

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ALANINDA ÖĞRENİM GÖREN ÜNİVERSİTE
ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK
İNANÇLARI

HAZEL ŞAHİN TARIM

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2017

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ALANINDA ÖĞRENİM GÖREN ÜNİVERSİTE
ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK
İNANÇLARI

HAZEL ŞAHİN TARIM

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Mualla YILMAZ

LEFKOŞA
2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelikte Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ
Mersin Üniversitesi

Danışman: Doç. Dr. Mualla YILMAZ
Mersin Üniversitesi

Üye: Yrd. Doç. Dr. Meltem MERİÇ
Yakın Doğu Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. K. Hüsnü Can BAŞER
Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince; her konuda rehberlik ederek, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, tez danışmanım olarak, tezimin her aşamasında çalışmalarımı yönlendiren, değerli katkıları ile mesleki gelişimimde önemli yeri olan değerli hocam Doç. Dr. Mualla YILMAZ'a,

Tez savunma sınavı jürimde yer alan, önerileri ile katkıda bulunan değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ ve Yrd. Doç. Dr. Meltem MERİÇ'e,

Yüksek lisans eğitimimde anne karnında bana eşlik eden ve motivasyon sağlayan, sonrasında tez çalışmamda her daim yanımda olan, hayata daha farklı açılardan bakabilmemi sağlayan, varlığına her gün şükrettiğim canım kızım Mira'ya,

Hayatı birlikte paylaşmaktan mutluluk duyduğum, benden ilgi, sevgi ve desteğini esirgemeyen, mesleki ve kişisel anlamda beni her zaman cesaretlendiren, mesleğime ve bu anlamdaki çabalarım saygı duyan ve hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan eşime,

Hayatımın her anında olduğu gibi öğrenim hayatım boyunca benden sınırsız sevgi, ilgi ve desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olduklarını hissettiren, hayatımın en büyük şansı olan, minnet borçlu olduğum annem, babam ve kardeşime,

Psikiyatri Hemşireliği adına aynı yolda yürümekten keyif aldığım yüksek lisans arkadaşlarıma,

Tez çalışmama katılmayı kabul eden sevgili öğrencilere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hazel ŞAHİN TARIM

ÖZET

Şahin Tarım, H. Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2017.

Bu çalışma, 01 Kasım 2016-30 Ocak 2017 tarihleri arasında sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Yakın Doğu Üniversitesi 2016-2017 eğitim-öğretim yılı güz döneminde sağlık alanında lisans eğitimi gören toplam 4191 öğrenci, örneklemini ise iç-içe tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen ve araştırmaya kabul eden toplam 560 öğrenci oluşturmaktadır.

Veriler, ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği ve araştırmacı tarafından geliştirilen üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerini içeren ve 14 sorudan oluşan kişisel bilgi formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Student's t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Post Hoc test olarak Tukey kullanılmıştır.

Öğrencilerin %52,7'si 18-20 yaş arasında olup, yaş ortalamaları $20,93 \pm 2,32$ 'dir. Öğrencilerin %92,1'nin ise ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı bulunmuştur. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla, tehlikeli alt ölçeğinden $23,46 \pm 8,06$, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden $28,81 \pm 13,56$ ve utanma alt ölçeğinden $2,51 \pm 2,98$, toplam ölçek puanından $54,79 \pm 22,52$ puan aldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli olarak gördüğü, ruhsal hastalığa sahip bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalara yönelik olumsuz inançlarının olduğu belirlenmiştir. Ailesinde ruhsal hastalık olmayan öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli olarak gördükleri saptanmıştır.

Sonuç olarak; sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik bilgilendirmeye gereksinimleri vardır.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal hastalık, öğrenci, inanç, hemşirelik

ABSTRACT

Şahin Tarım, H. Beliefs About Mental Illness Of University Students Studying In Health Field. Near East University Health Sciences Institute Master Program in Nursing, Master's Thesis, Nicosia, 2017.

This study is carried out in as a definitive research in order to identify the belief of university students, who study at departments of health sciences, regarding mental illnesses, which was carried out in between 1 November 2016 and 30 January 2017.

The population of the study is consisted upon 4190 students in total, who are studying at a undergraduate level in a health science department during the fall semester of 2016-2017 educational year at Near East University, Northern Cyprus, while the sample of the study consists upon 560 students, who were chosen by concentric stratified sampling method and accepted to the study.

The data was collected by a personal information form, which consisted 14 questions which targetted the socio-demographical status of the university students, and both the beliefs scale and form was created by the researcher. Student's T test ANOVA, and Tukey as a Post Hoc test were used during data analysis.

While 52,7% of the students were in the age range of 18-20 years, the average of age was $20,93 \pm 2,32$. It was noted that no familial history of psychiatric illnesses was noted in the 92,1% of the students. The average points of the beliefs, university students who study at health science departments, regarding mental illnesses, which were obtained from subscales were $23,46 \pm 8,06$ points on dangerous subscale, $28,81 \pm 13,56$ points on desperateness and degeneration of interpersonal relations subscale, $2,51 \pm 2,98$ points on shyness subscale and $54,79 \pm 22,52$ points in the total scale points. It is noted that students see individuals, who have mental illnesses, as dangerous, and they are noted to have difficulties, ignorance and desperateness regarding interpersonal relations with individuals with mental illnesses and also noted to have negative ideas regarding individuals with mental illnesses. It is found that students, which does not have any family members who has mental illnesses, are likely to see individuals with mental illnesses as dangerous individuals.

As a result; the university students of health science departments should be given further information regarding mental diseases.

Keywords: Mental Illness, Student, Belief, Nursery

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkla İlgili Kavramlar	5
2.1.1. Ruh Sağlığı	5
2.1.2. Ruhsal Hastalık	7
2.1.2.1. Ruhsal Hastalıkların Nedenleri	8
2.1.3. Ruhsal Hastalıklarda İnanç ve Tutum	8
2.1.3.1. İnanç	8
2.1.3.2. Tutum	9
2.1.3.3. Tutum ve İnanç İlişkisi	10
2.1.4. Ruhsal Hastalıklarda Etiketleme (Stigma)	12
2.1.5. Tarihsel Süreçten Günümüze Kadar Toplumun Ruhsal Hastalıklara ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutumları	14
2.1.6. Kültüre Göre Ruhsal Hastalıklara İlişkin Tutumlar ve Kültüre Özgü Bakım	18
2.7. Ruhsal Hastalığa ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Olumsuz Tutumları Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Amacı	25
3.2. Araştırma Soruları	25
3.3. Araştırmanın Şekli	25
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25

3.5.	Araştırmanın Evreni	26
3.6.	Araştırmanın Örneklemi	26
3.7.	Araştırmanın Değişkenleri	28
3.8.	Verilerin Toplanması	28
3.8.1.	Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	28
3.8.1.1.	Kişisel Bilgi Formu	28
3.8.1.2.	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	28
3.8.2.	Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	29
3.8.3.	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	29
3.9.	Verilerin Değerlendirmesi	29
3.10.	Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.11.	Araştırmanın Sınırlılıkları	30
4.	BULGULAR	31
5.	TARTIŞMA	46
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	53
6.1.	Sonuçlar	53
6.2.	Öneriler	54
KAYNAKLAR		55
EKLER		63
EK 1:	Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 2:	Kişisel Bilgi Formu	
EK 3:	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	
EK 4:	Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurul İzni	
EK 5:	Yakın Doğu Üniversitesi Kurum İzinleri	
EK 6:	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği İzni	
EK 7:	Özgeçmiş	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AEK	İstatistik Analiz Araştırma Danışmanlık ve Eğitim
ANA	Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BMI	Beliefs Toward Mental Illness Scale
ÇKİB	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği
DSM IV	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICN	Uluslararası Hemşireler Birliği
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
RHYİÖ	Ruhsal Hastalara Yönelik İnançlar Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAÖ	Tehlikelilik Alt Ölçeği
UAÖ	Utanma Alt Ölçeği
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
YDU	Yakın Doğu Üniversitesi

TABLÖLAR

Sayfa

Tablo 3.1. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin tabakalı örnekleme yöntemi ile tabakalarda örneklem genişliği	27
Tablo 4.1. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri	32
Tablo 4.2. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları	35
Tablo 4.3. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin Sosyo-demografik özelliklerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları	36
Tablo 4.4. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin öğrenim yaşantılarına göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları	39
Tablo 4.5. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin aile özelliklerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamalar	42

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmak şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanım, sağlığın tek boyutlu değil, çok boyutlu bir olgu olduğunu vurgulamakta, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır (Çam, 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ruhsal sağlığı ise; “bireylerin kendilerini ve yeteneklerini gerçekleştirdikleri, yaşamın normal stresleriyle başa çıkabildikleri, verimli ve sonuçları yararlı olabilecek şekilde çalışabildikleri ve toplumla birliktelik içinde oldukları durumdur” şeklinde tanımlamaktadır. İnsan fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle psikososyal bir varlıktır. Organizmayı oluşturan tüm yapılar insanın fiziksel yönünü; zihinsel, duygusal yetiler ve olaylar karşısında hissedilen duygu ve düşünceler ruhsal yönünü, yaşadığı çevre ve toplumla ilişkileri ise sosyal yönünü oluşturur. Sağlıklı bir ruha sahip olan insan ise tüm bu özelliklere sahip olandır (Öztürk ve diğerleri, 2011). Diğer bir deyişle ruh sağlığı; kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesidir (Çam, 2014).

Ruhsal hastalık ise, “bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında olağan dışı sapmaların, aykırılıkların bulunması” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2001). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ruhsal bozukluğu “kişide meydana gelen ve bugünkü distres durumu ve yetersizlikle ilişkili olan ağrı, ölüm, yetersizlik yada bağımlılık riskinin önemli derecede artmasıyla ilişkili olan klinik olarak önemli davranış yada psikolojik belirti ya da örüntü şeklinde tanımlamıştır (Çam, 2014).

Ruhsal hastalık düşünceler, duygular ve davranışlarda görülen, yerel ve kültürel değerlerle uyuşmayan, bireyin sosyal, iş ve fiziki işlevselliğini bozan iç ve dış çevreden gelen stresörlere uyumsuz bir tepkidir (Özcan ve diğerleri, 2016). Ruhsal hastalıkların neden olduğu bir takım duygu ve davranışlar sonucu ortaya çıkan anormal değişiklikler, bazı kültürlerde normal olarak kabul edilmemekte ve genellikle toplum tarafından kabul görmemektedir (Lauber et al., 2007). Ruhsal bozukluğa sahip bireylerdeki değişiklikler dışlanmaya neden olabilmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması, ruhsal hastalıklarda uygun yardım aramayı, tedaviye uyumu, toplum içinde tedaviyi ve hastaların topluma uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir (Corrigan, 2004).

Ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin tutum ve davranışların tarihçesi insanlık tarihi kadar eskidir. Tarihsel süreç içerisinde çağdan çağa ve kültürden kültüre ruhsal bozukluğu olan bireylere farklı tutum ve davranışlar sergilenmiştir. Bazı toplumlar ruh hastalarına özel bir önem verip onlara toplum içerisine kabul ederken bazı toplumlar ise insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip toplum dışına itmişlerdir (Bostancı, 2005).

Birey ya da toplum kendisini ürküten, rahatsız eden bir şeyle karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaşma yoluna gitmektedir (Üçok, 2003). Ruhsal hastalıkları olan bireylerin uygun olmayan beklenmedik davranış ve düşünceleri toplumda korku ve huzursuzluk yaratmış ve bu bireylerin dışlanmasına neden olmuştur. Ruhsal hastalıklar o zamandan bu zamana insanları korkutan, tedirginlik ve anksiyete yaratan bir durum olmuştur (Taşkın, 2004).

Ruhsal hastalıklar ve hastalara yönelik inanç ve tutumlar “stigma” kavramını ortaya çıkarmıştır. Stigma diğer adıyla damgalama; bir kişinin ya da topluluğun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (King et al., 2007). Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ve ayrımcılık ya da dışlama, toplumlar da yaygın olarak görülmektedir. Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle de damgalanmış kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Gerek toplumsal gerek kişisel gereksinimler açısından, damgalamanın temelinde zarar görme korkusu yatmaktadır. Toplum zihninde, ruhsal hastalığı olan kişiler tehlikeli olabilecek insanlardır. Ancak burada sorulması gereken soru, neden tüm ruhsal hastalıkların tehlikelilik ile ilişkilendiriliyor olmasıdır. Belki bazı ruhsal bozukluklarda ve ancak çok az sayıdaki hastada, davranış ve görünüm tehlikeli olabilecek ya da tekin olmayan bir kişi izlenimine neden olabilir, ancak psikopatoloji açısından, böyle bir görünüm ya da tablo ile hiç ilgisi olmayan kişiler bile, ruhsal hastalık etiketi taşıdıklarında, tehlikeli olarak algılanmaktadırlar (Üçok, 2003; Taşkın, 2007).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalamanın özellikle acı ve yıkıcı etkisi, onların toplumun bir üyesi olmadığı duygusu bırakmasıdır. Ruhsal hastalıklı olarak damgalanan bireyler; toplumun onları reddedeceğine ve değersizleştirdiklerine inanmakta, moral bozukluğu, benlik saygısında azalma, sosyal uyumda bozulma, işsizlik, gelir kaybı, psikiyatrik tedaviye uyumda azalma gibi birçok olumsuz sonuçlar

yaşamaktadırlar. Yapılan tüm çalışmalarda damgalamanın iyileşme üzerinde uzun süreli ve olumsuz bir etkiye sahip olduğu, tedavi almanın bile damgalamaya yol açarak yaşamı zorlaştırmaya devam ettiği ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu belirtilmektedir (Çam ve diğerleri, 2011; Avcil ve diğerleri, 2016).

Toplum, inançları doğrultusunda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı çeşitli tutum ve davranışlar sergilemektedir. Olumlu tutumlar bireylere özgüven sağlayıcı, toplumla bütünleştirici ve tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynarken; olumsuz tutumlar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyalleşmesini engelleyerek, diğer insanlara yakın yaşama ve toplum içinde aktif olma gibi olanaklarını kısıtlamaktadır. Bir başka deyişle damgalama, hasta ile toplum arasında yaşanan kopukluğun daha da artmasına, bireyin yakın ilişkilerden iyice kopmasına ve bunlara bağlı olarak da kendi hastalığı ile baş edememesine ve tedaviye uyum sağlayamama gibi durumlara neden olabilmektedir.

Ruhsal hastalık ve hasta gibi henüz tam anlamı ile açıklanması zor olan konularda, olumsuz inanç, tutum ve yaklaşımlar sonucunda damgalamanın olması kaçınılmaz görünmektedir. Ancak inanç ve tutumların olumlu yönde olması, hastanın damgalamaya maruz kalmaması hastalığın daha hafif seyir etmesini sağlamaktadır. Bu nedenle ruhsal hastalık damgasının azaltılması için uzun soluklu ve işbirliği içinde ilerleyen çabalara gereksinim vardır (Çam ve diğerleri, 2013; Avcil ve diğerleri, 2016).

Ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik tutumların, yanlış inanışların ve önyargıların değişmesi toplumun, özellikle genç neslin eğitilmesiyle mümkün olabilir. Çünkü önyargıların ve olumsuz tutumların temelini bilgi eksikliği, farkında olmama oluşturmaktadır. Bu nedenle ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin damgalama olmayan ve ayrımsız bir toplumda yaşaması için, o toplumun ruhsal bozukluklara yönelik bilgi ve anlayışının arttırılarak olumlu tutumların geliştirilmesi önemlidir.

Toplumda önemli bir yeri olan sağlık çalışanlarının sahip olduğu ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz inançlar hastaya etkili bakım verilmesini zorlaştırmaktadır. Gelecekte birey, aile ve toplumla çalışacak, sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti verecek olan sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin, toplumun değişik kesimlerinden belirli inançlar ve önyargılarla geldikleri bilinen bir durumdur. Bu nedenle sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin inançlarının belirlenmesi son derece önemlidir.

Çalışma alanı insan olan meslekler yaşamlarında ruhsal bozukluğa sahip hastalarla karşılaşmaktadır. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencileri gelecekte topluma sağlık hizmeti vermek üzere bir meslek sahibi olarak üniversiteden ayrılacaklardır. Gelecekte topluma daha iyi bir sağlık hizmeti verebilmek için üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilgili düşüncelerinin, tutum ve davranışlarının bilinmesi gerekmektedir. Toplumun temel taşıını oluşturan gençlerde ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin konuların ele alınması, ruhsal hastalıklar konusundaki yanlış bilgi, görüş ve tutumların değiştirilmesi için eğitim programlarının düzenlenmesi gereklidir. Eğitim programları ile ruhsal sorunları olan bireylere yönelik yanlış anlaşılmalara ve korkulara azaltılmalı, bu bireylerin de topluma kazandırılabilmesi fikri insanlara verilmelidir (Oban ve diğerleri, 2011). Toplumda eğitim seviyesi yüksek olan üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları, toplumdaki diğer bireylerin tutumlarını olumlu yönde etkileyebilir. Bu nedenle toplumdaki ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları değiştirmede öncelikle üniversite öğrencilerinin bu konuda eğitilmesi gerekmektedir. Üniversite öğrencilerinin tutumlarını olumlu yönde geliştirebilmek ve üniversite öğrencilerinin ruhsal hasta ve hastalığa hakkında yeterli bilgi seviyesine sahip olması için toplum ruh sağlığı hemşireleri ya da psikiyatri hemşireleri de olumlu inanç ve tutum geliştirme konusunda eğitim programları düzenleyebilir.

Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencileri gelecekte mesleklerini yaparken ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumlu bir davranış sergileyerek bu hastaların toplum içinde kabul görmelerine katkıda bulunabilirler. Sağlık alanındaki fakültelerde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin mesleklerinin çalışma alanı insandır ya da canlı varlıklarla ilgilenmektedirler. Bu nedenle sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarının belirlenmesi önemlidir. Ayrıca Yakın Doğu Üniversitesi'nde çoğunlukla yurt dışından gelen öğrenciler üniversite eğitimi almaktadır. Bu araştırma toplumsal ve kültürel farklılıklar açısından da ruhsal hastalığa yönelik inançların değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır. Bu üniversitede daha önce böyle bir araştırmanın yapılmamış olması da bu çalışmanın özgünlüğünü belirtmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkla İlgili Kavramlar

2.1.1. Ruh Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu tanım, sağlığın tek boyutlu değil, çok boyutlu bir olgu olduğunu vurgulamakta, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır (Çam, 2014). Amerikalı sosyolog Talcott Parsons'a göre, sağlık bireylerin işlevsel olma yeteneğidir. Toplumsal yaşam içerisinde her bireyin belirli rol ve sorumlulukları vardır. Birey bu rol ve sorumluluklarını yerine getirebiliyor ise sağlıklıdır demektir. Bu tanıma göre kişi işlev görebildiği sürece sağlıklıdır; oysaki bazı kişiler hastalık belirtilerini deneyimlemelerine rağmen kendilerini hasta olarak tanımlamayabilir. Ayrıca kronik hastalıklarda hastalığa ve tedaviye uyum sağlandıktan sonra günlük işlevlere dönme söz konusudur. Bu durum bireyin sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir (Belek ve diğerleri, 1998).

Ruh sağlığının tanımını yapabilmek için öncelikle normal kavramını tanımlamak gerekir. Kelime olarak normal, doğal koşullara veya kurallara uygun anlamındadır. Psikolojik bir terim olarak normal, herhangi bir özellik veya ölçü yönünden, çoğunluğun arasında bulunma, anormal ise, ortalamadan olumlu veya olumsuz yönde uzaklaşmadır. Diğer bir deyişle normal davranış yer, zaman ve duruma uygun olan davranıştır. Normalin istatistiksel tanımı şöyledir: çoğunluğa uyan ve çan eğrisinin iki aşırı ucunda kalmayan kişi normaldir. Ancak ruh sağlığı açısından çoğunluğa uyum ruh sağlığının tam bir tanımı olamamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015a).

Klinik yaklaşımda; insanın içinde bir bunaltının olmaması ve çevreye rahatça uyum yapabilmesi “normal” olarak kabul edilmektedir. Ancak bu yaklaşım da ruh sağlığı kavramını tam olarak açıklamaya yetmemektedir. Psikodinamik yaklaşım ise; insanda sağlıklı ve güçlü bir ego yapısını normallik veya ruh sağlığı için gerekli görmüştür. Ego, id ve süper ego arasındaki çatışmalara takılı kalmadan ya da bastırmadan veya bir tarafın aleyhine olacak biçimde çözümlemeden, dengeli bir biçimde iç uyumu sağlamış bir egodur. Ruh sağlığı üzerine ayrı ayrı görüşler öne sürülmüş, ancak belli bir kalıba sığdırılamamıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015a).

Dünya Sağlık Örgütü ruh sağlığını; “bireylerin kendilerini ve yeteneklerini gerçekleştirdikleri, yaşamın normal stresleriyle başa çıkabildikleri, verimli ve sonuçları yararlı olabilecek şekilde çalışabildikleri ve toplumlarıyla katkılı bir birliktelik içinde oldukları durumdur” şeklinde tanımlamaktadır. İnsan fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütündür. Organizmayı oluşturan tüm yapılar insanın fiziksel yönünü, zihinsel, duygusal yetiler ve olaylar karşısında hissedilen duygu ve düşünceler ruhsal yönünü, yaşadığı çevre ve toplumla ilişkileri ise sosyal yönünü oluşturur. Sağlıklı bir ruha sahip insan ise bunlara sahip olandır (Öztürk ve diğerleri, 2011). Diğer bir deyişle ruh sağlığı; kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesidir (Çam, 2014). Ruh sağlığı, bireyin kendisi ve çevresi ile dinamik bir uyum ve denge içerisinde olmasıdır. Ruh sağlığı; başarılı zihinsel performansı, üretici aktivitelerle sonuçlanan eylemleri, bireysel ve toplumsal ilişkilerden zevk almayı ve güçlüklerle uygun başa çıkmayı kapsamaktadır (Varcarolis et al., 2002). Ruh sağlığı, gerçekçi düşünme kapasitesini, iletişim becerilerini, benlik saygısını geliştirir. Etkin öğrenmeyi, duygusal gelişimi ve dayanıklılığı sağlar (Varcarolis and Halter, 2009). Townsend ise ruh sağlığını kültürel kalıplarla uyumlu, kurallara uygun olan düşünce ve duygularla açıklanabilen, çevresel stres kaynaklarına uyum sağlayabilme olarak tanımlamaktadır (Townsend, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü’nün Ottawa Planı’na göre, ruh sağlığını korumak ve geliştirmeye yönelik, sağlık politikası oluşturmak, destekleyici bir çevre yaratmak, toplumsal eylemi güçlendirmek, bireysel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerinin yönünü değiştirmek şeklinde beş farklı eylem alanı bulunmaktadır. (WHO, 2005). Sigmund Freud ruh sağlığını “sevmek ve çalışmak” olarak tanımlamıştır. Gerçekten sevebilen, paylaşabilen ve çalışan birey ruh sağlığını koruyor demektir. Goethe’nin olgun insan tanımı aynı zamanda ruh sağlığı yerinde olan birisinin tanımı olarak da kabul edilebilir. Çünkü “olgun insan kendine gülebilen insandır” demektir. Aynı şekilde “ruh sağlığını koruyabilen insan kendine gülebilen insandır” denebilir. Ruh sağlığı içinde yaşanan koşullara göre değişebilir, bozulabilir veya koşullar düzelince düzene girebilir. Bireyi siyah-beyaz gibi ruh sağlığı yönünden sağlıklı ve sağlıklı olmayan olarak değerlendirmek olası değildir. Ruh sağlığının bozulması bireyin yakın çevresi ve iş ortamı, başarıma düzeyi vb. faktörleri olumsuz yönde etkilediğinden; ruh

sağlığının bozulması fiziki hastalıklardan daha derin sorunlar yaratabilmektedir (Yörükoğlu, 2015).

2.1.2. Ruhsal Hastalık

Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her sosyo-ekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilir (Pektaş ve diğerleri, 2006). Ruhsal hastalık, “bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında olağan dışı sapmaların, aykırılıkların bulunması” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2001). Ruhsal bozukluk, kişide meydana gelen ve bugünkü distres durumu ve yetersizlikle ilişkili olan ağrı, ölüm, yetersizlik yada bağımlılık riskinin önemli derecede artmasıyla ilişkili olan klinik olarak önemli davranış yada psikolojik belirti ya da örüntü şeklidir (Çam, 2014).

DSM-V’e göre ruhsal bozukluk, ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, bireyin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur (Köroğlu, 2014). Ruhsal hastalık; bireyin genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlik göstermesi ile karakterize bozukluk olarak açıklanmaktadır. Bu özellikleri taşıyan duygu, düşünce ve davranışların ruhsal hastalık olup olmaması, bunların şiddeti, süresi, ortaya çıktığı çevre, toplum, kültür, kişilik gelişimi, bireyin olanak ve yetenekleri, gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmaması gibi birçok değişkene göre değerlendirilir (Öztürk, 2004).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ruhsal bozukluğu temel ruhsal işlevselliğin, psikolojik ve gelişimsel bir rahatsızlığını yansıtan, bireyin bilişleri, duyguları ve davranışlarındaki önemli düzeyde bozulmayla karakterize bir sağlık durumu olarak tanımlar (Duman, 2016). Townsend ruhsal sağlık tanımından yola çıkarak ruhsal hastalığın tanımını yapmıştır; Ruhsal hastalık duygu, düşünce ve davranışlarda olan, kültürel yargılarla uyum sağlamayan ve kişinin işlevselliğini bozan, stres faktörleriyle uyum sağlayamama durumudur (Townsend, 2012). Yapılan tanımlara göre ruh sağlığı ve ruhsal hastalık kavramları kesin çizgilerle birbirinden ayırt edilememiş ve tam bir tanım yapılamamıştır.

2.1.2.1. Ruhsal Hastalıkların Nedenleri

Beden yapısı, kalıtım, yaş, mikroorganizmalar, kafa örselenmeleri, kromozom sapmaları vs. biyolojik nedenler arasındadır.

Reddedilme, aşırı koruyuculuk ve sahiplenme, tutarsız eğitim, anne-baba kavgaları, ölüm, terk ve boşanma, hasta olan anne-babayı model alma, kardeş kıskançlığı, ters özdeşimler, izolasyon ve yabancılaşma, olumsuz kişilerarası iletişim, karşı cinsle iletişimde düş kırıklıkları vs. psikolojik nedenler arasındadır.

Ekonomik krizler, yoksunluk, savaş, kentleşme ve göç, sınıfsal dengenin bozulması, kuşaklararası çatışma, terör ve şiddet olayları, hızlı toplumsal değişmeler, olumsuz çevre koşulları, uyuşturucu ve alkole kolay erişim, iş stresi veya işsizlik, kitle iletişim araçlarının olumsuz etkileri vs. ise; toplumsal, kültürel ve ekonomik nedenler arasındadır (Ankay, 1998; Özden, 2015).

Genel olarak kişilerin psikiyatrik hastalıklara yakalanmalarında ve psikiyatrik yardım arayışında; ruhsal bozuklukların süresi ve seviyesi yanında tedaviye erişim, maliyet, arkadaş ve çevre ilişkileri, daha önceki sağlık hizmet deneyimleri, cinsiyet, evlilik durumu, yaş gibi sosyo-demografik faktörler de etkili olmaktadır (Roness et al., 2005).

2.1.3. Ruhsal Hastalıklarda İnanç ve Tutum

2.1.3.1. İnanç

Günlük yaşantıda sıkça duyulan inanç kavramı insanlık tarihinin başlangıcı ile birlikte toplumsal normlar arasında yer almış, toplumun sosyal, kültürel, ahlaki yapısına yön vermiştir. İnanç, sözlük anlamıyla bir düşünceye bağlı bulunma, dine inanma, inanılan şey, görüş, öğreti anlamında kullanılmaktadır. Kişi, toplum, bir düşünce, bir olgu, bir nesne ve bir varlığın gerçek olduğunun kabul edilmesidir (Eroğlu ve Kılıç, 2005). İnançlar; bireylerin yaşam biçimini, tutumlarını, sağlık ve hastalık hakkındaki duygularına etki ederek davranışlarına rehberlik ederler. İnanç, bireyin bir konu ile ilgili bilişlerinin tümüdür. Sosyal psikolojide inanç konusundaki ilk tanımlar 1954 yılında Allport tarafından yapılmıştır. Allport'a göre inanç; önyargıya yönelik toleransı düşük bilişsel bir stil göstergesidir (Çam ve Bilge, 2008).

Toplumda yaşayan bireylerin, ruhsal hastalıklara yönelik geliştirdiği olumsuz inançları, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi

engeller oluşturarak topluma uyumunu sınırlayabilmektedir. Diğer yandan hastaların hastalıkla etkin baş etmelerini, tedavi ve bakımını sũrdũrmelerini ve yaşam kalitelerini de olumsuz etkileyebilmektedir (Çam ve Bilge, 2007).

Dũnya genelinde ruhsal hastalıklara yœnelik inançlar olumsuz yœndedir. Bu nedenle her hasta sahip olduğu hastalığını saklamak çabası içerisindedir. Ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir, ruh hastaları kurumlarda kilitli tutulmalıdır, ruh hastası olan birey asla normal yaşamına dœnemez, ruh hastaları tehlikelidir, ruh hastaları dũřuk gelirli işlerde çalışabilir şeklinde toplumda ruhsal hastalıklara yœnelik yaygın olumsuz inanışlar ve dũřũnceler bulunmaktadır (Çam ve Bilge, 2007).

2.1.3.2. Tutum

Tutum, bireye, gruba, dũřũnceye, duruma karşı yerleşmiş ve değişmez bir tepkide bulunma eğilimi olup, sosyal œęrenmenin ve deneyimlerin, duyguların ũrũnleridir. Tutumlar bilişsel, duygusal ve davranışsal durumları içerir, davranışları etkiler ve zamanla değişebilirler (Bilge, 2006). Başka bir tanıma gœre tutum; bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir toplumsal obje ya da olaya karşı tecrũbe ve bilgilerine dayanarak œrgũtledięi bilişsel, duygusal ve davranışsal bir tepkidir (Tavşancıl, 2014). Tutumlar, toplumun kũltũrel œzelliklerinin ve bireysel inanışlarının kişinin yaşamda edindiği deneyimlerle birleşimi sonucunda oluşur. Yaş, cinsiyet, toplumsal sınıf, etnik kœken, yaşanan evre gibi œzellikler tutumların belirlenmesinde etkili olabilmektedir (Erbaydar ve ilingiroğlu, 2010).

Bilişsel œęe, nesnelerle ilgili gerçeklere dayanan bilgi ve inançlardan oluşmaktadır. Bunlar çevredeki tutum, konular hakkında bireylerin edindikleri bilgileri temsil etmektedir. Tutum nesnesi ile ilgili bilgi değiştiğinde tutum da değişir (Çam ve Bilge, 2007). Bir tutumun bilişsel tepkisi bireyin tutum nesnesine ilişkin dũřũncesinden, bilgi ve inançlarından, duyuşsal tepkisi; bireyin tutum nesnesine ilişkin duygu ve değerlendirmesinden, davranışsal tepkisi ise, tutum nesnesine ilişkin davranışından oluşur. Bir nesneye ilişkin olumlu tutumu olan bir birey, bu nesneye karşı olumlu davranmaya, ona yaklaşmaya, yakınlık gœstermeye onu desteklemeye yardım etmeye eğilimli olacaktır. Bir nesneye ilişkin tutumu olumsuz olan bir birey

ise bu nesneye ilgisiz kalma, ondan uzaklaşma, eleştirme hatta ona zarar verme eğilimi gösterecektir (Bilge, 2006; Çam ve Bilge, 2007).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içindeki durumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları, başta aileleri olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilişkilidir. Tedavi için gelinen adres doğru olsa bile, hastalığa bakış açısı ve tutumları doğrudan tedaviye yanıtı ve hastalığın gidişini etkileyebilir (Çam ve Bilge, 2008).

2.1.3.3. Tutum ve İnanç İlişkisi

İnsanlar belirli inanç ve tutumlarla doğmamaktadır. Gözlem, edimsel koşullama ve bilişsel öğrenme gibi yollarla inanç ve tutumlar edinilmekte ve deneyimlerle şekillenip kalıplaşmaktadır. Ancak zamanla edinilen inanç ve tutumlar değişebilir. Tutum ve inançların oluşması için kritik dönem olarak kabul edilen 12-30 yaşlar arası, ergenlik evresi ve ilk yetişkinlik evresi olmak üzere iki evrenin üzerinde durulur. Tutumlar ergenlik evresinde şekillenir, ilk yetişkinlik evresinde ise giderek kristalleşir veya kemikleşir. Bireyin inanç ve tutumu herhangi bir konudaki davranışına yön verici etki yapar (Çam ve Bilge, 2008).

Tutumlar, düşünceler ve inançların birçok ortak noktası vardır ve ayırt etmek kolay değildir. Üçü de çeşitli şekillerde tepki göstermek için öğrenilmiş eğilimlerdir. Tutumlar düşüncelerden daha uzun ömürlü ve köreltici, inançlar kadar derinlerde saklanmamıştır. İnançlar ve tutumlar arasında tutarlı bir ilişki vardır ve tutumlar destekleyici inançlardan doğar ve kaçınılmaz bir şekilde doğar gibidir. İnançlar tutumların duygusal yönlerine eşlik eden söze dökülmüş anlamlardır. Bir nesneye yönelik olumlu ve olumsuz bir tutum varsa, o nesne hakkında olumlu ve olumsuz inanç da olacaktır (Çam ve Bilge, 2007).

Ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin tutum ve davranışların tarihçesi insanlık tarihi kadar eski bir sürece dayanır. Tarihsel süreç içerisinde çağdan çağa ve kültürden kültüre ruhsal bozukluğu olan bireylere farklı tutum ve davranışlar sergilenmiştir. Bazı toplumlar ruh hastalarına özel bir önem verip onlara toplum içerisine kabul ederken bazı toplumlar ise insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip toplum dışına itmişlerdir (Bostancı, 2005). Tutumun bilişsel bileşeni olan inançlar yavaş olmakla birlikte yeni bilgi ve deneyimlerle değişebilmektedir.

Sağlığa yönelik inançlar ve tutumlar koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon süreçlerinde bireyleri etkilemektedir (Çam ve Bilge, 2011). Tutumlar, bireylerin hedef nesne ile ilgili tercih edilebilir ve tercih edilemez değerlendirilmesini temsil ederken; inançlar bireyin, nesne ile ilgili sahip olduğu bilgiyi temsil eder. Bir nesneye yönelik tutum, nesnenin sahip olduğu öznel olasılığını ve hedef nesne ile bağlantılı olan belli özelliği değerlendirme ürününü birleştirerek belirlenir (Çam ve Bilge, 2007). Bireyin durumu değerlendirmesi, hangi yardım kaynaklarını, nasıl ve ne yönde eyleme geçireceği, içinde yaşadığı toplumun hastalığa ilişkin kültürel normlarından büyük ölçüde etkilenir. Kültürün etkisiyle psikotik yaşantı strese duyarlılık, stresli yaşantılarla açıklanabileceği gibi, doğaüstü güçlerle de açıklanabilir. Açıklama tarzı ise çare arama yöntemini belirlemede önemli rol oynar (Ünal ve Kaya, 2006).

