

**ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ
EĞİTİM-ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ**

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ŞİZOFRENİ
HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

İBRAHİM HALİL KOYUNCU

Lefkoşa – 2021

**ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA
ENSTİTÜSÜ**

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ŞİZOFRENİ
HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

İBRAHİM HALİL KOYUNCU

TEZ DANIŞMANI

YRD. DOÇ. DR. MUAZZEZ MERVE AVCIOĞLU

Lefkoşa – 2021

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAY BELGESİ

Psikoloji Anabilim Dalı, 21807249 numaralı, İbrahim Halil Koyuncu'nun hazırladığı "Üniversite Öğrencilerinin Şizofreni Hakkındaki Bilgi ve Tutum Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili savunması yapılmış, adayın çalışmasının jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunmuş ve Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi: 24.06.2021

Jüri Üyeleri

İmza

1) Yrd. Doç. Dr. Muazzez Merve AVCIOĞLU (Tez Danışmanı)



2) Prof. Dr. Okan Cem Çırakoğlu (Jüri Başkanı)



3) Yrd. Doç. Dr. Nihan Tezer Yörük (Jüri Üyesi)



Prof. Dr. Tahir ÇELİK

Enstitü Müdürü

BEYANNAME

Adı ve Soyadı: İbrahim Halil KOYUNCU

Tezin Başlığı: Üniversite öğrencilerinin şizofreni hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi

Danışman: Yrd. Doç Dr. Muazzez Merve AVCIOĞLU

Yıl:2021

Yukarıda başlığı verilen ve tarafımca kaleme alınan bu tez çalışması içerisinde verilen tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik davranışlara uygun olarak elde ettiğimi ve sunduğumu; bu çalışmaya özgün olmayan ve başka kaynaklardan aldığım bilgileri akademik kuralların ve etik davranışların gerektirdiği şekilde, metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi beyan ederim.

Bu tez çalışmasının; Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve araştırma Enstitüsü tarafından saklanması ya da elektronik olarak sunulmasına izin veriyorum.

Tarih: 25.06.2021

İmza:



TEŞEKKÜR

Tez sürecimde öncelikle bana destek olan, yapıcı eleştirileriyle yol gösteren bu alanda öncü olan, her zaman idolüm olarak gördüğüm, psikoloji alanına sevgimi kat kat arttıran, lisans dönemimde ve yüksek lisans döneminde hep yanımda olan Sayın Yrd. Doç Dr. Muazzez Merve AVCIOĞLU'na ve ailesine teşekkür ederim.

Tez jürimde bulunan ve tez sürecimde yanımda olan, lisans ve yüksek lisans dönemlerimde destek olan Yrd. Doç Dr. Nihan Tezer YÖRÜK ve ailesine teşekkür ederim. Tez jürimde olmayı kabul eden saygı değer hocam Prof. Dr. Okan Cem ÇIRAKOĞLU'na teşekkür ederim.

Bana her zaman desteklerini hissettiren, yanımda olan aileme ve özellikle annem Kadriye KOYUNCU ' ya teşekkür ederim. Ayrıca bana yardımcı olan tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

ÖZ

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin şizofreni hastalığının nedenlerine ve tedavisine yönelik bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmaların bir kısmında, şizofreni hastalığının nedenleri, gidişi ve tedavilerine yönelik bilgi düzeyleri değerlendirilmiş olup, bir kısmında da şizofreniye yönelik inançlar ve damgalayıcı tutumlar incelenmiştir. Ancak ülkemizde, bu konunun araştırılmasına yönelik geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı geliştirilmesine yönelik kısıtlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmada Furnham&Chan (2004) tarafından ortaya atılan “Sokaktaki İnsan Kuramı” (Lay Theories of Schizophrenia)” modeli üzerinden, ilgili değişkenlerin araştırılmasına yönelik bir ölçek uyarlaması; pilot çalışma sonrasında da psikometrik çalışmaları yapılan ölçek kullanılarak üniversite öğrencilerinin şizofreni hastalığı hakkındaki bilgi ve tutumlarının ölçülmesi amaçlanmıştır. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde ki üniversitelerde lisans ve meslek yüksekokul öğrenimi gören üniversite öğrencilerine gönüllü ve random olarak katılımcı sağlanmıştır. Pilot çalışmada 117 kişiye uygulanmıştır, ardından yapılan çalışmalarla 356 kişi olarak tamamlanmıştır. Araştırma da veri toplama araçları olarak demografik bilgi formu, şizofreniye yönelik inançlar ölçeği (ŞYİÖ), şizofreni hakkında bilgi ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS 22 programında yapılmıştır. Ölçeklerden elde edilen veriler analiz edilmeden önce verilerin normal dağılıma uygunluğu One Sample Kolmogorov-Smirnovtesti uygulanmış ve verilerin normal dağılıma uygun olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle ölçek puanları ile ilgili analizlerde non-parametrik analizler kullanılmıştır. Yaş grubu ve eğitim alınan bölüm değişkenine göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılırken, cinsiyet, psikiyatrik ilaç kullanma durumu, yakınlarında şizofreni hastası olması durumu ve ruhsal hastalık geçirmiş olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Şizofreni hakkında bilgi ölçeği ve şizofreniye yönelik inançlar ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılanların %16’sı 18-20 yaş grubunda, %40,2’si 21-23 yaş grubunda, %34,6’sı 24-26 yaş grubunda, %9,3’ü 26+ yaş grubundadır. Katılımcıların %21,6’sı psikoloji – PDR bölümlerinde eğilim alırken, %23,6’sı öğretmenlik bölümlerinde eğitim almakta, %23’ü sağlık bilimleri alanlarında eğitim almakta, %11,2’si mimarlık – mühendislik alanlarında eğitim almakta, %11’i hukuk alanında eğitim almakta ve %9,6’sı diğer bölümlerde eğitim almaktadır. Araştırmaya katılanların %45,5’i kadın, %54,5’i erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların %12,9’u geçmişte psikiyatrik ilaç kullanmış, %9,6’sının yakınlarında şizofreni hastası bulunmakta, %21,9’u geçmişte ruhsal bir rahatsızlık geçirmiştir. Katılımcıların şizofreni hakkında bilgi düzeyleri ile şizofreniye yönelik genel inançlar bilgi düzeyleri arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunduğu ($r=,595$; $p<0,05$), şizofreni hakkında bilgi düzeyleri ile şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar arasında pozitif ve orta düzeyin altında anlamlı ilişki bulunduğu ($r=,316$; $p<0,05$), şizofreni hakkında bilgi düzeyleri ile şizofreninin tedavisine yönelik inançlar arasında anlamlı ilişki bulunmadığı ($r=-,010$; $p>0,05$) görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, İnanç, Tutum



ABSTRACT

In this study, it was aimed to measure the knowledge level of university students about the causes and treatment of schizophrenia and to evaluate their beliefs and attitudes. In some of these studies, knowledge levels about the causes, course and treatments of schizophrenia were evaluated, and in some of them, beliefs and stigmatizing attitudes towards schizophrenia were examined. However, in our country, there is a limited number of studies aimed at developing a valid and reliable assessment tool for researching this issue. In this study, it was aimed to adapt a scale to investigate the relevant variables using the "Lay Theories of Schizophrenia" model proposed by Furnham & Chan (2004), and to measure the knowledge and attitudes of university students about schizophrenia by using the scale after the pilot study. Volunteer and random participants were provided to university students studying undergraduate and vocational schools in universities in the Turkish Republic of Cyprus. In the pilot study, it was applied to 117 people, after which it was completed as 356 people. The data obtained from the scales were analyzed in SPSS 22. Before analyzing the data obtained from the scales, the suitability of the data for normal distribution On eSample Kolmogoro The v-Smirnov test was applied and it was determined that the data were not suitable for normal distribution. For this reason, non-parametric analyzes were used in the analysis of scale scores. While the Kruskal Wallis H test was used to compare the scale scores according to the age group and the department variable, the Mann Whitney U test was used to compare the scale scores according to gender, psychiatric drug use, presence of schizophrenia in their relatives, and mental illness. Spearman Correlation analysis was used to examine the relationship between the subscales of the knowledge scale about schizophrenia and the beliefs towards schizophrenia scale. 16% of the participants are in the 18-20 age group, 40.2% in the 21-23 age group, 34.6% in the 24-26 age group, 9.3% in the 26+ age group. While 21.6% of the participants have a tendency in psychology - PDR departments, 23.6% receive education in teaching departments, 23% receive education in health sciences, 11.2% receive education in the fields of architecture - engineering, 11% 9.6% study in the field of law and 9.6% study in other departments. 45.5% of the participants in the study are women and 54.5% are men. 12.9% of the participants have used psychiatric drugs in the past, 9.6% of them have schizophrenia patients close to them, and 21.9% of them have had a mental illness in the past. There is a positive and moderately significant relationship between the knowledge levels of the participants about schizophrenia and the general beliefs about schizophrenia ($r = .595$; $p < 0.05$). It is seen that there is a significant relationship ($r = .316$; $p < 0.05$), and there is no significant relationship between the level of knowledge about schizophrenia and beliefs about the treatment of schizophrenia ($r = -.010$; $p > 0.05$).

Key Words: Schizophrenia, Belief, Attitude



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZ	ii
ABSTRACT.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	vii
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ	1
1.1 Kuramsal Çerçeve ve Konu İle İlgili Yapılan.....	2
1.1.2 Tutum Kavramı	12
1.1.3 Şizofreni Hakkındaki Mitler	21
1.1.4 Şizofreni Hastalarına Yönelik Tutum Üzerine Yapılan Araştırmalar.....	24
BÖLÜM 2	29
Gereç ve Yöntemler	29
2.1 Araştırmanın Türü.....	29
2.2 Pilot Çalışmaya İlişkin Madde Analizleri	30
2.3 Araştırmanın Örneklemi	37
2.4 Veri toplama Araçları.....	37
2.4.1 Sosyo-demografik bilgi formu	37
2.4.2 Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği.....	38
2.4.3 Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği.....	38
2.5 Araştırmanın sınırlılıkları.....	38
BÖLÜM 3	39
BÖLÜM 4	49
Tartışma.....	49
BÖLÜM 5	53
Sonuçlar.....	53

BÖLÜM 6.....	55
Öneriler	55
KAYNAKLAR	56

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği Puanlarına İlişkin Pilot Çalışma Madde Analizi.....	30
Tablo 2.2. Katılımcıların Şizofreniye yönelik inançlar Ölçeği Şizofreniye yönelik genel inançlar alt Boyut Puanlarına İlişkin Pilot Çalışma Madde Analizi.....	32
Tablo 2.3. Katılımcıların şizofreniye yönelik inançlar Ölçeği Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar Alt Boyut Puanlarına İlişkin Pilot Çalışma Madde Analizi.....	34
Tablo 2.4. Katılımcıların şizofreniye yönelik inançlar Ölçeği Şizofreninin Tedavisine yönelik inançlar Alt Boyut Puanlarına İlişkin Pilot Çalışma Madde Analizi.....	35
Tablo 2.5. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarına Güvenilirlik Analizi.....	37
Tablo 3.6. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarına Güvenilirlik Analizi.....	39
Tablo 3.7. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler...	40
Tablo 3.8. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	41
Tablo 3.9. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Yaş Grubu Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	42
Tablo 3.10. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Eğitim Gördükleri Bölüm Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	42
Tablo 3.11. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	44

Tablo 3.12. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Geçmişte Psikiyatrik İlaç Kullanmış Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3.13. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Yakınlarında Şizofreni Hastası Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 3.14. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Geçmişte Ruhsal Rahatsızlık Geçirmiş Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	47
Tablo 3.15. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	48

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Toplumun ortalama olarak %1’lik kısmının etkilendiği şizofreni, genel olarak 25 yaş öncesinde ortaya çıkan, tüm sınıflarda rastlanan, bireyler arası ve mesleki açıdan işlev kaybına neden olan, süreklilik arz eden çok boyutlu bir hastalıktır (Belene, 2009). Şizofreni hastalığı sıkça oldukça belli olan halüsinasyonlar ya da delüzyonlar ile süren, davranışın bazı işlevsel sorunlar, emosyonel ve kognitif bozulmalarla değişiklik sergileyen, genellikle relapslarla ve kronik ilerleyen bir klinik hastalık tablosudur. Erken yaşta gelişme göstermesi, uzun süreli olması gerek hastalara gerekse ailelerinde oldukça olumsuz yansımalara neden olması ve insanlar tarafından kabul sürecindeki zorluğu (stigma) hastalığın toplumsal boyutunu daha da güçleştirmektedir. İnsan beyninde en mühim işlevlere sahip olan davranış, düşünce ve duygu alanın da karşılaşılan bu sorunlar, bireyin kişiler arasındaki etkileşimlerini ve gerçek oldukça fazla etkilemektedir (Yavuz, 2008). Şizofreni hastalarına karşı toplumun genelinin ve hatta ruh sağlığı personellerinin kötü yaklaşımları, söz konusu hastaların bu durumla etkili şekilde başa çıkabilmesinde, bakımı sürdürmesinde ve hayati özelliklerinde ciddi bir engel teşkil etmektedir (Esen-Danacı ve diğerleri, 2016).

Şizofreni hastalarına yönelik tutum ve inançların iyi bilinmesi hastalığın tedavi sürecinde kullanılacak yeni yöntemler geliştirilmesi ve hastalığın seyrini etkileyen unsurların bilinmesi açısından oldukça önemlidir (Taşkın ve diğerleri, 2002). Literatürde şizofreni hastalarına yönelik tutum ve inançların ele alındığı çalışmaların genellikle hasta yakınları ve sağlık personeli üzerinde yapıldığı görülmektedir (Durat ve diğerleri, 2017; Aker, 2008).

Tutumun bilişsel yapısı olan inanç, kişiyi hayatın her döneminde etkisine alabilmektedir. Ruhsal hastalıklara ilişkin inançlar son dönemlerde oldukça ilgi gören bir konu olmasının yanı sıra, çalışmaların sonuçları arasında ciddi farklar vardır. Sosyo-demografik faktörler (eğitim, cinsiyet, yaş gibi), hastalığa ilişkin bilgi,

hastalığa sahip bireylerle bireysel tecrübenin olması, ruhsal sağlık sorunu algısı, söz konusu sağlık sorununun psikopatoloji türü, hastanın nitelikleri de ruh hastalığı olan bireylerde ve hastalıklara ilişkin yaklaşımlar konusunda etkilidir. Pek çok çalışma, insanların ruhsal hastalıklarla alakalı olarak olumlu olmayan algılara sahip olduğunu ortaya koymaktadır. İnsanların ruhsal hastalık ve tedavi süreciyle alakalı yaklaşımlarındaki olumsuz durumlar, hastaların iyileşme aşamasına etkide bulunabilmektedir (Bilge ve Çam, 2007). Ayrıca bireylerin ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inançları mevcut hastalıkların kronik hale gelmesine de yol açabilmektedir (Bilge, 2006). Dolayısıyla son zamanlarda ruhsal hastalıklara ilişkin bireylerin davranış ve inançlarının değerlendirildiği pek çok çalışma yapıldığı görülmektedir (Çam ve Bilge, 2013; Yüksel ve diğerleri, 2015).

Sağlık problemleri yaşayanlar ve ruhsal sorunları olanlara ilişkin yaklaşımların, hatalı tutumların ve önyargıların değişimi tüm insanların, bilhassa genç kuşakların eğitimi ile olanaklı olabilir. Zira negatif ve önyargılı tutumların alt yapısını bilgi noksanlığı, bilincine varamam durumu meydana getirmektedir. Dolayısıyla ruhsal soruna sahip kişinin damgalamanın bulunmadığı ve objektif bir toplum içerisinde hayatını sürdürmesi adına, söz konusu toplumun ruhsal sorunlara ilişkin bilgi ve algılarının geliştirilerek pozitif yaklaşımların artırılması öneme sahiptir (Tarım, 2017). Genç bireylerin şizofreniye ilişkin davranışlarının olumlu şekilde geliştirilebilmesi için öncelikli olarak gençlerin şizofreni hastalarına ilişkin davranış ve inançlarını etkileyen faktörlerin iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu anlamda gerçekleştirilen bu çalışma kapsamında üniversite öğrencilerinin şizofreni hastalarına ilişkin inanç ve tutumlarının bir takım demografik faktörlere göre ele alınması hedeflenmiştir.

1.1 Kuramsal Çerçeve ve Konu İle İlgili Yapılan

Kuramsal çerçeve ve konu ile ilgili yapılan kavramlar aşağıda açıklanmaktadır.

1.1.1 Şizofreni Kavramı

Şizofreni, çoğunlukla genç yaşlarda ortaya çıkan, bireyin diğer bireylerle kurduğu etkileşimlerden ve gerçeklerden kaçarak, kendine has bir içe kapanış dünyasında yaşamını sürdürdüğü; duygu, düşünce ve tutumlarda ciddi bozulmalara neden olan bir psikiyatrik sağlık problemidir (Özpoyraz ve Taman, 1998: 26).

Zihinsel gelişim bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu gibi şizofreniyle karıştırılabilen nörogelişimsel sorunlar da erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (Kokurcan ve Atbaşoğlu, 2015).

Benedict Morel tarafından ilk olarak biçimsel anlamda 13–14 yaşlarında ortaya çıkan hastalık, bilişsel yozlaşma sonucunda otistik olarak hayatını sürdürmeye başlayan bir durumun teşhisi için kullanılmış ve “dementiaprecox” şeklinde isimlendirilmiştir. Ardından Alman psikiyatrist Emil Kraepelin 1896 yılında, akıl hastalıklarını gitmeyenler (manik depresif psikoz) ve yıkımla gidenler (dementiaprecox) olarak iki önemli başlıkta kategoride ele alarak gruplara ayırmıştır. Söz konusu kavram vasıtasıyla Kraepelin ilerleyici zihinsel yıkıma dikkat çekmeyi düşünmüştür (Aker, 2008).

Yukarıda mevcut veriler ışığında; şizofreni, aşağıda ifade edilen beş önemli niteliği dolayısıyla bir halk sağlığı problemidir.

1. Şizofreni oldukça yaygın olan bir sağlık problemidir.
2. Şizofreni ağır beceri kaybına yol açabilmektedir.
3. Şizofreni toplumsal yükü ağır bir rahatsızlıktır.
4. Şizofreni dolayısıyla başa çıkmanın etkili metotları vardır.
5. Hastalar, aileleri ve toplum açısından kabul edilebilir tedaviler bulunmaktadır (Aker, 2008).

