T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE ZİHİNSEL YETERSİZLİĞE YÖNELİK TUTUMLARIN GELİŞTİRİLMESİ:

RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

Dr. Sevil AKBULUT ZENCİRCİ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2020

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE ZİHİNSEL YETERSİZLİĞE YÖNELİK TUTUMLARIN GELİŞTİRİLMESİ:

RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

Dr. Sevil AKBULUT ZENCİRCİ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Selma METİNTAŞ

ESKİŞEHİR

2020

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Sevil AKBULUT ZENCİRCİ'ye ait "Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumların Geliştirilmesi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma" adlı çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:09.10.2020

Jüri Başkanı Doç. Dr. Muhammed Fatih ÖNSÜZ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Selma METİNTAŞ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulunun …….....…..Tarih ve.....…….Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. İ. Özkan ALATAŞ
Dekan

TEŞEKKÜR

Çalışmanın hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen, bilimsel katkı, bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren değerli tez danışmanım Prof. Dr. Selma METİNTAŞ'a, tıpta uzmanlık eğitimim süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım, Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL'a, Prof. Dr. Burhanettin IŞIKLI'ya, Prof. Dr. Didem ARSLANTAŞ'a, Doç. Dr. Muhammed Fatih ÖNSÜZ'e ve çalışmaya verdikleri katkılar için Doç. Dr. Ferdi KÖŞGER'e, Dr. Öğr. Üyesi Meral MELEKOĞLU'na teşekkür ederim.

ÖZET

Akbulut Zencirci S, Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumların Geliştirilmesi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2020. Çalışmanın amacı, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde Zihinsel Yetersizlik (ZY)'e yönelik tutumların geliştirilmesi eğitim programı oluşturarak, programın etkinliğinin değerlendirilmesidir. Çalışma, Mayıs 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan metodolojik ve randomize kontrollü olarak kurgulanan bir müdahale araştırmasıdır. Metodolojik çalışma 1-6. sınıf 366 öğrencide yapıldı. Yapılan analizlerde Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumlar Anketi-Kısa Formun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulundu. Çalışmanın müdahale aşamasında son sınıf öğrencilerinden halk sağlığı stajına gelen gruplar randomize edilerek iki grup müdahale (n=71) iki grup kontrol grubu (n=68) olarak seçildi. Müdahale grubundaki öğrencilere "Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumların Geliştirilmesi" eğitim programı uygulandı. Eğitim programında seminer tarzı eğitimin yanında role-playler, örnek olgu tartışmaları, ZY'i olan bireylerle etkileşimler ve hastalık simülasyonu yapan ZY'i olan bireylerle anlatılan hasta değerlendirmeleri yer almaktaydı. Kontrol grubuna ise kolera salgının konu edildiği bir video izletildi. Çalışmada müdahale grubunda müdahale sonrasında öncesine göre tutumun tüm alt alan puanlarında olumlu yönde değişiklik bulundu. Takip sonrasında alt alanlardan davranışsal alan dışında tüm alt alanlarda olumlu yönde değişim bulunmaktaydı. Müdahale öncesi ve takip sonrası puanlardaki değişim farkının değerlendirmesinde tüm alt alanlarda müdahale grubundaki değişim daha fazlaydı (duyarlılık ve şefkat alt alanı hariç). Çalışmada eğitim programının öğrencilerin tutumlarında olumlu bir değişiklik sağladığı bulundu. Eğitim programında kullanılan tekniklerin çeşitliliği, tutumları olumlu yönde etkilemesi ve öğrencilerden olumlu geribildirimler alınması ile eğitim programının tıp fakültesi öğrencilerinin eğitiminde kullanılmak üzere örnek olabileceği, gerektiğinde geliştirilerek müfredata eklenebileceği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Zihinsel yetersizliğe yönelik tutumlar, tıp fakültesi öğrencileri, randomize kontrollü çalışma

ABSTRACT

Akbulut Zencirci S, Promoting Attitudes Towards Intellectual Disability in Final Year Medical Students: A Randomized Controlled Study, Eskişehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Department of Public Health, Medical Speciality Thesis, Eskişehir, 2020. The aim of the study is to create a training program for promoting attitudes towards individuals with intellectual disability in final year medical students, and to evaluate the effectiveness of the program. The study is a methodological and randomized controlled intervention study conducted on Eskişehir Osmangazi University Medical Faculty students between May2019 and June2020. The methodological study was conducted on 366 1-6th grade students. In the analyzes it was found that the Attitudes Towards Intellectual Disability Questionnaire-Short Form is a valid and reliable measurement tool. In the intervention phase of the study, the final year students who came to public health internship were randomized and two groups of intervention (n=71) were selected as two groups of control groups (n=68). The training program "Promoting Attitudes Towards Intellectual Disability" was applied to the students in the intervention group. The training program included role-plays, sample case discussions, interactions and patient evaluations with individuals with intellectual disability, who simulated disease, as well as seminar-style training. The control groups watched a video about the cholera. A positive change was found in all sub-domain scores of the attitude after the intervention compared to pre-intervention. After the follow-up, there was a positive change in all sub-domains except the behavioral domain.In the evaluation of the difference in the change in scores before and after the intervention, the change in the intervention group was greater (except the sensitivity and tenderness sub-domain).In the study, it was found that the training program provided a positive change in students' attitudes. With the variety of techniques used in the training program, its positive effects on attitudes and positive feedback from students, it was concluded that the training program could be an example to be used in the education of medical faculty students, and can be developed and added to the curriculum when necessary.

Key Words: Attitudes towards intellectual disability, medical faculty students, randomized controlled study

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI iii

TEŞEKKÜR iv

ÖZET v

ABSTRACT vi

İÇİNDEKİLER vii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ x

TABLOLAR DİZİNİ xi

ŞEKİLLER DİZİNİ xiv

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Zihinsel Yetersizlik 3

2.1.1. Zihinsel Yetersizlik Tanımı 3

2.1.2. Zihinsel Yetersizlik Epidemiyolojisi 8

2.1.3. Zihinsel Yetersizlik Etiyolojisi 10

2.1.4. Zihinsel Yetersizlik Risk Faktörleri 12

2.1.5. Zihinsel Yetersizliğin Önlenmesi 12

2.2. Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Eşitsizlikleri 13

2.2.1. Sağlığı Olumsuz Etkileyen Sosyal Belirleyicilere Maruz Kalma 14

2.2.2. Zihinsel Yetersizliğe Özgü Genetik, Biyolojik ve Çevresel Nedenler ile İlişkili Sağlık Riskleri 15

2.2.3. İletişim Zorlukları ve Sağlık Okuryazarlıklarının Az Olması 17

2.2.4. Kişisel Sağlık Riskleri ve Riskli Sağlık Davranışlarının Fazla Olması 17

Sayfa

2.2.5. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yetersizlikler Yaşamaları 17

2.3. Sağlık Hizmeti Sunumunda Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylere Tutumlar 18

2.3.1.Tutumun Tanımı 18

2.3.2. Tutumun Bileşenleri 19

2.3.3. Zihinsel Yetersizliği olan Bireylere Yönelik Tutumlar 20

2.4. Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutum Değişimi ve Eğitim 23

3. GEREÇ VE YÖNTEM 26

3.1. Geçerlik Güvenirlik Çalışması 26

3.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliliği 26

3.1.2. Çalışma Grubu, Çalışma Prosedürü ve Anket Formu 27

3.1.3. Geçerlilik Güvenirlik Analizleri 29

3.2. Randomize Kontrollu Çalışma 30

3.2.1.İlk Aşama 30

3.2.2. Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumların Geliştirilmesi Eğitim Programının Hazırlanması ve Uygulanması 32

3.2.3. Kontrol Grubuna Uygulanan Program 35

3.2.4. İkinci ve Üçüncü Aşama 35

3.2.5. Verilerin Değerlendirilmesi 36

4. BULGULAR 37

4.1. Geçerlilik Güvenirlik Çalışması 37

4.1.1. Çalışma Grubu Özellikleri 37

4.1.2. Geçerlilik Analizleri 38

4.1.3. Güvenirlik analizleri 41

Sayfa

4.2. Randomize Kontrollü Müdahale Çalışması 43

4.2.1.İlk Aşama 43

4.2.2. İkinci ve Üçüncü Aşama 51

5. TARTIŞMA 61

5.1. Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması 61

5.2. Randomize Kontrollü Müdahale Çalışması 65

5.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları 72

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 73

KAYNAKLAR 75

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
ATTID	Attitudes Toward Intellectual Disability
ATTID-SF	Attitudes Toward Intellectual Disability-Short Form
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESOGÜ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
IQ	İntelligence Quotient
KGİ	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KMO	Keiser-Meyer-Olkin
RHYİÖ	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
SD	Standart Deviasyon
SPSS	Stastistical Package for Social Sciences
ZY	Zihinsel Yetersizlik
ZYYTA	Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumlar Anketi
ZYYTA-KF	Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumlar Anketi-Kısa Form

TABLOLAR

		Sayfa
2.1A.	Hafif Düzeyde Anlıksal Yetiyitimi	5
2.1B.	Orta Derecede Anlıksal Yetiyitimi	6
2.1C.	Ağır Derecede Anlıksal Yetiyitimi	7
2.1D.	Çok Ağır Derecede Anlıksal Yetiyitimi	8
2.2	Toplum tabanlı yapılan ZY sıklığı çalışmalarının literatür özeti	9
2.3.	Zihinsel yetersizliğin etiyoloji ve sıklığa göre sınıflandırılması	11
2.4.	Zihinsel yetersizliği önlemeye yönelik yaklaşım ve müdahale örnekleri	13
2.5.	Zihinsel yetersizliğin bilinen nedenlerinden başlıcaları ve eşlik eden klinik özellikler	16
2.6.	Zihinsel yetersizliği olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim yetersizliklerinin nedensel bir sınıflaması	18
3.1.	Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumların Geliştirilmesi Eğitim Programı	33
4.1.	ZYYTA-KF geçerlilik güvenirlik çalışması grubunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	37
4.2.	ZYYTA-KF geçerlilik güvenirlik çalışma grubunda yer alan öğrencilerin ZY'e yönelik tutumlarıyla ilişkili olabilecek faktörlere göre dağılımı	38
4.3.	ZYYTA-KF'deki maddelerin faktör yükleri, alt alanların açıkladığı varyans ve kümülatif varyans	39
4.4.	ZYYTA-KF'nin alt alanlarından (tedirginlik, etkileşim, duyarlılık ve şefkat) alınan puanlarla RHYİÖ ve ZY'i olan bireylerle algılanan ilişki düzeyi puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları	40

