

T. C.
FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ İLE BAŞKA BÖLÜM
ÖĞRENCİLERİ ARASINDA RUHSAL
BOZUKLUKLARA İLİŞKİN TUTUM VE İNANÇLARIN
KARŞILAŞTIRILMASI

ELMAS MERVE MALAS

150131012

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. İSMET KIRPINAR

İSTANBUL 2017

T. C.
FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ İLE BAŞKA BÖLÜM
ÖĞRENCİLERİ ARASINDA RUHSAL
BOZUKLUKLARA İLİŞKİN TUTUM VE İNANÇLARIN
KARŞILAŞTIRILMASI

ELMAS MERVE MALAS
150131012

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. İSMET KIRPINAR

İSTANBUL 2017

TEZ ONAY SAYFASI

FSMVÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji yüksek lisans programı 150131012 numaralı öğrencisi Elmas Merve MALAS'ın ilgili yönetmeliklerin belirlediği tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji Bölümü İle Başka Bölüm Öğrencileri Arasında Ruhsal Bozukluklara İlişkin Tutum Ve İnançların Karşılaştırılması” başlıklı tezi aşağıda imzaları olan jüri tarafından 12 Mayıs 2017 tarihinde oybirliği ile kabul edildi.

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Melek ASTAR

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Ferda Şule KAYA

İstanbul Bilim Üniversitesi

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Elmas Merve MALAS

TEŞEKKÜR

Maddi ve manevi hep yanımda olan aileme teşekkür ederim.

**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ PSİKOLOJİ
BÖLÜMÜ İLE BAŞKA BÖLÜM ÖĞRENCİLERİ ARASINDA
RUHSAL BOZUKLUKLARA İLİŞKİN TUTUM VE
İNANÇLARIN KARŞILAŞTIRILMASI**

ÖZET

Çalışmada Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji bölümü ile Edebiyat ve Tarih bölümü son sınıf öğrencileri arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların karşılaştırılması amaçlandı.

Çalışmada Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesinde okumakta olan Grup 1/Psikoloji ve Grup 2/Edebiyat ve Tarih bölümü son sınıf öğrencilerinden oluşan toplam 102 gönüllü öğrenci katıldı. Öğrencilere iki farklı olgu üzerinde Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) uygulandı. SMÖ için 7’li likert ve RHYİÖ için 6’lı likert ölçeği kullanıldı. Elde edilen anket verileri SPSS programı kullanılarak analiz edildi. Öğrencilerinin bireysel özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve yüzdeler oranlar belirlendi. Gruplara ait parametrik değerlerin karşılaştırılmasında t-testinden yararlanıldı.

OKB hikâyesi olan Olgu 1’e göre SMÖ ayrıca RHYİÖ göre her iki grubun toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında Grup 2’de daha yüksek olmak üzere aralarında anlamlı fark olduğu belirlendi. RHYİÖ alt boyutlarına ait olan tehlikeli, çaresizlik alt boyut ölçeğine göre gruplar arasında karşılaştırıldığında Grup 2’de daha yüksek olmak üzere aralarında anlamlı fark varken, utanma alt boyutu ölçeğinde ise fark yoktu.

Şizofreni hikâyesi olan Olgu 2'ye göre ise her iki grubun SMÖ'nde gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Her iki grupta da SMÖ göre verilen puanlar olgular arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark vardı.

Çalışmada sonuçların, Psikoloji ve diğer sosyal bilimler alanındaki lisans eğitimlerinde verilecek olan anti-stigma eğitim programlarının düzenlenmesinde ve ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik inanç ve tutumlarının iyileştirilmesi noktasında katkı sağlayacağı umulur.

Anahtar Kelimeler:

Ruhsal hastalık, tutum, sosyal mesafe, inanç, Şizofreni, Obsesif-Kompulsif Bozukluk.

COMPARISON OF ATTITUDES AND BELIEVES BETWEEN PSYCHOLOGY AND LITERATURE AND HISTORY STUDENTS IN FATİH SULTAN MEHMET FOUNDATION UNIVERSITY.

ABSTRACT

Aim; The purpose of this study comparison of attitudes and believes between psychology and literature & history students in Fatih Sultan Mehmet Foundation University.

Material and Methods; This study samples were carried out with final year university students in Fatih Sultan Mehmet Foundation University, Istanbul. The Psychology/Group 1, Literature & History/Group 2 students' social distance with cases (Case 1 with OCD & Case 2 with schizophrenia) and attitudes towards mental illness were assessed. Data analysis was performed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, and min-max) and comparative statistics (t-test).

Results; As a result, significant differences were observed to Social Distance Scale with Case 1 and Beliefs Toward Mental Illness Scale total and sub dimensions scores between the groups (except embarrassment sub dimension score). There are significant differences other sub dimensions (dangerous and desperation and breakdown interpersonal communication) scores in between two groups. No significant difference was observed social distance with Case 2 between the groups.

There is significant difference between cases about social distance scale in both of groups.

Conclusion; These results suggest that social distance and attitudes towards mental illness can be changed favorably with mental health and anti-stigma program.

Key Words: Mental illness, attitudes, social distance, believes, Schizophrenia, obsessive compulsive disorder.

ÖNSÖZ

Ruhsal hastalıklara yönelik farklı tutumlar ve inançlar geçmişten günümüze kadar gelmekte ve etkisini göstermektedir. Toplumda ruhsal bozukluklara ilişkin bireyler arasında, tutum ve inançlar bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Toplumda ruhsal hastalıklara karşı oluşan olumsuz tutum ve inançlar, ruhsal hastalığa sahip kişilerin etiketlenmelerine sebep olmaktadır ve bu kişileri olumsuz yönde etkilemektedir. Bununla birlikte bu alanda yapılmış yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmada farklı bilim dallarında lisans eğitimi alan psikoloji ile edebiyat ve tarih öğrencilerinin tutum ve inançlarındaki farklılıkların belirlenmesi ile literatüre yeni katkılar sağlanacaktır.

Yüksek lisans eğitimimde ve tezimin hazırlanmasında planlama aşamasından başlayarak, her aşamada katkıda bulunan tez danışmanım Prof. Dr. İsmet KIRPINAR'a, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Yrd. Doç. Dr. Melek ASTAR'a, Yrd. Doç. Dr. Güler DİNÇEL'e, Doç. Dr. Gaye SALTUKOĞLU'na ve Prof. Dr. Haşim Ercan ÖZMEN'e, gelişimime katkıda bulunan diğer tüm değerli hocalarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ.....	viii
TABLO LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
1. GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. RUH SAĞLIĞININ ÖNEMİ.....	4
1.2. RUHSAL HASTALIKLARIN TARİHÇESİ	6
1.3. TÜRK PSİKİYATRİ TARİHİ.....	9
1.4. RUH SAĞLIĞI VE BOZUKLUĞUNUN TANIMLANMASI.....	10
1.5. AYRIMCILIK	10
1.6. ÖNYARGILAR	11
1.7. SOSYAL DAMGA.....	12
1.8. STEREOTİP TEHDİDİ.....	13
1.9. SOSYAL MESAFE	14
1.10. SOSYAL MESAFE ÖLÇEĞİ	14
1.11. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ	15
İKİNCİ BÖLÜM	16
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	16
2.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	16
2.3. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ VE KATILIMCILAR	17
2.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	18
2.5. BİRİNCİ BÖLÜM	18
2.6. İKİNCİ BÖLÜM.....	18
2.6.1. Olgu 1	18
2.7. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	20
2.7.1. Tehlikelilik Alt Ölçeği.....	22

2.7.2.	Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği.....	22
2.7.3.	Utanma Ölçeği.....	22
2.8.	DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	22
2.8.1.	Olgu 2	22
2.9.	İSTATİSTİKSEL ANALİZ	24
2.10.	ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	24
2.11.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	25
	ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	26
3.	BULGULAR.....	26
3.1.	BİRİNCİ BÖLÜM	26
3.2.	İKİNCİ BÖLÜM.....	33
3.3.	ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	35
3.3.1.	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği (RHYİÖ) Toplam.....	38
3.3.1.1.	Tehlikeli Alt Boyutu	38
3.3.1.2.	Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu	38
3.3.1.3.	Utanma Alt Boyutu	39
3.4.	DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	40
	DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	44
4.	TARTIŞMA	44
	SONUÇ.....	59
	KAYNAKÇA	60
	EKLER.....	65

TABLO LİSTESİ

TABLO 1: Öğrencilerin gruplar arasında dağılımı ve yaş (yıl) özellikleri.....	26
TABLO 2: Gruplara göre aile tipi ve yaşadığı yer ile ilgili özellikleri	27
TABLO 3: Gruplara göre ekonomik durum	27
TABLO 4a: Gruplardaki öğrencilerin psikiyatrik konulara ilişkin özellikleri	28
TABLO 4b: Gruplardaki öğrencilerin psikiyatrik konulara ilişkin özellikleri	30
TABLO 4c: Gruplardaki öğrencilerin psikiyatrik konulara ilişkin özellikleri	31
TABLO 7: Olgu 1 e göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine kullanılarak 7’li likert ölçeğine göre işaretlenen cevap sayısı	33
TABLO 8: Olgu 1’e göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre puan ortalamaları ve grupların karşılaştırılması (t-test)	34
TABLO 9: Her iki grubun (G1, G2) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği kullanılarak 6’lı likert ölçeğine göre işaretlenen cevap sayısı	36
TABLO 10: Grup 1 ve 2’ye göre (G1, G2) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği (RHYİÖ) ve alt boyutlarının puan ortalamaları ve grupların karşılaştırılması (t-test)	37
TABLO 11: Olgu 2’ye göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine kullanılarak 7’li likert ölçeğine göre işaretlenen cevap sayısı	40
TABLO 12: Olgu 2’ye göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre puan ortalamaları ve grupların karşılaştırılması (t-test)	41
TABLO 13: Grup 1 in (psikoloji bölümü) Olgu 1 ve 2’ye göre Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre puan ortalamalarının ve olguların karşılaştırılması (t-test)	42
TABLO 14: Grup 2 in (psikoloji bölümü) Olgu 1 ve 2’ye göre Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre puan ortalamalarının ve olguların karşılaştırılması (t-test)	42

KISALTMALAR

SMÖ	Sosyal mesafe ölçeği
RHYÖ	Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği

GİRİŞ

Damgalamak anlamına gelen “Stigma” kavramı toplum içinde bazı hastalıklara, rahatsızlıklara karşı takınılan ve kişinin dışlanmasına yol açan olumsuz görüş ya da tutumlardır. Önyargı, tutum ve damgalama terimleri birbirleriyle ilişkili kavramlardır. Kişi ya da gruplara karşı olumsuz görüşler ya da olumsuz tutumlar olan önyargılar, bu grup veya kişilere karşı “sosyal mesafe” şeklinde ortaya çıkar. Damgalama terimi ise toplumun çoğu tarafından olumsuz olarak değerlendirilen kişinin özelliğine karşı ayırıcı ve reddedici davranışlardır (Erbaydar, Çilingiroğlu, 2010). Stigmanın etkisi çift yönlüdür. Halk tarafından ruhsal rahatsızlığı olan kişilere karşı yapılan halk stigmatı şekline olabileceği gibi, ruhsal rahatsızlığa sahip kişiler kendilerine karşı da stigma geliştirebilirler (Corrigan, Watson, 2002).

Damgalanma, kişiye yönelik önyargılı bir tutumu ve ayrımcılığa sebep olacak davranışları beraberinde getirdiğinden, rahatsızlığı olan kişinin işini daha da zorlaştırır. Başkaları tarafından damgalanmak kişiyi daha da stresli bir hayata sokar (Soygür, Özalp, 2005). Toplum tarafından ruhsal hastalığı olan kişiler; öldürmeye meyilli ve kendilerinden korkulması gereken, kendi hastalıklarından sorumlu zayıf karakterli kişiler olarak görülürler. İki bin Amerikan ve İngiliz vatandaşına uygulanan anketlerde de benzer sonuçlar bulundu (Corrigan, Watson, 2002). Damgalanan kişinin benliği de ciddi tehdit altındadır. Bunun sonucunda dışlanma, sosyal desteğin azalması, kişinin hayat kalitesinin ve öz güveninin azalması görülür. Kişinin tam da sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu zamanda yalnızlaşması, hastalığını kabullenmesini ve aşmasını daha da zorlaştırır. Damgalanan kişi toplum tarafından hoş karşılanmadığının, dışlandığının, saygı görmediğinin farkındadır. Bu nedenle kişinin kimliği hakkında da halk tarafından olumsuz kalıplar geliştirilebilir (Soygür, Özalp, 2005). Psikolojik rahatsızlığı olan kişilere yönelik damgalanma, kişilerin hem günlük hayatlarını yakından etkiler, hem de tedavi sonuçları üzerinde olumsuz etki yaratır.

Ruhsal hastalıklara yönelik farklı tutumlar ve inançlar, geçmişten günümüze gelmekte ve etkisini göstermektedir. Toplumdaki bireyler arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançlar arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Ruhsal hastalıklar sadece biyolojik temellerden etkilenmemektedir, ayrıca toplumsal yapının farklı etkilerinden de etkilenmektedir (Sayar, 1998). Ruhsal hastalıklara karşı oluşan olumsuz tutum ve inançlar, ruhsal hastalığa sahip kişilerin olumsuz yönde etiketlenmelerine sebep olmaktadır. Bu nedenle toplumun ruhsal bozukluğu olan kişilere ilişkin tutum ve inançları hakkında elde edilecek ayrıntılı bilgiler, ruhsal bozukluklara yönelik yapılacak bilimsel çalışmalara ve ruhsal hastalıkların tedavisine önemli katkılar sağlayacaktır.

Ruhsal bozukluğu olan kişilere ilişkin tutum ve inançlar hakkında ruh sağlığı mesleği ile ilgilenen veya bu alanda eğitim görenler üzerinde yapılan çalışmalar yapılmıştır. Psikoloji bölümü öğrencileri ve mezunları üzerinde yapılan bir çalışmada öğrenciler ve mezunlar arasında psikiyatrik rahatsızlıklara ilişkin bakış açıları arasında fark bulunmamıştır (Yıldız ve ark., 2014). Ayrıca psikoloji bölümü 1. ve 4. sınıf öğrencileri arasında yapılan karşılaştırmada da anlamlı farklılıkların bulunmadığı gösterildi (Eker, 1985). Aynı çalışmada Amerikalı ve Türk psikiyatri uzmanları arasında da fark bulunmadığı belirtilmektedir (Eker, 1985). Bunun sebebi olarak Türk psikiyatri ve psikoloji uzmanlarının eğitimi esnasında batı orjinli psikiyatri ve psikoloji alanındaki akademik ve pratik uygulamalarından etkilenmeleri gösterdi.

Üniversitelerin psikoloji bölümlerinde, ruhsal sağlık hakkında verilen eğitim derslerinin öğrencilerin ruhsal hastalığa ve ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutum ve inançlarını ne ölçüde değiştirdiğini ölçmek ve öğrenciler üzerinde ruhsal hastalıklara yönelik bir farkındalık oluşturup oluşturmadığına bakılmalıdır. Yaptığımız literatür araştırmasında ulusal ölçekte psikoloji bölümünün birinci sınıf, son sınıf ve yüksek lisans öğrencileri arasında karşılaştırılmalı çalışma yapılmıştır (Yıldız ve ark., 2014). Bu çalışmada gruplar arasında fark olmadığı ve öğrencilerin ruhsal hastalıkları etiketlemesinde ortalamanın altında sonuçlar bulundu. Ayrıca bu tutum ve inançlar hakkında, sağlık alanında eğitim gören lisans öğrencileri ve mezunları arasında da farklılıklar araştırıldı. Bu çalışmaların sonucunda ruhsal

hastalığa ve ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutum ve inançlarının ne ölçüde farklılık gösterdiğinin yapılacak çalışmalarla desteklenmesi gerektiği belirtildi (Arkan ve ark., 2011; Oban, Küçük, 2011).

Çalışmada Fatih Sultan Mehmet üniversitesinde okuyan Psikoloji bölümü son sınıf öğrencileri ile Edebiyat ve Tarih bölümlerdeki son sınıf öğrencileri arasında ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançların karşılaştırılması amaçlandı. Ayrıca ruh sağlığı konusunda bilgilenmiş olmanın, tutumlara etki edip etmediği araştırılacaktır. Elde edilecek veriler doğrultusunda ruh sağlığı alanında çalışacak olan psikoloji öğrencilerinin olumlu tutum geliştirilmelerini sağlamak ve bakış açılarında olumsuzlukların önlenmesi için eğitim programlarının düzenlenmesine katkı sağlaması beklenmektedir. Çalışmada farklı bilim dallarında lisans eğitimi alan (psikoloji, tarih ve edebiyat) öğrencilerin tutum ve inançlarındaki farklılıkların belirlenmesi ile de literatüre yeni katkılar sağlayacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü “insan sağlığını” bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hâli ve bu iyilik halinin sürekliliği olarak açıklamaktadır. İnsanı bir bütün olarak değerlendirdiğimizde biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönü birlikte ele alınmalıdır. Dünya sağlık örgütünün açıklamalarına göre dünyada 500 milyon kişi ruhsal rahatsızlığa sahiptir. Her dört kişiden birinin hayatlarının bir döneminde ruhsal rahatsızlıktan etkilendikleri belirtilmektedir (Yaşar ve ark., 2008).

