T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI SONUÇ RAPORU

SAĞLIK ALANINDA ÖĞRENİM GÖREN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma Yürütücüsü:

Prof. Dr. Dilşad SAVE

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Araştırma Yardımcıları:

Dr. Alican Sarısaltık, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD

İnt. Dr. Aybüke Yılmaz, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

İnt. Dr. İrem Sandıkçı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

İnt. Dr. Mehmet Faruk Uçum, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

İnt. Dr. Muhammed İkbal Kaya, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

İÇİNDEKİLER

ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER	3
ABSTRACT AND KEYWORDS	4
GİRİŞ VE AMAÇ	5
GEREÇ VE YÖNTEM	6
BULGULAR	8
TARTIŞMA	22
SONUÇ	25
KAYNAKÇA	26
EKLER	28

ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER

Giriş ve amaç: Stigmatizasyon (damgalama), bireyin toplum gözündeki statüsünü azaltan, itibarsızlaştırıcı bir nitelik atfetme veya olumsuz olarak değerlendirilen bir farklılık algısına karşı bir tepki gösterme olarak tanımlanır. Damgalama pek çok olgu ve durum için görülse de erken çağlardan bu yana ruhsal hastalığı olan kişiler damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim olmuşlardır. Çalışmamızın amacı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik tutum düzeyinin değerlendirmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı tiptedir. Araştırma evrenini Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri oluşturmaktadır. Veri toplama yöntemi olarak çevrimiçi anket uygulaması kullanılmıştır. Toplam 31 sorudan oluşan anketin ilk bölümü sosyodemografik sorular içerirken ikinci bölüm Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) sorularından oluşmaktadır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların RHYİÖ toplam ölçek puanından aldıkları ortalama puan 41,55 ±14,85, tehlikelilik alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 19,08 ± 5,76, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 21,51 ± 9,03, utanma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 0,97 ± 1,86'dır. Anne eğitim durumuyla ölçekten alınan puan arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur, eğitim düzeyi arttıkça ölçekten alınan ortalama puan azalmıştır ($p=0,018$). Katılımcılardan stigma seçmeli dersi alanlar ortalama 35,67 ± 8,50 puan alırken bu seçmeli dersi almayanlar ortalama 40,54 ± 13,70 puan almışlardır ve dersi almakla ölçekten alınan puan arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Katılımcının yakınında ruhsal hastalık tanısı alan birinin olmasıyla ölçekten aldığı puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Kendisi ruhsal hastalık tanısı almış katılımcıların toplam ölçek puanı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p=0.005$)

Tartışma ve Sonuç: Araştırmamız sonucundaki bulgular değerlendirildiğinde, anne eğitim durumu ile ölçekten alınan toplam puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Anne eğitimi lise ve üstü olanların anne eğitimi ilkokul ve altı olan bireylere göre ruhsal hastalıklı bireylere karşı tutumları daha olumludur. Çevresinde ruhsal hastalık tanılı birey bulanan katılımcıların, ruhsal hastalıklı bireylere karşı tutumları çevresinde ruhsal hastalık tanılı birey bulunmayanlara göre daha olumludur. Ruhsal hastalık tanısı alan katılımcıların ruhsal hastalıklı bireylere karşı tutumları, tanı almamış kişilere göre daha olumludur. Sonuç olarak yüksek eğitim düzeyinin ve yakın çevrede ruhsal hastalıklar ile temasta olmanın, ruhsal hastalıklı insanlara karşı yaklaşımda olumlu ve stigmatizasyonu azaltan faktörler olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Damgalama, Ruhsal Hastalık, Tıp Fakültesi, Hemşirelik

ABSTRACT AND KEYWORDS

Introduction and Aim: Stigmatization is defined as attributing a discrediting quality that reduces an individual's status in the eyes of society, or as a reaction to a perception of difference that is evaluated negatively. Although stigmatization is seen in many cases and situations, people with mental illness have been the most exposed to stigmatization and discrimination since early ages. The aim of our study is to evaluate the level of attitude towards mental illnesses in Marmara University Faculty of Medicine and Marmara University Faculty of Health Sciences Nursing Department students.

Materials and Method: Our research is descriptive study. The population of the research consists of Marmara University Faculty of Medicine and Marmara University Faculty of Health Sciences Nursing Department students. Online questionnaire application was used as data collection method. The first part of the questionnaire, which consists of 2 parts and a total of 31 questions, includes sociodemographic questions, while the second part consists of Beliefs towards Mental Illness Scale (BMI) questions. $p<0,05$ was considered as statistical significance level.

Findings: The mean score of the participants from the BMI total scale score was 41.55 ± 14.85, the mean score of the dangerousness subscale was 19.08 ± 5.76, and the mean score of the helplessness and deterioration in interpersonal relations subscale was 21.51 ± 9.03, the mean score they got from the embarrassment subscale was 0.97 ± 1.86. The relationship between the mother's education level and the score obtained from the scale was found to be significant. As the education level increased, the average score obtained from the scale decreased ($p=0.018$). Those who took the stigma elective course received an average of 35.67 ± 8.50 points, while those who did not take this elective course received an average of 40.54 ± 13.70 points, and no significant relationship was found between taking the course and the score obtained from the scale ($p>0.05$). There was no significant relationship between the participant's relative having a diagnosis of mental illness and the score he got from the scale ($p>0.05$). The total scale score of the participants who were diagnosed with a mental illness was found to be significantly lower ($p=0.005$).

Results and Discussion: When the findings of our study were evaluated, a significant relationship was found between the educational status of the mother and the total score obtained from the scale. Those with a high school education or higher have a more positive attitude towards individuals with mental illness than those with a mother's education at primary school or below. The attitudes of the participants who have a person with a diagnosis of mental illness around them are more positive than those who do not have a person with a mental illness. The attitudes of the participants diagnosed with mental illness towards individuals with mental illness are more positive than those who have not been diagnosed. As a result, it can be said that high education level and being in contact with mental illnesses in the immediate environment are positive factors in the approach towards people with mental illness and reduce stigmatization.

Keywords: Stigmatization, Mental Illness, Faculty of Medicine, Nursing

GİRİŞ VE AMAÇ

Stigmatizasyon (damgalama), bireyin toplum gözündeki statüsünü azaltan, itibarsızlaştırıcı bir nitelik atfetme veya olumsuz olarak değerlendirilen bir farklılık algısına karşı bir tepki gösterme olarak tanımlanır (1, 2). Dehnavi damgalamayı; etiketleme (labelling) ile başlayan ve sosyal geri çekilme (social withdrawal) ile biten psikososyal bir süreç olarak tanımlamıştır (5). Toplumun, mental hastalığı olan kişilere; barınma, istihdam ve diğer sosyal fırsatlarda ayrımcılık (discrimination) yaptığı bilinmektedir (3). Sonuç olarak psikiyatrik sorunu olan bir birey, damgalanmanın neden olduğu sonuçları azaltmak için tedaviden kaçınabilir ve danışmanlık almayabilir (3-4).

Ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutumlar, bireylerin bu hastalıkla mücadele eden hastalarla temasları, onlarla etkileşim halinde olmaları ve onlara yardım edebilmeleri ile orantılı olarak değişmekte ve etkilenmektedir (6). Kalıplaşmış düşünce ve davranışlar, insanların hastalıkla ilgili olumlu ya da olumsuz inanç ve tutum sistemleri haline gelen damgalara dönüşür ve damgalama bireysel ve toplumsal olarak günden güne etkisini arttırır. Sağlık profesyonellerinin ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin geliştirdikleri olumlu ya da olumsuz inançlarının, hastalara sunulan bakımın kalitesini etkilediği bilinmektedir. Kaliteli bir bakım için önemli olan ise; kişilerin profesyonelleşme süreçlerinde sahip oldukları önyargı ve inançlarının etkisinden ne kadar arınabildikleridir (7, 8).

Çalışmamızın amacı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik tutum düzeyinin değerlendirmesidir. Özel amaçlarımız arasında, öğrencilerin sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, anne-baba eğitim durumu, sınıf, ailede mental hastalık varlığı) ile tutum düzeyi arasındaki ilişkileri incelemek yer almaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmamızın evrenini Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri oluşturmaktadır.

