmesi bireyin sağlık arama davranışında bulunmasını motive eder³³. Örneğin meme kanseri geçmişi olan bir hasta bu hastalığına ait sağlık kontrollerini aksatmayacaktır³⁴.

Ciddiyet/önemseme algısı: Bireyin hastalığının sonuçlarını ciddiye almasıdır. Bu algı kişinin sağlık bilgisi ile ilişkilidir. Örnek olarak sağlıklı bir kişi grip olduğunda izin alıp evde istirahat edecektir, ancak, astım hastası olan bir kişi hastaneye başvurması gerekebilir. Bu algı kişiden kişiye değişebilmektedir³³.

Yarar algısı: Birey sağlık arama davranışı sonucunda bu durumdan yarar sağlayacağını düşünmesidir³³.

Engel algısı: Sağlık arama davranışında bulunurken algılanan engellerdir³³.

Eyleme geçiriciler: Bu durum iç tetikleyiciler ve dış tetikleyiciler olabilir. Bireyin semptomları sağlık arama davranışını tetikleyebilir aynı şekilde dış çevre ve medya da kişide bu davranışı tetikleyebilir³⁴.

Öz etkililik: Kişinin sağlık arama davranışında bulunduğu başarılı olacağına olan inancıdır. Kişinin başarılı olacağına olan inancı davranışı geliştirmesini önemli derece motive eder³⁴.

2.3.3. TUTUM

Tutum, bireyin kendi iç dünyasından öğrenilerek kazanılan ve çevresindeki olaylara karşı olumlu veya olumsuz tepkide bulunabilme eğilimidir. Tutum kişiye özeldir ve düşünceleri, duyguları ve davranışları ile sıkı bağlantıları vardır. Bireyin çevresindeki olaylara nasıl tepki vereceğini belirler³⁵.

Tutumlar bilişsel, duygusal ve davranışsal bölümler içerirler. Tutum kişinin çevresine uyum sağlamsını kolaylaştırmasının yanında davranışlarının da ne yönde olacağını tayin eder ve böylece kişi duygusal (hoşlanma ve hoşlanmama gibi), bilişsel (inanış ve görüşler)ve davranışsal tepkiler verme eğilimi oluşturur³⁶.

Tutum ile ilgili yapılan başka açıklama ise tutumlar, toplumun kültürel özelliklerinin ve bireysel inanışların kişinin yaşamda edindiği deneyimlerle kesişmesi sonucunda oluşmaktadır. Yaş, cinsiyet, toplumsal sınıf, etnik köken, yaşanılan çevre gibi faktörler tutumların şekillenmesinde etkili olabilmektedir. Tutumlar insanların yaşamlarında üç yaş civarında oluşmaya başlaması ve uzun süre devam etme eğilimi içinde olması nedeniyle değiştirilmesi güç olmaktadır³⁷.

Diğer bir deyişle tutumlar ve inançlar gözlem, bilişsel öğrenme gibi yollarla oluşturulmakta ve tecrübeler ile şekillendirmektedir. Bu doğrultuda tutumun bilişsel bileşeni olan inanç yeni bilgiler ve tecrübelerle değişebilmektedir¹⁴. Tutumun değişmesi için zıt davranışta bulunmak ya da ikna edici iletişime geçerek tutumu değiştirmeye çalışmak gibi teknikler uygulanabilmektedir. İkna edici iletişime geçildiğinde verilen mesajın kaynağı, mesajın kendisi ve mesajın kime verildiği gibi durumlar tutumu değiştirme sürecinde önemli noktalardır. Morgan'a göre mesajın kim tarafından verildiği de önemlidir²⁷.

Yukarıdaki tanım ve açıklamalardan yola çıkarak, tutumlarla ilgili aşağıda belirtilen özellikler sıralanabilir:

- Tutumlar doğuştan gelmez sonradan yaşanarak kazanılır. Birey tutumları toplumsallaşarak kültürel olarak kazanmaktadır.
- Tutumlar geçici olmayıp belli bir süre devamlılık gösterme eğilimindedirler.
- Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkinin düzenli olmasını sağlarlar.

- İnsan-obje ilişkilerinde, tutumların belirlediği bir yanlılık ortaya çıkar.
- Tutum bir tepki şekli olmayıp, daha çok tepkiyi gösterme eğilimidir.
- Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara neden olabilir³⁸.

Oluşan inanç ve tutumlar hasta olan bireylerin ve yakınlarının hastalığı saklamasına neden olmaktadır. Bu durum tedavi arama ve sağaltıma engel olmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda bu bireylere karşı olan damgalama da büyük sorun oluşturmaktadır. Hastaların tedaviye geç başvurması ve sağaltımlarının gecikmesinden kaynaklı olarak bu bireyler topluma kazandırılmamakta ve insanca bir hayat sürebilmelerine engel olmaktadır³⁹.

2.4.KİTLE İLETİŞİM

Bu kavram ilk olarak 1940'lı yıllarda Harold D. Laswell tarafından kullanılmıştır. Kitle iletişim araçlarını kavramını anlamak için önce kitle kavramını anlamamız gerekiyor. Sanayi devrimi ile beraber tarımsal faaliyetler de makineleşmeye başlamış insanlar bu fabrikaların etraflarında yerleşmeye başlamıştır. Bu durum fabrikaların etrafında insan topluluklarının oluşmasına neden olmuştur. İşte bu topluluklara kitle denmektedir. Bu topluluk aynı coğrafyada yaşamasına rağmen birbirleri ile iletişim zayıflamıştır⁴⁰.

Kitle iletişim araçları özellikle teknolojinin gelişmesi ile bir kaynaktan çıkarak bu heterojen yapıdaki insan topluluğunu hedefleyen bir iletişim çeşididir⁴¹. Kitle iletişim aracılanmış ve aracılanmamış iletişim olarak ikiye ayrılabilir.

Aracılanmamış kitle iletişimde teknik bir araç kullanılmaz. Topluluğa verilmek istenen bilgi aynı mekânda yüz yüze ve aynı zaman içinde verilir. Bir hatibin bir topluluğun önünde konuşması örnek olarak verilebilir. Bu iletişim şeklinde alıcı ve kaynak arasındaki tepkiler birbirlerini anbean etkiler.

Aracılanmış kitle iletişimde teknik bir araç kullanımı ile beraber zaman mekân gibi durumların belirsizleştiği ve genel olarak aracılanmamış kitle iletişime göre daha fazla insana ulaşabilen bir iletişim şeklidir⁴².

Kitle iletişim araçları toplumun fikir yapısını değiştirebilir, bir şeye ya da bir kişiye sempati ya da antipati oluşturmaya yönlendirebilme özelliği olan güçlü bir araçtır ⁴¹.

Kitle iletişim roma döneminde yapılan senato kararlarının alındığı ve bu kararların asılıp insanlara ilan edildiği dönemde görebilmekteyiz. Ancak matbaanın icadından sonra bilgilerin ve haberlerin basılması, çoğaltılması ve topluluklara iletilmesi çok daha hızlı ve kolay olmuştur ⁴¹.

Kitle iletişim için çeşitli araçlar bulunmaktadır. Gazete, televizyon, internet ve radyo bu araçlardandır. Bu iletişim araçlarından televizyon ve internet üzerinde yayınlanan dizi ve filmlerin topluma mesaj verme konusunda faydalı olabilme ihtimali bulunmaktadır.

Belli bir fikri veya düşünceyi topluma verme konusunda kitle iletişim araçları etkili olabilmektedir. Bu iletişim kanalları kullanılarak toplumda yerleşmiş olan belli başlı kalıpları değiştirme ihtimali bulunmaktadır. Televizyonlarda ya da internet üzerinden yayınlanan diziler ya da filmler topluma belli mesajlar vererek yanlış düşünce kalıplarını değiştirme üzerinde etkili olabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ÇALIŞMANIN MODELİ

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Çalışma 15 Aralık 2022 ile 11 Haziran 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu çalışma Kocaeli Üniversitesi Mühendislik Fakültesi'nde eğitim gören öğrencilere yapılması planlanmıştır. Kocaeli üniversitesi internet sitesinde 7636 öğrenci bulunmaktadır. İlk etapta bu öğrencilerin %10'una ulaşılması planlanmıştır. Ancak 6 Şubat Kahramanmaraş depremi nedeniyle üniversiteler uzaktan eğitim modeline geçmiştir. Bu yüzden istenen sayıya ulaşamamıştır. Çalışma için öğrencilerin bir kısmı ile yüz yüze görüşülmüş ve anket yapılmıştır. Bir kısım öğrenciye anket Google form üzerinden iletilmiş ve sonuçlar internet aracılığı ile elde edilmiştir. Çalışmaya 463 öğrenci katılmıştır.

Kocaeli Üniversitesi Mühendislik Bölümü'nde 14 fakülte bulunmaktadır. Bu fakültelerin 12'sinde ayrıca ikinci öğretim imkânı vardır.

Çalışmaya kabul kriteri:

- Kocaeli üniversitesi mühendislik fakültesi öğrencisi olmak

Çalışmanın yapılabilmesi için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na başvurulmuş, GOKAEK-2022/18.12 karar numarası ile onay alınmıştır. Bu kararda idari izinler alınması istenmiştir. Fakülte tarafından çalışmaya onay verilmiştir.

