

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Yüksek Lisans Programı

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL
HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇLARININ
ARAŞTIRILMASI**

Ahmet Gedik



Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2015

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIKLARA
YÖNELİK İNANÇLARININ ARAŞTIRILMASI

Ahmet Gedik

İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Betül AYDIN

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2015

KABUL VE ONAY

Ahmet Gedik tarafından hazırlanan Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Araştırılması başlıklı bu çalışma, 09.11.2015 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. F. Betül AYDIN (Başkan)



Prof. Dr. F. Betül AYDIN (Danışman)

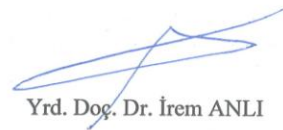


Yrd. Doç. Dr. Ferda Şule KAYA (Üye)



Yrd. Doç. Dr. M. Bayhan ÜGE (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.



Yrd. Doç. Dr. İrem ANLI

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

Tezimin tamamı her yerde erişime açılabilir

Tezimin sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.

Tezimin 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

09.11.2015



Ahmet Gedik

TEŞEKKÜR

Tezim süresince desteğini esirgemeyen tez danıőmanım Prof. Dr. Betül AYDIN'a çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren Prof. Dr. Öget ÖKTEM TANÖR'e, Yrd. Doç. Dr. Duysal AŐKUN ÇELİK'e, Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE'ye, Yrd. Doç. Dr. İrem ANLI'ya ve Öğr. Gör. N. Ayőe őAHAN'a teşekkür ederim.

Hem lisans hem de yüksek lisansta öncelikle insani ve ahlaki değerlerinden faydalandığım, saygı duyduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Nevzat TARHAN'a, Doç. Dr. Sevda BULDUK'a, Yrd. Doç. Dr. Birim Sungu TALU'ya, Uzm. Psk. İhsan ÖZTEKİN'e, Uzm. Psk. Fatih DANE'ye, Uzm. Psk. Elif KANDAZ'a, Öğr. Gör. Dr. Ani Heda İŐIKÜSTÜN'e sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Çalışmama katılmayı kabul edip, bilime katkı sağlayan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Bu süreç içinde manevi desteklerini hep yanımda hissettiğim canım aileme en içten saygılarımla teşekkür ederim.

ÖZET

GEDİK, Ahmet. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Araştırılması, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015.

Bu araştırmada; ruhsal hastalıklara yönelik inançların, sosyo-demografik verilerle birlikte ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmaya, İstanbul Bilim Üniversitesi'nde çeşitli bölümlerde öğrenim gören altı yüz kırk üçü kadın, yüz kırk yedisi erkek; yedi yüz doksan öğrenci katılmıştır. Araştırmada, demografik özelliklerin belirlenmesi için araştırmacı tarafından oluşturulan '*Sosyo Demografik Bilgi Formu*', ruhsal hastalıklara yönelik inançların belirlenmesi amacıyla '*Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği*' kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde, Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi, Bağımsız Örneklem T Testi, Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Tukey Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis T testi, Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır. Yapılan istatistiksel analizlerin sonucunda; yaş, eğitim bölümleri, doğdukları yerlere göre, psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü, aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öykülerinin olup olmama ve tehlikelilik, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma, utanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, bu ilişkiler detaylı tablolar ve açıklamalarla ifade edilmiştir.

Anahtar Sözcükler

Ruhsal hastalık, İnanç, Üniversite Öğrencileri

ABSTRACT

GEDİK, Ahmet. Researching to University Students' Believes on Mental Illnesses, Master Dissertation, Istanbul, 2015.

In this study, the relationship of believes on mental illnesses with socio-demographic datas are researched. Seven hundred and ninety students who study at many different departments of Istanbul Bilim University joined the study. Six hundred and forty three of them are female and one hundred and forty seven of them are male. To specify the socio-demographic features, "Sociodemographic Information Form" which is prepared by the researcher is used and to specify the believes on mental illnesses "The Scale of Believes on Mental Illnesses" is used in the study. To analyze the datas of the study, "Kolmogorov-Smirnov Normality Test" , "Independent Sample T Test" , "Independent Sample Simplex Varians Analize" (ISSVA) and "Turkey Test" , " Mann-Whitney U Test", "Kruskal-Wallis T Test", "Pearson Correlacion Test" are applied.

By the results of the statistical analyzes which are made by the researcher, significant relationships are founded between age, education departments, place of birth, previous psychiatric story, previous psychiatric story from family, dangerousness, desperation, deterioration of relationships between individuals and shame, and this relationships are described by detailed tablos and explainings.

Key Words

Mental Illnesses, Believes, University Students

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR

ÖZET

İÇİNDEKİLER

ABSTRACT

KISALTMALAR DİZİNİ

TANIMLAR

TABLolar DİZİNİ

1. GİRİŞ

1.1“Damgalama”Kavramı Etrafindaki Temel Kavramlar	1-6
1.2 Genel Anlamda ‘Damgalama’	6-10
1.3 Ruhsal Hastalığı Olanlarda Damgalama	10-13
1.4 Sosyal Mesafe-Dışlanma	13-14
1.5 Tarihsel Süreçte Damgalama	15-17
1.6 Anadolu’da Ruhsal Hastalığa Ve Hastaya Karşı Tutum	17-21
1.7 Damgalamada Sosyo-Demografik Etkenler	21-23
1.8 Ruhsal Hastalara Karşı Tutum Araştırmaları	23-24
1.9 Ruhsal Hastalıklarla İlgili Türkiye’de Yapılan Tutum Araştırmaları	25-29
1.2. Araştırmanın Amacı	29-30

1.3. Araştırmanın Önemi	30-31
1.3.1. Alt Amaçlar	31
1.3.1.2. Problem Cümlesi	31
2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	32
2.1. Evren ve Örneklem	32
2.2. Veri Toplama Araçları	32
2.2.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	32-33
2.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ)	33-34
2.3. İşlem	34
2.4. Veri Analizinde Kullanılan İstatiksel Yöntemler	35
3. Bulgular	36-70
4. Tartışma	71-75
4.1. Sınırlılıklar	75
4.2. Öneriler	76
KAYNAKÇA	77-85
EKLER	86-93
EK 1: Sosyo Demografik Bilgi Formu	86-87
EK 2: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ)	88-90
EK 3: Mehmet Sait Mehmed Sait - Osmanlı İmparatorluğu Döneminde Delilik Sınıflaması	91-93

KISALTMALAR DİZİNİ

RHIÖ : Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

SİM : Sağlık İnanç Modeli

TANIMLAR

Ruh Hastalığı (Mental Disease): Ruhsal rahatsızlıkların tıbbi modeli çağrıştıran eşanlamlısı... Günümüzde genellikle “ruhsal rahatsızlık” terimi kullanımı tercih edilmektedir (Budak, 2009).

Ruhsal Rahatsızlıklar (Mental Disorders): Bireyde tipik olarak acı verici semptomlarla veya önemli işleyiş alanlarından (mesleki, ailevi, sosyal, bedensel, ruhsal vb.) birisindeki veya birkaçındaki kötüleşme eşliğinde ortaya çıkan kliniksel açıdan anlamlı davranışsal veya ruhsal uyumsuzluk, yetersizlik ya da rahatsızlık. Genellikle bir toplumun geleneksel normlarının ve değerlerinin dışına düşen davranış yapıları bu şekilde değerlendirilir (Budak, 2009).

Damga (Stigma): Özgün anlamıyla derideki ben, leke. Sosyal bilimlerde, kişinin toplumsal kişiliğini olumsuz yönde etkileyen bir etiket; kişinin toplum tarafından reddedilmesine yol açan fiziksel veya davranışsal özellikleri. Fiziksel özür, zekâ geriliği, sabıka, ruh hastalığından ötürü tedavi görmüş olma, farklı bir ırka, dine, cinsel yönelime sahip olma, vb. buna birer örnektir. Damga, ayrımcılık, tecrit edilme, öz-
imajın ve öz-saygının yara alması gibi çeşitli ekonomik, sosyal ve ruhsal sonuçlara yol açabilmektedir (Budak, 2009).

Tutum (Attitude): En genel anlamıyla, kişinin belli bir insana, gruba, nesneye, olaya, vb yönelik olumlu veya olumsuz bir şekilde düşünmesine, hissetmesine veya davranmasına yol açan oldukça istikrarlı, yargısal bir eğilim. Bu eğilim bilişsel (eski yaşantılara dayalı bilinçli bir inanç, kanı içermesi açısından), duygusal (hoşlanma veya hoşlanmama şeklinde kendini göstermesi açısından), yargısal (söz konusu şeyin olumlu veya olumsuz olarak değerlendirilmesi açısından) veya davranışsal (bütün bunların, kişiyi şu veya bu şekilde davranmaya eğilimli kılması açısından) bileşenlerden oluşur (Budak, 2009).

TABLO DİZİNİ

Tablo 1.1 Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri	36
Tablo 1.2 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	38
Tablo 1.3 Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi	39
Tablo 1.4 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler	39
Tablo 1.5 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 1.6 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği, Tehlikeli, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçek Puanlarının Yaşlar Grupları Arasındaki Farklılıklar	43
Tablo 1.7 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 1.8 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Sınıflarına Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 1.9 Araştırma Grubunun Tehlikeli Alt Ölçek Puanlarının Sınıfları Arasındaki Farklılıklar	50
Tablo 1.10 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Sosyoekonomik Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 1.11 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Doğdukları Yerlere Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 1.12 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Bölümlerine Göre Karşılaştırılması	57

Tablo 1.13 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Bölümleri Arasındaki Farklılıklar 60

Tablo 1.14 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öykülerinin Olup Olmama Durumlarına Göre Karşılaştırılması 66

Tablo 1.15 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Aileden Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öykülerinin Olup Olmama Durumlarına Göre Karşılaştırılması 68

1.GİRİŞ

1.1.“DAMGALAMA” KAVRAMI ETRAFINDAKİ TEMEL KAVRAMLAR

Ruh hastalıkları söz konusu olduğunda, temel konulardan biri olan ve güncelliğini halen koruyan damgalama kavramı, insan yaşamına henüz insan toplumlarının oluşumu ile girmiştir. Bugün, önemini ruh sağlığı uygulamalarının tüm evrelerine (koruyucu, geliştirici, tedavi edici) olan olumsuz etkisinden alan bu kavram, denilebilir ki, çıkış noktasını, önce insanın, daha sonra toplumun alışmış olduğu düzende karşısına çıkan ötekiyi algılayışı, onu tanımlayışı ve onunla kurduğu ilişkiden beslenmiştir. Ruhsal hastalıklar karşısında bir tutum alış olarak damgalamanın bireyler düzeyinde incelenmesinden, konunun en temelde evrensel olduğu sonucu görülmektedir. Toplumsal boyutta ise kültürler arası farklılıklar, söz konusu tutum alış belirleyici başat faktör olarak ön plana çıkmaktadır. Toplumların geçirdiği evrelere paralel olarak, ruhsal hastalıklar karşısında farklı medeniyetlerin tutum alışları da tarih boyu değişime uğramıştır. Damgalama kavramını, burada kısaca değindiğimiz tarihsel bağlama oturturken insanın neyi damgaladığını, niye damgaladığını; damgalamanın bireysel ve toplumsal sebep ve sonuçlarını, etkilerini tanıtmadan önce aşağıda “tutum”, “önyargı”, “inanç” kavramlarını ele alacağız.

Tutum (attitude), bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik nesneye karşı (belirli nesne, kadurum, kurum, kavram ya da diğer insanlara karşı) öğrenilmiş, olumlu ya da olumsuz tepkide bulunma eylemidir. Tutum, bir bireye aittir ve onun bir nesneye ilişkin düşünce, duygu ve davranışlarına bir bütünlük ve tutarlılık verir. İnsanın tepkileri, büyük ölçüde tutumları tarafından belirlenir. Tutum tanımında, düşünce duygu ve davranışların düzenliliği söz konusudur. Ancak tutum, gözlenebilen bir davranış değil, davranışa hazırlayıcı bir eğilimdir. Kişinin tutumları da davranışlarına bakılarak belirlenir. Sonuç olarak, tutumlar bir bireye atfedilen, kendileri gözlenemeyen, fakat gözlenebilen bazı davranışlara yol açtığı varsayılan eğilimlerdir (Taşkın, 2007).

Kağıtçıbaşı (1999), tutumu, bireye atfedilen ve onun psikolojik nesne ile ilgili düşünce,

duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilim” şeklinde tanımlar.

Daniel Kartz, tutumu “bireyin sahip olduğu değerler dizgesine bağlı olarak bir simgeyi, bir nesneyi, bir kişiyi veya dünyayı iyi ya da kötü, yararlı ya da zararlı yönleriyle algıladığı bir ön düşünme biçimi” olarak tanımlar (Kartz’dan aktaran Tolan, 1985).

Tutum, bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir (Demiralp, Tekbaş, Hatipoğlu, 2005).

Thurnstone’a göre, tutum, psikolojik bir nesneye yönelen olumlu ya da olumsuz bir yoğunluk sıralaması ve derecelendirmesidir (Kartz’dan aktaran Tolan, 1985).

Muzaffer Sherif’e göre (1969), “bilişsel, güdüsel ve davranışsal bir dizge olarak tutum, bireyin dünya hakkındaki sürekli veya geçici varsayımlarını, diğer insanlardan beklentilerini, kendine benzer olan insanlarla değişik olanlar arasındaki farklılıkları, değer ve bakış açılarını, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ve neye yaklaşılması neyden kaçınılması gerektiğine ilişkin duygu ve inançlarını içerir.

Genel olarak tutum kuramı, tutumun, tutum nesnesi ile ilgili geçmiş bir deneyim veya yaşantının insan beynindeki kaydı, tortusu ya da ön düşüncesi olduğunu ve şimdiki ya da gelecekteki davranış ile ilişkili olarak bireyin düşünsel oluşumuna etkide bulunduğunu varsayar (Kartz’dan aktaran Tolan, 1985).

“Bir inanç, bireyin dünyasının bir yönüne ait idrak ve bilgilerin devamlı bir organizasyonudur”... Tutumlar ise, insanın sosyal davranışının pek çok önemli ve dramatik örneklerinin arkasında bulunur... Tutumlar, inançlarla ortak olarak, temel psikolojik süreçler ile davranış arasında aracı entegrasyonlar halinde bulunur (Güngör, 1994).

Yukarıdaki tanımlama çabalarından yola çıkarak, öteki ile karşılaşmada insanın verdiği tepkiyi büyük ölçüde belirleyen etken olarak tutumların özellikleri, öğeleri, oluşum süreçleri ve değişim mekanizmaları üzerinde durulması gerekmektedir.

“Öğeleri göz önünde tutularak bir tutumun tepkiyi belirleme potansiyelinin yüksekliği olarak gücü, söz konusu üç öğesinin gücünün toplamı olarak ifade edilmiştir. Aynı zamanda, bir tutum ne kadar güçlü ise, değişmesi de aynı oranda zordur. Ancak tutumlar, öğrenme yolu ile kazanıldıkları gibi aynı yol ile daha sonra öğrenilen bilgilerle değişebilirler. Bir tutumun değişmesinde temel üç etken vardır, bunlar; bilgi kaynağı, mesaj ve hedefdir. Bilgi kaynağı özellikleri, inanılabilirlik, sevilme ve benzerliktir. Özellikle, verilen bilgi konusunda uzman ve güvenilir olarak değerlendirilen kaynaklardan gelen bilgiler daha etkili olmaktadır. Mesaj, yüz yüze, çift yönlü (yani karşıt görüşleri de içerdiğinde ve bunlar çürütüldüğünde) ve hedefin tutumlarından orta derecede farklı olduğunda, tutumların değişme olasılığı artmaktadır. Bir tutumun değiştirilmesi amaçlandığında, çok farklı önerilerin hedefin tutumlarını değiştirmede başarısız kaldığı, optimal etki için orta derecede farklı mesajların verilmesi gerektiği ileri sürülmektedir. Hedef kişi ya da topluluğun özelliklerinin en mühimi tutumlarının güç derecesidir. Her tutum, bireyin bir psikolojik gereksinimini karşılamaktadır. Bu gereksinim ne kadar önemli ise, tutumun gücü de o kadar yüksek olacaktır ve değişime direnç gösterecektir. Yapılan araştırmalar, bir tutumun her zaman davranışa yansımayaabileceğini de göstermiştir, davranışa yansımada etken rol yine tutumun gücüne düşmektedir. Önemli bir nokta da “ortamsal etkiler” ve “alışkanlıkların” da davranış düzeyinde sonuca etki ettiğiidir. Böylece bir “atıf” olarak tanımlanan ve doğrudan gözlemlenemeyen tutumların doğrudan ölçülmesi olanaklı değildir. Ancak dolaylı olarak davranış yoluyla saptanabilir ve ölçülebilir” (Aydın, 2000).

Önyargı (Prejudice): Bir olay, insan, durum vb konusunda yeterli bilgiye sahip olmaksızın oluşturulan bir kanı veya tutum (Budak, 2009).

Önyargı, kişilerin bir nesne ya da durum konusunda, dış gerçekler hakkında bilişsel bir değerlendirme yapmaksızın, daha çok önceki bazı yargılar ve stereotipiler üzerinde oluşturulmuş bir yargıdır (Taşkın, 2007). Önyargı, genellikle bir kişinin kararlarının ağırlıklı bir şekilde tek taraflı olarak ortaya çıkmasında kullanılmaktadır (Bulduk, Esin, Umut, 2006).

“Damgalama” kavramını tanıtırken, üzerinde durmamız gereken bir başka kavram, “inanç” kavramıdır. Sosyal psikoloji bağlamında ilk kez Allport tarafından ele alınan “inanç” kavramı, ona göre bir grubun özüne ilişkin inançlar taşıma, önyargılı kişilik,

katı ve belirsizliğe karşı toleransı düşük bir bilişsel yaklaşımın göstergesidir. İnanç, belli bir konudaki düşüncenin ileri düzeyde kabul görmesiyle son derece sabitleşmiş, yerleşmiş genel kanılardır. Bunlar yazılı olmayan yasalar niteliğinde olup milyonlarca yıl insanların yaşam düzenini kararlaştırmış ve kişiler arası ilişkilerini düzenlemiştir (Allport'tan aktaran Göregenli, 2006).