Hastalık kavramı hem objektif, hem de subjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler durumları hakkında farklı görüşlere sahip olabilir, farklı tepkiler gösterebilirler. Çevre özellikleri, ailenin ve arkadaşların hastalığa tepkileri, toplumun norm, değer ve inançlarını içeren kültürel özellikler hastanın tepkisini etkiler. Her toplumun kişiyi hasta olarak nitelendirmeden önce kişiden karşılmasını beklediği belli kriterleri vardır (Kocaman, 2008). İnançlar; kişilerin yaşam şeklini, tutumlarını, sağlık ve hastalık hakkındaki duygu ve düşüncelerini etkileyerek davranışlarına öncülük ederler. Tıbbi tedaviye uyumda hastalığa ilişkin algı ve inançların belirleyici rolü vardır (McSherry and Ross, 2002). Psikiyatrik hastalık etiketi, muhataplarında bir inanç sistemini etkinleştirmektedir. Etkinleşen bu inanç sistemi, kişide bulunan belirtilerin çarpıtılarak yorumlanmasına hastaların damgalanmasına ve hasta kişilere karşı ayrımcı davranışlara neden olmaktadır (Özmen ve diğerleri, 2004). Birey ya da toplum; kendisini rahatsız eden, korkutan bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu dışlayıp uzaklaştırma yolunu seçer. Çok farklı inanç sistemleri, kültürler ve tarihsel olaylar hastalıklara karşı tutum ve davranışı büyük ölçüde etkilemektedir. Özellikle damgalama ve ayrımcılığa kadar uzanan olumsuz tutumların herhangi bir hastalık nedeniyle kullanılması aslında tamamıyla toplumun hastalıklar üzerinden bireylere yansıttığı yüklemelerdir (Oran ve Şenuzun, 2008).

Ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlarla ilgili çalışmalar önceleri toplumun bakış açısına odaklanmış, daha sonraları ise psikiyatrik hastalıkların tanısından, tedavisinden ve hastaların bakımından sorumlu olanların bakış açılarını ve

tutumlarını belirlemeye yönelmiştir (Taşkın ve diğerleri, 2002). Ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı takınılan olumlu ve olumsuz tutumlar en açık biçimiyle hasta hemşire ilişkisinde ortaya çıkmaktadır (Caldwell and Jorm, 2001).

2.1.4. Ruhsal Hastalıklarda Etiketleme (Stigma)

Damga (stigma), sözcük anlamı olarak “yara, iz, işaret” anlamına gelmektedir. Ancak günümüzde “kara leke” anlamında kullanılmaktadır. Damga, birey ya da grup için utanılması gereken bir durumun varlığın ya da normal dışı, kabul edilemezliğin belirtisi olarak değerlendirilmektedir. Damgalama ise, bireyin içinde yaşadığı toplumun ‘normal’ saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer birey tarafından bireye saygınlığını azaltıcı bir atıfda bulunmasıdır (Arkan ve diğerleri, 2011). Diğer yapılan tanımlara göre damgalama, bir bireyin ya da grubun ruhsal bozukluk, bir gruba bağlı olma, olumsuz davranış, ilacı kötüye kullanma, ruhsal ve fiziki yetersizlik gibi durumlardan dolayı kusurlu ve olumsuz değerlendirilmesidir (King et al. 2007). Damgalama, bireyin toplumun genelinden farklı ve olumsuz olarak değerlendirilen bir özelliğine yönelik ayrımcı ve reddedici yaklaşımlardır. (Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2010). Ön yargı ve damgalama ayrımcılığa yol açar. Ayrımcılık toplumdaki birey ya da grupların diğerlerini damga ve ön yargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakması, haksızlığa uğratmasıdır (Üçok, 2003).

Birey ya da toplum kendisini ürküten, rahatsız eden bir şeyle karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaşma yoluna gitmektedir (Üçok, 2003). Ruhsal hastalıkları olan bireylerin uygun olmayan beklenmedik davranış ve düşünceleri toplumda korku ve huzursuzluk yaratmış ve bu bireylerin dışlanmasına neden olmuştur. Ruhsal hastalıklar o zamandan bu zamana insanları korkutmaya, tedirginlik ve anksiyete yaratan bir durum olmaya devam etmektedir (Taşkın, 2004). Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ve ayrımcılık ya da dışlama, toplumlarda yaygın olarak görülmektedir. Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle de damgalanmış bireylere birçok olumsuz özellik atfedilir. Gerek toplumsal gerek kişisel gereksinimler açısından, damgalamanın temelinde zarar görme korkusu yatmaktadır. Toplum zihinde ruhsal hastalığı olan bireyler tehlikeli olabilecek insanlardır. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde toplum

tarafından damgalamanın özellikle acı ve yıkıcı etkisi, onların toplumun bir üyesi olmadığı duygusu bırakmasıdır (Taşkın, 2007; Çam ve Çuhadar, 2011).

Ruhsal bozukluklarda stigmatizasyon, yüzyıllardan beri yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır. Damgalamadan en fazla etkilenen gruplardan biri psikiyatri hastalarıdır. Kronik ruh hastalığı yüzünden damgalanmış bireyler çevresi tarafından aşağılanır ve sosyal açıdan ilgi görmezler. Bunun bir sonucu olarak bireyin hak ve sorumlulukları elinden alınır veya azaltılır. Aşırı durumlarda kronik akıl hastası olarak damgalanmış bir birey insan olarak bile kabul edilmez, ondan kaçınılır, toplum ile ilişkisi kesilir veya sürgün edilir. Alternatif durumlarda ise onlara acınır korunur veya bir çocukmuş gibi davranılır (Güney, 2004). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum içindeki durumları, kabul görmeleri veya bir etiketlemeye maruz kalmaları başta birinci derece yakınları olmak üzere, toplumun ruhsal hastalığa bakış açısı ile doğrudan orantılıdır. (Çam ve Bilge, 2014b). Toplum, inançları doğrultusunda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı çeşitli tutum ve davranışlar sergilemektedir. Olumlu tutumlar bireylere özgüven sağlayıcı, toplumla bütünleştirici ve tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynarken; olumsuz tutumlar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyalleşmesini engelleyerek, diğer insanlara yakın yaşama ve toplum içinde aktif bir birey olma gibi olanaklarını kısıtlamaktadır (Çam ve diğerleri, 2013).

Ruhsal hastalıkların neden olduğu duygu ve davranışlar sonucu ortaya çıkan anormal değişiklikler, bazı kültürlerde normal olarak kabul edilmemekte ve genellikle toplum tarafından da kabul görmemektedir. Bu da damgalamayı beraberinde getirir (Lauber et al., 2007). Yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, sosyal sınıf, kültür, dini inançlar, hastalık konusunda bilgi durumu, ruhsal hastalıkla temas, ruhsal hastalık etiketi, psikopatoloji tipi, hastalığın özellikleri ve kitle iletişim araçları ruhsal hastalığa yönelik damgalamayı etkileyen etmenlerdir (Article, 2010).

Damgalama ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli sorun oluşturmakta; hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşantılarını ve psikolojik süreçlerini olumsuz etkilemekte böylece onların ‘yaşam kalitelerini’ düşürmektedir. Damgalanan bireyler kendilerini değersizleştirmekte, reddedilme korkusu yaşamakta, ümitsizliğe kapılmakta ve özgüvenlerini yitirmektedirler. Damgalama süreçlerine yönelik bir diğer kavramsallaştırmada, ‘içselleştirilmiş damga’ ve ‘kurumsal damga’ ayrımı yapılmaktadır. İçselleştirilmiş damga, kişilerin özel alanlarında deneyimledikleri

duygu, düşünce, inanç ve korkularını içermekte; kamusal alanda deneyimlenen kurumsal damga ise dolaylı, kişisel olmayan, örtük tutum ve ilişkileri içermektedir. Kurumların gündelik işlemlerinde yerleşik olan kurumsal ırkçılık, kural ve düzenlemelerden oluşan katmanların altında gizlidir ve gelenek tarafından sürdürülür. Kurumsal damgalama, işyerinde ve hizmetlerinden faydalanmak istedikleri kurum ve kuruluşlarda ruhsal hastalık sahibi bireylerin karşısına çıkabilmektedir (Saillard, 2010).

2.1.5. Tarihsel Süreçten Günümüze Kadar Toplumun Ruhsal Hastalıklara ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutumları

Psikiyatrinin tarihçesi ilk çağlara kadar dayanmaktadır. İlk çağlarda, hastalıkların olağanüstü güçlere bağlandığı ‘animistik düşünce’ egemendir. Bu çağda hastalık doğaüstü zararlı ruhlara bağlanmıştır. Doğa karşısında güçsüz olan insan, anlayamadığı olayları olağanüstü güçlerin etkisine bağlayarak kendine savunma yolları aramıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015b). Hastanın bakım işlevi aile üyeleri, komşular, hizmetçiler, dini gruplar hatta iyileşmekte olan hastalar ve mahkumlar tarafından yerine getirilmiştir (Özbaş ve Buzlu, 2011). İlk kez Hipokrat (MÖ 5.yy), hastalıkların olağanüstü güçlerle değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu söylemiştir. Aynı dönemde Eflatun ve Aristo da büyüsel düşüncenin geçersizliğini belirtmiştir. Yani bu dönemde Hipokrat ‘histeri’ ve ‘melankoli’ terimlerini kullandığı ve tapınaklarda hastaların uyutuldukları, düş yorumlarının ve telkinlerin yapıldığı görülmektedir. Hipokrat ruh hastalarından korkmak yerine, onlara şefkat ve iyilikle davranılması gerektiğini savunmuş, bu yönde girişimlerde bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015b).

Avrupa'da 12. ve 13. yüzyıllardan başlayarak Hristiyan kilisenin katı, acımasız, dogmatik tutumlarına ve uygulamalarına karşı giderek artan tepkiler belirmiştir. Sanatta, kültürel yaşamın her kesiminde gücünü dinden alan otokritik ve feodal kuruluşların egemenliği giderek azalmaya başlamıştır. Ancak bu kez de 17. yüzyılın ortalarından itibaren akıl hastalarını kapatma ve burayı onların doğal yeri olarak gören bir anlayışa bağlı olmuştur. Akıl hastaları yakılmaktan kurtulmuştur ancak bu kez de son derece kötü mekanlara kapatılmaları söz konusu olmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015b). Ortaçağ Avrupa'sında ruh hastaları, şeytanın yakaladığı bir büyücü olarak

avlanmış ve canlı canlı yakılmışlardır. Kiliselerin ruhsal bozukluklara karşı tutumu, ilkel çağlardaki şamanizmden de geriye gitmiş; ilkel, acımasız, korku verici bir anlayış, dinsel-politik amaçlarla geniş halk kitlelerine karşı benimsenmiştir. Ortaçağ Avrupa'sının bu tutumuna karşılık, aynı dönem İslam ve Türk toplumlarında ruh hastalarına anlayış, hoşgörü, acıma egemen olmuştur. Anadolu'daki şifahanelerin bir kısmı akıl hastalarına ayrılmış ve sağaltım yapılması sağlanmıştır. Yunanlıların ölmüş ruh hastalarını yakıp gömdükleri gelenek, Türklerde yasaklanarak uygulanması engellenmiştir (Bilici ve diğerleri, 2013). Sanatta, kültürel yaşamın her kesiminde gücünü dinden alan otokratik ve feodal kuruluşların egemenliği giderek zayıflamaya başlamıştır. 17. yüzyılın ortalarından itibaren akıl hastaları yakılmaktan kurtulmuştur ama bu kez de son derece kötü mekanlara kapatılmışlardır. 1956 yılında Paris'te Genel Hastane'nin kurulması, ilk başta reform gibi görünen bir uygulama olmasına karşın, burjuva düzeninin bir yürütme mekanı halini almıştır (Argun ve Dursun, 2010).

On sekizinci yüzyılın sonlarında psikoterapinin ilkelerini belirten ilk hekim Philippe Pinel tarafından başlatılan ruhsal hastalığı olan bireylerin zincirlerinden kurtarılaraq toplum içinde, anlayış ve hoşgörüyle tedavi edilmeleri gerektiği düşüncesi psikiyatri tarihinde sembolik bir anlam taşımaktadır. Bunun yanı sıra, gün geçtikçe taraftarı artmakta olan, psikiyatriyi salt bir tıp uygulaması olmaktan çıkarıp toplumla etkileşime sokan sosyal psikiyatrik akımının ortaya çıkmasında öncülük etmiştir. İkinci Dünya Savaşı'yla ruhsal hastalıklarda gözlenen artış, savaş sonrasında yapılan araştırmalarda çevre, sosyal durum ve hastalık arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması, hasta ve hastalıkların değerlendirilmesinde sosyal etkenlere daha fazla ağırlık verilmesini sağlamıştır. Düşünce alt yapısı Pinel'e kadar uzanan sosyal psikiyatri, İkinci Dünya Savaşı sonrasında ruhsal hastalıklara ve ruh hastalarına yaklaşımdaki inançlarla ilgisini sürdürmüştür (Çam ve Bilge, 2007). 19. yüzyıl sonlarında geliştirdiği psikoanaliz kuramı ile Sigmund Freud asıl çıkışı açmıştır. Psikoanaliz çağın en önemli kuramlarından olmuş ve ruh hekimliğindeki hastalık anlayışını, tedavi yöntemlerini ve ruhsal hastalıklara yönelik görüşleri etkilemiştir.

20. yüzyılda ise büyük gelişmeler yaşanmıştır. Bunlardan en önemlileri büyük akıl hastanelerinin kapatılması girişimleri ile kurumlarda sağaltım ve bakımdan toplum içinde tedavi ve bakıma yönelimin başlamasıdır. Psikofarmakolojinin gelişmesiyle ruhsal hastalıkların ilaçla tedavisi yaygınlaşmış aynı zamanda tanı

ölçütlerinin belirlenmesiyle de ruhsal hastalıkların da fiziki hastalıklar gibi görülmesi sağlanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015b).

Dünyada ruhsal hastalıklar yaygın olmakla birlikte tüm insanları yaşamının bir döneminde etkileyebilmektedir. Tarihsel süreç içerisinde çağdan çağa ve kültürden kültüre ruhsal bozukluğu olan bireylere farklı tutum ve davranışlar sergilenmiştir. Bazı toplumlar ruh hastalarına özel bir önem verip onlara toplum içerisinde kabul ederken bazı toplumlar ise insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip toplum dışına itmişlerdir (Bostancı, 2005).

Türkiye’de ruhsal hastalara yönelik toplum tutumları ile ilgili yapılan bir çalışmada köy ve kent aileleri arasında ruhsal hastalara yönelik tutumlarda fark olmadığı belirtilmiştir. Sosyo-demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim gibi), hastalık konusunda bilgi, hasta kişilerle kişisel deneyimin olması, ruhsal hastalık etiketi, hastalık psikopatolojisi, hastanın özellikleri de ruh hastalarına ve hastalıklarına yönelik inançları etkilemektedir (Çam ve Bilge, 2007). Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışma sonucunda psikiyatri polikliniğine başvuran bireyler arasında hem damgalayıcı tutumların hem de damgalanma kaygısının yaygın olduğu görülmüştür. Şizofreni hastalığına akıl hastalığı damgalamasının; depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik hastalıklara oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Taşkın ve arkadaşlarının (2002) Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumlarını araştırdığı çalışmalarında çalışmaya alınan 230 kişinin %76,3’ü şizofreniyi bir hastalık, %62’si bir akıl hastalığı olarak değerlendirmiştir. Etiyolojide ilk sırada sosyal sorunlar sorumlu tutulmuştur. Şizofrenin sağaltımı konusunda halk yeterli bilgiye sahip ancak etiketleme korkusu nedeniyle sağaltım için, psikiyatrik yardım almaktan çekinmektedir. Toplum, hastalarla yakınlık kurma konusunda isteksiz, belirli bir mesafeyi korumaktan yana olmak üzere reddedici tutumlara sahiptir. Sosyo-demografik nedenler şizofreniye yönelik tutumlar üzerinde önemli bir etkiye sahip görünmemektedir.

Yüksel ve Taşkın’ın (2005) Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri konusunda yaptığı çalışmada, halkın ruhsal hastalara ilişkin olumsuz tutumlara sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bostancı ve Aştı’nın (2004) yaptığı çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelere göre; ruh hastaları ya da

hastalıklarına ilişkin daha olumlu görüş, davranış ve tutum eğiliminde oldukları belirtilmektedir.

Ünal ve arkadaşlarının (2010) üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının araştırıldığı çalışmada ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç; evli, ruhsal hastalığı olan bir kişi ile daha önce hiç karşılaşmamış ve orta düzey ekonomik duruma sahip olan öğrencilerde daha yüksek, ruhsal hastalıklı akrabaya sahip olanlarda ise daha düşük bulunmuştur. Arkan ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında öğrencilerin ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının psikiyatri hastalarına ve hastalıklarına yönelik tutumun son 10 yılda değişiklik göstermediği, hala reddedici ve dışlayıcı olduğunu belirtmiştir. Çıtak ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmanın sonucunda ise hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının olumlu yönde olduğu belirtilmiştir.

Dünyada ise uluslararası boyutta damgalamayla mücadelede yapılan çalışmalar mevcuttur. Yapılan araştırmalarda tanımlayıcı ve eğitimin etkisini değerlendiren girişimsel müdahalelere yer verilmiştir (Oban ve Küçük, 2011). Stigma ile mücadele de sağlık alanında öğrenim gören öğrencilere de yer verilmiştir. Chung'un 2005'te Hong Kong'da psikiyatri eğitimi almış öğrencilerle yaptığı çalışmada, öğrencilere ruhsal hastalıklardan şizofreni ve depresyonla ilgili video gösterimi yapılmış ve seminer verilmiştir. Çalışmalar sonrası öğrencilerin bu hastalıklara yönelik tutumlarının olumlu yönde farklılık gösterdiği görülmüştür. Lincoln ve arkadaşları 2008'te İngiltere'de tıp ve psikoloji öğrencileriyle çalışma yapmış ve farklı gruplar ele alınmıştır. Tıp öğrencilerinde şizofreninin nedeni olarak genetik nedenler, psikoloji öğrencilerinde ise psikososyal nedenler saptanmıştır. Aynı çalışmada psikoeğitimlerle öncesi ve sonrası şeklinde tutum ve sosyal durumlar değerlendirilmiş ve eğitimler sonrasında olumsuz tutum ve düşüncelerin azaldığı belirlenmiştir.