3.2.VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışma Kocaeli Üniversitesi Mühendislik Fakültesi'nde okuyan öğrencilere gönüllü olmaları durumunda yüz yüze veri toplama formu doldurularak veya internet aracılığı ile Google form üzerinden öğrencilere anket iletilmiştir. Bilgi toplama formu toplamda 33 sorudan ve 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde demografik ve genel bilgiler bulunmaktadır. İkinci bölümde de Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)

bulunmaktadır¹⁷. Çalışma için ölçeği geliştiren Prof. Dr. Ayşegül Dönmez hocadan mail ile onay alınmıştır.

İlk bölümde çalışmayı etkileme olasılığı bulunan demografik bilgiler sorgulanmıştır ayrıca psikiyatrik dijital yayın izleme durumu, öğrencilerin bu yayınlara bakış açısı sorgulanmıştır.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ): Hirai ve Clum⁴³ tarafından geliştirilmiş olan ve Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması Bilge ve Çam¹⁷ tarafından yapılan RHIÖ 21 maddeden oluşmaktadır Altılı likert tipi bir ölçek olup, “Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5” şeklinde puanlanmaktadır. Bilge ve Çam tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçek toplam Cronbach Alpha katsayısı 0.82 bulunmuştur¹⁷. Ölçek hem toplam puan hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. Ölçek üç alt ölçekten oluşmaktadır.

Tehlikeli Alt Ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseder. Alt ölçek 1.,2., 3.,4.,5., 6.,7., 13. maddeleri içermektedir.

Çaresizlik ve Kişiler arası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların kişiler arası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarından bahseder. Bireyin özellikle duygusal etkilenmesinden dolayı, ruhsal hastalıklı bireylerle kişiler arası ilişki sürecinde kendini engellemesini ve çaresizlik yaşandığını ifade eder. Alt ölçek 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21.maddeleri içermektedir.

Utanma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalığa yönelik bireylerin utanma duygusu yaşadığını ifade eder. Alt ölçek 12. ve 15. maddeleri içermektedir.

3.3.VERİLERİN GRUPLANDIRILMASI

Veriler istatistiksel analiz için aşağıdaki gibi gruplanmıştır.

- Cinsiyet: erkek kadın olarak gruplanmıştır.
- Yaş
- Medeni durum: evli ve evli değil olarak gruplanmıştır.
- Ailenin ekonomik durumu: gelirim giderimden az, gelirim giderim kadar ve gelirim giderimden fazla olarak sorulmuştur.
- Daha önce psikiyatrik yardım alıp almadığı sorulmuştur psikiyatrik yardım alan öğrencilere yardımı nerden aldığı, bu yardımın ne kadar faydalı olduğu sorulmuştur.
- Daha önce psikiyatrik dizi ya da film izleyip izlenmediği sorulmuş izleyen öğrencilere; kaç adet psikiyatrik dizi ya da film izlediği, bu dizi ve filmdeki kişilerle empati kurup kurulmadığı ve bu psikiyatrik dizi ya da filmlerin hastalığa bakış açısını olumlu etkileyip etkilemediği sorulmuştur.
- Öğrencilere hayat boyunca travmatik bir olay yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur
- Öğrencilere Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği uygulanmıştır bu ölçekte hem alınan toplam puanlar hem de alt ölçek puanları incelenmiştir.

3.4.VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılım varsayımı sağlanamadığından nümerik değişkenler medyan (25.-75. yüzdelik) olarak verildi. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) olarak verildi. Gruplar arasındaki farklılıklar Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi ile belirlendi. Çoklu karşılaştırmalarda Dunn testi kullanıldı. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile belirlendi. Hipotez testlerinde $p < 0,05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE GENEL BİLGİLER

Araştırmaya 463 kişi katılmıştır. Katılanların 319'u (%68,9) erkek ve 144'ü (%31,1) kadındır. Katılımcıların yaşlarının ortancası 22 yıl, 25-75 persantilleri ise 21-23 yıldır. Katılımcıların 14'ü (%3) evli 449'u (%97) evli değildir. Katılımcıların ailelerinin ekonomik durumu ile ilgili soruya 250'si (%54) gelirim giderim kadar, 114'ü (%24,6) gelirim giderimden az ve 99'u (%21,4) gelirim giderimden fazla demiştir.

Katılımcıların 136'sı (%29,4) kendisi için psikiyatrik yardım almışken 327'si (%70,6) herhangi psikiyatrik bir yardım almamıştır. Psikiyatrik yardım alan katılımcıların biri (%7) aile hekimine, 55'i (%40,4) psikiyatriste, 56'sı (%41,2) psikoloğa, 18'i (%13,2) psikolojik danışmana ve 6'sı (%4,4) başka birisine başvurmuştur. Alınan psikolojik yardımın ne kadar faydalı olduğu sorulmuş katılımcıların 70'i (51,5) "biraz yardımcı oldu", 27'si (%19,9) "hiç yardımcı olmadı", 39'u (%28,7) "oldukça yardımcı oldu" demiştir.

Katılımcıların 123'ü (%26,6) hayatları boyunca ruhsal bir travma yaşadığını belirtirken 340'ı (%73,4) ruhsal bir travma yaşamadığını belirtmiştir.

Katılımcıların 360'ı (%77,8) daha önce psikiyatrik dizi veya film izlemiş, 103'ü (%22,2) izlememiştir. Katılımcıların 260'ı (%72,2) izledikleri dizi ve filmlerdeki kahramanlarla empati kurarken 45'i (12,5) empati kurmadığını belirtmiş ve 55'i (%15,3) bu konuda fikrim yok demiştir. Katılımcıların 174'ü (%48,3) psikiyatrik dizi ve filmlerdeki olayların psikiyatrik hastalığı olan bireylere karşı bakış açısını olumlu yönde etkiler, 87'si (%24,2) olumlu yönde etkilemez ve 99'u (%27,5) bu konuda fikrim yok demiştir. Katılımcıların 161'i (%44,7) 1-2 dizi veya film, 96'sı (26,7) 3-4 dizi veya film ve 103'ü (%28,6) 5 üstünde dizi veya film izlemiştir.

4.2.RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğine verilen cevaplar toplam puan üzerinden ve alt ölçek puanları üzerinden aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo-1). Tehlikelilik alt ölçeği puanlarının ortancası 20, 25-75 persantil değeri ise 15-24, çaresizlik alt ölçeği puanı ortancası 21; 25-75 persantil değeri ise 14-29, utanma alt ölçeği puanı ortancası 2; 25-75 persantil değerleri ise 1-4, toplam RHYİÖ puan ortancası 43; 25-75 persantil değerleri 32-54 olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puanları

		Tehlikelilik alt ölçeği	Çaresizlik alt ölçeği	Utanma alt ölçeği	RHYİÖ toplam
N	Valid	463	463	463	463
	Missing	0	0	0	0
Ortalama		19,0065	21,1663	2,5464	41,9654
Ortanca		20,0000	21,0000	2,0000	43,0000
Standart Deviasyon		8,02337	11,25003	2,32935	18,76544
Minimum		,00	,00	,00	,00
Maksimum		37,00	53,00	10,00	98,00
Persentil	25	15,0000	14,0000	1,0000	32,0000
	75	24,0000	29,0000	4,0000	54,0000

4.3.PSİKİYATRİK DİZİ VEYA FİLM İZLEME İLE RHYİÖ VE ALT ÖLÇEKLERİN İLİŞKİSİ

Psikiyatrik dizi veya film izleme ile RHYİÖ toplam puan ve alt ölçek puanları arasındaki sayısal değerler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo-2). Psikiyatrik dizi veya film izlemedim diyen katılımcıların RHYİÖ toplam puanı ortancası 42,00, 25-75 persantil değeri ise 27,00-55,00; tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 19,00, 25-75 persantil değeri 13,00-25,00, çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 20,00, 25-75 persantil değeri 12,00-28,00, utanma

alt ölçek puanı ortancası 2,00, 25-75 persantil değeri ise 0,00-4,00'tür. Psikiyatrik dizi veya film izledim diyen katılımcıların RHYİÖ toplam puanı ortancası 43,00, 25-75 persantil değeri ise 33,00-54,00; tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 20,00, 25-75 persantil değeri 15,25-24,00, çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 22,00, 25-75 persantil değeri 14,00-30,00, utanma alt ölçek puanı ortancası 2,00, 25-75 persantil değeri ise 1,00-4,00'tür.