1.1.1.1 Şizofreni Tanı Ölçütleri

Şizofreni hastalığının belirti ve bulguları, teşhis edilen bir kişide hepsi arada görülmez, belirti ya da bulguların bir veya birkaçı görülür, bunun yanı sıra bu tanıyı alan iki hastanın belirtileri de tam anlamı ile birbirine benzemez, bireye özgü olarak değişebilir (Demir, 2013). Bu nedenle şizofreni teşhisi koyulmadan önce yeteri kadar fiziki muayenenin gerçekleştirilmesi ve gelişimsel öyküsünün alınmasına ihtiyaç vardır (Kokurcan ve Atbaşoğlu, 2015). Ayrıca şizofreni teşhisi için, büyük bir çoğunluğun kabul ettiği DSM-5 tanı ölçütlerinden faydalanılmaktadır. DSM-5’e göre şizofreni tanısında kullanılan temel kriterler aşağıda açıklanmıştır;

A. Aşağıda verilen belirtilerden iki ya da daha fazlası her biri, otuz günlük (tedavi süreci başarıyla gerçekleşmişse daha kısa) bir zamanın önem arz eden bir bölümünde görülmektedir. Söz konusu belirtilerden en az bir tanesinin (1), (2) veya (3) olması gerekmektedir.

1. Halüsinasyon

2. Delüzyon

3. Darmadağın cümleler kurmak (örneğin, sürekli konudan sapmak veya anlaşılma cümleler kurmak).

4. Aşırı düzeyde katatonik veya dezorganize davranış

5. Olumsuz belirtiler (duygusal katılımda avolasyon veya azalma)

B. Bozukluğun başlamasından itibaren geçen sürenin önem arz eden bir bölümünde, çalışma, kişilerle ilişkiler veya kendisine akım gibi, bir veya birden çok esas alanda işlevsellik seviyesi, bozukluğun başlamasından önceki seviyenin belirgin bir şekilde altındadır (bozukluk çocuk yaşlarda veya ergenlik döneminde ortaya çıkmışsa kişilerarası, okul veya iş hayatı ile alakalı işlevsellik, beklenen seviyeye erişememektedir).

C. Bozukluğun süregelen bilimsel sonuçların minimum altı ay kadar devam etmektedir. Söz konusu altı aylık evrenin minimum bir ayı (başarılı bir şekilde tedavi sağlanmışsa bu süre daha azdır), A tanısı ölçütünü (örneğin açık evre semptomları) kapsamalı ve rezidüel veya prodromal belirti aşamalarını kapsayabilir. Söz konusu bozukluk, rezidüel veya prodromal aşamaları sırasında, sadece olumsuz belirtilerle söz konusu rahatsızlığın A tanısı ölçütünde ifade edilen iki veya ikiden çok semptomların eşik altı şeklinde görülmesiyle (örneğin olağan olmayan aykırı inan, olağan olmayan algısal yaşamlar) meydana gelir.

D. Psikoz veya şizoaffektif bozukluk belirtileri gösteren bipolar veya depresyon bozukluğu dışlanır, şu nedenle ya 1) eşzamanlı bir şekilde açık evre semptomlarla majör depresyon veya mani süreçleri görülmemiştir ya da 2) açık evre semptomlarının görüldüğü süreçte duygu durum değişkenliği süreçleri meydana

gelmiş olsa da bunlar hastalığın rezidüel ve açık süreçlerinin toplam zamanının küçük bir bölümünde bulunmuştur.

E. Söz konusu bozukluk, bir maddenin (örneğin kötü amaçlı kullanılabilecek bir ilaç) veya bir başka sağlık şartlarının fizyolojik etkileri ile yorumlanamaz.

F. Otizm spektrum rahatsızlığı veya çocuk yaşta ortaya çıkan bir iletişim bozukluğu hikayesi var ise, şizofreni tanısı koyulabilmesi için gereken diğer semptomların yanında minimum bir ay (tedavi daha kısa sürede başarılı sonuçlanmışsa daha kısa) belirgin varsanılar veya sanrılar görülmesi önem arz etmektedir (Abaoğlu, 2018).

1.1.1.2 Şizofreni Alt Tipleri

Şizofreni klinik bulgular, seyir, tedaviye yanıt, bilişsel fonksiyonlar ve patofizyolojisi açısından teşhisi, tedavisi ve üzerinde çalışma yapılmasını güçleştirecek düzeyde heterojen bir bozukluktur. Bu bozukluğu daha iyi algılamak, daha homojen duruma getirmek için birçok alt tiplene ve sınıflandırma yapılmıştır. Bununla birlikte şizofreninin kendine özgü semptomlarının neler olduğu, bu rahatsızlığın içeriği, alt türleri ve söz konusu alt türlerin nasıl tespit edilebileceği, bağlantılı olduğu fizyopatolojik faktörler, gidişi ve tedavi süreci gibi konular hala yeteri kadar netliğe kavuşmamıştır. ICD-10 da şizofreni 10 alt gruba ayrılmaktadır. DSM-IV'den ayrı olarak basit şizofreni ve post şizofrenik depresyon bulunmaktadır. Ayrıca bu gruplar kapsamında yer almayanlar için başka ve belirlenmemiş teşhis grupları mevcuttur. DSM-IV'de ise şizofreni yedi alt gruba ayrılmıştır. Bunlar;

1. Paranoid Tip Şizofreni
2. Dezorganize(hebefrenik) tip şizofreni
3. Katatonik tip şizofreni
4. Farklılaşmamış tip şizofreni
5. Residüel tip şizofreni
- 6: Basit şizofreni

7: Postpsikotik depresyon (Yavuz, 2008; Aker, 2008; Özel-Kızıl, 2006).

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yeni sınıflama sistemi olan DSM-5'te şizofreni alt tipleri kaldırılmış, bunun yerine birbiri ile ilişkili belirti gruplarına göre hastalığı derecelendiren boyutsal yaklaşımın tedavi planlanması, hastalığın seyrini öngörme ve patofizyolojik mekanizmaları araştırmak için daha yararı olduğu belirtilmiştir. Boyutsal yaklaşımın yararlı olacağına ilişkin bu öngörünün gerçekleşip gerçekleşmeyeceği gelecekte yapılacak çalışmalarla daha iyi anlaşılabacaktır. Bu değişiklik önerisine rağmen, günümüzde özellikle Paranoid şizofreni tanısı yaygın olarak konulmaktadır (Kara ve diğerleri, 2014).

1.1.1.3 Şizofreninin Nedenleri

Şizofreninin belirtileri ve ortadan kaybolma şekillerindeki farklılıklar dolayısıyla, bir tek oluş sebebinin şizofreniyi yarattığını ifade etmek yanlıştır. Şizofreni etiyolojisini açıklayan temel kuramlardan bir tanesi “stres-yatkınlık modeli” olarak anılmaktadır. Bu modelde; hastaların şizofreniye olan biyolojik eğiliminin olduğu ve stresle tetiklenmesinden sonra şizofrenik bulguların yarattığı iddia edilmektedir. Stresin kalıtsal, psikososyal ve biyolojik kökenli olabileceği ifade edilmiştir (Özpoyraz ve Taman, 1998). Şizofreniye neden olan temel faktörler aşağıda açıklanmıştır.

Genetik faktörler: Aile, ikiz ve evlatlık çalışmaları, şizofreni hastalığının kalıtsal geçişinin olduğunu ortaya koymaktadır (Büyüksandık-Özşen, 2013). Şizofreni olasılığını inceleyen kontrollü araştırmalarda şizofreni hastalarının birince derece yakınlarında risk oranları 1.4 ile 16.2 arasında değişiklik göstermektedir. Ebeveynlerinden birisinin hasta olması ise çocuğun şizofreni olma olasılığı %12.5-13.8 arasındadır. Her iki ebeveyni şizofreni olan çocuklarda risk %35-46 düzeylerine yükselmektedir (İnceç, 2018). Ayrıca sadece aile ortamındaki bozukluğun kalıtsal eğilim olmaksızın şizofreninin gelişmesinde yetersiz olduğu düşünülmektedir. Genel olarak yaygınlığı %1 olarak değerlendirilen şizofrenide mono- zigot ikizlerde %47, dizigot ikizlerde %12, kardeşler arasındaki yaygınlığın %8 olduğu ifade edilmektedir. Kromozom çalışmalarında 11, 18, 19 ve X kromozomları ile ilgili verilere ulaşılmıştır (Özpoyraz ve Taman, 1998). Literatürde yer alan birçok çalışmada da şizofreninin genetik kökenli bir hastalık olduğu rapor edilmiştir (Yavuz, 2008).

Hamilelik süreci: Hamilelik ve doğumun yan etkileri, hamilelik döneminde influenza epidemileri yaşayan, Rhesus (Rh) faktörü uyumsuzluğu, maternal açıklık ve kış doğumlarının fazla olması gösterilebilir. Bu risk faktörleri, nörogelişimin patolojik bir sürecine dikkat çekmektedir. (Yavuz, 2008).

Çocukluk çağı travmaları: Şizofreni gelişme olasılığını arttıran etkenlerden biri de erken çocukluk sürecinde yaşanan çocukluk çağı travması olduğu düşünülmektedir (İngeç, 2018).

Aile yapısı: Şizofrenik bireylerin aileleri üzerinde gerçekleştirilen araştırmalar neticesinde çeşitli varsayımlar ortaya atılmıştır. Kimi araştırmacılar, şizofreni vakalarının görüldüğü ailelerde ciddi yarılma ve bozulma olduğunu, şizofreni hastası çocuklara anneleri tarafından ayrı bir özen gösterildiği iddia edilmiştir. Bu kapsamda ebeveynlerden biri oldukça aşırı baskın ve etkili, diğeri ise ciddi düzeyde bağımlı ve edilgendir. Aile yarılmasında ebeveynlerden biri diğerdinden destek ve tatmin sağlayamamakta; dolayısıyla destek ve tatmin için çocuğa eğilim göstermektedir. Diğer bir yaklaşımda ise (Bateson); şizofreni etiolojisinde "ikili çıkmaz" önemli bir göreve sahiptir. Bu bağlamda çocuk, aile içerisinde yıllarca birbirleriyle çelişkili mesajlarla karşılaşmakta, bu mesajlardan hangisine göre davranış sergileyeceğini bilememekte ve bir çıkmaza girmektedir (Özpoyraz ve Taman, 1998).

1.1.1.4 Şizofreni Yaygınlığı

Literatürde şizofreni yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmış olmakla beraber (Bhugra, 2005; Saha ve diğerleri, 2006), şizofreni son derece fazla kişisel ve ekonomik karşılığı olan, dünya genelinde dikkat çeken halk sağlığı sorunlarından birisidir. Dünyadaki toplam nüfusun yaklaşık %1'İ şizofreniden etkilenmektedir. Şayet şizofreni spektrum sorunları da bu kapsama alınırsa bu oran yaklaşık %5'e kadar çıkmaktadır. Şizofreni toplum ya da coğrafi bölge ayrımı olmaksızın her yerde görülebilmektedir (Yavuz, 2008). Bu noktada şizofreni yaygınlık oranının iyi bilinmesi gelecek yıllarda konu ile ilgili yapılacak araştırmalar için önemli bir yer tutmaktadır. Bunun yanında şizofreni yaygınlığının bilinmesi şizofrenide risk faktörlerinin belirlenmesi ve sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde önemli bir yere sahiptir (Saha ve diğerleri, 2005). Literatürde yer alan birçok çalışmada şizofreni yaygınlığının incelenmesi amaçlanmış, farklı ülkelerde

gerçekleştirilen çalışmalarda şizofreni yaygınlığına ilişkin olarak farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. McGrath ve diğerleri (2008) tarafından yürütülen çalışmada şizofreni görülme yaygınlığının 100.000/15.2 olduğu, toplumda şizofreni riski olan birey oranının ise 1.000/7.2 olduğu tespit edilmiştir. Goldner ve diğerleri (2002) tarafından yapılan çalışmada şizofreni görülme sıklığının 100.000/11.1 olduğu rapor edilmiştir.

Türkiye’de de şizofreni yaygınlığı üzerine yapılan bazı araştırmalar mevcuttur. Binbay ve diğerleri (2012) tarafından yapılan araştırmada İzmir ilinde şizofreni yaygınlığının incelenmesi amaçlanmış, araştırmaya 9 ilçe ve 302 mahallede ikamet eden, 15-64 yaş grubunda bulunan toplam 4011 birey katılmıştır. Araştırmanın sonunda şizofreni ve alt tiplerinin yaygınlık oranının %2.5 düzeyinde olduğu, bu kapsamda şizofreninin büyük bir halk sağlığı problemi olma yolunda ilerlediği tespit edilmiştir.

Şizofreni hastalığı bakıldığında yüksek insidansa sahip olmasa da, erken yaşta ortaya çıkması, sıklıkla yinelenmesi ve kronikleşmesi dolayısıyla nispi olarak yüksek bir prevalansa sahiptir. Hastalığın mental ve sosyal yetersizliğe neden olması, bütün dünya çapında hastalığı pahalı ve oldukça masraflı yapmaktadır. Şizofreninin masrafı fazladır ve bunun pek çok sebebi bulunmaktadır. Sadece etkilenenlerin değil bunun yanı sıra yakınları, arkadaşları ve yaygın şekilde toplumu da alakadar etmektedir (Aker, 2008).

1.1.1.4 Şizofreninin Belirtileri

Şizofreninin klinik bulgularını bugün de geçerli olacak şekilde ilk tanımlayanlar Kraepelin ve daha sonra da Bleuler olmuştur. Şizofreni bireyin algılamasını, hareketlerini, duygularını, düşünmesini, yargılamasını ve dikkatini bozan ruhsal bir rahatsızlıktır. İnsan ilişkileri kendine bakım, çalışma ve pek çok konuda fonksiyonellikte bozulmalara neden olarak bireyin iş ve sosyal hayatında problemlere neden olabilir. Ancak bu belirtiler ve fonksiyonellikteki yetersizlik bireyden bireye ciddi farklılık sergileyebilir hatta aynı hastada zamanla ciddi değişimler yaşanabilir (Taşkın-Uyan, 2018). Bunun yanı sıra şizofreninin ortaya çıkışında ve devamında tipik bir semptom mevcut değildir. Her çeşit ruhsal semptom ruhsal şizofrenide karşılaşılabılır. Semptomlar zamanla değişiklik gösterebilir. Hastalıktan önce genel

olarak şizoid ve şizotipal kişilik özellikleri mevcuttur. Bunlar çocuk yaşlardan itibaren sessiz, uslu, asosyal, daha fazla dersleri veya oyuncakları ile yalnız başlarına zaman geçiren bireylerdir. Çevreden yöneltile iletişim girişimlerine karşı soğuk ve çekimserdirler. Çevreye ve kendilerine az güvenirler ve bu güven hissini kolaylıkla kaybedebilirler. Okulda, dersleri iyi olan, sosyal ilişkileri iyi olmayan çocuklardır. İlgi alanları daha çok cansız nesnelere (makinalar, bilgisayarlar vb.) yöneliktir. Zira cansız nesneler duygusal bir alışveriş gerektirmemektedir (Özpoyraz ve Taman, 1998).

Hastaların pek çoğunda vurdumduymaz, ilgisiz ve donuk görüntü vardır. Uzun süredir hasta olanlar bakımsız ve dağınık görünebilir. Tekdüze ses tonuna sahip olabilir. Özellikle tipik antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkisine bağlı olarak konuşma sorunuyla karşılaşılabilir. Hastanın düşüncesindeki bozulmalar konuşmasını etkileyerek yavaşlama, hızlanma, dağınıklık, konuşma yankılanması (ekolali), fakirleşme yinelemeler (stereotipi), hiç konuşmama (mutiim) görülebilir (Taşkın-Uyan, 2018). Kimi zaman konuşmayı takip etmek zor gelebilir. Soyut fikir yok olarak somut fikir yerleşebilir, konuşmalar sırasında ilişkiler sarsılabilir (Yavuz, 2008).

Kişide daha çok içinde yaşadığı, gerçeklerden ve dışarıdaki dünyadan daha çok uzaklaştığı ve daha çok hastalık semptomlarının geliştiği görülmektedir (ÖzpoyrazveTaman, 1998). Sosyal tutumları sık sık bozulmuştur. Hastalar hijyen konusunda bakımlarını ertelerler. Toplumsal karşılaşmalardan uzak dururlar, kimileri toplumsal ilkeleri değişikliğe uğratacak şekilde tutum sergilerler, kimileri de gerekli olmayan eşyaları stoklarlar, pis, dağınık ve her yeri tıka basa doldururlar (Yavuz, 2008).

Şizofrenide ilgi azalmasından kaynaklı olarak algılama da azalabilir. Ayrıca algı artması ve keskin algılama da gelişebilir. Halüsinasyonlar ve delüzyonlar görülebilir. Halüsinasyon ortada bir uyarıcı mevcut değilken bir algının olmasıdır. Şizofrenide en çok kendi aralarında emir veren, yorum yapan, konuşan sesler gibi işitsel halüsinasyonlar görülür. Bu tip halüsinasyonlar Schneider'ın ilk sıra belirtilerindendir. Delüzyon ise dışarıdan gelen bir uyarıcının yanlış algılanmasıdır. Şizofrenide delüzyonlarla sıklıkla karşılaşılır. Hastalar gördükleri nesneleri yanlış

ifade edebilir, depersonalizasyon (öze yabancılaşma) ve derealizasyon (gerçek dışılaşma) görülebilir (Taşkın-Uyan, 2018). Uzun müddet hasta olanlarda temizliğe özensizlik, dağınıklık, bakımsızlık görülür. Oldukça fazla görülen ve dikkat çeken semptom ağır ilgisizlik, faaliyet azlığı ve sosyal yaşamdan soyutlamadır. Yoğun bir durağanlık ve ilgisizlikten ciddi taşkınlığa dek farklı görünümelerde olabilirler. Farklı bir yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış tekrar eden beden, kol, el hareketleri (stereotipi), hareket yankılanması (ekopraksi), bazı anlarda donakalma (donakalım, katatoni) görülebilir. Değişik cinsel tutumlar, ortalıkta özdoyum, çıplak gezmeye, tükürme, burun karıştırma görülebilmektedir (Özpoyraz ve Taman, 1998).

Şizofrenide fiziksel ve fizyolojik belirtiler ele alındığında bir başka hastalık mevcut değilse fiziki muayene sonuçları normaldir. Kimi şizofren hastalarında çok fazla yeme, kilo alımı, kimilerinde hiç yemek tüketmeme ve zayıflama görülebilir. Uyku ve uyku-uyanıklık düzeni çok sarsılabilir. Çok fazla uyku, hiç uyumama, gece-gündüz döngüsünün sarsılması yaşanabilir. Bunun yanı sıra silik nörolojik bulgular tespit edilebilir (Özpoyraz ve Taman, 1998).