İnanç, bireyin bir konu ile ilgili bilişlerinin tümüdür. Algılar ve bilişler kendi içlerinde örgütlenmelerdir ve inançlar bu örgütlerin birleşmesi ile ortaya çıkmaktadır. Bir şeye inanıldığı belirtilmesi, o kişi için gerçeğin o olduğu anlamına gelmektedir. Bu inançlar ister gerçek olsun, ister yanlış olsun, ister dayanıksız olsun, bireyin bir konudaki geçmişte öğrendiklerini ve edindiklerini özetleyerek gelecekteki olayları algılamasını, yorumlamasını etkilemektedir. Bu yanı ile tutumların bilişsel bileşeninde yer almakta ve içerdikleri bilgi ve inanç derecelerine göre tutumları farklılaşabilmektedir (Ziyalar, 1999).

“İnanç” kavramına, nesne ya da olayların nitelikleri ya da varlıklarına ilişkin, biçimleyici değerlendirmelerini içeren duygusal öge katıldığında tutuma dönüşmesi, inanç ve tutum kavramlarının birbirlerine neden-sonuç ilişkisiyle bağlı olduğunu göstermektedir. İnançlar, tutumların duygusal yönlerine eşlik eden, söze dökülmüş anlatımlardır. Bir nesneye ilişkin olumlu veya olumsuz tutum varsa, o nesneye ilişkin olumlu veya olumsuz bir inanç da olacaktır. Fishbein ve Ajzen (2005), beklenen-değer modelinde tutumların inançlardan ayrıldığını belirtmiştir. Tutumlar, bireylerin hedef nesne ile ilgili tercih edilebilir ve tercih edilemez değerlendirmesini temsil ederken; inançlar, bireylerin nesne ile ilgili sahip olduğu bilgiyi temsil eder. Bir nesneye yönelik tutum, nesnenin sahip olduğu öznellik olasılığını ve hedef nesne ile bağlantılı olan belli özelliği değerlendirme ürününü birleştirerek belirlenir. Sonuç olarak, özelliğin değerlendirilmesi bireyin inançlarının gücü oranında bireylerin tutumuna katkıda bulunur (Fishbein ve Ajzen'den aktaran Tavşancıl,).

İnançlarla ilgili olarak literatürde birçok model ve kuram vardır. Bunlara kısaca aşağıda yer verilmiştir:

Piaget'nin bilişsel gelişim kuramı, bilgi inşası kavramını somutlaştıran bir çalışmadır. Buna göre, birey deneyim ve etkileşim yoluyla çevreye ilişkin bir anlayış ve anlama sistemi oluşturmaktadır. Kuramda, bilginin şema, olgunlaşma, yaşantı, uyum ve örgütlenme aşamasından geçerek davranışa büründüğü vurgulanmaktadır. Bireyin bilişsel gelişiminin dört ana evrede açıklandığı kuramda, özellikle bireyin 12-15 yaşları arasını kapsayan “soyut işlemler evresinde”

Bilimsel yöntemle problem çözme,

Değer ve inanç sistemini yapılandırma,

Düşünce dünyasıyla aktif olarak ilgilenme,

Düşüncesini etkinliklerine yansıtma kavramının yerleştiği belirtilmektedir (Aydın, 2000).

Vygotsky'nin bilişsel kuramına göre, inancın gelişimi toplumsal çevre ve kültürel yapı ile açıklanabilir. Ona göre, tüm öğrenilenlerin (düşünce, inanç) kaynağı toplumsal çevredir. Öğrenmeyi bir bakıma toplumsal etkileşim yoluyla kültürlenme olarak tanımlayan Vygotsky, kişinin psikolojik süreçlerinin bile çevre tarafından etkilendiği görüşündedir. Kültürlenme, topluma özgü düşünce, inanç ve duyuş özelliklerinin çocuğa aktarılmasıdır (Aydın, 2000).

Söz konusu modellerden biri olan ve 1950 yılında Rosentock tarafından geliştirilen sağlık inanç modeli (SİM), sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarına açıklık getiren ve geçerliliği birçok çalışmada kanıtlanmış olan bir modeldir. Temelde, bilişsel bir yaklaşım olan SİM'de, bireyin sağlığına yönelik bir tehdit algılandığında, ya da birey sağlık tehdidini önleyici birtakım şeyler yapıp yararını gördüğünde, birey tarafından koruyucu sağlık davranışı gösterildiği öne sürülmektedir. Ran, Xiang, Chan ve arkadaşlarına göre (2003), SİM'de inancı açıklayan dört bölüm vardır:

1. Algılanan duyarlılık: Bireyin sağlık problemine yatkın olduğuna inanmasıdır.
2. Algılanan ciddiyet: Tehdit edici sağlık probleminin kişide yarattığı endişedir.

3. Algılanan yarar: Bireyin koruyucu davranışın ya hastalıktan korunmada ya da hastalığın şiddetini azaltmada yararlı olacağının hissedilmesidir.
4. Algılanan engel: Bireyin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir.

Bu model, günümüzde sağlıkla ilgili davranışların ardında yattığı düşünülen nesnel normlar, inançlar ve tedavi uyumuna motivasyon gibi sosyal etkenlerdir.

Allport tarafından ele alınan “inanç” kavramı, ona göre bir grubun özüne ilişkin inançlar taşıma, önyargılı kişilik, katı ve belirsizliğe karşı toleransı düşük bir bilişsel yaklaşımın göstergesidir. İnanç belli bir konudaki düşüncenin ileri düzeyde kabul görmesiyle son derece sabitleşmiş, yerleşmiş genel kanılardır. Bunlar yazılı olmayan yasalar niteliğinde olup milyonlarca yıl insanların yaşam düzenini kararlaştırmış ve kişiler arası ilişkilerini düzenlemiştir (Allport’tan aktaran Göregenli, 2006).

1.2.GENEL ANLAMDA “DAMGALAMA”

Söz konusu tüm tamamlayıcı ön tanımlar ardından genel olarak “damgalama” kavramına gelecek olursak, damgalama, bir kişinin, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir. Bu önyargılar, damgalanmış insanlar için, önemli olumsuz sosyal, politik, ekonomik ve psikolojik sonuçlara sahiptir. Damgalanmış insanlar, “normal” insanların onları nasıl tanımladığı ya da kabul edeceği ile ilgili belirsizlik hissedebilirler, sürekli içe kapanık olurlar ve insanlarda nasıl bir etki oluşturdukları hakkında düşünürler (Kaptanağlu, 2007).

Etiketlendirme (Stigma); bir birey ya da grubun saygınlığını tehlikeye düşüren ve onlara utanç duygusu yaşatan bir durum; bir şeyin normal ya da standart kabul edilmediğini belirten bir im ya da leke olarak tanımlanmıştır (Webster’s New Twentieth Century Dictionary, 1983).

Etimolojik açıdan stigma, Eski Yunanca bir sözcüktür: “Sokma, delme, işaretleme” anlamını taşır. Stigma ayrıca Eski Yunanca’da dövme veya köleleri damgalama anlamında da kullanılmıştır (Frisk, 1970).

Amerikalı sosyolog Goffman, damgalamayı, “damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması” olarak tarif etmiştir (Goffman, 2014).

Goffman, meseleyi, bir yabancı ile karşılaşıldığında ona dair peşinen varsayılan “toplumsal kimlik” ve kişinin gerçekten dâhil olduğu “fiili toplumsal kimlik” ayrımına oturtur. Ona göre toplum, “kişileri kategorize etme araçlarını ve her bir kategorinin mensupları için sıradan ve doğal olduğu düşünülen nitelikler bütününe tesis eder. Diğer bir ifade ile toplumsal çerçeveler, işaret ettikleri toplumsal bağlamlarda karşılaşılmaması muhtemel kişi kategorilerini sabitler. Verili toplumsal bağlamlardaki sosyal ilişki rutinleri, özel bir dikkate veya düşünceye gerek kalmaksızın beklenebilir bir durum olarak karşımıza çıkan ötekilerle alakadar olmamıza müsaade eder. Bir yabancıyla karşılaştığımızda, işte o an itibarıyla, ilk intibalar büyük ihtimalle, bizim karşılaşılan kişinin dâhil olduğunu düşündüğümüz kategorisini ve niteliklerini ve buradan hareketle de “toplumsal kimliğini” peşinen kestirmemize olanak tanır. Sahip olduğumuz yargı bu peşin kestirmelere dayanır. Bu kestirmeleri normatif beklentilere, makul olduğu düşünülen taleplere dönüştürürüz. Olağan şartlarda, bu taleplerin yerine getirilip getirilmeyeceği yönünde bir soru ortaya çıkana kadar bunları talep ettiğimiz ya da taleplerimizin ne olduğunun farkına varmayız. İşte o zaman, yani böylesi bir soru gündeme geldiğinde, karşımızda duran kişinin ne menem bir şey olduğuna ilişkin başından beri belli bazı varsayımlarda buluna geldiğimizi idrak ederiz. Dolayısıyla, yaptığımız taleplere “bilkuve” (potansiyel, muhtemel) talepler adını koymak ve karşımızdaki kişiye yakıştırdığımız sıfatı, muhtemel bir geriye dönük değerlendirme kapsamında yapılmış bir yakıştırma – yani “bilkuve” niteleme, varsayılan bir toplumsal kimlik olarak görmek daha doğru olur. Goffman, söz konusu kişinin gerçekten dâhil olduğu kategorilere ve sahip olduğu sıfatlara ise onun *fiili toplumsal kimliği* adı verir. Kişilere peşinen verdiğimiz bu sıfatlar ile karşımızdaki kişiyi zihnimize sağlıklı ve sıradan bir kişi olmaktan çıkarıp lekeli ve sakat biri haline indirgediğimizde böyle bir sıfat, itibarsızlaştırıcı etkisi çok kuvvetliyse bir “damga”dır. Goffman, söz konusu dilin bir sıfatlar dili değil, bir ilişki dili olduğunun altını çizer” (Goffman, 2014).

Birey ya da toplum kendisini ürküten, rahatsız eden bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gider. Bu süreç bazı hastaların damgalanmasına neden olmaktadır. Bu damga zaman zaman hastalığın kendisi kadar tehlikeli olabilmektedir (Üçok, 1999). Damgalama bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür (Kocabaşoğlu, Aliustaoğlu, 2003).

Neuberg, Smith, Asher (2003), insanların kimi zaman ikiyüzlü olarak algılanmamak, bu konudaki komplekslerini azaltmak, kendilerini iyi hissetmek için, içinde buldukları grubun daha iyi olduğunu hissetmek, toplumdaki öncelikli statülerini haklı çıkarmak için ya da önemli bir dünya görüşünü onaylamak gibi “işlevler” adına başkalarını bir ölçüde damgalama eğilimi gösterebildiklerini ileri sürer.

Neuberg ve arkadaşları (2003), damgalama türü konuları izah etmede birey temelli kuramsal açıklamaların yetersiz, kaldığını vurgulayarak, birey psikolojisinden de ötesine bakmak ihtiyacı duymuşlardır ve “insanlar niçin damgalar” sorusuna daha geniş, biyo-kültürel bir yanıt aramışlardır. Grup yaşamı insanın hayatta kalması ve gen transferi için oldukça uygun olduğundan insanlar gruplarını tehdit eden ya da grubun işlevini engelleyen kimseleri damgalayacağını ve öncelikle biyolojik ve kültürel sürecin önemli etkileşimlerine odaklanmak gerektiğini öne sürmüşlerdir. İkinci olarak biyolojik ve evrimsel kavramların kullanımında herhangi bir kavram karmaşasından kaçınmak istediklerini özellikle belirtmişler ve damgalamanın köklerinin biyolojik determinizmle açıklanamayan evrimsel geçmişimizde yatıyor olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Akıl hastaları ve hastalıkları ile ilgili tutumlar “damga/stigma” kavramını ortaya çıkarmıştır. Damga, bir birey ya da grubun saygınlığını tehlikeye düşüren ve onlara utanç duygusu yaşatan bir durum; bireyin normal ya da standart kabul edilmediğini belirten birim ya da leke olarak tanımlanmaktadır (Bağ, Ekinci, 2005).

Link ve arkadaşları, damgalamayı, olumsuz stereotiplerin tetiklediği sosyal statü kaybı ve ayrımcılık olarak tanımlamışlardır (Link, Phalen, 2001).

Katz (1981) tarafından önerilen etiketleme modeline göre sosyal normlardan sapma, damgalamayı oluşturan bir durumdur (Katz’dan aktaran Weidner, 1981). Damgalama, olumsuz inançlar ve bunun sonucu olan önyargı ile temellenmekte (Çam, Bilge, 2007), etiketleme ile başlamakta, ayrımcılık ve dışlamayla sonlanmaktadır (Taşkın, 2007). Öte

yandan, damgalama psiko-şiddetle de sonuçlanabilir. Aslında, bu terimlerin her biri damgalama ile sıklıkla birbirinin yerine kullanılmakla beraber, damgalama bu süreçlerden daha geniş ve kapsamlıdır (Major, O'Brien, 2005).

Stigmatizasyon (etiketleme veya damgalama), önyargılar sonucu bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onları toplumdaki dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür (Kocabaşoğlu ve ark., 2003). Damgalama, kişiler arası ilişkilerde iki şekilde yaşanmaktadır; ayrımcılık ya da kabul edilmezlik... Bu durum aynı zamanda kişide rahatsızlık ve korku da yaratabilmektedir (Bahar, 2007).

Damgalama, bir kişinin, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir. Bu önyargılar, damgalanmış insanlar için, önemli olumsuz sosyal, politik, ekonomik ve psikolojik sonuçlara sahiptir. Damgalanmış insanlar "normal" insanların onları nasıl tanımladığı ya da kabul edeceği ile ilgili belirsizlik hissedebilirler, sürekli içe kapanık olurlar ve insanlarda nasıl bir etki oluşturdukları hakkında düşünürler (Kaptanağlu, C, 2007).

Damgalama ile bireysel ve toplumsal olgular arasında bağlantıları araştıran pek çok çalışma yapılmış ve çeşitli savlar ileri sürülmüştür. İnsanın, içine doğduğu dünyayı ve toplumsal yaşamı anlama çabasında geçirdiği düşünce evreleri elbette insanın kendisine dair sorduğu soruları ve vardığı sonuçları çeşitlendirmiştir. Damgalamaya ilişkin çalışmaların yapıldığı ilk yıllarda, ruhsal hastalıkların daha çok doğaüstü süreçlerle ilişkilendirildiği ortaya konulurken, uzun zamandır insanlar damgalamanın hem bireysel hem toplumsal boyutlarının karşılıklı birbirini besleyen unsurlar olduğunu düşünmektedirler. Bu bağlamda pek çok verinin sunulduğu araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalara aşağıda değinilecektir.

Damgalama pratiğinde, bizzat damgalanan kişinin de henüz başkalarınca hiçbir ayrımcılığa maruz kalmadan kendi kendisini damgaladığı ortaya atılmıştır. Horwitz, damgalamanın ilk olarak kişinin kendisi ve yakın çevresinde başladığını ileri sürmektedir (Horwitz, 1978).

Cumming & Cumming'e göre (1965), damgalama bir ego hasarıdır ve damgalanan hem de damgalayan bu süreçte karşılıklı etkileşim içindedir. Bazen bireyin kendini damgalaması, toplum tarafından damgalanmasını kolaylaştırıcı rol oynamaktadır.

Link ve arkadaşları, kendilik saygısının damgalanma algısında önemli bir değişken olduğunu ileri sürmüştür. Kendilik saygısı ile damgalanma algısı arasında negatif korelasyon bulunmaktadır (Link, Yang, Phelan, Collins, 2004).

Angermeyer ve arkadaşları, kent ve kasaba örneklemlerinde yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada, açık ayrımcılık ve kötü davranışa maruz kalma oranlarının iki kesimde birbirinden farklı olmadığını; ama kasabada yaşayan hastaların kentlilere göre daha fazla damgalandıklarını düşündüklerini göstermiştir (Angermeyer, Matschinger, Corrigan, 2004).

1.3.RUHSAL HASTALIĞI OLANLARDA DAMGALAMA

Damgalama konusunu daha spesifikize ederek, bizim esas konumuz olan ruhsal hastalığı olanların damgalanmasına gelecek olursak, sosyal psikiyatri anlayışının gelişiminden bu yana hastayı, içinde bulunduğu ilişkiler içinde tanıma ve sağaltımı sağlama noktasında pek çok damgalama araştırması yapılagelmiştir. Esasen, bu grubun damgalanması da çıkış noktasını toplumun başka dezavantajlı grupları damgalama eğiliminin kaynağından almaktadır. Taşkın, damgalama pek çok olgu ve durum için görülse de erken çağlardan bu yana damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesimin ruhsal

hastalığı olan kişiler olduğunu söyler (Taşkın, 2007).

Psikiyatrik hastalıklara ve psikiyatri hastalarına karşı geliştirilen olumsuz düşüncelerin, ruhsal hastalıkların tutumların psikolojik rahatsızlıkların önlenmesine, erken tanılamaya ve ruhsal hastalıkların toplum içinde tedavi edilmesine olumsuz anlamda doğrudan etkisi vardır (Malla, Shaw, 1987).

Düzensiz ve beklenmedik şeylerden kaçınma, her şeyin önceden bilinmesi gerekliliği, neyin ardından ne olacağını bilmesi isteği insanoğlu için özel bir gereksinimdir. Toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarını belirleyen en önemli değişken, hastaların “tehlikeli” ve “ne zaman ne yapacağı bilinmeyen kişiler” olarak algılanmasıdır. Hastaların önceden kestirilemeyen, alışılmışın dışında davranışları, kısaca düzen gereksinimini bozmaları, toplumda anksiyete uyandırmaktadır. Birey ya da toplum kendisini ürküten, rahatsız eden bir durumla karşılaştığında, sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gider. Bu da ayrımcılığın başlangıcıdır. Toplum açısından düzeni bozan, huzursuzluk yaratan ve toplumsal yaşantı için tekin olmayan kişiler damgalanıp dışlanarak toplum dışına atılırlar. Bireysel olarak da ruhsal hastalığı olanları damgalamanın temel nedeni, bu hastaların tehlikeli olduğu, kişinin kendisine zarar verebileceği düşüncesidir. Bir bakıma bu kez söz konusu olan, kişisel korkudur (Soygür, Cankurtaran, 2007).

Ruh sağlığında belirgin bozukluğu olan insanlar, toplum içerisinde çoğunlukla farklı olduklarını, konuşma ve hareketleri ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda onlarla ilgili bazı tutumların oluşmasına neden olmuştur. Tarihin her döneminde konuşmalarına, düşüncelerine ve hareketlerine bir anlam verilemeyen bu insanların, çevreleri için tehlikeli ve zararlı olacakları düşüncesi ile hareket edilmiştir (Bahar, 2007).