Tablo 2. Psikiyatrik dizi izleme durumu ile RYHİÖ ve alt ölçeklerin ilişkisinin sayısal değerleri

Daha önce psikiyatrik dizi veya film izlediniz mi? alt ölçeği		Tehlikelilik		Çaresizlik alt ölçeği	Utanma alt ölçeği	RHYİÖ toplam
Evet	N	Valid	360	360	360	360
		Missing	0	0	0	0
	Ortalama		19,0722	21,3528	2,5667	42,2250
	Ortanca		20,0000	22,0000	2,0000	43,0000
	Standart Deviasyon		7,87933	11,11653	2,29957	18,36437
	Minimum		,00	,00	,00	,00
	Maksimum		37,00	53,00	10,00	98,00
	Persantil	25	15,2500	14,0000	1,0000	33,0000
		75	24,0000	30,0000	4,0000	54,0000
Hayır	N	Valid	103	103	103	103
		Missing	0	0	0	0
	Ortalama		18,7767	20,5146	2,4757	41,0583
	Ortanca		19,0000	20,0000	2,0000	42,0000
	Standart Deviasyon		8,54393	11,73721	2,44085	20,17270
	Minimum		,00	,00	,00	,00
	Maksimum		35,00	47,00	9,00	91,00
	Persantil	25	13,0000	12,0000	,0000	27,0000
		75	25,0000	28,0000	4,0000	55,0000

Bu durumun karşılaştırıldığı tablo şöyledir (Tablo 3). Bu tabloda psikiyatrik dizi veya film izleme miktarı ile RHYİÖ toplam, tehlikelilik alt ölçek, çaresizlik alt ölçek ve utanma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Toplam puan ilişkisi: $p=0,550$, tehlikelilik alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,754$, çaresizlik alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,392$, utanma alt ölçeği puanı ilişkisi: $p=0,479$)

Tablo 3. Psikiyatrik dizi veya film izleme durumu ile RHYİÖ ve alt ölçeklerin ilişkisi

Psikiyatrik dizi veya film izleme ile RHYİÖ ve alt ölçeklerin ilişkisi		Daha önce psikiyatrik dizi veya film izlediniz mi?		Toplam (total)	P*
		Evet (%)	Hayır (%)		
RHYİÖ ve alt ölçek puanları	RHYİÖ toplam	360 (77,75)	103 (22,25)	463 (100)	p=0,550
	Medyan (Q1-Q3)	43 (33-54)	42 (27-55)		
	Çaresizlik	360 (77,75)	103 (22,25)	463(100)	p=0,392
	Medyan(Q1-Q3)	22 (14-30)	20 (12-28)		
	Tehlikelilik	360 (77,75)	103 (22,25)	463 (100)	p=0,754
	Medyan (Q1-Q3)	20 (15,25-24)	19 (13-25)		
	Utanma	360 (77,75)	103 (22,35)	463 (100)	p=0,479
	Medyan(Q1-Q3)	2 (1-4)	2 (0-4)		

*Mann Whitney-U test, Q1-Q3: 25-75 Persentil

4.4.PSİKİYATRİK DİZİ VEYA FİLM İZLEME MİKTARI İLE RHYİÖ VE ALT ÖLÇEKLERİN İLİŞKİSİ

Psikiyatrik dizi veya film izleme adedi ile RHYİÖ ve alt ölçeklerinin sayısal olarak yansıtıldığı tablo aşağıdadır (Tablo-4). 1-2 adet yayın izledim diyen katılımcıların RHYİÖ toplam puanı ortancası 43,00, 25-75 persantil değeri ise 33,50-55,50; tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 20,00, 25-75 persantil değeri 14,50-24,00, çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 22,00, 25-75 persantil değeri 14,50-29,00, utanma alt ölçek puanı ortancası 2,00, 25-75 persantil değeri ise 1,00-4,00'tür. 3-4 adet yayın izledim diyen katılımcıların RHYİÖ toplam puan ortancası 41,50; 25-75 persantil değeri 32,25-52,75; tehlikelilik alt ölçek puanı

ortancası 20,00 25-75 persantil değeri 16,00-24,00; çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 20,00 25-75 persantil değeri 13,25-29,75; utanma alt ölçek puanı ortancası 1,00 25-75 persantil değeri ise 0,00-3,00'tür. 5 adet üstü yayın izledim diyen katılımcıların RHYİÖ toplam puan ortancası 44,00; 25-75 persantil değeri 34,00-55,00; tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 20,00 25-75 persantil değeri 16,00-24,00; çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 22,00 25-75 persantil değeri 13,00-30,00; utanma alt ölçek puanı ortancası 2,00 25-75 persantil değeri ise 1,00-4,00'tür.

Tablo 4. Psikiyatrik dizi veya film izleme miktarı ile RHYİÖ ve alt ölçek puanlarının sayısal değerleri

Daha önce psikiyatrik dizi veya film izlediniz mi?	Kaç adet psikiyatrik yayın izlediniz.			Tehlikelil ik alt ölçeği	Çaresizli k alt ölçeği	Utanma alt ölçeği	RHYİÖ toplam
Evet	1-2	N	Valid	161	161	161	161
			Missin g	0	0	0	0
			Ortalama	18,8012	21,6149	2,9317	42,5776
			Ortanca	20,0000	22,0000	2,0000	43,0000
			Standart Deviasyon	8,40522	11,10465	2,46760	19,44628
			Minimum	,00	,00	,00	,00
			Maksimum	36,00	53,00	10,00	98,00
			Persanti 25	14,5000	14,5000	1,0000	33,5000
			l 75	24,0000	29,0000	4,0000	55,5000
			Valid	96	96	96	96
			Missin g	0	0	0	0
			Ortalama	18,9479	20,4167	1,9583	40,6250
3-4	N		Ortanca	20,0000	20,0000	1,0000	41,5000
			Standart Deviasyon	7,78578	11,70305	2,04639	18,41067
			Minimum	,00	,00	,00	,00
			Maksimum	32,00	45,00	9,00	84,00

5 üstü	Persanti l	25	16,0000	13,2500	,0000	32,2500
		75	24,0000	29,7500	3,0000	52,7500
	N	Valid	103	103	103	103
		Missin g	0	0	0	0
	Ortalama		19,6117	21,8155	2,5631	43,1650
	Ortanca		20,0000	22,0000	2,0000	44,0000
	Standart Deviasyon		7,12801	10,62069	2,14508	16,57135
	Minimum		2,00	2,00	,00	5,00
	Maksimum		37,00	50,00	8,00	80,00
	Persanti l	25	16,0000	13,0000	1,0000	34,0000
		75	24,0000	30,0000	4,0000	55,0000

Bu durumun karşılaştırıldığı tablo şöyledir (Tablo 5). Bu tabloda psikiyatrik dizi veya film izleme miktarı ile RYHIÖ toplam, tehlikelilik alt ölçek ve çaresizlik alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Toplam puan ilişkisi: $p=0,599$, tehlikelilik alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,863$, çaresizlik alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,584$) Utanma alt ölçeği puanı ile psikiyatrik dizi veya film izleme adeti arasında ise istatistiksel olarak anlamlı olarak fark bulunmuştur. (Utanma alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,004$)

Tablo 5. Psikiyatrik dizi veya film izleme miktarı ile RHYİÖ ve alt ölçek puanlarının ilişkisi

Psikiyatrik dizi veya film izleme adedi ile RYHIÖ ve alt ölçek puanlarının ilişkisi		Kaç adet psikiyatrik dizi veya film izlediniz?			Toplam (total)	P*
		1-2	3-4	5 üstü		
RHYİÖ ve alt ölçek puanları	RHYİÖ toplam Medyan (Q1-Q3)	161 (44,7)	96(26,7)	103 (28,6)	360 (100)	p=0,599
		43(33,5-54,5)	41,5(32,25-52,75)	44(34-55)		
	Çaresizlik Medyan (Q1-Q3)	161(44,7)	96(26,7)	103 (28,6)	463(100)	p=0,584
		22 (14,5-29)	20(13,25-29,75)	22(13-30)		
	Tehlikelilik Medyan (Q1-Q3)	161(44,7)	96(26,7)	103	463(100)	p=0,863
		20(14,5-24)	20(16-24)	20(16-24)		
	Utanma Medyan (Q1-Q3)	161	96(26,7)	103(28,6)	463(100)	p=0,004
		2(1-4)	1(0-3)	2(1-4)		

*Mann Whitney-U test, Q1-Q3: 25-75 Persentil

Utanma alt ölçek anlamlı sonucuna daha yakından baktığımızda şu tabloyu elde ederiz (Tablo-6). Bu tabloda psikiyatrik dizi izleme sayılarında sadece 3-4 adet ile 1-2 adet arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. (p=0,003)

Tablo 6. Utanma alt ölçeği ile psikiyatrik dizi veya film adeti arasındaki ilişki

Pairwise Comparisons of Kaç adet psikiyatrik yayın izlediniz.



Each node shows the sample average rank of Kaç adet psikiyatrik yayın izlediniz..

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
3-4-5 üstü	-32,193	14,572	-2,209	,027	,081
3-4-1-2	44,203	13,245	3,337	,001	,003
5 üstü-1-2	12,010	12,960	,927	,354	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

4.5.PSİKOLOJİK YARDIM ALANLAR VE ALMAYANLARIN RHYİÖ VE ALT ÖLÇEKLERLERLE İLİŞKİSİ

Psikiyatrik yardım almayanların ve alanların RHYİÖ toplam ve alt ölçek puanlarının sayısal olarak yansıtıldığı tablo aşağıdadır (Tablo-7). Daha önce psikiyatrik yardım almayan popülasyonda RHYİÖ toplam puanı ortancası 43,00, 25-75 persentil değeri ise 32,00-55,00,

tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 20,00, 25-75 persantil değeri 15,00-24,00, çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 21,00, 25-75 persantil değeri 14-30, utanma alt ölçek puanı ortancası 2,00, 25-75 persantil değeri ise 1,00-4,00'tür. Psikiyatrik yardım alan popülasyonda RHYİÖ toplam puan ortancası 42,50;25-75 persantil değeri 32,25-53,75; tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 20,00 25-75 persantil değeri 14,25-24,00; çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 21,00 25-75 persantil değeri 14,00-27,00; utanma alt ölçek puanı ortancası 2,00 25-75 persantil değeri ise 0,00-4,00'tür.