1.1.1.5 Şizofreni Tedavisi

Bugün; bütün dünyada, ruhsal sorunların ve özellikle şizofreninin erken teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonuna ilişkin farklı kuramsal ve pratik problemler tartışılmaktadır. Yeni geliştirilen kuramlar, yeni tedavi yöntemleri, kullanıma yeni giren ilaçlar kapsamında çalışma ve tartışmalar devam etmektedir (Aker, 2008). Çünkü şizofreni hastalığının tedavisinde bazen kullanılan ilaçlara uyum sağlama sorunu yaşanabilmektedir. Tedavi sürecine adaptasyon gösterememe, hastaneye tekrar yatışı, mortaliteyi ve morbiditeyi arttırmaktadır. Hastaneye tekrar yatış, ailesel ve mesleki problemlere neden olmakta, bunlarla ilişkili olarak hastanın hayat standardı düşmektedir. İlaç tedavisine uyumsuzluğun sebepleri arasında, bireyin hastalığa ilişkin iç görüşünün olmaması ya da yetersizliği, şizofrenik bireyin psikopatolojisi, ilaçlar kaynaklı gelişen, antikolinergik, endokrin ve nörolojik yan etkiler, toplumsal ve çevresel yardımın yetersizliği, ekonomik zorluklar ve tedavi konusunda yeterli bilgilendirme olmaması gösterilebilir (Üstünsoy-Çobanoğlu ve diğerleri, 2003).

Esas tedavi için kullanılan ilaçlar dopamin reseptör antagonisti olan klasik antipsikotiklerdir (haloperidol, klorpromazin gibi). Klasik antipsikotikler genellikle pozitif semptomlar üzerinde etki gösteren ilaçlardır. En fazla rastlanan yan etkileri akatizi, akut distoni, parkinsonizmdir. Ayrıca tardivdiskinezi ve malignnöroleptik sendrom ortaya çıkarabilirler. Fakat negatif semptomlarla ilgili etkileri azdır. Hastaların ortalama %30'unda bu ilaçlara karşı direnç ortaya çıkabilir. Son dönemlerde klasik antipsikotiklere cevap vermeyen veya ağır ekstrapramidal sistem yan etkileri sebebiyle bu ilaçları kullanamayan hastalarda serotonin-dopamin reseptör antagonistleri (SDA) (klozapin, sülpirid, risperidonvb) kullanılmaya başlanmıştır. Atipikantipsikotik olarak ifade edilen bu ilaçlar şizofreni iyileştirmelerinde yeni kapılar açmıştır (Özpoyraz ve Taman, 1998). Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçlar vasıtası ile psikozun kontrol edilmesiyle beraber depresif belirtiler de ortadan kaybolmaktadır. Bu nedenle bu durumlarda antidepresan kullanımı sınırlandırılmalıdır (Üçok, 2008).

Şizofreni tedavisinde bazı psiko-sosyal terapi yöntemlerine de başvurulmaktadır. Buradaki amaç şizofrenlerin yeterli olmayan hayatlarının sorunlarını en aza indirmek, bireysel gereksinimlerinin düzenlenmesini sağlamak, yeteneklerini iyileştirmek, stresi az olan bir ortam yaratmaktır (Yavuz, 2008). Yaygın olarak gerçekleştirilen psiko-sosyal terapi yöntemleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

1. Hastadan yapılması talep edilen davranışların ödüllendirildiği ve böylelikle dış dünyaya hazırlandığı davranış terapisi,
2. Sosyal becerilerinin geliştirilmesine ve iyileştirilmesine yoğunlaşan şizofrenik bireyin sosyal yalıtımını düşürerek gerçeği değerlendirme becerisini destekleyen grup terapileri,
3. Şizofreni hastası olan kişilerde tekrarlama düzeylerini azaltan, alt yapısını ailedeki yüksek duygu dışavurum düzeylerini azaltmadan alan aile terapisi,
4. Öğüt, eğindirim, eğitim, örnek alma, sınır koyma ve gerçeği değerlendirme gibi teknikleri kapsayan ve hastanın kaldırabildiği düzeyde içgörü kazandırılmasını amaçlayan destek terapisi (Özpoyraz ve Taman, 1998).

Şizofreni olan hastaların aileleri yaşadıkları bu zorlukları gidermede yardım alamazlar ise kendi sağlıkları riske girmekte böylelikle hastanın bakım kalitesi düşmektedir. Ruh sağlığı hizmeti verimsiz ve etkisizdir. Ailenin sunulan hizmete inancı ve güveni azalmaktadır. Neticede hasta yoğun kronik bir sürece girmekte ortaya çıkan problemlerle beraber tedavi zorlaşmaktadır (Akbulut, 2009).

1.1.2 Tutum Kavramı

Genel olarak davranış bilimlerinde değerlendirildiğinde tutum kavramı önemli bir yere sahiptir. Tutum, insanların herhangi bir olay veya duruma ilişkin geliştireceği muhtemel davranış şekli olması sebebiyle insanların sergiledikleri her davranışın temelinde tutumları yer almaktadır. Bu durum davranış bilimleri bağlamında tutum kavramının sıkça ilgi gösterilen bir konu olmasına yardımcı olmaktadır. Sosyal psikoloji dalında Murphy ve Newcomb'a göre gerçekleştirilen çalışmaların altında önemli düzeyde tutum olgusu vardır. Bilhassasosyal psikoloji dalında çalışan psikologların 1940'lardangünümüze tutum konusunda son derece fazla çalışma yaptıkları tespit edilmiştir (İnceoğlu, 2010).

Tutum konusuna ilişkin yapılan tanımlarda genel olarak sosyologların, psikologların ve hatta siyaset bilimcilerin bu konuyu kendi ilgi alanlarına göre değerlendirdikleri dikkati çekmektedir. Bu durum tutum kavramıyla alakalı tanımların sayısının artmasına ve farklılık kazanmasına zemin hazırlamıştır. Tutum kavramını psikoloji açısından değerlendiren Allport'a göre tutum "kişinin karşılaşacağı bütün nesnelere ilişkin göstereceği durum ve tepkiler üzerinde yön verici ve aktif bir güç yaratan ve denem bilgilerde organize olan, akılsal ve sinirsel bir faaliyette bulunmaya hazır bulunuşluk hali" olarak açıklamıştır. Kavramsal açıdan tutuma daha detaylı bir tanım kazandıran Katz'a göre "insanların çevrelerinde yer alan bir simgeyi, olayı veya nesneyi olumlu ya da olumsuz olarak inceleme eğilimi"dir. Katz'ın tanımında tutum kavramı insanların içinde yer aldıkları çevreye dair ortaya koydukları duruş ve tavır olarak dikkati çekmektedir. Sosyal ve psikolojik boyutu ağır basan bir tanım geliştiren Lambert'e göre tutum "insanların diğer insanlar, sosyal konular, gruplar ve herhangi bir çevresel olaya dair örgütlenmiş ve tutarlı düşünce, duygu ve tepki şekli" olarak ifade edilmiştir. Dobb ise tutumu "insanların içinde bulundukları toplumda önemli olarak değerlendirdikleri konulara yönelik ortaya koydukları potansiyel ve

motivasyonel (güdüsel) tepki” olarak açıklamıştır (İnceoğlu, 2010). Pehlivan’a (1994) göre tutumlar, bir takım objelere, durumlara, kurumlara, kapsama ya da diğer bireylere karşı öğrenilen eğilimlerdir. Tutumlar karşı çıkma ya da ondan yana olmayı kapsarlar.

1.1.2.1 Tutumların Oluşması ve Gelişmesi

Tutumların ortaya çıkmasında ve gelişiminde anne babaların tutumlarının da etkisi önemlidir. Çocuklar anne-babalarını örnek aldıklarında ortaya koydukları pozitif davranışlar ödüllendirilirse çocukların olumlu tutumlar edinmelerine katkı sağlanmaktadır. Ekonomik, dini ve siyasi konularda çocukların mevcut tutumlarının önemli oranda anne-baba yaklaşımlarına benzerliği tutumların oluşumunda aile faktörünün etkisine dikkat çekilmektedir (Karadağ, 2012). Faktörler genel olarak kişisel ve durumsal olarak sınıflandırılabilir. Kişisel faktörler, diğer tutumları, değerleri ve inançları, güduları ve bireyin sosyal ve bilişsel özelliklerini içerir. Durumsal faktörler ise diğer insanların etkisini, sosyal normlarını ve beklentilerini belirli bir ortamda olası alternatif davranışlarını kapsar (Rabkin, 1974). Tutumların oluşumu ve gelişimine etki eden diğer unsurlar Reich-Adcock, McGuire ve Lambert tarafından yapılan araştırmalar sonucu tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalara göre tutumların oluşumu ve gelişimini etkileyen faktörler şu şekildedir:

- Genetik etkenler,
- Fizyolojik etkenler (uyuşturucu alışkanlığı, olgunlaşma, hastalık, olgunlaşma vb.),
- Tutuma yönelik doğrudan tecrübeler,
- Karakter yapısı,
- Sosyalleşme evreleri,
- Grup üyeliği,
- Toplumsal sınıf özellikleri (Karadağ, 2012).

Gündelik hayatta çeşitli konu alanlarının yanında ifade edilen üç kavram; damgalama, tutum ve inanç sıralaması, insanlığın gelişimi süresince karşı karşıya kaldığı kavramlardır. Özellikle tutum ve inançların olumlu açıdan geliştiğinde, hayatta pozitif bir güç görevi yerine getirirken, olumsuzluğu halinde kişinin evine

kapanmasına yol açan geriletici bir güç fonksiyonu görmektedir (Çam ve Bilge, 2013).

1.1.2.2 Tutumun Öğeleri

Tutumlar davranışsal, zihinsel ve duygusal olarak üç faktörden meydana gelmektedir. Tutumları oluşturan bu unsurlar birbiri ile etkileşim durumunda olup, bu uyumla bireylerin ortaya koydukları duygu, düşünce ve davranışlar belirli bir uyum içerisinde hareket etmektedir (Özkan, 2011). Akıl hastalığına yönelik tutumların, bazıları otoriterlik gibi nispeten kalıcı kişilik özelliğidir. Diğerleri ise eğitimsel maruz kalma gibi daha erişilebilir boyutlarla ilgili olan birkaç bileşendir (Rabkin, 1974).

Yukarıda mevcut bilgilerden de çıkarılabileceği üzere tutumları oluşturan unsurlar arasında iç tutarlık mevcuttur. Bu olasılığa göre bireylerin herhangi bir konuya dair bildikleri (zihinsel öge), ona hangi duygularla yaklaşacaklarını (olumlu, olumsuz ya da çekimser) ve ona dair nasıl tavır takınacaklarını (davranışsal öge) belirlemektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde kişinin herhangi bir durum, nesne ya da kişiye yönelik gerçekleştirdiği zihinsel, duygusal ya da davranışsal yaklaşımlar tutumu meydana getirmektedir. Tutumu meydana getiren unsurlar kapsamında uyumluluk sağlanmadığı müddetçe tutumların gerçekleşmesi olanaksızdır. Dolayısıyla tutum olgusu tutumu meydana getiren unsurların örgütlenmesi ve koordineli şekilde çalışması halinde ortaya çıkan bir olgu olarak nitelendirilmektedir (İnceoğlu, 2010). Tutumu oluşturan öğelerin temel özellikleri aşağıda açıklanmıştır.

Zihinsel öge: Kişinin karşılaştığı bir durum veya kavramı algılama süreci zihinsel öge olarak açıklanmaktadır (Karadağ, 2012). Bu kapsamda tutumun konusunu oluşturan her türlü unsur (durum, kişi, olgu, nesne, olay) zihinsel ögenin bir bölümünü ifade etmektedir. Zihinsel öge bireyin düşünme süreçleri ile bağlantılı olup, zihinsel veya düşünsel işlevlerin sistematik olarak çalışmasına imkân sağlamaktadır. Zihinsel öge bir yandan kişinin değişik durumlarda, nesnelerle veya bireylerle alakalı algılarını etkilemekle beraber, öte yandan kişinin farklı uyaranlara yönelik farklı tepkiler vermelerine yardımcı olmaktadır (İnceoğlu, 2010). Tutumun zihinsel bileşenini oluşturan inançlar yavaş olmasını yanı sıra yeni bilgi ve

tecrübelerle değişiklik gösterebilmektedir (Tarım, 2017). Bir insanın herhangi bir konuya ilişkin tutumunun zihinsel bileşeni olan inançlarının tespit edilip, bu alana ilişkin ihtiyaç duyulan girişimlerde bulunulması o konuyla ilgili yaklaşımını etkileyecek dolaylı bir sonuç olarak da davranışları gelişebilecektir (Bilge, 2006).

Duygusal öge: İnsanlarda karşılaştırılan durum ya da olaylar karşısında gelişen duygular tutumun duygusal unsurunu meydana getirmektedir (Karadağ, 2012). Bu bağlamda tutumun duygusal ögesi kişilerin mevcut değer algıları ile yakından alakalıdır. Kişinin bir durum, olay, nesne ya da bireye yönelik ortaya koyacağı duygusal tepkiler mevcut değer yargıları ile ilişkilidir. Ayrıca duygusal öge ile davranışsal öge arasında anlamlı bir ilişki vardır. Ancak burada davranışsal öge genel olarak duygusal ögenin bir sonucu şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda ortaya koyulan tutum duygusal faktörün somutluk kazanması durumunu yaratmaktadır. Davranışsal öge gerçekleşmediği sürece kişinin mevcut tutumu sadece duygusal öge olarak kalmaktadır. Dolayısıyla duygusal öge ile davranışsal öge arasında neden-sonuç ilişkisi olduğunu söylemek mümkündür (İnceoğlu, 2010).

Davranışsal öge: Kişilerin mevcut tutumlarının boyutu ve yönü ne olursa olsun sahip olunan tutumlar insanların davranışlarını etkilemektedir. Bu açıdan insanların nesne, olay, kişi ya da olgulara dair ortaya koydukları tutumların dışarıdan gözlenmesi mümkündür (İnceoğlu, 2010). Bu kapsamda tutum unsurları bağlamında sadece davranışsal öge dışarıdan gözlemlenebilmektedir. İnsanlar herhangi bir nesneye yönelik algılarını duygularına, inanç ve değer yargılarına dayanarak geliştirmektedirler. Bu nesneye ilişkin geliştirilen tepkiler belirli seviyede kalmaktadır. Bireylerin nesnelere ilişkin gösterecekleri tepkiler gelecekle alakalı bir karar niteliği taşımakla beraber, gösterilen tepkiler kişinin yaklaşma ya da uzaklaşma eylemlerini etkilemektedir. Bu durumun altında tutumların duygulara yönelik organizasyon üzerine kurulmuş olması yer almaktadır (Üresin, 2013).

1.1.2.3 Tutum ve Davranış İlişkisi

Bireylerin ortaya koydukları davranışlar mevcut tutumların etkisiyle meydana gelmektedir. Dolayısıyla tutumun davranışsal unsurundan bahsederken davranışları iki ayrı şekilde değerlendirmek doğru olacaktır. Bunlar; normatif ve duygusal

davranışlardır. Duygusal davranışlar belli bir uyarana ilişkin ortaya koyulan olumlu ya da olumsuz davranışlardan oluşmaktadır. Normatif davranışlar ise doğru olan tutumun ne olduğuna dair inançlarla ilişkili olarak şekil almaktadır. Farklı bir ifadeyle tutum üzerine kurulmayan normatif davranışlar, çoğunlukla akıl ya da mantık üzerinden geliştirilen davranışlardan ortaya çıkmaktadır (İnceoğlu 2010: 26). İnsanların sahip oldukları tutumlar sergileyecekleri davranışlar üzerinde ciddi bir belirleyici olduğu için tutum konusundaki araştırmalar hala güncelliğini korumaktadır (Güllü ve Güçlü, 2009: 2009).

1.1.2.4 Ruhsal Hastalıklara Karşı İnanç ve Tutumlar

Ruh sağlığı konusunda ciddi şekilde sorun olan bireyler toplumda çoğu zaman farklılıklarını konuşma ve eylemleri ile gösterirken, bu durumları toplumda bu bireylerle alakalı bir takım tutumların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. İçinde yer aldığı toplumun bireylerin psikiyatri hastalarına karşı tutumları olumsuz olabilmektedir (Arkan ve diğerleri, 2011; Özyiğit, 2004; Işık ve diğerleri, 2019). Akıl hastaları yıllardır toplumda hemen hemen tüm diğer hasta gruplarından daha fazla hoşnutsuzluk ve daha az sempati ile karşılanmıştır ve aslında onların bu durumları kısmen halkın reddetme ve kaçınma tutumlarına atfedilebilir (Rabkin, 1974). Literatürde yer alan araştırmalarda da şizofreni gibi ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumların olumsuz olduğu belirtilmektedir (Arslantaş ve diğerleri, 2010). Sağduyu ve diğerlerine (2013) göre, şizofrenide hastalığın nedenlerine dair inançlar, belirli tedavi metoduna olan yaklaşımı da etkilemektedir. Çoğunluğunun belli bir hastalığın gelişmesinde psiko-sosyal modeli benimsemesi, psikoterapiye olan ilgiyi arttırırken, farmakolojik tedavi tekniklerinden uzak durulmasına yol açabilmektedir.

Yukarıda yer alan bilgilerden de anlaşılacağı gibi ruhsal hastalıklar grubunda yer alan şizofreni hastalarına yönelik olarak da toplumun sahip olduğu bazı olumsuz tutum ve inançlar bulunmaktadır. Söz konusu olumsuz tutum ve inançlar aşağıda açıklanmıştır.

Damgalama: Akıl hastalığı damgalaması, genel olarak etnik ve cinsiyet için tedavi sürecinde ve sağlık hizmeti kullanımında önemli bir engeldir (Link ve diğerleri, 2020). Toplumsal yapı içerisinde birçok hasta türü damgalamaya maruz kalmakta

olup (Bostancı, 2004), şizofreni hastaları da sıklıkla damgalamaya maruz kalan bireyler arasında yer almaktadır (Switaj ve diğerleri, 2009). Hatta şizofreni hastaları aile bireyleri tarafından da damgalamaya maruz kalabilmektedir (Gonzalez-Torres ve diğerleri, 2007). Genel olarak bireyler tarafından ifade edilen veya uygulanan akıl hastalığıyla ilgili damgalama toplumun akıl hastalığı olan bireylere karşı, konut, eğitim ve istihdam dahil olmak üzere kişinin yaşamının çeşitli alanlarında düşmanca tutumlarına ve ayrımcılık eylemlerine etki edebilir (Link ve diğerleri, 2018). Genellikle ruhsal rahatsızlığı bulunanlara ilişkin, özellikle de şizofreni hastalarına ilişkin olumsuz davranışlar ve damgalama, hastalıkların erken teşhisi veya erken dönemde tedaviye başlanmasını, hastaların tedavi için doktora başvurma konusundaki kararlılığını, hastanın önerilen tedaviyi uygulayıp uygulamamasını, rehabilitasyon hizmetlerine katılıp katılmamasını, yatarak tedaviyi kabul edip etmemesini ve eski fonksiyonelliğine dönebilmesini direkt ya da dolaylı şekilde olumsuzla açıdan etkileyebilmektedir (Aker, 2008). Damgalama, akıl hastalığı olan bireyleri birçok önemli yaşam koşuluyla ilgili olarak dezavantajlı duruma getirmektedir. Bu durum iyileşmeyi, istihdamı, geliri, sosyal ağ bağlarını, yaşam kalitesini, özsaygıyı, depresif belirtileri ve tıbbi ve akıl sağlığı hizmetlerine erişimi ve bu hizmetlerin kalitesini engellemektedir (Link ve diğerleri, 2020). Akıl hastalığı olan bireylerde kendini damgalamanın aşağı yönlü etkileri, azalan benlik saygısı, düşük öz yeterlik, sosyal etkileşimlerden kaçınma ve artan izolasyonu içerir (Link ve diğerleri, 2018). Bu durum, zaten hastalık yükü ağır olan şizofreni gibi hastalıkların sosyal yükünü gerek sosyal gerekse ekonomik açıdan daha da arttırabilmektedir (Aker, 2008).