1.1.RUH SAĞLIĞININ ÖNEMİ

Dünya da hastalık yükünün %14’ünü ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığının yaptığı 2011-2023 ulusal ruh sağlığı eylem planındaki Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasında, hastalık yükü nedenleri arasında temel hastalıklara göre bir sıralama yapıldığında %19 ile ikinci sırada ruhsal hastalıklar yer almaktadır (Erkoç ve ark., 2011). Bu sonuç, ruhsal rahatsızlıkların dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalara göre gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki bireylerin %25’inin hayatlarının bir döneminde bir veya birden fazla ruhsal veya davranışsal bozukluk görülmektedir (İkişik, 2008).

Ruhsal rahatsızlığı olan insanlar hayatta, fiziksel rahatsızlığı olan insanlara oranla iki kat daha fazla zorlanmaktadırlar. “Yeti” insandaki düşünme, anlama, kavrama ya da imgeleme gibi doğal zihinsel güçlerden her birine verilen tanımdır. Hem hastalığın semptomları ve yeti kaybı hem de ruhsal hastalıklar hakkında bilinen yanlışlardan kaynaklanan önyargılarla mücadele etmek zorundayız. Sonuç olarak ruhsal hastalığa sahip olan kişiler, kaliteli hayat şartları, iyi bir iş, güvenli bir yuva, iyi bir sağlık bakımı ve farklı gruplarla ilişki kurma bakımından zorluklarla karşılaşmaktadırlar (Corrigan, Watson, 2002).

Tarih boyunca yaşamış olan birçok düşünür, yazar, ressam ve bestecinin yaşam öykülerinde de davranış bozuklukları vardır. Deli İbrahim olarak bilinen Osmanlı padişahı, deli kral olarak bilinen III. George, epilepsi nöbeti sırasında yaşadığı bilinç bulanıklığından dolayı kulağını kesen Van Gogh gibi ve daha birçok kişi tarihte olduğu gibi günümüzde de bulunmaktadır (Gençtan, 1997).

Ruh bilimi anlamına gelen psikolojinin genel tanımı; gözlemlenebilir ve ölçülebilir bireysel davranışları ile zihinsel süreçleri inceleyen pozitif bir bilim dalıdır (Gerrig, 2012). Psikolojinin amaçlarından bir tanesi de insan davranışlarını olumlu yönde geliştirmesi için ortaya çıkacak olumsuz şartları kontrol edebilmeyi ve önlemeyi amaçlamaktadır. Damga bir kişiyi diğerlerinden uzak tutan küçük düşüren ya da itibarsızlaştıran bir işarettir (Bryne, 2001). “Damgalama” da olumsuz şartlardan biridir. Damgalamalar farklı şekillerde olabilmektedir. Damga açıkça kaçınılan bir terimdir. Damga üç problem bileşimiyle nitelendirilir; bilgi eksikliği, olumsuz tutumlar ve dışlama veya kaçınma davranışlarıdır.

Önyargı ve damgalama tutumla ilişkilidir (Erbayadar, Çilingiroğlu, 2010). Tutum; kişilerin, nesnelere ve olayların olumlu veya olumsuz değerlendirilmesidir. Tutumun tanımını yaparken aslında sahip olduğunuz tutumların birçoğunun açık olmadığını göstermektedir. Hatta bazı tutumlara sahip olduğunuzu bilinçli olarak farkında olmayabiliriz. Tutumlar davranışlarımız ve sosyal gerçeklik üzerinde etkilidirler (Gerrig, 2012).

Günümüzde insanlar ruhsal hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip değildirler. Toplumda insanlar geçmişten günümüze gelen genel yanlış tanımlarla ruhsal hastalıkları değerlendirmektedirler. “Deli”, “Akıl hastası”, “Anormal”, “Kaçık”, “Manyak”, “Meczip”, “Sapık” ve “Tımarhanelik” gibi sözcüklerle özdeşleştirilen ruh hastalıkları, yüzyıllardır hakaret, küçümseme ve dışlama aracı olarak kullanılmışlardır (Yaşar ve ark., 2008). Çağdaş insanın normal dışı davranışlar konusundaki bilgisi, diğer birçok konuda sahip olduğu bilgiye oranla oldukça yetersiz kalmış ya da bazı yanlış kavramlara saplandı. Normal dışı davranışlar tarihte ve edebiyatta çoğu kez, adam öldürme, intihar, cinsel saldırı gibi toplum normlarından aşırı sapma gösteren örnekleriyle yer almış ve bundan ötürü, ruhsal bozukluklar toplum dışı ya da tehlikeli davranışlarla özdeşleştirildi. Oysa bazı

normal dışı davranış türleri olağandışı görünümde olmasına karşılık, bazısı yalnızca, kişinin yaşamı süresince karşılaştığı güçlüklerle etkin biçimde baş edebilmesini engeller (Gençtan, 1997).

Toplum tarafından ruhsal hastalığı olan kişiler; öldürmeye meyilli ve kendilerinden korkulması gereken, kendi hastalıklarından sorumlu zayıf karakterli kişiler olarak görülürler (Corrigan, Watson, 2002). Ruhsal rahatsızlığa sahip kişiler; hayatlarında ruhsal, davranışsal ve psikososyal birçok problemle karşılaşmaktadırlar (Erbaydar, Çilingiroğlu, 2010). Dünya hastalık yükünün %14'ünü oluşturan ruhsal, davranışsal ya da psikososyal sorunların yaklaşık 500 milyon kişiyi etkilediği belirtilmektedir. Ayrıca bu insanların sınırlı tedavi olanaklarına erişme çabalarının yanında, toplumun onlara yönelik olumsuz tutumları ile de baş etmeye çalıştığı bildirilmektedir (Erbaydar, Çilingiroğlu, 2010).

1.2.Ruhsal Hastalıkların Tarihçesi

İlk çağlarda Yunan Roma döneminde ruhsal hastalıklar doğa-üstü güçlere bağlanmıştır (Öztürk, Uluşahin, 2011). Kişinin iyi ya da kötü ruhlardan hangisinin etkisine girdiğine, gösterdiği belirtilere bakılarak karar veriliyordu. İyi ruhun girdiği bedene saygı duyulurken, kötü ruhun olduğu düşünülen kişilere şeytan çıkarma denilen “exorcism” uygulanıyordu (Gençtan, 1997). Doğa karşısında çoğu zaman güçsüz kalan insanoğlu derin korku ve güvensizlik duygularını doğa-üstü güçlere inanarak anlamlandırmaya çalıştılar. İnsanlar ruhsal sıkıntılarını, bocalamalarını açıklayamadıklarında doğa-üstü güçlere (cin, peri, şeytan vb.) inanmayı tercih etmişlerdir. Günümüzde de hala buna benzer inanışları görmekteyiz (Öztürk, Uluşahin, 2011).

Hipokrat'tan öncesi dönemde gizemci-büyüsel düşünce hâkimdi ve ruhsal hastalıkların birçoğu da buna dayandırılıyordu. Hipokrat ruhsal hastalıkları açıklarken insan bedeninin doğa-üstü güçlerin etkisinde olmadığını, diğer bedensel hastalıklar gibi doğal etkenlere bağlı olduğunu ve tedavi edilebileceğini öne sürdü (Gençtan, 1997; Öztürk, Uluşahin, 2011). Eski Yunan ve Roma dönemine baktığımızda, ruhsal hastalara karşı toplumun genellikle olumsuz tutumları ve

önyargılarının olduğu görülmektedir. O dönemlerde de ruhsal hastalığı olan kişilerden korkulur, nefret edilir, genellikle evlere kapatılır ve topluma salınmazlardı (Gençtan, 1997).

Karanlık çağ olarak bilinen Orta Çağın olumsuz yanları, ruhsal hastalıklara da yansımış ve eski gizemci-büyüsel düşünce yeniden etki etmeye başlamıştır. Ortaçağ Avrupa'sında ruhsal hastalıkların tedavisiyle daha çok rahipler ilgilenirlerdi. Çağın başında hastalara insanca davranılmış dua, kutsal su, papazın soluğu ya da tükürüğü kullanıldı, kutsal yerler gezilmiş ve aşırı olmayan şeytan çıkarma metotları uygulandı. Ancak giderek ruhsal hastalıklar şeytana bağlanmış ve şeytan çıkarma metotları yaygınlaştı. Ruhsal hastaları olan kişiler şeytanın etkisi altında olan büyücüler olarak görüldükleri için diri diri yakılmışlardır (Gençtan, 1997; Öztürk, Uluşahin, 2011).

Rönesans döneminde; Avrupa'da 13. ve 14. Yüzyıllar itibariyle kilise etkisini kaybetmeye başlamıştı, kilisenin katı acımasız uygulamalarına karşılık bilim, sanat ve düşünce akımları desteklenmeye başlandı. Rönesans döneminde büyücü avları, ruh hastalarının içinde şeytan var diyerek yargılanıp diri diri yakılmaları sonlandı (Gençtan, 1997).

17.yüzyılla beraber insanların görüşleri ve inançlarındaki değişiklikler hastaların bakım ve tedavisine yansımaya başladı. Daha önceleri manastır ve zindanlara kapatılan ruhsal hastalığı olanlar hastanelerde ilk tedavi kurumlarında bakıma alınmaya başlandılar. Ancak buralarda hastalara insanca bakım yapılmadı. Hastaların ellerine ve ayaklarına zincirler vurarak onların hareketleri sınırlandırıldı. Avrupa'da ilk kez bir manastır VIII. Henry tarafından hastaneye dönüştürüldü ancak kısa zaman içinde taşkın davranışlar sergileyen hastalar para karşılığında halka gösterilmişlerdir. Zararsız olan hastalar ise Londra'da dilenmeye gönderildiler. Avrupa ve Amerika kıtalarında da benzer durumlar görüldü. Hastaların başları tıraş edilerek deli gömlekleri giydirilmiş, besinleri kısıtlanmış, karanlıkta bırakılmışlar ve soğuk banyo gibi yöntemlere maruz kaldılar (Gençtan, 1997; Öztürk, Uluşahin, 2011).

18. yüzyılın sonlarına doğru ilk insancıl adımı Fransız Ruh Hekimi Pinel attı. Ruh hastalarını zincirden kurtaran hekim olarak bilinmesinin yanında planlı psikoterapinin kurallarını da belirleyen kişidir. Pinel'in başlattığı akım gittikçe diğer Avrupa ülkelerine ve Amerika'ya yayıldı. Hastanelerde ve bakım evlerinde ruh hastalarına tedavi verilmeye başlandı (Gençtan, 1997).

19.yüzyılda Alman ve Fransız ruh hekimleri psikiyatride önemli çalışmalar yaptılar. Yeni hastalıklar tanımlayarak onları sınıflandırmaya çalıştılar. Kraepelin'nin yapmış olduğu sınıflandırmalar sayesinde psikoz ve psikonevrozlar ana ve alt gruplara ayrıldı (Gençtan, 1997; Öztürk, Uluşahin, 2011). 19. Yüzyılın sonlarına doğru davranışları etkileyen psikolojik etmenlere yoğunlaşıldı. Fransa da Bernheim, Charcot ve sonradan Jean Piaget'nin etkileri görülürken Avusturya ve İsviçre'de de Breuer, Freud ve C. Jung öncülük ettikleri psikanaliz kuramının etkileri görülmektedir. Ayrıca Rusya'da Pavlov davranışçılığın öncülünü yaptı. 20. yüzyılın başlarında Zürih ve Amerika'da psikoloji okulları kuruldu. Bu okulların temel esasları ise; Vücut ve ruh bir bütündür, akıl hastalıkların sebepleri biyolojik ve psikolojik bileşim şeklinde olarak tanımlandı (Gençtan, 1997).

20. yüzyılın ikinci yarısında bireyin üzerindeki etkisiyle sosyal çevre önem kazanmaya başladı ve Freud'un sosyal çevreye verdiği önem sayesinde birçok kişi de bu alana yönelmeye başladı. 1930'lar da ego psikologları da aynı şeyin üzerinde durdular (Yazar, 1983). Sullivan, psikozların tedavisinde sosyal çevrenin önemini vurguladı. Psikoza olan kişilerin, anlayışlı, hoşgörülü, kolay ilişki kurulabilen hasta bakıcıların yanında daha iyi davranışlar sergiledikleri belirtilmektedir (Yazar,1983; Batmaz, 1985). Ozarin ve Martin (Yazar,1983; Batmaz, 1985) ruh hastalıkları hastanesinde yatan hastalara acımasız baskılarla bakımlarının yapılması ruh hastalarında davranış bozukluklarını ve sosyal mesafeyi pekiştirdiğini gösterdi. Ruh hastalıklarıyla uğraşan birçok araştırmacı, hastanın psikososyal çevresinin hastanın davranışlarını etkilediğini ve psikososyal çevrenin de davranışın değişmesinde etkili faktör olduğunu belirtti (Batmaz, 1985).

1.3.TÜRK PSİKİYATRİ TARİHİ

Orta Asya'daki Türk kavimlerinde "Kam" sorumluydu. Kamlar olağanüstü yeteneklere sahip ataların ruhlarıyla iletişime geçen kişiler olarak biliniyorlardı. Kamlar ikiye ayrılıyorlar, iyi ruhlarla temasa geçenlere ak kam, kötü ruhlarla temasa geçenlere de kara kam deniliyordu. Kamlar ruhları yardıma çağırmak için veya savaşmak için ateş yakar, davul çalar, büyülü türküler söyleyip oynayarak çağırırlardı (Sarı, 2008).

İslamiyet öncesi ve sonrası kaynaklarda da "Otacılara" yer verilmektedir. Kutadgu-Bilig'te Otacılar bitkilerle tedavi veren kişiler olarak geçmektedir. Otacıların hastanın nabzını kontrol ettikleri, birbirlerine danıştıklarını ve doğaüstü şeylerle ilgilenmedikleri daha maddi tedavi yöntemlerini tercih ettiklerini söyleyebiliriz. Otacıların karşısında farklı yöntem kullanan "Efsuncular" (mu'azzim) bulunmaktadır. Efsuncular cinleri, şeytanları kovarak telkinler yaparak tedavi yapan kişiler olarak bilinmektedir (Sarı, 2008). İslamiyet ile birlikte Türkler eski inançlarını değiştirdiler. 11.yüzyılın en büyük hekimi İbn-i Sina ve Razi'den Türk hekimleri etkilenerek hastalıkları bedendeki dengesizliklere bağlarlardı (Öztürk, Uluşahin, 2011; Sarı, 2008). Orta Çağ Avrupa'sının karanlığının aksine İslam topluluklarında ve Türklerde ruh hastalarına karşı anlayış ve hoşgörü hâkimdi. Eski çağlardan gelen damgalama İslam toplumunda da vardı. Ancak bu damgalama Avrupa'daki gibi korkunç değildi; utanç, acıma, gizleme şeklindeydi (Öztürk, Uluşahin, 2011).

Selçuk ve Osmanlı döneminde kurulan şifahanelerin bir kısmında akıl hastalarına yer verildi. Batı'nın aksine hastalar hapsedilmemiş, toplumdan uzaklaştırılmadı. Darüşşifa vakfiyelerinde çalışan kişilerin hastalara karşı güler yüzlü, hoşgörülü ve şefkatli olmalarına önem verildi. Vakfiyelerde hastaları sözleriyle rahatlatan, güler yüzlü kişilerden bahsedilmektedir (Sarı, 2008). Vakfiyelerdeki kişilerle ilgili olarak "bazı hoş olmayan olayları ve tuhaf halleri ayıplamayıp, hoşgörüyle karşılayıp işlerini yapmaları" bahsedilmektedir. Bugünkü psikiyatrist ve psikologlarında yargılama yapmadan işlerini yapmalarını

söyleyebiliriz. Görüldüğü üzere ruh hastalarına ve hastalıklarına karşı yaklaşımlar zaman içerisinde toplum ve kültüre bağlı olarak değişti.

1.4.RUH SAĞLIĞI VE BOZUKLUĞUNUN TANIMLANMASI

Dünya Sağlık Örgütü sağlığın tanımını yaparken bedensel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik durumu olarak yaptı. Öztürk (2011) ruh sağlığı tanımını iki açıdan yapmaktadır; istatistiksel tanımını olarak çoğunluğa uyan ve çan eğrisinin iki aşırı ucunda kalmayan kişi normaldir. Diğer tanımını da klinik açıdan yapmıştır, ancak klinik tanımını da belirli görüşlere göre yaptı. Çevreye uyum sağlama, kişide aşırı anxiyete ya da başka psikiyatrik belirtinin olmaması, psikanalistlerin normalin ölçütü olarak id, ego, superego arasındaki denge olması ve kişinin gelişimsel süreçlerin tamamlanması olarak ele alınması gerektiğinden bahsetti (Öztürk, 2011).

DSM-5 Tanı Ölçütleri el kitabında Ruhsal bozukluğun tanımı; ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan kesin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendrom şeklindedir (Koroğlu, 2013).

1.5.AYRIMCILIK

Ayrımcılık konusunda her ülkenin kendi kültürel özelliklerine, toplumsal yapısına ve olaylarına dayanarak farklılaşmaktadır. Ayrımcılık konusunda ülkemizde ise sosyal bilimlerde ve hukuksal alanda tam yeri doldurulmadı. Bunun nedenlerinden biri olarak homojen bir nüfusa sahip olmamızdır. Türkiye de ya da tarihimizde ayrımcılık yoktur algısı toplumumuzun hoşgörülü oluşuyla ilişkilidir. Ancak modernleşen toplumda ayrımcılık konusu gündeme gelmektedir (Çayır, Ceyhan, 2012). Ruhsal hastalığa sahip kişilerin eğitimsel ve kamusal hayata katılmalarıyla ilgili birçok problem vardır. Ruhsal hastalığa sahip kişilerle ilgili önyargılar onların iş yaşamına katılımını da engellemektedir. İnsanlık tarihi ilerlemesine rağmen ayrımcılık sorunu gittikçe daha da arttığı söylenmektedir.