Tablo 7. Psikiyatrik yardım alanlarla almayanlarda RHYİÖ toplam puanı ve alt ölçek puanlarının sayısal değerleri

Daha önce kendiniz için psikolojik yardım aldınız mı?			Tehlikelilik alt ölçeği	Çaresizlik alt ölçeği	Utanma alt ölçeği	RHYİÖ toplam
Evet	N	Valid	136	136	136	136
		Missing	0	0	0	0
	Ortalama		18,8750	20,8529	2,4338	41,4926
	Ortanca		20,0000	21,0000	2,0000	42,5000
	Standart Deviasyon		7,86501	11,55312	2,52309	19,09508
	Minimum		,00	,00	,00	,00
	Maksimum		36,00	53,00	10,00	98,00
	Persantil	25	14,2500	14,0000	,0000	32,2500
		75	24,0000	27,0000	4,0000	53,7500
Hayır	N	Valid	327	327	327	327
		Missing	0	0	0	0
	Ortalama		19,0612	21,2966	2,5933	42,1621
	Ortanca		20,0000	21,0000	2,0000	43,0000
	Standart Deviasyon		8,09961	11,13694	2,24627	18,65265
	Minimum		,00	,00	,00	,00

Maksimum		37,00	51,00	10,00	91,00
Persantil	25	15,0000	14,0000	1,0000	32,000
	75	24,0000	30,0000	4,0000	55,000

Bu durumun karşılaştırıldığı tablo şöyledir. (Tablo 8) Bu tabloda psikiyatrik yardım alanlar ile almayanların RYHİÖ toplam, tehlikelilik alt ölçek, çaresizlik alt ölçek ve utanma alt ölçek puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Toplam puan ilişkisi: $p=0,663$, tehlikelilik alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,565$, çaresizlik alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,680$ utanma alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,166$)

Tablo 8 Psikiyatrik yardım alanlar ile almayanların RYHİÖ ve alt ölçeklerce karşılaştırılması

Psikiyatrik Yardım Alma Durumunun RYHİÖ ve Alt Ölçek Puanlarıyla İlişkisi		Psikiyatrik yardım aldınız mı ?		Toplam (total)	P*
		Evet(%)	Hayır(%)		
RYHİÖ ve alt ölçek puanları	RHYİÖ toplam	136 (29,4)	327 (70,6)	463 (100)	$p=0,663$
	Medyan (Q1-Q3)	42,5 (32,25-53,75)	43 (32-55)		
	Çaresizlik Medyan (Q1-Q3)	136 (29,4)	327 (70,6)	463(100)	$p=0,680$
		21 (14-27)	21 (14-30)		
	Tehlikelilik Medyan (Q1-Q3)	136 (29,4)	327 (70,6)	463(100)	$p=0,565$
		20 (14,25-24)	20 (15-24)		
	Utanma Medyan (Q1-Q3)	136 (29,4)	327 (70,6)	463(100)	$p=0,166$
		2 (0-4)	2 (1-4)		

*Mann Whitney-U test, Q1-Q3: 25-75 Persantil

4.6.KATILIMCILARIN AİLELERİNİN EKONOMİK DURUMU İLE RHYİÖ VE ALT ÖLÇEK PUANLARININ İLİŞKİSİ

Katılımcıların ailelerinin ekonomik durumu ile RHYİÖ toplam ve alt ölçek puanlarının sayısal olarak yansıtıldığı tablo aşağıdadır (Tablo-9). Katılımcılardan gelirim giderimden az diyen popülasyonda RHYİÖ toplam puanı ortancası 42,50, 25-75 persantil değeri ise 28,00-55,25, tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 19,00, 25-75 persantil değeri 13,00-25,00, çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 22,00, 25-75 persantil değeri 14,75-30,00; utanma alt ölçek puanı ortancası 2,00, 25-75 persantil değeri ise 0,00-4,00'tür. Katılımcılardan gelirim giderim kadar diyen popülasyonda RHYİÖ toplam puanı ortancası 42,00, 25-75 persantil değeri ise 31,00-54,00; tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 20,00, 25-75 persantil değeri 15,00-24,00, çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 20,00, 25-75 persantil değeri 13,00-29,00; utanma alt ölçek puanı ortancası 2,00, 25-75 persantil değeri ise 1,00-4,00'tür. Katılımcılardan gelirim giderimden fazla diyen popülasyonda RHYİÖ toplam puanı ortancası 45,00, 25-75 persantil değeri ise 36,00-55,00; tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 21,00, 25-75 persantil değeri 17,00-24,00, çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 22,00, 25-75 persantil değeri 15,00-30,00; utanma alt ölçek puanı ortancası 2,00, 25-75 persantil değeri ise 1,00-4,00'tür.

Tablo 9.Katılımcıların ailesinin ekonomik durumu ile RHYİÖ ve alt ölçek puanların sayısal ilişkisi

Ailenizin ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?			Tehlikelili k alt ölçeği	Çaresizlik alt ölçeği	Utanma alt ölçeği	RHYİÖ toplam
Gelirim giderim kadar	N	Valid	250	250	250	250
		Missing	0	0	0	0
	Ortalama		18,8280	20,4680	2,4680	40,9640
	Ortanca		20,0000	20,0000	2,0000	42,0000
	Standart Deviasyon		8,12691	11,11030	2,29041	18,64708
	Minimum		,00	,00	,00	,00
	Maksimum		36,00	53,00	10,00	98,00

	Persantil	25	15,0000	13,0000	1,0000	31,0000
		75	24,0000	29,0000	4,0000	54,0000
Gelirim giderimden az	N	Valid	114	114	114	114
		Missing	0	0	0	0
	Ortalama		18,7544	21,5789	2,4386	42,1228
	Ortanca		19,0000	22,0000	2,0000	42,5000
	Standart Deviasyon		8,33965	11,73294	2,40955	19,65505
	Minimum		,00	,00	,00	,00
	Maksimum		37,00	50,00	9,00	91,00
	Persantil	25	13,0000	14,7500	,0000	28,0000
		75	25,0000	30,0000	4,0000	55,2500
Gelirim giderimden fazla	N	Valid	99	99	99	99
		Missing	0	0	0	0
	Ortalama		19,7475	22,4545	2,8687	44,3131
	Ortanca		21,0000	22,0000	2,0000	45,0000
	Standart Deviasyon		7,40014	11,00767	2,32838	17,97257
	Minimum		,00	,00	,00	,00
	Maksimum		33,00	45,00	8,00	85,00
	Persantil	25	17,0000	15,0000	1,0000	36,0000
		75	24,0000	30,0000	4,0000	55,0000

Bu sayısal ilişkinin istatistiksel olarak karşılaştırıldığı tablo şöyledir (Tablo 10). Bu tabloda istatistiksel olarak katılımcıların ailesinin ekonomik durumu ile RYHIÖ toplam, tehlikelilik alt ölçek, çaresizlik alt ölçek ve utanma alt ölçek puanlarının arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Toplam puan ilişkisi: $p=0,309$, tehlikelilik alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,341$, çaresizlik alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,183$ utanma alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,108$)

Tablo 10. Katılımcıların ailesinin ekonomik durumu ile RHYİÖ ve alt ölçek puanlarının ilişkisi

Katılımcıların ailesinin ekonomik durumu ile RHYİÖ ve alt ölçek puanların ilişkisi		Ailenizin ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?			Toplam (total)	P*
		Gelirim giderim kadar	Gelirim giderimden az	Gelirim giderimden fazla		
RHYİÖ ve alt ölçek puanları	RHYİÖ toplam		114 (24,6)	99 (21,4)	463 (100)	p=0,243
	Medyan (Q1-Q3)	250(54)				
		42 (31-54)	42,5 (28 55,25)	45 (36-55)		p=0,270
	Çaresizlik		114(24,6)	99 (21,4)	463(100)	
	Medyan (Q1-Q3)	250 (54)				p=0,434
		20 (13-29)	22 (14,75-30)	22(15-30)		
	Tehlikelilik	250 (54)	114(24,6)	99 (21,4)	463(100)	p=0,180
	Medyan (Q1-Q3)	20 (15-24)	19 (13-25)	21 (17-24)		
	Utanma	250 (54)	114(24,6)	99 (21,4)	463(100)	
	Medyan (Q1-Q3)	2(1-4)	2 (0-4)	2 (1-4)		

*Mann Whitney-U test, Q1-Q3: 25-75 Persentil

4.7.KATILIMCILARIN CİNSİYETİ İLE RHYİÖ VE ALT ÖLÇEKLERİN İLİŞKİSİ

Katılımcıların cinsiyeti ile RHYİÖ toplam ve alt ölçek puanlarının sayısal olarak yansıtıldığı tablo aşağıdadır (Tablo-11). Katılımcılardan erkeklerin verdiği cevapların RHYİÖ toplam puanı ortancası 43,00, 25-75 persantil değeri ise 30,00-55,00, tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 20,00, 25-75 persantil değeri 13,00-24,00, çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 22,00, 25-75 persantil değeri 13,00-29,00; utanma alt ölçek puanı ortancası 2,00, 25-75 persantil değeri ise 1,00-4,00'tür. Katılımcılardan kadınların verdiği cevapların RHYİÖ toplam puanı ortancası 43,00, 25-75 persantil değeri ise 34,00-53,75, tehlikelilik alt ölçek puanı ortancası 20,00, 25-75 persantil değeri 17,00-24,00, çaresizlik alt ölçek puanı ortancası 20,00, 25-75 persantil değeri 15,00-29,50; utanma alt ölçek puanı ortancası 2,00, 25-75 persantil değeri ise 1,00-4,00'tür.