Sayfa

4.5.	ZYYTA-KF'nin madde toplam korelasyonları ile Cronbach alfa ve madde çıkarıldığında Cronbach alfa değerleri	41
4.6.	ZYYTA-KF'nin alt alanlarının test-tekrar test korelasyon katsayıları	43
4.7.	Müdahale çalışmasında kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	44
4.8.	Müdahale çalışmasının ilk aşamasında kontrol ve müdahale çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin ZY'e yönelik tutumla ilişkili olabilecek faktörlere göre karşılaştırılması	45
4.9.	İlk aşamada kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF'ye göre olumlu tutum sıklıklarının karşılaştırılması	46
4.10.	Çalışmanın birinci aşamasında kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF alt alan puanlarının karşılaştırılması	48
4.11.	Kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZY'i olan bireylerde sık görülen sağlık sorunlarını bilme durumlarının karşılaştırılması	49
4.12.	Kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZY'i olan bireylerle çalışırken algılanan özyeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması	50
4.13.	Kontrol grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF alt alan puanlarının müdahale öncesi, müdahale sonrası ve takip sonrası değerlerinin karşılaştırılması	52
4.14.	Müdahale grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF alt alan puanlarının müdahale öncesi, müdahale sonrası ve takip sonrası karşılaştırılması	53
4.15.	Kontrol ve müdahale grubunda öğrencilerin müdahale öncesi ve sonrası değişimlerinin karşılaştırılması	54
4.16.	Kontrol ve müdahale grubunda öğrencilerin müdahale öncesi ve takip sonrası değişimlerinin karşılaştırılması	55

Sayfa

4.17.	Müdahale grubunda Hafif ZY'i olan örnek olguya verilen cevapların müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması	56
4.18.	Müdahale grubunda ağır ZY'i olan örnek olguya verilen cevapların müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması	57
4.19.	Kontrol ve müdahale gruplarında müdahale öncesi ve sonrası sağlık sorunları bilgi düzeyi toplam puanlarının karşılaştırılması	58
4.20	Kontrol ve müdahale gruplarında müdahale öncesi ve sonrası özyeterlilik puanlarının karşılaştırılması	59
4.21.	Müdahale grubu öğrencilerinin müdahale sonrası eğitim programına dair değerlendirmelerinin dağılımı	60

ŞEKİLLER

		Sayfa
3.1.	Çalışmanın akış diyagramı	31
4.1.	İlk aşama kontrol ve müdahale grubundaki öğrencilerin ZY'i olan hastayı muayene ederken karşılaştıkları zorluk durumlarının sıklıklarının dağılımı	51

1.GİRİŞ

Sağlıkta eşitsizlikler, toplumlar arasında ve aynı toplum içindeki sosyal gruplar arasında sağlık çıktılarındaki sistematik, önlenebilir, haksız farklılıklardır (1). Halk sağlığı açısından sağlıkta eşitsizlikler önlenebilir oluşuyla önem taşımaktadır. Yaşam şartlarının sağlıksız oluşu, toplumsal ve çevresel özellikler, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere erişememe ve bireylerin hastalıkları nedeniyle dezavantajlı duruma gelmesi önlenebilir sağlık eşitsizliği nedenlerindendir (2).

Sağlığın temel bir insan hakkı olması nedeniyle sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması önemlidir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1946 yılında "Her insanın temel hakkı olarak mümkün olan en yüksek sağlık standardından faydalanması gerektiğini" bildirmiştir (4). Alma Ata'da 1978 yılında gerçekleştirilen Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Bildirgesinde "Sağlığın temel insan haklarından biri olduğu, tüm insanların gereksinimi olan yeterli sağlık düzeyini 2000 yılında elde etmek için dünya kaynaklarının tam ve daha elverişli bir şekilde kullanılması gerektiği" vurgulanmıştır (5). Alma-Ata'daki konferans sonrasında sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi, Milano Bildirgesi, Mexico City Sağlığı Geliştirme Konferansı, Bangkok Sağlığı Geliştirme Konferansı, Nairobi Sağlığı Geliştirme Konferansı gibi birçok sağlığı geliştirme konferansının ana prensiplerinden biri olmuştur (6). DSÖ'nün "Herkes için sağlık" girişiminin temel prensibi de eşitliktir (7). Birleşmiş Milletler "10. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi"nde de eşitsizliklerin azaltılması yer almaktadır (8).

Sağlığı bir insan hakkı olarak kabul etmek, toplumdaki farklı bireylere özellikle duyarlı gruplara özel ilgi gerektirir. Duyarlı gruplar sınırlı kaynaklara sahip ve sonuç olarak morbidite ve erken mortalite için relatif yüksek risk yaşayan sosyal gruplardır (9) ve engellilik, etnik köken, cinsiyet, yaş, sınıf, sosyo-ekonomik statü, din, cinsiyet dağılımı, coğrafi konum ve göçmen/mülteciliği içerir (10). Sağlık politikaları, duyarlı gruplara öncelik vermeli ve onlara göre uyarlanmalıdır (10).

Sağlıkta eşitsizliklere maruz kalan duyarlı gruplardan biri de Zihinsel Yetersizlik (ZY)'i olan bireylerdir. ZY'i olan bireylerin sağlık durumları genel topluma göre daha kötü olup, bazı ölüm nedenleri önlenebilirdir. Sağlık bakım ihtiyaçlarının fazlalığına karşılık bu bireyler sağlık hizmetlerine erişimde yetersizlikler yaşamaktadır (11).

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin yaşadığı sağlık eşitsizlikleri ve sağlık hizmetine erişim yetersizliklerinin yanında hekimlerin olumsuz tutumlarının da ZY'i olan hastaların erken ölümlerinde rol oynadığı raporlanmıştır (12). Olumsuz tutumların değiştirilmesi eşitsizliklerin giderilmesinde ilk adım olmalıdır. Geleceğin doktorlarının ZY'i olan bireylere tutumları iyileştirilmezse, bu bireylerin yaşadıkları sağlık eşitsizliklerini azaltma çabalarının olumsuz etkilenebileceği bildirilmektedir (13).

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin sağlık hizmetlerini kullanırken yaşadıkları olumsuz deneyimlerin çoğunun, ZY'i olan bireyle ilgilenen sağlık personelinin eğitim ve beceri eksikliğinden kaynaklandığı rapor edilmektedir. İlaveten sağlık personelinin ayrımcılık yapmayan sağlık hizmeti sağlaması için, engellilik farkındalık eğitimi alarak ZY'i olan bireylere yönelik tutumlarını gözden geçirmeleri gerektiği bildirilmektedir (14). Ryan ve Scior tarafından yapılan, tıp fakültesi öğrencilerinin ZY'i olan bireylere yönelik tutumları ile ilgili yapılmış olan çalışmaların bir derlemesinde eğitim ve öğrenimin öğrencilerin tutumlarını geliştirebileceği; bununla birlikte, tıp fakültesi öğrencilerinin ZY'i olan bireylere yönelik tutumları ve bu tutumları geliştiren müdahalelerin tam olarak anlaşılabilmesi için daha fazla araştırma yapılması gerektiği bildirilmektedir (13).

Uluslararası literatürde tıp fakültesi öğrencilerinin tutumlarını geliştirmeye yönelik çalışmalar (15-18) olmakla birlikte Türkiye'de tıp fakültesi öğrencilerinde ZY'e yönelik tutumlara yönelik kesitsel ya da müdahale tipinde herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Çalışmada tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde ZY'e yönelik tutumların geliştirilmesi eğitim programı düzenlenerek, etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Zihinsel Yetersizlik

2.1.1. Zihinsel Yetersizlik Tanımı

Zeka olarak da adlandırılan zihinsel işleyiş, öğrenme, muhakeme, problem çözme gibi genel zihinsel kapasiteyi ifade etmekte ve IQ (Intelligence Quotient) testi ile ölçülmektedir. Genel olarak, 70-75 IQ zihinsel işleyişte bir sınırlılığı göstermektedir. Uyumsal davranışlar insanların günlük yaşamlarında öğrendikleri ve uyguladıkları kavramsal (dil ve okur yazarlık; para, zaman ve sayı kavramları; öz-yönetim), sosyal (kişilerarası beceriler, sosyal sorumluluk, benlik saygısı, sosyal problem çözme ve kurallara/yasalara uyma ve mağdur edilmekten kaçınma) ve pratik (kişisel bakım gibi günlük aktiviteler, mesleki beceriler, sağlık bakımı, ulaşım, rutinler, güvenlik, para kullanımı, telefon kullanımı) becerilerin toplamıdır (19).

Toplumun geneline göre kavramsal, sosyal ve pratik uyumsal becerileri düşük olan bireylere tarihsel süreç boyunca hem dünyada hem Türkiye'de "idiot", "zeka geriliği", "zihinsel engelli" "mental retardasyon" gibi birçok farklı isimlendirmeler yapılmıştır (20). Kullanımları sırasında bilimsel literatürde kabul edilebilir terimler olmasına rağmen, artık birçok terim oldukça aşağılayıcı ve damgalayıcı olarak görülmektedir (21). Deneyimler isim değişikliğiyle damgalanmanın ortadan kalkmayacağını göstermiş olsa da son zamanlarda ZY terimi daha yaygın olarak kullanılmaktadır (22,23). Ek olarak son yıllarda bireylerin hastalıkları veya durumları ile tanımlanmaması bunun yerine, insanların hastalıkları veya rahatsızlıkları var olduğunu öngören "önce insan'' dilinin kullanılmasının gerekliliği öne sürülmektedir. Buna göre, birey "geri zekalı" değildir, bireyin ZY'i vardır (22).

DSÖ'ye göre ZY yeni veya karmaşık bilgileri anlama ve yeni becerileri öğrenme ve uygulama yeteneğinin önemli ölçüde azalması olarak tanımlanmaktadır. Bu durum yetişkinlikten önce başlayıp, gelişim üzerinde kalıcı bir etkiyle gitmekte ve bağımsız olarak başa çıkma becerisini azaltmaktadır (24).

Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Derneği (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities=AAIDD) ise ZY'i; 18 yaşından önce ortaya çıkan zihinsel işlevlerde ve uyumsal davranışlarda gözlenen

önemli düzeyde sınırlılıkların karakterize ettiği; bilişsel, sosyal ve pratik uyumsal becerilerde kendini gösteren bir yetersizlik türü olarak tanımlamaktadır (19).

Zihinsel yetersizlik 2013 yılında yayınlanan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 5'te ise Anlıksal Yetiyitimi (Anlıksal Gelişimsel bozukluk) olarak adlandırılmakta, kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlarda, hem anlıksal, hem de uyumsal işlev eksikliklerini kapsayan gelişimsel evre sırasında başlayan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (25). DSM 5'e göre ZY tanısı için üç ölçütün karşılanması gerekir;

A. Hem klinik değerlendirme, hem de bireye göre uygulanan, kabul gören bir zeka ölçümü ile doğrulanan, akıl yürütme, sorun çözme, tasarlama, soyut düşünme, yargılama, okulda öğrenme ve deneyimlerinden öğrenme gibi anlıksal işlevlerde eksiklikler.

B. Kişisel bağımsızlık ve toplumsal sorumluluk için gelişimsel ve toplumsal kültürel ölçüleri karşılayamama ile sonuçlanan, uyum işlevselliğinde eksiklikler. Süregiden bir dayanak sağlanmadıkça, uyumsal eksiklikler, ev, okul, iş ve toplum gibi değişik çevrelerde iletişimi, toplumsal katılımı ve bağımsız yaşama gibi günlük yaşamın bir ya da birden çok etkinliğinde işlevselliği kısıtlar.