Veri toplama yöntemi olarak literatür taraması sonucu oluşturulmuş bir anket formu kullanılacaktır. Anket formu Google Docs üzerinden oluşturulacak ve ankete katılım linki öğrencilere online olarak (Whatsapp üzerinden) ulaştırılacaktır. Çalışma ile ilgili bilgilendirme formunu okuyup katılmayı onaylayan öğrenciler çalışmaya dahil edileceklerdir. Anket toplam 2 bölümden ve 31 sorudan oluşmaktadır (EK-1). Katılımcının anketi tamamlama süresi yaklaşık 15 dakikadır. İlk olarak katılımcıların bireysel özelliklerine yönelik 10 sorudan oluşan bir bölüm bulunmaktadır. Bu bölümde katılımcıların; cinsiyet, eğitim alınan fakülte, yaşanılan yer, anne-baba eğitim durumu, sağlık ve gelir durumu ile ilgili sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde yer alan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ); Hirai ve Clum (9) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Bilge ve Çam (10) tarafından yapılmıştır. RHYİÖ 21 maddeden oluşmaktadır ve 6'lı likert tipi bir ölçek olup; "tamamen katılmıyorum" (0), "çoğunlukla katılmıyorum" (1), "kısmen katılmıyorum" (2), "kısmen katılıyorum" (3), "çoğunlukla katılıyorum" (4) ve "tamamen katılıyorum" (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek, hem toplam puan hem de alt ölçek puanlarına göre yorumlanmaktadır. RHYİÖ 3 alt ölçekten oluşmaktadır:

Tehlikelilik alt ölçeği (8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21):

Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu ile ilgili 8 maddeden oluşur ve bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-40 arasındadır.

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13):

Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarını içeren 11 maddeden oluşur. Ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenmeyi ve çaresizlik yaşamayı ifade eder. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-55 arasındadır.

Utanma alt ölçeği (12, 15):

Ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğunu ifade eden 2 maddeden oluşur ve bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-10 arasında değişir.

Elde edilen tanımlayıcı veriler; frekans, ortalama ve standart sapma değerleri ile tablolarda sunulacaktır. Verilerin analizinde; bireysel özelliklerin ölçek puanı ile ilişkisi bağımsız değişkenin iki gruplu olduğu durumlarda normal dağılıma uygunluk sağlanıyor ise Student-t testi, sağlanmıyor ise Mann-Whitney U testi ile değerlendirilecektir. Üç ve üzeri bağımsız grubun ölçek puanı ile ilişkisi normal dağılıma uygunluk durumunda ANOVA testi, uymuyor ise Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilecektir. Normal dağılıma uygunluk; Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ve histogram tabloları ile incelenecektir.

Araştırma izinleri Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza toplam 158 kişi katılmıştır. Katılımcıların bireysel özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Araştırmaya 102 kadın (%64,6) ve 56 erkek (%35,4) öğrenci olmak üzere toplam 158 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin 135'i (%85,4) tıp fakültesinde, 23'ü (%14,6) sağlık bilimler fakültesi hemşirelik bölümünde okumaktadır. Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerden 1. sınıfta olanların sayısı 8 (%5,1), 2. sınıfta olanların sayısı 20 (%12,7), 3. sınıfta olanların sayısı 20 (%12,7), 4. sınıfta olanların sayısı 16 (%10,1), 5. sınıfta olanların sayısı 28 (%17,7) ve 6. sınıfta olanların sayısı 66'dır. (%41,8). Çalışmaya katılan öğrencilerin annesi ilköğretim mezunu olanların sayısı 49 (%31,0), lise ve dengi okul mezunu olanların sayısı 38 (%24,1), fakülte/yüksekokul mezunu olanların sayısı 59 (%37,3), yüksek lisans/doktora mezunu olanların sayısı 12'dir. (%7,6). Öğrencilerden; babası ilköğretim mezunu olanların sayısı 29 (%18,4), lise ve dengi okul mezunu olanların sayısı 30 (%19,0), fakülte/yüksekokul mezunu olanların sayısı 76 (%48,1), yüksek lisans/doktora mezunu olanların sayısı 23'tür (%14,6).

Araştırmaya katılanların 35'i (%22,2) tek başına, 60'ı (%38,0) aile ile birlikte, 47'si (%29,7) arkadaş/arkadaşlarıyla birlikte evde ve 16'sı (%10,1) yurtta kaldıklarını bildirmişlerdir. Katılımcılardan geliri giderleri için yetersiz olanların sayısı 37 (%23,4) iken geliri gideri için yeterli olanların sayısı 98 (%62,0) ve geliri giderinin üstünde olanların sayısı 23'tür (%14,6). Yakın arkadaş veya ailesinde ruhsal hastalık tanılı birey bulunan katılımcı sayısı 49 (%31,0), bulunmayan/bilmeyen katılımcı sayısı 109'dur. (%69,0). Kendisi ruhsal hastalık tanısı almış katılımcı sayısı 31 (%19,6), ruhsal hastalık tanısı bulunmayan katılımcıların sayısı 127'dir (%80,4).

Tablo 1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	102	64,6
	Erkek	56	35,4
Fakülte	Tıp Fakültesi	135	85,4
	SB Fakültesi - Hemşirelik	23	14,6
Dönem	1. Sınıf	8	5,1
	2. Sınıf	20	12,7
	3. Sınıf	20	12,7
	4. Sınıf	16	10,1
	5. Sınıf	28	17,7
	6. Sınıf	66	41,8
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	49	31,0
	Lise ve Dengi Okul Mezunu	38	24,1
	Fakülte / Yüksekokul Mezunu	59	37,3
	Yüksek Lisans / Doktora Mezunu	12	7,6
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	29	18,4
	Lise ve Dengi Okul Mezunu	30	19,0
	Fakülte / Yüksekokul Mezunu	76	48,1
	Yüksek Lisans / Doktora Mezunu	23	14,6
Yaşanılan Yer	Tek başında	35	22,2
	Aile ile birlikte	60	38,0
	Arkadaş/arkadaşlarla birlikte evde	47	29,7
	Yurt	16	10,1
Gelir Durumu	Gelirim giderlerim için yetersiz	37	23,4
	Gelirim giderlerim için yeterli	98	62,0
	Gelirim giderlerimin üzerinde	23	14,6
Yakın Arkadaşlar ve Ailede Ruhsal Hastalık Tanılı Birey	Var	49	31,0
	Yok/Bilmiyorum	109	69,0

Ruhsal Hastalık Tanısı	Var	31	19,6
	Yok	127	80,4

Yakın arkadaş çevresinde veya ailesinde ruhsal hastalık tanısı bulunan toplam 74 bireyden yakını depresyon tanısı alanların sayısı 27 (%36,5), bipolar bozukluk tanısı alanların sayısı 12 (%16,2), obsesif kompulsif bozukluk tanısı alanların sayısı 9 (%12,2), anksiyete tanısı alanların sayısı 8 (%10,8), şizofreni tanısı alanların sayısı 6 (%8,1), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alanların sayısı 6 (%8,1), panik bozukluk tanısı alanların sayısı 4 (%5,5), kişilik bozukluğu tanısı alanların sayısı 1 (%1,3), post-travmatik stres bozukluğu tanısı alanların sayısı 1'dir (%1,3).

Tablo 2. Yakınında Ruhsal Hastalık Tanısı Olan Katılımcılar

	n	**%**
Depresyon	27	36,5
Bipolar bozukluk	12	16,2
OKB	9	12,2
Anksiyete	8	10,8
Şizofreni	6	8,1
DEHB	6	8,1
Panik Bozukluk	4	5,5
Kişilik Bozukluğu	1	1,3
PTSB	1	1,3
TOPLAM	74	100,0

Kendisinde ruhsal hastalık tanısı bulunan toplam 40 katılımcıdan depresyon tanısı alanların sayısı 14 (%35,0), anksiyete tanısı alanların sayısı 14 (%35,0), obsesif kompulsif bozukluk tanısı alanların sayısı 3 (%,7,5), dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu tanısı alanların sayısı 3 (%7,5), anoreksiya tanısı alanların sayısı 2 (%2,5), panik bozukluk tanısı

alanların sayısı 1 (%2,5), bipolar bozukluk tanısı alanların sayısı 1 (%2,5), premenstruyel sendrom tanısı alanların sayısı 1 (%2,5), dermatilomani tanısı alanların sayısı 1'dir (%2,5).

Tablo 3. Kendisinde Ruhsal Hastalık Tanısı Bulunan Katılımcılar

	n	**%**
Depresyon	14	35,0
Anksiyete	14	35,0
OKB	3	7,5
DEHB	3	7,5
Anoreksiya	2	5,0
Panik Bozukluk	1	2,5
Bipolar Bozukluk	1	2,5
PMS	1	2,5
Dermatilomani	1	2,5
TOPLAM	40	100

Katılımcıların RHYİÖ toplam ölçek ortalama puanı 41,55 (±14,85), tehlikelilik alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 19,08 (±5,76), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 21,51 (±9,03), utanma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 0,97'dir (±1,86).