1.6.ÖNYARGILAR

Önyargı bir tutumdur. Tutum derken sosyal bir grup kastedilmektedir. Allport önyargı hakkında onun üç bileşeninden bahsetti (Hogg, Vaughan, 2007).

- Bilişsel- tutum nesnesi hakkındaki inançlar,
- Duygusal- tutum nesnesi ve onun sahip olduğu nitelikler hakkındaki güçlü duygular,
- Kognitif (konatif)- tutum nesnesine karşı belli bir biçimde davranma niyeti.

Brown ise önyargıyı, bir kişinin bir guruba ait olmasından dolayı küçük düşürücü sosyal tutumlar, bilişsel inançlarla yaklaşmak, grup hakkında olumsuz duygular beslemek veya onlara karşı düşmanca ayrımcı davranışlarda bulunmak olarak tanımladı (Hogg, Vaughan, 2007).

Önyargı, iyi ya da kötü bir yargı içermeyen, her hangi bir kanıtı dayanmayan her türlü ön fikirdir. Oysa ayrımcılıkta olumlu önyargıdan bahsedilmez. Önyargıyla yaklaştığımız kişiyle aramıza fiziksel veya sosyal mesafe koyarız. Önyargı ayrımcılıkla ilişkili bir tutumdur. Önyargılarımız davranışa dönüştüğü zaman ayrımcılık olur. Ayrımcılığın oluşmasında farklı özellikteki grupların toplumsal hiyerarşi içerisinde aşağıda ya da dezavantajlı olarak gruplandırılmalarıdır. Ayrımcılık bir kez oluştuğunda ve çoğunluğun kimin aşağıda ve yukarıda olması gerektiğiyle ilgili bir birlik oluşur ve ayrımcılık insanların akıllarında normalleşir. Aşağıda veya dezavantajlı gruplara karşı önyargılar gelişir ve ayrımcılık yaygınlaşıp sıradanlaştı (Çayır, Ceyhan, 2012).

Ruh hastalarına yönelik önyargıların bir boyutu da azınlık gruptaki ruh hastalarını insanlıktan çıkarma yani canavarlaştırma. Onlara karşı yapılan önyargıyı meşrulaştırmak için “kaçık” gibi ifadeler kullanılmaktadır. Bir diğer boyutu da önyargılar kişileri bazı koşullara iter mesela; yoksulluk, kötü sağlık koşulları, şiddet ve düşük öz saygı gibi. Bu da azınlıktaki grupta psikiyatrik hastalıklara neden olabilir. Sonuç olarak psikiyatrik hastalıklar hakkında korku ve

bilgisiz kültürel önyargılarla eşleşir ve onların güçlenmesini sağlar (Çayır, Ceyhan, 2012).

1.7.SOSYAL DAMGA

Crocker ve arkadaşları (Hogg, Vaughan, 2007) damgayı şöyle ifade etmektedir; damgalanmış kişiler, belli bir yerde değersiz olarak algılanan bir sosyal kimliğe sahiptirler. Önyargı ve ayrımcılığın hedefinde damgalanmış gruptaki kişiler vardır. Damga iki faktöre dayanmaktadır; görünürlük/gizlilik ve kontrol edilebilirlik (Hogg, Vaughan, 2007).

İrk, toplumsal cinsiyet ve obezite gibi görünebilen damgalar, insanların ayrımcılığının ve önyargılı davranışların hedefi olurlar ve bunlardan kaçamazlar. Gizlenebilir damgalarsa mesela; eşcinsellik, bazı hastalıklar, bazı ideolojiler ve dini inançlar gibi. Açık bir şekilde kişilerin ayrımcılığına veya önyargılı davranışlarına maruz kalmasalar da, kendi damgalarını sürekli gizlemek zorundadırlar (Hogg ve Vaughan, 2007).

Kontrol edilebilirlik ise kişinin kendi elinde olan şeyler yani kişinin kendi tercihi olduğu ifade edilir. Mesela obezite, sigara tiryakiliği ve eşcinsellik kontrol edilebilir olarak görülmektedir. Kontrol edilebilir olan şeyler kişinin kendi sorumluluğunda olduğu için daha fazla dikkat çeker ve aşırı bir ayrımcılık örneğidir (Hogg, Vaughan, 2007). Birçok ruhsal hastalığında kişinin kendi elinde olduğuna inanılır mesela; depresyon. Kişinin kendi zayıf karakterine bağlanmaktadır toplum tarafından. Kontrol edilebilir gibi görülen damgalara sahip olan kişiler damgadan kurtulmak için çok çaba harcarlar. Ancak gizlilikte olduğu gibi bununda bedeli ağırdır ve kontrol edilebilir gibi gözüken damgalar kontrol edilemeyebilirler (Hogg, Vaughan, 2007).

Damgalanmış gruplar toplum tarafından itibarı düşürülmüş gruplardır. Toplum tarafından düşük statüde algılanan gruplar için bu damgalamadan kurtulmak oldukça zordur. Damgalanmış grup üyeleri bir süre sonra bu damgalamayı içselleştirirler ve kendileri hakkında olumsuz benlik oluştururlar. Bu durum her birey için geçerli değildir. Damgalanmış bireylerin bir kısmı düşük öz saygıya sahip olsa

da, hayatından memnun olmasa da bazen depresyona bile soksa yine de bu durumla baş edebilmekte kendinden uzaklaştırıp kendiyile ilgili olumlu benlikte oluşturabilmektedir (Hogg, Vaughan, 2007).

Günlük yaşamda öz saygı önyargının saldırısına uğrayabilir. Bu durum ruhsal hastalığa sahip kişilerde şu şekillerde ortaya çıkabilir. Mesela; bireylerin sosyalleşmesini engellerken, evlenme, çocuk sahibi olma ve çalışma haklarını, işe alınmalarını, ev kiralamalarını ve diğer insanlara yakın yaşama, komşuluk yapma olanaklarını kısıtlama şeklinde ortaya çıkmaktadır. Önyargı kurbanları başarısızlık duygusunu çok fazla içselleştirebilir ve bunun sonucunda motive olamama, başarılı olmak imkânsız gelebilir ve mücadele etmeyi hepten bırakabilirler (Erbaydar, Çilingiroğlu, 2010).

1.8.STEREOTİP TEHDİDİ

Önyargı ve kalıp yargılar (stereotipler) birbirlerinden farklı tanımları vardır. Damgalanmış bireyler diğer kişilerin kendileri hakkında neler düşündüklerini tahmin edebilirler. Kendilerinin nasıl şekilde yargılanacaklarını ve kendilerine nasıl yaklaşacaklarını bildikleri için kendilerinin de bu yönde davranarak bu durumu onaylayabileceği kaygısını yaşamaktadırlar. Yüklemede damgalanmış bireyler açısından yükleme belirsizlik şeklinde ortaya çıkabilir. Damgalanmış kişiler başka insanların onlara karşı yaptıkları her hareketin nedenlerine karşı aşırı duyarlıdırlar. Yüklemedeki belirsizlik kişinin öz saygısı da negatif yönde etkiler. Damgalanmış kişiler olumlu bir sonuç elde ettiklerinde bunu küçümserler ve kendilerine bağlamazlar. Ayrıca damgalanmış kişiler karşılarındaki kişilerin önyargılı davrandıklarını fark etmezler. Önyargıların içsel bileşeninin olduğundan ve insandan da dâhil bazı hayvanların bilinmeyenden ve olağandışından korktukları ve bu korkunun farklı olduğuna inanılan gruplara karşı negatif tutumları oluşturduğu yönünde kanıtlardan bahsedilmektedir. İnsanlar uyarana maruz kaldıkça ya da aşına oldukça önyargılarının gelişebileceği buna da maruz kalma etkisi denilmektedir. İnsanlar önyargıları sosyal öğrenme yoluyla da öğrenebilmektedir. Yaşamın ilk

yıllarında belli grup hakkında öğrenilen nefret söyleminin daha sonraki zaman içerisinde onlarla olan yaşantılarında duygusal bir çerçeve oluşturduğu söylenmektedir (Hogg, Vaughan, 2007).

1.9.SOSYAL MESAFE

Sosyal mesafe, toplumda kişiler arası sosyal ilişkilerde ruhsal bozukluğu olanların kendilerine olan katılımını ne ölçüde kabul ettiklerinin derecesidir. Toplumun ruhsal hastalığı olan bireylerle yakın ilişkiler içinde olmaktan kaçınmaları ve toplumla ruhsal hastalığı olan kişilerin olması gerektiği gibi yakınlaşamamaları, toplumsal kaynaşmanın sağlanamaması sosyal mesafe kavramını ortaya çıkardı (Arkar, 1991). Whatley, insanların sosyal yakınlık içeren ortamlarda “akıl hastası” olarak tanımlanmış kimselerle etkileşimi kesme eğiliminde olduklarını, ancak göreceli olarak genel olan ve kişisel olmayan ortamlarda ise ruhsal hastalığı olan kişilerin daha fazla kabul gördüğünü belirtti (Taşkın, 2007). Ancak, zaman ve sağlık politikalarının değişmesine karşın, toplumdaki ruhsal hastalıklara karşı reddedici tutumlar değişmedi (Taşkın, 2007).

1.10.SOSYAL MESAFE ÖLÇEĞİ

Çalışmada Arkar’ın (1991) Türkçe ’ye uyarlamış olduğu Sosyal Mesafe Ölçeği kullanıldı. Arkar’ın (1991) ölçeği, örnek iki vaka ve bu vakalarla ilgili sorulardan oluşmaktadır. Bunlar, Paranoid Şizofreni ve Anksiyete bozukluğu tanımlanan vakalardır. Vakalarda psikiyatrik tanımlar verilmedi. Örnek vakayı, kişi ile ruhsal hastalığı olan birey arasında tercih edilen sosyal mesafeyi ölçmek için geliştirilen sorular izledi. Ölçek; 7 dereceli Likert tipinde bir ölçektir; “Kesinlikle rahatsız etmez: 1”, “Rahatsız etmez: 2”, “Pek Rahatsız Etmez: 3”, “Fark etmez: 4”, “Biraz rahatsız eder: 5”, “Rahatsız eder: 6”, “Kesinlikle Rahatsız eder: 7” ifadeleri ile cevaplanan 14 sorudan oluşmaktadır. Arkar (1991) tarafından Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 bulundu. Ölçek; toplam puan üzerinden değerlendirmekte olup ölçekten alınan puanın yükselmesi sosyal mesafenin fazla olduğunu göstermektedir (Oban, Küçük, 2012). Başka bir çalışmada ise, Whatley, sosyal

yakınlık içeren ortamlarda “akıl hastası” olarak tanımlanmış kimselerle etkileşimi kesme eğiliminin var olduğunu, buna karşın göreceli olarak genel olan ve kişisel olmayan ortamlarda ise hastaların daha fazla kabul gördüğünü belirtti (Taşkın, 2007).

1.11.RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Hirai ve Clum tarafından geliştirilen Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğini dilimize uyarlayarak, Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge, Çam (2008) tarafından yapıldı. Bilge, Çam (2008) tarafından Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin yapı geçerliliği çalışması için faktör analizi yapıldı ve üç faktör saptandı. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.82, alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri ise sırasıyla 0.71, 0.80, 0.69 arasında bulundu, ölçek ve alt ölçekler kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık gösterdi. Sonuç olarak Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçektir (Bilge, Çam, 2008).

İKİNCİ BÖLÜM

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışmada Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji bölümü ile Edebiyat ve Tarih bölümlerinin son sınıf öğrencileri arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların karşılaştırılması amacıyla, yapılan kesitsel niteliksel bir çalışmadır.

2.2.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1. Psikoloji bölümü ile Edebiyat ve Tarih bölümlerinin son sınıf öğrencileri arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançlar bakımından fark var.

H2. Psikoloji bölümü öğrencileri ruhsal hastalıklara ilişkin lisans eğitimleri boyunca eğitim aldıkları için ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançlar bakımından diğer bölüm öğrencilerine göre fark var.

H3. Öğrenciler üzerinde uygulanan Nevrotik (Olgu 1) ve Psikotik (Olgu 2) hikâyesi bulunan iki farklı olgu arasında öğrencilerin Sosyal Mesafe Ölçek (SMÖ) puanları arasında fark var.

H4. Olgu 1 ve Olgu 2 hikâyesi bulunan iki farklı olgu için Psikoloji bölümü ile Edebiyat ve Tarih bölümü lisans bölümü öğrencileri Sosyal Mesafe Ölçek (SMÖ) puanları arasında fark var.

2.3.ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ VE KATILIMCILAR

Bu araştırmanın anakütlesi Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji bölümü ile Edebiyat ve Tarih bölümlerinin son sınıf öğrencilerinden oluşturuldu.

Çalışma için çalışma öncesi Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Etik kurul onayı alındı.

Çalışmada kullanılan anket formları daha önce yapılan benzer çalışmalardan yararlanarak kullanılmıştır (Arkar, 1991; Bilge, Çam, 2008). Çalışmadaki anketlerde bulunan Olguların hikâyeleri ve örnekleri kendimiz tarafından oluşturuldu.

Psikoloji bölümü ile Edebiyat ve Tarih bölüm başkanlıklarından resmi yazıyla son sınıf öğrencilerinde çalışma için kullanılacak anket uygulaması için gerekli izinler alınmıştır.

Bölümlerde bulunan öğretim üyeleri ile birlikte her bölüm için anket uygulaması öncesinde öğrenciler çalışma hakkında bilgilendirildi. Öğrencilere isimlerini anket formuna yazmamaları özellikle söylendi.

Araştırma örnekleme; Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji bölümü ile Edebiyat ve Tarih bölümlerinde 2016-2017 eğitim öğretim yılı son sınıfında okuyan öğrencilerinden oluşturuldu. Psikoloji bölümü son sınıf öğrencileri Grup 1, Edebiyat ve Tarih bölümü son sınıf öğrencileri ise Grup 2 olarak adlandırıldı.

Çalışmadaki anket formları Psikoloji bölümü son sınıfında okuyan 55 öğrenci ile Tarih ve Edebiyat bölümü son sınıfında okuyan 47 öğrenci olmak üzere toplam 102 öğrenci üzerinde uygulandı (Grup 1=55 öğrenci, Grup 2=47öğrenci).

Çalışmada Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji ile Edebiyat ve Tarih bölümü öğrencileri, Enstitüye bağlı aynı kurum olduğu ve kolay ulaşılabilir olması nedeniyle tercih edildi.

Çalışmada anket uygulanan son sınıf öğrencileri daha fazla sayıda olmalarına karşın, çalışma gönüllülük esasına dayandığından dolayı anketlerimizi son sınıf öğrencilerinden gönüllü olanlar doldurdu.

2.4.VERİLERİN TOPLANMASI

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji ile Edebiyat ve Tarih bölümü öğrencilerinin müsait olduğu ders arasında ilgili bölüm hocalarıyla birlikte öğrencilere ekler kısmında örneği verilen anket formları dağıtıldı. Ankette bulunan iki farklı Olguya göre ayrı ayrı Sosyal Mesafe Ölçeklerinin (SMÖ) ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin (RHYİÖ) doldurulması istendi. Yaklaşık 20 dakikalık süre içerisinde öğrenciler anket formlarını doldurdular. Anket formları toplandı.

2.5.BİRİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde anket çalışmamıza katılan son sınıf öğrencilerinin demografik özellikleri, daha önce kendilerinin psikiyatrik destek alıp almadıkları, ailelerinde ruhsal hastalık tanısı konmuş birey varlığı ve ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinip edinmedikleri araştırıldı. Bölüm 1’de öğrencilere aşağıdaki sorular soruldu (Ek-1).

2.6.İKİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde Arkar'ın (1991) Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) kullanılarak hazırlanan Olgu1’e yönelik cevapları alındı. Ankete katılan öğrencilerden ölçekteki soruları Aşağıda hikâyesi olan Olgu 1’e göre doldurmaları istendi (Ek-2). Olgu 1 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı olan vakaya ait bilgiler içermektedir.

2.6.1.Olgu 1

“Ayşe Hanım, 34 yaşında, evli, çocuksuz, ev kadını. Yaklaşık 5 yıldır hastalığı devam ediyormuş. Sürekli sıkıntı çektiğini, hayattan bıktığını söylüyor. Daha önce kirli kişilerin o koltuklara oturmuş ve tutunma yerlerine dokunmuş olabilecekleri düşüncesiyle toplu taşıma araçlarına bindiğinde yoğun sıkıntı yaşıyormuş. Yolculuk bitinceye kadar araçta hiçbir yere dokunmamaya özen göstermekte ve eve geldiğinde iç çamaşırları da dâhil olmak üzere elbiselerini kapının önünde çıkararak, çamaşır makinesine atıp, hiçbir yere dokunmadan yıkanmaya başlamaktaymış. Yıkandıktan sonra evinde sokak kapısı ile banyo

arasındaki yerlerde yürüdüğü ve duvarlara dokunmuş olabileceği düşüncesiyle saatlerce yerleri, duvarları ve kapı kollarını temizliyormuş. Bir süre sonra akrabaları ve arkadaşlarının evlerine gittiğinde de sıkıntı çekmeye başlamış. Onlardan geldikten sonra yine giysilerini çıkarmaya ve yıkamaya, yıkanmaya, hatta kirli yerlere dokunmuş olabileceği düşüncesiyle çantasını bile yıkamaya kadar ilerlemiş. Giysilerini yıkamayla, banyo yapmayla ve evini temizlemeyle kirlerin gitmemiş olacağını düşünerek bir süre sonra artık evden dışarı çıkmamaya başlamış.”