C. Anlıksal ve uyumsal eksiklikler, gelişimsel evre sırasında başlar (25). Gelişimsel evrede başlama, çocukluk veya ergenlik döneminde zihinsel ve uyumsal eksikliklerin mevcut olduğunun doğrulanması anlamına gelir (26).

Zihinsel yetersizlik 2000 yılında yayınlanan DSM 4-TR'de Mental retardasyon olarak adlandırılmakta ve şiddeti IQ düzeyine göre belirlenmekteydi. Buna göre IQ düzeyi 50-55 ile 70 arası hafif, 35-40 ile 50-55 arası orta, 20-25 ile 35-40 arası ağır mental retardasyon olarak kabul edilmekteydi (27).

Zihinsel yetersizliğin şiddeti için DSM 5'te sadece IQ'ya dayalı sınıflandırmadan vazgeçilerek bireyin kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlardaki yetersizliğinin düzeyine göre hafif, orta derecede, ağır ve çok ağır olarak sınıflanmaktadır (26). Anlıksal yetiyitiminin (zihinsel yetersizliğin) ağırlık düzeyleri Tablo 2.1A, 2.1.B, 2.1.C ve 2.1.D'de özetlenmiştir.

Tablo 2.1A. Hafif Derecede Anlıksal Yetiyitimi-DSM 5 (25,26)'den alınmıştır.

Hafif Derecede Anlıksal Yetiyitimi	
Kavramsal alan	*Okul öncesi çocuklarda* belirgin kavramsal ayrımlar olmayabilir. *Okul çocuklarında ve erişkinlerde*, okulda öğrenilen becerilerde (okuma, yazma becerileri, sayısal, zaman ya da parayla ilgili beceriler) güçlükler vardır ve yaşla ilgili beklentileri karşılamak için bir ya da daha fazla alanda desteğe ihtiyaç olur. *Erişkinlerde,* soyut düşünme, yerine getirme işlevi (tasarlama, yöntem belirleme, öncelik belirleme ve bilişsel esneklik) ve okulda öğrenilen becerilerin işlevsel kullanımında bozukluk vardır. Yaşıtlarıyla karşılaştırıldığında, sorunlara ve çözümlere bir ölçüde somut yaklaşımlar sergilemektedir.
Toplumsal alan	Kişi toplumsal etkileşimlerinde olgun değildir. Örneğin, yaşıtlarının sosyal dışa vurumlarını doğru bir şekilde algılamada zorluk olabilir. İletişimi, karşılıklı konuşması ve kullandığı dil yaşına göre beklendiğinden daha somuttur. Duygularını ve davranışlarını yaşına uygun biçimde kontrol etmekte güçlük çeker; yaşadığı bu güçlükler, sosyal durumlarda yaşıtlarınca da anlaşılır. Yaşına göre sosyal yargılaması olgun değildir ve başkalarınca kullanılma olasılığı vardır.
Uygulamalı alan	Kişisel bakımında yaşına uygun bir işlevsellik gösterebilir. Yaşıtlarıyla karşılaştırıldığında, karmaşık günlük yaşam görevleri için bir ölçüde destek gerekir. Eğlenme-dinlenme becerileri yaşıtlarınkine benzer, ancak iyilik hali kararı ve eğlenme-dinlenme etkinlikleriyle ilgili organizasyonlara ilişkin kararlarda desteğe gerek vardır. Erişkinlikte, ev alışverişini yapma, ulaşım, eve ve çocuğa bakma, besin değeri olan yemekler hazırlama, banka işlerini yapma ve parayı yönetme gibi alanlarda destek gerekir. Sağlıkla ilgili ve yasal kararlarında, belirli bir iş becerisi kazanmada genellikle desteğe gereksinim duyar.

Tablo 2.1B. Orta Derecede Anlıksal Yetiyitimi-DSM 5 (25,26)'den alınmıştır.

Orta Derecede Anlıksal Yetiyitimi	
Kavramsal alan	Bütün gelişimi boyunca, kişinin kavramsal becerileri, yaşıtlarından belirgin olarak geri kalmıştır. *Okulöncesi çocuklarda* dil ve okul öncesi beceriler yavaş gelişir. *Okul çocuklarında*, okuma, yazma ve sayısal becerilerde ilerlemede, zamanı ve parayı anlamada okul yılları boyunca bir yavaşlık vardır ve yaşıtlarıyla karşılaştırıldığında belirgin olarak kısıtlıdır. *Erişkinler* için okul becerileri gelişimi ilköğretim düzeyindedir. İş yerinde ve kişisel yaşamında bütün bu becerilerin kullanımı sırasında destek gerekir. Günlük yaşamın kavramsal işlerini tamamlayabilmek için günlük temelde sürekli bir yardıma gerek duyar ve kişinin bu sorumluluklarını başkaları tümüyle üzerine alabilir.
Toplumsal alan	Kişi, gelişimi boyunca, toplumsal ve iletişimsel davranışlarında yaşıtlarından belirgin ayrımlar gösterir. Konuşma dili, toplumsal iletişim için başlıca gereçtir ancak yaşıtlarınkinden daha az karmaşıktır. Ailesi ve arkadaşlarıyla ilişki kurma kapasitesi vardır, kişinin yaşam boyu süren arkadaşlıkları olabilir ve erişkinlikte bazen romantik ilişkileri olabilir. Ancak bu kişiler sosyal dışavurumları doğru olarak algılayamayabilir ya da yorumlayamayabilir. Sosyal yargılama ve karar verme yetileri sınırlıdır, bakımverenleri yaşamsal kararlarında yardımcı olmak zorundadır. Olağan gelişim gösteren yaşıtlarıyla olan arkadaşlıkları çoğu zaman iletişim kısıtlılıklarından ve toplumsal kısıtlılıklardan etkilenir. İş ortamında başarı sağlayabilmesi için belirgin toplumsal ve iletişimsel desteğe gereksinim duyar.
Uygulamalı alan	Kişi, bir erişkin olarak, yemek yeme, giyinme, dışkılama ve kişisel bakım gibi kişisel gereksinimlerini karşılayabilir, ancak bu alanlarda kişinin bağımsızlık kazanabilmesi için çok uzun bir süre eğitim verilmesi ve çok zaman harcanması gerekir ve anımsatıcılara ihtiyaç duyar. Erişkinlikte ev işlerine katılımı da benzer biçimde uzun süreli eğitim ve sürekli destekle mümkün olur. Sınırlı kavramsal ve iletişimsel beceriler gerektiren işlerde bağımsız olarak çalışabilir. Ancak toplumsal beklentileri, iş karmaşalarını ve tasarlama, ulaşım, sağlık hakları ve para yönetimi gibi sorumlulukları yönetmek için iş arkadaşlarından, denetmenlerinden ve/veya başkalarından önemli ölçüde desteğe ihtiyacı olur. Değişik bir takım eğlenme–dinlenme becerileri geliştirebilir. Ancak bunları öğrenmesi için ek desteğe ve çok uzun bir süre eğitim almaya gerek duyar. Önemli bir kesiminde uyumsuz davranışlar görülür.

Tablo 2.1C. Ağır Derecede Anlıksal Yetiyitimi-DSM 5 (25,26)'den alınmıştır.

Ağır Derecede Anlıksal Yetiyitimi	
Kavramsal alan	Kavramsal beceriler sınırlı kazanılmıştır. Kişi yazılı dili ya da sayılar, zaman ve para gibi kavramları genelde çok az anlar. Yaşamları boyunca sorun çözmelerine bakımverenleri yardımcı olur.
Toplumsal alan	Sözcük dağarcığı ve dilbilgisi açısından konuşma dili oldukça sınırlıdır. Konuşma, tek tek sözcüklerden ya da deyişlerden oluşabilir ve güçlendirici araçlarla desteklenebilir. Konuşma ve iletişim, gündelik olaylar içinde, "şimdi" ve "burada" üzerine odaklanmıştır. Dil, açıklama yapmaktan çok toplumsal iletim için kullanılır. Bu kişiler basit konuşmayı ve el-kol devinimleriyle olan iletişimi anlarlar. Aile bireyleriyle ya da tanıdık başkalarıyla ilişkilerinden zevk alırlar ve bu ilişkilerle yardım görürler.
Uygulamalı alan	Kişi, yemek yeme, giyinme, banyo yapma ve dışkılama gibi günlük bütün etkinlikler için desteğe gereksinim duyar. Her zaman denetim altında olmayı gerektirir. Kendisinin ya da başkalarının iyiliğini ilgilendiren, sorumluluk isteyen kararları alamaz. Erişkinlikte, ev, eğlenme-dinlenme etkinlikleri ve iş ile ilgili görevlere katılım için sürekli bir destek ve yardım gerekir. Bütün alanlarda beceri kazanabilmesi için uzun süreli bir eğitim sürecine ve sürekli bir desteğe gerek vardır. Önemli bir kesiminde, kendini yaralama da dahil olmak üzere, uyumsuz davranışlar görülür.

Tablo 2.1D. Çok Ağır Derecede Anlıksal Yetiyitimi-DSM 5 (25,26)'den alınmıştır.

Çok Ağır Derecede Anlıksal Yetiyitimi	
Kavramsal alan	Kavramsal beceriler, genellikle simgesel süreçlerden çok fizik dünyayı kapsar. Kişi, kendine bakım, iş ve eğlenme-dinlenme için amacına yönelik olarak nesneleri kullanabilir. Eşleştirme ve fizik özelliklerine göre ayırma gibi belirli bir takım görsel–uzamsal beceriler kazanılmış olabilir. Ancak eşzamanlı motor ve duygusal bozukluklar, nesnelerin işlevsel kullanımını engelleyebilir.
Toplumsal alan	Kişinin, konuşma ve el-kol devinimlerinin simgesel iletişim boyutunu anlaması sınırlıdır. Kimi yalın yönergeleri ya da el-kol devinimlerini anlayabilir. Kendi isteklerini ve duygularını, büyük ölçüde, sözel ve simgesel olmayan iletişimle dışa vurur. Yakından tanıdığı aile bireyleriyle, bakımverenlerle ve duygusal dışavurumlarla toplumsal etkileşimleri başlatır ve yanıtlar. Eş zamanlı motor ve duygusal bozukluklar birçok toplumsal etkinliği engelleyebilir.
Uygulamalı alan	Kişi, günlük bakım, sağlık ve güvenlik gibi alanlardaki etkinliklerin bir kısmına kendisi katılabilse de, bütün yönleriyle başkalarına bağımlıdır. Ağır bedensel engelliliği olmayan kişiler, evde yemek masasını kurma gibi günlük işlere yardımcı olabilirler. Yüksek düzeyde sürekli bir destekle, nesnelerle basit birtakım eylemleri gerçekleştirerek mesleki faaliyetlere katılabilirler. Eğlenme-dinlenme etkinliklerine katılabilir, ancak bu etkinlikler başkalarının desteğiyle yapılır. Eşzamanlı motor ve duygusal bozuklukları, ev, eğlenme-dinlenme ve iş ile ilgili etkinliklere katılım için sıklıkla engel oluşturur. Önemli bir kesiminde uyumsuz davranışlar görülür.