Damgalama ile bireysel ve toplumsal olgular arasındaki ilişkileri ele alan birçok araştırma yapılmış ve farklı tezler ortaya atılmıştır. Bireyin, içine doğduğu dünyayı ve sosyal hayatı algılama gayreti içinde geçirdiği düşünce evreleri elbette bireyin kendisine ilişkin sorduğu soruları ve vardığı sonuçları çeşitlendirmiştir. Damgalamaya yönelik araştırmaların gerçekleştirildiği ilk yıllarda, ruhsal sorunların daha çok doğaüstü süreçlerle ilişkilendirildiği ortaya atılırken, uzun süredir insanlar damgalamanın gerek bireysel gerekse toplumsal düzeylerinin karşılıklı birbirini besleyen faktörler olduğunu düşünmektedirler (Gedik, 2015). Damgalama üzerine verimli araştırmaların önemli bir kısmına, insanların kategorileri nasıl inşa ettiklerini

anlamak ve bu kategorileri kalıplaşmış inançlarla ilişkilendirmek için sosyal bilişsel yaklaşımın içgörülerini kullanan sosyal psikologlar da katkıda bulunmuştur (Link ve diğerleri, 2001). Akıl hastalığı damgalamasını incelemek için kesişimsel bir çerçeve kullanmak, araştırmacıların akıl hastalığı görüşlerinin bireyin sosyal kimliğine göre nasıl değişebileceğini daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir (Link ve diğerleri, 2020). Bu zorluğun üstesinden gelmek için “antistigma” kampanyaları gerçekleştirilmektedir. Fakat tedavi başvurularının gerçekleştirileceği yerlere ilişkin önemli bilgi eksiklikleri mevcuttur. Yeteri kadar tedavi başvurusunun sağlandığı varsayıldığında bile, tedavi kurumlarında iş görenlerin tutumlarının ne olacağı akıllarda soru işareti olarak kalmaktadır. Bu yerlerde çalışan bireyler doktor dahi olsalar, içinde yer aldıkları toplumun bir unsurunu simgelemekte ve etiketleme, önyargı veya tutum eğilimleri de kendi kültürlerinin niteliklerini kapsayabilmektedir. Bu bilgiler ışığında özellikle tedavi kurumlarında çalışan doktorların şizofreniye bakışları özel bir öneme sahiptir (Aker ve diğerleri, 2002).

Etiketleme: Kimi durumlarda karşılaşılan veya algılanan bir davranış damgalamanın başlangıcı olabileceği gibi kimi zaman dayalınızca ruhsal hastalık veya şizofreni etiketi (label) damgalamaya zemin hazırlayabilir. Bu bireylerin iş bulmaları ya da iş hayatları, bireysel ilişkileri ve okul hayatları bu etiket sebebiyle olumsuz açıdan etkilenir (Aker, 2008).

Ayrımcılık: Ruhsal hastalığı olan bireylerin eğitimsel ve kamusal yaşama dahil olmaları ile alakalı pek çok konuda ayrımcılık sorunu vardır. Ruhsal hastalığa sahip bireylerle alakalı önyargılar onların iş hayatına dahil olmasına da engel olmaktadır. İnsanlık tarihi ilerlemesine rağmen ayrımcılık probleminin giderek daha da arttığı ifade edilmektedir (Melas, 2017).

Sosyal mesafe: Etiketlenen ve ardından damgalanan kişiler bunu takip eden süreçte ayrımcılığa uğrarlar ve toplumsal bakımdan reddedilirler. Kültüre bağlı olarak şiddeti değişmekle beraber her toplumda ruhsal hastalığı bulunanların toplumsal bakımdan reddedildiği ve insanların özellikle “ego içeren” ortamlarda bu bireylerden uzak kalma yaklaşımı içinde olduğu artık bilinen bir gerçektir. Bunun yanı sıra hastaların toplumsal açıdan reddedilmeleri veya dışlanmaları bir takım değişkenlerin etkisinde kalmaktadır (Aker, 2008).

1.1.2.5 Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve İnançları Etkileyen Faktörler

Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlarını etkileyen bazı sosyo-demografik değişkenler vardır. Literatürde yer alan araştırma sonuçları da sahip olunan demografik özelliklerin ruh hastalıklarına yönelik tutum ve inançlar üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançları etkileyen demografik değişkenler aşağıda açıklanmıştır.

Yaş: Yaş unsuru toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını etkileyen demografik etkenlerin ilk sırasında yer almaktadır. Alan yazında mevcut çalışmalarda genellikle genç bireylerin ruhsal hastalıklara ilişkin yaklaşımlarının yetişkin bireylere kıyasla daha pozitif olduğu rapor edilmiştir (Jorm ve diğerleri, 1997). Yapılan bazı çalışmalarda ise yaşlı bireylerin ruh hastalığı bulunan bireyleri tehlikeli gördükleri, ruh hastası bireyleri etiketleme eğilimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Shibre ve diğerleri, 2001). Buna karşılık yaş unsurunun ruh hastalıklarına yönelik tutum ve inançlar üzerindeki etkilerinin ele alındığı bazı çalışmalarda ruh hastalıklarına yönelik tutumların yaş artışına paralel olarak daha olumlu hale geldiğini tespit eden araştırma bulguları da bulunmaktadır. Sınırlı sayıda araştırmada ise insanların ruh hastalıklarına yönelik tutumlarının yaş gruplarına bağlı olarak anlamlı farklılık sergilemediği rapor edilmiştir (Al Adawi ve diğerleri, 2002).

Sonuçta; yaşın etkisi araştırmanın gerçekleştirildiği örneklem, çalışma tasarımı ve kullanılan istatistiksel analize göre farklılık sergilemektedir. Yaş faktörünün, tutumların oluşmasında yalnız başına etkili olmadığı, bu konuda kesin bir yargıya varmanın güç olduğu ifade edilebilir (Aker, 2008).

Cinsiyet: Ruhsal hastalıklara karşı tutumları etkileyen demografik değişkenler arasında cinsiyet önemli bir yere sahiptir. Literatürde yer alan bazı çalışmalarda kadınların erkeklere kıyasla ruhsal problemlere ilişkin yaklaşımlarının daha olumlu olduğu rapor edilmiştir (Jorm ve diğerleri, 1997). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere kıyasla ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu, erkeklerin daha hoşgörüsüz ve sosyal açıdan kısıtlayıcı olduğu ifade edilmektedir. Kadınların ruhsal hastalığı olanlara kıyasla daha esnek, hoşgörülü ve insancıl baktığı, damgalama eğilimlerinin erkeklere kıyasla daha düşük olduğu belirtilmektedir (Angermayer ve Matschinger, 2003).

Neticede; bireyin tutumlara etkisi noktasında tam bir fikir birliği olmasa da kadınların erkeklere kıyasla tutumlarının daha olumlu olabildiği yargısı daha güçlü gibi durmaktadır (Aker, 2008).

Eğitim düzeyi: İnsanların eğitim düzeyleri ruhsal hastalıklara bakış açılarını etkileyen değişkenler arasında yer almakta olup, literatürde yer alan araştırma sonuçları da insanların eğitim durumlarına göre ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının farklı olduğunu göstermektedir (Angermayer ve Matschinger, 2003).

Meslek grubu: Alan yazında mevcut araştırmalarda genellikle üst düzey meslek gruplarındaki kişilerin şizofreniye yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu rapor edilmiştir. Buna karşın her ne kadar üst düzey meslek dallarında tutumların daha pozitif olduğu ifade edilmekte ise de bu farkın meslekten mi, eğitim seviyesinden mi yoksa meslek dalları arasındaki muhtemel demografik farklardan mı kaynaklandığını ifade etmek pek de mümkün görülmemektedir (Aker, 2008).

Yerleşim yeri: Kentsel bölgelerle karşılaştırıldığında kırsal alanda daha belirgin olmak üzere ruhsal hastalığı olan bireyleri cezalandırma eğilimleri vardır. Bu noktada hastaların saldırgan algılanmaları önemli etkiye sahiptir. Damgalama ve damgalanma (stigmatisation) kırsal bölge ve eğitimsiz gruplarda daha fazladır. Sağaltım bakımından da özellikle kırsal bölgede yanlış bilgi ve inançlar oldukça fazladır (Taşkın ve Özmen, 2004). Bunun yanında yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarına yönelik tutum ve inançların ülkeler arasında da bazı farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir (Furnham ve Chan, 2004). Batı ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye’de psikotik hastalara yönelik geleneksel bir hoşgörü olduğu ifade edilmektedir (Aker, 2008).

Yukarıda yer alan bilgiler değerlendirildiği zaman bazı sosyo-demografik unsurların şizofreni ve diğer ruh hastalıklarına yönelik tutum ve inançlar üzerinde belirleyici olduğu görülmektedir. Ancak dikkate alınması gereken durum bu araştırmaların önemli bir bölümünün birbirleri ile çelişen sonuçlar göstermesidir. Sosyo-demografik unsurların tutumlar konusunda etkisi tek tek değerlendirildiğinde sonuçlar şaşırtıcı ve yanıltıcı olabilir. Burada dikkat edilmesi gereken ruhsal hastalıklara ilişkin tutumların tek bir sosyo-demografik faktörle ifade edilemeyecek kadar karmaşık

olduğu ve bireyin evrimsel gelişimi ile yakından alakalı olduğu gerçeğidir (Aker, 2008).

1.1.3 Şizofreni Hakkındaki Mitler

Mitler, deneysel ve bilimsel ispatlar kocakarı masalları üzerine oturtulmuş efsanelerdir. Şizofreni ile alakalı mitler, söz konusu bozukluğu anlaşılması ve algılanmasının yanında, erken müdahale ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilecek sonuçlar yaratabilmektedir (Sungur, 2000). Literatürde yer alan çalışmalarda şizofreni hakkında yedi temel mit olduğu görülmektedir. Söz konusu mitler ve gerçekler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

1. Mit: Psikiyatrik rahatsızlıklar bir kalp hastalığı veya diyabet problemi gibi gerçek bir tıbbi hastalık olarak değerlendirilmezler. Ruhsal bir rahatsızlığı bulunan kişiler, kısacası “kaçıklardır”.

Gerçek: Tıpkı kalp rahatsızlıkları veya diyabette olduğu üzere beyin hastalıkları da meşru ve gerçekliği bulunan tıbbi rahatsızlıklardır. Yapılan pek çok bilimsel çalışma psikiyatrik sorunların biyolojik ve genetik sebepleri olduğunu ortaya koymuştur. Aynı şekilde günümüzde elde edilen bilgi birikimi bu hastalıkları önemli düzeyde tedavi edebilir seviyeye ulaşmıştır.

2. Mit: Şizofreni gibi önemli ruhsal hastalığı bulunan bireyler saldırgan ve tehlikeli bir yapıya sahiplerdir.

Gerçek: Bilimsel veriler, psikiyatrik rahatsızlığı bulunan bireylerin şiddet davranışı sergileme ihtimallerinin toplumun büyük bir çoğunluğuna göre daha fazla olmadığını ispatlamıştır. Şizofreni hastaları saldırgan olmaktan çok dehşete düşmüş, sarsılmış ve acı çeken yapıda bireylerdir.

3. Mit: Ruhsal hastalıklar yanlış yetiştirme (kötü anne-babalığa) dolayısıyla ortaya çıkar.

Gerçek: Psikiyatrik problemlerin genetik açıdan uygun olan bireylerin, uygunluğu bulunan bireylerin belirli çevresel faktörlere maruz kalması neticesinde geliştiği

ispatlanmıştır. Bipolar bozukluk ve şizofreni gibi önemli psikiyatrik hastalıklarda ise çevresel koşulların rolü ancak ikincil seviyededir.

4. Mit: Depresyon kişisel hatalar ve kişilik zayıflığı dolayısıyla gelişir. Depresyon ve moral bozukluğu yeteri karar gayret gösterilmesi halinde bireyin kendisinin yenebileceği bir durumdur.

Gerçek: Depresyonda bireyin beyin kimyası ve fonksiyonlarında ciddi aksaklıklar olduğu pek çok kez ispatlanmış bir olgudur. Hastaların büyük bir bölümü hastalandıklarında başarılı bir yaşam sürdürmekte olan kişilerdir. Toplumun geri kalanına göre daha başarısız, yetersiz ve zayıf olmadıkları bilinmektedir. Yine depresyon süreci, psikoterapiler ve ilaçlarla önemli düzeyde tedavi edilebilmektedir.

5. Mit: Şizofreni bölünmüş/çoğul kişilik olarak nitelendirilen bir durumdur.

Gerçek: Şizofreni probleminin bölünmüş kişilik bozukluğu ile hiçbir şekilde bağlantısı yoktur. Şizofreni esasında yüz binlerce kişiyi etkileyerek, bireylerde doğru tutum ve düşünme becerisini ciddi düzeyde sarsan bir beyin hastalığıdır. Ülkemizde 600 binden fazla şizofreni hastasının mevcut olduğu tahmin edilmektedir. Bu hastaların önemli bir kısmı bakımevleri veya akıl hastanelerinde değil her birey gibi ev ortamında diğer aile üyeleri ile beraber yaşamlarını sürdürmektedir. Şizofreni hastalarının önemli bir bölümü ise tedavi ile meslek yaşamlarını sürdürebilmekte, verimli bir hayat yaşamaktadırlar.

6. Mit: Şizofreni hastalarının normale dönmeleri kesinlikle mümkün değildir.

Gerçek: Şizofreni probleminin önemli ve yıkıcı bir psikiyatrik hastalık olduğu gerçektir. Ayrıca hastaların %20'sinin tedavi ile tümüyle ya da buna yakın bir düzeyde hastalık semptomlarından kurtulabilecekleri ve verimli bir yaşam sürebilecek seviyeye gelebilecekleri unutulmamalıdır. Hastaların neredeyse %60-70'inde ise düzelme orta seviyededir. Bu grupta hastalık dolayısıyla pek çok semptom tedaviyle düzelmekte, ancak kimi semptomların mevcut tedavilerle tümüyle ortadan kaldırılması olanaksızdır. Hastaların yalnızca %10 ile 15'inde

tedaviler önemli düzeyde yetersiz hale gelmekte, semptomlar tedaviye ya hiç yanıt vermemekte ya da kısmen yanıt vermektedir.

7. Mit: Şizofreni bir kişilik zaafıdır.

Gerçek: Şizofreni bireyin seçimleri, geçmişte gerçekleştirdikleri ve kişilik yapısından tümüyle bağımsız olarak gelişen bir beyin problemidir. Şizofreni hastalarının yeteri kadar gayret gösterdikleri takdirde iyileşebileceklerini öne sürmek, epilepsi hastalarının düşünce gücüyle nöbetlerini durdurabileceklerini veya böbrek hastalarının spor yaparak böbrek hastalığını yenebileceklerini öne sürmekten farklı değildir (Arıkan, 2020; Sungur, 2000).

Şizofreni konusundaki mitlerin temelinde Furnham tarafından öne sürülen (Sokaktaki İnsan Kuramı) yatmaktadır. “Sokaktaki İnsan Kuramları” olarak bilinen bu görüşe göre her insanın herhangi bir konuda kendi sahip olduğu kuram/görüş bulunmaktadır. Ancak her bireyin belli bir konudaki görüşü bilimsel gerçeklere dayanmadığı için ön yargıların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Yençeri ve Dönmez, 2008). Sokaktaki İnsanın Kuramı göre insanlar kafalarında herhangi bir konuda yer alan düşüncelerini hipotezler kurarak sınama yoluna gitmezler. Bu yönüyle Sokaktaki İnsanın Kuramı insanların belirli konulardaki düşünceleri ile bilimsel bakış arası arasında farklılık olduğunu öne sürmektedir. Çünkü bilimsel bilgiye ulaşma sürecinde hipotezleri sınama işlemi gerçekleştirilirken, sokaktaki insanların kendi kafalarındaki görüşleri sınama gibi bir düşünceleri bulunmamaktadır (Çırakoğlu ve Işın, 2005).

Sokaktaki İnsanın Kuramı, insanların bilimsel temele sahip olmayan düşünceler nedeniyle bazı konularda ön yargılı olduklarını açıklamaya çalışırken, insanların genellikle hastalıklar konusunda ön yargılı olduklarını açıklamıştır. Bu konuda yapılan çalışmalarda şizofreni konusundaki mitler ve insanların kafasındaki ön yargılar sıklıkla ele alınmıştır (Furnham ve Rees, 1988; Furnham ve Chan, 2004; Furnham ve Bower, 1992). Bu konuda yapılan çalışmalarda obsesif kompulsif bozukluk ve majör depresyon gibi hastalıklarda da Sokaktaki İnsanın Kuramı baz alınarak insanların hastalıklar hakkındaki görüşlerinin ele alındığı görülmektedir (Kim ve Ahn, 2002). Ayrıca madde bağımlılığı ve alkolizm gibi konularda da

Sokaktaki İnsanın Kuramı'na göre insanların ne tür ön yargılara sahip olduğunu sıklıkla incelendiği göze çarpmaktadır (Lang, 3015; Furnham ve Lowick, 1984).