Olgu 1'e göre aşağıdaki soruları cevaplandırmaları için 7'li Likert ölçeği kullanıldı.

1. Bu kişi ile belediye otobüsünde yan yana oturmak sizi rahatsız eder mi?
2. Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?
3. Bu kişinin sokağınızda işlettiği bakkal dükkânından alışveriş yapmak sizi rahatsız eder mi?
4. Bir apartman dairesinde oturduğunuzu düşünelim. Bu kişinin apartmanınızda kapıcı olarak çalışması sizi rahatsız eder mi?
5. Kiraya vermeyi istediğiniz bir eviniz olduğunu farz edelim. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?
6. Bu kişinin de geleceğini öğrendiğiniz bir aile toplantısına katılmak sizi rahatsız eder mi?
7. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kâğıdı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?
8. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?
9. Eğer bu kişiyi tanısaydınız, ona günlük sıkıntılarınızı anlatıp, onunla dertleşir miydiniz?
10. Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması sizi rahatsız eder miydi?

11. Bu kişi bir kuaför/berber olsa, ona saçınızı kestirir miydiniz ya da yaptırır mıydınız?

12. Bu kişi ile aynı iş yerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder miydi?

13. Bu kişi ile aynı iş yerinde ama farklı odalarda çalıştığınızı farz edelim. Bu kişi ile aynı çatı altında bulunmak sizi rahatsız eder miydi?

14. Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?

2.7.ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Bu bölümde öğrencilere Bilge ve Çam'ın (2008) çalışmasında kullandığı Ruhsal Hastalığa Yönelik inançlar Ölçeğine (RHYİÖ) ait soruları cevaplandırmaları istendi. Öğrencilere ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinde aşağıdaki sorular soruldu. (Ek-3).

1. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.

2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.

3. Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.

4. "Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder.

5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.

6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.

7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.

8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.

9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.

10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.

11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.

12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.

13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.

14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.

15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.

16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.

17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.

18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.

19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.

20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.

21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.

Ölçek değerlendirilmesinde Bilge ve Çam'ın (2008) ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği değerlendirmesinde kullandığı 6'lı likert ölçeği kullanılmıştır (Ek-3).

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin değerlendirilmesinde Bilge ve Çam'ın (2008) kullandığı üç alt ölçek oluşturularak yorumlanmıştır.

2.7.1.Tehlikelilik Alt Ölçeği

Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu alan ile ilgili olan bu alt ölçekte 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. ve 13. sorular bulunmakta ve alt boyut 8 maddeden oluşmaktadır.

2.7.2.Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği

Ruhsal hastalıkların kişiler arası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarını içeren 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20. ve 21. sorulardan oluşmakta ve toplam 11 maddeden oluşmaktadır.

2.7.3.Utanma Ölçeği

12. ve 15. Maddelerden oluşan utanma alt boyutu, ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğunu ifade etmektedir.

2.8.DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Bu bölümde de Arkar'ın (1991) Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) kullanılarak hazırlanan Olgu 2'ye yönelik cevapları alınmıştır. Ankete katılan öğrencilerden ölçekteki soruları Olgu 2'ye göre cevapları istenmiştir (Ek-4). Olgu 2 Şizofreni tanısı olan hastaya ait bilgiler içermektedir.

2.8.1.Olgu 2

“Hasan bey, 19 yaşında, bekâr, işsiz, ailesiyle oturuyor. Çocukluğundan beri sessiz, az konuşan fakat zeki biri olarak tanınır. Daha önce başarılı bir öğrenci iken giderek okul başarısı düşmüş ve Lise 1'de okulu terk etmiş. Son 2 yıldır içe kapanıklığının arttığı ve giyimine, tıraşına özeninin bozulduğu ifade ediliyor. Arkadaşlarıyla hiç görüşmemeye, evden çıkmamaya başlamış. 4 aydır bazen kendi kendine konuşuyor, gülüyor ve annesine karşı sinirli hareketlerde bulunuyormuş. Kulağına kendisine küfreden, emir veren sesler geldiğini söylüyor, onlara tepki gösteriyormuş. Evden çıkmıyor, kimseyle görüşmüyor ve sabaha kadar sıkıntılı bir şekilde dolaşuyormuş.”

Olgu 2'ye göre aşağıdaki soruları cevaplandırmaları için ölçek olarak 7'li Likert yöntemi kullanılmıştır.

1. Bu kişi ile belediye otobüsünde yan yana oturmak sizi rahatsız eder mi?
2. Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?
3. Bu kişinin sokağınızda işlettiğı bakkal dükkânından alışveriş yapmak sizi rahatsız eder mi?
4. Bir apartman dairesinde oturduğunuzu düşünelim. Bu kişinin apartmanınızda kapıcı olarak çalışması sizi rahatsız eder mi?
5. Kiraya vermeyi istediğiniz bir eviniz olduğunu farz edelim. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?
6. Bu kişinin de geleceğini öğrendiğiniz bir aile toplantısına katılmak sizi rahatsız eder mi?
7. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kâğıdı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?
8. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?
9. Eğer bu kişiyi tanısaydınız, ona günlük sıkıntılarınızı anlatıp, onunla dertleşir miydiniz?
10. Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması sizi rahatsız eder miydi?
11. Bu kişi bir kuaför/berber olsa, ona saçınızı kestirir miydiniz ya da yaptırır mıydınız?
12. Bu kişi ile aynı iş yerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder miydi?
13. Bu kişi ile aynı iş yerinde ama farklı odalarda çalıştığınızı farz edelim. Bu kişi ile aynı çatı altında bulunmak sizi rahatsız eder miydi?

14. Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?

2.9. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Psikoloji ile Edebiyat ve Tarih Bölümü son sınıf öğrencileriyle yapılan anket çalışması sonucunda elde edilen anket sonuçları SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edildi. Anket sonuçlarının değerlendirilmesinde; ölçeklerin geçerlik ve güvenirlikleri daha önce yapılan çalışmalarda (Arkar 1991, Bilge, Çam 2008) yapıldığı için doğrudan anket sonuçlarının değerlendirilmesi yapıldı. Son sınıf öğrencilerinin bireysel özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesinde ortalama- standart sapma, minimum maksimum ve yüzdeler oranlar belirlendi. Gruplara ait parametrik değerlerin karşılaştırılmasında t-testinden yararlanıldı. Elde edilen sonuçlar bulgular kısmında tablo halinde gösterildi. İstatistiki değerlendirmede anlamlılık düzeyi $p = 0,05$ olarak kabul edildi.

2.10. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırma da değişkenler;

Bağımlı Değişkenler;

- Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) Puanı (olgu 1 ve olgu 2 için ayrı ayrı)
- Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) Puanı

Bağımsız Değişkenler;

- Bireysel özellikler,
- Gruplara ait özellikler şeklinde belirlendi.

2.11.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmada kullanılan gruplardaki öğrenci sayısının az olması ve gruplar içerisindeki cinslere ait sayısal dağılımın kız öğrenciler lehine olması araştırmada sınırlılıkları oluşturmaktadır. Ayrıca Psikoloji Bölümü dışında karşılaştırılan bölüm sayısının sadece Edebiyat ve Tarih Bölümü olması, daha fazla bölüm olmaması çalışmada ikinci bir sınırlılığı olarak dışunülebilir. Bu alışma daha sonraki süreçte daha fazla öğrenci sayısının yer aldığı, cinsler arasındaki sayısal dağılımın dengeli olduğu ve daha fazla bölümler arasında yapılmalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

Çalışmada Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji bölümü ile Edebiyat ve Tarih bölümlerinin 2016-2017 eğitim öğretim yılı son sınıf öğrencileri arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların karşılaştırılması amacıyla kesitsel niteliksel bir araştırma yapıldı. Psikoloji bölümü son sınıf öğrencileri Grup1, Edebiyat Tarih bölümü son sınıf öğrencileri ise Grup 2 olarak adlandırıldı. Çalışmada Psikoloji bölümü son sınıfında okuyan 55 öğrenci ile Tarih ve Edebiyat bölümü son sınıfında okuyan 47 öğrenci olmak üzere toplam 102 öğrenciden elde edilen veriler dört bölüm halinde değerlendirildi.

3.1.BİRİNCİ BÖLÜM

Öğrencilerinin demografik özellikleri ve daha önce kendileri ve ailelerinde psikiyatrik destek alıp almadıkları ve ruhsal hastalık hakkında bilgi edinip edinmedikleri ile ilgili elde edilen veriler aşağıdaki Tablo 1 de gösterildi.

TABLO 1: Öğrencilerin gruplar arasında dağılımı ve yaş (yıl) özellikleri

GRUP	OLGU SAYISI N (KIZ; ERKEK)	YAŞ*	SS	MİN	MAX
GRUP 1	55 (42k; 13e)	22,76	1,62	20	29
GRUP 2	47 (41k; 6e)	23,36	1,59	21	30
TOPLAM	102 (83k; 19e)	23,03	1,67	20	30

* $p>0.05$, gruplar arasında yaş farkı yoktu.

Grup 2’de yer alan 47 tane öğrenciden 27 tanesi Edebiyat 20 tanesi Tarih bölümü öğrencisiydi. Çalışmada Edebiyat ve Tarih bölümü öğrencileri tek bir grup (Grup 2) olarak değerlendirildi.

Grup 1 ve Grup 2’nin yaş ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında yaş farkı yoktu ($p>0.05$, $p=0.07$, Tablo 1A).

Çalışmada gruplardaki öğrencilerin cins bakımından dağılımlarında kız erkek oranı her iki grupta da farklıydı. Grup 1/Psikoloji bölümünde 42 kız öğrenciye karşın 13 erkek öğrenci, Grup 2/ Edebiyat ve Tarih bölümünde ise 41 kız öğrenciye karşın 6 erkek öğrenci vardı. Bu nedenle çalışmada erkek öğrencilerin sayısının az olması nedeniyle cinsler arasında karşılaştırma yapılamadı.

TABLO 2: Gruplara göre aile tipi ve yaşadığı yer ile ilgili özellikleri

GRUP	AİLE TİPİ				YAŞADIĞI YER					
	Çekirdek aile		Geniş aile		Kent		İlçe		Köy	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
GRUP 1 N:55	48	87	7	13	43	78	10	18	2	4
GRUP 2 N:47	43	91	4	9	46	98	1	2	0	0
TOPLAM N:102	91	89	11	11	89	87	11	11	2	2

Çalışmada gruplardaki öğrencileri aile tipi bakımından dağılımları Grup 1'in % 87 çekirdek aile, Grup 2'nin % 91'i çekirdek aile tipinden oluşmaktadır. Ayrıca gruplardaki öğrenciler, yaşadığı yer bakımından dağılımlarında Grup 1'in % 78'i ve Grup 2'nin % 98'i kent olarak belirtti (Tablo 1B).

TABLO 3: Gruplara göre ekonomik durum

GRUP	EKONOMİK DURUM									
	Çok kötü		Kötü		Orta		İyi		Çok iyi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
GRUP 1 N:55	0	0	1	2	23	42	28	51	3	5
GRUP 2 N:47	1	2	0	0	18	38	28	60	0	0
TOPLAM N:102	1	1	1	1)	41	40	56	55	3	3

Çalışmada gruplardaki öğrenciler, ekonomik durum bakımından dağılımlarında Grup 1'in % 42'si orta, % 51'i iyi seçeneğini seçerken, Grup 2'deki öğrencilerin % 38 orta, % 60'ı iyi olarak ekonomik durumlarını belirtmişlerdir (Tablo 1C).

TABLO 4a: Gruplardaki öğrencilerin psikiyatrik konulara ilişkin özellikleri

PSİKİYATRİK ÖZELLİK		GRUP 1		GRUP 2	
		n	%	n	%
PSİKİYATRİK DESTEK	Evet	16	29	10	21
	Hayır	39	71	37	79
PSİKİYATRİK DESTEK TÜRÜ (Psikiyatrik destek aldınız mı sorusuna “evet” diyenler) *(evet diyenler birden fazla seçenek seçmişlerdir.)	Bir uzmana gittim	15		8	
	İlaç kullandım	7		3	
	Hastanede yattım	-		-	
	Rehber öğretmenden yardım aldım	3		5	
	Diğer	-		-	
		n	%	n	%
Ailenizde tanı konmuş ruhsal hastalığı olan birey varlığı	Evet	11	20	5	11
	Hayır	44	80	42	89
Ailede ruhsal hastalık öyküsü olanların tanısı (Her iki gruptan “evet” diyenlerin cevapları)	Anksiyete	Bipolar			
	Depresyon	Panik atak			
	Kişilik bozukluğu	Manik			
	Majör depresyon	Paronoid şizofreni			
	Psikotik bozukluk	Şizofreni			

Gruplardaki öğrencilerin psikiyatrik konulara ilişkin özellikleri bakımından karşılaştırıldığında Grup 1'deki öğrencilerin % 29'u psikiyatrik destek aldığını belirtirken, Grup 2 de ise % 21 psikiyatrik destek aldığını belirtmektedir. Her iki gruptaki öğrencilerde psikiyatrik destek olarak; uzmana gittim, ilaç kullandım ve rehber öğretmenden yardım aldım seçeneklerini birden fazla olarak seçmişlerdir. Gruplardaki öğrenciler ailenizde tanı konmuş ruhsal hastalığı olan birey var sorusuna Grup 1'in % 20'si evet derken Grup 2'nin % 11'i evet seçeneğini seçti.

TABLO 4b: Gruplardaki öğrencilerin psikiyatrik konulara ilişkin özellikleri

PSİKIYATRİK ÖZELLİK		GRUP 1		GRUP 2	
		n	%	n	%
Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi alma durumu	Evet	55	100	3	77
	Hayır	0	0	1	23
Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme kaynakları (birden fazla seçenek işaretlenmiştir)	Televizyondaki haberler	9		15	
	Sinema /filmlerden	18		12	
	Arkadaşımdan	10		17	
	İnternette	18		21	
	Ailemden	5		10	
	Okuldaki öğretmenlerimden	44		8	
	Diğer	13		11	
Sık duydukları veya bildikleri bir ruhsal hastalık varlığı		n	%	n	%
	Evet	52	95	33	70
	Hayır	3	5	14	30
Bilinen ruhsal hastalık (Her iki gruptan “evet” diyenlerin cevapları)	Anksiyete	Panik bozukluk			
	Sosyal fobi	TSSB			
	Bipolar	Şizofreni			
	Depresyon	OKB			
	DSM5	Klostrofobi			
	Kleptomani	Kişilik bozukluğu			
	Antisosyal kişilik bozukluğu				

Gruplardaki öğrencilerin ruhsal hastalıklar hakkında bilgi alma durumu sorusuna, Grup 1’deki öğrencilerin tamamı (%100) evet cevabını verirken Grup 2’deki öğrencilerin % 77’si evet cevabını işaretledi. Ayrıca ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme kaynakları sorusuna Grup 1’deki öğrencilerden 44 tanesi (%80) “okuldaki öğretmenlerimden” tercihi işaretlerken, Grup 2’deki öğrencilerinse

8 tanesi (% 17) “okuldaki öğretmenlerimden” tercihini işaretlediler. Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme kaynakları bakımından diğer şıklar olan televizyondaki haberler, Sinema /filmlerden, arkadaşlarımdan, internetten, ailemden ve diğer şıklardaki tercihleri her iki grupta benzer dağılımda işaretlediler (Tablo 1D-b).

Bilinen ruhsal hastalık sorusuna her iki grupta birden fazla örnek yazdığı için; Grup 1 de evet diyen 50 tane tercih yaparak toplam 13 ruhsal hastalık örneği verirken Grup 2 de 33 tane tercih yapılarak 10 tane ruhsal hastalık örneği verdi (Tablo 1D-b).

TABLO 4c: Gruplardaki öğrencilerin psikiyatrik konulara ilişkin özellikleri

PSİKİYATRİK ÖZELLİK		GRUP 1		GRUP 2	
		n	%	n	%
Tehlikeli olduğunu düşündükleri ruhsal hastalık varlığı	Evet	42	76	27	57
	Hayır	13	24	20	43
Tehlikeli olduğunu düşündükleri ruhsal hastalıklar (Her iki gruptan “evet” diyenlerin cevapları)	Bipolar Kişilik bozukluğu Paranoid şizofreni Mani Psikotik olan hepsi Anti sosyal kişilik bozukluğu	Depresyon Paranoid anti sosyal Paranoya Psikotik hastalık Alzheimer Anoreksiya			
Ruhsal hastalıkların sebepleri hakkındaki görüşleri (birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)	Genetik ve kalıtsal durum	48		23	
	Çocuklukta yaşanmış olaylar	50		45	
	Büyü ve dinsel sorunlar	9		17	
	Kişinin şiddet görmesi	40		33	
	Diğer	20		11	

Gruplardaki öğrencilerin tehlikeli olduğunu düşündükleri ruhsal hastalık varlığı sorusuna, Grup 1’deki öğrencilerin % 76’sı evet cevabını verirken Grup 2’deki öğrencilerin % 57’si evet cevabını işaretlediler. Tehlikeli olduğunu

düşündükleri ruhsal hastalık varlığı sorusuna her iki grupta birden fazla örnek yazdığı için; Grup 1'deki öğrencilerden 40 tanesi “evet” seçeneğini seçti ve toplam 11 tehlikeli ruhsal hastalık örneği verdi. Grup 2'deki öğrencilerden 27 tanesi “evet” dedi ve 3 tane tehlikeli ruhsal hastalık örneği verdi (Tablo 1D-c).