2.1.2. Zihinsel Yetersizlik Epidemiyolojisi

Zihinsel yetersizlik görülme prevalansı yapılan çalışma tasarımına ve incelenen popülasyona göre değişmekle birlikte dünyada %1-3 arasında olduğu tahmin edilmektedir (28).

İngiltere Halk Sağlığı (Public Health England) Kurumunun tahminlerine göre İngiltere'de 2015 yılında 1,087,100 kişinin ZY'i olduğu; bunların 930,400'ünün (yetişkin nüfusun %2.16'sı, ZY'i olan bireylerin %85.6'sı) 18 yaş üstü olduğu tahmin edilmektedir (29). Toplum tabanlı yapılan ZY sıklığı çalışmalarının literatür özeti Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2. Toplum tabanlı yapılan ZY sıklığı çalışmalarının literatür özeti

Çalışma	Ülke	Veri tipi	Yaş grubu	Prevalans (%)
van Schrojenstein Lantman-de Valk ve ark., 2006 (30)	Hollanda	Kayıtlar	Çocuk ve erişkin	0.64
Westerinen ve ark., 2007 (31)	Finlandiya	Kayıtlar	Çocuk ve erişkin	0.70
Petterson ve ark., 2007 (32)	Batı Avustralya	Kayıtlar	Çocuk	1.3
Xie ve ark.; 2008 (33)	Çin	Rastgele hanehalkı	Çocuk	0.93
Søndenaa ve ark., 2010 (34)	Norveç	Kayıtlar	Çocuk ve erişkin	0.44
Lee ve ark., 2012 (35)	Tayvan	Kayıtlar	Çocuk	0.69
Polyak ve ark., 2015 (36)	ABD	Kayıtlar	Çocuk ve erişkin	0.57
Westerinen ve ark., 2014 (37)	Finlandiya	Kayıtlar	Çocuk ve erişkin	0.70

McKenzie ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı bir sistematik derlemede de erişkinlerde prevalansın %0.05 (Avustralya) ile %0.08 (Kanada) arasında değiştiği bildirilmektedir (38). Witchen ve arkadaşlarının Avrupa ülkelerinde yayınlanan makalelerden yaptığı bir metaanalizde tüm tahminlerin %0.4-1.4 arasında değiştiği, kadın erkek oranının 0.8 olduğu bildirilmektedir (39). Maulik ve arkadaşlarının toplum tabanlı çalışmalardan ZY'in prevelansı ile ilgili yaptığı bir meta-analizde, ZY prevalansının 10.37/1000 olduğu; prevalansın düşük gelirli ülkelerde 16.41/1000, orta gelirli ülkelerde 15.94/1000 ve yüksek gelirli ülkelerde 9.21/1000 olarak tahmin edildiği hesaplanmıştır. Düşük gelirli ülkelerde prevalansın en yüksek olduğu görülmektedir (40).

Yaş gruplarına göre bakıldığında en yüksek prevalans çocuk/adolesan popülasyonu ile ilgili çalışmalarda olup 18.30/1000 olarak bildirilmektedir. Aynı çalışmada kadın erkek prevalanslarının birbirine oranının yetişkinlerde 0.7:1 ile 0.9:1 arasında, çocuk ve adölesanlarda ise 0.4:1 ile 1:1 arasında değiştiği bildirilmektedir (40).

Türkiye'de yapılan ülke genelini kapsayan ZY prevalans çalışması en son 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması'ndan elde edilmiştir. Bu çalışmada genel engellilik prevalansı %12.3 iken, ZY prevalansının %0.5 olduğu bildirilmektedir. Aynı

çalışmada kadınlarda prevalans hızının %0.6, erkeklerde ise %0.4 olduğu bildirilmektedir (41). Beşer ve arkadaşlarının 2006 yılında Aydın il merkezinde yaptıkları bir çalışmada özürlülük prevalansının %4.9 olduğu bildirilirken, zihinsel özürlülerin prevalansının % 0.85 olduğu rapor edilmiştir (42).

2.1.3. Zihinsel Yetersizlik Etiyolojisi

Zihinsel yetersizliğin etiyolojisi heterojendir. ZY'e neden olan veya ZY ile ilişkili olduğu bulunan birçok faktör bulunmaktadır (43). Beynin gelişimini ve fonksiyonlarını etkileyen prenatal, perinatal, postnatal faktörler olarak üç gruba ayrılmaktadır (22). ZY'in etiyoloji ve sıklığa göre sınıflandırılması Tablo 2.3'de verilmiştir.

Tablo 2.3. Zihinsel yetersizliğin etiyoloji ve sıklığa göre sınıflandırılması-King ve ark. (22)'dan alınmıştır.

Etiyoloji	**Örnekler**	**Tahmini Sıklık (%)**
A. Prenatal Nedenler		
1. Genetik bozukluklar		4-28
Kromozomal anomaliler	Down sendromu	
Monojenik mutasyonlar	Tüberoskleroz, fenilketonüri ve diğer metabolik bozukluklar, Frajil X sendromu	
Multifaktoriyal	"Ailevi" zeka geriliği	
Mikrodelesyonlara bağlı malformasyon sendromları	Prader-Willi, Williams ve Angelman sendromları	
2. Konjenital malformasyonlar		7-17
Merkezi sinir sistemi malformasyonları	Nöral tüp defekti	
Çoklu malformasyon sendromları	Cornelia de Lange sendromu	
3. Maruziyet		5-13
Maternal enfeksiyonlar	Konjenital rubella, HIV	
Teratojenler	Fetal alkol sendromu	
Toksemi / plasenta yetmezliği	Prematürite	
Diğer	Radyasyon, travma	
B. Perinatal Nedenler		2-10
1. Enfeksiyonlar	Menenjit	
2. Doğum sorunları	Asfiksi	
3. Diğer	Hiperbilirübinemi	
C. Postnatal Nedenler		3-12
1. Enfeksiyonlar	Ensefalit	
2. Toksinler	Kurşun zehirlenmesi	
3. Diğer	Travma, beyin tümörleri	
4. Psikososyal sorunlar	Yoksulluk, psikotik hastalık	
D. Bilinmeyen Nedenler		30-50

Zihinsel yetersizliğin bilinen en sık nedeni ve en sık kromozomal nedeni Down sendromu, en sık genetik nedeni ise Frajil X sendromudur (44). Doğum öncesi bakımın iyileştirilmesi ile yaralanma, enfeksiyonlar ve toksinlerin etiyolojideki sıklığı azalırken, genetik faktörler daha belirgin hale gelmiştir. Yetersiz beslenme, duygusal ve sosyal yoksunluk gibi nedenler de ZY'e neden olabildiği gibi ZY'in şiddetini de

arttırabilmektedir (43). Bununla birlikte hafif olguların üçte ikisinde, şiddetli olguların üçte birinde, tüm olguların %30-50'sinde neden bilinmemektedir (22,43).

2.1.4. Zihinsel Yetersizlik Risk Faktörleri

Zihinsel yetersizlik için birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Huang ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanaliz çalışmasında ileri anne yaşı; annenin siyahi olması, öğrenim düzeyi düşüklüğü, alkol ve sigara kullanımı; annede diyabet, hipertansiyon, epilepsi, astım hastalıklarının olması; çocuğun erkek cinsiyette olması, üçüncü yada daha sonraki çocuk olma, düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum ZY riski artışı ile ilişkili bulunmuştur (45). ZY riski ayrıca ileri baba yaşı ile de ilişkili görünmektedir; bir çalışmada 40 yaş üzeri baba yaşının hafif-orta dereceli ZY riskini 1.59 kat arttırdığı bulunmuştur (46).

Amerika'da yapılan bir çalışmada anne öğrenim düzeyi düşüklüğünün, hafif ZY'in en güçlü belirleyicisi olduğu bildirilmektedir. Öğrenim süresi 12 yıl altında olan annelerin çocuklarında ZY riskinin 12 yıl üzerinde öğrenim görenlerden yedi kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir (47). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada ise sosyoekonomik dezavantaj ve maternal multiparitenin ZY insidansı üzerinde en büyük etkiye sahip olduğu bulunmuştur (48).

2.1.5. Zihinsel Yetersizliğin Önlenmesi

Zihinsel yetersizlik tedavi edilemeyen ve yaşam boyu süren bir durum olduğundan, önlenmesi çok önemlidir. ZY'in önlenmesi primer, sekonder ve tersiyer koruma olarak üçe ayrılır. Primer koruma ZY riskini azaltan veya ortadan kaldıran; sekonder koruma erken tanı ve tedaviyi amaçlayan; tersiyer koruma yetersizliği sınırlandırmaya çalışan yaklaşımları içermektedir (43). Bazı önleme yaklaşım ve müdahale örnekleri Tablo 2.4'de verilmiştir.

Tablo 2.4. Zihinsel yetersizliği önlemeye yönelik yaklaşım ve müdahale örnekleri-Ke ve Liu (43)'dan alınmıştır.

Önleme düzeyi	**Yaklaşım**	**Müdahale Örnekleri**
Primer koruma	Sağlığın geliştirilmesi	• Özellikle adolesan yaştaki kızlar için sağlık eğitimi • Toplumda beslenme durumunun iyileştirilmesi • İdeal sağlık hizmeti verilmesi • Pre, peri ve postnatal bakımdaki gelişmeler
	Özgül koruma	•Tuzun iyotlanması • Gebelik öncesi rubella aşısı yapılması • Erken gebelikte folik asit uygulaması • Genetik Danışmanlık • Konjenital malformasyon ve genetik bozukluklar için doğum öncesi tarama • Yüksek riskli gebeliklerin tespiti ve bakımı • Rh uyumsuzluğundan dolayı hasarın önlenmesi • Çocuklar için evrensel aşılama programlarının uygulanması
Sekonder koruma	Erken tanı ve tedavi	• Tedavi edilebilir bozukluklar için yenidoğan taraması • "Risk altındaki" bebeklere müdahale • Gelişimsel gecikmenin erken tespiti ve müdahalesi
Tersiyer koruma	Yetersizliğin sınırlandırılması ve rehabilitasyon	•Eğitim, öğretim ve mesleki fırsatların sunulması • Kaynaştırma/entegrasyon • Aileler için destek programları • Ebeveynlerin kendi kendine yardım grupları

2.2. Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Eşitsizlikleri

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin sağlık durumları, ZY'i olmayan akranlarından daha kötüdür (11). ZY'i olan bireylerin sağlık durumları incelendiğinde genel popülasyona göre solunum yolları hastalıkları, kalp hastalıkları, psikiyatrik bozukluklar, demans, epilepsi, görme ve işitme bozuklukları, kas iskelet deformiteleri, disfaji, diyabet, gastroözofagial reflu hastalığı, konstipasyon, osteoporoz, egzama, hipotiroidi gibi bozuklukların, düşme, kaza ve yaralanmaların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (11,49,50). Ayrıca ZY'i olan bireyler bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve bakımevlerinden toplumsal yaşama geçiş gibi faktörlerle artık daha uzun yıllar yaşamaktadırlar. Değişen yaş profiliyle, kardiyovasküler hastalık ve kanser gibi yaşa bağlı sağlık sorunları da artmaya başlamıştır (51).