Tablo 11. Cinsiyet ve RHYİÖ ve alt ölçek puanlarının sayısal ilişkisi

			Tehlikelilik alt ölçeği	Çaresizlik alt ölçeği	Utanma alt ölçeği	RHYİÖ toplam
Erkek	N	Valid	319	319	319	319
		Missing	0	0	0	0
	Ortalama		18,5674	20,9969	2,6238	41,4326
	Ortanca		20,0000	22,0000	2,0000	43,0000
	Standart Deviasyon		8,42844	11,37953	2,36248	19,41975
	Minimum		,00	,00	,00	,00
	Maksimum		37,00	51,00	10,00	91,00
	Persantil	25	13,0000	13,0000	1,0000	30,0000
		75	24,0000	29,0000	4,0000	55,0000
Kadın	N	Valid	144	144	144	144
		Missing	0	0	0	0
	Ortalama		19,9792	21,5417	2,3750	43,1458
	Ortanca		20,0000	20,0000	2,0000	43,0000

Standart Deviasyon	6,97294	10,98752	2,25281	17,23388
Minimum	,00	,00	,00	,00
Maksimum	36,00	53,00	10,00	98,00
Percentiles	25	17,0000	15,0000	1,0000
	75	24,0000	29,5000	4,0000
				53,7500

Bu sayısal ilişkinin istatistiksel olarak karşılaştırıldığı tablo şöyledir. (Tablo 12) Bu tabloda istatistiksel olarak katılımcıların ailesinin ekonomik durumu ile RYHİÖ toplam, tehlikelilik alt ölçek, çaresizlik alt ölçek ve utanma alt ölçek puanlarının arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Toplam puan ilişkisi: $p=0,675$, tehlikelilik alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,195$, çaresizlik alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,867$ utanma alt ölçeği puan ilişkisi: $p=0,304$)

Tablo 12. *Katılımcıların cinsiyeti ile RHYİÖ ve alt ölçeklerin ilişkisi*

Katılımcıların cinsiyeti ile RHYİÖ ve alt ölçeklerin ilişkisi		Cinsiyet		Toplam (total)	P*
		Erkek (%)	Kadın (%)		
RHYİÖ ve alt ölçek puanları	RHYİÖ toplam Medyan (Q1-Q3)	319(68,9)	144 (31,1)	463 (100)	$p=0,675$
		43 (30-55)	43 (34-53)		
	Çaresizlik Medyan (Q1-Q3)	319 (68,9)	144 (31,1)	463(100)	$p=0,867$
		22(13-29)	20 (15-29,5)		
	Tehlikelilik Medyan (Q1-Q3)	319 (68,9)	144 (31,1)	463(100)	$p=0,195$
		20 (13,24)	20 (17-24)		
	Utanma Medyan (Q1-Q3)	319 (68,9)	144 (31,1)	463(100)	$p=0,304$
		2(1-4)	2(1-4)		

*Mann Whitney-U test, Q1-Q3: 25-75 Persentil

5. TARTIŞMA

Sağlık tanımı içerisinde kişinin ruhen ve bedenen tam sağlık halinin olması şart koşulmuştur. Bu cümleden de çıkarılacağı gibi kişinin tam sağlık halinde olmasının bir şartı da ruh sağlığının da tam iyilik halinde olmasıdır. Bu nedenle kişi ruhen bir sorunu olduğu zaman gerekli durumlarda bir yardım alması hayat standartlarının yükseltilmesi için elzemdir. Ancak günümüzde ve geçmiş zamanlarda ruhsal hastalıklara karşı olumsuz düşünceler mevcut olmuştur. Bu olumsuz düşüncelerin değişmesi ruhsal hastalığı olan bireylerin sağaltımını sağlayacak ve bu insanları kendi hayatlarında daha üretken bir hale getirecektir. Bu düşüncelerin değişmesi için bir çözüm olarak eğitim önerilmiştir. Bir eğitim aracı olarak televizyondaki ve internet üzerindeki psikiyatrik yayınların etkisinin durumu hakkında fikir sahibi olmak ruhsal hastalıklara bakış açısı üzerine olumlu olabildiği düşünülmüştür.

Bu çalışmada demografik bilgiler, dizi ve filmlerle ilgili sorular ve RHYİÖ kullanılmıştır. RHYİÖ ölçeğinde alınan yüksek puanlar kötü inancı göstermektedir.

Katılımcıların RHYİÖ ve alt ölçek puanları değerlendirildiğinde toplam, tehlikelilik ve çaresizlik ölçeklerinde ortalama bir tutuma sahip olduğu, utanma ölçeğinde ise daha olumlu ortalama bir tutumların olduğu görülmüştür. Toplam puan ortancası 43,00, 25-75 persantil değeri ise 32,00-54,00; tehlikelilik alt ölçek puan ortancası: 20,00, 25-75 persantil değerleri 15,00-24,00; çaresizlik alt ölçek puan ortancası: 21,00, 25 75 persantil değerleri 14,00-29,00; utanma alt ölçek puan ortancası: 2,00, 25-75 persantil değerleri ise 1,00-4,00 olarak bulunmuştur. 2019 yılında lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada toplam RYHİÖ puan ortalaması $54,17 \pm 16,56$ olarak bulunmuştur⁴⁴. Aile sağlığı merkezinde çalışan personelin ruhsal hastalıklara bakışını araştıran başka bir çalışmada da RHYİÖ toplam puanı: $47,33 \pm 17,37$, tehlikelilik alt grubu puanı: $22,58 \pm 7,44$, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt grubu puanı: $20,48 \pm 9,43$ ve utanma alt grubu puanı: $4,27 \pm 2,48$ olarak bulunmuştur⁴⁵. İlahiyat fakültesi öğrencileri üzerine yapılan bir araştırmada ise RHYİÖ toplam puanı: $52,19 \pm 1,32$, tehlikelilik alt grubu puanı: $23,12 \pm 6,38$, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt grubu puanı: $27,63 \pm 8,28$ ve utanma

alt grubu puanı: $1,50 \pm 2,31$ olarak bulunmuştur Güngörmüş vd., 2014).⁴⁶ Yapılan bu çalışmalarda ruhsal hastalığı olan kişilere karşı ortalama bir tutumun olduğu söylenebilir. Bu çalışmada da literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmada erkekler ve kadınlar arasında RHYİÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Literatürde cinsiyet ile RHYİÖ arasında farklı bulgular bulunmaktadır. Kocaeli Üniversitesi Tıp fakültesinde 2018 yılında yapılan bir çalışmada erkekler ile kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır⁴⁷. 2023'te yapılan bir çalışmada toplam puan açısından kadınların daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir yani kadınların daha olumlu bir bakışa sahip olduğu tespit edilmiştir. Çaresizlik ve tehlikelilik alt ölçeklerinde de kadınların daha olumlu bir görüşe sahip olduğu tespit edilmiştir. Utanma alt ölçeğinde ise anlamlı fark bulunmamıştır⁴⁸. Bir çalışmada da cinsiyet ile ruhsal hastalığı olan bireylere karşı bakış açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir⁴⁹. Bazı çalışmalar kadınların daha olumlu^{37,50} olarak baktıklarını göstermişken bazı çalışmalar ise kadınların olumsuz⁴⁶ bir bakış açısına sahip olduğunu belirtmiştir. Cinsiyet ile ruhsal hastalıklara bakış açısından kesin varılmış kesin kanı bulunmamaktadır. Bu durum çalışmanın farklı popülasyonda ve farklı kültürel yaşam koşullarından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada yaş ile RYHİÖ ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. 2002 yılında beş farklı ildeki birinci basamakta çalışan hekimlere şizofreniye bakış açısını araştıran bir çalışmada yaş artıkça hekimlerin şizofreniye bakış açısının olumsuzlaştığı bulunmuştur⁵¹. Yurt dışında yapılan benzer bir çalışmada da yaşla beraber bakış açısının olumsuzlaştığı bulunmuştur⁵². Ancak İstanbul'da kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise yaş artıkça ruhsal hastalığı olan bireye karşı daha olumlu bir hale geldiği tespit edilmiştir⁵³. 2011 yılında bir ilahiyat fakültesi üzerine yapılan bir çalışmada yaş ile RYHİÖ ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır⁴⁶. Yine literatürde yapılan bazı çalışmalarda yaş ile ruhsal hastalığa bakış açısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır^{39,54,55}. Bu çalışmalar literatürde yaşla ilgili olarak ortak bir fikrin olmadığını gösteriyor olabilir. Bu çalışma da yaş ile ruhsal hastalığı olan bireylere bakış açısı bakımından anlamlı bir sonuç bulunmayan çalışmalara