Gruplardaki öğrencilere ruhsal hastalıkların sebepleri hakkındaki görüşleri sorulduğunda birden fazla seçenek işaretlediler. Ruhsal hastalıkların sebepleri olarak Grup 1 deki öğrenciler en fazla genetik ve kalıtsal durum ile çocuklukta yaşanmış olaylar şikkını işaretlerken, Grup 2'deki öğrenciler ise en fazla çocuklukta yaşanmış olaylar ile kişinin şiddet görmesi şikkını işaretlediler (Tablo 1D-c).

3.2.İKİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde Arkar'ın (1991) Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) kullanılarak hazırladığımız Olgu1'e yönelik grupların verdikleri cevaplar Tablo 2 de gösterildi.

TABLO 7: Olgu 1 e göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine kullanılarak 7'li likert ölçeğine göre işaretlenen cevap sayısı

	Likert ölçeği													
	1=kesinlikle rahatsız etmez							7=kesinlikle rahatsız eder						
	1		2		3		4		5		6		7	
Soru no	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n
1	8	5	4	1	9	6	13	10	9	3	8	10	4	12
2	3	1	1	-	4	-	9	4	9	6	15	8	14	28
3	19	12	10	8	7	7	8	3	3	6	6	3	2	8
4	14	12	10	9	4	3	9	7	7	5	5	5	6	6
5	16	14	6	7	9	4	9	9	6	4	7	6	2	3
6	7	7	11	2	5	4	7	9	12	8	8	10	5	7
7	5	7	11	1	6	2	10	6	9	4	8	8	6	19
8	17	16	15	6	5	5	11	9	3	1	1	5	3	5
9	9	9	10	3	12	7	8	9	4	2	9	9	3	8
10	9	8	5	5	9	-	10	9	6	6	9	5	7	14
11	5	10	11	6	8	2	8	2	6	2	6	6	11	19
12	2	3	2	1	3	-	4	4	9	4	14	9	21	26
13	13	14	15	6	8	5	6	7	6	4	2	4	5	7
14	1	4	1	-	2	-	4	1	7	5	12	8	28	29

TABLO 8: Olgu 1'e göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre puan ortalamaları ve grupların karşılaştırılması (t-test)

GRUPLAR	SMÖ TOPLAM* ORTALAMA \pm SS	SMÖ ARİTMETİK* ORTALAMA \pm SS	t	p
GRUP 1 (N:55)	55,41 \pm 16,28	3,95 \pm 1,16	2,24	0,027
GRUP 2 (N:47)	62,46 \pm 15,21	4,46 \pm 1,08		

*p<0.05, Gruplar arası farklılık

Olgu 1'e göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplara arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0.05, p= 0,027, Tablo 2B).

Olgu 1'e göre Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) verdikleri cevapların Grup 1'deki aritmetik ortalamaları 3,95 \pm 1,16 iken, Grup 2'deki aritmetik ortalamaları ise 4,46 \pm 1,08 olarak tespit edildi (Tablo 2B).

Olgu 1'e göre Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) verdikleri cevaplar gruplara göre ayrı ayrı değerlendirdiğinde şu sorulara verdikleri cevaplar dikkat çekici bulundu.

İkinci soruya (Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?) Grup 1 7'li likert ölçeğinden 14 kişi (% 25) 7nolu (kesinlikle rahatsız eder) likert ölçeğini işaretlerken Grup 2'deki 28 kişi (% 60) 7nolu (kesinlikle rahatsız eder) likert ölçeğini işaretlediler.

Yedinci soruya (Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kâğıdı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?) Grup 1 7'li likert ölçeğinden 6 kişi (% 11) yedi nolu (kesinlikle rahatsız eder) likert ölçeğini işaretlerken Grup 2'deki 19 kişi (% 40) yedi nolu (kesinlikle rahatsız eder) likert ölçeğini işaretlediler.

Sekizinci soruya (Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?) her iki grupta (Grup 1 (%31) Grup 2 (%34)) çoğunlukla bir nolu (kesinlikle rahatsız etmez) likert ölçeğini işaretlediler.

On iki (Bu kişi ile aynı iş yerinde çalıştığımızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder miydi?) ve on dördüncü sorulara (Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?) her iki grupta (on ikinci soru için; Grup 1 (%38) Grup 2 (%55), on dördüncü soru için; Grup 1 (%51) Grup 2 (%62)) çoğunlukla yedi nolu (kesinlikle rahatsız eder) likert ölçeğini işaretlediler.

3.3.ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Bu bölümde Bilge ve am'ın (2008) ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğindeki sonuçlara verdikleri cevaplar (RHYİÖ) kullanılarak öğrencilerin gruplara göre verdikleri cevaplar Tablo 3'de gösterildi.

TABLO 9: Her iki grubun (G1, G2) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği kullanılarak 6'lı likert ölçeğine göre işaretlenen cevap sayısı

	LİKERT ÖLÇEĞİ											
	Tamamen katılmıyorum		Çoğunlukla katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Çoğunlukla katılıyorum		Tamamen katılıyorum	
	0		1		2		3		4		5	
Soru no	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n	G1 n	G2 n
1	5	1	7	2	7	3	20	15	8	11	8	15
2	3	-	1	-	5	3	14	8	19	15	13	21
3	9	-	24	7	14	6	5	22	3	6	-	5
4	13	5	11	7	8	8	12	12	5	11	6	4
5	4	5	5	3	11	8	18	11	8	7	7	12
6	7	2	5	4	17	8	17	15	6	8	2	10
7	5	5	6	6	5	7	23	18	12	6	2	4
8	3	3	3	1	9	5	16	10	20	14	4	14
9	13	8	18	11	10	9	10	9	2	2	2	7
10	1	3	12	6	10	15	21	11	11	6	-	5
11	13	12	16	2	12	15	11	9	3	5	-	3
12	42	30	9	9	1	6	2	1	-	-	1	-
13	11	8	20	10	15	13	6	9	2	6	-	1
14	10	5	14	4	10	8	12	13	5	10	4	7
15	32	29	10	9	7	4	4	3	2	-	-	1
16	15	18	19	8	8	7	6	6	6	6	1	1
17	7	2	12	8	15	9	11	13	7	6	3	7
18	9	1	17	3	3	14	16	12	8	10	2	7
19	6	3	13	8	15	6	13	14	6	9	2	7
20	20	19	25	8	5	11	3	5	2	2	-	2
21	10	4	19	12	13	13	12	7	-	6	1	5

TABLO 10: Grup 1 ve 2'ye göre (G1, G2) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği (RHYİÖ) ve alt boyutlarının puan ortalamaları ve grupların karşılaştırılması (t-test)

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇ ÖLÇEĞİ (RHYİÖ) TOPLAM				
GRUPLAR	RHYİÖ TOPLAM ORTALAMA ± SS*	RHYİÖ ARİTMETİK ORTALAMA ± SS*	t	p
GRUP 1 N:55	61,83 ± 13,07	2,95± 0,61	4,016	0,000
GRUP 2 N:47	72,40 ± 13,44	3,48 ± 0,62		
RHYİÖ ALT BOYUTLARI				
1.TEHLİKELİ ALT BOYUTU	ORTALAMA ± SS*	ARİTMETİK ORTALAMA ± SS*	t	p
GRUP 1	26,61±5,34	3,36 ± 0,63	4,63	0,000
GRUP 2	31,78±6,09	4,00 ± 0,74		
2.ÇARESİZLİK VE KİŞİLER ARASI İLİŞKİLERDE BOZULMA ALT BOYUTU	ORTALAMA ± SS*	ARİTMETİK ORTALAMA ± SS*	t	p
GRUP 1	32,01 ±8,36	2,91 ± 076	3,48	0,001
GRUP 2	37,48 ±8,76	3,44 ± 0,79		
3.UTANMA ALT BOYUTU	ORTALAMA ± SS	ARİTMETİK ORTALAMA ± SS	t	p
GRUP 1	3,20 ±1,67	1,60 ± 0,83	0,013	0,98
GRUP 2	3,12 ±1,59	1,59 ± 0,77		

*p<0.001, Gruplar arası farklılık

3.3.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği (RHYİÖ) Toplam

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğine (RHYİÖ) göre her iki grubun (G1, G2) toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplara arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0,001$, $p = 0,000$, Tablo 3B).

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğine (RHYİÖ) ölçek puan ortalamaları Grup 1'deki aritmetik ortalamaları $2,95 \pm 0,61$ iken, Grup2'deki aritmetik ortalamaları ise $3,48 \pm 0,62$ olarak tespit edildi.

3.3.1.1. Tehlikeli Alt Boyutu

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin (RHYİÖ) alt boyutlarına ait olan tehlikeli alt boyut ölçeğine göre her iki grubun (G1, G2) toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplara arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0,001$, $p = 0,000$, Tablo 3B).

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin (RHYİÖ) alt boyutlarına ait olan tehlikeli alt boyut ölçeğine göre verdikleri cevapların Grup 1'deki aritmetik ortalamaları $3,36 \pm 0,63$ iken, Grup2'deki aritmetik ortalamaları ise $4,00 \pm 0,74$ olarak tespit edildi.

3.3.1.2. Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin (RHYİÖ) alt boyutlarına ait olan "Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut" ölçeğine göre her iki grubun (G1, G2) toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplara arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0,001$, $p = 0,001$, Tablo 3B).

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin (RHYİÖ) alt boyutlarına ait olan "Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut" ölçeğine göre verdikleri cevapların Grup 1'deki aritmetik ortalamaları $2,91 \pm 0,76$ iken, Grup2'deki aritmetik ortalamaları ise $3,44 \pm 0,79$ olarak tespit edildi.

3.3.1.3.Utanma Alt Boyutu

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin (RHYİÖ) alt boyutlarına ait olan “utanma alt boyutu” ölçeğine göre her iki grubun (G1, G2) toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplara arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunamadı. ($p>0,05$, $p= 0,98$, Tablo 3B).

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin (RHYİÖ) alt boyutlarına ait olan “utanma alt boyutu” ölçeğine göre verdikleri cevapların Grup 1’deki aritmetik ortalamaları $1,60 \pm 0,83$ iken, Grup2’deki aritmetik ortalamaları ise $1,59 \pm 0,77$ olarak tespit edildi.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğine (RHYİÖ) verdikleri cevaplar gruplara göre ayrı ayrı değerlendirdiğinde şu sorulara verdikleri cevaplar dikkat çekici bulundu.

Üçüncü soruya (Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.) Grup 1 6’lı likert ölçeğinden 24 kişi (% 44) bir nolu (çoğunlukla katılmıyorum) likert ölçeğini işaretlerken, Grup 2’deki 22 kişi (% 47) üç nolu (kısmen katılıyorum) likert ölçeğini işaretlediler (Tablo 3A).

İkinci soruya (Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.) her iki grupta (Grup 1 (%35) Grup 2 (%32)) çoğunlukla dört nolu (çoğunlukla katılıyorum) likert ölçeğini işaretlediler. Ayrıca yine her iki grupta (Grup 1 (%24) Grup 2 (%45)) çoğunlukla beş nolu (tamamen katılıyorum) likert ölçeğini işaretlediler (Tablo 3A).

On iki (İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım) ve on beşinci sorulara (Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım) her iki grupta (on ikinci soru için; Grup 1 (%76) Grup 2 (%64), on beşinci soru için; Grup 1 (%58) Grup 2 (%62)) çoğunlukla sıfır nolu (tamamen katılmıyorum) likert ölçeğini işaretlediler (Tablo 3A).

3.4.DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Bu bölümde Arkar'ın (1991) Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) kullanılarak hazırladığımız olgu1'e yönelik grupların verdikleri cevaplar Tablo 4 de gösterildi.

TABLO 11: Olgu 2'ye göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine kullanılarak 7'li likert ölçeğine göre işaretlenen cevap sayısı

	Likert ölçeği													
	1=kesinlikle rahatsız etmez							7=kesinlikle rahatsız eder						
	1		2		3		4		5		6		7	
Soru	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
1	3	4	5	-	8	7	8	6	13	4	14	7	4	19
2	-	5	2	-	3	1	5	2	12	5	12	10	21	24
3	7	9	8	4	15	2	11	8	7	7	4	9	3	8
4	2	3	7	3	2	6	10	2	16	9	9	7	9	17
5	2	4	2	1	3	4	8	6	9	3	18	8	13	21
6	3	7	6	2	8	3	8	9	17	6	10	7	3	13
7	3	5	10	3	8	4	11	6	10	9	8	7	5	13
8	7	8	9	5	9	7	13	9	6	4	9	6	2	8
9	3	6	6	1	7	4	10	1	7	11	13	6	8	18
10	3	3	3	1	4	7	11	5	9	7	17	7	8	17
11	2	3	7	1	6	1	5	5	7	6	13	11	13	20
12	-	1	3	2	4	-	6	3	6	8	19	7	17	26
13	3	5	10	3	12	3	8	11	5	3	15	11	2	11
14	1	-	1	1	1	2	1	-	4	2	12	7	35	35

TABLO 12: Olgu 2'ye göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre puan ortalamaları ve grupların karşılaştırılması (t-test)

GRUPLAR	SMÖ TOPLAM ORTALAMA \pm SS*	SMÖ ARİTMETİK ORTALAMA \pm SS*	t	p
GRUP 1 N:55	65,67 \pm 16,32	4,69 \pm 1,16	1,87	0,067
GRUP 2 N:47	72,17 \pm 18,70	5,15 \pm 1,33		

*p>0.05, Gruplar arası fark yoktu.

Olgu 2'ye göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplara arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunamadı (p>0,05, p= 0,067, Tablo 4B).

Olgu 2'ye göre Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) verdikleri cevapların Grup 1'deki aritmetik ortalamaları 4,69 \pm 1,16 iken, Grup2'deki aritmetik ortalamaları ise 5,15 \pm 1,33 olarak tespit edildi.

Olgu 2'ye göre Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) verdikleri cevaplar gruplara göre ayrı ayrı değerlendirdiğinde şu sorulara verdikleri cevaplar dikkat çekici bulundu.

İkinci (Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?), beşinci (Kiraya vermeyi istediğiniz bir eviniz olduğunu farz edelim. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?), on birinci (Bu kişi bir kuaför/berber olsa, ona saçınızı kestirir miydiniz ya da yaptırır mıydınız?), on ikinci (Bu kişi ile aynı iş yerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder miydi?) ve on dördüncü (Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?) sorulara her iki grupta (ikinci soru için; Grup 1 (%38) Grup 2 (%51), beşinci soru için; Grup 1 (%24) Grup 2 (%45), on birinci soru için; Grup 1 (%24) Grup 2 (%43), on ikinci soru için; Grup 1 (%31) Grup 2 (%55), on dördüncü soru için; Grup 1 (%64) Grup 2 (%74)) çoğunlukla yedi nolu (kesinlikle rahatsız eder) likert ölçeğini işaretlediler (Tablo 4A).

Psikoloji bölümü (Grup 1) ve Edebiyat Tarih bölümü (Grup 2) öğrencilerinin Olgu 1 ve Olgu 2 için Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre verdikleri puan ortalamalarının olgular arasında karşılaştırılması tablo 5’te gösterildi.

TABLO 13: Grup 1 in (psikoloji bölümü) Olgu 1 ve 2’ye göre Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre puan ortalamalarının ve olguların karşılaştırılması (t-test)

GRUP 1	SMÖ TOPLAM* ORTALAMA ± SS	SMÖ ARİTMETİK* ORTALAMA ± SS	t	p
OLGU 1 N:55	55,41 ± 16,28	3,95 ± 1,16	4,079	0,000
OLGU 2 N:55	65,67 ± 16,32	4,69 ± 1,16		

*p<0.001, Olgular arası farklılık

Psikoloji bölümü öğrencilerinin Olgu 1 ve Olgu 2’ye için Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre verdikleri toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları olgular arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu tespit edildi (p<0,001, p= 0,000, Tablo 5A).

TABLO 14: Grup 2 in (psikoloji bölümü) Olgu 1 ve 2’ye göre Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre puan ortalamalarının ve olguların karşılaştırılması (t-test)

GRUP 2	SMÖ TOPLAM* ORTALAMA ± SS	SMÖ ARİTMETİK* ORTALAMA ± SS	t	p
OLGU 1 N:47	62,46 ± 15,21	4,46 ± 1,08	3,692	0,001
OLGU 2 N:47	72,17 ± 18,70	5,15 ± 1,33		

*p<0.001, Olgular arası farklılık

Edebiyat ve Tarih bölümü öğrencilerinin Olgu 1 ve Olgu 2 için Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre verdikleri toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları olgular arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p < 0,001$, $p = 0,001$, Tablo 5B).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA

Damgalamak anlamına gelen “Stigma kavramı” toplum içinde bazı hastalıklara, rahatsızlıklara karşı takınılan ve kişinin dışlanmasına yol açan olumsuz görüş ya da tutumlardır. Kişi ya da gruplara karşı olumsuz görüşler ya da olumsuz tutumlar olan önyargılar, bu grup veya kişilere karşı sosyal mesafe şeklinde ortaya çıkar. Damgalama terimi ise toplumun çoğu tarafından olumsuz olarak değerlendirilen kişinin özelliğine karşı ayrımcı ve reddedici davranışlardır (Byrne, 2000, Bryne, 2001, Erbaydar, Çilingiroğlu, 2010). Toplum tarafından ruhsal hastalığı olan kişiler; öldürmeye meyilli ve kendilerinden korkulması gereken, kendi hastalıklarından sorumlu zayıf karakterli kişiler olarak görülürler. Daha önce yapılan çalışmada İki bin Amerikan ve İngiliz vatandaşına uygulanan anketlerde de benzer sonuçlar bulundu (Corrigan, Watson, 2002).