Tablo 4. Katılımcıların RHYİÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları

	Ortalama	Standart Sapma
Toplam Ölçek Puanı	41,55	14,85
Alt Ölçekler		
Tehlikelilik Alt Ölçeği	19,08	5,76

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği	21,51	9,03
Utanma Alt Ölçeği	0,97	1,86

Tablo 5. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile Toplam Ölçek Puanı Karşılaştırması

		Toplam Ölçek Puanı		p Değeri
		Ortalama	Standart Sapma	
Cinsiyet	Kadın	40,83	14,26	0,753
	Erkek	42,86	15,92	
Fakülte	Tıp Fakültesi	40,43	13,61	0,071
	SB Fakültesi	48,13	19,84	
Tıp Fakültesi Dönemi	1-5. Sınıf	41,14	13,48	0,707
	6. Sınıf	39,68	13,80	
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	45,71	18,11	**0,018**
	Lise ve Üzeri	39,68	12,79	
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	42,62	18,51	0,993
	Lise ve Üzeri	41,31	13,97	
Gelir Durumu	Gelirim giderlerim için yetersiz	44,08	18,03	0,562
	Gelirim giderlerim için yeterli/giderlerimin üzerinde	40,78	13,73	
Stigma Seçmeli Dersi	Almamış	40,54	13,70	0,565
	Almış	35,67	8,50	
Yakın Arkadaşlar ve Ailede Ruhsal Hastalık Tanılı Birey	Var	39,53	15,31	0,147
	Yok/Bilmiyorum	42,46	14,62	

Ruhsal Hastalık Tanısı	Var	35,84	14,14	**0,005**
	Yok	42,94	14,74	

- Ölçekten kadın katılımcılar ortalama 40,83(±14,26) puan, erkek katılımcılar ortalama 42,86(±15,92) puan almışlardır. Kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).
- Katılımcıların tıp fakültesi veya sağlık bilimleri fakültesinde okuması arasında toplam ölçek puanına göre anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05). Çalışmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinden 1-5. sınıfta olanların toplam ölçek puanı ortalama 41,14 (±13,48) iken 6. sınıfta olanların ortalama puanı 39,68'dir. (±13,80). Öğrencilerin dönemleri ile toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).
- Katılımcıların anne eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlar toplam ölçek puanından ortalama 45,71 (±18,11), lise ve üzeri mezun olanlar ortalama 39,68 (±12,79) puan almışlardır. Anne eğitim durumuyla ölçekten alınan puan arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur, eğitim düzeyi arttıkça ölçekten alınan ortalama puan azalmıştır (p=0,018).
- Katılımcıların baba eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlar toplam ölçek puanından ortalama 42,62 (±18,51) puan, lise ve üzeri mezun olanlar ortalama 41,31 (±13,97) puan almışlardır. Babanın eğitim durumuyla ölçekten alınan puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).
- Katılımcılardan stigma seçmeli dersi alanlar ortalama 35,67 (±8,50) puan alırken bu seçmeli dersi almayanlar ortalama 40,54 (±13,70) puan almışlardır ve dersi almakla ölçekten alınan puan arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).
- Katılımcının yakınında ruhsal hastalık tanısı alan birinin olmasıyla ölçekten aldığı puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05). Ruhsal hastalık tanısı alan katılımcıların ölçekten aldığı ortalama puan 35,84 (±14,14) , ruhsal hastalık tanısı almayan katılımcıların aldığı ortalama puan 42,94 (±14,74) olmuştur ve ruhsal hastalık tanısı bulunan bireyler daha düşük puan almışlardır (p<0,05).

Tablo 6. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile Tehlikelilik Alt Ölçek Puanı Karşılaştırması

		Tehlikelilik Alt Ölçeği		p Değeri
		Ortalama	Standart Sapma	
Cinsiyet	Kadın	19,14	5,39	0,857
	Erkek	18,96	6,42	
Fakülte	Tıp Fakültesi	18,44	5,37	**0,005**
	SB Fakültesi	22,78	6,65	
Tıp Fakültesi Dönemi	1-5. Sınıf	18,35	5,63	0,623
	6. Sınıf	18,55	5,13	
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	20,61	6,85	**0,024**
	Lise ve Üzeri	18,39	5,08	
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	19,62	7,15	0,639
	Lise ve Üzeri	18,95	5,42	
Gelir Durumu	Gelirim giderlerim için yetersiz	19,92	6,42	0,550
	Gelirim giderlerim için yeterli/giderlerimin üzerinde	18,82	5,55	
Stigma Seçmeli Dersi	Almamış	18,52	5,39	0,261
	Almış	15,33	4,04	
Yakın Arkadaşlar ve Ailede Ruhsal Hastalık Tanılı Birey	Var	18,51	6,17	0,278
	Yok/Bilmiyorum	19,33	5,57	

Ruhsal Hastalık Tanısı	Var	17,35	5,33	0,068
	Yok	19,50	5,80	

- Ölçekten kadın katılımcılar ortalama 19,14 (±5,39) puan, erkek katılımcılar ortalama 18,96 (±6,42) puan almışlardır. Katılımcıların cinsiyetleri ile tehlike alt ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,05$)
- Katılımcılardan tıp fakültesinde okuyan öğrenciler tehlikelilik alt ölçeğinden ortalama 18,44 (±5,37) puan alırken sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrenciler ortalama 22,78 (±6,65) puan almışlardır. Sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrenciler tehlikelilik alt ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$).
- Katılımcılardan anne eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlar tehlikelilik alt ölçeğinden ortalama 20,61 (±6,85) puan , lise ve üzeri mezun olanlar ortalama 18,39 (±5,08) puan almışlardır. Katılımcıların anne eğitim düzeyi azaldıkça tehlikelilik alt ölçeğinden aldıkları puan artmıştır ($p<0,05$).
- Katılımcılardan baba eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlar tehlikelilik alt ölçeğinden ortalama 19,62 (±7,15) puan , lise ve üzeri mezun olanlar ortalama 18,95 (±5,42) puan almışlardır. Katılımcının babasının eğitim durumuyla tehlikelilik alt ölçeğinden aldığı puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$)
- Katılımcılardan stigma seçmeli dersi alanlar ortalama 15,33 (±4,04) puan alırken bu seçmeli dersi almayanlar ortalama 18,52 (±5,39) puan almışlardır ve dersi almakla ölçekten alınan puan arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Yakın arkadaş veya ailesinde ruhsal hastalık tanısı alan katılımcıların tehlikelilik alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 18,51 (±6,17), çevresinde ruhsal hastalık tanısı alan birey olmayan katılımcıların aldığı puan ortalama 19,33'tür (±5,57). Ruhsal hastalık tanısı alan katılımcıların ölçekten aldığı ortalama puan 17,35 (±5,33), ruhsal hastalık tanısı almayan katılımcıların aldığı ortalama puan 19,50 (±5,80) olmuştur. Kişinin

kendisinde veya çevresinde ruhsal hastalık tanısı bulunmasıyla tehlikelilik alt ölçeğinden aldığı puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 7. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçek Puanı Karşılaştırması

		Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği		p Değeri
		Ortalama	Standart Sapma	
Cinsiyet	Kadın	20,83	8,95	0,428
	Erkek	22,73	9,14	
Fakülte	Tıp Fakültesi	21,07	8,32	0,284
	SB Fakültesi	24,04	12,39	
Tıp Fakültesi Dönemi	1-5. Sınıf	21,96	8,22	0,355
	6. Sınıf	20,15	8,38	
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	23,59	10,57	0,079
	Lise ve Üzeri	20,57	8,13	
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	21,76	10,68	0,831
	Lise ve Üzeri	21,45	8,67	
Gelir Durumu	Gelirim giderlerim için yetersiz	22,97	10,95	0,560
	Gelirim giderlerim için yeterli/giderlerimin üzerinde	21,06	8,36	
Stigma Seçmeli Dersi	Almamış	21,09	8,39	0,994
	Almış	20,33	4,62	
Yakın Arkadaşlar ve Ailede Ruhsal	Var	20,49	9,70	0,203
	Yok/Bilmiyorum	21,96	8,73	

Hastalık Tanılı Birey				
Ruhsal Hastalık Tanısı	Var	18,00	10,24	**0,005**
	Yok	22,36	8,54	