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin sağlık ihtiyaçları fazla olmasına rağmen bu bireylerin birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımının beklenenden az olduğu bildirilmektedir (11,49). Bunların yanında bu bireylerin ZY olmayanlara göre acil servis başvuruları ve hastane yatış orantıları daha yüksek ve koruyucu hizmet alımları daha düşüktür (52,53).

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin sağlık durumlarının genel popülasyona göre daha kötü olmasının yanısıra bu bireyler daha erken ölmektedirler. ZY'i olan bireylerdeki ölüm nedenlerinden katı veya sıvı gıdaların aspirasyonun neden olduğu akciğer problemlerinin (ZY'i olan birey ölümlerinin %14'ü), epilepsi ve konvulsiyonların (ZY'i olan birey ölümlerinin %13'ü) önlenebilir olması dikkat çekicidir (54). İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin 2014 yılındaki bir raporunda İngiltere'de her yıl 1,200 ZY'i olan bireyin erken ölümünün kaliteli sağlık hizmetleri ile önlenebileceği bildirilmektedir (55).

Sağlık durumlarındaki farklılıkların ve bazı ölüm nedenlerinin bir dereceye kadar önlenebilir olması bu grubun sağlıkta eşitsizliklere maruz kaldığını göstermektedir (11). ZY'i olan bireylerin karşı kaldıkları sağlıktaki eşitsizliklerin belirleyicileri sağlığı olumsuz etkileyen sosyal belirleyicilere maruz kalma, ZY'e özgü genetik, biyolojik ve çevresel nedenler ile ilişkili sağlık risklerinin fazlalığı, iletişim zorlukları ve sağlık okuryazarlığının azlığı, kişisel sağlık riskleri ve riskli sağlık davranışları ile sağlık hizmetlerine erişim yetersizlikleri olarak beş sınıfa ayrılmıştır (11).

2.2.1. Sağlığı Olumsuz Etkileyen Sosyal Belirleyicilere Maruz Kalma

DSÖ'ne göre sağlığın sosyal belirleyicileri sağlık sonuçlarını etkileyen tıbbi olmayan faktörler olup insanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı ve yaşlandığı koşullar ve günlük yaşamın koşullarını şekillendiren daha geniş güçler ve sistemler bütünüdür. Gelir düzeyi, eğitim, işsizlik ve iş güvenliği, barınma gibi faktörler bunlardan birkaçıdır (56).

Yoksulluk, birçok yönden sağlığı etkilemektedir. Açlık nedenli sağlıksızlığın yanında temiz suya erişim eksikliği gibi diğer çevresel faktörlerin yoksulları orantısız bir şekilde daha çok etkilemesi, yoksul bireylerin eğitim düzeyleri düşük olduğundan sağlığı geliştirmeye yönelik faaliyetleri ve sağlık hizmetlerine ne zaman erişmeleri

gerektiği konusunda genellikle daha az bilgiye sahip olmaları bunlardan birkaçıdır (57).

Zihinsel yetersizliği olan bireylerde yoksulluk, kötü barınma koşulları, işsizlik, ayrımcılık gibi sağlığın sosyal belirleyicilerine maruz kalabilmekte ve bu maruziyetler en az genel popülasyondaki kadar bu bireyleri etkileyebilmektedir (11). Emerson ve Hatton'un ZY'i olan İngiliz erişkinlerde yaptığı bir çalışmada maddi ve sosyal zorluklarla karşılaşmak ve işsiz olmak özellikle kadınlar için sağlık durumunun daha kötü olmasıyla ilişkili bulunmuştur (58). Aynı çalışma grubunun İngiltere'de ülkeyi temsil eden bir örneklem üzerinde yaptıkları çalışmada ise yaşa ve cinsiyete göre düzeltildikten sonra ZY'i olan çocukların sağlığının yaşıtlarına göre daha kötü olduğu rapor edilmiştir. Sağlığın bozulmasındaki riskin %31'inin gruplar arasındaki sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklandığı bildirilmiştir (59).

2.2.2. Zihinsel Yetersizliğe Özgü Genetik, Biyolojik ve Çevresel Nedenler ile İlişkili Sağlık Riskleri

Yaşıtlarıyla karşılaştırıldığında, ZY'i olan çocukların başka sağlık sorunlarına sahip olma riski daha yüksektir. Bununla birlikte sahip oldukları sendromlara özgü sağlık problemleri de yaşayabilirler. Örneğin Down sendromuna konjenital kalp hastalıkları, Prader Willi sendromuna obezite sıklıkla eşlik eder (43). ZY'in bilinen nedenlerinden başlıcaları ve eşlik eden klinik özellikler Tablo 2.5'te verilmiştir.

Tablo 2.5. Zihinsel yetersizliğin bilinen nedenlerinden başlıcaları ve eşlik eden klinik özellikler- King ve ark. (22)'dan adapte edilmiştir.

Hastalık	**Klinik Özellikler**
Down Sendromu	Hipotoni, konjenital kalp hastalıkları, çocuklukta hiperaktivite, tiroid anomalileri, erişkinde Alzheimer tipi demans ve depresyon riskinde artma
Frajil X Sendromu	Mitral valv prolapsusu, hiperaktivite, dikkatsizlik, makroorşidizm, konuşmada gecikme, stereotipi, eklemlerde laksite
Prader-Willi Sendromu	Hipotoni, bebeklik döneminde gelişme geriliği, obezite, mikroorşidizm, skolyoz, ortopedik problemler, kompülsif davranış, hiperfaji, dürtüsellik, duygusal değişkenlik, öfke nöbetleri, gündüz aşırı uykululuk, deri yolma, anksiyete, saldırganlık
Angelman Sendromu	Epilepsi, ataksi, gece uyanma ile seyredebilen uyku bozuklukları, otistik özelliklerde artma
Cornelia de Lange Sendromu	Kendine zarar verme, ciddi vakalarda sınırlı konuşma, dil gecikmeleri, tutulmaktan kaçınma, stereotitipik hareketler
Williams Sendromu	Renal, kardiyovasküler ve tiroid anomalileri, hiperkalsemi, anksiyete, hiperaktivite
Cri-du-chat sendromu	Kulak ve solunum yolları enfeksiyonları, konjenital kalp hastalıkları, gastrointestinal anomaliler, hiperaktivite, stereotipik hareketler, kendine zarar verme
Smith-Magenis sendromu	Hiperaktivite, el ısırma, kafaya vurma, el ve ayak tırnaklarını çekip çıkarmayı içeren ciddi kendine zarar verme davranışları, stereotipik "kendi kendine sarılma", saldırganlık, uyku bozukluğu
Rubinstein-Taybi sendromu	Kırıklar, bebeklik döneminde beslenme güçlüğü, konjenital kalp hastalığı, elektroensefalografik anormallikler, nöbetler, yaşlılarda duygudurum değişkenliği ve öfke nöbetleri.
Lesch-Nyhan sendromu	Ataksi, kore, böbrek yetmezliği, gut, kendini ısırma davranışı, saldırganlık, anksiyete
Galaktozemi	Erken bebeklik döneminde kusma, sarılık, hepatosplenomegali, daha sonra katarakt, kilo kaybı, gıda reddi, kafa içi basıncında artış ve sepsis için artmış risk, ovaryan yetmezlik, renal tübüler hasar, dil bozuklukları, davranış problemleri, anksiyete
Fenilketonuri	Nöbetler, kendine zarar verme, hiperaktivite
Hunter sendromu	İşitme kaybı, ataksi, herni, genişlemiş karaciğer ve dalak, eklem sertliği, tekrarlayan enfeksiyonlar, büyüme geriliği, kardiyovasküler anomaliler, hiperaktivite, uyku anormallikleri
DiGeorge sendromu	Kardiyak anormaliler, T hücresi eksikliği, yarık dudak/damak, hipokalsemi, psikoz (şizofreni), duygudurum bozuklukları

Ayrıca ZY'i olan bireylerde genetik faktörlerle çevresel faktörlerin etkileşimi ile hem genetik hem çevresel faktörlerin sağlık üzerindeki etkileri artabilir (11). Örneğin Smith-Magenis sendromu olan bireyler, sosyal ilginin düşük olduğu zamanlarda kendine zarar verici, saldırgan ve yıkıcı davranışlarda daha fazla bulundukları, ağrı algılarının az olmasıyla bu davranışı daha da çok tekrarlayarak pekiştirebilmektedir (60).

2.2.3. İletişim Zorlukları ve Sağlık Okuryazarlıklarının Az Olması

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin yüksek komorbiditelerinin olması sağlık okuryazarlığı ile sağlıkla ilgili belirli kaynakları daha iyi kullanabilmelerini gerektirmektedir. Bununla birlikte bu bireylerde iletişimsel ve bilişsel yeteneklerin, okuma ve yazma becerilerinin ve kendilerini algılamalarının azlığı genellikle sağlıkla ilgili konular hakkında bilgi edinmek, değerlendirmek ve uygulamak için gereken kaynaklara erişememeye neden olmaktadır (61). Nitekim Tayvanda yapılan bir çalışmada ZY'i olan bireylerde pap smear testi kullanım sıklığının (%4.83) genel popülasyondakinden (%28.8) çok daha düşük olduğu bildirilmektedir (62).

2.2.4. Kişisel Sağlık Riskleri ve Riskli Sağlık Davranışlarının Fazla Olması

Zihinsel yetersizliği olan bireyler genellikle sağlıklı ve dengeli beslenmemekte, yeterli fiziksel aktivite yapmamaktadırlar. Dolayısıyla bu bireylerde genel popülasyona göre obez veya düşük kilolu olma riski ve sigara, alkol kullanma sıklığı daha fazladır (11,63).

2.2.5. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yetersizlikler Yaşamaları

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim yetersizliklerinin nedenleri arasında ZY'i olan bireylerin sağlık ihtiyaçlarını anlama ve iletme sorunları, ZY'e uygun hizmetlerin azlığı, hizmetlere erişimde destek eksikliği, fiziksel engellerin olması, ZY'i olan bireylerin birçoğunun yaşadığı okuryazarlık ve iletişim zorluklarına göre uygun düzenlemeler yapılmaması, tanısal gölgeleme, ZY'i olan bireyler tarafından kolay ve etkin kullanmaya olanak sağlayan düzenlemelerin (fiziksel engelleri kaldırmanın yanında politikalar, prosedürler, personel eğitimi ve hizmet sunumu için gerekli değişiklikler yapılması) yapılmaması ve sağlık personeli arasında ayrımcı tutumlar gibi nedenler sıralanmaktadır (11,64,65).

Ryan ve McQuillan ZY'i olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim yetersizliklerini hastaya, doktora, bakımveren kişilere dayalı ve organizasyonel faktörler olarak sınıflandırmıştır (51). ZY'i olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim yetersizliklerinin nedensel bir sınıflaması Tablo 2.6'da verilmiştir.