Ruhsal hastalıklara yönelik farklı tutumlar ve inançlar, geçmişten günümüze gelmekte ve etkisini göstermektedir. Aynı toplumdaki bireyler arasında da ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançlar arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Ruhsal hastalıklara karşı oluşan olumsuz tutum ve inançlar, ruhsal hastalığa sahip kişilerin olumsuz yönde etiketlenmelerine sebep olmaktadır. Bu nedenle toplumun ruhsal bozukluğu olan kişilere ilişkin tutum ve inançları hakkında elde edilecek ayrıntılı bilgiler, ruhsal bozukluklara yönelik yapılacak bilimsel çalışmalara ve ruhsal hastalıkların tedavisine önemli katkılar sağlayacaktır. Rose ve ark. (2007) ruhsal hastalığı olan kişilere karşı, farklı tutum ve inançların kişilerin ruhsal hastalığı olan bireylerle olan iletişimlerinin ve birlikteliklerini arttırarak, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutum ve inançlarında olumlu yönde katkı sağlayacağını belirtmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan kişilere ilişkin tutum ve inançlar hakkında Psikoloji bölümü öğrencileri ve mezunları üzerinde yapılan bir çalışmada öğrenciler ve mezunlar arasında psikiyatrik rahatsızlıklara ilişkin bakış açıları arasında fark bulunamadı (Yıldız ve ark., 2014). Ayrıca psikoloji bölümü 1. ve 4. sınıf öğrencileri

arasında yapılan karşılaştırmada da anlamlı farklılıkların bulunmadığı gösterildi (Eker, 1985).

Üniversitelerin psikoloji bölümlerinde ruhsal sağlık hakkında verilen eğitim derslerinin öğrencilerin ruhsal hastalığa ve ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutum ve inançlarını ne ölçüde değiştirdiğini ölçmek ve öğrenciler üzerinde ruhsal hastalıklara yönelik bir farkındalık oluşturup oluşturmadığına bakılmalıdır. Yaptığımız literatür araştırmasında ulusal ölçekte psikoloji bölümünün birinci sınıf, son sınıf ve yüksek lisans öğrencileri arasında karşılaştırılmalı çalışma yapıldı (Yıldız ve ark., 2014). Bu çalışmada gruplar arasında fark olmadığı ve öğrencilerin ruhsal hastalıkları etiketlemede ortalamanın altında sonuçlar bulundu. Ayrıca bu tutum ve inançlar hakkında, sağlık alanında eğitim gören lisans öğrencileri ve mezunları arasında da farklılıklar araştırıldı (Eker, 1988). Bu çalışmaların sonucunda ruhsal hastalığa ve ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutum ve inançlarının ne ölçüde farklılık gösterdiğinin yapılacak çalışmalarla desteklenmesi gerektiği belirtildi (Arkan, 1991, Oban, Küçük, 2011b).

Çalışmada Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji bölümü ile Edebiyat ve Tarih bölümlerinin 2016-2017 eğitim öğretim yılı son sınıf öğrencileri arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların karşılaştırılması amacıyla kesitsel niteliksel bir çalışma yapıldı. Ayrıca ruh sağlığı konusunda bilgilenmenin tutumlara etki edip etmediği araştırıldı. Psikoloji bölümü son sınıf öğrencileri Grup1, Edebiyat ve Tarih bölümü son sınıf öğrencileri ise Grup 2 olarak adlandırıldı. Çalışmadaki anket sonuçlarının değerlendirilmesi daha önce bulgular kısmında dört bölümde ele alındı.

Birinci bölümdeki tartışma konuları;

Ankete katılan gruplardaki öğrencilerin demografik özellikleri ve daha önce kendileri ve ailelerinde psikiyatrik destek alıp almadıkları ve ruhsal hastalık hakkında bilgi edinip edinmedikleri ile ilgili veriler değerlendirildi. Psikoloji bölümü son sınıfında okuyan 55 öğrenci ile Tarih ve Edebiyat bölümü son sınıfında okuyan 47 öğrenci olmak üzere toplam 102 öğrenciden elde edilen veriler Tablo 1 de gösterildi.

Grup 2 de yer alan 47 tane öğrenciden 27 tanesi Edebiyat 20 tanesi Tarih bölümü öğrencisiydi. Edebiyat ve Tarih bölümü öğrencileri çalışmada tek bir grup olarak değerlendirildi. Ancak Edebiyat ve Tarih bölümündeki öğrencilerin sosyal mesafe ölçeğinde (SMÖ) Olgu 1 ve Olgu 2'ye göre ayrıca Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği (RHYİÖ) bakımından karşılaştırılmasında anket sonuçları bakımından aralarında 7'li ve 6'lı likert ölçeğinde anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Edebiyat ve Tarih bölümü öğrencilerinin bu verilerinin karşılaştırılmasında hem parametrik t-testi hem de non-parametrik Mann-Whitney U testinden yapıldı ve her ikisinde de aynı sonuç bulundu.

Oban ve Küçük (2011a) "gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü" adlı çalışmasında cinsler arasında ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlarda farklılık olduğundan bahsetmektedir. Ayrıca, çalışmada kadınların erkeklere göre ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu ve daha az sosyal mesafe koydukları da belirtildi (Dündar ve ark., 1995b, Oban, Küçük, 2011a). Çalışmada gruplardaki öğrencilerin cins bakımından dağılımlarında kız erkek oranı her iki grupta da farklıydı. Grup 1/Psikoloji bölümünde 42 kız öğrenciye karşın 13 erkek öğrenci, Grup 2/ Edebiyat ve Tarih bölümünde ise 41 kız öğrenciye karşın 6 erkek öğrenci vardı. Bu nedenle çalışmada erkek öğrencilerin sayısının az olması nedeniyle cinsler arasında karşılaştırma yapılamadı. Bu çalışmanın daha fazla sayıda erkek öğrencinin yer aldığı farklı gruplarda yapılması cinsler arasındaki ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların karşılaştırılması bakımından daha yararlı bilgiler verecektir.

Çalışmadaki gruplardaki öğrencileri aile tipi bakımından dağılımlarında Grup 1 % 87 çekirdek aile, Grup 2 % 91 çekirdek aile tipinden oluşmaktadır. Ayrıca gruplardaki öğrenciler, yaşadığı yer bakımından dağılımlarında Grup 1 % 78'i kent ve Grup 2 % 98'i kent olarak belirtti. Bu nedenle gruplardaki öğrencilerin çoğunluğunun çekirdek aile ve kentte yaşıyor olması geniş aile tipi ve ilçe ve köyde yaşayan grup hakkında bilgi vermemesi çalışmamızın sınırlılıkları arasında değerlendirilebilir.

Çalışmada gruplardaki öğrenciler, ekonomik durum bakımından dağılımlarında Grup 1 % 42'si orta, % 51'i iyi seçeneğini seçerken, Grup 2'deki

öğrencilerin % 38 orta, % 60'ı iyi olarak ekonomik durumlarını belirttiler. Bu nedenle gruptaki öğrencilerin çoğunluğunun ekonomik durumlarının iyi ve orta derecede olması, ekonomik durumları iyi olmayan demografik grup ile ilgili bilgi verilmemesi çalışmamızın diğer bir sınırlılıkları arasında değerlendirilebilir.

Gruplardaki öğrencilerin psikiyatrik konulara ilişkin özellikleri bakımından karşılaştırdığımızda Grup 1'deki öğrencilerin % 29'u psikiyatrik destek aldığını belirtirken Grup 2 de ise % 21 psikiyatrik destek aldığını belirtmektedir. Her iki gruptaki öğrencilerde psikiyatrik destek olarak uzmana gittim, ilaç kullandım ve rehber öğretmenden yardım aldım seçeneklerini birden fazla olarak seçtiler. Gruplardaki öğrenciler ailenizde tanı konmuş ruhsal hastalığı olan birey var sorusuna Grup 1'in % 20'si evet derken Grup 2'nin % 11'i evet seçeneğini seçtiler. Her iki grubun psikiyatrik konulara ilişkin özellikleri ve ailelerinde tanı alan ruhsal hastalığı olan birey varlığı konusunda ele alınırsa Grup 1'de yer alan psikoloji bölümü son sınıf öğrencilerinin psikiyatrik destek alma bakımından ve ailelerinde tanı alan ruhsal hastalığı olan birey varlığı konusunda Grup 2'ye göre daha fazla öğrenci olduğu görüldü. Bu sonuç çalışmadaki ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların karşılaştırılması bakımından Grup 1'in daha farklı bir durum oluşturabilmesi noktasında üzerinde durulması gereken bir konu olarak düşünüldü.

Gruplardaki öğrencilerin ruhsal hastalıklar hakkında bilgi alma durumu sorusuna Grup 1'deki öğrencilerin tamamı (% 100) evet cevabını verirken Grup 2'deki öğrencilerin % 77'si evet cevabını işaretlediler. Ayrıca ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme kaynakları sorusuna, Grup 1'deki öğrencilerden 44 tanesi (% 80) "okuldaki öğretmenlerimden" tercihi işaretlerken, Grup 2'deki öğrencilerden ise 8 tanesi (% 17) "okuldaki öğretmenlerimden" tercihini işaretlediler. Çalışmada Grup 1'de yer alan öğrenciler Olgu 1'deki Sosyal Mesafe Ölçeği bakımından Grup 2'ye göre likert ölçeğinde bir nolu değere (kesinlikle rahatsız etmez) daha yakın seçenek işaretlediler. Aynı şekilde Grup 1'deki öğrencilerin RHYİÖ'nde Grup 2'ye göre likert ölçeğinde sıfır nolu değere (tamamen katılmıyorum) daha yakın seçenekleri işaretlediler. Her iki durumunda; Grup 1'de yer alan öğrencilerin bilgi alma durumu ve bilgi edinme kaynakları farklılığından kaynaklandığı düşünüldü.

Bilinen ruhsal hastalık sorusuna her iki grupta birden fazla örnek yazdığı için; Grup 1 de evet diyen 50 tane tercih yaparak toplam 13 ruhsal hastalık örneği vermiştir. Bu örnekler çoğunlukla DSM-5, hepsi şeklinde ve özellikle bipolar, şizofreni, anksiyete, depresyon, sosyal fobi, anti sosyal kişilik bozukluğu, kişilik bozukluğu, OKB, panik bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu gibi örneklerdi. Grup 2 de 33 tane tercih yapılarak 10 tane ruhsal hastalık örneği vermiştir. Bunlar; bipolar, şizofreni, panik bozukluk, kleptomani, klostrofobi, depresyon şeklindedir. Burada Grup 1'deki öğrencilerin tamamına yakını ruhsal hastalık hakkında bilgi vermesi anlamlı bulundu.

Gruplardaki öğrencilerin tehlikeli olduğunu düşündükleri ruhsal hastalık varlığı sorusuna Grup 1'deki öğrencilerin % 76 evet cevabını verirken, örnek olarak anti sosyal kişilik bozukluğu, şizofreni, depresyon, bipolar, kişilik bozukluğu, paronoid anti sosyal, paronoid şizofreni, paranoya, mani, psikotik hastalık, psikotik olan hepsi, Alzheimer, anoreksiya hastalıklarını yazmışlardır. Grup 2'deki öğrencilerin % 57'si evet cevabını işaretlediler. Tehlikeli olduğunu düşündükleri ruhsal hastalıklara da şizofreni, bipolar ve kişilik bozukluğu cevaplarını yazmışlardır. Özetle; Grup 1'deki öğrenciler Grup 2'ye göre tehlikeli olduğunu düşündükleri ruhsal hastalıklara daha fazla örnek yazmışlardır. Bunun sebebi ruhsal hastalıklar hakkında lisans eğitimi süresince bilgi sahibi olmalarından kaynaklanabileceği düşünüldü.

İkinci bölümdeki tartışma konuları;

Çalışmadaki Olgu 1'e göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark tespit edildi ($p < 0,05$, $p = 0,027$, Tablo 2B). Olgu 1'de verilen hasta örneği Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) olan birine aittir, Olgu 2'deki hastanın temizlikle ilgili obsesyonları bulunmaktadır. Akrabaları ve arkadaşlarının evlerine gittiği zaman sıkıntılar duymaktadır. Ayrıca kirlerin temizlikle gitmeyeceğini düşünmeye başlamış ve evden dışarı çıkmamaya başlaması şeklinde davranışları vardır. Olgu 1'e göre Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) verdikleri

cevapların Grup 1'deki aritmetik ortalamaları $3,95 \pm 1,16$ iken, Grup2'deki aritmetik ortalamaları ise $4,46 \pm 1,08$ olarak tespit edildi (Tablo 2B). Bu sonuç Grup 1'deki psikoloji bölümü öğrencilerinin Grup 2'deki Edebiyat ve Tarih bölümü öğrencilerine göre ortalamanın altında ve likert ölçeğindeki kesinlikle rahatsız etmez tarafına daha yakın bulundu. Bunun sonuçtan da; Psikoloji bölümü son sınıf öğrencilerinin Olgu 1'deki OKB'li olgu ile ilgili sorulan sosyal mesafe ölçeği soruları için Grup 2'ye göre daha pozitif düşündükleri sonucu çıkarılmıştır.

Dündar ve ark., (1995a)'nın yaptığı çalışmada da OKB hastalığı ve diğer ruhsal hastalıklara karşı tutumları incelediklerinde çalışmaya katılan toplumdaki kişilerin en çok OKB hastalığını bildikleri belirtildi. Bu sonuç; hastalık hakkında bilgi sahibi olan kişilerin hastalığa karşı daha olumlu tutumlarının olmasının beklenebileceği şeklinde yorumlanabilir. Çalışmada da Psikoloji bölümü öğrencilerinin OKB hastalığı hakkında bilgilerinin olması hastalığa karşı tutumların da olumlu yönde olmasını etkilediği şeklinde yorumlanmıştır.

Yıldız ve ark.'nın (2014) psikoloji bölümü öğrencileri ve mezunlarının psikiyatrik rahatsızlıklar ve bağımlılığa ilişkin bakış açılarının değerlendirilmesi ile ilgili yaptıkları çalışma da psikoloji bölümü öğrenci ve mezunlarının ruhsal hastalıklara karşı ortalamanın altında değerlerde olup birbirleriyle fark göstermemektedirler. Araştırmada hem psikoloji bölümü öğrencileri hem de mezunlarının psikiyatrik rahatsızlıklara ilişkin bakış açılarının daha ılımlı olduğu gösterilmektedir. Çalışmada da Grup 1'in Olgu1 için verdikleri SMÖ sonuçları ile Yıldız ve ark.'nın (2014) yapmış oldukları çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Olgu 1'de sorulan ikinci soruya; “Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?” Grup 1'in % 25'i “kesinlikle rahatsız eder” derken Grup 2'nin % 60'ı “kesinlikle rahatsız ederi” işaretlediler. Bu sonuç Grup 2'deki öğrencilerin birçoğunun OKB'li hastadan Grup 1'e göre daha fazla rahatsız olduğunu göstermektedir.

Olgu 1'de yedinci soruya “Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kâğıdı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?” Grup 1'in %

11'i "kesinlikle rahatsız eder" derken Grup 2'nin % 40'ı "kesinlikle rahatsız ederi" işaretlediler. Bu sonuç Grup 2'ye göre Grup 1'deki öğrencilerin daha azını "kesinlikle rahatsız eder" şeklinde değerlendirildi.

Olgu 1'deki "Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?" şeklindeki sekizinci soruya her iki grupta (Grup 1 %31, Grup 2 %34) çoğunlukla "kesinlikle rahatsız etmez" şikkını işaretlediler.

Olgu 1'deki On iki (Bu kişi ile aynı iş yerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder miydi?) ve on dördüncü sorulara (Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?) her iki grubun büyük bir çoğunluğu (on ikinci soru için; Grup 1 (%38), Grup 2 (%55), on dördüncü soru için; Grup 1 (%51), Grup 2 (%62)) "kesinlikle rahatsız eder" şikkını işaretlediler. Bu sonuçtan; Grup 1'in OKB li olan Olgu 1'e sosyal mesafe ölçeğinde çoğunlukla pozitif yönde cevap vermesine karşın on iki ve on dördüncü sorularda daha yakın ilişkilere girme konusunda çekindikleri ve uzak durdukları sonucuna varıldı.

Üçüncü bölümdeki tartışma konuları;

Çalışmada, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğine (RHYİÖ) göre her iki grubun (G1, G2) toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0,001$, $p = 0,000$, Tablo 3B). Yukarı da bahsedildiği gibi grupların demografik özellikleri bölümünde Grup 2'de yer alan Edebiyat ve Tarih bölümü öğrencilerinin % 77'si ruhsal hastalıklar hakkında bilgi alma durumu sorusuna evet cevabını verirken, Grup 1'deki öğrencilerin tamamı (% 100) evet cevabını vermişlerdir. Ayrıca Grup 1'deki öğrencilerden 44 tanesi (% 80) ruhsal hastalıklar hakkında bilgi alma kaynağı olarak "okuldaki öğretmenlerimden" tercihi işaretlerken, Grup 2'deki öğrenciler ise ancak 8 tanesi (% 17) "okuldaki öğretmenlerimden" tercihini işaretlemişlerdir. Bu sonuçtan Grup 2'deki öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğine (RHYİÖ) Grup 1 öğrencilerine göre daha fazla önyargılı bir şekilde cevapladıkları sonucu çıkarılmıştır. Grup 2'deki öğrencilerin Olgu 1'deki Sosyal Mesafe Ölçeği

bakımından Grup 1'e göre likert ölçeğinde bir nolu değere (kesinlikle rahatsız etmez) daha uzak seçenek işaretlemiş olmaları Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğine sonuçları ile aynı yönde uyum göstermektedir.