Sonuçta damgalama, bir etiket (ruhsal olarak hasta) ile başlayan ve ayrımcılık, dışlama ile sona eren bir süreçtir. Ruhsal olarak hasta kişi etiketi, olumsuz stereotipileri

etkinleştirmektedir. Bunun sonucunda hastalar, özelliklerine bakılmaksızın tehlikeli ve ne yapacakları belli olmaz kişiler olarak algılanmaktadır. Korku uyandıran bu algı da hastaların dışlanması ve sosyal olarak reddedilmesi ile sonuçlanmaktadır. Bir adım ötesi ise hastaların yok edilmesidir. Hastaların toplum tarafından damgalanmasını birçok değişken etkilemektedir. Bunların arasında en önemli etmenler, hastaların tehlikeli ve ne yapacağı belli olmayan kişiler olarak algılanmasıdır (Taşkın, 2007).

Hawyard ve arkadaşlarına göre, kendilik saygısıyla damgalanma arasındaki ilişki kesinlikle iki yönlüdür ve düşük kendilik saygısının daha fazla damgalanma duygusuna kapılmaya yol açtığı gibi damgalanma algısı olan ve toplum tarafından gerçekten ayrımcılık ve damgalanmaya maruz kalan hastalarda da kendilik saygısında azalma ortaya çıkmaktadır (Hawyard, Wong, Bright, Lam, 2002).

Link ve arkadaşlarına göre, depresyonun varlığı, bilişsel süreçleri etkilemekte ve ruhsal olarak hasta olan kişilerle ilgili olumsuz stereotipiler aktive olmaktadır. Bu süreç de damgalanma duygusunun artmasına neden olmaktadır (Link, Phelan, Bresnehan, Stueve, 1999).

Link ve arkadaşları, ruhsal bozukluk ve madde kullanımı olan kişiler üzerinde stigmatın (damgalama) iyilik durumundaki etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda; stigmatın iyileşme üzerinde oldukça uzun süreli, güçlü ve olumsuz bir etkiye sahip olduğu ve tedavinin bile stigmatlanarak yaşamı güçleştirmeye devam ettiği bulmuşlardır (Link, Struening, Rahav, Phelan, Nuttbrock, 1997).

Markowitz, ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam memnuniyetleri ve psikolojik olarak iyi olamamalarında stigmatın etkisine yönelik yaptığı çalışma sonunda; stigmatın psikotik semptomlar yanında depresif ve aksiyete semptomlarıyla da ilgili olduğu, yaşam memnuniyetinde stigmatın negatif etkilere sahip olduğu, benlik kavramı ve stigma arasında ise karşılıklı bir etkinin olduğu bulmuştur (Markowitz, 2004).

Ruhsal sağlık sorunu bulunan kişilere yönelik olumsuz tutumların geçmişi çok eskidir. İçerikleri, kültürden kültüre değişiklik gösterse de genel olarak ruhsal sağlık sorunu yaşayan bireylerin davranışlarının önceden kestirilemeyeceği ve bu kişilerin diğerlerinin güvenliğini tehdit ettiğine dair düşünceler neticesinde bu kişilerden korkma, mesafe koyma ya da damgalama yaygınlaşmıştır (Aker, zmen, Ögel, Tamar, 2002).

Ruh sağlığında belirgin bozukluğu olan insanlar, toplum içerisinde çoğunlukla farklı olduklarını, konuşma ve hareketleri ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda onlarla ilgili bazı tutumların oluşmasına neden olmuştur. Tarihin her döneminde konuşmalarına, düşüncelerine ve hareketlerine bir anlam verilemeyen bu insanların çevreleri için tehlikeli ve zararlı olacakları olumsuz düşüncesi ile hareket edilmiştir (zyiğit, Savaş, Ersoy, Yüce, Tutkun, Sertbaş, 2004).

1.4.SOSYAL MESAFE – DIşLANMA

Camp ve arkadaşlarına göre (2002), damgalanma algısı hastaların diğer insanlarla daha az ilişki kurmalarına neden olmaktadır ve bu da sosyal dışlanmanın hasta tarafından da olabileceğini göstermektedir (Camp, Ginlay, Lyons, 2002).

Damgalamanın özellikle acı ve yıkıcı etkisi, ruhsal hastalıklı bireylerde bıraktığı, onların toplumun bir yesi olmadığı duygusudur. Toplumdaki damgalamanın elbette ayrıca işe başvurmayı ve barınmayı azaltma gibi dışsal ve objektif etkileri de olabilir. Damgalamanın zararlı etkileri, diğerlerinin yaptığı direkt ayırımın ötesinde, damgalanmış kişinin içsel algıları, inançları ve duyguları aracılığıyla çalışabilir olmasıdır. Ruhsal hastalıklı olarak damgalanan bireylerin, diğer insanların ruhsal hastalıklı kişileri reddedeceği ve değersizleştirdiklerine inandıkları, demoralizasyon, benlik saygısında azalma, sosyal uyumda bozulma, işsizlik, gelir kaybı, psikiyatrik tedaviye uyumda azalma gibi birçok olumsuz sonuçlar yaşadıkları belirtilmektedir.

Bunun gibi, etiketlenmiş insanlar bu inançları güçlü şekilde hoş görmedikleri zaman daha az olumsuz sonuçlar yaşamaktadırlar (Boyd-Ritsher, Phelan, 2004).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikiyatriye başvurduktan ve tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri görülmüştür. Bu hastalarda, durumundan utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma, kendilik değerinde azalma olduğu görülmüştür. Kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazla ise bu belirtilerin şiddeti de o kadar fazla olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama olarak isimlendirilen bu durum, nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma deneyimlerinden bağımsızdır ve daha önce çok farkına varılmasa bile bir ruhsal hastalık tanısı ya da etiketi alma ile birlikte etkisini göstermeye başlamaktadır (Taşkın, 2007).

Yukarıda topladığımız savlardan yola çıkarak, damgalamanın aslında potansiyelini kendimizde de taşıdığımız fakat bize yaklaşma olasılığı bizde kaygı ve korku uyandıran, ilişkide bulunmak istemediğimiz, yabancılaştırdığımız, aşağıladığımız, homojen kabul edip sabitleyip genelleştirdiğimiz ve aslında netliğine dair bilgimizin de olmadığı kimi durumlar içinde olduğunu var saydığımız kimi kişiler/gruplar karşısında kapıldığımız yargılarımızdan oluşan ve bireysel ve toplumsal yaşamda zincirleme olumsuz etkiler yaratan, gerçekliği olmayan bir edim olduğunu söyleyebiliriz.

Bauman (1993), “ötekiler” diye adlandırdıklarımızın, gerçekte onlar hakkında bildiklerimiz olduğunu söyler. Ona göre, her birimiz geçmişteki karşılaşmaların iletişimlerin alışverişlerin ortak girişimlerin ya da mücadelelerin çökemiş seçilmiş ve işlenmiş anıları temelinde kendi ötekiler ayırımımızı yorumlarız.

1.5.TARİHSEL SÜREÇTE DAMGALAMA

Genel olarak, tarihte tüm toplumlarda “öteki” ni damgalama, toplumdaki yalıtma, ayrımcılık vb görülebilirken, Batı medeniyeti tarihi, damgalamanın en son aşaması olan toplu imha olayları ile dolu, kanlı bir tarihtir. Batı, hem kendi içinde idealinin dışında kalan, düzenini tehdit eden öz unsurları üzerinde bu kitleleri kontrolün ötesine geçmiş hem de tarihsel süreçte karşılaştığı medeniyetlerle ilişkisinde kendisini daima doğrusal bir tarih çizgisinde “ileride” varsayması ile kurduğu egemenlik ilişkisinde kendisine üstünlük payesi biçerek ötekinin kendiliğini daima yok sayarken onun imhasını da bire kadar gerçekleştirmekten geri durmamış, karşısındakinin hem kimliğini hem kaynaklarını yağmalamıştır. İktisadi ve siyasi tarihe göz gezdirildiğinde, Batının, kendi içinde kadınlara, Çingenelere, engellilere, ruh hastalarına, Yahudilere yaptıkları, sömürgecilik döneminde dünyanın geri kalanına; Latin Amerika yerlilerine, Doğu halklarına ilişkin ürettiği algı ve söylemler ile gerçekleştirdiği köleleştirme ve kısımlar, bizim burada daha geniş yer veremeyeceğimiz kadar çoktur ve pek çok başka araştırmanın konusudur. Batı, bize bu konuda oldukça geniş bir literatür sunar.

İnsanoğlunun “öteki” ile ilişkisi, Antik Yunandan bu yana sorgulanan bir konudur. Öteki ile olan ilişki öncelikle “fark” ın saptanmasına dayanır. Bu durumda kişi, “öteki” ne değer biçerken kendi kültürünün ölçütlerini kullanarak genelleştirir ve “öteki” ni zihninde bu aşağılama ile kalıp halinde canlandırır. İnsanoğlu yüzyıllar boyunca, yeterince tanımadığı ya da bilgi sahibi olmadığı olgu ya da kişiler karşısında tedirgin olmuş, ürkmüş ve söz konusu olgu/kişiye olumsuzluk atfederek onu dışlama, damgalama ve ayırt etme eğilimi göstermiştir. “Farklı” ya da “yabancı” ürkütücü, rahatsız edici veya “potansiyel düşman” olarak algılanmış ve “farklı” kişiye olumsuz değerler atfedilmiştir. Bu olumsuz atıf ve şüphe, temkinlilikle dolu bir dışlama tutumunu ve damgalama davranışını geliştirmiştir. Ortaçağ Avrupası’nda, bilmedikleri, tanımadıkları Hindistan’ı zihinlerinde canlandırırken, orada köpek kafalı, havlayan, gözleri karnında olan insanların yaşadığına inanan Avrupalılar, korku ve dehşet içinde bu anlatıları kuşaktan kuşağa aktarmışlardır (Soygür ve ark., 2007).

“Görsellikten faydalanma hususunda oldukça maharetli olan Yunanlılar, işaret edilen kişinin ahlaki statüsünde olağandışı ve kötü ne varsa ifşa etmeye yönelik bedensel işaretleri kasteden “damga” terimini aslen ilk kullananlardır. Bu işaretler bedene kazılır ya da yakılır ve taşıyıcının bir köle, suçlu veya hain olduğunun kanıtı olurdu. Böylece merasimle kirletilmiş, lekelenmiş olan söz konusu kişi, özellikle kamusal yerlerde kaçınılması gereken biri durumuna düşerdi. Sonrasında Hristiyanlık döneminde terime iki anlam katmanı daha eklendi: Bunlardan ilki, cildin üzerinde patlamış tomurcuk benzeri yaralar şeklinde tezahür ettiği düşünülen, Tanrı’nın merhametinin bedensel işaretlerine gönderme yapıyordu; ikinci anlam katmanı ise, ilkindeki dini göndermeden esinlenen tıbbi bir gönderme olarak fiziki bozuklukların bedensel işaretlerine göndermede bulunuyordu. Bu terim (damga), günümüzde genellikle asıl semantik köküne benzer bir anlamda kullanılsa da gözden düşmenin bedensel belirtisinden ziyade gözden düşmenin bizatihi kendisi için kullanılır” (Goffman, 2014).

“Hippokrates öncesi dönemde, (Batıda) ruhsal hastalıklar genellikle dinsel bir anlayışla değerlendirilmiş ve bu hastalar şeytanın ya da kötü ruhların esiri olmuş, Tanrı’nın gazabına uğramış kişiler olarak nitelendirilmişlerdir. Bu dönemlerde insanlar bu kişilere karşı hiç de hoşgörülü davranmamış, hastalar çeşitli cezalandırmalar ve aşağılamalara maruz kalmış bir kısmı vahşi yaşama terk edilmiş, bir kısmı ise yasa dışı kabul edilmiş, hatta ölüm cezasına çarptırılmıştır. Pek çok toplumda hastalar insandan çok hayvan gibi görülmüşler, insan olarak algılsa bile bir alay ve eğlence konusu olmuşlardır. Ruhsal hastalıkları tıbbi bir durum olarak tanımlayan Hippokrates sonrasında ise, Ortaçağ’a kadar bu hastalıklar daha doğal bir durum olarak değerlendirilmiş ve ampirik yöntemlerle sağaltım çabaları başlamıştır. Batıda Ortaçağ’da ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarda belirgin değişme olmuştur. Ruhsal hastalıklar Batıda yine ruhban sınıfın ilgi alanına girerek dinin etkisi altında kalmış, etiyojide doğaüstü güçler sorumlu tutularak bu hastalıklar cin, şeytan, kötü ruhlar gibi güçlerle açıklanmaya çalışılmış ve hastalar kilise tarafından şeytanın işbirlikçisi, içlerine kötü ruh girmiş cadılar ve tüm felaketlerin sorumlusu olarak görülmüşlerdir. Hastaların sağaltımı yerine dışlama, ölüme terk, işkence, yakma ve şeytan çıkartma yöntemleri seçilmiştir. Sonrasında Rönesans’ın bilime ve pozitif düşünceye etkisi psikiyatri alanına yansımamış, ruhsal hastalıklara ilişkin tutumda bir değişiklik olmamıştır. Rönesans döneminde de hastaların yakılması, zincire vurulması ya da gemilerle uzak ülkelere sürgüne gönderilmesi devam etmiştir” (Taşkın, 2007).

Ortaçağ’da özellikle 15. yüzyılda “su ve delilik” arasında bir bağlantı olduğu düşünülmüyordu. Foucault’a göre (1995a), 15. yüzyıl boyunca tek başına ölmek çok büyük bir felaket olarak değerlendiriliyordu. O zamanın anlayışına göre, yalnızken ölmek, ne kadar korkunçsa, delilik bu durumu insanlara her gün tekrar tekrar yaşatmaktaydı (Parker, Georgaca, Harper, Maclaughlin, 1995). Ortaçağ’ın sonlarında, cüzzam, deliliğin yerini dolduran bir kavram haline geldi. Cüzzam için özel tedavi gerekmiyordu. Cüzzam, zihinde meydana gelen ve yeni tanımlanmaya çalışılan bir olguydu ama toplumdan sapma gösteren bir yapıydı. Cüzzam, tıbbi açıdan kapalı tutma eyleminin, 17. yüzyılda oluşan biçimi sayesinde bir ölçüde dışlanmış ve deliliğin yanı sıra manevi bir dışlanma mekânıyla bütünleşmişti (Foucault, 1995b). 1656’da ilk kez Paris Genel Hastanesi, kapılarını cüzzamlılara açtı. 1676’da Fransa Kralı’nın emriyle

bütün şehirlerde kurumlaşma başladı. 1575'te İngiltere'de "Houses of Correction" adı verilen kurumlar açılmıştı. Yani, deliler ve cüzzamlılar o günün koşullarına göre yapılandırılan yerlerde barındırılmaya başlandılar.

18. yüzyıldan önce, delilik sistemli bir biçimde bir yerlere kapatılmanın konusu olmuyor ve bir tür yanlış ya da yanılısama olarak görülüyordu (Foucault, 1995a). Dolayısıyla da 18. yüzyılın sonuna kadar deliler, hasta olarak görülüyordu. Bu dönemde delilerin tıbbi tedavisi için özel mekânlar kurulmuştu. Bu mekânlarda barındırılan deliler zincirlere bağlı bir şekilde, moral tedavi altında tutuluyordu. Bu tedavilerin desteklenmesinin en önemli nedeni, bu hastalığın daha doğrusu delilik durumunun tam olarak tanımlanamaması ve bu hastalığın bulaşıcı olduğuna dair duyulan inançtı. 1729'da İngiliz Quaker reformcu olan Samuel Tuke, yeni yapılandırma başlatmıştır. Bu yerlerde tedavi olarak sıcak banyolar kurulmuş ve sıcak bir ortam yaratılmaya çalışılmıştır (Parker ve ark., 1995).

Sontag, "Bir Metafor Olarak Hastalık" kitabında, hastalık ve cezalandırma konusunda: "Antik dünyayla ilgili spekülasyonlar, hastalığı ilahi gazabın birinci aracı yapmıştı. Ceza ya bir topluluğa ya da tek bir kişiye verilmekteydi. Etrafında modern fanteziler ören hastalıklara (verem, kanser) ise insanın kendisine kestiği bir ceza kendi öz varlığına ihanet etmesi gözüyle bakılıyordu, diye yazar (Sontag, 2003).

1.6. ANADOLU'DA RUHSAL HASTALIĞA VE HASTAYA KARŞI TUTUM

Deliliğin incelenişi ve tedavi edilişi, Anadolu'da Selçuklu dönemine kadar uzanmaktadır. Osmanlılar da Selçuklular'dan kalan miras doğrultusunda tıp alanında çalışmaya devam etmişlerdir. Ancak Osmanlıların tıp anlayışları skolastik, İslamcı ve oryantal içeriklidir (İkiz, 1995). İlk kez, Osmanlılar döneminde "şifahaneler" kurulmaya başlanmıştır. Bu ilk şifahaneler, Kayseri, Sivas ve Erzurum'da kurulmuştur. Selçuklular'dan kalma geleneğe göre, deliler toplumdan uzaklaştırılmıyor, hapsedilmiyor ve kötü muamele görmüyorlardı. Osmanlı döneminde de uygulamalar

aynen devam etmiştir. Ayrıca kurulan şifahaneler, bimarhaneler ve tımarhaneler şehirlerin en merkezi yerlerinde, sosyal, ekonomik, kültürel, dinsel etkileşimin en yoğun olduğu noktalarda, cami – medrese – hastane üçlüsü olarak kurulmaktaydı (Öztürk, 1994). Ayrıca Osmanlılar, ele geçirdikleri Bizans şehirlerinde de hastaneler açmaktaydılar. Özellikle, 15. Ve 16. yüzyıllarda birçok hastane açılmıştır. Bu hastaneler sırasıyla;

Bursa Yıldırım Bayezit Hastanesi (1439)

Edirne Cüzzam Hastanesi (1421)

İstanbul Fatih Hastanesi (1470)

Edirne II. Bayezit Hastanesi (1485)

Karaca Ahmet Cüzzam Hastanesi (1514)

Haseki (1539)

Manisa (1539)

Süleymaniye (1555)

Toptaşı (1583)

Bu hastanelerin dışında ileriki yüzyıllarda daha birçok hastane kurulmuştur. Bunlardan bazıları, 17. yüzyılda Ahmet Sultan Hastanesi ve 1753-1834 yılları arasında azınlıkların (Ermeni, Musevi, Rum) kurmuş oldukları hastanelerdir (İkiz, 1995).