- Ölçekten kadın katılımcılar ortalama 20,83 (±8,95) puan, erkek katılımcılar ortalama 22,73 (±9,14) puan almışlardır. Katılımcıların cinsiyetleri ile çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).
- Katılımcılardan tıp fakültesinde okuyan öğrenciler çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden ortalama 21,07 (±8,32) puan alırken sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrenciler ortalama 24,04 (±12,39) puan almışlardır. Okunan fakülte ile çaresizlik alt ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).
- Katılımcılardan anne eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlar ölçekten ortalama 23,59 (±10,57) puan, lise ve üzeri mezun olanlar ortalama 20,57 (±8,13) puan almışlardır. Katılımcıların anne eğitim düzeyi ile ölçekten alınan puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).
- Katılımcılardan baba eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlar ölçekten ortalama 21,76 (±10,68) puan, lise ve üzeri mezun olanlar ortalama 21,45 (±8,67) puan almışlardır. Katılımcının babasının eğitim durumuyla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden aldığı puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05)
- Katılımcılardan stigma seçmeli dersi alanlar ortalama 20,33 (±4,62) puan alırken bu seçmeli dersi almayanlar ortalama 21,09 (±8,39) puan almışlardır ve dersi almakla ölçekten alınan puan arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).
- Yakın arkadaş veya ailesinde ruhsal hastalık tanısı alan katılımcıların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 20,49 (±9,70), çevresinde ruhsal hastalık tanısı alan birey olmayan katılımcıların aldığı puan ortalama

21,96'dır (±8,73). Ruhsal hastalık tanısı alan katılımcıların ölçekten aldığı ortalama puan 18,00 (±10,24), ruhsal hastalık tanısı almayan katılımcıların aldığı ortalama puan 22,36 (±8,54) olmuştur. Ruhsal hastalık tanısı almış katılımcılar çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden ortalamadan daha yüksek puan almışlardır ($p<0.05$).

Tablo 8. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile Utanma Alt Ölçek Puanı Karşılaştırması

		Utanma Alt Ölçeği		p değeri
		Ortalama	Standart Sapma	
Cinsiyet	Kadın	0,86	1,64	0,565
	Erkek	1,16	2,21	
Fakülte	Tıp Fakültesi	0,91	1,74	0,744
	SB Fakültesi	1,30	2,44	
Tıp Fakültesi Dönemi	1-5. Sınıf	0,84	1,57	0,902
	6. Sınıf	0,98	1,92	
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	1,51	2,53	0,095
	Lise ve Üzeri	0,72	1,41	
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	1,24	2,23	0,728
	Lise ve Üzeri	0,91	1,77	
Gelir Durumu	Gelirim giderlerim için yetersiz	1,19	2,28	0,932
	Gelirim giderlerim için yeterli/giderlerimin üzerinde	0,90	1,71	
Stigma Seçmeli Dersi	Almamış	0,93	1,76	0,330
	Almış	0,00	0,00	

Yakın Arkadaşlar ve Ailede Ruhsal Hastalık Tanılı Birey	Var	0,53	1,14	0,073
	Yok/Bilmiyorum	1,17	2,08	
Ruhsal Hastalık Tanısı	Var	0,48	0,89	0,322
	Yok	1,09	2,01	

- Ölçekten kadın katılımcılar ortalama 0,86 (±1,64) puan, erkek katılımcılar ortalama 1,16 (±2,21) puan almışlardır. Katılımcıların cinsiyetleri ile utanma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p>0,05)
- Katılımcılardan tıp fakültesinde okuyan öğrenciler utanma alt ölçeğinden ortalama 0,91 (±1,74) puan alırken sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrenciler ortalama 1,30 (±2,44) puan almışlardır. Okunan fakülte ile utanma alt ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).
- Katılımcılardan anne eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlar ölçekten ortalama 1,51 (±2,53) puan, lise ve üzeri mezun olanlar ortalama 0,72 (±1,41) puan almışlardır. Katılımcıların anne eğitim düzeyi ile ölçekten alınan puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).
- Katılımcılardan baba eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlar ölçekten ortalama 1,24 (±2,23) puan , lise ve üzeri mezun olanlar ortalama 0,91 (±1,77) puan almışlardır. Katılımcını babasının eğitim durumuyla utanma alt ölçeğinden aldığı puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05)
- Yakın arkadaş veya ailesinde ruhsal hastalık tanısı alan katılımcıların utanma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 0,53 (±1,14), çevresinde ruhsal hastalık tanısı alan birey olmayan katılımcıların aldığı puan ortalama 1,17'dır (±2,08). Ruhsal hastalık tanısı alan katılımcıların ölçekten aldığı ortalama puan 0,48 (±0,89), ruhsal hastalık tanısı almayan katılımcıların aldığı ortalama puan 1,09 (±2,01) olmuştur. Kişinin kendisinde veya çevresinde ruhsal hastalık tanısı bulunmasıyla utanma alt ölçeğinden aldığı puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

TARTIŞMA

Araştırmamızda tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültelerinde eğitim görmekte olan öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları ve bu inançları etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Birçok çalışmada sosyodemografik özellikler ile ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutum arasındaki ilişki araştırmacıları değişik sonuçlara ulaştırmıştır. Sosyodemografik özelliklerin farklı çalışmalarda tutum üzerine farklı etkilerinin oluşunun çalışmaların yürütüldüğü grupların kültürel özelliklerinden, hastalıkla ilgili bilgi eksikliğinden, yetişme tarzından, bulunduğu çevredeki ruh sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilirliğinden ve araştırmada kullanılan ölçüm araçlarından (11) kaynaklandığı söylenebilir.

Ruhsal hastalığa ilişkin genel inançların; "ruhsal hastalığı olanlar tehlikelidir, kişilerarası ilişkide davranışları kontrol edilemez ve uygunsuzdur, hastalık tedavi edilemez" şeklinde olduğu belirtilmektedir (12,13). Araştırmamızda bazı sosyodemografik özellikler ile ruhsal hastalığı olanların tehlikeli olduğu inancı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ruhsal hastalıkların tehlikeli olduğu inancı, bu inancı takiben toplumda ruhsal hastalığı olan insanlardan korkma ve uzaklaşma tutumunu getireceğinden bu kişilerin toplumla olan ilişkilerinin bozulmasına dolayısıyla da hastalıkla mücadelede önemli bir destek mekanizmasının kaybına neden olabilir. Araştırmamızda ruhsal hastalığın utanmayı gerektiren bir durum olduğuna ilişkin inanç ile herhangi bir sosyodemografik özellik arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu şekilde bir inanç ruhsal hastalığı olan kişilerin zaman zaman içinde bulundukları durumu en yakınlarına bile

anlatmasının önüne geçmekte sonuç olarak profesyonel yardım almalarını da oldukça geciktirmekte veya tamamen engellemektedir.

Araştırmamızda kadın ve erkek katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda cinsiyetin ruhsal hastalığa yönelik inancı etkilemediğini gösteren bulgu, ruhsal hastalıklara ilişkin tutumun cinsiyetten etkilenmediğini gösteren başka çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (8, 14). Bazı çalışmalarda ise, kadın tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı erkeklere göre daha olumlu bir tutum içerisinde oldukları belirlenmiştir (15). Çalışmamızda katılımcıların tıp fakültesi veya sağlık bilimleri fakültesinde okuması arasında toplam ölçek puanına göre anlamlı bir fark bulunmazken Tarım ve Yılmaz'ın çalışmasına göre öğrencilerin öğrenim gördüğü fakülteler ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin toplam ölçek ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (14). Bu çalışmaya göre sağlık bilimleri ve veteriner fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu, ruhsal bozukluk tanısı konulan bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme ve çaresizlik yaşadıkları, ruhsal hastalardan utandıkları ve ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğu sonucu bulunmuştur. Katılımcılardan tıp fakültesi 1-5.sınıf olanlarla 6.sınıf olanların ortalama toplam ölçek puanı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Birdoğan ve Berksun'un çalışmalarına göre, tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin psikiyatri eğitimi almış olan 6.sınıf öğrencilerine göre psikiyatri hastalarını daha tehlikeli algıladıkları ve toplumun içinde diğer bireylerden farklı gördüklerini belirtmektedirler (16). Çalışmamızda katılımcıların anne eğitim durumuyla toplam ölçek puanı ve tehlikelilik alt ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunurken çaresizlik alt ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulguya göre annesi ilköğretim mezunu olan öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu ve genel olarak ruhsal hastalara yönelik inançlarının olumsuz olduğunu belirtmektedir. Yapılan bir başka çalışmaya göre öğrencilerin anne eğitim durumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin çaresizlik alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre annesi ilköğretim mezunu olan öğrenciler ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıklarını belirtmektedirler (14). Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları baba eğitim durumlarına göre incelendiğinde; baba eğitim durumu ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmazken Tarım'a göre

tehlikelilik ve çaresizlik alt ölçek boyutları ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (14).