benzemektedir. Bu çalışmada yaş aralığının geniş olamaması yaş ile ölçekler arasındaki bağlantıyı iyi göstermemiş olabilir. Yaşla beraber her ne kadar kişinin deneyimleri artsa da içinde yaşadığı kültürden kaynaklı olarak negatif inanç oluşturma ihtimali de olabilir. Bu yüzden yaş ile ruhsal hastalığı olan kişilere karşı olan bakış açısı iyileşmeyebilir de. Bu durum yaş ile ruhsal hastalığı olan bireylere bakış açısının ilişkisinin yapılan çalışmalarda farklı olmasına neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada katılımcılar ailesinin ekonomik durumları ile ilgili olarak %24,6'ı gelirim giderimden az, %54,0 'ı gelirim giderim kadar ve %21,4'ü ise gelirim giderimden fazla demiştir. Katılımcıların ailesinin ekonomik durumu ile RHYİÖ ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Çam ve arkadaşları tarafından 2013 yılında 1999-2013 tarih aralığında ruhsal hastalıklara bakışı içeren 59 çalışma ele alınarak bir sistematik derleme yapılmıştır. Bu çalışmaya göre alt gelir düzeyindeki kişilerin hastalığı daha tehlikeli gördüğü daha çaresiz hissettikleri ve daha olumsuz karşıladıklarından bahsedilmiştir. Yine bu çalışmaya göre üst ekonomik düzeydeki kişilerde ise bu hastalardan korkma ve dışlama şeklinde olduğu orta gelir grubunda ise daha olumlu yaklaşımlar olduğunu söylemiştir⁵⁶. 2013 yılında hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ekonomik durum ile RHYİÖ ve alt ölçekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır⁵⁷. 2007 yapılan bir çalışmada da üst sosyoekonomik düzeyde olan bireylerin daha fazla bilgi sahibi oldukları ve ruhsal hastalığı olan bireylere karşı daha hoşgörülü davrandıkları bulunmuştur⁵⁸.⁵⁸ Dessoki ve Hiffnawy' nin çalışmasında da düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerin ruhsal hastalığı olan bireylere karşı daha olumsuz yaklaşımları olduğu bulunmuştur⁵⁹. Bu çalışma literatürdeki sosyoekonomik durumla ruhsal hastalıklar arasında fark olmadığını belirten çalışmalara benzemektedir.

Bu çalışmada katılımcılara daha önce psikiyatrik bir yardım alma öyküsü sorulmuş olup katılımcıların 136'sı (%29,4) aldığını 327'si (%70,6) ise almadığını belirtmiştir. Psikiyatrik yardım öyküsü bulunan ve bulunmayan katılımcılar arasında RHYİÖ ve alt ölçekler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. 2023 yılında Dicle Üniversitesinde bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada daha önce psikiyatrik bir hastalığı olan ve olmayan kişiler karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda RHYİÖ, tehlikelilik alt ölçeği ve çaresizlik alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Utanma alt ölçeği açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Yani daha önce psikiyatrik bir hastalığı olan bireyler psikiyatrik hastalığı olmayan bireylere göre ruhsal hastalığı olan kişilerden daha az utandığı bulunmuştur.⁴⁸ Literatüre baktığımızda daha önce psikiyatrik hastalığı olduğunu belirten kişilerle psikiyatrik hastalığı olmadığını belirten kişiler arasında RHYİÖ ve alt ölçeklerin arasında anlamlı bir fark olmadığını belirten çalışmalar bulunmakta olduğunu söyleyebiliriz^{7,53,55,60-62}. Bu çalışma da sonuç olarak önceki çalışmalara benzemektedir.

Bu çalışmada psikiyatrik dizi veya film izleme durumu ile ruhsal hastalığı olan bireylere olan bakış açısının arasında bir bağlantı olup olmadığı sorgulanmıştır. Psikiyatrik dizi veya film izleme ile RYHİÖ ve alt ölçekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Katılımcılardan psikiyatrik dizi veya film izledim diyenlere kaç adet psikiyatrik dizi veya film izledikleri sorulmuş üç gruba ayrılmıştır 1-2 adet birinci grup 3-4 diyen ikinci grup 5 ve üstü diyenler ise üçüncü grup olarak düzenlenmiştir. Yapılan istatistiklerde dizi veya film izleme adedi ile RYHİÖ, tehlikelilik alt ölçek ve çaresizlik alt ölçek arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Utanma alt ölçek ile dizi veya film izleme adedi arasında anlamlı fark bulunmuştur. ($p=0,004$) Yapılan ikili karşılaştırmalarda 3-4 adet ile 1-2 adet film izleme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yani 3-4 adet dizi veya film izleyenler 1-2 adet dizi veya film izleyenlere göre psikiyatrik hastalığı bulunanlardan daha az utandığı bulunmuştur. Ancak 5 ve üstü film ve dizi izleyenler ile 3-4 adet film veya dizi izleyenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yani film izleme sayısının artması ile ruhsal hastalıklara bakış açısı arasında dolaylı bir ilişki olmadığı düşünülmektedir. Literatürde adet sayısı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu soru daha detaylı olarak sorulması film adedinin yanında nitelik olarak daha iyi yapımların izlenmesinin araştırılması bu konu hakkında daha sağlıklı bilgiler ortaya koyabilir. Psikiyatrik hastalığı bulunan kişilere karşı olumlu bakış açısını toplumda yerleştirmek için eğitim önemli bir araçtır. 2012 yılında yapılan sistematik bir derlemede 59 çalışma üzerinde çalışılmış bu çalışmaların %66,1'inde olumsuz tutum davranış ve damgılanma ile mücadelede öneri olarak farklı grupların eğitimini önermiştir. Bu eğitim materyalleri sağlık çalışanları ile hastaların aynı ortamda bulunması, ilgili filmlerin izletilmesi ve toplum lideri olarak görünen kişilerin eğitilmesi gibi önerilerde bulunulmuştur.⁵⁶ Şanlıurfa ve Diyarbakır Tıp fakültesi birinci sınıflara ruhsal hastalığı olan kişilere olan damgılanmayı olumlu yönde değiştirip

değiştirmediyi gözlemlemek için konferans, temas ve film izletme gibi yöntemler kullanılmıştır. Bunun için deney grubu ve kontrol grubu oluşturulmuştur. Deney grubuna ruhsal hastalıklarla ilgili bir konferans verilmiş, genç bir şizofreni hastalığı olan bir bireyle görüşmesi sağlanmış ardından şizofreni hastalığı olan bir matematikçinin hayatını konu alan bir film “Akıl Oyunları” izletilmiştir. Kontrol grubuna ise sularla ilgili bir konferans verilmiş ardından kuşlarla ilgili bir belgesel olan “Hızlı Göç” filmi izletilmiş ve bu iki grup karşılaştırılmıştır. İlk test ve son test sonuçlarına göre, kontrol grubunun şizofreniye yönelik tutumları ve sosyal mesafesi aynı kalırken, deney grubunun şizofreniye yönelik daha olumlu bir tutuma sahip olduğu ve sosyal mesafenin azaldığı görülmüştür⁶³. Yani bilgilendirme olarak filmler ve televizyon yapımları da ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı oluşan tutumda önemli bir yer alabilir. Bu medya ve internet ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumlu bakış açısı kazandırabilir. Ancak oluşan olumsuz bakış açısı kazanmaya da neden olabilir³⁵. Bu çalışmada dizi veya filmlerin ruhsal hastalığı olumlu yönde etkilemediği şeklinde bulunmuştur. Bunun sebebi dizi veya filmlerin olumsuz tutum oluşturabilme ihtimalinin de olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

1. Çalışma 463 mühendislik fakültesi öğrencisinde yapılmıştır. Bu çalışma tüm mühendislik fakültesine genellenemeyeceği gibi tüm topluma da genellenemez.
2. Çalışmada dizi ve filmlerin olumsuz tutum ve inanç gösterip göstermeyeceğine dair soru sorulmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Bu çalışmaya göre Kocaeli Üniversitesi Mühendislik Fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hatalıklara ortalama bir inançta olduğu bulunmuştur. Ancak bu sonuçlar tüm mühendislik fakültesine genellenemez.
2. Çalışmaya katılan bireylerin yaşı ile ruhsal hastalıklara karşı olan inanç arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
3. Çalışmaya katılan kişilerin psikiyatrik dizi izleme durumu ile ruhsal hastalıklara karşı olan inanç arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.
4. Psikiyatrik dizi veya film izleme adedi ile ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olan inanç arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
5. Katılımcıların cinsiyeti ile ruhsal hastalığı olan bireyler karşı olan inanç arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
6. Daha önce psikiyatrik yardım alan katılımcılarla almayan katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olan inanç açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Psikiyatrik hastalığı olan bireyler toplumda damgalanmaya maruz kalabilmektedir ve bu hastalara karşı olumsuz tutumlar olabilmektedir. Bu tutum psikiyatrik yardım almanın gecikmesine neden olabilmektedir. Çünkü toplumda ruhsal hastalıkların fiziksel bir hastalık gibi olmadığı düşünülebilmektedir. Kişi psikiyatrik yardım almaya giderse çevresi tarafından damgalanmaktan korkabilmektedir. Aynı zamanda bu olumsuz tutumlar kişinin tedavisinin sürekliliğine de zarar verebilmektedir. Bu olumsuz tutum ve inancaların değişebilmesi için eğitimin kullanılması faydalı olabilir. Bunun için toplum liderleri ve sağlık çalışanlarının eğitilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Hayatımızın bir parçası haline gelen dijital dünyadan da faydalanılması olumsuz tutum ve inançların değişmesine yardımcı olabilir. Dijital dünyada bu hastalıkları tanıtan film ve dizilerin yapılması olumsuz tutum ve inançlarda düzelmelere sebep olabilir. Aynı zamanda bu dijital mecralarda olumsuz tutumlara sebep olabilecek abartılı sahnelerin olduğu dizi ve filmler de olumsuz tutum ve inanç gelişmesine neden olabilir. Bu yüzden böyle abartılı yayınların yanında doğru bilgileri barındıran film ve diziler bu konuda önemli bir rol alabilir.