Bu hastanelerin hiçbirinde kapatma uygulaması yapılmamıştır. Hastanelerin mimari yapısı da bu uygulamaya uygun bir tarzdadır. Ortada daire biçiminde bir avlu ve onu çevreleyen özel odalar vardır. Dolayısıyla da bu hastanelerde kapatma uygulamasının yapılması mümkün değildir. Yapılan tedaviler, genellikle semptomları ortadan kaldırmaya yönelik çabalardır. Örneğin; 1421'de Edirne'de kurulan cüzzam hastanesinde müzikle tedavi yapılmaktaydı (Narter, 2003).

Osmanlılar, akıl hastalıklarına çok önem verir ve “kafa hastalığı” olarak adlandırılırlardı. Osmanlı İmparatorluğu döneminde tıbbı çok büyük bir önem verilmekteydi. Özellikle İbni Sina’dan kaynak alan tıp bilgileri onları hasta tedavisinde başarılı kılmakta, dönemleri içerisinde tıbbı, bir bilim ve uzmanlık alanı olarak kabul etmelerini, tıp konusunda ilerlemelerini ve birçok hastalık hakkında söz sahibi olmalarını sağlamaktaydı (Narter, 2003).

Osmanlı tıbbında akıl hastalıklarıyla ilgili bilinen ilk sınıflamayı Mukbilzade 1437’de yapmıştır. Mukbilzade, bu sınıflamayı yaparken iki temel düşünceden hareket etmiştir. 1. Tüm hastalıkların merkezi sinir sisteminden kaynaklanması ve 2. Hepsinin organik nedenlerinin olması. Sınıflama şöyledir:

Baş hastalıkları; sersam diye anılmaktadır.

Seher hastalığı (uyanık kalmak); hasta uykusuzluktan şikâyetçidir, garip konuşur.

Ahze hastalığı; birden vücudun her yerinin felç olması.

Mal-i hülya; aşk hastalığı olarak tercüme edilebilir.

Unutsağuluk hastalığı; hasta iyi işitir ve görür ancak çok hızlı unuttur.

Eblehlik hastalığı; genetikdir, hasta, çocuk gibi davranır.

İhtilat-i zihn; tedavisi çok zor bir hastalıktır. Düşünme faaliyetleri zarar görmüştür, hasta ne konuşur ne de hayal kurar, nesnelere görüntülerini çarpıtarak algılar.

Su’ban hastalığı (kafada su birikmesi); kafa ağırlığı ve göz kırpmada güçlük.

Devvar hastalığı; hastanın başı döner ve ayakta duramaz.

Kâbus hastalığı; uyurken vücudun ağır hissedilmesi.

Sar’a hastalığı; duymasal motor sistemdeki düzensiz çalışmaların sonunda oluşur.

Sekte hastalığı; baş dönmesi ile başlar, kulaklarda baskı hissiyle devam eder. Hasta kımıldayamaz.

İhtilac hastalığı; geçicidir, kasların irade dışı hareketleriyle tanımlanmaktadır.

Lakve hastalığı; göz kaslarının hastalığıdır.

Ra'se hastalığı; hasta yaşlı ise tedavisi olanaksızdır. Özellikle de el ve kafadaki bölgeleri etkiler.

Falic; kasların tam dumura uğraması.

Tesennüc hastalığı; kasların spazm şeklinde kasılması olup, asıl neden nemli havalardır.

Küzaz hastalığı; kaslar ve sinirler sertleşir, boyunda büyük acı duyulur. Hasta zorla yemek yer konuşur.

Levi hastalığı; bu durumda hasta günlerce aralıksız yer içer, yorulunca diğer takip günler boyunca hiçbir şey yapamaz, hareketsiz kalır ve kendini çok yorgun hisseder.

Su'da; 14 değişik türü vardır. Mukbilzade bunları hıltlar teorisi (hıltlar teorisi İbn-i Sina'ya ait; ruhu inceleyip çözümlenmek için geliştirilmiş bir teoridir) ve nedenlerine göre sınıflandırılır. Baş ağrılarının nedeni güneş altında uzun süre yürümek, kızgınlık, uykusuzluk, sıcak su ile yıkanma, uzun süreli beyni yorucu çalışma, korku üzümlük ve uzun süreli ağlamalar (İkiz, 1995).

O dönemin bilimsel anlamda deliyi ya da akıl hastalığını tanımlaması, böyleydi. Ancak, Osmanlı İmparatorluğu döneminde ve hala bugün de hastalıkların ya da özellikle deliliğin halk tarafından nasıl tanımlandığı üzerinde önemle durulmalıdır. Bilimsel anlamda çalışmalar, hastanelerin kuruluşu, tedavi biçimleri bir tarafa bırakılacak olunursa, inançların, ortak kanaatlerin kısacası sağduyunun ortaya koymuş olduğu, hayatta soluk alıp veren insanın yaptığı tanımlamalar önemlidir. Bunun için Mehmed Sait, elli altı çeşit delilikten bahseder (EK 3'e bakınız).

Bilimsel anlamda çalışmalarını sürdüren hastanelerin yanında, telkinle sorunların üstesinden gelmeye çalışan dini topluluklar da (tekke) vardı. Bu dini topluluklar, İslam dini ve dolayısıyla Tasavvuf felsefesinin etkileriyle, deliliğin tedavisinde geçmişte ve şimdi etkili bir seçenek olarak görülmektedir. Osmanlı halk kültüründe, halkın

inançlarına göre deli; metafizik dünyadan bilgileri getirebilme yeteneğine sahip olan ve bu mesajlara hiçbir sansür uygulamayan kişilerdir (Narter, 2003).

1.7. DAMGALAMADA SOSYO-DEMOGRAFİK ETKENLER

Sosyo-demografik değişkenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisinin araştırıldığı çalışmalarda, genelde birbiri ile çelişen sonuçlar olduğu görülmektedir. Literatürde yaş, cinsiyet, eğitim, ırk, sosyal sınıf gibi çeşitli etmenlerin ruhsal hastalıklara ilişkin tutumları etkilediği belirtilmekle birlikte her sosyo-demografik veri için değişik görüşler ileri süren çalışmalar vardır. Genel kanılardan biri daha yüksek sosyal sınıfların, daha genç ve daha iyi eğitilmiş bireylerin ruhsal hastalıkları olanları daha kolay kabul ettikleri ve daha fazla hoşgörü gösterdikleri şeklindedir. Ancak bunun aksine, daha az eğitilmiş ve daha yaşlı olmanın özellikle daha fazla hoşgörülü olma ile ilişkili olduğunu bildiren yayınlar da bulunmaktadır. Dahası, sosyo-demografik etmenlerin tutumlar üzerinde herhangi bir fark yaratmadığına ya da ancak çok küçük farklara neden olduğuna ilişkin bilgiler de bulunmaktadır. Aslında sadece sosyo-demografik etmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ve toplumsal davranışları değerlendirmek için yetersiz olacağı bir bakıma kanıtlanmıştır (Taşkın, 2007). Aşağıda ilgili çalışmalara değineceğiz.

Brockington ve arkadaşları, iki bin kişiden oluşan bir örneklem üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada yaşın oldukça önemli olduğunu bulmuşlardır, ileri yaş üç boyutta da (koruyuculuk, otoriterlik, ruhsal bozukluğu olan bireylerden korku) negatif tutumların ağırlıkta olduğunu saptamışlardır. Özellikle de otoriterlik boyutunda yaşın oldukça güçlü bir belirleyici olduğu bulunmuştur. Yirmi beş ila kırk dört yaşındaki insanlar arasında otoriterlik ve psikiyatri hastalarından korku alt boyutunda göreceli olarak hoşgörülü tutumların varlığı ortaya çıkartılmıştır (Brockington, Hall, Levings, Murphy, 1993).

Rabkin, ruhsal hastalıklara yönelik halk tutumlarıyla ilgili yapmış olduğu bir literatür taramasında yaşça büyük olan, az eğitim almış ve düşük ekonomik düzeydeki bireylerin ruhsal sorunlu bireylere karşı daha az esnek tutum gösterdiklerini bulmuştur (Rabkin, 1972). Sağlık personelleri üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının yaş durumlarıyla tutumları arasındaki ilişki gösterilememiştir (Matchinsky, 2000).

Jorm ve arkadaşları, kadınların psikoterapi ve tatil ya da diyet gibi standart olmayan sağaltım yöntemlerini daha çok onayladıklarını göstermiştir (Jorm, Christensen, Medway, Korten, Jacomb, Rodgers, 2000).

Malla ve Shaw (1987), belirli bir düzeydeki genel eğitimin, temelde benzer tutumlar geliştirebileceği yönünde görüş bildirmişlerdir.

Angermeyer ve Matschinger (2003), yüksek eğitim düzeyindeki kişilerin ruhsal hastalığı olan birisi karşısında daha az korku duygusu yaşadıklarını bildirmektedir. Sellick ve Goodear (1985), daha az eğitilmiş olan kişilerin hastalara yönelik daha olumlu düşünceleri olduğunu ve hastaları alt sınıf olarak görmenin bu kesimde azaldığını bildirmiştir.

Lemkau ve Crocetti (1962) de eğitim düzeyinin artması ile tutumların daha olumsuz olabileceğini bildirmektedirler

Wolff ve arkadaşları (1996), toplum örneğinde yaptıkları bir araştırmada daha yüksek sosyal ve mesleki sınıftakilerin ruhsal hastalıklarla ilgili tutumlarının daha olumlu olduğu sonucunu bulmalarına karşın bu bulguyu, bu kesimdeki kişilerin sosyal açıdan beğenilme istekleri ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlamışlardır (Wolff, Pathare, Craig, Leef 1996).

Sağduyu ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptığı bir çalışmada ev kadınlarının tutumları daha olumsuz olarak bulunmuş ancak yazarlar bu durumu örneklemdaki kadınların eğitim düzeyine bağlamışlardır (Sağduyu, Aker, Özmen, Kültegin, Tamar, 2001).

Pek çok çalışmada deneklerin medeni durumlarına ilişkin bilgi verilmemiştir ve az sayıdaki çalışmaların çoğunda da medeni durumun bir etkide bulunmadığı bildirilmiştir. Pek çok farklı kültürde yapılan çalışmaların hemen hepsinde kırsal kesimde yaşayanların düşük sosyal sınıf ya da sosyoekonomik düzeyde olanların bilgilerinin daha az ve yanlış olduğu, bu kesimde tutumların daha olumsuz ve reddedici olduğu gösterilmiştir (Taşkın, 2007).

Angermeyer ve arkadaşları (2004), kentlerde ve kasabalarda somut damgalama ve dışlama davranışları açısından arada önemli bir fark olmamasına karşın kasaba kökenli hastaların olumsuz tutum ve davranışlara daha fazla maruz kaldıklarını ifade ettiklerini bildirmektedir.

Savaşır (1971) da sağaltım ve etiyoloji konusunda köy ve kentsel kesim arasında bazı farklar olsa da genel olarak hastalara ve hastalığa yönelik tutum ve düşüncelerin benzer olduğunu ileri sürmektedir.

Arıkan ve arkadaşları, şehirde yaşayan kişilerin alkol-madde bağımlıları için damgalama açısından daha olumsuz tutumlara sahip olduğunu bildirmiştir (Arıkan, Genç, Etik, Aslan, Parlak, 2003).

1.8.RUHSAL HASTALARA KARŞI TUTUM ARAŞTIRMALARI

Ruhsal hastalara karşı tutum araştırmaları göstermektedir ki damgalanma, hastaların tedavi için kliniğe başvurmamalarına sebep olabilmekten başlayarak sonrasındaki süreçte sağlık çalışanları tarafından ve aile içinden başlayarak sosyal çevrede dışlanma

şeklinde bir olumsuzluklar zinciri olarak devam etmektedir. Aynı zamanda kişinin kendisini damgalamasına sağaltımı olumsuz etkilemesine neden olmaktadır. Aşağıda, bu noktalara değineceğiz:

Sosyal psikiyatri ve epidemiyolojik araştırmaların öncülerinden Star'ın 1950'li yıllarda üç binin üzerinde Amerikan vatandaşı ile yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre, halk, tanımlanan ruhsal hastalık olgularını çok düşük oranda belirleyebilmiş ve ruhsal hastalıklar tehdit içeren, korku veren, mantıklı düşünceyi ve özgür iradeyi kaldıran durumlar olarak görülmüştür (Star, 1955).

Halkın ruhsal hastalıkların sağaltımında dinsel ve geleneksel iyileştiricilere pek rağbet etmediğı sonucu ortaya çıkmış; fakat araştırmacılar bu bulguyu başka bir yöntemle test ettiklerinde durumun hiç de araştırmada bulunduğu gibi olmadığı görülmüştür (Dündar, Aldanmaz, Oğuz, Koçak, 1994).

Mepherston ve Cocks (1983), bazı çalışmacıların ruhsal hastalıklara yönelik tutumların, standart ölçme araçları ile puanlanamayacak kadar kompleks olduğu görüşünde olduklarını aktarır.

Sevigny ve arkadaşları, ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeğı kullanarak Çin'de bir psikiyatri hastanesindeki psikiyatrist ve psikiyatri hemşirelerinin tutumlarını ölçmüş, araştırma sonucunda psikiyatristlerin psikiyatri hemşirelerine göre daha olumlu tutuma sahip oldukları bulunmuştur (Sevigny, Yang, Zhang, Marleau, Yang, Su, Li, Xu, Wang, (1999).

Hirai ve Clum (2000), ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğini geliştirerek ruhsal hastalıklara yönelik bireysel ve toplumsal inançların önemini ve belirlenmesinin gerekliliğini vurgulamışlardır. Araştırmacılar, ruh hastalığına yönelik inancın bireylerin sosyo-demografik verilerine göre değışkenlik gösterdiğini bulmuşlardır.

1.9. RUHSAL HASTALIKLARLA İLGİLİ TÜRKİYE'DE YAPILAN TUTUM ARAŞTIRMALARI

Türkiye’de yapılan kimi araştırmalar sonucunda, toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inançlar ve tutum alışlar şu şekilde sıralanmıştır: Ruhsal hastalıklar, kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir, ruhsal hastalıklar kurumlarda kilitli tutulmalıdır, ruhsal hasta birey asla normal hayatına dönemez, ruhsal hastalar tehlikelidir, ruhsal hastalar düşük düzeyli işlerde çalışabilir (Bağ, 2003).

70’li yıllarda yapılan ilk çalışmalarda, genel olarak toplumun ruhsal hastalığı olan kişilere karşı önyargılı olduğu; hastalara mesafeli, ayrımcı ve damgalayıcı bir tutumla yaklaştığı bildirilmektedir. Ankara’da yapılan bir çalışmada kentsel ve gecekondu kesimleri arasında ruhsal hastalığı olanlara yönelik sosyal mesafe açısından farklılık olmadığı görülmüştür. Özellikle kırsal kesimde ruhsal hastalık tanımlaması kendi kendine konuşmak, aniden saldırmak, kaçıp gitmek gibi tablolarla ilişkilendirilmiştir. Bu yıllarda, ruhsal hastalığın doğaüstü güçlerle ilişkilendirildiği ve bu durumun özellikle kırsalda ve eğitimsiz kesimde yaygın olduğu görülmüştür. Kentlilerde ise, soyaçekim ve beyin hastalığı sorumlu olarak düşünülmüştür (Taşkın, 2007). Ülkemizde Sunman ve Savaşır’ın (1970) yaptığı bir çalışmada, vaka öyküleri anlatılarak tutum ve inançlar saptanmıştır. Ruhsal sorunlu bireyin kendi kendine konuşmak, gülmek, saldırmak, kaçıp gitmek şeklinde gürültülü belirtiler vermediği sürece toplum tarafından tanınmadığı ve hasta kabul edilmediği bildirilmiştir. Kadınlar ve erkekler arasında düşünüş bakımından koşutluk olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmada ruhsal hastalıkların nedenlerinin doğaüstü güçlerle açıklandığı bildirilmiştir.

80’li yıllarda, Güneybatı Anadolu’da bir köyde yapılan bir çalışmada, kırsal kesim halkının ruhsal hastalıkların etiyolojisinde en fazla psikolojik, daha sonra sosyal ve en son olarak da biyolojik nedenleri sorumlu tuttıkları görülmüştür. Bu yıllarda ilk kez hasta yakınlarının tutumlarını değerlendiren çalışmalar yapılmıştır. Psikiyatri servisinde yatan hastaların eşlerinin hastalığa yönelik tutumlarının değerlendirildiği bu çalışmada eşlerin genellikle durumdan dolayı hastayı sorumlu tutmadıkları ve sağaltım için ilk

seçenek olarak hekime başvurdukları görülmüştür. Cinsiyetin damgalama eğilimine olan etkisi de ilk kez yine bu yıllarda üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada incelenmiş ve kadınların, erkeklere nazaran hastaları daha az damgalama eğiliminde oldukları gözlenmiştir. Bu konuda, kadınlar için en önemli etmenin, hastanın durum ile kendi kendine başa çıkabilme yeteneğinin (hastane gibi kurumlar ya da hekim kontrolü ve psikoterapi gereği duymayan) olup olmaması olduğu ileri sürülmektedir (Taşkın, 2007).

90'lı yıllarda, ruhsal hastalıklara ilişkin tutum araştırmalarında büyük artış olduğu gözlemlenmiştir. Bu yıllarda Kayseri'de toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada halkın büyük çoğunluğunun “akıl ya da ruh hastası” terimini “delilik” ve normalden farklı davranma ile eş anlamlı tuttuğu görülmüştür. Ruhsal hastaların saldırgan kişiler olduğu saçma ve anlamsız konuştuğu inancına sahip olan halk bu hastalardan korktuklarını ve uzak durmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Cezalandırma eğilimi görülmemiştir. En fazla beyin hastalığı olarak değerlendirilmiştir, psikososyal ve biyolojik etmenler bunun arkasından eşit oranda gelmektedir. Doğaüstü güçler, çok düşük oranda sebep olarak gösterilmiştir (Taşkın, 2007). Aştı, hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sahip oldukları psikiyatrik hasta imgesine psikiyatri hastasının bu grup içerisindeki toplumsal reddedilmelerini saptamak amacıyla yaptığı çalışma sonucunda; toplumun genç nüfusunu oluşturan hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hastası ile yakın ilişkilere (dertleşme, aynı odayı paylaşma, uzun süre birlikte yolculuk yapma, evlenme gibi) sınırlamalar getirdiğini saptamıştır (Aştı, 1995).

Doğan, hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin ruhsal hastalık ve hastalara yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışma sonucunda, hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hastaları ve hastalıklarına karşı olumlu tutum geliştirmelerinde eğitimin önemli rolünün olduğunu ortaya koymuştur (Doğan, 1992).