Geçmişten günümüze yapılan çalışmaların çoğunda hemşireler ve sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz tutumlarının olduğu ancak bu tutumlara yönelik eğitimler yapıldığında olumlu tutumların arttığı gözlenmiştir.

Araştırmalar toplumun bir üyesi ve sağlık personeli olan hemşirelerin, psikiyatrik hastalığı olanlara karşı yaklaşımlarında olumsuz önyargıları bulunduğunu göstermektedir. Bu olumsuz tutumlar hemşirelerin hastaya etkili bakım vermesini

zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda psikiyatrik hastaya bakım verebilecek yeterli eğitimi almış personel bulunmamaktadır. Bazı araştırmalara göre ise toplumu oluşturan bireylerin ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin olumsuz tutum ve düşüncelerinin olduğu ve düşünceleri değiştirme konusunda eğilimde bulunmadıklarıdır. Ruhsal hastalıklar her toplum ve her kültür için bir sorun olarak kabul edilir ve farklı inanç ve tutumlar sergilenir. Olumsuz tutumlar bireyin kendisini toplumdan soyutlamasına, kendi kendine tedavi olmaya çalışmasına sürükler. Geliştirilen olumlu inanç ve tutumlar ise hem hasta bireyin hem de toplumun ruh sağlığı açısından önemlidir.

2.1.6.1. Kültüre Göre Ruhsal Hastalıklara İlişkin Tutumlar ve Kültüre Özgü Bakım

Kültür bireyin hayat, sosyal roller, değerler ve kurumlarını oluşturan bilgi ve deneyimlerin tümüdür (Yerlibaş, 2008). Bir toplumun üyeleri arasında paylaşılan ve kuşaktan kuşağa aktarılan bilgi, değer, anlam ve davranışsal normlar bütünüdür (Cimilli, 2012). Kültür, insanoğlunun ‘kaba’ biyolojik ve psikolojik bütünlüğünü sağlamlaştıran ‘ince’ tabakadır. Kültür terimi çok geniş bir alanı kapsayan bir büyük kısaltmadır (Yerlibaş, 2008). UNESCO’nun kültür tanımına göre ise “bir toplumu ya da toplumsal bir grubu tanımlayan belirgin maddi, manevi, zihinsel ve duygusal özelliklerin bileşiminden oluşan bir bütün ve sadece bilim ve edebiyatı değil, aynı zamanda yaşam biçimlerini, insanın temel haklarını, değer yargılarını, geleneklerini ve inançlarını da kapsayan bir olgudur.” Kültürün bu geniş kapsamına dahil edilen çeşitli tartışmalar yer almaktadır (Oğuz, 2011).

Kültür ve kültürel etkinlikler hakkındaki bilgiler insan davranışlarının değerlendirilip yorumlanmasında önemli bir yer tutar (Gürhan, 2016). Yaşanılan hastalığın kültürel bağlamını anlamak, tanı ve tedavinin yol göstericisi olabilir. Bireyin yaşadığı kültürün özelliklerini bilmek ise ruh sağlığı değerlendirilmesi sırasında klinik görünümün ve bakımının temel yönleri üzerine kültürün etkisi hakkında bilgi edinmek amacıyla önemlidir (Aydemir, 2014). Psikiyatrik hastalıkların ve tanı sistemlerinin kültür ile ilişkili olduğu yaygın kabul görmektedir. Nitekim DSM-V’in giriş bölümünde tanı koyma sırasında kültürel özelliklerin dikkate alınması gerektiği

şeklinde uyarı bulunmaktadır. Davranışsal fenomenlerin kültürden bağımsız olarak ele alınması olanaklı değildir (Yanık, 2003).

Kültür ve psikiyatri arasında yakın bir ilişki vardır. Her bireyin ruhsal bozukluğu tanımlama biçimi ve kabulü kültürünün bir parçası olan inanç sistemini yansıtır. İnançlar ve hastalığı kabul biçimi kültürden kültüre farklılık göstermektedir (Kum, 1996).

Farklı kültürlerdeki bireylerin, kendilerindeki psikiyatrik bozuklukların doğası hakkında niteleyici kavramları, bilişsel özellikleri ve doğasıyla rahatsızlıklarına ilişkin tedavi beklentilerinin çok değişiklik göstermesi doğaldır. Aynı ülkenin çeşitli yöre ve sosyokültürel düzeylerinden gelen bireylerde bile, bu düşünüş ve beklentiler çok farklılık göstermektedir (Kırkpınar, 2012). Ruh sağlığına yeniden kavuşmada uğraş verme kültürel farklılık gösterir. Anadolu’da ruhsal bozukluk yaşayan genç bir kızın hocaya götürülüp okuma-üfleme ile tedavi edileceğine inanılırken; Avrupa’da kendini ruhsal yönden rahatsız hisseden birey aile psikoloğu ya da psikiyatrisine giderek sorununa çare arar (Kum, 1996).

Batılı olmayan toplumlarda depresyonda somatik yakınmaların daha fazla görülmesini açıklayan kuramlardan biri de Leff’in duygusal farklılaşma kuramıdır. Toplumsal gelişmenin alt basamaklarındaki geleneksel toplumlarda grup içi ilişkiler önceden belirlenmiş ve stereotiptir. Bu toplumsal ilişki ağı içerisinde duyguların dışa vurulması hoş karşılanmaz. Özgürce dışa vurulamayan duyguların sembolik beden diliyle dışa vurulması somatizasyona neden olmaktadır (Yerlibaş, 2008). Kültür, insanoğlunun ‘kaba’ biyolojik ve psikolojik bütünlüğünü sağlamlaştıran ‘ince’ tabakadır. Hemşirelik ise sürekli olarak gelişen, değişen durumlara uyum sağlayabilen bir meslektir (Başalan ve diğerleri, 2009). Hemşirelerin farklı ruhsal rahatsızlıklara ve farklı kültürleri anlayıp, bağdaştırabilme yetisine sahip olması gerekir. Bir başkasını ‘anlama’ isteğimiz ve çabamız ona ‘içeriden’ bakmamızı gerektirir (Çam ve Bilge, 2014). Kuşaktan kuşağa geçen, belleklerde saklı tutulan, kendini çeşitli etkinliklerde gösteren, dinamik, devamlı değişen ve uyum sağlayan, gerçek ve bütünleyici olan, toplumun norm, değer ve inançlarını içeren bireylerin bütünsel yaşam biçimini yansıtan kültür, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde önemlidir (Kum, 1996). Farklı kültüre sahip olan hemşireler, benzer biçimde farklı kültürel özellikleri olan bireylere, ailelere ve toplum gruplarına hizmet vermektedir. Hemşirelik bakımı, bakım alan

bireyin kültürel özelliklerinden etkilenir. Bunun yanı sıra, hemşirenin kültürü de planladığı bakım girişimlerini biçimlendirir, hemşirelik bakımını etkiler. Kültürel özgeçmişimiz, sağlık inançlarımızın, değerlerimizin ve sağlık davranışlarımızın oluşmasında önemli bir role sahiptir. Hemşirenin ve hastanın kültürel özellikleri örtüşmeyebilir. Hemşirenin de kültürel değerleri, inançları hasta bakımı ile ilgili kararlarını, tutumunu ve uygulamalarını etkiler. Bakım girişimleri bilinçli ya da bilinçsiz kendi kültüründen etkilenir. Bu gerçek göz önüne alınarak hemşirelik bakımının kültüre uygun verilip verilmediği sorgulanmalıdır.

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) Etik Kodu'nda, hemşireliğe gereksinimin evrensel olduğunu, hemşireliğin özünde; insan yaşamına ve insan haklarına ulus, dil, din, cins, inanç, yaş, politik görüş ve sosyal statü gözetmeksizin değer ve saygı olduğunu belirtir. Hemşireler, kültürel faktörleri, kendi kültürlerini, bakım verdikleri hastaların ve ailelerinin kültürlerini bilmeli ve değerlendirmelidir. Hasta ve hemşire arasındaki kültürel farklılıkların yanlış anlaşılmalara neden olmaması için hemşireler, hastalarının hangi kültürden geldiğini bilmeli onları tanımaya çalışmalıdırlar. Hemşire hastası ile olan kültürel benzerlik ve farklılıklarını öğrenmeli, kendindeki farklı yönlerin hasta üzerindeki olumsuz yansımalarını düşünmeli ve bunu önlemelidir. Hemşire hastanın kendisinden olan rol beklentisini fark edebilmeli ve bakımını ona göre planlamalıdır. Hastanın kültürünü dikkate alarak saygı ve anlayış göstermeli bu kültürün sağlığı destekleyici yönlerinden yararlanmalıdır. Bireylerin kültüründen kaynaklı herhangi bir sağlığı bozan davranış varsa müdahale etmelidir. Bunu başarabilmek için hasta ailesi ile çok sıkı bir etkileşim içine girmelidirler. Onun alışkanlıklarını, geleneksel değerlerini ve inançlarını öğrenmelidir. Hastanın taşıdığı ırksal özellikleri ve etkin orijinini araştırmalıdır. Hasta ile olan ilişkilerin tedavi edici olabilmesinde en büyük etkenlerden biri de kültürel farklılıkları tanımadır. Hemşire sorumluluğuna verilen bireye iyi bir bakım vermek istiyorsa kültürel farklılıkları tanımalıdır (Kum, 1996; Öztürk ve Öztaş, 2012).

Hemşirelerin kültürel farkındalık ve kültürel değerlendirme becerileri artırılmalıdır. Kültürel değerlendirme eğitimi hemşirelik eğitiminin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası programlarında yer almalıdır. Sağlık davranışlarını ortaya koyan, paylaşılan inançlar, değerler ve görenekleri ortaya çıkaran görüşlere yönelik eğitim programı mezuniyet öncesi ve sonrası eğitime eklenmelidir. Kültürel yeterliği

geliştirmek üzere yapılacak olan eğitim, etnik farklılık ve suçlu bulma yaklaşımından uzak olmalıdır. Tüm sağlık personelleri kültürel yeterlik becerilerini geliştirmek ve ayrımcı uygulamaları engellemek üzere daha fazla çaba göstermelidir. (Başalan ve diğerleri, 2009).

Ruhsal bozukluğun tanımlanması ve algılanması, ruh sağlığını elde etme davranışını etkileyebilir. Kültürün kendisi hasta için stres yaratan bir durum olabilir. Hasta ve hemşire arasındaki kültürel farklılıklar yanlış anlaşılmalara ve terapötik olmayan ilişkilere neden olabilir. Bu nedenle kültürle ilgili bilgi sahibi olmak psikiyatri hemşireliğinde son derece önemlidir (Öztürk ve Öztaş, 2012).

2.7.Ruhsal Hastalığa ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Olumsuz Tutumları Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelik, sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenileyen, birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplini. Hemşire sağlık/hastalık durumlarında gereksinim duyulan bakım ve uygulamaları gerçekleştirir ve bireyin, ailenin ve toplumun mevcut ve olası sorunlara karşı fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerinin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanmasını ve tedavi edilmesini hedefler. Hemşirelik mesleğinin amacı; birey, aile ve topluma kişiler arası bir süreç içinde, kendi sağlığını düzeltici ve geliştirici, hastalıkları önleyici, yaşam deneyimleri sağlamak ve bireylerin kendi potansiyellerini arttırmalarına destek olmaktır (Öz ve diğerleri, 2007). Hemşireliğin bir başka amacı ise; sağlığın sürdürülmesi ve hastalık halinde gerekli bakımın verilmesidir. Bireyin ruh sağlığının korunması, toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamındadır. Toplum ruh sağlığı hizmetleri, ruh sağlığının yükseltilmesi ve korunması (birincil önleme), ruhsal sorun ve hastalıkların erken tanısı ve erken müdahalesi (ikincil önleme), rehabilitasyonu (üçüncül önleme) işlevlerini kapsar (Pektaş ve diğerleri, 2006; Bilge ve Çam, 2002). Hemşirenin üç aşamada da etkin sorumlulukları vardır. Bireyi bütüncül olarak ele alır ve sağlık gereksinimlerini değerlendirir. Bakım planları yaparak uygulamaya koyar ve sağlığın devamı ve sürekliliği için uygun olanakları sağlar.

Hemşireliğin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlığın sürdürülmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içermektedir. Sağlığın

sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesi, sağlığın yeniden kazandırılması ve hastalıkla baş etmedir. Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesi içinde sağlığı korumaya ve yükseltmeye ilişkin uygulamalar yer almaktadır (Bayat, 2005). Hasta bireylerin eski sağlığına kavuşabilmeleri için tedavi edici bir ortama ihtiyaçları vardır. Tedavi edici ortam, hastayı iyileştirmeyi, sağlığını yükseltmeyi, özsaygısını ve benliğini desteklemeyi ve hastanın en kısa zamanda sosyal yaşama yeniden dönmesini amaçlayan ideal ve dinamik ortamdır (Kum, 1996). Tedavi edici ortamın sağlanması ve sürdürülmesi psikiyatri hemşireliği aktivitelerinin ve bakımın temel parçalarından biri olduğundan, ortamın özelliklerinin ve öneminin anlaşılması psikiyatri kliniklerinde çalışacak hemşireler için ayrı bir önem taşımaktadır. Bu ortamın oluşabilmesi için yapıcı bir etkileşime olanak sağlanmalı, sağlık ekibi ve hasta arasında işbirliği yapılmalıdır (Kum, 1996; Oflaz, 2006).

Hemşire her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun, hemşirelik süreci doğrultusunda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği girişimleri ile karşılanabilecek sağlık gereksinimlerini tanılayan, planlayan, uygulayan, değerlendiren, denetleyen ve tabip tarafından yazılı olarak verilen tedavileri uygulayan görevli ve yetkili sağlık personelidir. Psikiyatri hemşireliği ise; birey, aile ve toplumun ruh sağlığını geliştiren, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önleme ya da hastalıkla baş etme ve gerekirse bu yaşantılardan anlam bulmada, profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişiler arası bir süreçtir. Psikiyatri hemşireliği, insan davranışı teorilerinin uygulandığı daha çok davranışsal ve zihinsel becerilerin ön plana çıktığı hemşirelik uygulamalarının özel bir alanı olarak görülmektedir. Psikiyatri hemşiresi, ruh hastalıklarından korunmada sağlık eğitimi ve danışmanlık yapabilen sağlıklı ya da hasta bireyin psikolojik durumunu anlayıp davranışlarını değerlendirebilen, psikolojik gereksinimleri kavrama yeteneği yüksek, hastaya gerekli bakım, rehberlik, rehabilitasyon ve desteği sağlayabilen, kişiler arası ilişkilerde bilgi ve becerisi olan hemşiredir (ANA, 2017). Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik süreci doğrultusunda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği girişimleriyle karşılanabilecek sağlık gereksinimlerini tanımlayan, planlayan, uygulayan, değerlendiren, denetleyen ve tabip tarafından yazılı olarak verilen, tedavi direktiflerini uygulayan görevli ve yetkili sağlık personelidir (Öz ve diğerleri, 2007). ANA'ya göre psikiyatri hemşireleri ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, genel hastaneler, ayaktan tedavi merkezleri,

hapishane, büyük işyerleri ve okul gibi çok çeşitli alanlarda sağlığı geliştirmek, hastalık durumunda tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlamak üzere görev alırlar (Hamilton and Manias, 2007).

Günümüz psikiyatri hemşireliğinde psikososyal, biyofiziksel bilimler davranışçı kavram ve görüşler, kişilik teorileri toplum ve birey düzeyinde ruh sağlığının önemine ilişkin yenilenmeler ve bilgiler kullanılmaktadır. Bu bilimsel çerçeveye yetişmiş olan hemşireler, psikiyatri kliniklerinde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde, genel hastanelerde, ayaktan izleme merkezlerinde, okullarda, cezaevlerinde, huzurevlerinde, krize müdahale merkezlerinde ve bunun gibi hizmet alanlarında çeşitli roller üstlenerek çalışabilmektedirler (Kum, 1996). Psikiyatri hemşireleri bireylerin, ailelerin ve toplumun ruh sağlığını sürdürmede ve elde etmede yardım ederler. Psikiyatrik bozukluklar veya yaşam krizleri nedeniyle işlevsellikleri bozulan hastalara bakım verirler, tedavisinde rol alırlar. Kişiler ve toplumlar arası etkin iletişimi sağlarlar (Kocaman, 2007).

Psikiyatri hemşiresi günlük yaşamında, toplumda, hastane ortamında, çalıştığı kurumlarda yaş, cins, ırk, din, dil, kültürü farklı değişik insanlarla ilişki içindedir. Psikiyatri hemşiresinin öncelikle kendini tanıması ve çevresindekiler üzerinde bırakmış olduğu etkileri anlayabilmesi gerekir. Hemşirenin çevresindeki insanları tanıması, onlara yaklaşım biçimi, onun bakımdaki amacına ulaşmasında önemli olmakla beraber hemşire bireylerin farklı davranışa sahip olabileceklerini göz önünde bulundurmalı ve kendisi de bunlara aynı davranış biçimini göstermemelidir. Hemşire hastasıyla olan kültürel farklılık ve benzerlikleri öğrenmeli, kendisindeki farklı yönlerin hasta bakımına olumsuz yansımaları önlemelidir. Öncelikle kendilerinin ruhsal hastalıklarla ilgili önyargılardan uzak, duygu, tutum ve inançlarının ayırımında olarak mesleki ilişki doğrultusunda tarafsızlıklarını yitirmemeli ve toplumu ruhsal hastalıklar konusunda eğitmelidirler (Kum, 1996; Yıldırım, 2008).