Araştırmamızda maddi duruma göre tehlikelilik alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken Ünal ve ark. çalışmasında anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmaya göre, maddi durumunu orta düzey olarak değerlendiren öğrencilerin tehlikeli alt ölçeği puan ortalaması iyi ve kötü olarak değerlendirenlerden daha yüksekti. Katılımcının yakınında ruhsal hastalık tanısı alan birisinin olmasıyla ölçekten aldığı puan arasında ilişki bulunmazken kendisi ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin aldığı toplam ortalama puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ruhsal hastalık tanısı alanların toplam ölçek puanı ve çaresizlik ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunurken tehlikelilik ve utanma alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tarım ve Yılmaz'ın çalışmasına göre tehlikelilik, çaresizlik alt ölçek boyutları ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (14).

Çalışmamızın katılan sayısının kısıtlılığı sebebiyle bazı anlamlı bulguları yakalamakta yeteri kadar etkin olamaması muhtemeldir. Araştırmanın kısıtlılıklarını aşmak amacıyla daha fazla katılımcı sayısıyla kohort tipte çalışmalar yapılabilir. Ayrıca kişilerin kendi beyanlarına dayanan bir ölçüm sistemi kullanıldığından katılımcılar kendi tutumlarını gerçekte olduğu gibi değil, olması gerektiğini düşündükleri gibi gösterme eğiliminde olabilirler. Özellikle psikiyatri eğitimi almış kişiler doğru tutum hakkında bilgi sahibi olduklarından bir anket çalışmasında gerçek hayatta olduğundan daha kolay bir şekilde bu tutumu sergileyebilirler. Dolayısıyla bu alanda yapılacak başka çalışmalar için kişilerin ruhsal hastalığa ve bu hastalıklara sahip bireylere yönelik tutumlarını daha objektif bir şekilde ölçmek adına kişisel beyana dayalı olmayan başka bir değerlendirme sistemi geliştirilmelidir.

SONUÇ

Araştırmamızda bulunan sonuçlar çoğunlukla literatürdeki araştırmalarla uyuşmaktadır. Buna göre stigmanın önüne geçebilmek adına toplumun her kesimine ruhsal hastalıklarla ilgili doyurucu bilgi ulaştırılmalı, eğitim programları düzenlenmelidir. Öğrenilen bilgilerin inanç düzeyine geçmesi ve toplumun genel tutumunu değiştirmesi için ruhsal hastalıklara sahip

bireylerle temasın artırılması hedeflenmelidir. Yalnızca sağlık çalışanlarında değil toplumun tüm bireylerinde stigmanın önüne geçilerek ruhsal hastalıkları olan bireyler için kuvvetli bir sosyal destek sağlanabilir. Uzun vadede bu bireyler için hayat kalitesini ve ruhsal hastalıkların prognozunu geliştirmek bu şekilde mümkün olabilir. Ayrıca stigmatizasyonu anlamayı ve mücadele edebilme yetisini kazandırmak için uygun fakültelerde eğitim programına stigma ile ilgili dersler yerleştirmek de uzun vadede mücadeleye destek olabilecek bir stratejidir.

KAYNAKÇA

1. *Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. Psychol Health Med 2006;11:353-63. doi: 10.1080/13548500600595327.*
2. *Gray DE. Perceptions of stigma: the parents of autistic children. Sociol Health Illn 1993;15:102-20. doi: 10.1111/467-9566.ep11343802.*
3. *Mak WWS, Kwok YTY. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. Soc Sci Med 2010;70:2045-51. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.023.*
4. *Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity: Simon & Shuster Inc.; 1963.*
5. *Dehnavi SR, Malekpour M, Faramarz S, Talebi H. The share of internalized stigma and autism quotient in predicting the mental health of mothers with autism children in Iran. Int J Bus Manag Soc Res 2011;2:251-59.*

6. *Çam O, Bilge A. The Process of Stigmatization and Attitude, Belief about Mental Illness and Patient in Turkey: A Systematic Review. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4:91–101.*
7. *Çıtak EA, Budak E, Kaya Ö, Öz Ş. et al. Determination of the Beliefs Towards to Mental Illness in Nursing Students in Baskent University. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010;68–73.*
8. *Ünal S, Filiz H, Çelik B, Özgüven Z. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları, Düşünen Adam 2010;23:145–50.*
9. *Hirai M, Clum GA. Development, Reliability, and Validity of the Beliefs Toward Mental Illness Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2000; 3: 221-36.*
10. *Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastaliga Yönelik Inançlar Ölçegi'nin geçerliligi ve güvenilirligi/Validity and reliability of Beliefs towards Mental Illness Scale. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9(2):91.*
11. *Dessoki HH, Hifnawy T. Beliefs about mental illness among university students in Egypt. Europe's Journal of Psychology 2009; 1:1-19*
12. *Estroff SE, Penn DL, Toporek JR. From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. Schizophr Bull 2004; 30:493-509.*
13. *Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: a review and critique. J Ment Health 1997; 6:345-354.*
14. *.Tarım H.Ş, Yılmaz M., Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal bozukluklara yönelik inançlarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi, Mersin Univ Saglık Bilim Derg 2018;11(2*
15. *Köşger F., Altınöz A.E., Bir tıp fakültesinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin ruhsal bozukluklara yönelik tutumları, Klinik Psikiyatri 2019;22:57-62*
16. *Birdoğan S.Y, Berksun E.O. Tıp fakültesi 1.sınıf ve 6.sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. Kriz Dergisi 2002;10:1-7*

EKLER

Ek -1: Çalışmada Kullanılan Anket Formu

1) Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

2) Hangi fakültede öğrenim görmektesiniz: …….

3) Kaçıncı sınıftasınız: …….

4) Anne Eğitim Durumu:

İlköğretim Mezunu ( ) Lise ve Dengi Okul Mezunu ( )

Fakülte / Yüksekokul Mezunu ( ) Yüksek Lisans / Doktora Mezunu ( )

Diğer ( ) ……

5) Baba Eğitim Durumu:

İlköğretim Mezunu ( ) Lise ve Dengi Okul Mezunu ( )

Fakülte / Yüksekokul Mezunu ( ) Yüksek Lisans / Doktora Mezunu ( )

Diğer ( ) ……

6) Yaşadığınız yer:

Tek başına ( ) Aile ile birlikte ( ) Arkadaş/arkadaşlarla birlikte evde ( ) Yurt ( ) Diğer ( ) ……

7) Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Gelirim giderlerim için yetersiz ( ) Gelirim giderlerim için yeterli ( )

Gelirim giderlerimin üzerinde ( ) Diğer: ……

8) Fakülteniz birinci, ikinci ve üçüncü sınıflarda hangi seçmeli dersleri aldınız?

……

9) Yakın arkadaşlarınız veya ailenizde ruhsal hastalık tanısı almış kimse var mı?

Hayır ( )

Evet ( ) (lütfen belirtiniz:……)

Bilmiyorum ( )

10) Şu ana kadar herhangi bir ruhsal hastalık tanısı aldınız mı?

Hayır ( )

Evet ( ) (lütfen belirtiniz:……)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Tamamen katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum

	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3. Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4. "Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder.						

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

Ek-2: Marmara Üniversitesi Etik Kurul Onayı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

	PROTOKOL KODU	**09.2021.1273**
	PROJE ADI	**Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi**
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	**Prof. Dr. Dilşad SAVE**

KARAR BİLGİLERİ	**Tarih 05.11.2021** Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ EVET ☐ HAYIR	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr.. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	

Ek-3: Turnitin Raporu

Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi

ORİJİNALLİK RAPORU

%16	%16	%8	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.dusunenadamdergisi.org İnternet Kaynağı	%2
2	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
4	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	%2
5	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	%2
6	mascomarmarastudentcongress.files.wordpress.com İnternet Kaynağı	%2
7	isfaw2018.isfaw.org İnternet Kaynağı	%1
8	Submitted to Istanbul Medeniyet Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
9	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	%1

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Aşağıda ayrıntıları belirtilen ***"araştırma çalışması",*** Akademik Teşvik Ödeneği Yönetmeliği 3. Maddesinin (1)b fıkrasında belirtildiği şekliyle herhangi bir proje kapsamında yürütülmemiştir. Yükseköğretim Kurulu ve yükseköğretim kurumları tarafından yürütülen değişim programlarının teşvik kapsamı dışında kalan çalışmamız olup, *yönetmelikteki* ***diğer faaliyet türlerine girmeyen sistematik çalışmalardandır***. Araştırma çalışmasının Dekanlığımız veya ilgili kurulları tarafından önceden onaylanması ve başlangıcının belgelenmesi hususunda gereğini arz ederim.