Kaptanoğlu ve arkadaşları ise, psikiyatri dışı araştırma görevlilerinin psikiyatri ve psikiyatristlere yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda, psikiyatrist olmayan hekimlerin psikiyatrinin önemini benimsemiş

olmalarına karşın onun bilimsellik, tedavi etkinliği, güvenilirlik düzeyinden kuşku duyduklarını, onların %35'inin psikiyatrik sorunu olan hastalarına psikiyatri bölümüne başvurmalarını önermekte güçlük çektiklerini veya önermediklerini bulmuştur (Kaptanoğlu, Seber, Erkmen, Tekin 1992).

Kılıç ve Gödürür'ün (1995) Ankara'da yaptıkları çalışmada; ruhsal bozukluğu olan bireylerin %1 oranında hocalara başvurdukları bildirilmiştir. Başka bir örnek, Erzurum Numune Hastanesi'nde Psikiyatri Kliniği'nde yatan değişik tanılı otuz hastanın yirmi ikisinin (%74) ilk olarak hekim dışı geleneksel tedavicilere başvurdukları bildirilmiştir (Kırkpınar, 1990). Yine konuya ilişkin bir başka çalışmada, Erzurum'da ruh sağlığı birimlerine ulaşım yollarının araştırıldığı bir çalışmada hastaların %14'ünün ilk tedavi olarak hocaya, %20'sinin de doktora başvurduktan sonra hocaya başvurdukları bildirilmiştir (Kırkpınar, Çayköylü, Kulaoğlu, 1994).

2000'li yıllarda gerçekleştirilen, konuya ilişkin daha güncel araştırmalardan birkaçına ise şöyle:

Gazi Üniversitesi'nin üç farklı fakültesinde okuyan, %80.8'i orta gelir düzeyine sahip ve yaş ortalaması 21.06+ 1.83 olan, %65.3'ü kadın, %34.7'si erkek ve %96.7'si bekâr olan beş yüz on altı gönüllü öğrenci ile yapılan ve öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını, sosyo-demografik bilgi formu ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği (RHYİÖ) ile yapılan bir araştırmada, öğrencilerden evli ve daha önce ruhsal hastalığı olan bireyle hiç karşılaşmamış olanlar, ruhsal hastalığın utanılması gereken bir durum olduğuna inanırken, orta düzeyde ekonomik duruma sahip olanlar ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğuna inanmaktadırlar. Ayrıca öğrencilerde ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğu inancı, kişilerarası ilişkinin bozulacağı ve buna bağlı çaresizlik yaşanacağı inancı ile ilişkili bulunmuştur (Ünal, Hisar, Çelik, Özgüven, 2010).

“Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi” adını taşıyan bir araştırmada, İzmir'de üç farklı (alt, üst, orta) ekonomik duruma göre küme örnekleme yöntemi ile belirlenmiş olan, %50.8'i

erkek - %39'u orta ekonomik düzeyde ve yaş ortalamaları 39.7 +- 10.3 olan 262 bireyle yapılan görüşmeler sonucunda, Türkiye'nin batı kıyısındaki bireylerin ruhsal hasta ve hastalıklarının tehlikeli olduğuna inandıkları ancak toplumsal bakış açısıyla yardım ve tedavi edilmesi gerektiği yönünde bir tutum sergilediklerinin söylenebileceği belirtilmiştir. Çalışmada, bazı değişkenler ile tutum ve inançlar karşılaştırıldığında ise, cinsiyete göre farklılık göstermediği, ekonomik düzeylere göre değişerek, alt ekonomik düzey olanların bu hastalıkları daha çaresizce karşıladıkları, tehlikeli gördükleri ve olumsuz inanca sahip oldukları, diğer yandan üst ekonomik düzeyde olan bireylerin bu hastalardan daha çok korktukları, orta ekonomik düzeyde olanların ise daha iyi niyetli ve bu bireylere toplum içinde olumlu yaklaşılması gerektiği düşüncesine sahip olduğu tespit edilmiştir (Çam, Bilge, 2011).

İstanbul ili, Şişli ilçesinde bir Anadolu Lisesi'nde 2009-2010 eğitim-öğretim yılında öğrenim gören rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş altmış adet onuncu sınıf öğrencisi ile Nisan-Mayıs 2010 tarihlerinde gerçekleştirilen ve ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenleri araştıran bir çalışmada, öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafe ve tutumları ile cinsiyet, ekonomik durum, ailelerinde psikiyatrik öykü olma, sık duydukları ve bildikleri ruhsal hastalık varlığı arasında anlamlı bir fark bulunmazken; sosyal mesafe ve tutumları ile kendilerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olma, ruhsal hastalıklar hakkında daha önceden bilgi alma, hastaların hukuki hakları hakkındaki düşünceleri, tehlikeli olduğunu düşündükleri ruhsal hastalık varlığı, ruhsal hastalığı olan bireylerle yaşama sonucu ruhsal hastalık oluşumu konusundaki inançları ve ruh ve sinir hastalıkları hastanesinin bulunduğu il / ilçelerde yaşamaktan rahatsız olma durumları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve sosyal mesafe koyma isteklerinin var olduğu görülmüştür (Oban, Küçük, 2011).

2008 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan hastası olan ya da polikliniğe başvuran hastası olan, çoğunluğu kırk-elli yaş grubunda, evli, kadın, ortaöğrenim mezunu, ev hanımı yüz otuz sekiz hasta yakını ile yapılan ve ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumlarını araştırmayı

amaçlayan bir çalışmada, ruhsal hastalıklara karşı tutumun eğitim düzeyi, hastalığın akraba, arkadaş çevresinin ve komşuların bilmesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Özbaş, Küçük, Buzlu 2008).

Polat ve arkadaşları, ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınları üzerinde yaptıkları araştırmaya göre de ailelerin büyük kısmında, başta anne, baba ve kardeşlerde olmak üzere, reddedilme ve etiketlenme korkusu nedeniyle hastalığı gizleme eğilimi bulunmakta, şizofrenisi olan hasta yakınlarında ise duygudurum bozukluğu olan hasta yakınlarına göre suçluluk duygularının daha yoğun bir şekilde yaşandığı belirlenmiştir (Polat, Üçok, Genç, Aksüt, 2000).

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören ve yüz altmış dört (%94.3)'ü yirmi-yirmi beş yaş arasında ve yüz altmış altısı (%95.4)'ü kadın olan yüz yetmiş dört hemşirelik öğrencisi ile yapılan ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği (RHYİÖ) kullanılan bir çalışmada, öğrencilerin %89.7'sinde psikiyatrik muayene ve tedavisinin mevcut olmadığı ve ruhsal sıkıntısı olması durumunda %85.1'inin profesyonel yardıma başvuracağını bildirmiştir. Psikiyatrik öyküsü bulunan %18'in %53'ü depresyon, %11'i bipolar bozukluk, %5 alkol bağımlılığı, %5'i anksiyete bozukluğu, %5'i şizofreni tanısı aldıklarını bildirmiştir. Ailelerinde psikiyatrik tedavi öyküsü bulunan katılımcı oranı %10.3'tür. Araştırmanın sonucunda, öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyete, en uzun yaşadıkları yere ve gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamış ve kullanılan ölçeğin kesme puanı olmadığı belirtilerek alınan puanlar alınabilecek en yüksek puanla kıyaslandığında öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bireylere karşı inançlarının olumlu olduğunun söylenebileceği bildirilmiştir (Çıtak, Budak, Kaya, Şahin, Taran, Türker, 2010).

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada, üniversitede öğrenim gören on sekiz ve otuz yaş arasındaki öğrencilerin

ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının sosyo-demografik verilerle birlikte ilişkisine bakılması amaçlanmaktadır.

Araştırma sırasında, damgalama kavramı tanımlanmış, ruhsal tutumlara yönelik inançlar ve sosyo-kültürel etkiler ile ilgili kuramsal yaklaşımlar incelenmiştir.

Araştırmanın örneklemini, aynı üniversitenin farklı fakültelerinde öğrenim gören on sekiz - otuz yaş arasındaki psikoloji bölümü öğrencileri ve diğer bölüm öğrencilerinden oluşturulmuş olup yedi yüz doksan öğrenci ile çalışılmıştır.

Ruh sağlığında belirgin bozukluğu olan insanlar, toplum içerisinde çoğunlukla farklı olduklarını, konuşma ve hareketleri ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda onlarla ilgili bazı tutumların oluşmasına neden olmuştur. (Bahar, 2007). Toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarını belirleyen en önemli değişken, hastaların “tehlikeli” ve “ne zaman ne yapacağı bilinmeyen kişiler” olarak algılanmasıdır. Hastaların önceden kestirilemeyen alışılmışın dışında davranışları, kısaca düzen gereksinimini bozmaları, toplumda anksiyete uyandırmaktadır. Birey ya da toplum, kendisini ürküten, rahatsız eden bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gider. Bu da ayrımcılığın başlangıcıdır. Toplum açısından düzeni bozan, huzursuzluk yaratan ve toplumsal yaşantı için tekin olmayan kişiler damgalanıp dışlanarak toplum dışına atılırlar. Bireysel olarak da ruhsal hastalığı olanları damgalamanın temel nedeni, bu hastaların tehlikeli olduğu, kişinin kendisine zarar verebileceği düşüncesidir (Soygür ve ark., 2007).

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Araştırmanın öneminin, ruhsal hastalıkların sağaltımı konusunda üniversite eğitimi alan psikoloji öğrencileri ile diğer branşlarda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının, sosyo-demografik verilerle incelenmesi bakımından

diğer araştırmalara ışık tutacak nitelikte olmasından geldiği düşünölmektedir. Bu araştırmanın önemi; ruhsal hastalıklara yönelik tutumların araştırıldığı çalışmalara bakıldığında kişilerin tutumlarını etkileyen etmenlerin olduğu görölmektedir. Kuşkusuz ki; bu değişkenlerin en önemlisi, içinde yaşanılan költür ve eğitim düzeyidir. Diğer yandan sosyo-demografik değişkenlerin etkileri değerlendirildiğinde birçok çelişkili ve hatta birbiri ile zıt sonuçlar olduğu görölmektedir. Özellikle yaş ve eğitimin etkileri konusunda kesin bir şey söyleyebilmek çok olanaklı değildir (Taşkın, 2007).

1.3.1.Alt Amaçlar

1. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklarına yönelik inançlarının araştırılmasında sosyo-költürel farklılıklar etki eder mi?
2. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklarına yönelik inançlarının araştırılmasında cinsiyetin etkisi var mıdır?
3. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklarına yönelik inançlarının araştırılmasında psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü bulunması, durumu etkiler mi?

1.3.1.2.Problem Cümlesi

H1:Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklarına yönelik inançlarının araştırılmasında, diğer branşlarda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-ekonomik düzeylerindeki azalma çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma, tehlikeli olma ve utanma alt boyutlarındaki durumları arttırmaktadır.

H0: Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklarına yönelik inançlarının araştırılmasında, psikoloji bölümü öğrencilerinin sosyo-ekonomik düzeylerindeki artma çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulmaya sebep olmamaktadır.

2.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın örnekleme, veri toplama araçlarına ve işlem kısmına yer verilecektir.

Bu araştırma ‘tarama modeli’ olarak tasarlanmıştır. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabasını göstermez (Karasar, 2009).

2.1.EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırma grubu, İstanbul Bilim Üniversitesi’nde öğrenim gören on sekiz ve otuz yaş arasındaki Psikoloji bölümü, Beslenme ve Diyetetik, Ebelik, Hemşirelik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerinden bir araya getirilmiş yedi yüz doksan öğrenciden oluşturulmuştur. Örneklem oluşturulurken gönüllülük ilkesi esas alınmıştır.

2.2.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada, iki çeşit veri toplama aracı kullanılmıştır. Araştırmada, veri toplama aracı olarak; ‘‘Sosyo-demografik Bilgi Formu’’ ve ‘‘Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’’ (Hirai ve ark., 2000) kullanılmıştır.

2.2.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Örneklem grubunu daha iyi betimleyebilmek amacıyla araştırmaya katılanlara ‘‘sosyo-demografik bilgi formu’’ uygulanmıştır. Bu form araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Form, katılımcının yaşı, okuduğu sınıf, sosyo-ekonomik düzeyi, doğduğu yer (köy, ilçe,

il vb.), okuduğu bölüm, katılımcının psikiyatrik muayene ve tedavi geçmişi olup olmadığı, katılımcının ailesinin psikiyatrik muayene ve tedavi geçmişi olup olmadığı sorularından oluşmuştur. Sosyo-demografik bilgi formu EK 1'dedir.

2.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)

Hirai ve Clum (1998) tarafından geliştirilmiştir. İki yüz on altı kişiden oluşan öğrenci örneğine uygulanmıştır. Ölçek tehlikelilik, zayıf sosyal ve kişilerarası beceri, çaresizlik alt ölçeği olmak üzere üç alt ölçekten oluşturulmuştur. Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçek Cronbach alfa katsayısı Amerika toplumu için 0.89, Asya toplumu için 0.91 bulunmuştur.

Ölçek 21 madde ve 6'lı Likert tip oluşturulmuştur.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği; 6'lı Likert tipi bir ölçek olup, Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek üç alt ölçekten oluşmaktadır. Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçek toplam Cronbach Alpha katsayısı .82, alt ölçekler ise Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği .80, Tehlikeli alt ölçeği .71 ve Utanma alt ölçeği .69'dur.

Tehlikeli Alt Ölçeği: bu alt ölçek ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseder. Alt ölçek 1.,2., 3.,4.,5., 6.,7., 13. maddeleri içermektedir. Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarından bahseder. Bireyin özellikle duygusal etkilenmesinden dolayı, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki sürecinde kendini engellemesini ve çaresizlik yaşadığını ifade eder. Alt ölçek 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21.maddeleri içermektedir.

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

Ölçek, hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir.

Ölçek, dilimize uyarlanarak Türkiye için geçerlilik güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam (2006) tarafından Türkçe formu oluşturulmuştur. Araştırmaya iki yüz altmış iki yetişkin (yüz yirmi dokuz kadın, yüz otuz üç erkek) alınmıştır. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin yapı geçerliliği çalışması için faktör analizi yapılmış ve üç faktör saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.82 alt ölçek Cronbach alpha değerleri ise 0.69-0.80 arasında bulunmuştur. Formu EK 2'dedir.

2.3. İŞLEM

Uygulama öncesinde katılımcılara, araştırmanın konusu ve amacı kısa bir şekilde belirtilmiş olup, form ve ölçeklerin değerlendirilmesi sonucunda elde edilecek verilerin, araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacağı ifade edilmiş olup; bu doğrultuda form ve ölçekte istenen bilgiler dışında hiçbir ek bilgi yazılmaması yönünde yönerge verilmiştir.

Katılımcılara, İstanbul Bilim Üniversitesi'nde elden verilen form ve ölçeklerin doldurulması on - on beş dakika sürmüştür. Araştırmaya katılan tüm katılımcılar, form ve ölçeği eksiksiz doldurmuş olup uygulama sırasında herhangi bir aksaklık yaşanmamıştır.

2.4. VERİ ANALİZİNDE KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Veriler SPSS 15.00 Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilere Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi uygulandıktan sonra normal dağılım gösteren verilere Bağımsız Örneklem T Testi, Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Tukey Testi uygulanmıştır.

Normal dağılım göstermeyen verilere ise Mann-Whitney U Tesi, Kruskal-Wallis T Testi uygulanmıştır. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkilerin şiddet dereceleri için Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır.

3.BULGULAR

Tablo 1.1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

N=790		n	%
Yaş	19 Yaş ve Altı	224	28
	20-25 Yaş	539	68
	25-30 Yaş	27	3
Cinsiyet	Kadın	643	81
	Erkek	147	19
Okuduğu Sınıf	1. Sınıf	313	40
	2. Sınıf	209	26
	3. Sınıf	206	26
	4. Sınıf	62	8
Sosyoekonomik Düzey	Alt	15	2
	Orta	702	89
	Üst	73	9
Doğduğu Yer	İl	578	73
	İlçe	178	23
	Köy	23	3
	Kasaba	11	1
Okuduğu Bölüm	Psikoloji	284	36
	Beslenme ve Diyetetik	60	8
	Ebelik	72	9
	Hemşirelik	290	37
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	84	11
Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsü Olma Durumu	Evet	102	13
	Hayır	688	87
Aileden Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsü Olma Durumu	Evet	146	18
	Hayır	644	82

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan kişilerin yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf, sosyoekonomik düzeyi, doğduğu yer, bölüm, kendi ve ailesinin psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olma durumlarına göre dağılımlar yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

790 öğrenciden; 19 yaş ve altında olan 224 (%28) kişi, 20-25 yaş arasında olan 539 (%68) kişi ve 25-30 yaş arasında olan 27 (%3) kişi vardır.

790 öğrenciden; 643 (%81) kadın ve 147 (%19) erkek vardır.

790 öğrenciden; 1. Sınıfta okuyan 313 (%40) öğrenci, 2. Sınıfta okuyan 209 (%26) öğrenci, 3. Sınıfta 206 (%26) öğrenci ve 4. Sınıfta 62 (%8) öğrenci vardır.

790 öğrenciden; sosyoekonomik düzeyi düşük olan 15 (%2) öğrenci, orta olan 702 (%89) öğrenci ve yüksek olan 73 (%9) öğrenci vardır.

790 öğrenciden; ilde doğan 578 (%73) öğrenci, ilçede doğan 178 (%23) öğrenci, köyde doğan 23 (%3) öğrenci ve kasabada doğan 11 (%1) öğrenci vardır.

790 öğrenciden; Psikoloji Bölümü'nde okuyan 284 (%36) öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan 60 (%8) öğrenci, Ebelik Bölümü'nde okuyan 72 (%9) öğrenci, Hemşirelik Bölümü'nde okuyan 290 (%37) öğrenci ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan 84 (%11) öğrenci vardır.

790 öğrenciden; psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan 102 (%13) öğrenci, öyküsü olmayan 688 (%87) öğrenci vardır.

790 öğrenciden; ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan 146 (%18) öğrenci, öyküsü olmayan 644 (%82) öğrenci olduğu gözlenmiştir.