Dizi ve filmlerin ruhsal hastalıklara karşı olan inanç ve tutumda nasıl etki göstereceğine dair literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma katılımcı sayısı arttırılarak ve anket soruları daha da detaylandırılarak genişletilebilir. Böylece psikiyatrik dizi ve filmlerin ruhsal hastalıklara karşı inanç ve tutumu hakkında daha anlamlı sonuçlar elde edilebilir. Bu konu hakkında literatürde yeterli çalışma olmayıp daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Literatüre katkı sağlandıkça psikiyatrik dizi ve filmlerin ruhsal hastalıklara bakış açısındaki değişiklikler daha detaylı olarak incelenebilecektir.



7. ÖZET

Amaç: Sağlık tanımı içinde ruhsal sağlık çok önemli bir yer tutar. Ancak ruhsal hastalıklara karşı oluşan olumsuz tutum ve inançlar hastaların yardım alması önünde engel oluşturabilir. Bu tutum ve inançların değişmesi için eğitim önemli bir araçtır. Bu eğitimin içeriği televizyonda ve internette yayınlanan filmler ve diziler olabilmektedir. Bu araştırma da dizi veya filmlerin ruhsal hastalıklara bakış açısını olumlu yönde etkileyip etkilemediğini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışma 27 Ekim 2022-11 Haziran 2023 tarihleri arasında katılımcılar ile yüz yüze ve internet üzerinde anket doldurularak yapılmıştır. Çalışmada sosyodemografik sorular ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya 463 kişi katılmıştır. Katılanların 319'u (%68,9) erkek ve 144'ü (%31,1) kadındır. Katılımcıların yaşlarının ortancası 22, 25-75 persantilleri ise 21-23'tür. Katılımcıların ailelerinin ekonomik durumu ile ilgili soruya 250'si (%54) gelirim giderim kadar, 114'ü (%24,6) gelirim giderimden az ve 99'u (%21,4) gelirim giderimden fazla demıştır. Katılımcıların 136'sı (%29,4) kendisi için psikiyatrik yardım almışken 327'si (%70,6) herhangi psikiyatrik bir yardım almamıştır. Katılımcıların 360'ı (%77,8) daha önce psikiyatrik dizi veya film izlemiş, 103'ü (%22,2) izlememiştir. Katılımcıların 161'i (%44,7) 1-2 dizi veya film, 96'sı (26,7) 3-4 dizi veya film ve 103'ü (%28,6) 5 üstünde dizi veya film izlemiştir. Katılımcılar RHYİÖ ve alt ölçek puanlarında ortalama bir puan almıştır. Psikiyatrik yardım alıp almama durumuyla RHYİÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Psikiyatrik dizi veya film izleme durumuyla RHYİÖ ve alt ölçekler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İzlenen dizi ve film adedi ile RHYİÖ, tehlikelilik ve çaresizlik alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Utanma alt ölçeğinde 3-4 adet ile 1-2 adet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Cinsiyet ile RHYİÖ arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların ailesinin ekonomik durumları ile RHYİÖ arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Katılımcıların ruhsal hastalıkları olan bireylere karşı ortalama bir tutumları olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada dizi veya film izleme miktarının ruhsal hastalıklara bakış açısını olumlu anlamda etkilemediği bulunmuştur. Ayrıca katılımcılardan psikiyatrik dizi veya film izleyen ve izlemeyenlerin ruhsal hastalıklara inanç açısından arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyet ve ekonomik durum ile ruhsal hastalıklara karşı olan inanç arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürde bu konu hakkında yeterli çalışma bulunmamaktadır. Sonuç olarak bu konu hakkında daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Böylece ruhsal hastalıklara karşı gelişen yanlış inanç ve tutumların değiştirilebilmesi için dizi ve filmlerden daha fazla yararlanılması sağlanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal Hastalık, Dizi ve film, Tutum ve İnan, Üniversite öğrenci



8. ABSTRACT

Objective: Mental health plays a crucial role in the definition of the health. However, negative attitudes and false beliefs may prevent a patient to get a treatment. Thus, a proper education is a useful tool to change the effects of these negative effect and beliefs. Series or movies which published in internet or in television channel can be a part of this education. Hence, this research focuses on the tv series and movies whether have positive impact on the patients or not.

Method: This research is a definitive type of study. The work has been held between 27 October 2022 and 11 June 2023 with participant face to face and via internet. Sociodemographic questions and Beliefs on Mental Illness Scale were used in the study. Statistical evaluation was made with IBM SPSS 20.0 package program.

Result: The survey has made with 463 people, and 319 (%68,9) of them were boy and 144 (%31,1) of them were women. The median age of the participants was 22, 25-75 percentiles were 21-23. In response to the question regarding the economic status of participants' families, 250 of them (54%) indicated that their income matched their expenses, 114 (24.6%) reported having income lower than their expenses, and 99 (21.4%) reported having income higher than their expenses. Among the participants, 136 (29.4%) had received psychiatric assistance for themselves, while 327 (70.6%) had not received any psychiatric assistance. Additionally, 360 participants (77.8%) had previously watched psychiatric series or movies, while 103 (22.2%) had not. Among the participants, 161 (44.7%) had watched 1-2 series or movies, 96 (26.7%) had watched 3-4 series or movies, and 103 (28.6%) had watched 5 or more series or movies. Participants obtained an average score in terms of RHYIÖ and its subscales. There was no statistically significant difference found between the receipt of psychiatric assistance and RHYIÖ scores. Similarly, there was no significant relationship observed between the watching of psychiatric series or movies and RHYIÖ and its subscales. Additionally, there was no significant relationship found between the number of series and movies watched and RHYIÖ, perilousness, and helplessness subscales. However, a significant difference was observed in the embarrassment subscale between those who had watched 3-4 series or movies and those who had watched 1-2 series or movies. No significant difference was found between gender and RHYIÖ scores, as well as between the economic status of participants' families and RHYIÖ scores.

Conclusion: There is an average attitude from the participant toward the people who suffer from mental illnesses. There could not found any correlation between watching hour the TV series or movies and positive attitude to mental diseases. Although, the research could not find any profound differences between people who watch psychological or psychiatric movie or series and people who do not. Also, sex and economical differences of groups had not had notable effect to the answers. Additionally, it can be said that there are not enough studies and research on this subject in literature. In conclude, it have to be done more effort on this topic, then this would give an opportunity to use positively movies and TV series to change misconceptions and false beliefs toward to mental illnesses.

Key words: Mental Illness, Series and Movies, Attitude and Belief, Student of University

9. KAYNAKÇA

1. Macit ÜA, Ayar Hİ, Koşucu D, et al. *Ruhsal Bozukluklara Yönelik Yaklaşımlar.*; 2021;28.
2. Oztas B, Aydoğan A. Orjinal Makale Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Derg.* 2021;12(3):198-204.
3. AYRANCI Ü, YENİLMEZ Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2001;2(2):87-98.
4. KILIÇ C. TÜRKİYE’DE RUHSAL HASTALIKLARIN YAYGINLIĞI VE RUHSAL TEDAVİ İHTİYACI KONUSUNDA NEREDEYİZ? *Toplum Ve Hekim.* 2020;35(3):179-187.
5. Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;377:7-10.
6. Beyazyüz M, Beyazyüz E, Albayrak Y, Baykal S, Göka E. Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi. In: *Yeni Symposium.* Vol 53. ; 2015.
7. AYSAN Ü, KÖKEL Z. SOSYAL HİZMET ÖĞRENCİLERİNİN RUH SAĞLIĞI PROBLEMİ OLAN BİREYLERE YÖNELİK İNANÇ VE TUTUMLARINA EĞİTİMİN ETKİSİ. *Sağlık Profesyonelleri Araşt Derg.* 2022;4(3):153-163.
8. DEMİRAY T, Ümran DAL, GÜLERYÜZ İO, ÜLKER E. Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları. *Hemşire Bilimi Derg.* 2018;1(2):14-18.
9. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav.* Published online 1997:177-190.
10. Fishbein ME. Readings in attitude theory and measurement. Published online 1967.
11. Mıhçı Ö. Kızıışar S. *Deli Derken VI Tıpta İnsan Bilim Kongresi Özet Kitabı.* 2010;(s 32).
12. Tel H, PINAR ŞE. Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *J Psychiatr NursingPsikiyatri Hemsireleri Dernegi.* 2012;3(2):61-66.
13. Yüksel EG, Taşkın EO. Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2005;6(2):113-121.