Her ortamda bireyin aile ve toplumun hemşirelik süreci doğrultusunda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği girişimleri ile karşılanabilecek sağlık gereksinimlerini tanılayan, planlayan, uygulayan, değerlendiren, denetleyen ve tedavileri uygulayan psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler ruhsal hastalığı olanlara yönelik olumsuz tutum ve inançların tanınması ve önlenmesinde önemli yer tutarlar (Dülgerler, 2008). Özellikle hastalarla yakından ve uzun süreli ilişki içindeki hemşirelerin yaklaşımları

hastalar üzerinde doğrudan etkili olmakta ve hemşirenin inanç ve tutumları kliniğin terapötik ortamını etkileyebilmektedir.

Bilimsel aydınlanmanın önyargıları, yanlış inanış ve mitleri tek tek ortadan kaldırdığı çağımızda psikiyatri, ruh hastası ve hastalıklarına ilişkin düşüncelerin sağlık camiasında bile hala ön yargılar, yanlış inanışlarla beslendiği görülebilmektedir (Bostancı ve Aştı, 2004). Bu nedenle, damgalamayı ve olumsuz tutumları azaltmadaki hemşirelik girişimlerinin başında, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik olarak kendi içlerinde var olan bu hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarının farkında olmaları ve bunları olumluya çevirmeleri yer almaktadır. Damgalamayı azaltma yaklaşımları olarak hemşireler damgalamayı azaltma organizasyonlarına aktif olarak katılabilirler. Hemşireler, okul ve işyeri gibi toplu alanlarda, toplumla bilgiyi paylaşarak değişimi etkileyebilirler. Hemşireler çeşitli birimlerde etkileşim ve eğitim yaklaşımlarını yerine getirebilirler. Hemşire tarafından yürütülen bir etkileşim ve eğitim girişimi damgalamayı azaltabilir (Çam ve Çuhadar, 2011).

Bu nedenle araştırma sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı; sağlık alanında öğrenim üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesidir.

3.2. Araştırma Soruları

Bu amaca yönelik olarak aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır;

- Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik inançları nasıldır?
- Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri, ruhsal hastalıklara ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik inançlarında fark oluşturur mu?
- Üniversite öğrencilerinin eğitim aldıkları bölüm, ruhsal hastalıklara ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik inançlarında fark oluşturur mu?

3.3. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma KKTC’de Lefkoşa ilçesindeki Yakın Doğu Üniversitesi’nde yapılmıştır. Yakın Doğu Üniversitesi 1988 yılından beri eğitim veren bir yükseköğretim kurumudur. Yakın Doğu Üniversitesi 16 Fakülte, toplam 220 lisans ve önlisans, 2 yüksekokul, 4 meslek yüksekokulu ile eğitim vermektedir. Bu araştırma Yakın Doğu Üniversitesi’nde Sağlık alanında eğitim veren Dış Hekimliği, Eczacılık, Sağlık Bilimleri, Veteriner ve Tıp Fakültesini kapsayacak şekilde toplam 5 (beş) fakültede yapılmıştır.

Dış Hekimliği Fakültesi; Yakın Doğu Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi 2007 yılında kurulmuştur. Kıbrıs’ın ilk ve tek Dış Hekimliği Fakültesidir. Şuan aktif 615 lisans öğrencisi eğitim almaktadır.

Eczacılık Fakültesi; 5 yıllık eğitim-öğretim veren Eczacılık Fakültesi 2012 yılında ilk mezunlarını vermiştir. Şuan aktif 604 lisans öğrencisi eğitim almaktadır.

Sağlık Bilimleri Fakültesi; Fakülte bünyesinde Hemşirelik (Türkçe ve İngilizce), Acil Yardım ve Afet Yönetimi, Beslenme ve Diyetetik, Çocuk Gelişimi, Dil ve

Konuşma Terapisi, Ebelik, Ergoterapi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, İş Sağlığı ve Güvenliği, Gerontoloji, Odyoloji ve Sağlık Kurumları Yönetimi bölümleri yer almaktadır. Hali hazırda 712 Hemşirelik bölümü öğrencisi, 300 Fizyoterapi öğrencisi, 641 Beslenme ve Diyetetik öğrencisi ve 115 Sağlık yönetimi bölümü öğrencisi lisans eğitimi almaktadır.

Tıp Fakültesi; Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kıbrıs adasının ilk Tıp Fakültesi olup Barış Harekatı'nın 34. yılı olan 20 Temmuz 2008 tarihinde açılışı yapılmış ve ilk kez 7 Ekim 2008 tarihinde “Beyaz Gömlek Giyme Töreni” ile eğitim/ öğretim yılına başlamıştır. 12 dönemlik 6 yılı içeren bir eğitim dönemi vardır. Şuan aktif 986 öğrencisi bulunmaktadır.

Veteriner Fakültesi; Yakın Doğu Üniversitesi Veteriner Fakültesi 2 Kasım 2009 açılmıştır. Şuan aktif 161 öğrencisi ile lisans eğitimine devam etmektedir.

3.5. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni; Yakın Doğu Üniversitesi 2016-2017 eğitim-öğretim yılı güz döneminde sağlık alanında lisans düzeyinde örgün eğitim gören öğrencilerden oluşmaktadır. N= 4191

3.6. Araştırmanın Örneklemi

Sağlık Bilimleri alanında öğrenim gören 4191 öğrenciden iç-içe tabakalı örneklem seçimi yöntemi ile öğrencilerin %10'unun yani 419 öğrencinin örneklem seçilmesi yapılmıştır. Geri dönüş oranı %50 olarak kabul edilmiş ve toplamda örneklem olarak $[419 + (419 \times \%50)] = 628$ öğrenciye ulaşılması hedeflenmiştir (Neuman, W.L. 2014). Sağlık alanındaki fakültelerde 2016-2017 öğretim yılı güz döneminde öğrenim gören ve araştırmayı kabul eden öğrenciler bu araştırmanın dahil edilme kriterlerini oluşturmaktadır.

Çalışmayı kabul etmeyen 53 öğrenci, anket sorularını eksik dolduran 15 öğrenci araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 560 öğrenci bu araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Tablo 3.1. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin tabakalı örnekleme yöntemi ile tabakalarda örneklem genişliği

Tabakalar		Tabakalarda Bulunan Denek Sayısı	N	Tabakalardan Alınacak Örneklem Sayısı	n
Fakülte	Bölüm				
Tıp Fakültesi	Tıp Fakültesi	1.Sınıf: 560 2.Sınıf: 213 3.Sınıf: 111 4.Sınıf: 45 5.Sınıf: 17 6.Sınıf: 40	986	84 (%57'si) 32 (%22'si) 17 (%11'i) 7 (%4'ü) 2 (%2'i) 6 (%4'ü)	148 (%23,5'i)
Eczacılık Fakültesi	Eczacılık	1.Sınıf: 209 2.Sınıf: 134 3.Sınıf: 95 4.Sınıf: 93 5.Sınıf: 73	604	31 (%35'i) 20 (%22'si) 15 (%16'sı) 14 (%15'i) 11 (%12'si)	91 (%14'ü)
Diş Hekimliği Fakültesi	Diş Hekimliği	1. Sınıf: 323 2. Sınıf: 138 3. Sınıf: 99 4. Sınıf: 55 5. Sınıf: 57	672	48 (%48'si) 21 (%20'i) 15 (%15'i) 8 (%8'i) 8 (%8'i)	100 (%16'sı)
Veterinerlik Fakültesi	Veterinerlik	1. Sınıf: 33 2. Sınıf: 46 3. Sınıf: 33 4. Sınıf: 28 5. Sınıf: 21	161	5 (%20'si) 7 (%29'su) 5 (%21'i) 4 (%17'si) 3 (%13'ü)	24 (%4'ü)
Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik	1. Sınıf: 243 2. Sınıf: 160 3. Sınıf: 154 4. Sınıf: 155	712	36 (%34'ü) 24 (%22'si) 23 (%22'si) 23 (%22'si)	106 (%17'si)
	Beslenme ve Diyetetik	1. Sınıf: 254 2. Sınıf: 174 3. Sınıf: 143 4. Sınıf: 70	641	38 (%40'ı) 26 (%27'si) 21 (%22'si) 11 (%11'i)	96 (%15'i)
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1. Sınıf: 110 2. Sınıf: 90 3. Sınıf: 40 4. Sınıf: 60	300	17 (%37'si) 14 (%30'u) 6 (%13'ü) 9 (%20'si)	46 (%7'si)
	Sağlık Yönetimi	1. Sınıf: 35 2. Sınıf: 32 3. Sınıf: 28 4. Sınıf: 20	115	5 (%31'i) 5 (%28'si) 4 (%24'ü) 3 (%17'si)	17 (%3'ü)
Toplam			4191		628

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları.

Bağımsız Değişkenler: Üniversite öğrencilerinin yaş, cinsiyet, eğitim gördüğü fakülte ve bölüm, sınıf, şu an yaşadığı yer, medeni durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi.

3.8. Verilerin Toplanması

3.8.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir.

3.8.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından geliştirilen üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerini içeren ve 14 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formunda öğrencilerin cinsiyeti, yaşı, şu an yaşadıkları yer, yaşamlarının büyük bir kısmını geçirdikleri yer, sağlık güvencesi, aile tipi, ailenin gelir düzeyi, medeni durumu, eğitim aldığı fakülte/yüksekokul ve sınıfı gibi sorular yer almaktadır (Bkz. EK 2).

3.8.1.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)

1998 yılında Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bilge ve Çam tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Ölçek; 6'lı likert tipindedir; “Tamamen katılmıyorum: 0”, “Çoğunlukla katılmıyorum: 1”, “Kısmen katılmıyorum: 2”, “Kısmen katılıyorum: 3”, “Çoğunlukla katılıyorum: 4”, “Tamamen katılıyorum: 5” şeklinde puanlanmaktadır. Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayıları toplam ölçek için 0.82, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği için 0.80, tehlikeli alt ölçeği için 0.71 ve utanma alt ölçeği içinse 0.69'dur (Bilge ve Çam, 2008).

Tehlikelilik Alt ölçeği (TAÖ): Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu ile ilgili sekiz maddeden oluşur (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13) ve bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-40 arasındadır.

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği (ÇKİB): Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarını içeren 11 maddeden (8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21) oluşur. Ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenmeyi ve çaresizlik yaşamayı ifade eder. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-55 arasındadır.

Utanma Alt Ölçeği (UAÖ): Bireylerin ruhsal hastalığa yönelik utanma duygusu yaşadığını ifade eder. Alt ölçek 12. ve 15. maddeleri içermektedir ve bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-10 arasında değişir.

Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir (Bilge ve Çam, 2008) (Bkz. EK 3).

Bu çalışmanın örnekleminin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayıları toplam ölçek için 0.94, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği için 0.92, tehlikeli alt ölçeği için 0.83 ve utanma alt ölçeği içinse 0.86'dır.

3.8.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Hazırlanan Kişisel Bilgi Formu'nun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini saptamak amacı ile örneklemin %10'u olan 62 öğrenci ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda kişisel bilgi formunda soruların anlaşılır olduğu ve düzeltme gerekmediği saptanmıştır. Ön uygulama yapılan 62 öğrencinin anketleri araştırmaya dahil edilmiştir.

3.8.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler 2016-2017 eğitim öğretim yılı güz döneminde 01 Kasım-30 Ocak 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Örneklem kapsamına alınan öğrencilere araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama araçları öğrencinin uygun olduğu zaman yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirmesi

Toplanan veriler Excel 2013 programına girilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi profesyonel destek alınarak yapılmıştır. Veriler parametrik

istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Norman G. tarafından yapılan çalışmada likert tipi ölçeklerde parametrik testlerin kullanılması önerilmiştir. Bu sebeple çalışmamızda dağılımına bakılmaksızın parametrik testler kullanılmıştır (Norman, G. 2015). Veri analizi AEK Ltd. Şti. Mersin Teknopark tarafından yapılmıştır. Bağımsız iki grubu bulunan (cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, düzenli gelir getiren bir işte çalışma durumu, ailede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, tanısı konmuş bir ruhsal hastalık varlığı) değişkenlerin alt ölçekler ve toplam ölçek puan ortalamaları karşılaştırmasında Student's t testi kullanılmıştır. İki'den fazla bağımsız grubu bulunan (fakülte, yaş, şu anda kalına yer, yaşamın büyük bir bölümünün geçirildiği yer, aile tipi, gelir durumu, anne öğrenim, baba öğrenim, sınıf) değişkenlerin alt ölçekler ve toplam ölçek puan ortalamaları karşılaştırmasında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır, anlamlı bulunan değişkenler için Post Hoc test olarak Tukey'den yararlanılmıştır. Alt ölçekler ve toplam ölçek için Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında cronbach alpha katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile ifade edilmiştir. İstatistik anlamlılık seviyesi tüm analizler için 0,05 olarak alınmıştır.

3.10.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma yapılmadan önce Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (YDU/2016/36/39-313) (Bkz. EK 4) etik kurul izni, Yakın Doğu Üniversitesi rektörlüğü ve sağlık alanındaki fakültelerden (Bkz. EK 5) kurum izni alınmıştır. Öğrencilere araştırmanın amacı, süreci ve formlar hakkında açıklama yapılmış, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilerek yazılı onamları alınmıştır (Bkz. EK 1). Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 53 öğrenci çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesinde sağlık alanında eğitim gören üniversite öğrencileri ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırma 1 Kasım 2016-30 Ocak 2017 tarihleri arasında Yakın Doğu Üniversitesi sağlık alanında öğrenim gören öğrenciler ile gerçekleştirilmiş olup; toplam 560 öğrenci araştırmaya katılmıştır.

Araştırma kapsamındaki bulgular 3 başlık altında ele alınmıştır;

1. Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı
2. Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamaları
3. Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamasının Tanıtıcı Özelliklerine Göre incelenmesi

1.Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
<u>Yaş Grubu</u>		
18-20	295	52,7
21-23	185	33
24-26	67	12
27 ve üzeri	13	2,3
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	317	56,6
Erkek	243	43,4
<u>Medeni Durumu</u>		
Evli	17	3
Bekar	543	97
<u>Suan Kaldığı Yer</u>		
Yurtta	213	38
Evde arkadaşları ile	194	34,6
Aile ile	153	27,3
<u>Yaşamının Çoğunu Geçirdiği Yer</u>		
İl	306	54,6
İlçe	170	30,4
Köy	13	2,3
Kasaba	71	12,7
<u>Aile Tipi</u>		
Çekirdek	425	75,9
Geniş	107	19,1
Parçalanmış	28	5

Tablo 4.1. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri (devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
<u>Çalışma Durumu</u>		
Çalışıyor	55	9,8
Çalışmıyor	505	90,2
<u>Gelir Durumu</u>		
Gelir giderden az	119	21,3
Gelir gidere denk	360	64,3
Gelir giderden fazla	81	14,5
<u>Annenin Öğrenim Durumu</u>		
Okuryazar değil	14	2,5
Okuryazar	19	3,4
İlköğretim	79	14,1
Ortaokul	93	16,6
Lise	196	35
Üniversite	141	25,2
Lisansüstü	18	3,2
<u>Babanın Öğrenim Durumu</u>		
Okuryazar değil	6	1,1
Okuryazar	7	1,3
İlköğretim	59	10,5
Ortaokul	99	17,7
Lise	185	33
Üniversite	168	30
Lisansüstü	36	6,4
<u>Eğitim Aldığı Fakülte</u>		
Diş Hekimliği Fakültesi	67	12
Eczacılık Fakültesi	75	13,4
Sağlık Bilimleri Fakültesi	252	45
Tıp Fakültesi	141	25,2
Veteriner Fakültesi	25	4,5

Tablo 4.1. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri (devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
<u>Sınıf Durumu</u>		
1. Sınıf	229	40,9
2. Sınıf	135	24,1
3. Sınıf	99	17,7
4. Sınıf	74	13,2
5. Sınıf	21	3,8
6. Sınıf	2	0,4
<u>Ailede Ruhsal Hastalık Durumu</u>		
Var	44	7,9
Yok	516	92,1
<u>Bireyde Ruhsal Hastalık Durumu</u>		
Var	16	2,9
Yok	544	97,1
Toplam	560	100

* Frekans sayısı ve yüzde yapılmıştır.

Tablo 2’de araştırmaya katılan sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Öğrencilerin %52,7’si 18-20 yaş arasında olup, yaş ortalamaları $20,93 \pm 2,32$ ’dir. Öğrencilerin %56,6’sı kadın, %97’si bekar, %75,9’unün çekirdek aileye sahip, %90,2’sinin çalışmadığı, %64,3’ünün gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %54,6’sının yaşamının büyük bir kısmını geçirdikleri yerleşim biriminin il olduğu, %38’sinin ise yurttan kaldığı saptanmıştır. Öğrencilerin %45’inin sağlık bilimleri fakültesinde, %4,5’inin ise veteriner fakültesinde öğrenim gördüğü, %40,9’unun 1.sınıfta olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %97,1’inin psikiyatrik özgeçmişinin olmadığı, %92,1’nin ise ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı bulunmuştur.