Tablo 1.2. Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

N=790	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
Tehlikeli	22,43	6,38	4	40
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	24,57	10,42	0	55
Utanma	1,40	2,27	0	10
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	48,40	16,43	10	105

Yukarıdaki tabloda, ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarına ilişkin ortalama, standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

790 öğrencinin; tehlikeli alt ölçeğin puan ortalaması 22,43, standart sapması 6,38, minimum puan 4 ve maksimum puan 40'dır. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğin puan ortalaması 24,57, standart sapması 10,42, minimum puan 0 ve maksimum puan 55'dir. Utanma alt ölçeğin puan ortalaması 1,40, standart sapması 2,27, minimum puan 0 ve maksimum puan 10'dur. Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğinin puan ortalaması 48,40, standart sapması 16,43, minimum puan 10 ve maksimum puan 105 olduğu gözlenmiştir.

Tablo 1.3 Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi

Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi	P
Tehlikeli	0,00
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	0,00
Utanma	0,00
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	0,08*
*P>0,05	

Yukarıdaki tabloda, ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarına ilişkin Kolmogorov-Smirnov normallik test sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli at ölçeği, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ve utanma alt ölçek puanlarının normal dağılım göstermediği ($P<0,05$) ve ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanının normal dağılım gösterdiği ($P>0,05$) gözlenmiştir.

Tablo 1.4 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler (Sperman Korelasyon)

		Tehlikeli	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Utanma	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç
Tehlikeli	r	1,00	0,66	0,32	0,85
	P	.	0,00*	0,00*	0,00*
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	r		1,00	0,35	0,94
	P		.	0,00*	0,00*
Utanma	r			1,00	0,47
	P			.	0,00*
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	r				1,00
	P				.
*P<0,01					

Yukarıdaki tabloda, ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkilere yönelik Spearman Korelasyon test sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli alt ölçek puanları ile çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları arasında aynı yönde orta derecede bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,66;P<0,01$).

Tehlikeli alt ölçek puanları ile utanma alt ölçek puanları arasında aynı yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,32;P<0,01$).

Tehlikeli alt ölçek puanları ile ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği puanları arasında aynı yönde kuvvetli bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,85;P<0,01$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları ile utanma alt ölçek puanları arasında aynı yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,35;P<0,01$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları ile ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği puanları arasında aynı yönde çok kuvvetli bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,94;P<0,01$).

Utanma alt ölçek puanları ile ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği puanları arasında aynı yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,47;P<0,01$).

Tablo 1.5 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılması (Mann-Whitney U – Kruskal -Wallis – ANOVA - Tukey)

	Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Tehlikeli	19 Yaş ve Altı	224	22,83	6,72	0,049*
	20-25 Yaş	539	22,43	6,15	
	25-30 Yaş	27	19,19	7,21	
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	19 Yaş ve Altı	224	24,85	10,11	0,00*
	20-25 Yaş	539	24,81	10,46	
	25-30 Yaş	27	17,48	9,85	
Utanma	19 Yaş ve Altı	224	1,46	2,26	0,10
	20-25 Yaş	539	1,40	2,28	
	25-30 Yaş	27	0,78	1,97	
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	19 Yaş ve Altı	224	49,14	16,35	0,00*
	20-25 Yaş	539	48,65	16,26	
	25-30 Yaş	27	37,44	17,26	
*P<0,05					

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun yaşlarına göre ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarının ortalama, standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; 19 yaş ve altında olan 224 öğrencinin puan ortalaması 22,83, 20-25 yaş arasında olan 539 öğrencinin puan ortalaması 22,43 ve 25-30 yaş arasında olan 27 öğrencinin puan ortalaması 19,19'dur. Burada öğrencilerin yaşları arttıkça tehlikeli alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının azaldığı görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin tehlikeli alt ölçek puanları, yaşlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır (P=0,049<0,05). Farklılıkların hangi

yaşlar arasında olduğuna dair Mann-Whitney U test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; 19 yaş ve altında olan 224 öğrencinin puan ortalaması 24,85, 20-25 yaş arasında olan 539 öğrencinin puan ortalaması 24,81 ve 25-30 yaş arasında olan 27 öğrencinin puan ortalaması 17,48'dir. Burada öğrencilerin yaşları arttıkça çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının azaldığı görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları, yaşlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0<0,05$). Farklılıkların hangi yaşlar arasında olduğuna dair Mann-Whitney U test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Utanma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; 19 yaş ve altında olan 224 öğrencinin puan ortalaması 1,46, 20-25 yaş arasında olan 539 öğrencinin puan ortalaması 1,40 ve 25-30 yaş arasında olan 27 öğrencinin puan ortalaması 0,78'dir. Burada öğrencilerin yaşları arttıkça utanma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının azaldığı görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin utanma alt ölçek puanları, yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,10>0,05$).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanlarına göre baktığımızda; 19 yaş ve altında olan 224 öğrencinin puan ortalaması 49,14, 20-25 yaş arasında olan 539 öğrencinin puan ortalaması 48,65 ve 25-30 yaş arasında olan 27 öğrencinin puan ortalaması 37,44'tür. Burada öğrencilerin yaşları arttıkça ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının azaldığı görülmektedir. Yapılan Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans (ANOVA) test sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanları, yaşlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0<0,05$). Farklılıkların hangi

yaşlar arasında olduğuna dair Tukey test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 1.6 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği, Tehlikeli, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçek Puanlarının Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklar

Yaş		P Değerleri		
		Tehlikeli	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç
19 Yaş ve Altı	20-25 Yaş	0,33	0,83	0,92
	25-30 Yaş	0,02*	0,00*	0,00*
20-25 Yaş	19 Yaş ve Altı	0,33	0,83	0,92
	25-30 Yaş	0,03*	0,00*	0,00*
25-30 Yaş	19 Yaş ve Altı	0,02*	0,00*	0,00*
	20-25 Yaş	0,03*	0,00*	0,00*
*P<0,05				

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği, tehlikeli, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarının hangi yaş grupları arasındaki farklılıklar olduğuna yönelik test sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli alt ölçek puanlarına göre;

19 yaş ve altında olan öğrenciler ile 20-25 yaş arasında olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

19 yaş ve altında olan öğrenciler ile 25-30 yaş arasında olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

20-25 yaş arasında olan öğrenciler ile 25-30 yaş arasında olan öğrencilerin ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarına göre;

19 yaş ve altında olan öğrenciler ile 20-25 yaş arasında olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

19 yaş ve altında olan öğrenciler ile 25-30 yaş arasında olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

20-25 yaş arasında olan öğrenciler ile 25-30 yaş arasında olan öğrencilerin ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanlarına göre;

19 yaş ve altında olan öğrenciler ile 20-25 yaş arasında olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

19 yaş ve altında olan öğrenciler ile 25-30 yaş arasında olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

20-25 yaş arasında olan öğrenciler ile 25-30 yaş arasında olan öğrencilerin ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Tablo 1.7 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması (Mann-Whitney – Bağımsız Örneklem T)

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Tehlikeli	Kadın	643	22,32	6,28	0,35
	Erkek	147	22,95	6,79	
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Kadın	643	24,41	10,44	0,44
	Erkek	147	25,27	10,32	
Utanma	Kadın	643	1,36	2,16	0,89
	Erkek	147	1,56	2,67	
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	Kadın	643	48,09	16,32	0,26
	Erkek	147	49,79	16,91	

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun cinsiyetlerine göre ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarının ortalama, standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; 643 kadının puan ortalaması 22,32 ve 147 erkeğin puan ortalaması 22,95'tir. Burada kadınların tehlikeli alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, erkeklere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney test sonucunda öğrencilerin tehlikeli alt ölçek puanları, cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,35>0,05$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; 643 kadının puan ortalaması 24,41 ve 147 erkeğin puan ortalaması 25,27'dir. Burada kadınların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, erkeklere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney test sonucunda öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları, cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,44>0,05$).

Utanma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; 643 kadının puan ortalaması 1,36 ve 147 erkeğin puan ortalaması 1,56'dır. Burada kadınların utanma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, erkeklere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney test sonucunda öğrencilerin utanma alt ölçek puanları, cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,89>0,05$).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanlarına göre baktığımızda; 643 kadının puan ortalaması 48,09 ve 147 erkeğin puan ortalaması 49,79'dur. Burada kadınların ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, erkeklere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Bağımsız Örneklem T test sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanları, cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,26>0,05$).

Tablo 1.8 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Sınıflarına Göre Karşılaştırılması (Kruskal -Wallis - Mann-Whitney U - ANOVA)

	Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Tehlikeli	1. Sınıf	313	22,51	6,60	0,01*
	2. Sınıf	209	23,08	6,33	
	3. Sınıf	206	22,31	5,92	
	4. Sınıf	62	20,29	6,57	
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	1. Sınıf	313	24,09	10,37	0,23
	2. Sınıf	209	25,28	9,72	
	3. Sınıf	206	25,14	10,85	
	4. Sınıf	62	22,74	11,33	
Utanma	1. Sınıf	313	1,33	2,25	0,42
	2. Sınıf	209	1,27	1,94	
	3. Sınıf	206	1,46	2,36	
	4. Sınıf	62	1,97	2,95	
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	1. Sınıf	313	47,93	16,63	0,23
	2. Sınıf	209	49,62	15,51	
	3. Sınıf	206	48,91	16,64	
	4. Sınıf	62	45,00	17,55	
*P<0,05					

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun sınıflarına göre ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarının ortalama, standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; 1. sınıfta olan 313 öğrencinin puan ortalaması 22,51, 2. sınıfta olan 209 öğrencinin puan ortalaması 23,08, 3. sınıfta olan 206 öğrencinin puan ortalaması 22,31 ve 4. sınıfta olan 62 öğrencinin puan ortalaması 20,29'dur. Burada 4. sınıfta olan öğrencilerin tehlikeli alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer sınıfta olan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin tehlikeli alt ölçek puanları, sınıflarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0,01<0,05$). Farklılıkların hangi sınıflar arasında olduğuna dair Mann-Whitney U test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; 1. sınıfta olan 313 öğrencinin puan ortalaması 24,09, 2. sınıfta olan 209 öğrencinin puan ortalaması 25,28, 3. sınıfta olan 206 öğrencinin puan ortalaması 25,14 ve 4. sınıfta olan 62 öğrencinin puan ortalaması 22,74'tür. Burada 4. sınıfta olan öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer sınıfta olan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları, sınıflarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,23>0,05$).

Utanma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; 1. sınıfta olan 313 öğrencinin puan ortalaması 1,33, 2. sınıfta olan 209 öğrencinin puan ortalaması 1,27, 3. sınıfta olan 206 öğrencinin puan ortalaması 1,46 ve 4. sınıfta olan 62 öğrencinin puan ortalaması 1,97'dir. Burada 2. sınıfta olan öğrencilerin utanma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer sınıfta olan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin utanma alt ölçek puanları, sınıflarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,42>0,05$).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanlarına göre baktığımızda; 1. sınıfta olan 313 öğrencinin puan ortalaması 47,93, 2. sınıfta olan 209 öğrencinin puan ortalaması 49,62, 3. sınıfta olan 206 öğrencinin puan ortalaması 48,91 ve 4. sınıfta olan 62 öğrencinin puan ortalaması 45,00'tir. Burada 4. sınıfta olan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer sınıfta olan öğrencilere göre az olduğu görölmektedir. Yapılan Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans (ANOVA) test sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanları, sınıflarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,23>0,05$).

Tablo 1.9 Araştırma Grubunun Tehlikeli Alt Ölçek Puanlarının Sınıfları Arasındaki Farklılıklar (Mann-Whitney)

Tehlikeli		
Sınıf		P Değeri
	2. Sınıf	0,34
1. Sınıf	3. Sınıf	0,46
	4. Sınıf	0,01*
	1. Sınıf	0,34
2. Sınıf	3. Sınıf	0,11
	4. Sınıf	0,00*
	1. Sınıf	0,46
3. Sınıf	2. Sınıf	0,11
	4. Sınıf	0,02*
	1. Sınıf	0,01*
4. Sınıf	2. Sınıf	0,00*
	3. Sınıf	0,02*
*P<0,05		

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun tehlikeli alt ölçek puanlarının hangi sınıflar arasındaki farklılıklar olduğuna yönelik Mann-Whitney test sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

1. sınıfta olan öğrenciler ile 2. sınıfta olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

1. sınıfta olan öğrenciler ile 3. sınıfta olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

1. sınıfta olan öğrenciler ile 4. sınıfta olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

2. sınıfta olan öğrenciler ile 3. sınıfta olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

2. sınıfta olan öğrenciler ile 4. sınıfta olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

3. sınıfta olan öğrenciler ile 4. sınıfta olan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Tablo 1.10 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Sosyoekonomik Düzeylerine Göre Karşılaştırılması (Kruskal-Wallis - ANOVA)

	Sosyoekonomik Düzeyi	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Tehlikeli	Alt	15	21,73	7,69	0,35
	Orta	702	22,58	6,31	
	Üst	73	21,19	6,75	
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Alt	15	25,40	11,81	0,26
	Orta	702	24,73	10,27	
	Üst	73	22,89	11,51	
Utanma	Alt	15	2,67	3,06	0,11
	Orta	702	1,38	2,21	
	Üst	73	1,33	2,53	
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	Alt	15	49,80	19,39	0,25
	Orta	702	48,69	16,14	
	Üst	73	45,41	18,42	

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun sosyoekonomik düzeylerine göre ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarının ortalama, standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; sosyoekonomik düzeyi düşük olan 15 öğrencinin puan ortalaması 21,73, orta olan 702 öğrencinin puan ortalaması 22,58 ve iyi olan 73 öğrencinin puan ortalaması 21,19'dur. Burada sosyoekonomik düzeyi iyi olan öğrencilerin tehlikeli alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-

Wallis test sonucunda öğrencilerin tehlikeli alt ölçek puanları, sosyoekonomik düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,35>0,05$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; sosyoekonomik düzeyi düşük olan 15 öğrencinin puan ortalaması 25,40, orta olan 702 öğrencinin puan ortalaması 24,73 ve iyi olan 73 öğrencinin puan ortalaması 22,89'dur. Burada sosyoekonomik düzeyi iyi olan öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları, sınıflarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,26>0,05$).

Utanma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; sosyoekonomik düzeyi düşük olan 15 öğrencinin puan ortalaması 2,67, orta olan 702 öğrencinin puan ortalaması 1,38 ve iyi olan 73 öğrencinin puan ortalaması 1,33'tür. Burada sosyoekonomik düzeyi iyi olan öğrencilerin utanma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin utanma alt ölçek puanları, sınıflarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,11>0,05$).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanlarına göre baktığımızda; sosyoekonomik düzeyi düşük olan 15 öğrencinin puan ortalaması 49,80, orta olan 702 öğrencinin puan ortalaması 48,69 ve iyi olan 73 öğrencinin puan ortalaması 45,41'dir. Burada sosyoekonomik düzeyi iyi olan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans (ANOVA) test sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanları, sınıflarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,25>0,05$).

Tablo 1.11 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Doğdukları Yerlere Göre Karşılaştırılması (Kruskal-Wallis - ANOVA)

	Doğduğu Yer	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Tehlikeli	İl	578	22,56	6,27	0,63
	İlçe	178	22,26	6,59	
	Köy	23	22,00	7,22	
	Kasaba	11	19,82	7,25	
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	İl	578	24,77	10,46	0,32
	İlçe	178	24,48	10,29	
	Köy	23	21,00	11,05	
	Kasaba	11	23,00	8,35	
Utanma	İl	578	1,40	2,30	0,80
	İlçe	178	1,36	2,13	
	Köy	23	1,35	1,94	
	Kasaba	11	2,18	3,09	
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	İl	578	48,72	16,44	0,54
	İlçe	178	48,10	16,43	
	Köy	23	44,35	17,44	
	Kasaba	11	45,00	13,91	

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun doğdukları yerlere göre ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarının ortalama, standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; ilde doğan 578 öğrencinin puan ortalaması 22,56, ilçede doğan 178 öğrencinin puan ortalaması 22,26, köyde doğan 23 öğrencinin puan ortalaması 22,00 ve kasabada doğan 11 öğrencinin puan ortalaması 19,82'dir. Burada kasabada doğan öğrencilerin tehlikeli alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer yerlerde doğan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin tehlikeli alt ölçek puanları, doğdukları yerlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,63>0,05$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; ilde doğan 578 öğrencinin puan ortalaması 24,77, ilçede doğan 178 öğrencinin puan ortalaması 24,48, köyde doğan 23 öğrencinin puan ortalaması 21,00 ve kasabada doğan 11 öğrencinin puan ortalaması 23,00'tür. Burada köyde doğan öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer yerlerde doğan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları, doğdukları yerlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,32>0,05$).

Utanma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; ilde doğan 578 öğrencinin puan ortalaması 1,40, ilçede doğan 178 öğrencinin puan ortalaması 1,36, köyde doğan 23 öğrencinin puan ortalaması 1,35 ve kasabada doğan 11 öğrencinin puan ortalaması 2,18'dir. Burada köyde doğan öğrencilerin utanma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer yerlerde doğan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin utanma alt ölçek puanları, doğdukları yerlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,80>0,05$).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanlarına göre baktığımızda; ilde doğan 578 öğrencinin puan ortalaması 48,72, ilçede doğan 178 öğrencinin puan

ortalaması 48,10, köyde doğan 23 öğrencinin puan ortalaması 44,35 ve kasabada doğan 11 öğrencinin puan ortalaması 45,00'tir. Burada köyde doğan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer yerlerde doğan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans (ANOVA) test sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanları, doğdukları yerlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,54>0,05$).