Tablo 2.6. Zihinsel yetersizliği olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim yetersizliklerinin nedensel bir sınıflaması- Ryan ve McQuillan (51)'dan alınmıştır

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim yetersizliklerinin nedenleri	
Hastayla ilgili	İletişim problemleri
	Bir şeylerin yanlış olduğunu kabul etmeme
	Ulaşım araçlarına erişimde fiziksel zorluklar
	Davranış sorunları
	Talimatlara uymanın zorlukları
Hekimle ilgili	Uzmanlık bilgisi eksikliği
	Hasta-doktor etkileşimine ek süre ayrılmaması
	Olumsuz tutumlar
Bakımveren kişilerle ilgili	Tanısal gölgeleme
	Sağlık sorunları hakkında bilgi eksikliği
Organizasyonla ilgili	Sağlık taramalarında eksiklik
	Parçalı bakım nedeniyle tıbbi bilgi eksikliği

2.3. Sağlık Hizmeti Sunumunda Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylere Tutumlar

2.3.1.Tutumun Tanımı

Tutum sosyal psikolojinin eski kavramlarından olmasına rağmen genel kabul görmüş bir tanımı yoktur. Allport'a göre tutum deneyim yoluyla oluşan, bireyin ilişki içerisinde olduğu tüm nesnelere ve durumlara verdiği tepki üzerinde yönlendirici veya dinamik bir etki gücüne sahip, zihinsel ve nörolojik bir hazır olma halidir (66). Kabul gören tanımlardan biri de Eagly ve Chaiken'ın tutumla ilgili yapılan çalışmaları gözönüne alarak yaptığı tanımdır. Buna göre tutum bir varlığın/objenin belirli bir ölçüde olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirilmesiyle ifade edilen psikolojik bir eğilim olarak tanımlanmıştır (67). Çeşitli tanımlara rağmen, tutum teorisyenlerinin çoğu; tutum nesnesiyle ilgili değerlendirmede tutumların baskın bir yönü olduğu, tutumların bellekte temsil edildiği ve duygusal, bilişsel ve davranışsal öncülleri olduğu konusunda hemfikirdirler (68).

2.3.2. Tutumun Bileşenleri

Tutumlardaki farklılıkların kalıtsal ve sosyal deneyimlerle belirlendiği kabul edilir (67,69). Kalıtsal faktörlerin etkisi, tutumların spesifik genlerle direk aktarımından ziyade kişilik özellikleri gibi kalıtsal özellikli olan aracıların bireyleri belirli türden tutumlar oluşturmaya yatkın hale getirmesiyle açıklanmaktadır (70). Örneğin bireyin bir müzik türünü diğerine tercih etme eğiliminin nedeni, anne babadan kalıtımsal olarak aktarılan bir mizaç ya da kişilik özelliği olabilmektedir (71).

Tutum duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenlerden oluşmaktadır (67). Tutumu değerlendirirken üç bileşenin de göz önünde bulundurulması gerekir (67).

Bilişsel bileşen tutum nesnesi ile ilgili düşünce, inanç, bilgi düzeyi ve gerçeklerden meydana gelir (72). Örneğin bir şeyi almak isteyip istememeye karar verebilmek için bu nesnenin olumlu ve olumsuz yönlerini sınıflandırmak bilişsel bileşeni yansıtmaktadır (71). Bilişsel bileşen doğrudan tutum nesnesinin nitelikleri ile birlikte kişisel özellikler, bireyin çevresindeki kişiler ve onların inançları gibi faktörlerle ilişkilidir (72).

Duygusal bileşen tutum nesnesi ile ilgili duygusal tepkilerden, tutum nesnesiyle ilişkili olumlu ya da olumsuz duygulardan meydana gelir (72). Duygusal bileşen tutum nesnesiyle ilgili rasyonel bir değerlendirmeye dayanmayıp çoğunlukla bireyin kendi değerlerinden kaynaklanır (71). Bu nedenle güçlü ve değişime dirençlidir (73,74).

Davranışsal bileşen kişinin tutum nesnesine yönelik davranışlarını gözlemlemesine dayanan; tutum nesnesine yönelik davranışlardan meydana gelmektedir (71). Daryl Bem'in "*kendini algılama kuramı*", bireyin tutum objesine yönelik davranışına ilişkin algısına uygun bir tutum geliştirdiğini ileri sürmektedir. Buna göre bireyler tutum nesnesine karşı davranışı görmeden ne hissettiğini bilemezler (75). Örneğin bireyin sürekli egzersiz yapmaya bağlı egzersizi sevdiğini düşünmesi tutumun davranışın gözlemlenmesine bağlı geliştiğini göstermektedir (71).

Davranışlar tutumların nedeni olabildiği gibi sonucu da olabilir (68). Bu nedenle tutumlar kurulacak ilişkilerde önemli rol oynar (74). Üzerinde düşünülmeden yapılan davranışlarda erişilebilirliği yüksek olan yani nesneyle ilgili duyguların hızlı aktarıldığı durumlarda tutumlar direk olarak davranışları öngörebilmektedir (76). Üzerinde düşünülerek gerçekleştirilen davranışların açıklamasında ise "*planlı*

davranış kuramı"ndan yararlanılır. Bu kurama göre başkalarına olan davranışları öngören bireylerin niyetleridir (77). Davranışa yol açan niyetin belirleyicileri öznel normlar (diğer insanların davranış hakkındaki inançları), algılanan davranış kontrolü (davranışın sergilememenin zorluğu) ve davranışa yönelik tutumlardır. Bu belirleyicilerden en önemlisi tutumdur (71,77). Görüldüğü gibi her iki davranışta da tutumlar önemli rol oynamaktadır (71).

Tutumlar, hangi davranışlarda bulunulacağını, hangi insanlarla ilişki kurulacağını belirlemeyi sağlar. Bireyin yaşamındaki insan, nesne ve kavramlar hakkındaki tutumları olduğu gibi, engelli bireylere yönelik tutumları da bulunmakta, engellilere yönelik davranışlarını belirleyebilmektedir (74,78).

2.3.3. Zihinsel Yetersizliği olan Bireylere Yönelik Tutumlar

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesinin genel prensiplerinde;

> "*kişilerin doğuştan sahip oldukları onura ve bireysel özerkliklerine saygı gösterilmesi; ayrımcılık yapılmaması; topluma tam ve etkili katılım ve dahil olma; farklılıklara saygı gösterilmesi ve engelliliğin insan çeşitliliğinin ve insanlığın bir parçası olarak kabul edilmesi; fırsat eşitliği; erişilebilirlik; kadın ve erkek arasında eşitlik; engelli çocukların gelişen kapasitelerine saygı duyulması ve engelli çocukların kendi kimliklerini koruyabilmeleri için haklarına saygı duyulması*"

yer almaktadır (79). Engellilerin topluma dahil olması, Engelli Hakları Sözleşmesi prensipleri arasında bulunan, diğer prensipleri etkileyen ve onlardan etkilenen önemli bir prensiptir. Bununla birlikte ZY'i olan bireylerin topluma dahil olmasındaki en önemli zorluklardan biri ZY'i olan bireylere yönelik olumsuz tutumlardır (80-82). Engelli gruplar arasında da en olumsuz tutumlar ZY'i olan bireylere yönelik olmaktadır (83). Topluma dahil olmanın gerçekleşmesi için ZY'i olan bireylere verilen hizmetlerde bu bireyler dışlanmamalı veya gereksiz yere korunmamalıdır; yetersizlikleri nedeniyle oluşan farklılıkların yerine bu bireylere seçim yapma fırsatı verilerek başkalarına olan benzerlikleri vurgulanmalıdır (84). ZY'e yönelik tutumların anlaşılması, ZY'i olan bireylerin topluma dahil olmasını etkileyen faktörlerin ve bu bireylere verilen hizmetlerin etkinliğinin belirlenmesi açısından önemlidir (85).

Sağlık sorunlarının yaygınlığı, engellilik için risk faktörlerinin fazlalığı tanıdan rehabilitasyona kadar değişen süreçlerde sunulan sağlık hizmetlerinin yetersizliği engelli bireylerin topluma dahil olabilmesinin önündeki önemli engellerdendir (86). ZY'i olan bireylerin karşılaştığı sağlık eşitsizlikleri ve sağlık hizmetlerine erişim yetersizlikleri düşünüldüğünde hekimlerin klinik davranışları ve tutumları önem kazanmaktadır.

Zihinsel yetersizliği olan bireyler sağlık kuruluşuna ulaşmada sıkıntılar yaşamaktadır. Sağlık kuruluşuna ulaştığında ise üç başlık altında özetlenebilecek sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

• Sağlık profesyonellerinin ZY'i olanların sağlık ihtiyaçlarına uygun hizmet verememesi,

• Hastalık semptomlarının ZY'e atfedilmesi (ZY'in tanıyı gölgelemesi),

• Hastaların sağlıkları ile ilgili karar verme yeterliğiyle ilişkili mevzuatın uygun olmayan uygulamaları nedeniyle ZY'i olan hastaların eşit sağlık hizmeti alamamaları (11,12).

Hekimlerin ZY'i olan bireylere uygun sağlık hizmeti verirken basit ve somut terimlerle iletişim kurması; bakımverenler/aile üyelerini de dahil ederek tıbbı geçmişi alabilme gibi becerilere sahip olarak ZY'i olan hastaları klinik ortamında rahat hissettirme konusunda yetkin olmaları gerekir (87). Hekimler arasında ZY'i olan bireylere hizmet vermede bilgi ve becerilerin eksikliği kaliteli sağlık hizmetlerinin önünde engel oluşturmaktadır. Bu durumun olumsuz tutumlarla birleşmesiyle hekimlerin tedavi sağlama istekliliğinde önemli azalmaya neden olabileceği bildirilmektedir (88,89).

Birleşik Krallık "The Royal Society for Mentally Handicapped Children and Adults" (Mencap) kurumunun 2004 yılındaki "*Beni doğru tedavi et*" ve 2007 yılındaki "*İlgisizliğe bağlı ölümler*" raporlarında ZY'i olan bireylere verilen sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler nedeniyle önlenebilir morbidite ve mortalitelerin olduğu bildirilmektedir (14,12). "Beni doğru tedavi et" raporuna göre ZY'i olan olguların sağlık hizmetlerini kullanırken yaşadıkları olumsuz deneyimlerin çoğunun, ZY'i olan bireyle ilgilenen sağlık personellerinin eğitim ve beceri eksikliğinden kaynaklandığı bildirilmektedir (14). "İlgisizliğe bağlı ölümler" raporunda ise ölümlerin sağlık personelinin ayrımcılık, ilgisizlik, eğitim eksikliği ve ZY'i olan bireylerin ihtiyaçlarını

iyi anlayamamaları nedeniyle meydana geldiği öne sürülmektedir (12). Sağlık personelinin ayrımcılık yapmayan sağlık hizmeti sağlaması için engellilik farkındalık eğitimi alarak ZY'i olan bireylere yönelik tutumlarını gözden geçirmeleri gerektiği bildirilmektedir (14). Bununla birlikte birçok ülkede ZY'i olan bireyler için sağlık hizmetleri eğitimi ile ilgili konular tıp eğitimi sırasında çok az ilgi görmektedir (90).