14. Çam O, Bilge A. Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi. In: *Yeni Symposium*. Vol 49. ; 2011.
15. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Prev Med Bull*. 2010;9(1).
16. Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):214-231.
17. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği/validity and reliability of beliefs towards mental illness scale. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2008;9(2):91.
18. Mahmut E. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum İlişkisinde Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminin Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşire Çalışmaları Derg*. 2021;4(1):64-74.
19. Amerikan Psikiyatri Birliği. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği; 2014.
20. Bostancı N. *Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi*. PhD Thesis. Yüksek Lisans Tezi: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2000.
21. Mercan T. *Antik Kaynaklar ve Arkeolojik Kanıtlar Işığında Antik Yunan ve Roma'da Ruh Hastalıkları*. PhD Thesis. Bursa Uludağ University (Turkey); 2019.
22. Öztürk MO, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Kişisel Yayınlar; 2020.
23. *Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi*. GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ; 2016. Accessed July 19, 2023. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
24. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları - 2 Cilt Takım Yenilenmiş 11. Baskı - N. Aylin Uluşahin, M. Orhan Öztürk | Nadir Kitap*. NadirKitap. Accessed May 19, 2023. <https://www.nadirkita.com/ruh-sagligi-ve-bozukluklari-2-cilt-takim-yenilenmis-11-baski-n-aylin-ulusahin-m-orhan-ozturk-kitap21639659.html>
25. Oğuz ES. Toplum bilimlerinde kültür kavramı. *Hacet Üniversitesi Edeb Fakültesi Derg*. 2011;28(2).
26. İlbars Z. Kültür ve stres. *Kriz Derg*. 1994;2(1):177-179.
27. ÇAM MO, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2007;8(3):215-223.

28. Bakanlığı S, M¼d¼rl¼đ¼ TSHG, Teşviki S, Başkanlığı GD. Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi eğitimi rehberi. *Ank Deniz Matbaacılık*. Published online 2011:21-27.
29. Mark C, Paul N. *Predicting Health Behaviour*. McGraw-Hill Education (UK); 2005.
30. Ogden J. *Health Psychology: A Textbook*. 3. ed., reprinted. Open Univ. Press; 2004.
31. Rohleder P. *Critical Issues in Clinical and Health Psychology*. Sage; 2012.
32. Sağlık Alanında Temel Kavramlar - Fatma Öz | Nadir Kitap. NadirKitap. Accessed September 9, 2023. <https://www.nadirkitap.com/saglik-alaninda-temel-kavramlar-fatma-oz-kitap32718979.html>
33. Hayden JA. Health belief model. introduction to health behavior theory. *Can Jones Barlett Publ*. Published online 2009.
34. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons; 2008.
35. Emin Oryal Taşkın. *STİGMA RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK TUTUMLAR VE DAMGALAMA*. 1st ed. Meta Basım Matbaacılık; 2007.
36. Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *Int J Law Psychiatry*. 2000;23(3-4):277-291.
37. Erbaydar NP, Çilingiroğlu N. Tıp eğitimi geleceğin hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte midir. *Türk Psikiyatri Derg*. 2010;21(2):114-125.
38. Tavşancıl E. Tutumların ölç¼lmesi ve SPSS ile veri analizi. Published online 2010.
39. Celal Kaya. *Edirne Ilinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalığa Karşı İnanç ve Tutumları*. Trakya Üniversitesi; 2012.
40. Küçük M, Eriş U, Oğuz T, Dal A, Aydın CH, Orhon N. *İletişim Bilgisi*. 1st ed. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ; 2012.
41. Kitle iletişim araçlarında yer alan sağlıkla ilgili bilgilerin Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların sağlık davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. Accessed July 26, 2023. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
42. Kamuoyunun yönlendirilmesinde kitle iletişim araçlarının halkla ilişkiler amaçlı kullanımı: Eleştirel bir yaklaşım. Accessed July 26, 2023. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
43. Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2000;22(3):221-236.

44. Arslantaş H, KOYAK HÇ, Ezgi S. Lise öğrencisi ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen faktörler. *Cukurova Med J*. 2019;44(4):1272-1283.
45. Özlem Kabak. *Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının İncelenmesi*. Üsküdar Üniversitesi; 2021. Accessed August 11, 2023. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
46. Güngörmüş K, Ekinci M, Daş M. İlahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Derg.* 2014;11(2):45-51.
47. Tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve toplum ruh sağlığı merkezini'ni ziyaret etmenin tıp fakültesi öğrencilerinde ruhsal hastalıkları damgalama üzerine etkisi. Accessed August 7, 2023. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
48. Zafer Ulaş Karakoç. *Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*. Dicle Üniversitesi; 2023. Accessed August 11, 2023. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
49. Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38(5):348-354.
50. Demirören M, ŞENOL Y, AYTUĞ KOŞAN AM, Saka MC. Tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara karşı damgalama eğitimi gereksiniminin değerlendirilmesi: Nitel ve nicel yaklaşım. *Anatol J PsychiatryAnadolu Psikiyatri Derg.* 2015;16(1).
51. Aker AT, Özmen E, Ögel K, et al. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2002;3(1):5-13.
52. Natan MB, Drori T, Hochman O. Associative stigma related to psychiatric nursing within the nursing profession. *Arch Psychiatr Nurs.* 2015;29(6):388-392.
53. Gur K, Kucuk L. Females' attitudes toward mental illness: a sample from rural istanbul, turkey. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(5).
54. SOLAK KAPŞIĞAY K. *Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları*. KTO Karatay Üniversitesi; 2021.
55. Günay S, Bekitkol T, Ekitli BG, Yıldırım S. Bir hemşirelik fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Derg.* 2016;7(3):129-134.
56. Çam O, Bilge A. Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Derg.* 2013;4(2):91-101.

57. Öztürk A, Kaçan Softa H, Karaahmetoğlu Ulaş G. Kastamonu Üniversitesi'nde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançları ve psikiyatri hemşireliği dersinin etkisi. Published online 2015.
58. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 2007;18(2):163-171.
59. Dessoki HH, Hifnawy TM. Beliefs about mental illness among university students in Egypt. *Eur J Psychol.* 2009;5(1).
60. Adile Tümer NK, Sibel Coşkun. Tümer A, Kırığ N, Coşkun S. Birinci basamak sağlık çalışanlarında ruhsal hastalıklara yönelik inançların incelenmesi - Google'da Ara. *TJFMPC.* 2019;13(3):241-247.
61. Ünal S, Hisar F, özgÜven Z. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* 2010;23(3).
62. Baştosun B. *Halkın Ruhsal Hastalıklara ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi.* Master's Thesis. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
63. Altındag A, Yanik M, Uçok A, Alptekin K, Ozkan M. Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;60(3):283-288.

10. EKLER

10.1. ANKET FORMU

Lütfen, aşağıda yer alan anketteki soruları eksiksiz bir biçimde yanıtlayınız.

1.Cinsiyetiniz:

A-Kadın

B-Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz:

A-Evli

B-Bekar

4. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?

A-Gelirim giderimden az

B-Gelirim giderim kadar

C- Gelirim giderimden fazla

5. Daha önce bir uzmandan kendiniz için psikolojik yardım aldınız mı? (Bu soruya cevabınız

“Hayır” ise anketi yanıtlamaya 8. sorudan devam ediniz.)

A-Evet

B-Hayır

6. Eğer daha önce bir uzmandan kendiniz için psikolojik yardım aldıysanız, hangi meslek grubundan aldınız?

A-Psikolojik danışman

B-Psikolog

C-Psikiyatrist

D-Aile hekimliği

E-Diğer

7. Aldığınız psikolojik yardım size ne kadar yardımcı oldu?

- A-Hiç yardımcı olmadı B-Biraz yardımcı oldu
C-Oldukça yardımcı oldu C-Son derece yardımcı oldu

8. Yaşamınız boyunca, istenmeyen/travmatik bir yaşantınız oldu mu? (ör. küçük yasta annenin/babanın kaybı, cinsel istismar, cinsel taciz, şiddete maruz kalma, bir cinayete tanık olma)

- A-Evet
B-Hayır

9.Daha önce psikiyatrik dizi veya film izlediniz mi?

- A-Evet
B-Hayır

10.İzlediğim psikiyatrik film ve dizilerde olan kahramanlarla empati kuruyorum.

- A-Evet
B-Hayır

C-Fikrim yok

11.Film ve dizilerdeki psikiyatrik olayların ruhsal hastalara bakış açısını olumlu yönde etkilediğini düşünüyorum.

- A-Evet
B-Hayır

C-Fikrim yok

12. Kaç adet psikiyatrik yayın izlediniz.

- A-1-2
B-3-4

C-5 ve üstü

Aşağıda ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumlarını ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Her bir madde ruhsal sorunlu bireylere yönelik tutumları anlatmaktadır. Bu maddelerde tutumun derecesini belirleyen beş seçenek vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun rakamı 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 hastalığı 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.					
4.Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum için bir yüküdür.					

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 yönelmelidir.					
8.Halkı ruhsal bozuklukları olan bireylerden koruma daha az gündemde tutulmalıdır.					
9.Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan harcamalardaki artış, vergilerin boğa 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 değildir.					
17.Ruh sağlığı kurumları yerleşim yerlerinden uzak tutulmalıdır.					
18.Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakım sağlamakla yükümlüyüz.					
19.Oturdukları semtte ruh sağlığı hizmeti almak için gelmiş olan insanlardan semt sakinlerinin hiçbir şekilde korkmasına gerek yoktur.					
20.Ruhsal bozuklukları olan bir bireyden sakınmak en iyi yapılması gereken şeydir.					

21.Bir yerleşim bölgesinde ruhsal bozuklukları olan bireylerin yaşamakta olduğunu düşünmek ürkütücüdür.					
---	--	--	--	--	--