Tablo 1.12 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Bölümlerine Göre Karşılaştırılması (Mann-Whitney U - Kruskal-Wallis - ANOVA)

	Bölüm	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Tehlikeli	Psikoloji	284	21,10	6,10	0,00*
	Beslenme ve Diyetetik	60	24,18	5,44	
	Ebelik	72	22,57	6,04	
	Hemşirelik	290	23,32	6,71	
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	84	22,54	6,33	
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Psikoloji	284	22,78	10,33	0,01*
	Beslenme ve Diyetetik	60	26,93	9,80	
	Ebelik	72	25,17	11,09	
	Hemşirelik	290	25,61	10,80	
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	84	24,85	8,30	
Utanma	Psikoloji	284	0,90	1,67	0,00*
	Beslenme ve Diyetetik	60	1,18	1,55	
	Ebelik	72	2,40	3,00	
	Hemşirelik	290	1,84	2,66	
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	84	0,85	1,59	
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	Psikoloji	284	44,78	15,75	0,00*
	Beslenme ve Diyetetik	60	52,30	14,98	
	Ebelik	72	50,14	17,00	
	Hemşirelik	290	50,77	17,44	
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	84	48,23	13,31	
*P<0,05					

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun bölümlerine göre ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarının ortalama, standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; Psikoloji Bölümü'nde okuyan 284 öğrencinin puan ortalaması 21,10, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan 60 öğrencinin puan ortalaması 24,18, Ebelik Bölümü'nde okuyan 72 öğrencinin puan ortalaması 22,57, Hemşirelik Bölümü'nde okuyan 290 öğrencinin puan ortalaması 23,32 ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan 84 öğrencinin puan ortalaması 22,54'tür. Burada Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrencilerin tehlikeli alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer bölümlerde okuyan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin tehlikeli alt ölçek puanları, bölümlerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0<0,05$). Farklılıkların hangi bölümler arasında olduğuna dair Mann-Whitney U test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; Psikoloji Bölümü'nde okuyan 284 öğrencinin puan ortalaması 22,78, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan 60 öğrencinin puan ortalaması 26,93, Ebelik Bölümü'nde okuyan 72 öğrencinin puan ortalaması 25,17, Hemşirelik Bölümü'nde okuyan 290 öğrencinin puan ortalaması 25,61 ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan 84 öğrencinin puan ortalaması 24,85'tir. Burada Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer bölümlerde okuyan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları, bölümlerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0,01<0,05$). Farklılıkların hangi bölümler arasında olduğuna dair Mann-Whitney U test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Utanna alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; Psikoloji Bölümü'nde okuyan 284 öğrencinin puan ortalaması 0,90, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde

okuyan 60 öğrencinin puan ortalaması 1,18, Ebelik Bölümü'nde okuyan 72 öğrencinin puan ortalaması 2,40, Hemşirelik Bölümü'nde okuyan 290 öğrencinin puan ortalaması 1,84 ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan 84 öğrencinin puan ortalaması 0,85'tir. Burada Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin utanma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer bölümde okuyan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis test sonucunda öğrencilerin utanma alt ölçek puanları, bölümlerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0<0,05$). Farklılıkların hangi bölümler arasında olduğuna dair Mann-Whitney U test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanlarına göre baktığımızda; Psikoloji Bölümü'nde okuyan 284 öğrencinin puan ortalaması 44,78, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan 60 öğrencinin puan ortalaması 52,30, Ebelik Bölümü'nde okuyan 72 öğrencinin puan ortalaması 50,14, Hemşirelik Bölümü'nde okuyan 290 öğrencinin puan ortalaması 50,77 ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan 84 öğrencinin puan ortalaması 48,23'tür. Burada Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer bölümde okuyan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans (ANOVA) test sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanları, bölümlerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0<0,05$). Farklılıkların hangi bölümler arasında olduğuna dair Tukey test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 1.13 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Bölümleri Arasındaki Farklılıklar

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarının hangi bölümler arasındaki farklılıklar olduğuna yönelik test sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Bölüm	P Değerleri				
	Tehlikeli	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Utanma	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	
Psikoloji	Beslenme ve Diyetetik	0,00*	0,00*	0,03*	0,01*
	Ebelik	0,15	0,14	0,00*	0,09
	Hemşirelik	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	0,03*	0,07	0,88	0,43
Beslenme ve Diyetetik	Psikoloji	0,00*	0,00*	0,03*	0,01*
	Ebelik	0,09	0,26	0,06	0,94
	Hemşirelik	0,39	0,37	0,50	0,96
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	0,21	0,17	0,053	0,57
Ebelik	Psikoloji	0,15	0,14	0,00*	0,09
	Beslenme ve Diyetetik	0,09	0,26	0,06	0,94
	Hemşirelik	0,25	0,63	0,09	1,00
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	0,61	0,96	0,00*	0,95
Hemşirelik	Psikoloji	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*
	Beslenme ve Diyetetik	0,39	0,37	0,50	0,96
	Ebelik	0,25	0,63	0,09	1,00
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	0,54	0,54	0,00*	0,71
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Psikoloji	0,03*	0,07	0,88	0,43
	Beslenme ve Diyetetik	0,21	0,17	0,053	0,57
	Ebelik	0,61	0,96	0,00*	0,95
	Hemşirelik	0,54	0,54	0,00*	0,71

*P<0,05

Tehlikeli alt ölçek puanlarına göre;

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarına göre;

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Utanma alt ölçek puanlarına göre;

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği puanlarına göre;

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$).

Psikoloji Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Ebelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrenciler ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Tablo 1.14 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öykülerinin Olup Olmama Durumlarına Göre Karşılaştırılması (Mann-Whitney - Bağımsız Örneklem T)

	Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsü Olma Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Tehlikeli	Evet	102	20,09	6,55	0,00*
	Hayır	688	22,78	6,29	
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Evet	102	21,13	11,24	0,00*
	Hayır	688	25,08	10,20	
Utanma	Evet	102	0,68	1,78	0,00*
	Hayır	688	1,50	2,31	
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	Evet	102	41,89	17,28	0,00*
	Hayır	688	49,37	16,09	
* $P<0,05$					

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun psikiyatrik muayene ve tedavi öykülerinin olup olmama durumlarına göre ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarının

ortalama, standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan 102 öğrencinin puan ortalaması 20,09 ve öyküsü olmayan 688 öğrencinin puan ortalaması 22,78'dir. Burada psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan öğrencilerin tehlikeli alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, öyküsü olmayan öğrencilere göre az olduğu görölmektedir. Yapılan Mann-Whitney test sonucunda öğrencilerin tehlikeli alt ölçek puanları, psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0<0,05$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan 102 öğrencinin puan ortalaması 21,13 ve öyküsü olmayan 688 öğrencinin puan ortalaması 25,08'dir. Burada psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, öyküsü olmayan öğrencilere göre az olduğu görölmektedir. Yapılan Mann-Whitney test sonucunda öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları, psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0<0,05$).

Utanma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan 102 öğrencinin puan ortalaması 0,68 ve öyküsü olmayan 688 öğrencinin puan ortalaması 1,50'dir. Burada psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan öğrencilerin utanma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, öyküsü olmayan öğrencilere göre az olduğu görölmektedir. Yapılan Mann-Whitney test sonucunda öğrencilerin utanma alt ölçek puanları, psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0<0,05$).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanlarına göre baktığımızda; psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan 102 öğrencinin puan ortalaması 41,89 ve öyküsü olmayan 688 öğrencinin puan ortalaması 49,37'dir. Burada psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, öyküsü olmayan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Bağımsız Örneklem T test sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanları, psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0<0,05$).

Tablo 1.15 Araştırma Grubunun Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Alt Ölçek Puanlarının Aileden Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öykülerinin Olup Olmama Durumlarına Göre Karşılaştırılması (Mann-Whitney - Bağımsız Örneklem T)

	Aileden Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Öyküsü Olma Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Tehlikeli	Evet	146	21,34	6,43	0,02*
	Hayır	644	22,68	6,35	
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Evet	146	23,24	10,68	0,07
	Hayır	644	24,87	10,34	
Utanma	Evet	146	0,76	1,83	0,00*
	Hayır	644	1,54	2,33	
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	Evet	146	45,34	17,02	0,01*
	Hayır	644	49,10	16,23	
* $P<0,05$					

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun aileden psikiyatrik muayene ve tedavi

öykülerinin olup olmama durumlarına göre ruhsal hastalığa yönelik inanç ve alt ölçek puanlarının ortalama, standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Tehlikeli alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan 146 öğrencinin puan ortalaması 21,34 ve öyküsü olmayan 644 öğrencinin puan ortalaması 22,68'dir. Burada aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan öğrencilerin tehlikeli alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, öyküsü olmayan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney test sonucunda öğrencilerin tehlikeli alt ölçek puanları, aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0,02<0,05$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan 146 öğrencinin puan ortalaması 23,24 ve öyküsü olmayan 644 öğrencinin puan ortalaması 24,87'dir. Burada aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, öyküsü olmayan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney test sonucunda öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları, aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P=0,07>0,05$).

Utanma alt ölçek puanlarına göre baktığımızda; aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan 146 öğrencinin puan ortalaması 0,76 ve öyküsü olmayan 644 öğrencinin puan ortalaması 1,54'tür. Burada aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan öğrencilerin utanma alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, öyküsü olmayan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney test sonucunda öğrencilerin utanma alt ölçek puanları, aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0<0,05$).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanlarına göre baktığımızda; aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan 146 öğrencinin puan ortalaması 45,34 ve öyküsü olmayan 644 öğrencinin puan ortalaması 49,10'dur. Burada aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, öyküsü olmayan öğrencilere göre az olduğu görölmektedir. Yapılan Bağımsız Örneklem T test sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçek puanları, aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($P=0,01<0,05$).

4.TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmanın ele alınan amaçları doğrultusunda istatistiksel çözümler yapılarak elde edilen bulgular ışığında kuram ve ampirik çalışmaların desteği ile tartışılması ve değerlendirilmesine yer verilmiştir.

Araştırma; ruhsal hastalıkların sağaltımı konusunda üniversite eğitimi alan psikoloji öğrencileri ile diğer sağlık branşlarında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, utanma alt ölçekleri arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmak adına yapılandırılmıştır.

Litaretürde, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarda öğrenim durumlarının önemi ve bu tutumları etkileyebilecek yaş, cinsiyet gibi birçok değişkenden bahsedilmektedir. Araştırmada bu sosyo-demografik değişkenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlara olan etkisi ele alınmıştır. Söz konusu bulgular ülkemizde yapılmış muhtelif araştırmalar ile benzer sonuçlar vermiştir.

Ruhsal hastalıklara yönelik tutumların araştırıldığı çalışmalara bakıldığında, bazı etmenlerin kişilerin ruhsal tutumlarını etkilediği görülmektedir. Kuşkusuz ki; bu değişkenlerin en önemlisi, içinde yaşanılan kültür ve eğitim düzeyidir. Diğer yandan sosyo-demografik değişkenlerin etkileri değerlendirildiğinde birçok çelişkili ve hatta birbiri ile zıt sonuçlar olduğu görülmektedir. Özellikle yaş ve eğitimin etkileri konusunda kesin bir şey söyleyebilmek çok olanaklı değildir (Taşkın, 2007).

Araştırmanın alt amaçlarından biri tehlikelilik, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma, utanma alt ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamaktır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, tehlikelilik alt ölçeği ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık

bulunmadığı görülmektedir. (Tablo 1.7). Cinsiyet rollerinin, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar özelinde farklılaşmadıkları görülmüştür.

Bu bulgu, literatürdeki bir çok araştırmayı destekler niteliktedir (Taşkın, 2007; Brockington, 1993; Rabkin, 1972; Marchinsky, 2000). Bazı araştırmalarda ise, cinsiyetin ruhsal hastalıklar konusunda inanç toplam puanlarının farklılık yaratabileceği konusunda araştırma bulguları bulunmaktadır (Jorm, 2000).

Araştırmanın bir başka alt amacı ise, bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamaktır. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 1.6).

Çıkan sonuçlarda, 19 yaş ve altı bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar alt ölçeklerinden çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik puanları ile 20-25 yaşındaki bireylerin alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Diğer yönden, 19 yaş ve altı bireyler ile 25-30 yaş arasında ki bireylerin ruhsal hastalıklara inançlar ölçeği toplam puanları arasında da anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca, 20-25 yaşındaki bireyler ve 25-30 yaşındaki bireyler arasında ruhsal hastalıklara yönelik inançlar alt ölçekleri ve toplam puanları arasında da yine anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Genç bireylerin, yaşça ileri olan bireylere göre ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının, eğitim seviyeleri ve entelektüel becerilerinin farklılaşması ile muhtelif değişkenlikler gösterdiği düşünülmektedir (Brockington ve ark., 1993) da yaptığı araştırmada, yaş değişkeni ilerledikçe ruhsal hastalıklara yönelik inançların ve göreceli hoşgörülü tutumların varlığını ortaya çıkarmıştır. Literatürdeki araştırma sonucunun tam tersi olarak, yaşın ruhsal hastalıklara yönelik inançlarda etkin olmadığı yönünde de araştırmalar bulunmaktadır (Jorm, 2000; Matchinsky, 2000).

Literatürdeki Taşkın (2007) araştırmasında yaş, cinsiyet, eğitim, ırk, sosyal sınıf gibi çeşitli etmenlerin ruhsal hastalıklara ilişkin tutumları etkilediği belirtilmekle birlikte, her sosyo-demografik veri için değişik görüşler ileri süren çalışmalar vardır. Genel kanılardan biri, daha yüksek sosyal sınıfların, daha genç ve daha iyi eğitilmiş bireylerin ruhsal hastalıkları olanları daha kolay kabul ettikleri ve daha fazla hoşgörü gösterdikleri şeklindedir.

Araştırmanın bir başka alt amacı ise; bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının eğitim sınıfları değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamaktır. Araştırmadan elde edilen sonuçta, bireylerin sınıfları arasındaki bulgular doğrultusunda, aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 1.8).

Ancak araştırmada, 4. sınıf bireylerin tehlikeli alt ölçeğine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer sınıfta olan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir.

Araştırmanın bir diğer alt amacı; bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının eğitim bölümleri değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamaktır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 1.12). Psikoloji Bölümü'nde okuyan bireylerin tehlikeli alt ölçeği, çaresizlik ve kişilerarası ilişkide bozulma alt ölçeklerine ilişkin olumsuz inançlarının, diğer bölümde okuyan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir. Ayrıca araştırmada utanma alt ölçeğinde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinin olumsuz inançlarının, diğer bölümde okuyan öğrencilere göre az olduğu görülmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgular, literatürdeki birçok araştırmayla paralellik göstermektedir (Malla, 1987; Matschinger 2003; Sellick, Goodear, 1985). Wolff ve arkadaşları, toplum örneğinde yaptıkları bir araştırmada, daha yüksek sosyal ve mesleki sınıftakilerin ruhsal hastalıklarla ilgili tutumlarının daha olumlu olduğu sonucunu bulmalarına karşın bu bulguyu, bu kesimdeki kişilerin sosyal açıdan beğenilme istekleri ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlamışlardır (Wolff, ve ark.,

1996). Bazı araştırmalarda ise örneğin, eğitim düzeyinin farklılık yaratmayacağı konusunda araştırma bulguları bulunmaktadır (Lemkau ve ark., 1962).

Araştırmanın diğer bir amacı, bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının doğdukları yerlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamaktır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görölmemiştir (Tablo 1.11).

Araştırmadan elde edilen bulgu, literatürde bazı araştırmalar ile farklılık göstermektedir. Angermeyer ve arkadaşları (2004), kentlerde ve kasabalarda somut damgalama ve dışlama davranışları açısından arada önemli bir fark olmamasına karşın, kasaba kökenli hastaların olumsuz tutum ve davranışlara daha fazla maruz kaldıklarını ifade ettiklerini bildirmektedir. Arıkan ve arkadaşları (2003), şehirde yaşayan kişilerin alkol-madde bağımlıları için damgalama açısından daha olumsuz tutumlara sahip olduğunu bildirmiştir.

Araştırmanın bir başka alt amacı ise; bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının sosyoekonomi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamaktır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 1.10). Bu bulgu, literatürdeki birçok araştırmayla benzerlik göstermektedir (Savaşır, 1971; Sağduyu, 2001). Bazı araştırma sonuçlarına göre de ruhsal hastalıklara yönelik inançlarda, yüksek sınıftaki sosyoekonomik değişkenin, ruhsal hastalıklara yönelik daha olumlu tutumlara sahip olduğu saptanmıştır (Wolff, Pathare, Craig, Leef, 1996).

Araştırmanın bir başka alt amacı ise; bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının daha önce psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olup olmama durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamaktır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Tablo 1.14). Bu

bulgu, literatürdeki birçok araştırma ile benzerlik göstermektedir (Taşkın, 2007; McPherson, Cocks, 1983).

Araştırmanın alt amaçlarından bir diğeri, ruhsal hastalığa yönelik inançların aileden psikiyatrik muayene ve tedavi öykülerinin olup olmama durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamaktır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (1.15). Ancak, çaresizlik ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinde istatistiksel farklılık tespit edilmemiştir. Bu bulgu, literatürdeki birçok araştırma ile benzerlik göstermektedir (Taşkın, 2007; McPherson, Cocks, 1983).

Ayrıca, bireyin ruhsal rahatsızlığı bizim kültürümüzde yaşamış olması gerçekliğinde, halkın ruhsal hastalıkların sağaltımında dinsel ve geleneksel iyileştiricilere pek rağbet etmediği sonucu ortaya çıkmış; fakat araştırmacılar bu bulguyu başka bir yöntemle test ettiklerinde durumun hiç de araştırmada bulunduğu gibi olmadığı görülmüştür (Dündar, ve ark., 1994).

4.1. SINIRLILIKLAR

Bu araştırma sonucunda elde edilen bulgulara ilişkin yapılan genellemeler, aşağıda belirtilen sınırlılıklar dâhilinde geçerlidir.

1. Bu araştırma, İstanbul Bilim Üniversite'si Psikoloji, Ebelik, Hemşirelik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik Bölümleri'nde okuyan öğrenciler ile sınırlıdır.
2. Araştırma katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgi Formu ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar sonucunda elde edilen bulgularla sınırlıdır.
3. Araştırma katılımcıları sadece sağlık bölümleri ile sınırlıdır.

4.2. ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma bulgularına dayalı olarak gelecek araştırmalara ve uygulayıcılara ışık tutacak önerilere yer verilmiştir.

1. Araştırmada elde edilen bulgulara bakıldığında, genel olarak beklendik yönde ve daha önce yapılan araştırmalarla benzer olduğu söylenebilir. Ortaya çıkan farklılıklar, özellikle doğulan yer değişkeni ile ilişkili olarak bilhassa insanların inanç ve tutumlarını oluşturmada kentlerin kırlaşması, kırsal kentleşmesi olarak tanımlanabilecek çağdaş toplumsal fenomenden kaynaklanabilir. Yapılacak daha kapsamlı araştırmalar bu farklılıkların nedenini daha net bir şekilde ortaya çıkaracaktır.
2. Damgalama ile ilgili daha kapsamlı ölçeklerin geliştirilmesi önerilmektedir.
3. Damgalama ile ilgili bizim kültürümüzü yansıtacak ve araştırmacılar tarafından ulaşılabilir damgalama ölçeğinin geliştirilmesi önerilmektedir.
4. Dataların, Türkiye'nin coğrafi ve kültürel farklılıkları da göz önünde bulundurularak genişletilip daha ayrıntılı ele alınması önerilmektedir.
5. Yapılan literatür taramasında, ulaşılabilir araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Bu yüzden, araştırma bulguları doğrultusunda konu ile ilgili yeni araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Aker T, E. Özmen, K. Ögel ve ark. (2002). Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3: 5-13..