2.Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 4.2. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları

<u>Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği</u>	n	Ort±SS	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	Alınan Alt ve Üst Değerler
Tehlikelilik	560	23,46±8,06	0-40	0-40
Çaresizlik	560	28,81±13,56	0-55	0-55
Utanma	560	2,51±2,98	0-10	0-10
Toplam Ölçek	560	54,79±22,52	0-105	0-105

Çalışmaya katılan sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinden aldıkları toplam ölçek ve alt ölçek boyutlarına ait puanlar tablo 3’de verilmiştir. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla, tehlikeli alt ölçeğinden 40 üzerinden 23,46±8,06, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden 55 üzerinden 28,81±13,56 ve utanma alt ölçeğinden 10 üzerinden 2,51±2,98, toplam ölçek puanından 105 üzerinden 54,79±22,52 puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

3. Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Puan Ortalamasının Tanıtıcı Özelliklerine Göre İncelenmesi

Tablo 4.3. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları

Değişkenler	n	Tehlikelilik Ort±SS	Çaresizlik Ort±SS	Utanma Ort±SS	Toplam Ölçek Ort±SS
<u>Yaş Durumu</u>					
18-20	295	23,45±7,95	28,62±13,26	2,51±2,95	54,58±21,94
21-23	185	23,48±8,25	29,33±14,45	2,60±3,02	55,41±23,87
24-26	67	23,21±7,55	28,72±12,35	2,16±2,91	54,09±20,89
27 ve üzeri	13	24,69±11,06	26,46±14,47	3,00±3,87	54,15±25,98
		p=0,974	p=0,868	p=0,702	p=0,971
<u>Cinsiyet</u>					
Kadın	317	23,06±8,10	28,42±13,83	2,37±2,88	53,84±22,75
Erkek	243	23,99±8,00	29,33±13,21	2,70±3,10	56,02±22,19
		p=0,174	p=0,428	p=0,194	p=0,255
<u>Medeni Durumu</u>					
Evli	17	27,29±8,37	31,35±10,69	2,24±3,17	60,88±18,97
Bekar	543	23,34±8,03	28,73±13,64	2,52±2,98	54,60±22,61
		p=0,047	p=0,434	p=0,700	p=0,257
<u>Sağlık Güvencesi</u>					
Var	470	23,22±8,18	28,37±13,55	2,42±2,95	54,01±22,58
Yok	90	24,73±7,35	31,14±13,46	2,99±3,13	58,87±21,83
		p=0,103	p=0,075	p=0,097	p=0,061

Tablo 4.3. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları (devamı)

<u>Yaşamının Coğunu Geçirdiği Yer</u>					
İl	306	23,19±8,06	28,20±13,54	2,37±2,96	53,76±22,36
İlçe	170	24,03±8,11	30,15±13,47	2,80±3,13	56,98±22,83
Köy	13	25,31±5,92	29,54±13,76	2,31±2,66	57,15±19,72
Kasaba	71	22,93±8,33	28,11±13,88	2,46±2,79	53,51±22,94
		p=0,538	p=0,475	p=0,502	p=0,455
<u>Çalışma Durumu</u>					
Çalışıyor	55	23,04±7,70	26,84±12,48	1,95±2,67	51,82±20,63
Çalışmıyor	505	23,51±8,11	29,03±13,67	2,57±3,01	55,11±22,71
		p=0,680	p=0,255	p=0,139	p=0,303

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin toplam ölçek ve alt ölçek boyutlarının puanları ile sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin toplam ölçek ve alt ölçek boyutları ile yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Ancak sağlık alanında öğrenim gören 27 yaş üzerinde olan üniversite öğrencileri ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmektedir. 21-23 yaş aralığında olan öğrencilerin ise ruhsal hastalığa sahip bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin toplam ölçek boyutları ile kadın ve erkek arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları medeni durumları açısından incelendiğinde; ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin tehlikelilik alt ölçek boyutunun evli ve bekar olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,047$) (Tablo 4). Evli olan öğrenciler ruhsal hastalığa sahip

bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmektedir. Ayrıca öğrencilerin ruhsal hastalara yönelik tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları sağlık güvencesi, hayatının çoğunu geçirdiği yer ve çalışma durumlarına göre incelendiğinde; ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir

Tablo 4.4. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin öğrenim yaşantılarına göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları

Değişkenler	n	Tehlikelilik Ort±SS	Çaresizlik Ort±SS	Utanma Ort±SS	Toplam Ölçek Ort±SS
<u>Fakülteler</u>					
Diş Hekimliği	67	22,55±9,06	27,39±13,87	2,57±3,06	52,51±23,76
Eczacılık	75	23,75±6,94	30,87±13,43	3,16±2,78	57,77±21,57
Sağlık Bilimleri	252	25,13±7,93	32,30±13,56	3,03±3,18	60,46±22,49
Tıp	141	20,33±7,74	21,45±10,56	1,06±2,12	42,84±17,95
Veterinerlik	25	25,92±6,14	32,84±11,89	3,32±3,00	62,08±19,47
		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
<u>Öğrenim Sürecinde Kaldığı Yer</u>					
Yurt	213	23,30±8,41	28,26±13,86	2,42±2,98	53,98±22,91
Evde arkadaş ile	194	23,85±7,89	29,47±13,81	2,52±3,01	55,84±22,91
Evde Aile ile	153	23,20±7,82	28,76±12,85	2,62±2,97	54,58±21,52
		p=0,712	p=0,667	p=0,821	p=0,703
<u>Gelir Durumu</u>					
Gelir giderden az	119	23,14±8,32	28,90±13,83	2,86±3,14	54,90±23,51
Gelir gidere denk	360	23,79±8,05	29,61±13,56	2,54±3,00	55,94±22,53
Gelir giderden fazla	81	22,48±7,73	25,17±12,71	1,86±2,56	49,52±20,38
		p=0,373	p=0,029	p=0,065	p=0,068
<u>Eğitim Aldığı Sınıf</u>					
1.Sınıf	229	23,45±7,80	27,78±13,16	2,38±2,89	53,62±21,50
2.Sınıf	135	23,13±8,36	29,37±13,84	2,65±3,10	55,15±23,35
3.Sınıf	99	24,69±8,70	31,59±14,84	2,99±3,22	59,26±25,00
4.Sınıf	74	23,08±7,55	28,26±13,09	2,34±2,79	53,68±21,35
5.Sınıf	21	22,29±7,41	26,00±10,49	1,57±2,66	49,86±18,42
6.Sınıf	2	13,00±2,83	23,00±5,66	0,00±0,00	36,00±2,83
		p=0,261	p=0,213	p=0,220	p=0,210

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin toplam ölçek ve alt ölçek boyutlarının puanları ile sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin öğrenim yaşantılarına ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; öğrencilerin öğrenim gördüğü fakülteler ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin toplam ölçek ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). (Tablo 5). Bu sonuçlara göre sağlık bilimleri ve veteriner fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları, ruhsal hastalardan utandıkları ve ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğu söylenebilir. Eğitim alınan fakülteye göre tehlikelilik alt ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Buna göre bu fark; Tıp fakültesi-Eczacılık fakültesi ($p=0,020$), Tıp fakültesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi ($p<0,001$), Tıp fakültesi-Veteriner Fakültesi ($p=0,009$) grupları arasındadır. Çaresizlik alt ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Buna göre bu fark; Diş Hekimliği Fakültesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi ($p=0,043$), Tıp fakültesi-Eczacılık fakültesi ($p<0,001$), Tıp fakültesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi ($p<0,001$), Tıp fakültesi-Veteriner Fakültesi ($p<0,001$), Tıp fakültesi- Diş Hekimliği Fakültesi ($p=0,016$) grupları arasındadır. Utanma alt ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Buna göre bu fark; Tıp fakültesi-Eczacılık fakültesi ($p<0,001$), Tıp fakültesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi ($p<0,001$), Tıp fakültesi-Veteriner Fakültesi ($p=0,003$), Tıp fakültesi- Diş Hekimliği Fakültesi ($p=0,004$) grupları arasındadır. Ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Buna göre bu fark; Tıp fakültesi-Eczacılık fakültesi ($p<0,001$), Tıp fakültesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi ($p<0,001$), Tıp fakültesi-Veteriner Fakültesi ($p<0,001$), Tıp fakültesi- Diş Hekimliği Fakültesi ($p=0,020$) grupları arasındadır.

Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları gelir durumlarına göre incelendiğinde; ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin çaresizlik alt ölçek boyutunun gelir gidere denk ve gelir giderden fazla olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,029$). (Tablo 5). Buna göre bu fark; gelir gidere denk-gelir giderden fazla ($p=0,021$) grupları arasındadır. Bu bulguya göre gelir

gider durumu denk olan öğrencilerin ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları belirlenmiştir.

Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları öğrenim sürecinde kaldığı yer, ve eğitim aldığı sınıfa göre incelendiğinde ise; ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin aile özelliklerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları

Değişkenler	n	Tehlikelilik Ort±Ss	Çaresizlik Ort±Ss	Utanma Ort±Ss	Toplam Ölçek Ort±Ss
<u>Aile Tipi</u>					
Çekirdek	425	22,86±7,91	27,87±13,01	2,41±2,88	53,14±21,60
Geniş	107	26,32±8,44	33,20±15,22	3,16±3,39	62,67±25,12
Parçalanmış	28	21,75±6,63	26,46±11,98	1,50±2,55	49,71±19,29
		p<0,001	p=0,001	p=0,013	p<0,001
<u>Anne Öğrenim Durumu</u>					
Okuryazar değil	14	25,07±6,53	23,43±13,74	1,93±2,76	50,43±20,04
Okuryazar	19	22,79±7,81	29,21±14,23	1,84±2,89	53,84±23,30
İlköğretim	79	25,35±7,15	31,48±13,62	2,68±3,23	59,52±21,73
Ortaokul	93	24,04±8,71	31,52±14,38	3,27±3,29	58,83±24,58
Lise	196	23,24±8,35	28,87±13,75	2,55±2,85	54,66±22,96
Üniversite	141	22,49±7,87	26,28±12,50	2,07±2,76	50,84±20,85
Lisansüstü	18	21,67±7,38	26,17±10,26	2,00±3,12	49,83±18,99
		p=0,196	p=0,023	p=0,076	p=0,055
<u>Baba Öğrenim Durumu</u>					
Okuryazar değil	6	25,50±6,57	30,33±15,25	2,67±3,88	58,50±20,55
Okuryazar	7	31,43±4,04	39,00±17,12	4,71±4,23	75,14±23,97
İlköğretim	59	22,32±8,26	26,14±12,90	2,39±2,82	50,85±21,98
Ortaokul	99	25,37±8,69	32,89±15,19	3,01±3,30	61,27±25,34
Lise	185	23,01±7,48	29,30±13,05	2,43±2,82	54,74±21,15
Üniversite	168	22,95±8,05	27,04±12,61	2,23±2,88	52,22±21,47
Lisansüstü	36	22,92±8,57	25,53±13,04	2,61±3,10	51,06±22,64
		p=0,017	p=0,002	p=0,213	p=0,004
<u>Ailede Ruhsal Hastalık Durumu</u>					
Hastalık Var	44	20,02±8,10	27,34±13,09	2,09±3,09	49,45±22,37

Tablo 4.5. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin aile özelliklerine göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları (devamı)

Hastalık Yok	516	23,76±8,00	28,94±13,61	2,55±2,98	55,24±22,49
		p=0,003	p=0,453	p=0,331	p=0,102
<u>Öğrencinin Ruhsal Hastalık Durumu</u>					
Hastalık Var	16	16,00±6,64	19,44±10,42	1,63±2,83	37,06±17,48
Hastalık Yok	544	23,68±8,00	29,09±13,55	2,54±2,99	55,31±22,45
		p<0,001	p=0,005	p=0,229	p=0,001

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin toplam ölçek ve alt ölçek boyutlarının puanları ile sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin aile özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; öğrencilerin aile tipi ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin toplam ölçek ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir sırasıyla; ($p<0,001$), ($p=0,001$), ($p=0,013$), ($p<0,001$). (Tablo 6). Bu sonuçlara göre geniş ailesi olan öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıkları, ruhsal hastalardan utandıkları ve genel olarak ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğu saptanmıştır. Aile tipine göre tehlikelilik alt ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Buna göre bu fark; geniş-çekirdek ($p<0,001$), geniş- parçalanmış ($p=0,019$) grupları arasındadır. Çaresizlik alt ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,001$). Buna göre bu fark; geniş-çekirdek ($p=0,001$), geniş-parçalanmış ($p=0,048$) grupları arasındadır. Utanma alt ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,013$). Buna göre bu fark; geniş- parçalanmış ($p=0,023$) grupları arasındadır. Ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Buna göre bu fark; geniş- çekirdek ($p<0,001$), geniş- parçalanmış ($p=0,017$) grupları arasındadır.

Öğrencilerin anne eğitim durumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin çaresizlik alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,023$) (Tablo 6). Buna göre bu fark; okuryazar-ilköğretim ($p=0,040$), okuryazar- ortaokul($p=0,036$), ilköğretim- üniversite ($p=0,006$), ortaokul-

üniversite ($p=0,004$) grupları arasındadır. Bu sonuçlara göre annesi ilköğretim mezunu olan öğrenciler ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıklarını belirtmektedirler.

Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları baba eğitim durumlarına göre incelendiğinde; baba eğitim durumu ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği'nin tehlikelilik ve çaresizlik alt ölçek boyutları ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir sırasıyla ($p=0,017$) ($p=0,002$) ($p=0,004$) (Tablo 6). Babanın öğrenim durumuna göre tehlikelilik alt ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,017$). Buna göre bu fark okuryazar-ilköğretim ($p=0,005$), okuryazar- lise ($p=0,006$), okuryazar- üniversite ($p=0,006$), okuryazar- lisansüstü ($p=0,010$), ilköğretim-ortaokul ($p=0,021$), ortaokul- lise ($p=0,018$), ortaokul- üniversite ($p=0,017$) grupları arasındadır. Babanın öğrenim durumuna göre çaresizlik alt ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,002$). Buna göre bu fark okuryazar-ilköğretim ($p=0,017$), okuryazar-üniversite ($p=0,021$), okuryazar- lisansüstü ($p=0,015$), ilköğretim-ortaokul ($p=0,002$), ortaokul- lise ($p=0,032$), ortaokul- üniversite ($p=0,001$), ortaokul- lisansüstü ($p=0,005$) grupları arasındadır. Babanın öğrenim durumuna göre ölçek toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,004$). Buna göre bu fark okuryazar-ilköğretim ($p=0,007$), okuryazar- lise ($p=0,018$), okuryazar- üniversite ($p=0,008$), okuryazar- lisansüstü ($p=0,009$), ilköğretim-ortaokul ($p=0,005$), ortaokul- lise ($p=0,019$), ortaokul- üniversite ($p=0,001$), ortaokul- lisansüstü ($p=0,019$) grupları arasındadır. Bu bulguya göre babası okuryazar olan öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıklarını ve genel olarak ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğunu belirtmektedir.

Öğrencilerin ailesinde ruhsal hastalık olma durumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin tehlikelilik alt ölçek boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,003$) (Tablo 6). Bu sonuca göre ailesinde ruhsal hastalık olmayan öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmektedir.

Öğrencilerin kendisinde ruhsal hastalık olma durumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin tehlikelilik, çaresizlik alt ölçek boyutları ve toplam ölçek

puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir, sırasıyla ($p<0,001$) ($p=0,005$) ($p=0,001$) (Tablo 6). Bu sonuçlara göre kendisinde ruhsal hastalık olmayan öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıklarını ve genel olarak ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğunu belirtmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları araştırılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda 4 başlık halinde tartışılmıştır.

1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarla İlgili Bulguların Tartışılması
2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Sosyo-demografik Özellikler ile İlgili Bulguların Tartışılması
3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Öğrenim Yaşantılarıyla İlgili Bulguların Tartışılması
4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Aile Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

1.Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarla İlgili Bulguların Tartışılması

Toplumun ruhsal hastalığa yönelik sahip olduğu olumsuz inançlar, hastaların hastalıkla baş etmelerini, hak ettikleri tedavi ve bakım almalarını olumsuz olarak etkilemektedir (Çam ve Bilge, 2011). Bu çalışmada sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğu, ruhsal hastalığa sahip bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalara yönelik olumsuz inançlarının olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının orta düzeyde olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Kayahan, 2009; Orak ve diğerleri, 2017; Özbaş ve diğerleri, 2008). Bu sonuçlar çalışmamızın bulgusunu destekler niteliktedir. Öğrencilerin yaşadığı toplumun ruhsal hastalığa ilişkin tutumlarının etkisi altında kalarak olumsuz tutum sergilediği düşünülmektedir. Ayrıca öğrencilerin hastaların tehlikeli olduğunu belirtmeleri durumu tamamen toplumun etkisiyle öğrencilerin ön yargıya sahip olabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencileri ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin alt ölçek puanlarından tehlikelilik ve kişilerarası ilişkilerde engellenme ve çaresizlik alt ölçekleri ortalamanın üzerinde bulunmuştur (Tablo 3). Sosyal hizmetler bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ile ilgili

yapılan bir çalışmada öğrenciler ruhsal hastaların tehlikeli olduğunu belirtmektedir (Kara, 2015). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelendiği bir diğer çalışmada da ruhsal hastaların tehlikeli olduğu ve öğrencilerin korku yaşadığı belirtilmektedir (Bozkurt ve Top, 2009). Orak ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir başka çalışmada ise şizofreni tanısına sahip hastaların aile üyeleri ruhsal hastaların tehlikeli ve hastaların çaresiz, kişiler arası ilişkilerinin bozuk olduğunu bildirmektedirler. Bu sonuçlar çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir. Öğrencilerin ruhsal hastaları tehlikeli bulmasının, ruhsal hastalarla iletişim kurmada zorlanmasının ve çaresizlik yaşamasının hastalar üzerinde olumsuz etki oluşturabileceği, hastaların etkin bakımı almada sorun yaşayabilecekleri ve stigmaya maruz kalmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

2.Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları ve Sosyo-demografik Özellikleriyle İlgili Bulguların Tartışılması

Sağlık alanında öğrenim gören 27 yaş üzerinde olan üniversite öğrencileri ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmektedir. 21-23 yaş aralığında olan öğrencilerin ise ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalara yönelik tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiş olup, yaş grupları ile toplam ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. (Tablo 4).