Piachaud "Tıp öğrencilerine zihinsel yetersizliği öğretmek" isimli makalesinde tıp fakültesi öğrencilerinin ZY'i olan kişilere karşı olumlu tutumlara sahip olma ve onlarla iletişimde rahat hissetme ihtiyacı vurgulamakta, tıp eğitiminde ZY öğretimine yer verilmesinin önemine değinmektedir (91). Türkiye'de 2014 yılındaki Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin ZY ile ilgili asgari olarak öğrenmesi gereken hedefler:

a. Ön tanı koyarak gerekli ön işlemleri yapıp uzmana yönlendirebilmek,

b. Korunma önlemlerini (birincil, ikincil ve üçüncül korunmadan uygun olan/olanları) uygulayabilmek,

c. Birinci basamak şartlarında uzun süreli takip (izlem) ve kontrolünü yapabilmek olarak belirlenmiştir (92).

Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programının 2020 yılındaki son güncellemesinde hedefler azaltılarak; sadece "acil olmayan durumlarda ön tanı koyarak gerekli ön işlemleri yapıp uzmana yönlendirebilmeyi öğrenmesi'' olarak rapor edilmiştir (93).

Lennox ve Diggens'ın yaptığı çalışmada ise alanında uzman bir grubun önerileriyle tıp eğitimi müfredatının içeriğinin zenginleştirilerek hekimlerde ZY'i olan bireylere yönelik olumlu tutumların oluşturulması, bilgi düzeyi ve becerilerin arttırılmasının hedeflenmesi rapor edilmiştir. Aynı çalışma raporunda ZY'i olan bireylere uygun sağlık hizmetini verebilmeleri için tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimlerini bitirdiklerinde sahip olmaları gereken tutumlar bildirilmiştir. Rapora göre tıp fakültesi öğrencilerinden beklenen;

(a) Sağlık hizmeti sunucuları tarafından ZY'i olan bireylerin diğer bireylerle eşit muamele görmeleri gerektiğine inanmaları,

(b) Engelliliğin ötesine bakmaları ve önce kişiyi görmeleri,

(c) Hak eşitliğine saygı duymaları ve takdir etmeleri,

(d) Kendi tutumlarını incelemeye açık olmaları,

(e) Bakımveren kişilerin bilgi ve görüşlerine saygı duymaları,

(f) ZY'i olan bireyler ve ailelerinin hasta grubunun ve ailelerinin istek ve inançlarına saygı duymalarıdır (94).

2.4. Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutum Değişimi ve Eğitim

DSÖ 2011 Dünya Engellilik Raporu'nda eğitim ve bilgi paylaşımı yoluyla engellilik konusundaki farkındalık ve anlayışın artırılması gerektiği önerilmektedir (95). Engellilere verilen sağlık hizmetinin sunumunu bu bireylere yönelik tutumlar olumsuz etkileyebilir. Bu sorunla önemli mücadele yöntemlerinden birisi de eğitimdir.

Tutumların bilişsel bileşeni için bilgi düzeyinin arttırılması engellilere yönelik olumsuz tutumları değiştirmede uygulanacak eğitimlerdeki amaçlardan birisidir (74). Bir grup hakkında bilgi düzeyi yeterli olmadığında, önyargılar artmakta, başkalarının o grup hakkında fikirleri kolay kabul edilerek kalıp yargı ve mitlerin kabulü artmaktadır (96). Engelliler ile ilgili bilgi düzeyinin artması, yanlış anlamaları, önyargıları, olumsuz kalıp yargıları, kaygı ve korkuları azalır; farklılıklardan çok benzerliklere önem verilerek bireyin kabulünü önemli ölçüde artırır (73). Yapılan çalışmalarda ZY'i olan bireyler hakkında bilgi düzeyi fazla olanların daha olumlu tutumlar sergilediği (97-99), engellilere yönelik eğitim uygulamaları sonrası tutumlarda olumlu yönde değişme olduğu gösterilmiştir (100-103).

Bilgi düzeyini arttırmak, engellilikle ilgili ders, seminer, konferans, kitle iletişim araçları, tiyatro, film izleme gibi çeşitli etkinliklerle gerçekleştirilebilir (73). Bu amaçla yapılan eğitimlerin etkili olabilmesi iletişimin ikna edici olması gerekmektedir. Tutum değişimi ile ilgili Petty ve Cacioppo isimli iki araştırmacı psikolog "iknada ayrıntılandırma olasılığı kuramı"nı geliştirmişlerdir. Bu kurama göre tutumun değişmesinde bireyler kişisel ilgileri ve iletişimdeki mesajlara dikkat etme yetisi varsa doğrudan (merkezi) ikna ile tutumlarını değiştirebilirler. Bu bireylere eğitimde verilen bilgiler ne kadar ayrıntılı ve inandırıcıysa ikna olma olasılıkları artar, bilişsel olarak işleyip tutumlarını değiştirirler. Bireyin ilgisi ve dikkat etme yetisi kısıtlıysa tutum değişiminde dolaylı yolu izleyerek yüzeysel özelliklerden (eğitimcinin özellikleri, eğitimin uzunluğu vs) etkilenir (104,105,71). Dolayısıyla ZY'i olan bireylere yönelik tutum değişikliği eğitimlerinde ZY ile ilgili ayrıntılı bilgilendirmelerin yapılması ve bu eğitimlerde bilgilendirme yapan kişilerin uzman ve dikkat çekici olması gerekir.

Engellilere ilişkin olumsuz tutumların olumlu yönde değişmesinde bilgilendirme eğitimi gibi bilişsel etkinlikler etkili olmakla birlikte engellilerle doğrudan ilişkinin kurulduğu davranışsal etkinliklerle zenginleştirildiğinde etkileri artmaktadır (73). Bir sosyal psikolog olan Allport'un geliştirdiği "sosyal temas hipotezi"ne göre bir gruba yönelik olumsuz tutumlar, gruptan birileriyle kişisel ilişkiler kurulması yoluyla değiştirilebilir (106). Sosyal temas yoluyla birbiriyle ilişkili dört süreç işleyerek tutum değişikliği meydana gelmektedir:

1. Grup hakkında yeni bilgiler öğrenerek olumsuz düşünceler düzeltilir.

2.Grupla temas, olumlu yönde davranış değişikliği sağlar. Eski önyargılarla yeni davranış arasında bilişsel çelişkinin oluşmasıyla çelişkiyi çözmek için tutumlarda değişiklik meydana gelir.

3. Grupla temas empatinin rol oynadığı duygusal bağların kurulmasını sağlar.

4. Mevcut bakış açısı ve grup normları yeniden değerlendirilerek ilgili gruba daha olumlu bir bakış açısı oluşabilir (107).

Sosyal temasla tutumun bilişsel, davranışsal, duygusal alanları etkilenip, eski grup normlarından vazgeçilerek bireylerin tutumlarında değişiklik meydana gelir. Yapılan çalışmalarda da ZY'i olan bireylerle temasın olduğu etkinlikler sonrası olumlu tutumların geliştiği gösterilmiştir (15,108,109).

Zihinsel yetersizliği olan bireylere sağlanan sağlık hizmeti hakkında endişeleri gidermede, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ZY ile ilgili bilgi ve beceriler edinmesi ve ZY'i olan bireylere yönelik olumlu tutumlara sahip olması önemlidir (110,111). Tutumların duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenleri göz önüne alındığında ZY'e yönelik tutumları değiştirmeye yönelik eğitimlerde bireylerin bilişleri, duyguları ve davranışları hedeflenmelidir (112). Geleceğin hekimleri olacak tıp fakültesi öğrencilerinde yürütülecek eğitim programlarında ZY hakkında bilgiler ve ZY'i olan bireylerin sağlık ihtiyaçlarına yönelik bilgilendirme eğitimlerinin yanısıra ZY'i olan bireylerle etkileşimler ve sağlık hizmeti sunumu sırasındaki temasın yer alması önerilmektedir (16,84).

Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020'de tıp fakültesinden mezun olan bir hekimin birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde sık olarak karşılaşabileceği, tek başına veya ekibin aktif bir üyesi olarak yönetebilmesi gereken davranışsal, sosyal ve beşerî bilimler ile ilişkili durumlar tanımlanmıştır.

Bunlardan biri de duyarlı gruplardaki (yaşlı, engelli, hükümlü ve tutuklu vb.) ayrımcılık, yanlılık, damgalamadır. Ayrıca tıp fakültesinden mezun bir hekimin temel ve klinik tıp bilimlerinden, davranış bilimlerinden ve sosyal bilimlerden edindiği bilgi, beceri ve tutumları bütünleştirerek sağlık hizmeti sunumunda kullanması, özel yaklaşım gerektiren birey ve gruplar ile etkili iletişim kurması konusunda yetkin olması hedeflenmektedir (93). Gerek ZY'i olan bireylerin yaşadığı sağlık eşitsizlikleri, gerek sınırlı iletişim becerileri düşünüldüğünde ZY'i olan bireyler hekimlerin özel yaklaşım göstermesi gereken özellikli bir gruptur. Dolayısıyla hekimler ZY'i olan bireylere yönelik olumlu tutumlara sahip olmanın yanında bu bireylere yönelik sağlık sunumlarındaki beceri ve davranışlarını da geliştirmelidir.

Tıp fakültesi öğrencilerinin ZY'i olan bireyle temasları tutumlarını iyileştirebilmenin yanında, kişisel hem de profesyonel gelişim için değerli fırsatlar sunar, dolayısıyla bu bireylere hizmet verirken daha rahat hissetmelerini sağlayabilir (88,113). Tutumun davranışsal özelliklerden de kaynaklandığı düşünüldüğünde öğrencinin deneyim yoluyla ZY'i olan bireyle iletişim ve sağlık hizmetleri sunumlarındaki davranışlarında başarılı olduğunu bilmesi tutumların olumlu yönde gelişeceğini gösterebilir.

Öğrencilerin kendini ZY'i olan bireylerin hekimlik ihtiyaçlarını karşılayabilmede yeterli hissetmesi de tutumun duygusal boyutunu etkileyerek olumlu tutumlara katkı sağlayabilir. Öğrencilerin kendi yeterliklerini değerlendirmelerinde özyeterlilik algısı kullanılabilir. Özyeterlilik ''bireyin bir görevi yerine getirebilme becerisine olan inancı'' olarak tanımlanmaktadır (114). Buradan hareketle ZY'i olan bireylere sağlık hizmeti sunmada gerekli becerileri edinen öğrencilerin özyeterlilik algılarını da arttırabileceği varsayılabilir. ZY'i olan bireylerle temasla elde edilen olumlu deneyimler özyeterlilik algılarını arttırarak olumlu tutumların gelişmesine yardımcı olabillir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Mayıs 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Tıp Fakültesi öğrencilerinde metodolojik ve ardından randomize kontrollü olarak kurgulanan deneysel bir araştırmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için ESOGÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 30.04.2019 tarih ve 56 kar nolu onayı ve ESOGÜ Tıp Fakültesi Dekanlığının yazılı izni alınmıştır.