Literatürde yer alan bilgiler değerlendirildiği zaman insanların herhangi bir sağlık sorununda bilimsel gerçeği yansıtmayan düşüncelere sahip oldukları, Sokaktaki İnsanın Kuramı'na göre de bilimsel geçerliliğe sahip olmayan düşüncelerin hastalıklara ilişkin ön yargıları da beraberinde getirdiği görülmektedir. Hastalıklara karşı önyargıların olması hastaların tedaviye yönlendirilmesini engellemekte, özellikle hasta yakınlarının korkularından dolayı hastalar sağlıklı bir tedavi sürecine alınmamaktadır. Bu noktada insanların özellikle psikiyatrik hastalıklar hakkındaki önyargılarını en aza indirmek için bu alanda yapılacak bilimsel çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Buna karşılık toplumumuzda şizofreni konusunda insanların tutum, düşünce ve önyargılarının ele alındığı çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu kapsamda yapılan bu çalışmada üniversite öğrencilerinin şizofreni hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.1.4 Şizofreni Hastalarına Yönelik Tutum Üzerine Yapılan Araştırmalar

Tarım (2017) tarafından yapılan araştırmada sağlık alanında eğitim alan yüksek öğrenim düzeyi öğrencilerin ruhsal hastalığa ilişkin inançlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi'nde 2016-2017 eğitim öğretim senesinde öğrenim gören 560 öğrenci dâhil edilmiştir. Araştırma sonunda öğrencilerin ruhsal olarak hasta olan bireyleri tehlikeli olarak gördüğü ve ruhsal hastalığa sahip bireylerin kişiler arası ilişkide engelleme, çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalara karşı olumsuz inançlar içinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca aile bireyleri ya da yakınlarında şizofreni veya ruhsal bir hastalığa sahip olmayan bireylerin bu hasta olan bireyleri tehlikeli olarak gördükleri sonucuna ulaşılmıştır.

Melas (2017) tarafından yapılan araştırmada Fatih Sultan Mehmet Vakfı Üniversitesi Psikoloji Bölümü ile başka bölüm öğrencileri arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmaya Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi Vakıf üniversitesinde okumakta olan Psikoloji bölümü ve diğer bölümlerde okuyan 102 gönüllü öğrenci dâhil edilmiştir. Araştırma sonunda psikoloji gurubu içerisinde olan öğrencilerin şizofreni hastalığına karşı tutum ve

davranışlarının bilinçli ve yerinde olduğu, onların bu hastalığa karşı inanç yapılarında hastalığın teşhisi ve tedavi yöntemler açısından olması gereken uygulamaların yerinde olduğu diğer grupta da olan öğrencilerin ise hastalığa karşı yeterince bilgisinin olmadığı ve bilgisi olanlarında şizofreni hastalarına karşı inanç ve tutumlarında olması gereken davranışların dışında tutumlar sergilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca her iki gurubunda şizofreni hastalığına karşı şizofreni hikâyesi olgusunda anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir.

Öztürk ve diğerleri (2015) tarafından yapılan araştırmada Kastamonu Üniversitesi'nde eğitim alan hemşirelik bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançları ve psikiyatri hemşireliği dersinin etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Kastamonu Üniversitesi Hemşirelik bölümde öğrenim gören ve psikiyatri teori ve uygulama eğitimi alan ve psikiyatri uygulama ve teori eğitimi almayan toplam 155 öğrenci dâhil edilmiştir. Araştırma sonunda daha önce psikiyatrist ve/veya psikologdan destek görmemiş öğrencilerin destek gören öğrencilere istinaden şizofreni ve ruhsal hastalıklara karşı daha çok olumsuz inanç ve tutumlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Psikiyatri dersi ve uygulaması alan öğrenciler ve bu etkinliğe dâhil olmayan öğrenciler arasında ruhsal hastalıklara ilişkin inançlar açısından anlamlı bir farkın olmadığı genel olarak olumsuz bir inanç yapısına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Büyüksandık ve Özşen (2013) tarafından yapılan araştırmada şizofrenik bireylerin yakınlarının şizofreni konusunda destek arama davranışları, inançları ve bilgilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 2011 yılının Şubat-Temmuz ayları arasında şizofreni tanısı ile tedavi gören hastaların yakınları arasından 200 şizofreni hasta yakını dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılan şizofreni hasta yakınlarının üçte birinin hastalığın adını şizofreni olduğunu, yarısından fazlasının şizofreni hastalığının belirtileri hakkında doğru bilgiye sahip olduğu ve bu hastaların saldırgan ve tehlikeli olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hastalığın aile içi bazı sorunlar, beyinde yaşanan bazı kimyasal değişikliklerin, doğaüstü varlıkların bu hastalığa sebep olduğu, hasta yakınlarının yarısından fazlasının hastalığın tedavisi için hocaya okutmanın ve

türbeye gitmek ile hastalığın tedavi edilmeyeceği, ilaçla ve psikoterapi desteği ile hastanın düzeleceği ve normal hayatına döneceği tespit edilmiştir.

Demir (2013) tarafından yapılan araştırmada psiko eğitimin özel bakım evlerinde çalışan personellerin şizofreniye yönelik inanç, bilgi, tutum ve yaklaşımlarına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Ağrı il merkezinde bulunan Özel Şafak Bakım ve Özel Serhat Bakım ve Özel Serhat Bakım Merkezinde görev yapan ve gönüllü olarak araştırmayı kabul eden ön test ve son test gurubu olarak 68 bakım elemanı kabul edilmiştir. Araştırma sonunda araştırmaya katılan bakım elemanlarının psiko eğitim öncesi ruhsal hastalıklara karşı inançlarında olumsuz olduğu, ruhsal hastalıkların tehlikeli olduğunu ve bireylerin arasındaki ilişkilerin bozulacağı ve çaresizlik hissine kapılacakları inancının yüksek olduğu ve utanma inancının düşük olduğu tespit edilmiştir. Psiko eğitim sonrasında bakım elemanlarının ruhsal hastalıklara karşı çaresizlik, kişiler etkili iletişim düzeyi ve utanma inancının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca psiko eğitim sonunda çalışanların şizofreni hastalığına karşı tutum ve yaklaşımları pozitif yönde değiştiği tespit edilmiştir.

Obam (2010) tarafından yapılan araştırmada ortaöğrenim düzeyi öğrencilerde şizofreni konusunda bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya İstanbul ili Şişli İlçesi Milli Eğitim Müdürlüğü bünyesinde Nişantaşı Nuri Akın Anadolu Lisesi'nde okuyan 14-19 yaş aralığında olan deney gurubu 30 öğrenci, kontrol gurubu 30 öğrenci olmak üzere 60 öğrenci dâhil edilmiştir. Araştırma sonunda öğrencilere uygulanan eğitim programı neticesinde deney grubu öğrencilerinde şizofreni hastalığı tutumlarının boyutlarından olan çaresizlik, kişiler arası ilişkilerin bozulması ve utanma tutumlarında olumlu ve anlamlı yönde bir azalmanın olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ergenlik döneminde olan bireylerin de eğitim uygulamaları sonunda şizofreni hastalarına karşı tutumlarının eğitim almayan bireylere istinaden daha olumlu ve anlamlı olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Akbulut (2009) tarafından yapılan çalışmada şizofren hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin tutumları ve hastanın bakımında yaşadıkları zorlukların incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim

Dalı'nda yatırılarak veya ayakta tedavi gören şizofreni hastalarının yakınlarından 73 hasta yakını dâhil edilmiştir. Araştırma sonunda hasta yakınlarının yaş ortalamasının 41-42 yaş arasında olduğu ve bu hasta yakınlarının cinsiyet ve bakım verme arasında rakamsal olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hastalara bakım yapan bireylerin en çok hastaların annelerinin olduğu ve bakımı en çok kadınların görev edindiği bunun yanında hasta yakınlarının cinsiyet, yaş, çalışma ve eğitim düzeyleri ile şizofreniye karşı sosyal mesafe, tanıma ve etimoloji puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır.

Duman ve diğerleri (2019) tarafından yapılan araştırmada ruhsal hastalıklara karşı tutumların tıp eğitimi etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Ankara üniversitesi Tıp fakültesinde öğrenim gören 64 dönem 1 ve 64 dönem 6 öğrencisi dâhil edilmiştir. Araştırma sonunda öğrencilere verilen tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara karşı davranışlarında pozitif yönde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca aile bireylerinde veya akrabalarında ruhsal hastalığı olan 6 dönem öğrencilerinin genel olarak, çaresizlik ve tehlike alt ölçeklerinde dönem 1 öğrencilerine istinaden daha olumlu ve anlamlı bir davranış sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır.

İkioşık (2008:) tarafından yapılan çalışmada niteliksel bir çalışma içinde tıp fakültesi öğrencilerinde şizofreniye yönelik damgalamanın değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf ve altıncı sınıf öğrencileri arasından 62 öğrenci dâhil edilmiştir. Araştırma sonunda öncelikle okula yeni başlayan birinci sınıf öğrencilerinde şizofreni hastalığının ne olduğu hakkında ön bilgilerinin olduğu fakat yaşantılarından karşılaştıkları vakalar ve çevresinde şizofreni ile ilgili yaşanan olayları dinlemeleri sebebiyle bu hastalığın tanımında akıl sağlığı ve ruh sağlığı ifadelerini kullanmakla birlikte onların hastalığa travmatik olaylar ve şizofreni hastalarının etrafına zarar verebileceği korkusu olduğunu tespit edilmiş ve tedavi de ilaçlardan çok terapi yolunun kullanılmasının doğru olduğu ifade edilmiştir. Fakat altıncı sınıfların bu hastalığa karşı tutumlarının genellikle şizofreni etimolojisinin genetik, organik nedenler olduğuna ve terapi yönteminden çok ilaç ile tedavi edilebileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Özyiğit (2004) tarafından yapılan araştırmada sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencileri ve çalışan hemşirelerin şizofreniye ilişkin tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünde okuyan öğrencilerden 84 öğrenci ve Gaziantep Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 103 hemşire toplamda 187 birey dâhil edilmiştir. Araştırma sonunda bireylerin şizofreni hastalarına karşı sosyal mesafe ve sosyal reddedilme konusunda, genel olarak olumsuz tutum içinde oldukları ve araştırmaya katılan bireylerin şizofreni hastası olan bir birey ile yakınlık kurma konusunda isteksiz ve hasta ile belli bir mesafe koymaya dikkat ettiği, kişisel yakınlık gerektiren durumlarda ise en çok reddetme tutumu sergiledikleri tespit edilmiştir.

Sağduyu ve diğerleri (2003) tarafından yapılan araştırmada şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye karşı tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya İstanbul, İzmir ve Adana illerinde 2002 yılı Mayıs-Eylül ayları içinde psikiyatri polikliniklerine başvuran 98 hasta yakını dâhil edilmiştir. Araştırma sonunda şizofreni hasta yakınlarının bu hastalığın ne olduğunun farkında olduğu, şizofreni terimi ile yeterli bilgiye sahip olmadığı, şizofreni hastalarına karşı bile hasta yakınlarının sosyal mesafe ve inanç tutumlarının olumsuz olduğu ve hasta yakınlarının yarısından fazlasının bu hastaların saldırgan olduğu ve kendi hayatları için sağlıklı kararlar veremeyecekleri düşüncesinde olduğu tespit edilmiştir.

BÖLÜM 2

Gereç ve Yöntemler

2.1 Araştırmanın Türü

Araştırmanın örneklemini; Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin de üniversitelerinde lisans ve meslek yüksekokul derecesinde öğrenim gören bireylerden oluşmaktadır. Üniversite öğrencilerinin şizofreni hastalığının nedenleri ve tedavilerine yönelik bilgi düzeyleri ve tutumları değerlendirilmiştir ve incelenmiştir. Bu çalışmada Furnham&Chan (2004) tarafından ortaya atılan “Sokaktaki İnsan Kuramı” (Lay Theories of Schizophrenia)” modeli üzerinden, ilgili değişkenlerin araştırılmasına yönelik bir ölçek uyarlaması; pilot çalışma sonrasında da psikometrik çalışmaları yapılan ölçek kullanılarak üniversite öğrencilerinin şizofreni hastalığı hakkındaki bilgi ve tutumlarının ölçülmesi amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamında Furnham Sokaktaki İnsanın Kuramı Ölçeği'nin (Furnham&Chan 2004) Türkçeye uyarlanması için geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Çalışmanın ilk adımını, ölçeğin dil geçerliliğinin değerlendirilmesi adına öncelikle uzmanlar (Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Psikoloji ve İngilizce Bölümü öğretim üyeleri) tarafından 3 uzman İngilizce bölümü öğretim üyeleri tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir; akabinde her iki dile hakim 4 psikoloji öğretim üyesi ve 1 psikiyatrist tarafından puanlanılarak en yüksek puan alan çeviri ifadeler kullanılmıştır. Furnham ve Chan'ın (2004) ölçek maddeleri madde havuzu olarak kullanılmıştır. Ardından madde analizi ve faktör analizi uygulanmıştır. Pilot çalışmada madde havuzundaki maddelerin üç faktöre dağıldığı görülmüştür ve “şizofreniye yönelik genel inançlar” “ şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar” ve “şizofreninin tedavisine yönelik inançlar” olarak isimlendirilmiştir. Katılımcılara sosyo demografik bilgi formu, şizofreni hakkında bilgi ölçeği ve şizofreniye yönelik inançlar ölçeği verilmiştir.

2.2 Pilot Çalışmaya İlişkin Madde Analizleri

Tablo 2.1. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği Puanlarına İlişkin Pilot Çalışma Madde Analizi

Ölçek maddeleri	Silirse Cronbach
1) Şizofreninin nedeni beyinden kaynaklanan bir problemdir.	.61
2) Şizofreni için en iyi tedavi yolu ilaç kullanmaktır.	.60
3) Şizofreni hastaları kendilerini iyi hissettikleri dönemlerde ilaçlarını bırakabilirler.	.60
4) Bir hekim şizofreni tanısını kişi ile yaptığı görüşme sonucu koyar.	.60
5) Bir kişi Milli İstihbarat Teşkilatının bedenine bir çip yerleştirdiğini düşünmektedir. Bu belirti hezeyan (delüzyon) olarak adlandırılır.	.60
6) Hastalığın seyrinde ailenin rolü yoktur.	.60
7) Şizofreninin yaygın belirtileri arasında hastaların diğer insanların kendilerini izlediklerini ve takip etiklerini düşünmeleri de vardır.	.58
8) Şizofreni belirtileri çocukluktan itibaren ortaya çıkar.	.60
9) Başkalarını duymadığı seslerin duyulmasının önlenmesi için hastalara antipsikotik ilaçlar verilir.	.58
10) Şizofreni hastaları bağımsız yaşayabilme becerilerini kazanma konusunda cesaretlendirilmelidir.	.59
11) Şizofreninin yaygın belirtileri arasında hastaların şiddet uygulaması, fiziksel saldırıda bulunması ve hırsızlık yapması bulunmaktadır.	.60
12) Bir kişinin şizofreni hastası olduğuna karar verecek en yetkili kişi bir aile üyesidir.	.58
13) Bir kişinin şizofreni hastası olduğuna karar verecek en yetkili kişi psikiyatristtir.	.60
14) Stresle başa çıkma konusunda hastalar en çok psikoterapiden yararlanmalıdır.	.60

15) Antipsikotik ilaçların yol açtığı yan etkiler eğer çok ağırsa hasta ilaçları bırakmalıdır.	.61
16) Şizofreni tedavisinde bitkisel ilaçlar kullanılmaktadır.	.59
17) Şizofreni kişilik bölünmesidir.	.61
18) Şizofreni hastaları en çok yıllarca hastanede yatarlarsa iyi olabilirler.	.59
19) Şizofreni için en iyi tedavi yolu ameliyat olmaktır.	.60
20) Stresle başa çıkma konusunda hastalar en çok ağrı kesici ilaçlardan yararlanmalıdır.	.59
21) Duygusal küntleşme şizofreninin önemli belirtilerinden biridir.	.61
22) Şizofreninin nedeni ailedir.	.59
23) Şizofreninin uzun dönem yaygın sonuçlarından biri “bunama”dır.	.60
24) Halüsinasyon, hezeyan ve dezorganize konuşma şizofreninin başlıca belirtilerindendir.	.60
25) Başkalarının duymadığı seslerin duyulmasının önlenmesi için hastalara sakinleştiriciler verilir	.62
26) Şizofreninin nedeni cinlerdir.	.59
27) Şizofreni hastaları en çok aile desteği aldıklarında ve düşük stresli ortamlarda yaşadıklarında iyi olabilirler.	.60
28) Şizofreni belirtileri genellikle 18-25 yaş arası ortaya çıkar.	.59
29) Şizofreni hakkında doğru bilgi almak için din adamlarına ve hocalara gidilmelidir.	.59
31) Bir hekim şizofreni tanısını kan testi sonuçlarına göre koyar.	.60
32) Tedavi sonrasında hastalar uzun süre psikotik belirtilerden kurtulurlar ve atak geçirme olasılıkları azalır.	.60
33) Şizofreni hastaları sosyal hayata katılma yönünde cesaretlendirilmelidir.	.59
34) Bir kişi Milli İstihbarat Teşkilatının bedenine bir çip yerleştirdiğini düşünmektedir. Bu belirti fobi olarak adlandırılır.	.57
35) Hastalığın ortaya çıkmasında, ailenin rolü yoktur.	.62
36) Şizofreni hakkında doğru bilgi almak için ilgili internet sayfaları incelenmeli ve kitaplar okunmalıdır.	.60
37) Şizofreni tedavisinde tipik ve atipikantipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır.	.58
38) Stresli ev ortamı ve yaşam olayları hastalığın kötüleşmesine neden olur.	.59

39) Şizofreninin nedeni biyolojiktir.	.62
40) Şizofreni hastalarının temel ihtiyaçları aileleri tarafından karşılanmalıdır.	.62

Şizofreni hakkında bilgi ölçeğinde ölçeğin 30’uncu maddesi olan “Doğum öncesi annenin gribal enfeksiyona yakalanması şizofreni ile ilişkili risk faktörleri arasında bulunmaktadır” maddesi ölçekten çıkarılmadan önce ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri .58 olarak bulunmuş, bu madde çıkarıldıktan sonra ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri .60 olarak bulunmuştur. Ölçekten başka madde çıkarılması durumunda güvenilirlik düzeyi önemli ölçüde artmayacağından dolayı başka madde çıkarılmamıştır.