Angermeyer M.C., M. Beck, H. Matschinger. (2003). Determinants of the Public's Preference for Social Distance from People with Schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry. 48.10, 663-668.

Angermeyer M.C., H. Matschinger, P.W. Corrigan. (2004). Familiarity with Mental Illness and Social Distance from People with Schizophrenia and Major Depression: Testing a Model Using Data from Representative Population Survey. Schizophrenia Research Journal. 69.2-3, 175 – 182.

Arıkan Z., Y. Genç, Ç. Etik, Ç. Aslan, İ. Parlak. (14-19 Ekim 2003). Alkol Madde Bağımlılığı ve Etiketleme. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Antalya: Türk Psikiyatri Derneği, 602-603.

Aştı, N. (1995). Psikiyatrik İmajın Sosyal Boyutu Ruhsal Travma. İstanbul: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.

Aydın, A. (2000). Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi. İstanbul: Alfa Yayınları.

Aydın, O. (2000). Tutumlar. E. Özkalp (Ed.). Davranış Bilimlerine Giriş içinde. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Basımevi, 2000, 331-347.

Bağ, B. (2003). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bağ B, M. Ekinci. (2005). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 3(11): 107-127.

Bahar, A. (2007). Şizofreni ve Damgalama. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2.4, 101-110.

Bauman, Z. (1993). Postmodern Etik. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Boyd-Ritsher, J., J.C Phelan,. (2004). Internalized Stigma Predicts Erosion of Morale Among Psychiatric Outpatients. Psychiatry Research Journal. 129, 257-265.

Brockington I.F., P. Hall, D. Levings, C. Murphy. (1993). The Community's Tolerance of the Mentally Ill. British Journal of Psychiatry. 162, 93-99.

Budak S., (2009). Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Bulduk S., M.N. Emin, N. Umut. (2006). Adölesanların HIV/AIDS Bilgi Düzeyleri ve Hastalığa Karşı Önyargıları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 15, 139-143.

Camp D.L., W.M. Ginlay, E. Lyons. (2002). Is Low Self-esteem an Inevitable Consequence of Stigma? An Example from Women with Chronic Mental Health Problems. Soscial Science & Medicine Journal. 55, 823-834.

Cumming J., E. Cumming. (1965). On the Stigma of Mental Illness. Community Mental Health Journal. 1.2, 135-143.

Çam O., A. Bilge. (2007). Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 8(3); 215-223.

Çam O., A. Bilge. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi, Haziran , 9(2):91-96.

Çam O., A. Bilge. (2011). Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi. New Synposium Journal. 49.3, 131- 140.

Çıtak E., E. Budak, Ö. Kaya, Ş. Öz, H. Şahin, N. Taran, E. Türker. (2010). Başkent Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı İnançlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2, 68-73.

Demiralp M, F. Tekbas, S. Hatipoglu. Bir Hemsirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Psikiyatri Hastaları ve Hastalıklarına Karşı Tutumları. Hemsirelik Forumu Dergisi, 2005; Temmuz-Agustos: 6-13.

Doğan, S. (1992). Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Ruh Hastaları ve Hastalıklara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Sivas: Esnaf Ofset, 783-787.

Dündar S.E., F. Aldanmaz, A. Oğuz., F. Koçak. (1994). Akıl hastalarının İyileşmesi ve Akıl Hastalarının Tedavisi Konusundaki Düşüncelerin Belirlenmesi ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 529-534.

Foucault, M. (1995a). Akıl ve Akıl Bozukluğu Klasik Çağda Deliliğin Tarihi. Ankara: İmge Yayınları.

Foucault, M. (1995b). Ders Notları 1970-1982. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Goffman E. (2014). Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar. Ankara: Heretik Yayınları.

Göregenli M. (17-21 Mayıs 2006). Gruplararası İlişki İdeolojisi Olarak Homofobi. Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma. Ankara: Açık Toplum Enstitüsü, 8-18.

H. Frisk, (1970). Griechisches Ethymologisches Wörterbuch II, Heidelberg: Carl Winter

Hawyard P., G. Wong, J.A. Bright, D. Lam (2002). Stigma and Self-esteem in Manic Depression: An Exploratory Study. *Journal of Affective Disorders*. 69, 61-67.

Hirai M., G.A. Clum. (2000). Development, Reliability and Validity of the Beliefs Toward Mental Illness Scale. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*. 22, 221-236.

Horwitz A. (1978). Family, Kin, and Friend Networks in Psychiatric Help-Seeking. *Social Science & Medicine*. 12. 297-304.

İKiz, T. T. (1995). L' Humour et la Naissance de la Psychanalyse en Turquie'. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Paris: Universite Paris-Nord, XII Departement Psychologie.

Jorm A.F., H. Christensen, J. Medway, A.E. Korten, P.A. Jacomb, B. Rodgers. (2000). Public Beliefs System About the Helpfulness of Interventions for Depression: Associations with History of Professional Help-seeking. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 35, 211-219.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1999). *Yeni İnsan ve İnsanlar*. İstanbul: İmge Yayınları.

Kaptanoğlu, C. (2007). Psikanalitik Açıdan Damgalama ve Ayrımcılık. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. O. Taşkın (Ed.). *Stigma içinde*. İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 2007, 59-66.

Kaptanoğlu C., G. Seber, H. Erkmen, D. Tekin. (19-23 Eylül 1992). Araştırma Görevlisi Hekimlerin Psikiyatri ve Psikiyatristlerle İlgili Tutumları. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi 123-126.

Karasar, N. (2009). *Araştırmalarda Rapor Hazırlama*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Kılıç G., H.E., Grdrr (1995). Ruh Hastalıklarının Tarihçesi. G. Çrş (Ed.). Bireyden Toplumla Ruh Sağlığı içinde. İstanbul: Melisa Matbaacılık, 1995, 11-12.

Kırkpınar İ. (1-4 Kasım 1990). Erzurum İlinde Ruhsal Bozukluklar Nedeniyle Tıp Dışı Kliniklere Başvurma zerine Bir Araştırma. 26. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı. İzmir: Ege Üniversitesi, 497-505.

Kırkpınar İ., A. aykyl, A. Kuloğlu. (1994). Erzurum'da Ruh Sağlığı Birimlerine Ulaşım Yolları. Türk Psikiyatri Dergisi. 5.3, 175-181.

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

Krech, D., S. Richard. (1994). Sosyal Psikoloji Teori ve Problemler. eviren: E. Güngör. İstanbul: tken Neşriyat.

Lemkau P.V., G.M. Crocetti. (1962). An Urban Population's Opinion and Knowledge About Mental Illness. The American Journal of Psychiatry. 118, 692-700.

Link B.G., E.L. Struening. M. Rahav, J.C. Phelan, L. Nuttbrock. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. Journal Health and Social Behaviour. 38.1, 177-190.

Link B.G., J.C. Phelan, M. Bresnehan, A. Stueve, B.A. Pescosolido. (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness and Social Distance. American Journal of Public Health. 89.9, 1328-1333.

Link B.G., J.C. Phalen. (2001). Conceptualizing Stigma. Annual Reviews Of Sociaology. 27, 363-385.

Link B.G., L.H. Yang, J.C. Phelan, P.Y. Collins. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 30.3, 511-541.

Major, B., L.T. O'Brien. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 393–421 doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137

Malla A., T. Shaw (1987). Attitudes Towards Mental Illness; The Influence of Education and Experience. *International Journal of Social Psychiatry*. 33, 33-41.

Markowitz F.E. (2004). The Effects of Stigma on the Psychological Well-being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness. *Journal of Health Social Behavior*. 39.4, 335-347.

Matchinsky, D.J. (2000). Attitude Toward People with Mental Illness as a Predictor for Liking People Described with Mental Health Problems. Doctoral Dissertation. Kansas City: University Of Missouri.

McKechnie J.L. (1983) *Webster's New Twentieth Century Dictionary Of The English Language*. Simon & Schuster. (2th ed.) London.

McPherson I.G., F.J. Cooks. (1983). Attitudes Towards Mental Illness: Influence of Data Collection Procedures. *International Journal Of Social Psychiatry*. 18, 57-60.

Narter, M. (2003). Deliliğin Sosyal Temsilleri. *İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi. Sosyoloji Dergisi*. 3, 7.

Neuberg S.L., D.M. Smith, T. Asher. (2003). Why People Stigmatize: Toward a Biocultural Framework. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, J.G. Hull (Ed.). *The Social Psychology of Stigma*. New York: The Guilford Press, 2003, 31-61.

Oban G., L. Küçük. (2011). Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler. *Psikiatri Hemşireliği Dergisi*. 2.1, 31-39.

Özbaş D., L. Küçük, S. Buzlu. (2008). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Psikiyatri ve Nöroloji Bilimler Dergisi*. 21.1, 14-23.

Öztürk, O. (1994). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Özyiğit Eş, H.A. Savaş, M.A. Ersoy, S. Yüce, H. Tutkun, G. Sertbaş. Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Yeni Symposium* 2004; 42:105-112).

Parker I., E. Georgaca, D. Harper, N.T. Maclaughlin, M. Stowell-Smith (1995). *Deconstructing Psychopathology*. London: Stage.

Polat A., A. Üçok, A. Genç, D. Aksüt. (2000). Ruhsal Hastalığı Olan Kişilerin Ailelerinde Stigma. 36. Ulusal Psikiatri Kongresi Poster Bildirileri. Antalya: 339-40.

Rabkin, J.G. (1972). Options About Mental Illness: A Review of the Literature. *Psychological Bulletin*. 77, 153-171.

Ran M.S., M.Z. Xiang, C.L. Chan (2003). Effectiveness of Psychoeducational Intervention for Rural Chinese Families Experiencing Schizophrenia, a Randomised Controlled Trial. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*. 38, 69-75.

Sağduyu A., T. Aker, E. Özmen, Ö. Kültegin, D. Tamar. (2001). Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12, 99-110.

Sağduyu A., T. Aker, E. Özmen, Ş. Uğuz, K. Ögel, D. Tamar. (2003). Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları. *Türk Psikiatri Dergisi*. 14, 203-212.

Savaşır Y. (27 Eylül-2 Ekim 1971). Türk Toplumunun Araştırma Yapılan Geleneksel ve Sosyal Değişime Uğramış Kesimlerinde Ruh Hastasının Algılanması ve Nedenleri Hakkındaki İnançlar. 7. Milli Nöropsikiyatri Kongresi. Ankara: Türk Standartlar Enstitüsü, 293-312.

Sellick K., J. Goodear. (1985). Community Attitudes Toward Mental Illness: The Influence of Contact and Demographic Variables. Australian New Zealand Journal of Psychiatry. 19, 293-298.

Sevigny R., W. Yang, P. Zhang, J.D. Marleau, Z. Yang, L. Su, G. Li, D. Xu, Y. Wang, H. Wang. (1999). Attitudes Toward the Mentally Ill in a Sample of Professionals Working in a Psychiatric Hospital in Beijing (China). International Journal Social Psychiatry. 45, 41-55.

Sherif, M., Carolyn N. Sherif. (1969). Social Psychology. N.Y., Harper and Row Publishers.

Sontag, S. (2003). Bir Metafor Olarak Hastalık, AIDS ve Metaforları. İstanbul: Agora Kitaplığı Yayınları.

Soygür H., E.Ş. Cankurtaran. (2007). Damgalama ve Ruh Sağlığı: Tarihsel Süreç İçinde Bir Bakış. E.O. Taşkın (Ed.). Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 2007, 41-57.

Star S. (5 November 1955). The Public's Ideas About Mental Illness. Annual Meeting of the National Association for Mental Health. Indianapolis: University Of Chicago.

Sunman T., Y. Savaşır. (24-27 Eylül 1970). Akıl Hastalıkları ve Akıl Hastalarına Karşı Tutum ve İnançlar. V. Milli Nöro Psikiatri Kongresi Kitabı. İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası, 481-485.

Taşkın, E.O. (2007). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. Stigma Ruhsal

Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 17-30.

Tavşancıl, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel Basımevi.

Tolan B. (1985). Ben ve Toplum. Sosyal Psikoloji Birinci Baskı. Ankara: 1. Teori Yayınları.

Üçok, A. (1999) “Damga, Mitler ve Gerçekler”, Psikiyatri Dünyası, S.3, 67-71.

Ünal S., Hisar F., Çelik B., Özgüven Z. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. Düşünen Adam Psikiatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 23, 145-150.

Weidner, G. (1981). The Stigmatizing Effect of Rape and Abortion. Unpublished Doctoral Dissertation. Manhattan: Kansas State University,

Wolff, G., S. Pathare, T. Craig, J. Leff. (1996). Community Attitudes to Mental Illness and Reaction to Mentally Ill People. The British Journal Psychiatry. 168, 183-190.

Ziyalar A. (1999). Sosyal Psikiyatri. İstanbul: Yüce Yayınları.

EKLER

1.1.EK 1

Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1. Katılımcının Yaşı

19 yaş ve altı 20-25 yaş 25-30 yaş

2. Cinsiyet

Kadın Erkek

3. Katılımcının Okuduğu Sınıf

1. sınıf

2. sınıf

3. sınıf

4. sınıf

4. Sosyoekonomik düzeyiniz

Alt Orta Üst

5. Aşağıdakilerden hangisi doğduğunuz yeri en iyi tanımlar?

İl

İlçe

Köy

Kasaba

6. Eğitim gördüğünüz bölüm aşağıdaki gruplardan hangisine denk gelmektedir?

Psikoloji

Psikoloji dışındaki diğer sosyal dallar.....

Fen bilimleri alanı

Sağlık bilimleri alanı.....

7.Psikiyatrik Muayene ve ya Tedavi Öykünüz Bulunmakta Mıdır?

Evet

Hayır

8.Ailenizde Psikiyatrik Muayene ve ya Tedavi Öykünüz Bulunmakta Mıdır?

Evet

Hayır

1.2.EK 2:

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği - RHİÖ

(BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE -BMI)

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

0.Tamamen katılmıyorum	1.Çoğunlukla katılmıyorum	2.Kısmen katılmıyorum	3.Kısmen katılıyorum	4.Çoğunlukla katılıyorum	5.Tamamen katılıyorum
------------------------	---------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------

0 1 2 3 4 5

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının						

olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

DEĞERLENDİRME: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği; 6'lı Likert tipi bir ölçek olup, Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek üç alt ölçekten oluşmaktadır. Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ölçek toplam Cronbach Alpha katsayısı .82, alt ölçekler ise Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği .80, Tehlikeli alt ölçeği .71 ve Utanma alt ölçeği .69'dur.

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

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarından bahseder. Bireyin özellikle duygusal etkilenmesinden dolayı, ruhsal hastalıklı bireylerle

kişilerarası ilişki sürecinde kendini engellemesini ve çaresizlik yaşandığını ifade eder. Alt ölçek 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21.maddeleri içermektedir. **Utanma Alt Ölçeği** : Bu alt ölçek ruhsal hastalığa yönelik bireylerin utanma duygusu yaşadığını ifade eder. Alt ölçek 12. ve 15. maddeleri içermektedir.

Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir.

İletişim adresi : Doç.Dr.Ayşegül BİLGE aysegul.bilge@ege.edu.tr

KAYNAK: Bilge A., Çam O., "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği", *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 9(2), 91-96, 2008.

1.3.EK 3

Mehmed Sait - Osmanlı İmparatorluğu döneminde delilik sınıflaması:

Asil deli; cennetten gelme olduğuna inanılır.

Ağzı açık deli; konuşacağına bakar.

Yalnız deli; kendi kendini sever.

Bıkkın deli; nedensiz korkar.

Yelpilik deli; bayramlarda eğlenmez.

Benkaz deli; asla yorulmaz.

Zır deli; bir şey söyleyince eşek gibi ağlar.

Zirzop deli; suçlarını saklamaz.

Esirik deli; elbiselerini yırtar, salyaları akar.

Takla göz deli; kötü ve iyinin nereden geleceğini algılayamaz.

Tamakar deli; iyinin ve kötünün nereden geleceğini bilmez.

Lipri deli; vücudunu doğru kullanamaz.

Ebleh deli; akıllı olduğunu sanır.

Tiryaki deli; kavga eder tabakları kırar.

Gözü büyük deli; çalışmaktan korkar.

Kuş akıllı deli; kavga etmeyi sever.

Tembel deli; kahvelerde uyur.

Kızıl deli; ufak olaylar yüzünden kavga çıkarır.

Maskara deli; soytarılık yapar.

Cinni deli; insanlara ve hayvanlara vurur.

Cin kıl deli; dediği olmazsa tepinir.

Cebi pak deli; boyanmayı sever.

Haylaz deli; hiçbir şey yapmaz.
Maslahat deli; başkaları için çalışıp sorumluluklarını unuttur.
Şeytan deli; kimseyi sevmez, bencildir.
Suara deli; şiir yazar.
Çılgın deli; saldırgan olur.
Çarpık deli; ellerini ayaklarını oynatır.
Sevdavi deli; kanun dışı mallara sahiptir.
Sabırsız deli; zinayı sever.
Serseri deli; haylazlığı sever.
Sürtük deli; vaktini kahvenlerde geçirir.
Sünepe deli; yahudilerle konuşur.
Rabitasız deli; konuşması mantıksızdır düşüncesi bozuktur.
Dem geldi deli; bazen sakin bazen coşkulu deli.
Zıncıl deli; yetişkin olup çocuklarla oynar.
Zır zır deli; çok konuşur.
Dal bastı deli; kötü laflar (küfür) söyler.
Tartağan deli; kendine bakamaz.
Süfli deli; önüne ne konursa yer.
Farsi deli; çok az konuşur.
Pervane deli; bir şeyi yüz kere söyler ve yapmaz.
Pişikir deli; fahişelik yapar.
Kelpi deli; küfreder, dine söver.
Futur deli; dişlerini gıcırdatır.
Uflaz deli; soytarılık yapar.
Fesda deli; insanlar arasına nifak sokar.

Gitane deli; piç gibi davranır.

Fırfır deli; hemen tepki gösterir.

Kayık deli; her şeye inanır.

Misafir deli; çok içer.

Cömert deli; tüm parasını içmek için harcar.

Alışveriş delisi; deli gibi satın alır.

Cevdar deli; çok konuşur ama kimse anlamaz.

Kurudem deli; her zaman şarkı söyleyip gülen deli.

Oynatan deli; istek dışı hareketler yapar (İkiz, 1995).