Araştırma Yürütücüsü Bilgileri			
Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**Profesör Doktor, Dilşad SAVE**		
T.C. Kimlik Numarası:			
Anabilim Dalı	**Halk Sağlığı**		
E-posta:	**dilsadsave@yahoo.com**		
İş Telefonu:	**0(216) 421 22 22**	**Cep Telefonu:**	**0 (537) 966 15 89**
İmza:		**Tarih:**	

Araştırma Yardımcısı Bilgileri	
Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**Araştırma Görevlisi, Alican SARISALTIK**
Fakülte, Ens. Veya Y. Okul:	**Tıp Fakültesi**

Bölümü, Anabilim Dalı	**Halk Sağlığı**		
E-posta:	**alican.sarisaltik@marmara.edu.tr**		
İş Telefonu:	**0(216) 421 22 22**	**Cep Telefonu:**	**0 (551) 589 82 89**

Araştırma Yardımcısı Bilgileri			
Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**İntörn Doktor,**		
Fakülte, Ens. Veya Y. Okul:	**Tıp Fakültesi**		
Bölümü, Anabilim Dalı	**Halk Sağlığı**		
E-posta:			
İş Telefonu:	**0(216) 421 22 22**	**Cep Telefonu:**	

Araştırma Yardımcısı Bilgileri			
Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**İntörn Doktor,**		
Fakülte, Ens. Veya Y. Okul:	**Tıp Fakültesi**		
Bölümü, Anabilim Dalı	**Halk Sağlığı**		
E-posta:			
İş Telefonu:	**0(216) 421 22 22**	**Cep Telefonu:**	

Araştırma Yardımcısı Bilgileri			
Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**İntörn Doktor,**		
Fakülte, Ens. Veya Y. Okul:	**Tıp Fakültesi**		
Bölümü, Anabilim Dalı	**Halk Sağlığı**		
E-posta:			
İş Telefonu:	**0(216) 421 22 22**	**Cep Telefonu:**	

Araştırma Yardımcısı Bilgileri	
Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**İntörn Doktor,**

Fakülte, Ens. Veya Y. Okul:	**Tıp Fakültesi**		
Bölümü, Anabilim Dalı	**Halk Sağlığı**		
E-posta:			
İş Telefonu:	**0(216) 421 22 22**	**Cep Telefonu:**	

Anabilim Dalı Başkanı
Ünvanı, Adı ve Soyadı: Profesör Doktor, Dilşad SAVE
Tarih:
İmza:

Dekan (Onay ve Kurula sevki)	
Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**Profesör Doktor, Hakan GÜNDÜZ**
Tarih:	
İmza:	

Kurul Onayı (Boş Bırakınız)			
Kurul Toplantı Tarihi:			
Kurul kararı	☐ **Kabul**	☐ **Red**	☐ **Revize**
Gerekçesi: (Red / Revize Olması Durumunda doldurulacaktır.)			
Kurul Başkanı Ünvanı, Adı ve Soyadı:			

İmzası:	

Araştırma Bilgileri		
Araştırma Başlığı:	**Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma**	
Araştırma Süresi: (3-36 ay) (En az 3 ay olmalıdır)	**3 ay**	
Etik Kurul Onay Belgesinin Alındığı	**Birim:**	**Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**
	Tarih:	**02.04.2021**
	Onay no	**09.2021.470**
Araştırma için Belirlenen Başlama Tarihi (Ay / Yıl)	**9 Nisan 2021**	
Araştırma için Belirlenen (Tahmini) Bitiş Tarihi	**9 Temmuz 2021**	
Araştırma Bütçesi Desteği	☐ Var ☒ Yok	
Varsa Destekleyen Kuruluş/ Kurum	**Yok.**	
Proje Türü	☐ Uzmanlık tezi ☐ Doktora tezi ☐ ☐	

	Yüksek lisans tezi	Bilimsel araştırma
	☐ Bilimsel araştırma (Ortak)	☒ Öğrenci Tezi(Dönem 6)

1-ARAŞTIRMA ÖZETİ ve ANAHTAR KELİMELER

Araştırma Başlığı: Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma

Araştırma Özeti: Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmal hakkında farkındalıklarının arttırılması ile çocuk istismar ve ihmalinin azaltılacağı bir gerçektir. Sağlık profesyonellerinin çocuk istismar vakalarının belirlenmesi, tedavisi, ilgili kurumlara bildirilmesi, risk faktörlerinin tespit edilmesi, eğitim, danışmanlık hizmetleri konusunda hizmet vermede çok önemli görev ve sorumlulukları vardır. Bu niteliksel çalışmadaki amacımız hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalıklarının ortak ve farklı yönleriyle değerlendirilmektir. Niteliksel tipte tasarlanan araştırmamız, çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma olasılığı yüksek olan; çocuk sağlığı ve hastalıkları, aile hekimliği, ortopedi ve travmatoloji, ve göz hastalıkları alanlarındaki hekimler ile yapılmış. Araştırmaya on dört hekim gönüllü olmuştur. Veriler, gönüllüler ile yapılacak derinlemesine görüşmelerle (in-depth interview) toplanmış. Araştırmamızda veri toplama aracı olarak literatür taraması sonucu oluşturulan sosyo-demografik özelliklere yönelik sorular ve çocuk istismarı ve ihmali farkındalığına yönelik açık uçlu soruları içeren yarı-yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Görüşmeler katılımcılardan izin alınarak kayıt altına alınıp 76 sayfalık transkript oluşturulmuştur. Hekimlerin çoğunluğu istismar kavramını daha çok fiziksel ve cinsel olarak gerçekleşen ve istemli olarak yapılan bir eylem olarak tanımlamışlardır. Hekimlerin çoğu çocuk istismarı ve ihmalinin eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile ters ilişkili oldukları düşünmüştür. Ebeveynlerin yetişme tarzını kendi çocuklarına yansıtacağını, anne ve baba arasındaki ilişkisinin istismar ihmal açısından önemli bir yer tuttuğunu düşünmektedir. Hekimlerin çocuk istismar ve ihmalini tam olarak tanımlayamadığını ve çeşitleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Hekimlerinin tamamı çocuk istismarı ve ihmali vakalarını bildirmekle yükümlü olduklarının farkında oldukları halde prosedür hakkında tam olarak bilgi sahibi olmadıklarını görmekteyiz.

Araştırma Anahtar kelimeleri: Çocuk istismarı ve ihmali, Hekim, Farkındalık, Bildirim yükümlülüğü.

2. AMAÇ / GEREKÇE:

Toplumun geleceği olan çocuklar bütün varlıklar arasında en çok korunmaya ve ilgiye gereksinim duyan canlılardır. Toplumların gelişebilmesi için çocukların fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsel açıdan sağlıklı gelişmeleri çok önemlidir. Her şeyin hızlı bir şekilde değişip geliştiği ve yaşam standartlarının gittikçe karmaşıklaştığı dünyamızda, çocuklarımızın her açıdan sağlıklı olarak yetiştirilmeleri geleceğimiz açısından çok büyük önem taşımaktadır.

Çocuk, dünyaya geldiği ilk andan başlayarak gelişme süreci içinde ailesi ve sosyal çevresi ile etkileşiminden çıkardığı sonuçları içselleştirerek kişiliğinin ve karakterinin temellerini oluşturmaktadır. Çocuğun temel ihtiyaçları olan bakım ve beslenmeye ek olarak ebeveynleri tarafından ilgi ve sevgi ihtiyacının da karşılanması gerekir. Nesillerin sağlıklı yetişmesi, ebeveynlerin tutum ve davranışlarına bağlıdır. Bu sebeple, ana-babaların çocuklarına yönelik gösterdikleri davranış modelleri, çocuğun yetiştiği çevre, diğer yetişkinlerin davranışları çocuğun sağlıklı bir kişilik yapısı oluşturabilmesi açısından önemlidir (1).