Tablo 2.2. Katılımcıların Şizofreniye yönelik inançlar Ölçeği Şizofreniye yönelik genel inançlar alt Boyut Puanlarına İlişkin Pilot Çalışma Madde Analizi

Ölçek maddeleri	Madde Silinirse Cronbach’ s Alpha
1) Şizofreni hastalarına güvenilemeyeceği için işe alınmaları imkansızdır.	.70
2) Şizofreni hastalığı olan bir kişiye herhangi bir iyilik yapılması akıllıca olmayabilir.	.70
3) Şizofrenik davranış neredeyse her zaman kötü ve yanlıştır.	.68
4) Şizofreni hastası olmak, toplumun baskısından bir ' kaçış'dır.	.68
5) ‘Psikopat ' terimi şizofreniyi tanımlamanın en iyi yoludur.	.68
6) Şizofreni hastalarının da sorumlu yetişkinler gibi davranılmaya hakları vardır.	.69
7) Herhangi bir zamanda şizofreni hastaları kontrolü kaybedebilir.	.74
8) Birçok şizofreni hastası toplumdan dışlanmıştır.	.69
9) Şizofreni hastalarının davranışları toplum tarafından uygun bulunduğu salıverilebilme hakları vardır.	.74
10) Bir kişiye şizofreni tanısı konulduğunda, hayatının kalanını bir kurumda geçirmelidir.	.68
11) Şizofreni hastaları yasaları çiğnemediği sürece rahat bırakılmalıdır.	.72
13) Birçok şizofreni hastası halka açık yerlerde sokakta bağırarak gibi çirkin davranışlarda	.69

bulunur.	
14) Şizofreni hastalarının anlayışlı olarak davranılmaya hakları vardır.	.68
16) Şizofreni tamamen tedavi edilemez.	.70
17) Şizofreni hastası olan bireyler çoğunlukla alt sosyoekonomik sınıftan gelmektedir.	.68
18) Şizofreni hastalarıyla arkadaş olmamayı yeğlerim.	.68
19) Şizofreni bir hastalık olmayabilir, çünkü hasta kötü ruhlar tarafından kontrol ediliyor olabilir.	.67
20) Şizofreni, tanrının ya da diğer ilahi güçlerin yardımıyla tedavi edilebilir.	.68
21) Halüsinasyonları olan hastaların, duydukları ya da gördükleri şeyler hayaletlerdir.	.68

Şizofreniye yönelik inançlar ölçeği, şizofreniye yönelik genel inançlar alt boyutunun 12'inci maddesi olan "Şizofreni hastalarını ameliyatla tedavi etmek mümkündür" maddesi ve 15'inci maddesi olan "Şizofreni tamamen tedavi edilemez" maddesi ölçekten çıkarılmadan önce alt boyutun Cronbach's Alpha değeri .61 olarak bulunmuş, bu maddeler çıkarıldıktan sonra alt boyutun Cronbach's Alpha değeri .70 olarak bulunmuştur. Alt boyuttan başka madde çıkarılması durumunda güvenilirlik düzeyi önemli ölçüde artmayacağından dolayı başka madde çıkarılmamıştır.

Tablo 2. 3. Katılımcıların şizofreniye yönelik inançlar Ölçeği Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar Alt Boyut Puanlarına İlişkin Pilot Çalışma Madde Analizi

Ölçek maddeleri	Madde Silinirse Cronbach' s Alpha
22) Küçük yaşlarda aile veya arkadaşları tarafından reddedilmek bireyin şizofreni hastası olmasına sebep olur.	.85
23) Şizofreni hastalığı kan bağı yoluyla akrabalarından geçebilir.	.86
24) Çocuklukta olan cinsel veya fiziksel istismar şizofreninin nedenidir.	.85
25) Çocuklarına karşı davranışlarında tutarsız olan aileler bireyin şizofreni hastası olmasına yol açar.	.85
26) Şizofreniye sebep olan şeyler, başkalarından öğrenilen tuhaf ve garip davranışlardır.	.86
27) Şizofreninin nedeni, içinde yaşadığımız 'hasta' toplumdur.	.85
28) Şizofreni düşük zekaya sahip olmaktan kaynaklanır.	.86
29) Erken çocukluk döneminde travmatik deneyimler şizofreniye neden olabilir.	.86
30) Kişinin işini kaybetmesi gibi stresli yaşam olayları şizofrenik davranışlara yol açabilir.	.85
31) Şizofreninin nedeni hastaların ebeveynlerinin duygusal aşırılıkları olması ve çocuklarına çelişkili mesajlar vermesinden kaynaklanır.	.85
32) Şizofreninin nedeni düşük doğum ağırlığıdır.	.85
33) Ciddi kazalarda oluşan beyin hasarları şizofreninin nedenidir.	.85
34) Şizofreni ebeveynlerden birinin ya da her ikisinin şizofreni hastası olmasından kaynaklanır.	.85
35) Şizofreni, vücuttaki kimyasal dengesizlikten kaynaklanır.	.86
36) İnsanlar üzerinde düzgün davranması için çok fazla sosyal baskı olması, bireylerin şizofreni hastası olmasına neden olur.	.84
37) Şizofreni hastalığı bulaşıcıdır.	.86

Şizofreniye yönelik inançlar ölçeği, şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri .86 olarak bulunmuştur. Alt boyuttan madde çıkarılması durumunda güvenilirlik düzeyi önemli ölçüde artmayacağından dolayı madde çıkarılmamıştır.

Tablo 2. 4. Katılımcıların şizofreniye yönelik inançlar Ölçeği Şizofreninin Tedavisine yönelik inançlar Alt Boyut Puanlarına İlişkin Pilot Çalışma Madde Analizi

Ölçek maddeleri	Cronbach' s Alpha
38) Toplum bireyleri, şizofreni hastalarından koruma hakkına sahiptir.	.84
39) Psikiyatri hastaneleri şizofreni hastalarını tedavi etmekten ziyade onları toplumdan uzak tutmak için kullanılır.	.85
40) Daha az stresli ve daha rahat bir toplum yaratmak şizofreniyi tedavi etmenin en iyi yoludur.	.84
41) Bir akıl hastanesinin amacı ne olursa olsun, çoğu zaman yoksul ve dezavantajlı insanlar için bir çöplük alanı haline gelir.	.84
42) Akıl hastaneleri bazen fakirlere ve diğer talihsizlere sadece barınak sağlar ve bu insanları hastaneden çıkarıp topluma geri kazandırmak için çok az şey yapar.	.85
43) Toplum, şizofreni hastalarının sorunlarıyla alakalı yardım alabileceği yerler sağlamakla yükümlüdür.	.84
44) Hastanenin görevi toplumu tehdit edenlerden kurtarmaktır.	.85
45) Toplumun görevi şizofreni hastalarının özgürlüğüne saygı duymaktır.	.84
46) Şizofreni hastalarının tedavisi için gerekli insan gücü ve mekanları sağlamak toplumun görevidir.	.84
47) Toplumun görevi şizofreni hastalarının ve diğer bireylerin üzerindeki stres ve yükleri azaltmaktır.	.84
48) Şizofreni hastalarına yardım etmenin en iyi yolu onların uyumlu bir şekilde	.84

yaşayabileceği bir toplum yaratmaktır.	
49) Hastanelerin en iyi kullanım yolu şizofreni hastalarını stresli ev ortamından çıkarıp daha sessiz bir ortamda yaşamalarını sağlamaktır.	.84
50) Bir akıl hastanesi, insanların kontrol edilmemelerini kolaylaştırmak için bastırılmış ve bozulmuş bir tür konsantre kampıdır.	.84
51) Toplum tarafından bakılmak şizofreni hastasının hakkıdır.	.84
52) Şizofreni hastalarını tedavi etmenin en iyi yolu, kendi yaşamlarını sürdürme haklarına saygı göstermektir.	.84
53) Akıl hastaneleri genellikle sorun yaratanları toplumdan uzaklaştırmak için kullanılır.	.84
54) Akıl hastanesinin temel işlevi bakım ve tedavi için bir ortam sağlamaktır.	.84
55) Akıl hastaneleri, şizofreni hastalarına topluma uyum sağlayabilmek için sorumlu davranmalarını öğretmek için kullanılmalıdır.	.84
56) Uzman bir psikoterapistle birebir bir ilişki şizofreni hastalarını tedavi etmenin en iyi yoludur.	.84
57) Şizofreni hastalığını tedavi etmenin en iyi yolu özgürlüklerine ve kendi yaşamlarını sürdürme hakkına saygı duymaktır.	.84
58) Şizofreni hastaları tam anlamıyla iyileşene kadar akıl hastanesinde tutulmalıdır.	.84
59) Psikiyatri hastalarının tedavi merkezleri toplumdan uzakta olmalıdır.	.85
60) Herhangi bir psikiyatrik rehabilitasyon merkezine yakın yaşamamayı tercih ederim.	.85

Şizofreniye yönelik inançlar ölçeği şizofreninin tedavisine yönelik inançlar alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri .85 olarak bulunmuştur. Alt boyuttan madde çıkarılması durumunda güvenilirlik düzeyi önemli ölçüde artmayacağından dolayı madde çıkarılmamıştır.

Tablo 2. 5. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarına Güvenilirlik Analizi

		Cronbach's Alpha
Pilot çalışma	Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	.60
	Şizofreniye yönelik inançlar (ŞYİÖ)	.70
	Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar(ŞYİÖ)	.86
	Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar (ŞYİÖ)	.85
Son çalışma	Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	.73
	Şizofreniye yönelik inançlar (ŞYİÖ)	.67
	Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar(ŞYİÖ)	.69
	Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar (ŞYİÖ)	.60

Tablo incelendiğinde şizofreni hakkında bilgi ölçeği ve şizofreniye yönelik inançlar ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin Cronbach's Alpha değerinin hem pilot çalışma hem de esas çalışmada .60'ın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu değerler ölçeklerin analiz için uygun düzeyde ve bizim için yeterli olduğunu göstermektedir.

2.3 Araştırmanın Örneklemi

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde ki üniversitelerde lisans ve meslek yüksekokul öğrenimi gören üniversite öğrencilerine gönüllü ve random olarak katılımcı sağlanmıştır. Pilot çalışmada 117 kişi kullanılmıştır ardından yapılan çalışmalarla 356 kişi olarak tamamlanmıştır.

2.4 Veri toplama Araçları

Çalışmada kullanılan veri toplama araçları sırasıyla aşağıda açıklanmaktadır.

2.4.1 Sosyo-demografik bilgi formu

Katılımcılara yaş, bölüm, cinsiyet, psikiyatrik ilaç kullanımı, yakınlarında şizofreni hastasının olması, ruhsal rahatsızlık geçirmesi gibi temel demografik bilgileri almak için hazırlanan form yöneltilmiştir. Katılımcıların araştırma hakkında bilgi verildiği ve gönüllülük esası onayının alındığı Bilgilendirilmiş Onam Formu ile beraber her katılımcıya ölçek sayfalarından önce bu form yöneltilmiştir.

2.4.2 Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği

Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği (Furnham ve Chan,2004) kişilerin şizofreni hastalığının, şizofreniye yönelik genel inançlar, Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar ve şizofreninin tedavisine yönelik inançlar hakkındaki görüşlerini ölçen 60maddeden oluşan 3 boyutlu bir ölçektir. Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek türü katılımcının puanladığı bir ölçek türüdür. 1-5 arasında puan verilir 1; kesinlikle katılıyorum, 5 ise kesinlikle katılmıyorum arasında değerlendirilmektedir. 1-21 soruları ve arası şizofreniye yönelik genel inançlar alt boyutunu ölçmektedir. Şizofreniye yönelik genel inançlar alt boyutunun yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri .70 olarak saptanmıştır. 22-37 soruları ve arası şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar alt boyutunu ölçmektedir. Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar alt boyutunun yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri .86 olarak saptanmıştır. 37 ve 60 soruları arası şizofreninin tedavisine yönelik inançlar alt boyutunu ölçmektedir. Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar alt boyutunun yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri .85 olarak saptanmıştır.

2.4.3 Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği

Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği (Yüksel, 2008)kişilerin şizofreni hastalığının tanısı, belirtileri, tedavisi ve seyri hakkındaki görüşlerini ölçen 41 maddeden oluşan 7li likert tipli bir ölçektir. Son madde ölçeği yanıtlayanların şizofreni hakkındaki bilgi düzeylerinin ne ölçüde olduğunu kendilerinin değerlendirmesini içeren ayırt edici bir maddedir. Yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri .73 olarak saptanmıştır.

2.5 Araştırmanın sınırlılıkları

1. Covid 19 sebebiyle izolasyon ve yasaklar neticesinde katılımcı birey bulunması konusunda sınırlı kalmıştır.
2. Online olarak anketlerin kullanılması erişimin zorlaşması sebebiyle sınırlı sayıda bireye ulaşılmıştır.
3. K.K.T.C. ülkeye giriş ve çıkış yasakları sonucunda araştırma sınırlı sayıda kalmıştır.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Elde edilen verilerin analizi SPSS 22 programında yapılmıştır. Ölçeklerden elde edilen veriler analiz edilmeden önce verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için One Sample Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmış ve verilerin normal dağılıma uygun olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle ölçek puanları ile ilgili analizlerde non-parametrik analizler kullanılmıştır. Yaş grubu ve eğitim alınan bölüm değişkenine göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılırken, cinsiyet, psikiyatrik ilaç kullanma durumu, yakınlarında şizofreni hastası olması durumu ve ruhsal hastalık geçirmiş olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Şizofreni hakkında bilgi ölçeği ve şizofreniye yönelik inançlar ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 3. 6. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarına Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha
Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	.73
Şizofreniye yönelik genel inançlar	.67
Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar	.69
Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar	.60

Tablo incelendiğinde şizofreni hakkında bilgi ölçeği ve şizofreniye yönelik inançlar ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin Cronbach's Alpha değerinin .60'ın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu değerler ölçeklerin analiz için uygun düzeyde ve bizim için yeterli olduğunu göstermektedir. Ölçeklere uygulanan madde analizinde madde çıkarılması durumunda güvenilirlik düzeylerinde önemli düzeyde artış meydana gelmediğinden dolayı ölçeklerden madde çıkarılmamıştır.

Tablo 3. 7. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Alt değişken	f	%
Yaş grubu	18-20 yaş	57	16,0
	21-23 yaş	143	40,2
	24-26 yaş	123	34,6
	26+ yaş	33	9,3
Bölüm	Psikoloji - PDR	77	21,6
	Öğretmenlik	84	23,6
	Sağlık bilimleri	82	23,0
	Mimarlık - mühendislik	40	11,2
	Hukuk	39	11,0
	Diğer	34	9,6
Cinsiyet	Kadın	162	45,5
	Erkek	194	54,5
Psikiyatrik ilaç kullandı mı?	Evet	46	12,9
	Hayır	310	87,1
Yakınlarında şizofreni hastası var mı?	Evet	34	9,6
	Hayır	322	90,4
Ruhsal rahatsızlık geçirdi mi?	Evet	78	21,9
	Hayır	278	78,1

Araştırmaya katılanların %16'sı 18-20 yaş grubunda, %40,2'si 21-23 yaş grubunda, %34,6'sı 24-26 yaş grubunda, %9,3'ü 26+ yaş grubundadır. Katılımcıların %21,6'sı psikoloji – PDR bölümlerinde eğitim alırken, %23,6'sı öğretmenlik bölümlerinde eğitim almakta, %23'ü sağlık bilimleri alanlarında eğitim almakta, %11,2'si mimarlık – mühendislik alanlarında eğitim almakta, %11'i hukuk alanında eğitim almakta ve %9,6'sı diğer bölümlerde eğitim almaktadır. Araştırmaya katılanların %45,5'i kadın, %54,5'i erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların %12,9'u geçmişte psikiyatrik ilaç kullanmış, %9,6'sının yakınlarında şizofreni hastası bulunmakta, %21,9'u geçmişte ruhsal bir rahatsızlık geçirmiştir.

Tablo 3. 8. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	N	X	Ss
Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	356	24,11	5,547
Şizofreniye yönelik genel inançlar	356	3,69	,569
Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar	356	3,65	,635
Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar	356	3,47	,481

Şizofreni hakkında bilgi ölçeği puanları 0-40 arasında değişmekte olup, araştırmaya katılanların ölçek puanlarının orta seviyede olduğu görülmektedir. Şizofreniye yönelik inançlar ölçeğinde ise puanlar 1-5 arasında değişmekte olup, araştırmaya katılanların şizofreniye yönelik genel inançlar, şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar, şizofreninin tedavisine yönelik inanç alt boyutlarına ilişkin puanlarının orta seviyenin üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 3. 9. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Yaş Grubu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	Yaş grubu	N	X	Ss	Sıra ort.	x ²	p	Gruplar arası fark
Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	18-20 yaş	57	25,28	5,00	201,17	5,7	,126	-
	21-23 yaş	143	24,00	5,29	176,78			
	24-26 yaş	123	23,44	5,74	165,42			
	26+ yaş	33	25,03	6,54	195,53			
Şizofreniye yönelik genel inançlar	18-20 yaş	57	3,77	0,57	194,36	2,3	,507	-
	21-23 yaş	143	3,65	0,61	170,81			
	24-26 yaş	123	3,69	0,53	178,09			
	26+ yaş	33	3,73	0,54	185,95			

Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar	18-20 yaş	57	3,59	0,65	162,44	3,7	,299	-
	21-23 yaş	143	3,60	0,63	172,88			
	24-26 yaş	123	3,69	0,59	188,50			
	26+ yaş	33	3,86	0,79	193,35			
Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar	18-20 yaş	57	3,35	0,49	151,93	9,5	,024	1<3, 1<4
	21-23 yaş	143	3,43	0,50	170,65			
	24-26 yaş	123	3,54	0,46	192,02			
	26+ yaş	33	3,64	0,40	208,02			

Tablo incelendiğinde, katılımcıların şizofreni hakkında bilgi, şizofreniye yönelik genel inançlar ve şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar düzeylerinin yaş grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı ($p>0,05$), şizofreninin tedavisine yönelik inançlar bilgi düzeylerinin ise yaş grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaştığı ($p<0,05$) görülmektedir. Şizofreninin tedavisi yönelik inançlar 24-26 yaş grubundaki ($X=3,54\pm0,46$) ve 26+ yaş grubundaki ($X=3,64\pm0,40$) katılımcıların bilgi düzeyi 18-20 yaş grubundaki ($X=3,35\pm0,46$) katılımcılardan anlamlı seviyede daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 3. 10. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Eğitim Gördükleri Bölüm Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	Bölüm	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p	Gruplar arası fark
Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	Psikoloji - PDR	77	28,31	5,51	254,25	62,2	,000	1>2, 1>3, 1>4, 1>5, 1>6, 2<4, 2<5, 3<4
	Öğretmenlik	84	22,13	4,95	142,45			
	Sağlık bilimleri	82	22,49	4,38	148,88			
	Mimarlık – müh.	40	24,63	4,92	191,05			
	Hukuk	39	24,23	5,27	180,64			
	Diğer	34	22,62	5,60	150,21			

Şizofreniye yönelik genel inançlar	Psikoloji - PDR	77	4,12	0,47	257,40	62,0	,000	1>2, 1>3, 1>4, 1>5, 1>6
	Öğretmenlik	84	3,56	0,52	154,67			
	Sağlık bilimleri	82	3,49	0,51	146,94			
	Mimarlık – müh.	40	3,53	0,48	145,51			
	Hukuk	39	3,65	0,63	170,28			
	Diğer	34	3,75	0,55	183,03			
Şizofreninin nedenleri yönelik inançlar	Psikoloji - PDR	77	3,89	0,70	212,71	15,0	,010	1>2, 1>3, 1>4, 1>6
	Öğretmenlik	84	3,59	0,58	174,67			
	Sağlık bilimleri	82	3,48	0,57	151,15			
	Mimarlık – müh.	40	3,63	0,62	168,76			
	Hukuk	39	3,72	0,70	186,45			
	Diğer	34	3,65	0,58	178,79			
Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar	Psikoloji - PDR	77	3,54	0,55	196,11	9,5	,089	-
	Öğretmenlik	84	3,46	0,40	175,57			
	Sağlık bilimleri	82	3,34	0,50	151,32			
	Mimarlık – müh.	40	3,52	0,39	181,51			
	Hukuk	39	3,55	0,49	196,65			
	Diğer	34	3,53	0,50	187,04			

Tablo incelendiğinde, katılımcıların şizofreninin tedavisine yönelik inançlar düzeylerinin eğitim gördükleri bölüm açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı ($p>0,05$), şizofreni hakkında bilgi, şizofreniye yönelik genel inançlar ve şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar bilgi düzeylerinin ise eğitim gördükleri bölüm açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaştığı ($p<0,05$) görülmektedir.