Taşkın (2004) Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık konusunda yaptığı çalışmada; toplumun ruhsal hastaları varsayılan tehlikelilik inancı, tahmin edilemez davranışları, garip ve pis görünüşleri nedeniyle reddetme eğilimi içinde olduklarını belirtmektedir. Ayrıca halkın ruhsal hastalığı olan kişilerle yakın ilişkiler içinde olmaktan kaçındıklarını ve toplum ile hastaların olması gerektiği gibi yaklaşamamaları sosyal mesafe kavramının doğmasına sebep olduğunu belirtmektedir (Taşkın, 2004). Çalışmada da her iki gruba ait Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin sonuçları Taşkın'ın (2004) sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin (RHYİÖ) alt boyutlarına ait olan bölümler ayrı ayrı incelendiğinde tehlikeli alt boyut ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut ölçeklerine ait toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0,001$, Tablo 3B). Bu sonucun yukarıda bahsedilen Olgu 1'deki SMÖ sonuçları ve RHYİÖ'nin toplam sonucu ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin (RHYİÖ) "utanma alt boyutu" ölçeğine göre ise her iki grubun (G1, G2) toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplara arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunamadı. ($p > 0,05$, $p = 0,98$, Tablo 3B). Bu sonuç her iki grubunda, ruhsal hastalığı utanılacak bir durum olarak görmedikleri ve bu konuda utanma alt boyutuna ait sorularda aynı düşüncelere sahip oldukları şeklinde yorumlandı.

Eker (1991) "Ailenin ve Toplumun Akıl Hastalıkları ile İlgili Tutumları" başlıklı makalesinde ruhsal hastalıklara karşı tutumlar hakkında farklı bölümlerden olan öğrencilerin bazı farklılıkları olmakla beraber genelde benzer tutumlar gösterdiklerini, ayrıca birinci sınıf ve dördüncü sınıf psikoloji öğrencileri ile çoğunluğunu psikiyatristlerin oluşturduğu deneyimli meslek grubu arasında yine bazı farklılıklar olmakla beraber temelde benzer tutumlar olduğunu bildirmiştir.

Çalışmada da Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği sonuçlarında Grup 1 ve Grup 2’den elde edilen sonuçlar ve özellikle utanma alt boyutunda benzer sonuçların bulunduğunu söyleyebiliriz.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin ilk iki alt boyutu olan tehlikeli alt boyut ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutlarında gruplar arasında fark olması, özellikle Grup 2’de yer alan Edebiyat ve Tarih bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalığa sahip olan kişileri tehlikeli olarak değerlendikleri ve bu kişilerle bireysel ilişki kurmaktan çekindikleri ve onlarla olan ilişkilerde uzak durdukları şeklinde yorumlandı. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin üçüncü alt boyutu olan utanma boyutunda özellikler Grup 2’deki öğrencilerin bu önyargılarından uzak durdukları dikkatimizi çekmiştir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğinin alt boyutlarına ait Tablo 3B’deki aritmetik ortalamaları kendi aralarında değerlendirildiğinde 6’lı likert ölçeği sıralamasında önyargıya ve uzak durmaya göre sıralandığında da utanma alt boyutu ölçeğinin en hafif, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutu ölçeğinin orta derecede ve tehlikeli alt boyutu ölçeğinin yüksek derecede yer aldığını söyleyebiliriz.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğine ait üçüncü soruya (“Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir”) Grup 1 6’lı likert ölçeğinden 24 kişi (% 44) bir nolu (çoğunlukla katılmıyorum) likert ölçeğini işaretlerken, Grup 2’deki 22 kişi (% 47) üç nolu (kısmen katılıyorum) likert ölçeğini işaretlediler (Tablo 3A). Bu sonuç Grup 2’nin ruhsal hastalıklara karşı mesafeye ilgili sorularda Grup 1’e göre daha önyargılı olduğu şeklinde yorumlandı.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeğine ait Tablo 3A’daki 6’lı likert ölçeği sonuçları değerlendirildiğinde ikinci (tehlikeli alt boyutu), on ikinci (utanma alt boyutu), on beşinci (utanma alt boyutu) ve yirminci (çaresizlik alt boyutu) sorularda her iki grup öğrencileri de aynı likert ölçeği yönünde tercih yapmışlardır. Bu sonuçlardan ikinci ve yirminci sorulardaki ruhsal hastalıklara ait sorulan hastalık bilgisi ve tedavi bilgisi noktasında her iki gruptaki öğrencilerin aynı bilgiye sahip

olduğu şeklinde yorumlandı. Ayrıca on iki ve on beşinci utanma alt boyutu ölçeğindeki sorulara aynı likert ölçeği yönünde verdikleri cevaplar ruhsal hastalıklı bireylere karşı her iki grup öğrencilerinin de aynı empatiye ve pozitif yaklaşıma sahip olduğu şeklinde değerlendirildi.

Ünal ve ark.'nın (2010) “üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar” başlıklı makalesinde öğrencilerin RHYİÖ göre verdikleri sonuçlara göre tehlikeli ve utanma alt boyutları arasında fark bulmuşlardır. Çalışmada da RHYİÖ'nin tehlikeli ve utanma alt boyutları arasında fark vardı. Tezimizdeki bu sonucunda; Ünal ve ark.'nın (2010) sonuçlarıyla uyumlu olduğu şeklinde yorumlandı.

Altındağ ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerine şizofreni hastalarına yönelik anti-stigma eğitim programı uygulamışlar ve program sonunda tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreni hastalarına karşı tutumlarında olumlu yönde değişiklik olduğunu belirtmektedirler. Bu çalışma lisans eğitiminde verilecek olan ruhsal hastalığı olan kişilere karşı tutum ve inanç noktasında verilecek eğitim ile RHYİÖ'nde olumlu yönde değişiklikler olabileceğini göstermektedir. Bu çalışmaya benzer, Ay ve ark. (2006) da tıp eğitimindeki ruhsal hastalıklara yönelik verilen eğitim programlarının, ruhsal hastalıklara karşı tıp öğrencilerinin tutum ve inançlarında olumlu yönde değişiklikler yaptığını belirtmektedirler. Ayrıca literatürlerde anti-stigma programlarının lisans eğitiminde yararlı olacağına dair çalışmalarda bulunmaktadır (Chung ve ark., 2001). Çalışmadaki gruplara ruhsal hastalığı olan kişilere karşı tutum ve inanç noktasında verilecek eğitim sonrasındaki sonuçlar daha sonra yapılacak çalışmalar ile araştırılmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca Bailey (1999), Corrigan ve ark. (2005), Pinfold ve ark. (2003) ruhsal hastalığı olan kişilere karşı tutum ve inançlara yönelik anti-stigma eğitim programlarının erken yaşlarda, ergenlik döneminde verilmesinin tutumların değişmesinde daha etkili olacağından bahsetmektedir.

Dördüncü bölümdeki tartışma konuları;

Çalışmadaki Olgu 2'ye göre her iki grubun (G1, G2) Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$, $p= 0,067$, Tablo 4B). Sosyal Mesafe Ölçeğinde Olgu 1'e göre gruplar arasında fark olmasına karşın Olgu 2'ye göre gruplar arasında fark olmaması çalışmada dikkatimizi çekmiştir. Olgu 2'de verilen vaka örneği şizofreni rahatsızlığına sahip olan hastaya aittir. Olgu 2'de kişinin kendi kendine konuşup gülmesi, sinirli hareketlerde bulunması ve kulağına sesler gelmesi şeklinde gerçekçi olmayan, mantık dışı davranışları vardır. Bu bilgilere göre öğrenciler tarafından Olgu 2, Olgu 1'e göre daha ağır bir hastalık olarak görülmüştür. Bu sonuca göre her iki gruptaki öğrenciler Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) verdikleri cevaplarında aynı yönde tercih yapmışlardır.

Olgu 2'ye göre Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) verdikleri cevaplar gruplara göre ayrı ayrı değerlendirdiğinde; ikinci, beşinci, on birinci, on ikinci ve on dördüncü sorulara her iki grupta çoğunlukla yedi nolu (kesinlikle rahatsız eder) likert ölçeğini işaretlediler (Tablo 4A). Bu sonuç her iki gruptaki öğrencilerin yakınlık ve temas gerektiren sorulara verdikleri cevaplarda, Olgu 2'deki kişiye karşı yüksek derecede rahatsız oldukları şeklinde yorumlandı. Ayrıca her iki gruptaki öğrencilerin Olgu 2'deki kişiyle fazla temas halinde bulunmak istemedikleri sonucu çıkarıldı.

Erbaydar ve Çilingioğlu (2010) "Tıp eğitimi geleceğin hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte midir?" başlıklı makalesinde tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal sağlık sorunu yaşayan bireylere yönelik tutumlarını irdeleyen çalışmalarında tıp fakültesi eğitimi sonrasındaki altıncı sınıf öğrencilerinin; "ailesinde ruhsal sağlık sorunu bulunan bireyle evlenme" konusunda ($p=0.007$) olumsuz tutum benimsediklerini belirtmektedirler. Çalışmada da SMÖ sorularından "Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?" şeklindeki on dördüncü soruya her iki grupta; (Grup 1 (%64) Grup 2 (%74)) çoğunlukla yedi nolu (kesinlikle rahatsız eder) likert ölçeğini işaretlemişlerdir (Tablo 4A). Bu sonuç Erbaydar ve Çilingioğlu'nun (2010) sonuçları ile uyumlu bulundu.

Daha önce yapılan Arkan ve ark.'nın (2011) sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları araştıran son on yılda Türkiye'de yapılan çalışmaları derlediği yayınında; bazı çalışmalarda tıp eğitimi sürecinin tek başına öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutumlarını olumlu yönde etkilediğini gösterirken, bu bulgunun aksine sonuçlara ulaşan çalışmaların da olduğunu belirtmektedir. Çalışmada da her iki gruptaki öğrenciler, Olgu 2'ye karşı olumsuz tutum noktasında Arkan ve ark.'nın (2011) yayınındaki sonuçlarla aynı yönde görüş bildirmişlerdir.

Psikoloji bölümü (Grup 1) ile Edebiyat ve Tarih bölümü (Grup 2) öğrencilerinin Olgu 1 ve Olgu 2 için Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre verdikleri puan ortalamalarının olgular arasında karşılaştırılması Tablo 5'te gösterildi. Psikoloji bölümü öğrencilerinin Olgu 1 ve Olgu 2 için Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre verdikleri toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları olgular arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p < 0,001$, $p = 0,000$, Tablo 5A). Edebiyat ve Tarih bölümü öğrencilerinin de Olgu 1 ve Olgu 2 için Sosyal Mesafe Ölçeğine (SMÖ) göre verdikleri toplam puan ortalamaları ve aritmetik ortalamaları olgular arasında karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p < 0,001$, $p = 0,001$, Tablo 5B). Bu sonuçlardan her iki grubunda Olgu 1 ve Olgu 2'ye karşı Sosyal Mesafe Ölçeğinde aynı tavrı sergiledikleri ve Olgu 1 ve Olgu 2'yi birbirinden farklı değerlendirdiği görüldü. Yukarıda da bahsettiğimiz gibi tez çalışımızdaki Olgu 1 ve Olgu 2 örnekleri birbirinden farklı iki örnektir. Olgu 1 OKB hastasına ait bilgiler içerirken, Olgu 2 ise şizofreni hastasına ait bilgileri içermektedir. Bu nedenle her iki gruptaki öğrencilerde olgulara karşı ayırt edici bir sosyal mesafe ölçeği ortaya koymuşlardır.

Her iki grubun Olgu 1 ve Olgu 2'ye karşı sosyal mesafe ölçeğinde farklı tutumlarda olmalarının sebebi olarak şunlar düşünüldü. Bu sonucun birinci derecede olgulardaki hastalığa ve hastalara ait genel özelliklerden kaynaklanabileceği düşünüldü. Ayrıca Grup 1 ve Grup 2'de yer alan öğrencilerin demografik bilgilerinde yer alan ruhsal hastalıklar ile ilgili verdikleri hastalık örneklerinde OKB'ye göre şizofreni hastalığı her iki grupta da daha fazla miktarda yazılmıştır. Olgular arasındaki her iki grupta da çıkan bu farklılığın bu sebepten de kaynaklanabileceği

düşünüldü. Diğer bir neden olarak da Olgu 1 ve Olgu 2'deki ruhsal hastalık örneklerinin toplum içerisindeki algılanması ve bu hastalıklara sahip bireylere karşı farklı tutum ve inançtan da kaynaklanabileceği düşünüldü. Ayrıca Taşkın ve ark. (2003) şizofrenin toplum tarafından bilinen ruhsal hastalık olduğunu belirtmektedirler. Bu da bizim yorumumuzu destekleyen bir literatür olarak değerlendirildi.

Arkar (1991) Akıl hastasının sosyal reddedilimi başlıklı makalesinde Whatley'in sosyal yakınlık içeren ortamlarda "akıl hastası" olarak tanımlanmış kimselerle etkileşimi kesme eğiliminin var olduğunu belirtmektedir. Ayrıca Whatley; buna karşın göreceli olarak genel olan ve kişisel olmayan ortamlarda ise hastaların daha fazla kabul gördüğünü belirtmektedir (Arkar, 1991).

Çalışmada da Grup 1 ve Grup 2'nin Olgu 1 ve Olgu 2'ye karşı SMÖ'de verdikleri cevaplar Whatley'in sonuçları ile uyumluluk göstermektedir. Chen ve Chang (2016) Tayvan da psikiyatri hastanesindeki ruhsal hastalığı olan kişilere karşı personelin tutumları adlı çalışmasında da personelin ruhsal hastalığı olan kişilere karşı genelde olumlu tutumlara sahip olmalarına karşın yakın ilişkilerde daha az olumlu tutumlara sahip olduklarından bahsedilmektedir.

Daha önce yapılan Arkan ve ark.'nın (2011) sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları araştıran son on yılda Türkiye'de yapılan çalışmaları derlediği yayınında; sağlık alanındaki öğrencilerin şizofreni ve depresyon hastalarına karşı tutumlarında farklılık olduğunu belirtmektedir. Öğrenciler şizofreni hastalarına karşı daha fazla reddedici ve dışlayıcı bir tutum sergilerken depresyonlu hastaya bakış açısının genelde olumlu olduğunun görüldüğünü belirtmektedirler. Buna karşın; Taşkın ve Özmen (2004) de sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının araştırdığı çalışmada şizofreni ve depresyon hastalarına karşı tutumlarında farklılık olmadığını belirtmektedir. Çalışmada da Grup 1 ve Grup 2'deki öğrenciler Olgu 1 (OKB'li hasta) ve Olgu 2 (şizofrenili hasta)'ye karşı benzer tutumları gösterdikleri tespit edildi. Bu sonuçlar çalışmadaki Grup 1 ve Grup 2'deki öğrencilerin ruhsal hastalıklı bireylere karşı olan tutumlarının literatür ile uyumlu olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Erbaydar ve Çilingioğlu (2010), Birdoğan ve Berksun (2002) “Tıp eğitimi geleceğin hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte midir?” başlıklı makalesinde tıp fakültesi birinci sınıfta öğrencilerin ruhsal sağlık sorunu yaşayan bireylere yönelik tutumlarını irdeleyen soru ve önermeleri içeren bir anket formu uygulamışlar daha sonra altı yıllık tıp eğitimi sonrasında aynı öğrencilere aynı anketi tekrar uygulamışlar. Sonuç olarak öğrencilerin altıncı sınıfa geldiklerinde ilk yıllarına kıyasla ruhsal sağlık sorunu olan kişiyle konuşmaktan çekinme ($p=0.015$) ve oda paylaşma ($p=0.008$) konularında istatistiksel olarak önemli düzeyde daha olumlu gelişme gösterdikleri tespit edilmiş. Bu sonuç ruhsal hastalıklar ile ilgili verilen eğitimin ruhsal sağlık sorunu olan hastalara karşı tutum ve inanç noktasında pozitif yönde katkı sağladığını göstermektedir. Çalışmada da Grup 1’deki Psikoloji bölümündeki son sınıf ğrencilerinin ruhsal sağlık sorunu olan hastalara karşı tutumlarının pozitif yönde olduğu bulundu.

Oban (2010) lise ğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi adlı yüksek lisans tez çalışmasında şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin lise ğrencilerinde şizofreniye yönelik tutumlarını olumlu yönde değiştirdiğini ve sosyal mesafeyi azalttığını belirtmiştir. Ayrıca eğitim sonrası RHYİ puan ortalamalarının anlamlı şekilde düştüğü belirtmektedir. Daha sonra Oban ve Küçük (2011a) “gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü” adlı çalışmasında hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencilerine ruhsal hastalıklar ve damgalama konusunda eğitim programlarında yer verilmesinin, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumları azaltacağından bahsetmektedir. Ayrıca, Sağduyu ve ark. (2001) da ruhsal hastalıklar hakkında bilgilendirilmenin ruh hastalığı olan kişilere karşı tutum ve yaklaşımı olumlu yönde değiştireceğini söylemişlerdir. Çalışmada Psikoloji bölümü son sınıf öğrencileri ile Edebiyat ve Tarih bölümü son sınıf ğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlarının araştırılması yapıldı. Sonuç olarak Oban ve Küçük (2011a) de belirttiği gibi ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü oldukça önemlidir. Ayrıca sağlık bilimleri alanı yanında niversitenin diğer Fen ve Sosyal

bilimler alanındaki lisans programlarında da ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede benzer eğitim programlarının yer almasında fayda vardır.