Çocuk istismarı, dünyadaki pek çok bilim literatüründe bahsi geçen bir durumdur. Ancak, çocuk istismarına bazı topluluklarda ve kültürlerde değişik şekillerde anlamlar yüklenmektedir. Kültür, bir toplumun maddi ve manevi değerler ve davranışlarının birikimidir. Ayrıca kültür, genel olarak kabul edilen çocuğun yetiştirilmesi ve büyütülmesi yöntemleri ortaya çıkaran bir alt yapıdır. Bu sebeple ailelerin çocuklarına yönelik tutum ve davranışları farklı olabilmektedir. Bu durum yapılan hangi davranışın normal, hangisinin ihmal ya da istismar olarak değerlendirilmesinde farklılıklara neden olmaktadır (1).

İstismar ve ihmalin algılanışı, sosyo-kültürel yapı, sağlık profesyonellerinin yeterli bilgi ve eğitime sahip olmaması gibi nedenlerle ülkemizde sorunların tanılanmasında ve erken dönemde belirlenmesinde güçlük oluşturmaktadır (3). Sağlık kuruluşlarına istismar ve ihmal nedeniyle başvuran aileler için, sağlık çalışanlarının istismar ve ihmali tanıyıp fark edebilmeleri önemlidir. Sağlık çalışanları istismar ve ihmali tanıyabilme becerilerini eğitimleri sonucu edindikleri bazı özel bilgiler ve yaşadıkları deneyim sayesinde kazanabilirler. Çocuğun sağlığının korunmasında erken tanının çok önemli olduğu unutulmamalıdır. Bu yüzden sağlık çalışanlarının istismar ve ihmal olgularını fark edebilmesi ve bir an önce tedaviye başlaması son derece önemlidir.

Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmal hakkında farkındalıklarının arttırılması ile çocuk istismar ve ihmalinin azaltılacağı bir gerçektir. Yapılan bir çalışmada ebe-hemşirelerin %90,6'sının istismar ve ihmal ile ilgili daha fazla bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir (4). İstismarı önlemenin en etkili yollarından biri toplumu bilgilendirmek ve buna yönelik programlar geliştirmektir. Sağlık profesyonellerinin çocuk istismar

vakalarının belirlenmesi, tedavisi, ilgili kurumlara bildirilmesi, risk faktörlerinin tespit edilmesi, eğitim, danışmanlık hizmetleri konusunda hizmet vermede çok önemli görev ve sorumlulukları vardır.

İhmal ve istismara uğrayan çocukların sağlık kuruluşlarında iyi değerlendirme yapılmaksızın aynı ortama geri gönderildikleri ve daha sonra bu olguların bir kısmının öldürüldüğü ve ciddi ya da kalıcı hasara maruz kaldıkları, fiziksel ve ruhsal gelişimde gerileme olduğu görülmüştür. Bu bilgilerin doğrultusunda sağlık çalışanlarının çocuk istismar ve ihmal vakalarının önlenmesinde de önemli görevleri olduğu bir gerçektir. Önleme çalışmaları, ancak var olan problemi belirleme, bu konuda bilgi sahibi olma, problemin çözümünde ilgili kurumları harekete geçirmekle, bu kaynaklar konusunda bilgi sahibi olmak ve farkındalık yaratmakla bir anlam kazanacaktır.

İstismar

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre, "Çocuk İstismarı veya çocuğa karşı kötü muamele; sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumunda çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya duygusal kötü davranışı, cinsel istismarı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren her türlü davranışlardır (WHO, 2018)

Hukuki süreç

Acil ünitelerinde çalışan sağlık ekibi üyeleri istismar ve ihmalden şüphelenilen durumlarda yasal bildirimlerin yapılması, çocuğun korunma kararının çıkartılması ve adli sürecin başlatılmasından soruludur. Şayet sağlık kuruluşunda çocuk koruma birimi bulunuyorsa bu birimle görüşülmelidir (5, 6). Sağlık kuruluşunda böyle bir birim yoksa ailenin değerlendirilmesi tamamlanıncaya kadar çocuk sağlık kuruluşunda tutulmalıdır. Sağlık kuruluşuna getirilen kişi tarafından bu durum reddedilirse mahkeme kararıyla çocuğu koruma altına alınmalıdır.Acil ünitelerinde görev yapan sağlık personeli, bu konu ile ilgilenen uzmanlar ve hastane polisi bir araya gelerek değerlendirme yapmalı ve olayı adli birimlere ve sosyal hizmetler kurumuna rapor etmelidir. Şayet istismar kesin ise cumhuriyet başsavcılığına hazırlanan adli rapor ile birlikte müracaat edilir ve çocuk için koruma kararı alınmalıdır. Sosyal Hizmet Kurumunda görev yapanlar ile birlikte bir değerlendirme yapılmalı, sonuç aileye açıklanırken amacın yardım etmek olduğu ifade edilerek çocuk uygun kuruma sevk edilmelidir (5, 7).

Bu niteliksel çalışmadaki amacımız hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalıklarının ortak ve farklı yönleriyle değerlendirilmektir.

Kaynaklar:

1. Bayhan P, 1998. Dövülen Çocuklar, Sosyal Hizmet Dergisi, 1(8), 24-26.

2. Topbaş M, 2004. İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3,76-80.

3. Altunsu B, 2004. Çocuklara bakım veren hemşirelerin çocuk istismar ve ihmalini tanıyabilmeleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

4. Gölge, Z.B., Hamzaoğlu, N., Türk, B. (2012), Sağlık çalışanlarının çocuk istismar ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi. Adli Tıp Dergisi, 26(2), 86-96.

5. Gözen, D., Karaböcüoğlu, M., Yılmaz, H.L., Duman, M. (2012), Çocuk Acil Tıp (Acil Birime Getirilen İstismara Maruz Kalmış Çocuğa Hemşirelik Yaklaşımı), İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi. s: 2559-2564.

6. Beyazova, U., Şahin, F. (2007), Çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşımda hastane çocuk koruma birimleri. Türk Pediatri Arşivi, 42 (16), 16-18.

7. Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47, 140-151.

3. GEREÇ ve YÖNTEM:

Çalışma niteliksel (kalitatif) tiptedir. Araştırmaya gönüllü olan altı çocuk sağlığı ve hastalıkları doktoru, beş aile hekimi, iki göz hastalıkları doktoru ve bir ortopedi ve travmatoloji doktoru dahil edilmiştir. Görüşmeler Nisan 2021 tarihinde yapılmıştır. Görüşmenin bölümleri: Kendini tanıtma, izin alma ve araştırmanın amacını açıklama; çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki farkındalığı ölçmeye yönelik hazırlanmış soruların yöneltilmesi; görüşmenin sonlandırılması. Bu araştırmada nitel veri toplama tekniklerinden yararlanmış ve derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Derinlemesine görüşmeler, araştırıcılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada kullanılan sorular EK-1'de sunulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden doktorlara yüz yüze araştırmadan bahsedilmiş, görüşmeyi kabul eden doktorlarla görüşmeler yapılmıştır. Çocuk istismarı ve ihmaliyle karşılaşma oranı yüksek olan bölümlerden hekimlerle görüşülmüştür. Görüşmeleri araştırma üyelerinden intörn doktorlar gerçekleştirmiştir. Katılımcılara görüşmenin ilk kısmında demografik özellikleri sorulmuş, ismini söylemek istemeyen katılımcının ismi alınmamıştır. Ortalama 30 dk. süren görüşmeler sırasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında sorular sorulmuş, hassas konularda sorular yöneltirken etik kurallara uyulmuş ve yapılandırılmış sorular yöneltilmiştir. Görüşmeler sırasında katılımcıların izni ile ses kaydı alınmıştır. Yapılan görüşmelerin ses kayıtları aynı gün içerisinde görüşmeyi yapan intörn doktorlar tarafından transkript haline getirilmiştir. Görüşmelerin transkriptleri toplam 76 sayfalık veri haline getirilmiştir. Çalışmada tematik analiz yapılmıştır.

Yapılan görüşmelerin yazıya dökülmesinin ardından her bir transkript görüşmeleri yapan intörn doktorlar tarafından beraber değerlendirilip kodlanmıştır. Tüm kodlamalar tamamlandıktan sonra araştırmadan elde edilen kodlar araştırmacılar tarafından okunmuş ve bunların gruplandırılması ile ana ve alt temalar oluşturulmuştur. Araştırmamızın etik kurul onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 02.04.2021 tarih ve 09.2021.470 protokol numarası ile alınmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcıların onayı ile ses kayıtları kullanılmıştır.

4. ARAŞTIRMA SONUNDA BEKLENEN BULGU VE SONUÇLAR:

Bulgular

Çocuk istismarı ve ihmali konusunda 14 hekim ile görüşmeler yapılmıştır. Çalışmaya katılanların yaşları 24 ile 52 arasında değişmektedir.