Bağ ve Ekinci'nin (2005) çalışmasında yaş grupları ile sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarında yaş gruplarına göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Aynı şekilde Güngörmüş ve arkadaşlarının (2014) İlahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi için yaptığı çalışmada da öğrencilerin yaş grupları ile ölçek toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Diğer çalışma sonuçları bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada sağlık alanında öğrenim gören erkek öğrencilerin ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalara yönelik tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının daha

olumlu olduğu ve ruhsal hastalığa sahip bireylerle olan kişilerarası iletişimde daha az problem yaşadıkları bildirilmektedir (Akdede ve diğeri, 2004). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir diğeri çalışmada ise psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylere karşı kız öğrencilerinin daha olumlu tutum sergiledikleri ve önyargısız oldukları bulunmuştur (Savrun ve diğeri, 2007). Angermeyer ve Matschinger (2003) ise çalışmalarında bizim çalışma bulgumuzu destekler şekilde erkeklerin kadınlara oranla ruhsal hastalıklı bireyleri daha saldırgan ve daha tehlikeli olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Oban ve Küçük'ün (2011) lise öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ve cinsiyet değişkeni arasında fark olmadığı bulunmuştur. Chandra ve Minkovitz'in (2006) ergen bireylerin cinsiyet değişkeni ile ruh sağlığı merkezlerini kullanma oranları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada erkeklerin ruhsal hastalıklar hakkında daha az bilgiye sahip oldukları ve erkeklerin damgalayıcı tutumlarının olduğu bulunmuştur. Literatür bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir. Kadınların duygusal olması, annelik ve bakım verici rolünün ön planda olması nedeniyle kırılgan bir grup olan ruhsal hastalığa sahip bireylerle çalışmasında tutumlarının erkeklere oranla daha olumlu olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada evli olan öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmekte olup bu öğrencilerin ruhsal hastalara yönelik tutumlarının da olumsuz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Yapılan çalışmalarda, evli olmayan öğrencilerin ruhsal hastalığa ilişkin daha olumlu ve pozitif tutuma sahip oldukları ve evli olan öğrencilerin ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğuna daha fazla inandıkları belirtilmektedir (Riana et al. 2008; Ünal ve diğeri, 2010). Evli olan bireylerin bir aileye sahip olmaları, aile üyelerine karşı sorumluluk hissederek, onlara koruyuculuk içgüdüleriyle yaklaşımları nedeniyle kendini ve ailesini korumak amacıyla ruhsal hastalığa sahip bireyleri olumsuz olarak değerlendirebileceği ve bu bağlamda bu hastaları tehlikeli olarak değerlendirmiş olabileceği düşünülmektedir.

3.Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları ve Öğrenim Yaşantılarıyla İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada sağlık bilimleri ve veteriner fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu, ruhsal

hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğu saptanmıştır.

Literatürde sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin ve sağlık personelinin ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutumlarının genel halkın sahip olduğu inanç ve tutumdan farklı olmadığı belirtilmektedir (Bostancı, 2005; Arkan ve diğerleri, 2011). Birdoğan ve Berksun (2002), tıp fakültesi 1.sınıf öğrencilerinin psikiyatri eğitimi almış olan 6.sınıf öğrencilerine göre psikiyatri hastalarını daha tehlikeli algıladıkları ve toplumun içinde diğer bireylerden farklı gördüklerini belirtmektedirler. Bilge ve arkadaşlarının (2013), ebelik öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise ruh sağlığı ve hastalıkları dersi almamış 3.sınıf öğrencilerinin, dersi almış 4.sınıf öğrencilere göre ruhsal hastalığı olan bireyleri daha tehlikeli gördüklerini ve ruhsal hastalığı utanılacak bir durum olarak değerlendirdiklerini göstermişlerdir. Yadav ve arkadaşları (2012) psikiyatri eğitimi almış asistan doktorların, alt sınıftaki tıp öğrencilerine göre ruhsal hastalıklara karşı daha olumlu tutuma sahip olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızın bulgularıyla bu çalışmaların bulguları paralellik göstermektedir.

Çalışma bulgumuzla paralellik göstermeyen çalışmalarda mevcuttur. Oban ve Küçük'ün (2011) ergen bireylerle, Ünal ve arkadaşlarının (2010) üniversite öğrencileriyle, Demirören ve arkadaşlarının (2015) tıp fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmalarda sağlık alanında eğitim alan ve almayan benzer yaş grubu bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır.

Ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inanç ve damgalama, hasta ve hasta yakınlarının tedaviden kaçmasına neden olabilmektedir (Çam ve Bilge, 2013). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olarak görülmesi de, hastalardan korkmaya ve iletişimde bozulmaya neden olabileceği için üzerinde tartışılması gereken önemli konulardandır.

Bu çalışmada gelir gider durumu denk olan öğrencilerin ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Literatürde genel olarak gelir durumu az ve orta gelirli olan bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz ve reddedici tutumlarının olduğu bildirilmektedir (Sağduyu ve diğerleri, 2001; Dessoki and Hifnawy, 2009; Ünal ve diğerleri, 2010). Gelir durumunun damgalama üzerindeki etkileri incelendiğinde, sosyo-ekonomik

durumu iyi olan kişilerin ruhsal hastalığa yönelik daha olumlu baktıkları görülmüştür (Ersoy ve Varan, 2007). Orta ve az gelire sahip öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşamalarının nedeni yaşanan maddi sıkıntılar, ekonomik durum kaygısı, ruhsal hastalığa sahip bireyin maddi açıdan talebinin olabileceği şeklinde düşünülmektedir.

Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları öğrenim sürecinde kaldığı yer, ve eğitim aldığı sınıfa göre incelendiğinde; ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinin alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Literatürdeki bazı çalışmalarda öğrencilerin eğitim aldığı sınıfa göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı belirtilmektedir (Güngörmüş ve diğerleri, 2014; Günay ve diğerleri, 2016). Çalışmamızın sonuçları bu çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Öğrencilerin eğitim aldıkça ve sınıf sayısı arttıkça ruhsal hastalara yönelik tutumlarının pozitif yönde gelişebileceği düşünülmektedir. Çünkü eğitimin stigmatı önleyebileceği bir gerçektir.

4.Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları ve Aile Özellikleriyle İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada geniş ailesi olan öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğu, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıkları, ruhsal hastalardan utandıklarını ve genel olarak ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Bir çalışmada geniş aile tipine sahip öğrencilerin ruhsal belirti puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ancak aralarındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Yıldırım ve diğerleri, 2008). Gözüağca'nın (2004) çalışmasında ise aile tipleri ile ruhsal belirti puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuş olup bu çalışmanın sonucuyla paralellik göstermemektedir.

Bizim çalışmamızda annesi ilköğretim mezunu olan öğrenciler ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıklarını belirtmektedirler. Babası okuryazar olan öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu,

ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıklarını ve genel olarak ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğunu belirtmektedir (Tablo 6). Bu bağlamda öğrencilerin ailelerinin eğitim durumlarının aile içi eğitim düzeyini ve kalitesini etkilediği düşünülmektedir. Eğitim düzeyinin düşük olması stigmaya neden olabileceğinden aile içi eğitimin gerekliliği önemli bir konudur.

Bu çalışmada ailesinde ruhsal hastalık olmayan öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmektedir (Tablo 6).

Kendisinde ruhsal hastalık olmayan öğrenciler ise ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıklarını ve genel olarak ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğunu belirtmektedir (Tablo 6).

Çalışma bulgularını destekler nitelikte literatürde bir çok çalışmada, kendisinde, ailesinde ve çevresinde ruhsal bir hastalık bulunma durumunun damgalayıcı olumsuz tutumu azalttığı, hastaların tehlikeli ve hastalığın utanılacak bir durum olduğu inancını da azalttığı gösterilmiştir (Lauber et al. 2004; Corrigan ve diğerleri, 2001; Granados-Gómez ve diğerleri, 2016; Ünal ve diğerleri, 2010). Yine başka bir çalışmada, kendisinde ve ailesinde psikiyatrik hastalık olduğunu belirten öğrencilerin psikiyatrik hastalığa yönelik inançlarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Dessoki and Hifnawy, 2009). Diğer bir çalışmada da, ruhsal hastalığa aşına olmanın hastaların tehlikeli olduğu inancını ve bunun paralelinde korku ve uzaklaşma isteğini azalttığı ileri sürülmektedir (Angermeyer et al., 2004). Benzer şekilde, çalışmamızda da kendisinde ve ailesinde ruhsal hastalık olan öğrencilerin, hastaların tehlikeli ve hastalığın utanılacak bir durum olduğu inancı daha düşüktür. Kendisinde ve ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan öğrencilerin, olmayan öğrencilere göre daha olumlu tutum göstermeleri, hastaları tehlikeli olarak algılamamaları, kişilerarası ilişkilerde engellenme ve çaresizlik yaşamamaları öğrencilerin bu konuda empati yaptığı şeklinde yorumlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Öğrencilerin yarısından fazlası 18-20 yaş arasında olup, yaş ortalamaları $20,93 \pm 2,32$ 'dir.

Öğrencilerin yarısından fazlasının kadın, dörtte üçünün çekirdek aileye sahip olduğu, tamamına yakınının bekar ve çalışmadığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin yarısına yakınının sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gördüğü, tamamına yakınında kendisinde ve ailesinde psikiyatrik hastalık özgeçmişinin olmadığı saptanmıştır.

Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli olarak gördüğü, ruhsal hastalığa sahip bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalara yönelik olumsuz inançlarının olduğu belirlenmiştir.

Sağlık alanında öğrenim gören 27 yaş üzerinde olan üniversite öğrencileri ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli olarak gördüğü belirlenmiştir. 21-23 yaş aralığında olan öğrencilerin ise ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalara yönelik tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Sağlık alanında öğrenim gören erkek öğrencilerin ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalara yönelik tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır.

Evli olan öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmektedir ve ayrıca evli öğrencilerin ruhsal hastalara yönelik tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Sağlık bilimleri ve veteriner fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşündükleri, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları ve ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Gelir gider durumu denk olan öğrencilerin ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları belirlenmiştir.

Geniş ailesi olan öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıklarını, ruhsal hastalardan utandıkları ve genel olarak ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğu saptanmıştır.

Annesi ilköğretim mezunu olan öğrenciler ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Babası okuryazar olan öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşündükleri, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıkları ve genel olarak ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Ailesinde ruhsal hastalık olmayan öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli olarak gördükleri saptanmıştır.

Kendisinde ruhsal hastalık olmayan öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli olarak gördüğü, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadığı ve genel olarak ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğunu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde diğer üniversitelerde de sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerle çalışma yapılarak sonuçların karşılaştırılması,

Üniversite öğrencilerine psikiyatri hastalığına ilişkin eğitimler verilmesi,

Öğrencilerin ders müfredatına stigmaya yönelik mücadele hakkında seçmeli ders eklenmesi,

Sosyal sorumluluk projeleri kapsamında basın ve medya yoluyla ruhsal hastalıklar ve ruhsal hastalıklara yönelik stigma hakkında eğitim programlarının düzenlenmesi,

Öğrencilerin duyarlılığının artırılmasıyla ilgili eğitim programlarının planlanması,

Sağlık alanında çalışacak olan profesyonellerin öğretici rolü açısından damgalamayla mücadelede araştırma programlarının oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdede, B.K., Alptekin, K., Topkaya Ş.Ö., Belkız, B., Nazlı, E., Özsin, E. Ve diğerleri. (2004). Gençlerde Şizofreniyi Damgalama Düzeyi. Yeni Symposium, 42(3), 113-117.
- American Nurses Association (ANA). (2017). <http://www.nursingworld.org>. Erişim Tarihi: 27.02.2017
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (2003). Public Beliefs About Schizophrenia and Depression: Similarities and Differences. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 38, 526-534.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Patrick, W. (2004). Familiarity With Mental Illness and Social Distance From People With Schizophrenia and Major Depression. Testing A Model Using Data From A Representative Population Survey. Schizophr Res, 69, 175-182.
- Ankay, A. (1998). Ruh Sağlığı ve Davranış Bozuklukları. Ankara: Turhan Kitabevi Yayınları.
- Argun, C.E., Dursun K. (2010). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Kitabı*, (s.9-30). İstanbul: Nadir Kitabevi
- Arısoy, Ö., Eşsizoglu, A. (2004). Genel ve Ruhsal Sağlığı Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreniye Bakış Açılarının Karşılaştırılması, *Düşünen Adam Dergisi*, 17(3): 146-153.
- Arkan, B., Bademli, K., Duran, Ç.Z. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2), 214-231.
- Arslandaş, H., Gültekin, K.B., Söylemez, A., Dereboy, F. (2010). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine İlk Kez Başvuran Hastaların Damgalamayla İlgili İnanç, Tutum ve Davranışları, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11:11-7.
- Article R (2010). The Fight Against Stigma Toward Mental Illness, *TAF Prev Med Bull*, 9(1): 71-78.
- Avcil, C., Bulut, H., Sayar, G. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama, *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2-2
- Aydemir, Ö. (2014). Kültürel Formülasyon. E. Köroğlu (Ed.). DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (s.659-682). Ankara: Amerikan Psikiyatri Birliği, Hekimler Yayınlar Birliği.

- Bayat, M. (2005). Öğretim Süreci ve Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi Journal of 66 Health Sciences*, 14:66-72.
- Başalan İz F. Bayık Temel A (2009) Hemşirelikte Kültürel Yeterlik. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi. 11(5):51-58
- Belek, İ. ve Diğerleri. (1998). Türkiye İçin Sağlık Tezi. İstanbul: Sorun Yayınları. s:25
- Bilge, A. (2006). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- Bilge, A., Akmeşe, Z.B., Koçak, Y.Ç. ve diğerleri. (2013). A Group of Midwifery Students Beliefs Toward Mental Illnesses in Turkey. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 9-14.
- Bilge, A., Çam, O. (2002). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Rehabilitasyon ve Hemşirelik. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 12(4): 33-37.
- Bilici R, Sercan M, Tufan E (2013). Psikiyatri Kliniklerinde Yalıtım ve Bağlama Uygulamaları, *Düşünen Adam Dergisi*, 26:80-88.
- Birdoğan, S.Y., Berksun, E.O. (2002). Tıp Fakültesi 1.Sınıf ve 6.Sınıf Öğrencilerinde Psikiyatrik Hastaya Yönelik Tutumlar. *Kriz Dergisi*, 10, 1-7.
- Bostancı, N., Aştı, N. (2004). Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, *Düşünen Adam Dergisi*, 17(2), S: 87-93.
- Bostancı, N. (2005). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar, *Düşünen Adam Dergisi*, 18(1):32-38.
- Bozkurt, S., Top, E.D. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Karşı İnançlarının Belirlenmesi. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, s.122.
- Calldwel, T.M., Jorm A.F. (2001). Mental Health Nurses 'Beliefs About Likely Outcomes for People with Schizophrenia or Depression: A Comparison with The Public Other Healthcare Profesionals. *Mental Health Nurses*, 10(1): 42-54.
- Chandra, A., Minkovitz, C.S. (2006). Stigma Stars Early: Gender Differences in Teen Willingness to Use Mental Health Services. *J Adolesc Health*, 38, 754-758.
- Cimilli, C. (2012) Psikiyatriye Kültürel Formulasyon. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, 2(2):164-174.
- Chung, K. (2005). Changing the attitudes of Hong Kong medical students toward people with mental illness. *Journal Nerv Mental Dis*, 193:766-8.

- Corrigan, P.W., Edwards, A.B., Green, A., Diwan, S.L. et al. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Shizophrenia Bulletin*, 27, 119-125.
- Çam, O., Bilge, A. (2007). Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215-223.
- Çam, O., Bilge, A. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:91-96.
- Çam, O., Bilge, A. (2011). Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi, *Yeni Symposium Dergisi*, 49(3), 131-140.
- Çam, O., Çuhadar D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çam, O., Bilge, A. (2013). Türkiye'de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Çam, O. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. O. Çam, E. Engin (Ed.). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* (s. 5-7) İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çam O., Bilge A. (2014a). Kültürlerarası Psikiyatri, O. Çam, E. Engin (Ed.). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* (s.903-907) İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çam, O., Bilge A., (2014b). Ruhsal Hastalık ve Damgalama, O. Çam, E. Engin (Ed.). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* (s.914-915) İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çıtak, G.T., Akansel. N., Özdemir. A. (2010). Hemşirelik Ve Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Meslek Seçimlerini Etkileyen Faktörler, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,3;1,26-32.
- Demirören, M., Şenol, Y., Koşan A.M., Saka, M.C. (2015). Educational Needs Assessment of Stigmatization Towards Mental Illness in Medical Education: Qualitative and Quantitative Approach. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 22-29.
- Dessoki, H.H., Hifnawy, T. (2009). Beliefs About Mental Illness Among University Students in Egypt. *Europe's Journal of Psychology*, 1, 1-19.

- Duman, Z. (2016). Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık. C. Özcan, N. Gürhan (Ed.). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları* (s. 2-4). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi
- Dülgerler, Ş. (2008). Şizofrenik Bozukluklara Yönelik Tutumlarda Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü. 15.Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, (s.28) Kocaeli.
- Erbaydar, N., Çilingiroğlu, N. (2010). Tıp Eğitimi Geleceğin Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte Midir?, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2);114-125.
- Eroğlu, T., Kılıç, H.Ç. (2005). Türk İnançları ve İnanışları, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 49(1):749-770.
- Ersoy, M.A., Varan, A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği Türkçe Formunun Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 18, 163-171.
- Gözüağca, D. (2004). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Sorunlara Sahip Olma Durumları ve Problem Alanlarının Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Granados-Gámez, G., Del Mar Lopez Rodriguez, M., Corral Granados, A. et al. (2016). Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspect Psychiatr Care*.
- Güleç, C. (2003). *Psikiyatri ve Psikoterapilerinin ABC'si*. (s. 14-19). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Günay, S., Bekitkol, T., Ekitli, G., Yıldırım, S. (2016). Bir Hemşirelik Fakóltesindeki Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(3), 129-34.
- Güney, M. (2004). Ruhsal Bozukluklarda Stigmatizasyonu Önlemek İçin Neler Yapılabilir?, *Kriz Dergisi*, 12(1): 67-71.
- Güngörmüş, K., Ekinci, M., Daş, M. (2014). İlahiyat Fakóltesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(2), 45-51
- Hamilton, B., Manias E. (2007). Rethinking Nurses observations: Psychiatry nursing skills and invisibility in an acute inpatient setting. *Soc SciMed*, 65:331-343.