Yanık ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada, şizofreninin tedavisi ve çare arama davranışı ile ilgili, psikiyatri eğitimi alanlarda tutum iyileşmesi gözükürken, şizofrenlerin toplum içinde yaşamı ile ilgili ise psikiyatri eğitimi alanların daha kötü tutuma sahip oldukları bulundu. Çalışmada da Psikoloji bölümü son sınıf öğrencilerinde şizofreni olgusu olan Olgu 2'ye karşı tutum ve inançlarının Edebiyat ve Tarih bölümü son sınıf öğrencileri ile aynı olduğu aralarında fark olmadığı bulundu. Dolayısıyla bu sonuç; Psikoloji bölümü son sınıf öğrencilerinin almış oldukları psikoloji eğitiminin şizofreni olgusuna karşı tutum ve inançlarında Edebiyat ve Tarih bölümüne karşın bir katkısının olmadığı şeklinde yorumlandı.

SONUÇ

Ruhsal hastalıklara yönelik toplumdaki kişilerin gösterdiği tutum ve davranışların bilinmesi özellikle ruhsal bozukluğu olanların tedavilerinin hastaneler yanında toplum içinde yaşadıkları ortamlarda da yerine getirilmesi noktasındaki çağdaş yönelimler oldukça önemlidir. Bu nedenle Psikiyatri ve Psikolojide tutum ve inanç araştırmaları hem tutum ve inançların daha ayrıntılı irdelenmesi hem de olumlu yönde değiştirilebilmeleri açısından gereklidir. Ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin olumsuz tutumların azalması bu hastaların ve ailelerin olumsuz etkilenmelerinde azalma ve onların toplum içerisinde bütünleşme çabaları yönünde olumlu katkılar sağlayacaktır.

Çalışmada elde edilen verilerin; doğrultusunda ruh sağlığı alanında çalışacak olan psikoloji öğrencilerinin olumlu tutum geliştirilmelerini sağlamak ve bakış açılarında olumsuzlukların önlenmesi için eğitim programlarının düzenlenmesine katkı sağlaması beklenmektedir. Ayrıca çalışmada tarih ve edebiyat bilim dallarında lisans eğitimi alan öğrencilerin tutum ve inançlarındaki özelliklerin belirlenmesi ile de literatüre yeni katkılar sağlanmıştır. Çalışmadaki sonuçların Psikoloji ve diğer sosyal bilimler alanındaki lisans eğitimlerinde verilecek olan anti-stigma eğitim programlarının düzenlenmesinde ve ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik inanç ve tutumlarının iyileştirilmesi noktasında katkı sağlayacağı umulur.

KAYNAKÇA

Altındağ, A., Yanık, M., Üçok, A., Alptekin, K., Özkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60: 283-288.

Köroğlu, E. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev., Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 15-35.

Arkar, H. (1991). Akıl Hastasının Sosyal Reddedilimi. *Düşünen Adam*, 4(3): 6-9.

Arkan, B., Bademli K., Duman, ZÇ. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2): 214-231.

Ay, P., Save, D., Fidanoğlu, O. (2006). Does stigma concerning mental disorders differ through medical education?. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 41: 63-67.

Bailey, S. (1999). Young people, mental illness and stigmatisation. *Psychiatric Bulletin*, 23: 107-110.

Batmaz, M. (1985). Akıl Hastalarının Psikiyatri Hemşiresinin Rolü Algılayış biçimini Araştırmak. Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

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

Birdoğan, SY., Berksun, OE. (2002). Tıp Fakültesi 1. Sınıf ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Psikiyatrik Hastaya Yönelik Tutumlar. *Kriz Dergisi*, 10(2): 1-7.

Bryne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 65-72.

Bryne, P. (2001). Psychiatric Stigma. *British Journal of Psychiatry*, 178: 281-284.

Chen, MD., Chang, YC. (2016). Personnel attitudes toward people with mental illness at a psychiatric hospital in Taiwan. *Social Psychiatry*, 62(4): 361-368.

Chung, KF., Chen, EYH., Lui, CSM. (2001). University students attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(2): 63-72.

Corrigan, PW., Lurie, BD., Goldman, HH., Slopen, N., Medesani, K., Phelan, S. (2005-May). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatry Services*, 56(5): 544-550.

Corrigan, PW., Watson, AC. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1): 16-20.

Çayır, K., Ceyhan, MA. (2012). Ayrımcılık Çok Boyutlu Yaklaşımlar. İstanbul. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 22-40.

Dündar, SE., Oğuz, A., Aldanmaz, F. (1995a). Halkın konversiyon bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve empotansa yönelik tutumları ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *KrizDergisi*, 3(1-2): 250-257.

Dündar, SE., Oğuz, A., Aldanmaz, F. (1995b). Halkın psikoz, paranoid bozukluk ve depresyona yönelik tutumları ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *KrizDergisi*, 3(1-2): 241-249.

Eker, D. (1985-February) Attitudes of Turkish and American Clinicians and Turkish Psychology Students Toward Mental Patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 31(3): 223-229.

Eker, D. (1988). University students' attitudes toward mental patients in a developing Country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23: 264-266.

Eker, D. (1991). Ailenin ve Toplumun Akıl Hastalıkları ile İlgili Tutumları. *Aile ve Toplum*, 1(2):1-8.

Erbaydar, NP., Çilingiroğlu, N. (2010). Tıp Eğitimi Geleceğin Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte midir? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2): 114-125.

Erkoç, Y., Çom, S., Torunoğlu, MA., Alataş, G., Kahiloğulları, AK. (2011). T.C.Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 847: 33-34.

Gençtan, E., (1997) Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. İstanbul, Remzi Kitapevi, 11-37.

Gerrig, RJ., Zimbardo, PG. (2012). Psikoloji ve Yaşam. İstanbul. Nobel yayınevi 19.basımdan çeviri, 46-54.

Hogg, MA., Vaughan, GM. Sosyal Psikoloji. (2007). Ankara. *Ütopya yayınları*, 68-75.

İkişik, H. (2008). Tıp Fakültesi Öğrencelerinde Şizofreniye Yönelik Damgalamanın (stigmatizasyonun) Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Oban, G. (2010). Lise Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik Bilgilendirme Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Oban, G, Küçük, L. (2011a). Damgalama erken yaşlarda başlar... Gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadele eğitim rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3): 141-148.

Oban, G., Küçük, L. (2011b). Ergenlerde Ruhsal Hastalılara Yönelik Damgalamayı Etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1): 31-39.

Oban, G., Küçük, L. (2012). Lise Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik Bilgilendirme Eğitiminin Sosyal Mesafe Tutuma Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2): 35-41.

Öztürk, O., Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Ankara. Nobel Tıp Kitapevleri, 155-180

Pinfold, V., Toulmin , H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182: 342-346.

Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., Kassam, A. (2007). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Research*, 7(97): 1-7.

Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel K., Tamar, D. (2001). Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2): 99-110.

Sarı, N., Akgün, B. (2008-Mart). Türk Tarihinde Psikiyatriye Bakış, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Sempozyum Dizisi*, 62: 1-24.

Sayar, K. (1998). Kültür ve psikopatoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 8(3): 176-180.

Soygür, H., Özalp, E. (2005). Şizofreni ve damgalama sorunu. *Türkiye Klinikleri*, 1(12): 74-80.

Taşkın, OE., Özmen, D., Özmen, E., Demet, MM. (2003). Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Şizofreni İle İlgili Tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 40(1-2): 5-12.

Taşkın, EO, Özmen, E. (2004). Sosyodemografik Etmenlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlara Etkileri. *3P Dergisi*, 12 (ek 3): 13-24.

Taşkın, EO. (2004). Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *3P Dergisi*, 12 (ek 3): 5-12.

Taşkın, EO. (2007). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. 1.baskı, İzmir, Meta Basım Matbaacılık,17-30.

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

Yanık M., Şimşek, Z., Katı, M., Nebioğlu, M. (2003). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları ve Psikiyatri eğitiminin Etkisi. *Yeni Symposium*, 41(4): 194-199.

Yaşar, İ., Ozanözü, Z., Horzum, E., öktaş, E., Karaodul, G., Çobanoğlu, N. (2008) T.C. Sağlık Bakanlığı Eğitimi Genel Müdürlüğü Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi. Ruh Sağlığı Modülleri. Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 722: 78-88.

Yazar, J. Psikiyatrik Ortamın Hastaların İyileşmesi Üzerindeki Etkileri. (1983). Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yıldız, N., Sevi, OM., Soyka, İ., Odabaşoğlu, G., Genç, Y. (2014). Psikoloji Öğrencileri Mezunlarının Psikiyatrik Rahatsızlık ve Bağımlılığa İlişkin Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 15(4): 173-179.

EKLER

EK-1

- 1) Cinsiyetiniz: KIZ () ERKEK ()
- 2) Yaşınız:
- 3) Aile Tipiniz?
 - a) Çekirdek aile
 - b) Geniş aile
- 4) Hayatınızın büyük bir kısmını geçirdiğiniz yer aşağıdakilerden hangisine uyar?
 - a) Kent (il, büyükşehir)
 - b) İlçe
 - c) Köy
- 5) Ailenizin ekonomik durumunu nasıl algılıyorsunuz?
 - a) Çok kötü
 - b) Kötü
 - c) Orta
 - d) İyi
 - e) Çok iyi
- 6) Daha önce hiç psikiyatrik destek aldınız mı?
HAYIR () EVET ()

6_1. Cevabınız “evet” ise;

Bu destek, aşağıdakilerden hangisine uyar? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Bir uzmana gittim.
- b) İlaç kullandım.
- c) Hastanede yattım.
- d) Rehber öğretmenden yardım aldım
- e) Diğer

7) Ailenizde tanı konmuş ruhsal hastalığı olan birey var mı?

HAYIR () EVET ()

7_1. Cevabınız “evet” ise; Tanısı nedir?

8) Daha önce hiç ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edindiniz mi?

HAYIR () EVET ()

8_1. Cevabınız “evet” ise; Nasıl edindiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Televizyondaki haberler
- b) Sinema /filmlerden
- c) Arkadaşlarımdan
- d) İnternette
- e) Ailemden
- f) Okuldaki öğretmenlerimden
- g) Diğer

9) Sık duyduğunuz veya bildiğiniz bir ruhsal hastalık var mı?

HAYIR () EVET ()

9_1. Cevabınız “evet” ise; Hangisidir?

10) Tehlikeli olduğunu düşündüğünüz bir ruh hastalığı var mı?

HAYIR () EVET ()

10.1. Cevabınız “evet” ise; Bu hastalık hangisidir?

11) Sizce ruhsal hastalıklarının sebepleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Genetik ve kalıtsal durum
- b) Çocuklukta yaşanmış olaylar
- c) Büyü ve dinsel sorunlar
- d) Kişinin şiddet görmesi
- e) Diğer

EK-2

SOSYAL MESAFE ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ölçeği olgu 1'e göre doldurunuz.

Her madde de bu olgu ile ilgili sizin tutumunuzu en iyi belirleyen rakamı yuvarlak içine alınız.

Olgu 1

Ayşe Hanım, 34 yaşında, evli, çocuksuz, ev kadını. Yaklaşık 5 yıldır hastalığı devam ediyormuş. Sürekli sıkıntı çektiğini, hayattan bıktığını söylüyor. Daha önce kirli kişilerin o koltuklara oturmuş ve tutunma yerlerine dokunmuş olabilecekleri düşüncesiyle toplu taşıma araçlarına bindiğinde yoğun sıkıntı yaşıyormuş. Yolculuk bitinceye kadar araçta hiçbir yere dokunmamaya özen göstermekte ve eve geldiğinde iç çamaşırları da dâhil olmak üzere elbiselerini kapının önünde çıkararak, çamaşır makinesine atıp, hiçbir yere dokunmadan yıkanmaya başlamaktaymış. Yıkandıktan sonra evinde sokak kapısı ile banyo arasındaki yerlerde yürüdüğü ve duvarlara dokunmuş olabileceği düşüncesiyle saatlerce yerleri, duvarları ve kapı kollarını temizliyormuş. Bir süre sonra akrabaları ve arkadaşlarının evlerine gittiğinde de sıkıntı çekmeye başlamış. Onlardan geldikten sonra yine giysilerini çıkarmaya ve yıkamaya, yıkanmaya, hatta kirli yerlere dokunmuş olabileceği düşüncesiyle çantasını bile yıkamaya kadar ilerlemiş. Giysilerini yıkamayla, banyo yapmayla ve evini temizlemeyle kirlerin gitmemiş olacağını düşünerek bir süre sonra artık evden dışarı çıkmamaya başlamış.

↓	↓
1	7
Kesinlikle rahatsız etmez	Kesinlikle rahatsız eder

1. Bu kişi ile belediye otobüsünde yan yana oturmak sizi rahatsız eder mi?

1 2 3 4 5 6 7

2. Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?

1 2 3 4 5 6 7

3. Bu kişinin sokağınızda işlettiği bakkal dükkânından alışveriş yapmak sizi rahatsız eder mi?

1 2 3 4 5 6 7

4. Bir apartman dairesinde oturduğunuzu düşünelim. Bu kişinin apartmanınızda kapıcı olarak çalışması sizi rahatsız eder mi?

1 2 3 4 5 6 7

5. Kiraya vermeyi istediğiniz bir eviniz olduğunu farz edelim. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?

1 2 3 4 5 6 7

6. Bu kişinin de geleceğini öğrendiğiniz bir aile toplantısına katılmak sizi rahatsız eder mi?

1 2 3 4 5 6 7

7. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kâğıdı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?

1 2 3 4 5 6 7

8. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?

1 2 3 4 5 6 7

9. Eğer bu kişiyi tanısaydınız, ona günlük sıkıntılarınızı anlatıp, onunla dertleşir miydiniz?

1 2 3 4 5 6 7

10. Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması sizi rahatsız eder miydi?

1 2 3 4 5 6 7

11. Bu kişi bir kuaför/berber olsa, ona saçınızı kestirir miydiniz ya da yaptırmıydınız?

1 2 3 4 5 6 7

12. Bu kişi ile aynı iş yerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder miydi?

1 2 3 4 5 6 7

13. Bu kişi ile aynı iş yerinde ama farklı odalarda çalıştığınızı farz edelim. Bu kişi ile aynı çatı altında bulunmak sizi rahatsız eder miydi?

1 2 3 4 5 6 7

14. Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?

1 2 3 4 5 6 7

EK-3

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

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlanmanız 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.

Ölçek Değerlendirmesi:

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

EK-4

SOSYAL MESAFE ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ölçeği olgu 2'ye göre doldurunuz.

Her madde de bu olgu ile ilgili sizin tutumunuzu en iyi belirleyen rakamı yuvarlak içine alınız.

Olgu 2

Hasan bey, 19 yaşında, bekâr, işsiz, ailesiyle oturuyor. Çocukluğundan beri sessiz, az konuşan fakat zeki biri olarak tanınır. Daha önce başarılı bir öğrenci iken giderek okul başarısı düşmüş ve Lise 1'de okulu terk etmiş. Son 2 yıldır içe kapanıklığının arttığı ve giyimine, tıraşına özeninin bozulduğu ifade ediliyor. Arkadaşlarıyla hiç görüşmemeye, evden çıkmamaya başlamış. 4 aydır bazen kendi kendine konuşuyor, gülüyor ve annesine karşı sinirli hareketlerde bulunuyormuş. Kulağına kendisine küfreden, emir veren sesler geldiğini söylüyor, onlara tepki gösteriyormuş. Evden çıkmıyor, kimseyle görüşmüyor ve sabaha kadar sıkıntılı bir şekilde dolaşuyormuş.

↓	↓
1	7
Kesinlikle rahatsız etmez	Kesinlikle rahatsız eder

1. Bu kişi ile belediye otobüsünde yan yana oturmak sizi rahatsız eder mi?

1 2 3 4 5 6 7

2. Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?

1 2 3 4 5 6 7

3. Bu kişinin sokağınızda işlettiği bakkal dükkanından alışveriş yapmak sizi rahatsız eder mi?

1 2 3 4 5 6 7

4. Bir apartman dairesinde oturduğunuzu düşünelim. Bu kişinin apartmanınızda kapıcı olarak çalışması sizi rahatsız eder mi?

1 2 3 4 5 6 7

5. Kiraya vermeyi istediğiniz bir eviniz olduğunu farz edelim. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?

1 2 3 4 5 6 7

6. Bu kişinin de geleceğini öğrendiğiniz bir aile toplantısına katılmak sizi rahatsız eder mi?

1 2 3 4 5 6 7

7. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kâğı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?

1 2 3 4 5 6 7

8. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?

1 2 3 4 5 6 7

9. Eğer bu kişiyi tanısaydınız, ona günlük sıkıntılarınızı anlatıp, onunla dertleşir miydiniz?

1 2 3 4 5 6 7

10. Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması sizi rahatsız eder miydi?

1 2 3 4 5 6 7

11. Bu kişi bir kuaför/berber olsa, ona saçınızı kestirir miydiniz ya da yaptırır mıydınız?

1 2 3 4 5 6 7

12. Bu kişi ile aynı iş yerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder miydi?

1 2 3 4 5 6 7

13. Bu kişi ile aynı iş yerinde ama farklı odalarda çalıştığınızı farz edelim. Bu kişi ile aynı çatı altında bulunmak sizi rahatsız eder miydi?

1 2 3 4 5 6 7

14. Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?

1 2 3 4 5 6 7