5.1. Tanım ve Bilgi Düzeyi

5.1.1. Kavramı ve Çeşitleri

Hekimlerin çoğunluğu istismar kavramını daha çok fiziksel ve cinsel olarak gerçekleşen ve istemli olarak yapılan bir eylem olarak tanımlamışlardır. İhmali ise istemsiz olarak çocuğun ihtiyaçlarını karşılamama olarak tanımlamıştır. Çeşitleri konusunda hekimlerin çoğunluğu yeterli bilgiye sahip değillerdir. Tanımlayanlar hekimler de fiziksel, psikolojik ve cinsel olarak istismarı çeşitlendirmişlerdir. Hekimlerin çoğunluğu kız çocuğu olmanın istismar açısından risk faktörü olduğunu düşünmektedirler. Bunu, cinsiyetin bir risk faktörü olmadığını söyleyen doktorlar takip etmektedir.

5.1.2. Ailenin Rolü

Hekimlere ailenin eğitim düzeyi ve istismar/ihmal arasındaki ilişki sorulduğunda hekimlerin çoğu ailenin eğitim düzeyi arttıkça istismal/ihmal'in azalacağını düşünmektedir. Hekimlere ailenin gelir düzeyi ve istismar/ihmal arasındaki illişki sorulduğunda hekimlerin çoğu ailenin gelir düzeyi arttıkça istismar/ihmal'in azalacağını düşünmektedir. Hekimlerin büyük bir kısmı, ebeveynlerin kendi yetişme tarzını kendi

çocuklarına yansıttıklarını düşünmektedir. Ebeveynlerin arasında olan iyi ilişkinin çocukları iyi etkileyeceği ve istismar/ihmal vakalarını azaltacağı hekimler tarafından düşünülmektedir.

5.1.3. Etkileri

Çocuk istismar/ihmal'inin çocuk üzerindeki etkileri doktorlara sorulduğunda, büyük çoğunluğu istismar/ihmal'e uğrayan çocukların ileriki hayatlarında psikolojik ve sosyal sıkıntılar yaşayacağını düşünmektedir. Buna ek olarak madde kullanımına ve morbidite, mortaliteye sebep olacak hastalıklara yol açacağı kaygısını yaşamaktadırlar.

5.2. Hekimlik Uygulamaları

5.2.1. Eğitim ve Yeterlilik Düzeyi

Çalışmaya katılan hekimlerin tamamı çocuk istismar/ihmal'i ile karşılaştığında bunu yetkili mercilere bildirmekle yükümlü olduğunu düşünmektedir. Fakat bu vakaları bildirmedeki uygulayacağı prosedür hakkında hekimlerin büyük bir çoğunluğu bilgi sahibi olmadıklarını belirtmektedirler. Pek çok hekim karşılaşılan vakaları ilk olarak polise bildireceğini belirtmiştir. Çoğu hekim vakaları gerekli mercilere bildirmekte tereddüt yaşamayacağını söyler iken, bazı hekimleri birtakım tereddütler yaşayacağını iletmişlerdir. Bu tereddütlerin en başında vakanın kesin bir istismar/ihmal vakası olduğundan emin olunmaması gelmektedir. Ardından da çocuğun yakınları tarafından şiddete uğrama korkusu hekimleri vakayı bildirmekten alıkoymaktadır. Hekimlerin çoğu çocuk istismar/ihmal konusunda kendilerini yeterli görmemektedir. Bilgi alma gereksinimi duymaktadır. Hekimlere kendilerine çocuk istismar/ihmal'ini düşündüren durumlar şunlardır: hikaye ile uyumlu olmayan kırıklar, ekimozlar, yaralanmalar, çocuğun ruh halinin depresif olması, enerjik gözükmemesi, ailesinin çocuğu baskılaması/susturması, anal fissür ve kanamalar.

5.2.2. Tecrübe

Hekimlerin bir yıl içinde çocuk istismar/ihmal'i ile karşılaşması bölümden bölüme değişkenlik göstermektedir. Çocuk hastalıkları ve ortopedi bölümlerinde ayda 3-4 vakaya kadar karşılaşılırken, aile hekimliği ve göz hastalıkları gibi bölümlerde senede 4-5 vakaya rastlanmaktadır. Bazı vakalar kimi hekimlerin bakış açısını değiştirebilmektedir.

5.3 Ailesel Durum

Ebeveyn olan hekimlerin nerdeyse tamamı işten arda kalan vakitlerini çocuklarına ayırmaya çalışmaktadır. Çocuklarına günleri hakkında sorular sormakta ve sorunlarına zaman ayırmaktadırlar.

Çocuklarının gelişimini sıkı takip ettiklerini söylemektedirler. Birçoğu çocuğunu pek iyi tanıdığını düşünmektedir. Bazıları çocuğuna yeterli zamanı ayıramadığı için çocuklarını ihmal ettiğinden kaygılanmaktadır.

Sonuçlar

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanımlanmasında ve önlenmesinde kritik bir rolü olan hekimlerin konu ile ilişkin bilgi düzeyleri ve farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada 14 hekim gönüllü olmuştur. Hekimlerin çocuk ve istismar ve ihmalini tam olarak tanımlayamadığını ve çeşitleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür.

Hekimlerin çoğu çocuk istismarı ve ihmalinin eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile ters ilişkili oldukları düşünmüştür. Ebeveynlerin yetişme tarzını kendi çocuklarına yansıtacağını, anne ve baba arasındaki ilişkisinin istismar ihmal açısından önemli bir yer tuttuğunu düşünmektedir. Hekimlerin çoğunluğu kız çocuğu olmanın istismar açısından risk faktörü olduğunu düşünmektedirler. Bunu, cinsiyetin bir risk faktörü olmadığını söyleyen doktorlar takip etmektedir.

Hekimlerin büyük çoğunluğu istismar ve ihmale uğrayan çocukların ileriki hayatlarında ruhsal ve sosyal hayatında sıkıntılar yaşayacağını düşünmektedir. Ayrıca madde kullanımına, yeme bozukluklarına ve morbidite, mortaliteye sebep olacak hastalıklara yol açacağı kaygısını yaşamaktadırlar.

Katılan hekimlerin tıp fakültesi hayatında aldıkları çocuk istismarı ve ihmali hakkında aldıkları eğitimin yeteriz olduğu görülmüştür. Katılımcıların önemli bir kısmı herhangi bir eğitim verilmesi durumunda katılabileceklerini belirtmişlerdir. Ebeveyn olan katılımcıların çocuklarıyla ilgilenmesinin yüksek oranda olduğunu görmekteyiz. Bunun sebebi olarak da hekimlerin farkındalıklarının yüksek olduğuyla ilişkilendirebiliriz.

Hekimlerinin tamamı çocuk istismarı ve ihmali vakalarını bildirmekle yükümlü olduklarının farkında oldukları halde prosedür hakkında tam olarak bilgi sahibi olmadıklarını görmekteyiz.

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI SONUÇ RAPORU FORMU

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

1) Aşağıda ayrıntıları belirtilen "araştırma çalışmasının", Akademik Teşvik Ödeneği Yönetmeliği 3. Maddesinin (1)b fıkrasında belirtildiği şekliyle, Dekanlığımız veya ilgili kurulları tarafından önceden onaylanması ve başlangıcının belgelenmesi için müracaat edilmişti. Adı geçen araştırma çalışması tamamlanmış olup araştırma sonuç raporunun tam metni, elektronik ortamda Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı e-posta adresine (tip.ardeb@marmara.edu.tr) gönderilmiştir. Yazılı çıktı halinde ekte belirtilen **Araştırma Çalışmaları Sonuç Raporu Formu**'nun Dekanlığımız veya ilgili kurulları tarafından onaylanması için gereğini arz ederim.

Araştırma Yürütücüsü	
Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**Profesör Doktor, Dilşad SAVE**
Tarih:	
İmza:	

E-posta:	**dilsadsave@yahoo.com**		
İş Telefonu:	**0(216) 421 22 22**	**Cep Telefonu:**	**0 (537) 966 15 89**

Araştırma Bilgileri	
Araştırma Başlığı:	**Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma**
Araştırma için Belirlenen Başlama Tarihi (Ay / Yıl)	**9 Nisan 2021**
Araştırma sonlanma Tarihi (Ay / Yıl)	**9 Temmuz 2021**

Araştırma Yardımcısı / yardımcıları* Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**İmza**
Araştırma Görevlisi, Alican SARISALTIK	
İntörn Doktor,	
İntörn Doktor,	
İntörn Doktor,	
İntörn Doktor,	