- Jorm, A.F., Wright, A. (2008). Influences on Young People's Stigmatising Attitudes Towards Peers with Mental Disorders; National Survey of Young Australians and Their Parents. *Br J Psychiatry*, 192, 114-149.
- Kara, N. (2015). Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Verilen Teorik Eğitimin Etkileri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 69-77.
- Kayahan, M. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 6(1), 27-34.
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., et al. (2007). The Stigma Scale: Development of a Standardised Measure of The Stigma of Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*, 190:248-254.
- Kocaman, N. (2007). Acil Psikiyatri Hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 3(42):61-74
- Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71: 52- 58
- Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Ankara: Amerikan Psikiyatri Birliği, Hekimler Yayınlar Birliği.
- Kum, N. (1996). Kültür ve Psikiyatri, *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, İstanbul: Birlik Ofset Ltd Şti. 1.Baskı (1996) S:20-22.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. et al. (2004). Factors Influencing Social Distance Toward People with Mental Illness. *Community Ment Health Journal*, 40, 265-274.
- Lauber, C., Rössler, W. (2007). Stigma Towards People with mental Illness in Developing Countries in Asia. *Int Rev Psychiatry*, 19, 157-178.
- Lincoln, M., Arens, E., Berger, C., Rief W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophr Bull*, 34:984-94.
- McSherry, W., Ross, L. (2002). Dilemmas of Spiritual Assessment. Considerations for Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 38(5):479- 488.
- Neuman, W. L. (2014) . *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Pearson Education Limited, United States of America.
- Norman, G. (2015). Likert Scales, Levels Of Measurement And The “Laws” Of Statistics. *Adv in Health Sci Educ*. Doi: 10.1007/s10459-010-9222-y.

- Gürhan, N. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğine Uygun Olan Kültürel ve Sıpiritüel Kavramlar. C. Özcan, N. Gürhan (Ed.). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları* (s.77-78). Ankara: Akademisyen Kitabevi
- Oban, G., Küçük, L. (2011). Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-39.
- Oflaz, F. (2006) Psikiyatri Kliniğinde Tedavi Edici Ortam Kavramı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7: 55- 61.
- Oğuz, S.E. (2011). Toplum Bilimlerinde Kültür Kavramı., *Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 28(2): 123-139.
- Orak, O., Uğur, H., Demir, E., Aktaş, Y., Durmaz, H. (2017). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Aile Üyelerinin Çare Arama Davranışlarına Ruhsal Hastalık İnancının Etkisinin Belirlenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 9, 96-114.
- Öz, F., Buldukoğlu, K., Çam, O., Ançel, G., Oflaz, F., Eren, N., Demirkıran, F., Bilge, A., Engin, E., Coşkun, S. (2007). Psikiyatri Hemşireliği Görev yetki ve Sorumlulukları Çalışma Grubu Raporu, 1. Psikiyatri Hemşireliği Günleri, Ankara.
- Özbaş, D., Buzlu, S. (2011). Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3):187-193.
- Özbaş, D., Küçük, L., Buzlu, S., (2008). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam Dergisi*, 21(1), 14-23.
- Özden, S. (2015). Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Rolü, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(1): 191-203.
- Özmen, E., Taşkın, O., Özmen, D., Demet, M. (2004). Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalığı mı? Akıl Hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1):47- 55.
- Öztürk, E., Öztaş, D. (2012) Transkültürel Hemşirelik. *Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(1): 293-300.
- Öztürk, M.O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (5.Baskı) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, A., (2015a). Ruh Sağlığı ve Bozukluğunun Tanımlanması, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, (13.Basım) (s.105-107). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Öztürk, M.O., Uluşahin A., (2015b). Psikiyatrinin Tarihçesi, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, (13.Basım) (s.1-7). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pektaş, İ., Bilge, A., Ersoy, M.A. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 43-48.
- Riana, A.R., Osman, C.B., Ainsah, O. (2008). Psychiatric Morbidity and Attitudes Towards Mental Illness Among Patients Attending Primary Care Clinic of Hospital University Kebangsaan Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 17, 30-43.
- Roness, A., Mykletun, A., Dahl, A., (2005). Help Seeking Behaviour in Patients with Anxiety Disorder and Depression. *Acta Psychiatry Scand*; 111: 51-58
- Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K. ve diğerleri. (2001). Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Epidemiyolojik Araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 99-110.
- Saillard, E.K. (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Önerileri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 14-24.
- Savrun, B.M., Arikan, K., Uysal, O., Çetin, G., Poyraz, B.C., Aksoy, C., Bayar, M.R. (2007). Gender Effect On Attitudes Towards The Mentally Ill: A Survey of Turkish University Students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 44, 57-61.
- Taşkın, E.O., Şen, F., Aydemir, Ö., Demet, M., Özmen, E., İçelli, İ. (2002). Türkiye’de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (3):205-214
- Taşkın, E. O. (2004). Damgalama, Ayrımcılık ve Ruhsal Hastalık. 3P Psikoloji, Psikiyatri, *Psikofarmakoloji Dergisi*, 12, 5-12.
- Taşkın, E. O. (2007). Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık (s. 17-30) İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık; s. 17-30.
- Tavşancıl, E. (2014). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, (2.Baskı) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Towsend, M.C. (2012). Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice (7th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Townsend, M.C. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları* (C. Özcan ve N. Gürhan, Çev.). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Üçok, A. (2003). Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?, Klinik Psikiyatri, 6(Ek 1):3-8.

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

Varcarolis Elizabeth M., Carson Verna Benner, Nancy Christine Shoemaker, (2002), *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*.

Varcarolis E. M., Halter M. J., (2009) *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to EvidenceBased Care*. Saunders Elseiver, China.

World Health Organization (WHO). (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. The World Health Report, Geneva.

World Health Organization (WHO). (2005). *Promoting Mental Health.*, Department of Mental Health and Substance Abuse.

Yadav, T., Arya, K., Kataria, D. et al. (2012). Impact of Psychiatric Education and Training on Attitude of Medical Students Towards Mentally Ill: A Comparative Analysis. *Ind Psychiatry J*, 21, 22-31.

Yanık, M. (2003) Hafırgan: Kültüre Bağlı Bir Sendrom mu, Yoksa Anksiyetenin Kültüre Özgü Bedensel ifadesi mi? *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13(4):191-196.

Yerlibaş, D. (2008) Major Depresyon Tanısı Konulan Kişilerin Depresyonlarını İfade Biçimleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.

Yıldırım, S. (2008). Bipolar Bozukluğa Yönelik Damgalama ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. 15. Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Kocaeli.

Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11, 2.

Yüksel, G.E., Taşkın E.O. (2005). Türkiye’de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 113-21.

EK 1.

**ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ
(BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU**

Sayın katılımcı; bu anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar siz sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını incelemek ve bu konuya yönelik eğitim programlarının planlanması amacıyla kullanılacaktır.

Bu araştırma, Yakın Doğu Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışması için yapılmaktadır.

Bu ankette sizlere sosyo-demografik özellikleriniz ve ruhsal hastalıklara ve hastalara inançlarınız ile ilgili sorular sorulmaktadır. Soruları sadece kendi duygu ve düşüncelerinizi yansıtacak şekilde içtenlikle cevaplandırmanız çok önemlidir. Bu nedenle, lütfen sorulara neyin doğru neyin yanlış olduğuna göre değil, gerçekte sizin ne yaşadığınız ve hissettiğinize göre cevap veriniz. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Anketteki tüm soruları, ilgili açıklamaları dikkatlice okuyarak ve boş soru bırakmadan cevaplayınız. Ankete verilen cevaplar toplu olarak değerlendirilecektir. Araştırmaya katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

Araştırmacı:

Hemşire Hazel ŞAHİN TARIM

Yakın Doğu Üni./Sağlık Bilimleri Ens.

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğr.

e-posta: hazelsahintarim@gmail.com

Tel: 0533 848 70 16

Ankete katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı/ Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK 2.

ANKET NO:

TARİH:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu araştırma “**Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları**”nı belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma kapsamında sizden kimliğinizi açığa çıkaracak bilgiler istenmemekte, sadece sorulara titizlikle cevap vermeniz beklenmektedir. Vereceğiniz cevaplar araştırma sonuçları açısından çok değerli olduğu için cevaplarınızın gerçek duygu ve düşüncelerinizi yansıttığı olması ve soruları eksiksiz şekilde cevaplamaya çalışmanız, çok önemlidir.

Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Hazel ŞAHİN TARIM
Yakın Doğu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Bölümü

1. Yaşınız kaç? Lütfen yazınız

2. Cinsiyetiniz nedir?

() Kadın () Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

() Evli () Bekâr

4. Sağlık güvenceniz var mı?

() Var () Yok

5. Şu an kaldığınız yer neresidir?

() Yurtta () Evde arkadaşlarımla () Ailemle

6. Yaşamınızın büyük bir bölümünü geçirdiğiniz yerleşim birimi neresidir?

() İl () İlçe () Kasaba () Köy

7. Aile tipiniz nedir?

() Çekirdek () Geniş () Parçalanmış

8. Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

() Çalışıyorum () Çalışmıyorum

9. Gelir durumunuz nedir?

☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere denk ☐ Gelir giderden fazla

10. Annenizin öğrenim durumu nedir?

☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlköğretim ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü

11. Babanızın öğrenim durumu nedir?

☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlköğretim ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü

12. Hangi fakültede eğitim almaktasınız?

☐ Diş Hekimliği Fakültesi
☐ Eczacılık Fakültesi
☐ Sağlık Bilimleri Fakültesi [Bölüm:]
☐ Tıp Fakültesi
☐ Veteriner Fakültesi

13. Kaçınıcı sınıftasınız?

☐ 1.Sınıf ☐ 2. Sınıf ☐ 3. Sınıf ☐ 4. Sınıf ☐ 5. Sınıf
☐ 6. Sınıf

14. Ailenizde ruhsal hastalığı olan birey var mı?

☐ Var ☐ Yok

Varsa lütfen yakınlık derecesini yazınız

15. Sizin tanısı konmuş bir ruhsal hastalığınız var mı?

☐ Var ☐ Yok

Varsa lütfen yazınız

EK 3.

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ-RHYİÖ (BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE -BMI)

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

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



Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3. Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4. “Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						

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

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 22.09.2016
Toplantı No : 2016/39
Proje No : 313

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik öğretim üyelerinden Doç. Dr. Mualla YILMAZ'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2016/39-313 proje numaralı ve "Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur

(BAŞKAN)

2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder

(ÜYE)

3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz

(ÜYE)

4. Prof. Dr. Şahan Saygı

(ÜYE)

5. Prof. Dr. Şanda Çalı

(ÜYE)

6. Doç. Dr. Ümran Dal

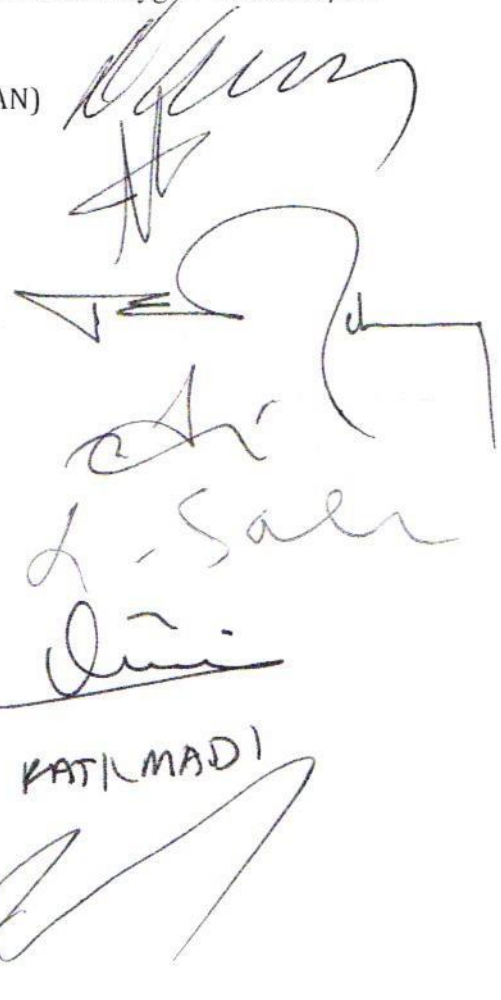
(ÜYE)

7. Doç. Dr. Çetin Lütfi Baydar

(ÜYE)

8. Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov

(ÜYE)


KATILMADI

EK 5.

KURUM İZİNLERİ

DHF:2077/2016

11/10/2016

Sayın Doç.Dr.Ümran Dal Yılmaz,

İlgi:SBF-1/DK-16/871- SBF-1/DK-16/907 sayılı ve 03/09/2016 tarihli yazılarınız.

İlgi yazı ekiyle bildirmiş olduğunuz anket uygulaması isteğiniz dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize saygıyla sunarım.



Prof.Dr.Mutahhar ULUSOY

DEKAN



Doç.Dr.Ümran Dal YILMAZ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dekan Yrd./Hemşirelik Bölüm Başkanı

13.10.2016

Sayı : ECZ_16/158
İlgi : 03.09.2016 Tarih ve SBF-1/DK-16/870 sayılı yazınız
Konu : Hazel Şahin Tarım'ın Anket Uygulaması

Sayın Doç.Dr.Ümran Dal YILMAZ,

İlgi yazınızda belirtilen konu ile ilgili olarak, fakülteniz öğrencilerinden Hazel Şahin Tarım'ın "Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları" konulu araştırması ile ilgili anketlerin Fakültemiz öğrencilerine uygulanmasının uygun olduğu bildirir,durumu bilgilerinize arz/rica ederim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. İhsan ÇALIŞ
Dekan

Sayı: SBF-1/DK-16/874
Konu: anket uygulama hk.

03. 09. 2016

Hazel Şahin Tarım;

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yüksek Lisans Programında öğrenim gören yüksek lisans öğrencisi Hazel Şahin Tarım'ın "Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları" konulu araştırması için Sağlık Bilimleri Fakültemiz öğrencilerine anket uygulaması uygundur.

Saygılarımla



Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz
SBF Dekan Yrd./Hemşirelik Bl. Bşk

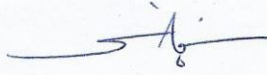
Sayı: 233/016

03 Kasım 2016

Hazel Şahin Tarım;

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programında öğretim gören yüksek lisans öğrencisi Hazel Şahin Tarım'ın "Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları" konulu araştırması için Tıp Fakültemiz öğrencilerine anket uygulaması uygun bulunmuştur.

Saygılarımla,



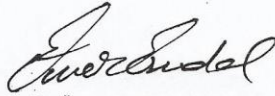
Prof.Dr. Gamze Mocan
DEKAN

Sayı : 2016 / 131
Tarih : 11 Ekim 2016, Lefkoşa
Konu : Anket Çalışması Hakkında
İlgi : 03.09.2016 tarih ve SBF-1/DK-16/873 Sayılı Yazınız K.

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanlığına,

İlgi yazınız kapsamında Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yüksek Lisans Programında öğrenim gören yüksek lisans öğrencisi Hazel ŞAHİN TARIM'ın "Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları" konulu araştırması için Fakültemiz lisans öğrencilerine anket uygulaması Dekanlığımız tarafından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.



Prof. Dr. Ömer Memduh ESENDAL
Dekan



EK 6. ÖLÇEK İZİNİ



aysegul bilge <aysegul.bilge@ege.edu.tr>

HAZEL ŞAHİN TARIM

5.4.2016

Re: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

Resimleri indirmek için burayı tıklayın. Gizliliğinizi korumaya yardımcı olmak için Outlook, bu iletideki bazı resimlerin otomatik olarak indirilmesini engelledi.

Sevgili Hazel,

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğine ilgin için teşekkür ederim. Tez çalışmada ölçeği kullanabilirsin. Ölçek sadece inanç değerlendirmektedir. Tutum için başka bir ölçek kullanmanız gerekebilir.

Başarılar

Doç.Dr.Ayşegül BİLGE

Kimden: "HAZEL ŞAHİN TARIM" <hazelsahintarim@gmail.com>

Kime: "aysegul bilge" <aysegul.bilge@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 26 Mart Cumartesi 2016 16:27:48

Konu: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

İyi günler. Ben Yakın Doğu Üniversite, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Yüksek Lisans Hemşireliği öğrencisi Hazel Şahin Tarım. Bu yıl yapacak olduğum 'Üniversite öğrencilerin psikiyatrik hastalığa ve psikiyatri hastalarına karşı inanç ve tutumları' konulu tezimin için sizin oluşturduğunuz 'Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği'ni Danışman hocam Doç.Dr. Mualla Yılmaz ile uygun gördük. Sizin de izniniz olursa tezimde ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Olumlu cevabınızı umutla bekliyorum :)

EK 7. ÖZGEÇMİŞ

Hazel Şahin Tarım, 1991 yılında Eskişehir’de doğdu. İlköğretimini Bayraktar Ortaokulu’nda, lise öğrenimini de 20 Temmuz Fen Lisesi’nde tamamladı. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nden 2014 yılında mezun oldu. 2015 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programına başladı. Evli ve bir kız çocuk annesidir. 2014 yılından itibaren Kolan British Hospital’de genel servis hemşiresi olarak çalışmaktadır.