Şizofreninin hakkında bilgi ölçeğinde, psikoloji - PDR bölümünde eğitim alan katılımcıların bilgi düzeyinin($X=28,31\pm5,51$) öğretmenlik($X=22,13\pm4,95$), sağlık bilimleri alanları ($X=22,49\pm4,38$), mimarlık – mühendislik($X=24,63\pm4,92$), hukuk($X=24,23\pm5,27$) ve diğer alanlarda($X=22,62\pm5,60$) eğitim alan katılımcılardan anlamlı seviyede daha yüksek ($p<0,05$), mimarlık – mühendislik alanında eğitim alan katılımcıların bilgi düzeyinin($X=24,63\pm4,92$) öğretmenlik($X=22,13\pm4,95$) ve sağlık

bilimleri alanlarında($X=22,49\pm4,38$) eğitim alan katılımcılardan anlamlı seviyede daha yüksek ($p<0,05$), hukuk alanında eğitim alan katılımcıların bilgi düzeyi($X=24,23\pm5,27$) öğretmenlik($X=22,13\pm4,95$) alanında eğitim alan katılımcılardan anlamlı seviyede daha yüksek ($p<0,05$) olduğu tespit edilmiştir. Şizofreniye yönelik genel inançlar, psikoloji - PDR bölümünde eğitim alan katılımcıların şizofreniye yönelik genel inanç bilgi düzeyinin($X=4,12\pm0,47$) öğretmenlik($X=3,56\pm0,52$), sağlık bilimleri alanları($X=3,49\pm0,51$), mimarlık – mühendislik($X=3,53\pm0,48$), hukuk($X=3,65\pm0,63$) ve diğer alanlarda($X=3,75\pm0,55$) eğitim alan katılımcılardan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar, psikoloji - PDR bölümünde eğitim alan katılımcıların bilgi düzeyinin($X=3,89\pm0,70$) öğretmenlik($X=3,59\pm0,58$), sağlık bilimleri alanları($X=3,48\pm0,57$), mimarlık – mühendislik($X=3,63\pm0,62$) ve diğer alanlarda($X=3,65\pm0,58$) eğitim alan katılımcılardan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$),

Tablo 3. 11. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	X	Ss	Sıra ort.	Sıra top.	U	P
Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	Kadın	162	25,31	5,69	200,02	32404,0	12227,0	,000
	Erkek	194	23,10	5,23	160,53	31142,0		
Şizofreniye yönelik genel inançlar	Kadın	162	3,80	0,61	200,39	32463,5	12167,5	,000
	Erkek	194	3,60	0,51	160,22	31082,5		
Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar	Kadın	162	3,74	0,76	190,09	30795,0	13836,0	,052
	Erkek	194	3,58	0,50	168,82	32751,0		
Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar	Kadın	162	3,45	0,52	175,03	28355,0	15152,0	,561
	Erkek	194	3,49	0,44	181,40	35191,0		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar ve şizofreninin tedavisine yönelik inançlar bilgi düzeylerinin cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı ($p>0,05$), buna karşın kadın katılımcıların şizofreni hakkında bilgi($X=25,31\pm5,69$) ve şizofreniye yönelik genel inançlar($X=3,80\pm0,61$) düzeylerinin erkek katılımcılardan şizofreni hakkında

bilgi ($X=23,10\pm$) ve şizofreniye yönelik genel inançlar ($X=3,60\pm0,51$) düzeylerinden anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 3. 12. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Geçmişte Psikiyatrik İlaç Kullanmış Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	İlaç kullandı mı	N	X	Ss	Sıra ort.	Sıra top.	U	P
Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	Evet	46	25,33	6,18	198,40	9126,5	6214,5	,159
	Hayır	310	23,93	5,43	175,55	54419,5		
Şizofreniye yönelik genel inançlar	Evet	46	3,85	0,53	206,74	9510,0	5831,0	,046
	Hayır	310	3,67	0,57	174,31	54036,0		
Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar	Evet	46	3,56	0,59	168,16	7735,5	6654,5	,465
	Hayır	310	3,67	0,64	180,03	55810,5		
Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar	Evet	46	3,49	0,46	187,57	8628,0	6713,0	,522
	Hayır	310	3,47	0,48	177,15	54918,0		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların şizofreni hakkında bilgi, şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar ve şizofreninin tedavisine yönelik inançlar bilgi düzeylerinin geçmişte psikiyatrik ilaç kullanmış olma durumu değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı ($p>0,05$), buna karşın geçmişte psikiyatrik ilaç kullanmış olan katılımcıların şizofreniye yönelik genel inançlar bilgi düzeylerinin($X=3,85\pm0,53$) geçmişte psikiyatrik ilaç kullanmamış olan katılımcılardan($X=3,67\pm0,57$) anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 3. 13. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Yakınlarında Şizofreni Hastası Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	Şizofreni hastası var mı	N	X	Ss	Sıra ort.	Sıra top.	U	P
Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	Evet	34	25,65	5,90	204,34	6947,5	4595,5	,123
	Hayır	322	23,94	5,49	175,77	56598,5		
Şizofreniye yönelik genel inançlar	Evet	34	3,68	0,63	172,53	5866,0	5271,0	,722
	Hayır	322	3,69	0,56	179,13	57680,0		
Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar	Evet	34	3,68	0,59	188,87	6421,5	5121,5	,536
	Hayır	322	3,65	0,64	177,41	57124,5		
Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar	Evet	34	3,37	0,51	167,26	5687,0	5092,0	,503
	Hayır	322	3,49	0,48	179,69	57859,0		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların şizofreni hakkında bilgi, şizofreniye yönelik genel inançlar, şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar ve şizofreninin tedavisine yönelik inançlar bilgi düzeylerinin yakınlarında şizofreni hastası olup olmaması durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 3. 14. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Geçmişte Ruhsal Rahatsızlık Geçirmiş Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	Ruhsal rahatsızlık geçirdi mi	N	X	Ss	Sıra ort.	Sıra top.	U	P
Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	Evet	78	24,76	5,66	189,97	14818,0	9947,0	,264
	Hayır	278	23,92	5,51	175,28	48728,0		
Şizofreniye yönelik genel inançlar	Evet	78	3,81	0,57	199,84	15587,5	9177,5	,038
	Hayır	278	3,66	0,57	172,51	47958,5		
Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar	Evet	78	3,58	0,61	168,75	13162,5	10081,5	,343
	Hayır	278	3,67	0,64	181,24	50383,5		
Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar	Evet	78	3,41	0,48	170,85	13326,5	10245,5	,457
	Hayır	278	3,49	0,48	180,65	50219,5		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların şizofreni hakkında bilgi, şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar ve şizofreninin tedavisine yönelik inançlar bilgi düzeylerinin geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olma durumu değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı ($p>0,05$), buna karşın geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olan katılımcıların şizofreniye yönelik genel inançlar bilgi düzeylerinin ($X=3,81\pm0,57$) geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmemiş olan katılımcılardan ($X=3,66\pm0,57$) anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 3. 15. Katılımcıların Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği ve Şizofreniye Yönelik İnançlar Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	Şizofreni hakkında genel inanış	Şizofreninin sebepleri	Şizofreni tedavisi
Şizofreni hakkında bilgi ölçeği	r				
	p				
	N				
Şizofreniye yönelik genel inançlar	r	,595			
	p	,000			
	N	356			
Şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar	R	,316	,550		
	P	,000	,000		
	N	356	356		
Şizofreninin tedavisine yönelik inançlar	R	-,010	,192	,325	
	P	,844	,000	,000	
	N	356	356	356	

Tablo incelendiğinde, katılımcıların şizofreni hakkında bilgi düzeyleri ile şizofreniye yönelik genel inançlar bilgi düzeyleri arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunduğu ($r=,595$; $p<0,05$), şizofreni hakkında bilgi düzeyleri ile şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar arasında pozitif ve orta düzeyin altında anlamlı ilişki bulunduğu ($r=,316$; $p<0,05$), şizofreni hakkında bilgi düzeyleri ile şizofreninin tedavisine yönelik inançlar arasında anlamlı ilişki bulunmadığı ($r=-,010$; $p>0,05$) görülmektedir.

BÖLÜM 4

Tartışma

Şizofreni, bir kişinin algısını, düşüncelerini, ruh halini ve davranışını önemli ölçüde değiştiren bir zihinsel sağlık durumudur (National Institute for Clinical Excellence, 2014). Davranışta veya düşüncede, örneğin halüsinasyonlar ve sanrılarda artma gibi bir değişikliğin meydana geldiği çeşitli 'pozitif semptomlar' söz konusudur. Bununla birlikte sağlıklı bir bireyde beklenen duygusal kayıtsızlık ve sosyal geri çekilme gibi bir işlevin eksikliği veya geri çekilmesi durumunda 'negatif semptomlar' görülmektedir (Stepnicki, Kondej ve Kaczor, 2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı, “zihinsel bozuklukların tanınmalarına, yönetilmesine veya önlenmesine yardımcı olan ilgili bilgi ve inançlar” ile beraber bu bozuklukları “tanıma, ilgili bilgileri elde etme ve uygun yardım arama becerisini” içerir. Bu nedenle, şizofreni konusunda da ruh sağlığı okuryazarlığının olması hastalığa ilişkin farkındalık, erken konsültasyon ve tanıya yönelik potansiyelleri belirlemede önemlidir. Dünya nüfusunun yaklaşık %1'ini etkileyen şizofreniye rağmen, araştırmalar, düşük seviyelerde genel toplum anlayışı ve yaygın yanlışlar göstermiştir (Smith ve diğerleri, 2011). Şizofreni dahil olmak üzere zihinsel bozukluklar ülkedeki toplum ve sağlık uzmanları arasında yaygın olup genel bilgi, inanış ve tedaviye dair bilgilendirme önemini korumaktadır (Aruna ve diğerleri, 2016).

Bu bilgiler ışığında bu araştırmada üniversite öğrencilerinin şizofreni hastalarına ilişkin inanç ve tutumlarının bir takım demografik faktörlere göre ele alınması amaçlanmıştır. Bu bağlamda araştırmaya 18 yaş ve üzeri üniversite öğrencisi olan toplam 356 katılımcı (194 erkek, 162 kadın) dahil edilmiştir. Öğrenciler psikoloji-PDR, öğretmenlik, sağlık bilimleri, mimarlık-mühendislik, hukuk ve diğer bölümlerinde eğitim aldıklarına dair gruplandırılmıştır. Üniversite öğrencilerinin %21,9 ‘u psikolojik rahatsızlık geçirmiş olup, %12,9 ‘u psikolojik ilaç kullanmaktadır. Yakınlarında şizofreni hastası olanlar %9,6 düzeyindedir. Geçmişte psikiyatrik ilaç kullanmış olan katılımcıların şizofreniye yönelik genel inançlar

düzeylerinin geçmişte psikiyatrik ilaç kullanmamış olan katılımcılardan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Yakın zamanlı yapılan bir derlemeye göre psikolojik rahatsızlıkların prevalansı üniversite öğrencilerinde yaklaşık %19 olarak belirtilmiştir (Pedrelli ve diğerleri, 2015). Özellikle 25 yaş üzerinde bu oranın hızlıca artış yaptığı göz önüne alındığında, araştırmamızdaki 26 yaş ve üzeri katılımcıların da olması, bu oranın biraz daha yüksek olmasını açıklayabilir.

Katılımcılara yöneltilen şizofreni hakkında bilgi ölçeği ve şizofreniye yönelik inançlar ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin Cronbach's Alpha değerinin,60'ın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu değerler ölçeklerin analiz için uygun düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Şizofreni bilgi ölçeğinden ortalama $24,11 \pm 5,547$ olarak, orta düzeyde bulunmuştur. Aruna ve arkadaşlarının (2016) çalışması, tıp fakültesi öğrencilerinin popülasyonunun, özellikle eğitimin ilk yıllarında, psikiyatrik bozukluklarla ilgili bilgi ve tutumlarda da önemli eksiklikler olduğunu doğrulamıştır. Puspitasari ve diğerleri (2020), 427 üniversite öğrencisinde psikiyatrik bozukluklar ile ilgili bilgi, yaklaşım ve tutumlarını değerlendirmiş ve sonucunda öğrenciler ruh sağlığı bozukluklarına karşı iyi bilgi ve olumlu tutum sergilemiştir. Bununla birlikte, bazıları zihinsel bozukluğu olan birine yaklaşma konusunda olumsuz algılar, şüphe ve korku taşımaktadır. Riffel ve arkadaşları (2020) geleceğin sağlık uzmanları olacak sağlık bakımı ilişkili eğitim alan öğrencilerde zihinsel bozukluklara ilişkin bilgi, tutum ve davranışsal yanıtları değerlendirmiştir. Buna göre öğrenciler, çok yönlü zihinsel sağlık bilgisi ve çoğunlukla akıl hastalığı olan bireylere karşı olumlu davranışlar göstermişlerdir. Bununla birlikte, bazı öğrenciler damgalayıcı tutumlara sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışmalara dayanarak araştırma bulgumuzun literatürü desteklediği sonucuna varılmıştır. Araştırmamızdan farklı olarak yüksek eğitimli üniversite öğrencilerini içeren kohortu ele alan bir çalışmada, çoğu öğrenci şizofreniyi tehlikeli olarak algılamış, şizofreni hastalarının çoğunun şiddet gösteren veya tehlikeli olmadığı gerçeğine rağmen, şiddet ve öngörülemezlik birliktelikleri sunmuştur (Walsh, Bchanan ve Fahy, 2002).

Araştırma sonucuna göre şizofreniye yönelik inançlar ölçeği kapsamında şizofreniye yönelik genel inançlar ($3,69 \pm 0,569$), şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar ($3,65 \pm 0,635$) ve şizofreninin tedavisine yönelik inançlar ile ($3,47 \pm 0,481$) ilişkili bilgi düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu anlaşılmaktadır. Birleşik Krallık'taki üniversite öğrencilerine odaklanan bir çalışma, katılımcıların %82,4'ünün şizofreniyi duyduğunu tespit ederken, şizofreniyi tanımlayıp tanımlayamayacakları veya doğru bilgiye sahip olup olmayacakları belirsiz bulunmuştur (Furnham ve diğerleri, 2011). Takeuchi ve Sakagami 'nin çalışmasında (2018), 119 üniversite öğrencisinde çevrimiçi anketler ile şizofreni semptomları, şizofreni bilgisi ve diğer demografik özellikler karşılaştırılmıştır. Buna göre öğrencilerin orta düzeyde şizofreni ve depresyon semptomlarına dair bilgiye sahip oldukları anlaşılmıştır.

Üniversite öğrencilerinin şizofreninin tedavisine yönelik inançlar hakkındaki bilgi düzeylerinin yaş gruplarına göre fark gösterdiği ve bu farkın 24-26 ve 26 üzeri yaş grubundaki katılımcılarda 18-20 yaş grubundakilere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bir başka deyişle daha ileri yaştaki üniversite öğrencileri şizofreninin tedavisine yönelik inançlar hakkında daha fazla bilgi düzeyine sahiptir. İngiltere'de eğitim göre 20 üniversite öğrencisini içeren bir nitel çalışmada öğrencilerin şizofreni hakkında genel bilgi ve semptom ve tedavisel yaklaşımları değerlendirilmiştir. Bulgular, öğrencilerin şizofreni genel bilgisi ve özellikle olumsuz belirtiler hakkında bilgi eksikliğini ortaya koymuştur. Şizofreni için mevcut yardımın nedenleri ve kaynakları hakkında karışık fikirler mevcut iken; olumlu olarak birçoğu şizofreni semptomları olması halinde pratisyen hekimlerine danışacaklarını belirtmiştir (Cadge, Connor ve Greenfield, 2019).

Araştırma sonucuna göre katılımcıların, okudukları bölüme göre şizofreniye yönelik genel inançlar ve şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar hakkında bilgi düzeylerinin anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Geleceğin sağlık profesyonelleri olarak, psikoloji öğrencileri, şizofreni hastalarına etkili psikolojik terapiler sunulması olasılığını artırma çabaları için bir hedef nüfusu temsil etmektedir (Magliano ve diğerleri, 2016). Araştırmamızda da öğrencilerin şizofreni hakkında bilgi düzeyinin ve şizofreninin nedenlerine yönelik olumsuz inançlar hakkında bilgi düzeyinin psikoloji-PDR bölümü öğrencilerinde diğer belirtilen bölümlere kıyasla daha yüksek

olduğu bulunmuştur. Diğer bölümler kendi aralarında kıyaslandığında ise mimarlık – mühendislik alanında eğitim alan katılımcıların bilgi düzeyinin öğretmenlik ve sağlık bilimleri alanlarında eğitim alan katılımcılardan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim programlarının içerikleri göz önüne alındığında bu bulgular beklenen sonucu göstermektedir.

Üniversite öğrencileri arasında kadın katılımcıların şizofreni hakkında bilgi ve şizofreniye yönelik genel inanç düzeylerinin erkek katılımcılardan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu konuda Anis ve diğerlerinin (2020) çalışmasında 1540 öğrenciden, ankete katılanların yaklaşık yarısı şizofreni hakkında ortalama bilgiye sahip ve öğrencilerin sadece % 10,5'i iyi bir bilgi puanına sahip bulunmuştur. Erkek ve kızların bilgi düzeyleri benzer olmasına rağmen, erkeklerin şizofreni hastalarına karşı kızlara göre daha olumlu tutumları dikkat çekmiştir. İyi bilgi şizofreni hastası ile daha az mesafeli olma ile ilişkilendirilmiştir. Ergenlerin yaklaşık% 45'i şizofreni hastalarının şiddete daha yatkın olduğuna inanmıştır. Araştırma bulgumuzda ise kadınların erkeklere göre şizofreni hakkındaki bilgi ve şizofreniye yönelik genel inanışlarının yüksek olması, literatürdeki belirtilen çalışmanın lise öğrencilerini, araştırmamızın ise üniversite öğrencilerini içermesine dayanıyor olması ile açıklanabilir. Şizofreni ilk belirtilerinin 25 yaş ve üzerinde daha sık görülüyor olmasının bu yaş grubunda daha fazla farkındalık ile ilişkili olabiliyor olması, bu karşılığı açıklar niteliktedir.

Geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olan katılımcıların şizofreniye yönelik genel inançlar düzeylerinin geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmemiş olan katılımcılardan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun şizofreni yaşayan bireylerin mevcut durumlarına dair gerek bireysel ilgi, merak ve araştırma sonuçlarına dayanarak gerekse tedavi alma sürecine girmeleri ile bu konudaki farkındalıklarının artması nedeniyle pozitif yönde korelasyon göstermesi ile açıklanabilir. Ayrıca katılımcıların şizofreni hakkında bilgi düzeyleri ile şizofreniye yönelik genel inançlar düzeyleri arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği; şizofreni hakkında bilgi düzeyleri ile şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar düzeyleri arasında pozitif ve orta düzeyin altında anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

Bu araştırmanın güçlü yönü, Türk popülasyonunda üniversite öğrencilerinde geniş bir örneklem sayısı kapsamında şizofreni bilgisine dair değerlendirme yapan ve demografik veriler ile ilişkilendiren ilk çalışma olmasıdır. Bu yönüyle literatüre katkı sağlamış ve ilerleyen çalışmalar için şizofreni hastalığının görüldüğü ileri yaşlar dışında üniversite çağındaki bireylerde de değerlendirme yapılması gerekliliğini önermektedir.

BÖLÜM 5

Sonuçlar

Üniversite öğrencilerinin şizofreni hastalarına ilişkin inanç ve tutumlarının bir takım demografik faktörlere göre ele alındığı bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Üniversite öğrencilerinin %21,9 ‘u psikolojik rahatsızlık geçirmiş olup, %12,9 ‘u psikolojik ilaç kullanmaktadır.
- Yakınlarında şizofreni hastası olanlar %9,6 düzeyindedir.
- Katılımcılara yöneltilen şizofreni hakkında bilgi ölçeği ve şizofreniye yönelik inançlar ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin Cronbach’s Alpha değerinin, 60’ın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu değerler ölçeklerin analiz için uygun düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Şizofreni bilgi ölçeğinden ortalama $24,11 \pm 5,547$ olarak, orta düzeyde bulunmuştur.
- Şizofreniye yönelik inançlar göre şizofreniye yönelik genel inançlar ($3,69 \pm 5,569$), şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar ($3,65 \pm 6,35$) ve şizofreninin tedavisine yönelik inançlar ($3,47 \pm 4,81$) ilişkili bilgi düzeylerinin orta düzeyin üzerinde damgalayıcı tutumları olduğu anlaşılmaktadır.
- Üniversite öğrencilerinin şizofreni tedavisine yönelik inançlar düzeylerinin yaş gruplarına göre fark gösterdiği ve bu farkın 24-26 ve 26 üzeri yaş grubundaki katılımcılarda 18-20 yaş grubundakilere kıyasla daha yüksek

olduğu bulunmuştur. Bir başka deyişle daha ileri yaştaki üniversite öğrencileri şizofreni tedavisi hakkında daha fazla bilgi düzeyine sahiptir.

- Katılımcıların, okudukları bölüme göre şizofreniye yönelik genel inançlar ve şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar düzeylerinin anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Buna göre şizofreni hakkında bilgi düzeyinin ve şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar düzeyinin psikoloji-PDR bölümü öğrencilerinde diğer belirtilen bölümlere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer bölümler kendi aralarında kıyaslandığında ise mimarlık – mühendislik alanında eğitim alan katılımcıların bilgi düzeyinin öğretmenlik ve sağlık bilimleri alanlarında eğitim alan katılımcılardan daha yüksek seviyede olduğu görülmüştür.
- Üniversite öğrencileri arasında kadın katılımcıların şizofreni hakkında bilgi ve şizofreniye yönelik genel inançlar düzeylerinin erkek katılımcılardan daha yüksek seviyede olduğu bulunmuştur.
- Geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olan katılımcıların şizofreniye yönelik genel inançlar düzeylerinin geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmemiş olan katılımcılardan daha yüksek seviyede olduğu bulunmuştur.
- Katılımcıların şizofreni hakkında bilgi düzeyleri ile şizofreniye yönelik genel inançlar düzeyleri arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği; şizofreni hakkında bilgi düzeyleri ile şizofreninin nedenlerine yönelik inançlar bilgi düzeyleri arasında pozitif ve orta düzeyin altında anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

BÖLÜM 6

Öneriler

Araştırma sonucunda üniversite öğrencilerinde 18-20 yaş grubu ağırlıklı olmak üzere ilk sınıf öğrencilerine şizofreni konusunda farkındalık yaratacak bilgilerin verilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte kadın öğrencilere ve psikoloji-PDR dışındaki bölümlerdeki üniversite öğrencilerinin de şizofreni hakkındaki bilgi ve algılarının arttırması gerektiği anlaşılmaktadır.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bu araştırmanın sonuçları şizofreniye yönelik farkındalığın arttırılması gerektiğini gözler önüne sermektedir. Bu durumda yapılması gerekenler vardır, şizofreniye karşı damgalamayı ve bilgi eksikliğini giderebilmek için üniversite öğrencilerine psiko eğitim verilmelidir, ayrıca şizofreni hastasıyla yüz yüze etkileşim kurulması önerilmektedir. Şizofreniyle ilgili belgeseller, videolar ve sempozyumlar yapılarak farkındalığın arttırılacağı önerilmektedir.

Şizofreniye farkındalığın arttırılmasında psikoloji-PDR öğrencilerinde katkı sağlayabileceği seminerler verilerek diğer üniversite öğrencilerinin hem bilgileri, hem tutumları değiştirilmesi önerilmektedir.

Bu araştırma Covid-19 sürecinde yapılmıştır, katılımcılara çevrimiçi anketler gönderilmiştir, pandemi süreci tamamlandıktan sonra yüz yüze ve daha çok üniversite öğrencisine ulaşılarak yapılabilir.

Bu araştırma sadece lisans ve yüksekokul öğrencilerine uygulanmıştır, yüksek lisans ve doktora öğrencilerine veya lise, ortaokul, ilköğretim öğrencilerine ulaşılarak da yapılması önerilir.

Araştırma sadece şizofreni hastalığına ilişkin bilgi ve tutumları kapsamaktadır, farklı bir ruhsal hastalık veya genel olarak ruhsal hastalıklar üzerinden damgalama çalışmalarının yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

Abaoğlu, H. (2018). Şizofrenili bireylerde yaşam becerileri eğitiminin işlevsellik üzerine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Arıkan, K. (2020). Şizofreni Hakkındaki Mitler ve Doğruları. <https://www.kemalarikan.com/sizofreni-hakkindaki-mitler-ve-dogrulari.html> Erişim tarihi: 14.10.2020

American Psychiatric Association. (1998). DSM-IV tanı ölçütleri başvuru elkitabı. Hekimler Yayın Birliği.

Akbulut, Ş. (2009). Şizofren hasta yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları ve hastanın bakımında yaşadıkları zorluklar. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.

Aker, S. (2008). Samsun İlinde Aile Hekimlerinin Şizofreni Hastalarına Karşı Tutumları ve Hekimlik Uygulamaları.Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk sağlığı AD, Samsun.

Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Uğuz, Ş., Tamar, D. ve Liman, O. (2002). Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3(1), pp. 5-13.

Al-Adawi, S., Dorvlo, A. S., Al-Ismaily, S. S., Al-Ghafry, D. A., Al-Noobi, B. Z., Al-Salmi, A. And Chand, S. P. (2002). Perception of and attitude towards mental illness in Oman. International Journal of Social Psychiatry, 48(4), pp. 305-317.

Angermeyer, M. C. And Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38(9), pp. 526-534.

Anis, S. S., Vankar, G. K., Kansal, K. R., Jambusarwala, T. N., & Gor, V. P. (2020). Knowledge and attitudes toward schizophrenia among high school adolescents. Annals of Indian Psychiatry, 4(1), 40.

Arkan, B., Bademli, K. ve Duman, Z. Ç. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda türkiye'de yapılan çalışmalar.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(2), pp. 214.

Aruna, G., Mittal, S., Yadiyal, M. B., Acharya, C., Acharya, S., & Uppulari, C. (2016). Perception, knowledge, and attitude toward mental disorders and psychiatry among medical undergraduates in Karnataka: A cross-sectional study. Indian journal of psychiatry, 58(1), 70.

Arslantaş, H., Gültekin, B. K., Söylemez, A. Ve Dereboy, F. (2010). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 11(1), pp. 11 – 17.

Belene, E. (2009). Şizofreni’de anksiyete belirtilerinin, pozitif, negatif ve depresif belirtiler, intihar düşüncesi, içgörü ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Arastırma Hastanesi, İstanbul.

Bhugra, D. (2005). The global prevalence of schizophrenia. PLoSmedicine, 2(5), pp. 151.

Bilge, A. (2006). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışması.Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Tanık, F. A. ve Van Os, J. (2012). Life time Prevalence and Correlates of Schizophrenia and Disorders with Psychotic Symptoms in the General Population of Izmir, Turkey. Turk Psikiyatri Dergisi, 23(3), pp. 1-11.

Bostancı, N. (2004). Şizofreni hastalarına yönelik stigma ve bunun azaltılmasına ilişkin girişimler.İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi, 13(53), pp. 200-209.

Büyüksandıç-Özşen, P. (2013).Şizofren Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Bilgileri, İnançları ve Yardım Arama Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Cadge, C., Connor, C., & Greenfield, S. (2019). University students' understanding and perceptions of schizophrenia in the UK: a qualitative study. *BMJ open*, 9(4), e025813.

Çam, O. ve Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(3), pp. 215.

Çam, O. ve Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), pp. 91-101.

Çırakoğlu, O. C. ve Işın, G. (2005). Perception of drugad dictionamong Turkish university students: Causes, cures, and attitudes. *Addictive Behaviors*, 30(1), pp. 1-8

Demir, B. (2013).Psikoeğitimin özel bakım merkezlerinde çalışan bakım elemanlarının şizofreniye yönelik inanç, bilgi, tutum ve yaklaşımlarına etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Duman, B., Çolak, B., Ünalp, C., Taşçı, D., Kumbasar, H., Kar, İ. ve Özdemir, S. N. (2019). Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(4), pp. 141-149.

DuPont-Reyes, M. J., Villatoro, A. P., Phelan, J. C., Painter, K., & Link, B. G. (2020). Adolescent views of mental illness stigma: An intersectional lens. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(2), 201.

Durat, G., Atmaca, G. D., Açıl, H. C. ve Oksal, H. A. (2017). Şizofreni hastası olan hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(1), pp. 43-50.

Danacı, A. E., Balıkçı, K., Aydın, O., Cengisiz, C. veUykur, A. B. (2016). Tıp eğitiminin şizofreniye yönelik tutumlar üzerine etkisi; 5 yıllık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(3), pp. 176-186.

Eren, K. (2006).Şizofreni ve cinsiyet farklılıkları. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Ezell, J. M., Choi, C. W. J., Wall, M. M., & Link, B. G. (2018). Measuring recurring stigma in the lives of individuals with mental illness. *Community mental health journal*, 54(1), 27-32.

Furnham, A.ve Bower, P. (1992). A comparison of academicand lay theories of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 161(2), pp. 201-210.

Furnham, A. And Chan, E. (2004). Laytheories of schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(7), pp. 543-552.

Furnham, A., Cook, R., Martin, N., & Batey, M. (2011). Mental health literacy among university students. *Journal of Public Mental Health*.

Furnham, A.ve Lowick, V. (1984). Lay theories of the causes of alcoholism. *British Journal of Medical Psychology*, 57(4), pp. 319-332.

Furnham, A.and Rees, J. (1988). Lay theories of schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 34(3), pp. 212-220.

Gedik, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Goldner, E. M., Hsu, L., Waraich, P. and Somers, J. M. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(9), pp. 833-843.

González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A. And Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(1), pp. 14-23.

Güllü, M. ve Güçlü, M. (2009). Orta öğretim öğrencileri için beden eğitimi dersi tutum ölçeği geliştirilmesi. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 3(2), pp. 138-151.

İkışık, H. (2008). Tıp fakültesi öğrencilerinde şizofreniye yönelik damgalamanın (stigmatizasyonun) değerlendirilmesi: niteliksel bir çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

İnceoğlu, M. (2011). Tutum-algı iletişim. İstanbul: Siyasal Kitabevi.

İngeç, C. (2018). Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmasının şizofreni hastalık başlangıç yaşına etkisi. Uzmanlık Tezi, Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İzmir.

Işık, I., Savaş, G. ve Kılıç, N. (2019). Şizofreni Hastalığına Sahip Bireylerin Çalışma Hayatı Konusunda Yaşadıkları Güçlükler. ACU Sağlık Bil Dergisi, 10(3), pp. 399-408.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Rodgers, B. And Pollitt, P. (1997). Beliefs about the helpfulness of interventions for mental disorders: a comparison of general practitioners, psychiatrists and clinical psychologists. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31(6), pp. 844-851.

Kara, N. ve Türkçapar, M. H. (2015). Şizofreni alttiplerinin geçerliliği: Karşılaştırmalı bir çalışma. Klinik Psikiyatri Dergisi, 17(4), pp.119-128.

Karadağ, S. (2012). İlköğretim 8. sınıf ve lise 11. sınıf öğrencilerinin Beden Eğitimi dersine ilişkin tutumlarının çeşitli değişkenlere bağlı olarak karşılaştırılması (Kırıkkale örneği). Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırıkkale.

Kim, N. SveAhn, A.W-K. (2002). The influence of naive causal theories on lay concepts of mental illness. American Journal of Psychology, 115(1), 33-66.

Kokurcan, A. ve Atbaşıoğlu, E. C. (2015). Şizofreni ayırıcı tanısı: başka bir tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk ve nörogelişimsel bozukluklardaki psikoz belirtileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(4), pp. 279-90.

Lang, B.A. (2015). Lay perceptions of behavioral and substance addictions. Master Thesis. Green State University, USA.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.

Magliano, L., Read, J., Rinaldi, A., Costanzo, R., De Leo, R., Schioppa, G., & Petrillo, M. (2016). The influence of causal explanations and diagnostic labeling on psychology students' beliefs about treatments, prognosis, dangerousness and unpredictability in schizophrenia. *Community mental health journal*, 52(3), 361-369.

Malas, E. M. (2017). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji Bölümü ile başka bölüm öğrencileri arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

McGrath, J., Saha, S., Chant, D. and Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*, 30(1), pp. 67-76.

Oban, G. (2010). Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özel-Kızıllı, E. T. (2006). Basit Şizofreni. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9, pp. 82-88.

Özkan, R. (2011). Genel lise ve imam hatip lisesi öğrencilerinin beden eğitimi ve spor dersine ilişkin tutumlarının karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özpoyraz, L. ve Taman, L. (1998). Şizofrenik bozukluk. *Psikiyatri*, pp. 1-12.

Öztürk, A., Kaçan Softa, H. ve Karaahmetoğlu Ulaş, G. (2015). Kastamonu Üniversitesi'nde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançları ve psikiyatri hemşireliği dersinin etkisi. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 4, pp. 148-166.

Özyiğit, Ş. (2004).Sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencileri ve çalışan hemşirelerin şizofreniye ilişkin tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry*, 39(5), 503-511.

Pehlivan, H. (1994). Eğitim bilimleri öğrencilerinin öğrenim gördükleri bölüme yönelik tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(10), pp. 49-53.

Puspitasari, I. M., Garnisa, I. T., Sinuraya, R. K., & Witriani, W. (2020). Perceptions, Knowledge, and Attitude Toward Mental Health Disorders and Their Treatment Among Students in an Indonesian University. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 845.

Rabkin, J. (1974). Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia bulletin*, 1(10), 9.

Riffel, T., & Chen, S. P. (2020). Exploring the knowledge, attitudes, and behavioural responses of healthcare students towards mental illnesses—A qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 25.

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

Saha, S., Chant, D., Welham, J. And McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2(5), pp. 141.

Saha, S., Chant, D. C., Welham, J. L. And Mc Grath, J. J. (2006). The incidence and prevalence of schizophrenia varies with latitude. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(1), pp. 36-39.

Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A. And Jacobsson, L. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(6), pp. 299-303.

Smith, M. J., Wang, L., Cronenwett, W., Mamah, D., Barch, D. M., & Csernansky, J. G. (2011). Thalamic morphology in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of psychiatric research*, 45(3), 378-385.

Stępnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. A. (2018). Current concepts and treatments of schizophrenia. *Molecules*, 23(8), 2087.

Świtaj, P., Wciórka, J., Smolarska-Świtaj, J. and Grygiel, P. (2009). Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(8), pp. 513-520.

Takeuchi, J., & Sakagami, Y. (2018). Stigma among international students is associated with knowledge of mental illness. *Nagoya journal of medical science*, 80(3), 367.

Tarım, H. Ş. (2017). Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Yüksek Lisans Tezi, yakın doğu üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Kıbrıs.

Taşkın, E. O., Seyfe Şen, F., Aydemir, Ö., Demet, M. M., Özmen, E. ve İçelli, İ. (2002). Kırsal kesimde şizofreninin sağaltımına ilişkin inanç ve tutumlar. 9. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, Malatya, pp. 456-465.

Taşkın, E. O. ve Özmen, E. (2004). Ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar: Türkiye çalışmalarının gözden geçirilmesi. *3P Dergisi*, 12 (3), pp. 229-238.

Taşkın-Uyan, T. (2018). Şizofrenili hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantıların dissosiyatif, pozitif ve negatif belirtiler ile ilişkisinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi. Rize.

Üçok, A. (2008). Şizofreninin erken döneminde klinik özellikler ve tedavi ilkeleri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 11(Ek 1), pp. 3-8.

Üresin, B. (2012). Beden eğitimi derslerinde uygulanan bireysel rekabetçi ve işbirlikçi hedef yönelimlerinin ilköğretim 2 kademesinde okuyan öğrencilerin beden eğitimi derslerine yönelik tutumlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Üstünsoy-Çobanoğlu, Z. S., Aker, T. ve Çobanoğlu, N. (2003). Sizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. Düşünen Adam, 16(4), pp. 211-218.

Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. The British Journal of Psychiatry, 180(6), 490-495.

Yavuz, R. (2008). Şizofreni. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.

Yeniçeri, Z. ve Dönmez, A. (2008). Terörizm ve Terörist Algisi: Silahi Kimin Tuttugu Ne Kadar Etkili?. Türk Psikoloji Dergisi, 23(62),pp. 93-103.

Yüksel, N., Yılmaz, M. Ve Örekici-Temel, G. (2015). Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşleri. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 6(1), pp. 26-34.