Çalışmada ZY'e yönelik tutumların geliştirilmesi eğitim programı oluşturulmuş ve etkinliğini değerlendirmek amacıyla "Attitudes Toward Intellectual Disability (ATTID)" anketi kullanılmıştır. Anket Morin ve arkadaşları tarafından ZY'e yönelik tutumları ölçmek amacıyla 2013 yılında geliştirilmiştir (115). Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği olmadığı için, öncelikle Türkçeye kültürel uyarlaması ve geçerlilik güvenirlik analizleri yapılarak ardından müdahale aşaması gerçekleştirilmiştir.

3.1. Geçerlik Güvenirlik Çalışması

3.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliliği

ATTID anketini geliştiren yazardan anketin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi ve kullanılabilmesi için izin alındı. Anketin farklı dil ve kültürden uyarlanması nedeniyle, dil geçerliliği için ATTID anketi çeviri-geri çeviri yöntemine uygun olarak bağımsız iki yabancı dil uzmanı tarafından Türkçe'ye çevrildi. Oluşturulan Türkçe formu başka bir dil uzmanı tarafından yeniden İngilizceye çevrildi. Tüm formlar karşılaştırılarak anketin Türkçe formu oluşturuldu. Türkçe form dilbilgisi açısından da kontrol edilerek Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumlar Anketi (ZYYTA) hazırlandı. Çalışma sürerken ATTID anketini geliştiren ekip aynı veri tabanını kullanarak Attitudes Toward Intellectual Disability-Short Form (ATTID-SF) anketini oluşturdular. Aynı başlıkta sadece madde sayısı 67'den 35'e azaltılmıştır (116). Bundan dolayı geçerlilik güvenirlik çalışması kısa form üzerinden yapıldı. Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumlar Anketi-Kısa Form (ZYYTA-KF) ZYTTA-KF'nin kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi için üç halk sağlığı uzmanı, iki ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, bir nöroloji uzmanı ve üç özel eğitim uzmanından oluşan akademisyenlerin görüşüne sunuldu. Uzmanlardan her ölçek

maddesinin uygunluğunu ve anlaşılırlığını Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ)'ne göre 1-3 puan arasında (1 puan: Madde gereklidir, kalmalıdır, 2 puan: madde yararlı ancak yeterli değildir, 3 puan: Madde gerekli değildir) değerlendirmeleri istendi. Anketin alt alanlarında KGİ 1.00, 0.92, 0.94, 0.89 ve 0.96 olarak hesaplandı. Anketin alt alanlarında hesaplanan KGİ'lerinin hepsi 0.67'den büyük olduğu için kapsam geçerliliğinin yeterli olduğu kabul edildi (117). Dil ve kapsam geçerliliği aşamalarından sonra oluşturulan ZYYTA-KF'nin uygulama aşamasına geçildi.

3.1.2. Çalışma Grubu, Çalışma Prosedürü ve Anket Formu

ZYYTA-KF'nin tıp fakültesi öğrencilerinde geçerlilik güvenirliği çalışması Mayıs-Haziran 2019 tarihleri arasında ESOGÜ Tıp Fakültesinde öğrenim gören 1-6. Sınıf öğrencilerinde yapıldı. Araştırmanın evrenini 2018-2019 eğitim-öğretim yılında ESOGÜ Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan 1515 öğrenci oluşturmaktaydı. Geçerlik güvenirlik çalışması için ölçek maddelerinin 5-10 katı kadar örneklem yeterli olacağı bilgisine (118) dayanarak yaklaşık 350 öğrencinin çalışmaya katılmasına karar verildi. Her sınıftan alınacak öğrenci sayısı sınıfların kontenjan ağırlığına göre belirlendi. Öğrenciler çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ve sözlü onam alınan toplam 366 öğrenci çalışma grubunu oluşturdu.

Çalışmada kullanılan anket formun ilk bölümü ZYYTA soruları, ikinci bölümü bireylerin sosyodemografik özellikleri ve ZY'e yönelik tutumla ilişkili olabilecek faktörleri (sınıf, yaş, cinsiyet, ZY hakkında algılanan bilgi düzeyi, ZY'i olan tanıdık birey sayısı, ZY'i olan bir bireyle en son kaç ay önce görüştüğü, ZY'i olan bireylerle iletişim sıklığı, bilinen ZY'i olan bireylerin yakınlık derecesi, ZY'i olan bireylerle algılanan ilişki düzeyi), üçüncü bölümü eşdeğer ölçek olarak kullanılan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)'nden oluşmaktaydı. Önceden hazırlanan anket formlar dağıtılarak, gözlem altında öğrencilerin kendileri tarafından doldurduldu. Bu işlem yaklaşık olarak 15-20 dakika sürdü.

ATTID (Attitudes Toward Intellectual Disability) anketi ilk olarak tutumu çok boyutlu bir modelde duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenleriyle ele alarak (119) Morin ve arkadaşları tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir (115). Anket Mental Retardation Attitude Inventory – Revised (120), Behavioural Intention Scale (121), the Community Living Attitudes Scale – Mental Retardation (122), the Pictographic Scale

(123) ve Multinational Attitude Study Survey (124)'in anketi gibi ölçüm araçlarından geliştirilmiş bir ankettir. ATTID anketinin ZY'i olan bireylerin haklarıyla ilgili ek maddeleri, Montreal Zihinsel Yetersizlik Bildirgesi (125) ile ilişkili olup, anket toplamda 67 madde ve beş alt alandan oluşmaktadır. 2019 yılında Morin ve arkadaşları aynı örneklemde madde sayısını azaltarak, geçerlilik güvenirlik analizlerini yapmış ve ATTID-SF anketini geliştirmişlerdir (116).

ZYYTA-KF "Soruları yanıtlamaya başlamadan önce, zihinsel yetersizliği olan bireylerin günlük yaşamda kısıtlılık yaşadıklarını ve sıklıkla daha yavaş bir gelişim hızına sahip olduklarını belirtmek önemlidir." ifadesi ile başlamaktadır. Anket maddeleri 1-tamamen katılıyorum - 5-tamamen katılmıyorum arasında değişen beşli Likert tipi 35 maddeden oluşmaktadır. ZYYTA-KF, üç parçalı tutum modelini belirleyen beş faktörlü bir yapıya sahiptir. "Yeterlik ve haklar bilgi düzeyi" (8 madde) ve "Zihinsel yetersizlik nedenleri bilgi düzeyi" (6 madde) faktörleri bilişsel bileşen alt alanında toplanmıştır. "Tedirginlik" (8 madde) ile "Duyarlılık ve şefkat" (6 madde) faktörleri duygusal bileşen alt alanında toplanmıştır. Davranışsal bileşen ise "etkileşim" faktörü (7 madde) ile temsil edilmektedir (85,116,126,127).

ZYYTA-KF'nin tutumun duygusal ve davranışsal bileşenlerini ölçen maddelerinden bazıları iki olgu üzerinde örneklenmektedir. Örnek olgulardan ilki zihinsel işleyiş ve uyumsal davranışta hafif kısıtlılıkları olan, ikinci olgu ciddi kısıtlılıkları olan ZY'i olan bireyi tanımlamaktadır. Örnek olgularla ilgili sorular, araştırmacıların ZY'i olan bireyin işlevsellik seviyesine göre tutumlardaki potansiyel farkları tespit etmelerini sağlamayı amaçlamaktadır. ZYYTA-KF'nin 14 maddesi ters puanlanmakta olup alt alanlarda alınan puan arttıkça ilgili alana yönelik tutumun daha olumsuz olduğu kabul edilmektedir. ZYYTA-KF geliştirme çalışmasında Cronbach alfa katsayılarının alt alanlarda 0,671 - 0,866 değerleri arasında olduğu bildirilmiştir (85,116,126,127).

Çalışmada eşdeğer ölçek olarak kullanılan RHYİÖ 1998 yılında Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 2008 yılında Bilge ve Çam tarafından yapılmıştır (128,129). RHYİÖ ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inançları içeren 21 maddeden oluşmaktadır. RHYİÖ 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. Ölçekten alınan puan arttıkça ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç düzeyinin arttığı kabul edilmektedir (129).

3.1.3. Geçerlilik Güvenirlik Analizleri

Elde edilen veriler SPSS (Stastistical Package for Social Sciences) 15.0 kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, birinci ve üçüncü çeyreklik değer, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Tanımlayıcı verilerden sonra ZYYTA-KF'nin geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapıldı.

Geçerlilik Analizleri

Çalışmada ZYYTA-KF'nin geçerliliği, yapı geçerliliği ve eş zamanlı ölçüt geçerliliği analizleriyle değerlendirilmiştir.

a. Yapı Geçerliğinin Belirlenmesi

ZYYTA-KF'nin yapı geçerliliğin belirlenmesinde Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) kullanıldı. AFA, bir ölçüm aracının ilgili durumu açıkladığı varsayılan faktörleri ortaya çıkarmada ve bu faktörleri oluşturan maddelerin belirlenmesinde kullanılan yöntemler bütünüdür (117). Çalışmada veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmede Keiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliği ölçüsü ve Bartlett's küresellik testi kullanıldı. Faktör ekstraksiyon yöntemi olarak Temel Bileşenler Analizi, faktör döndürmede ise Varimax yöntemi kullanıldı. AFA'da maddelerinin faktör yükü değerlerinin en az 0.30 olması gerektiği gözönünde bulunduruldu (117).

b. Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliliği

ZYYTA-KF'nin duygusal bileşenini oluşturan Tedirginlik, Duyarlılık ve Şefkat alt alanları ile davranışsal bileşeni oluşturan Etkileşim alt alanlarının eşzamanlı ölçüt geçerliliğini değerlendirmede RHYİÖ ve ZY'i olan bireylerle algılanan ilişki düzeyi sorusuna verilen yanıtlar kullanıldı. ZY'i olan bireylerle algılanan ilişki düzeyi sorusuna verilen yanıtlarda iyi 1, nötr 2, kötü 3 olarak puanlandı. ZYYTA-KF'nin belirtilen alt alanları ile RHYİÖ ve ZY'i olan bireyle algılanan ilişki düzeyi puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

ZYYTA-KF'nin bilişsel bileşenini oluşturan "Yeterlik ve haklar bilgi düzeyi" ve "Zihinsel yetersizlik nedenleri bilgi düzeyi" alt alanları için Türkçe geçerlilik ve güvenirliği olan bir ölçek bulunamadığından bu alanlar için eş zamanlı ölçüt geçerliliği değerlendirilemedi.

Güvenirlik analizleri

a. İç Tutarlılık

Çalışmada ZYYTA-KF'nin iç tutarlılığı madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısıyla hesaplandı. Çalışmada toplam madde korelasyonları 0.25'dan büyük maddeler güvenilir olarak kabul edildi (117). Cronbach alfa katsayısının kabul edilebilecek alt sınırı 0.70 olarak belirlendi (130).

b. Test-Tekrar Test Korelasyonu

ZYYTA-KF'nin test-tekrar test korelasyonunu değerlendirmek için daha önce anket uygulanan 26 kişiye üç hafta sonra ZYYTA-KF tekrar uygulandı. Bireylerin test-tekrar test puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

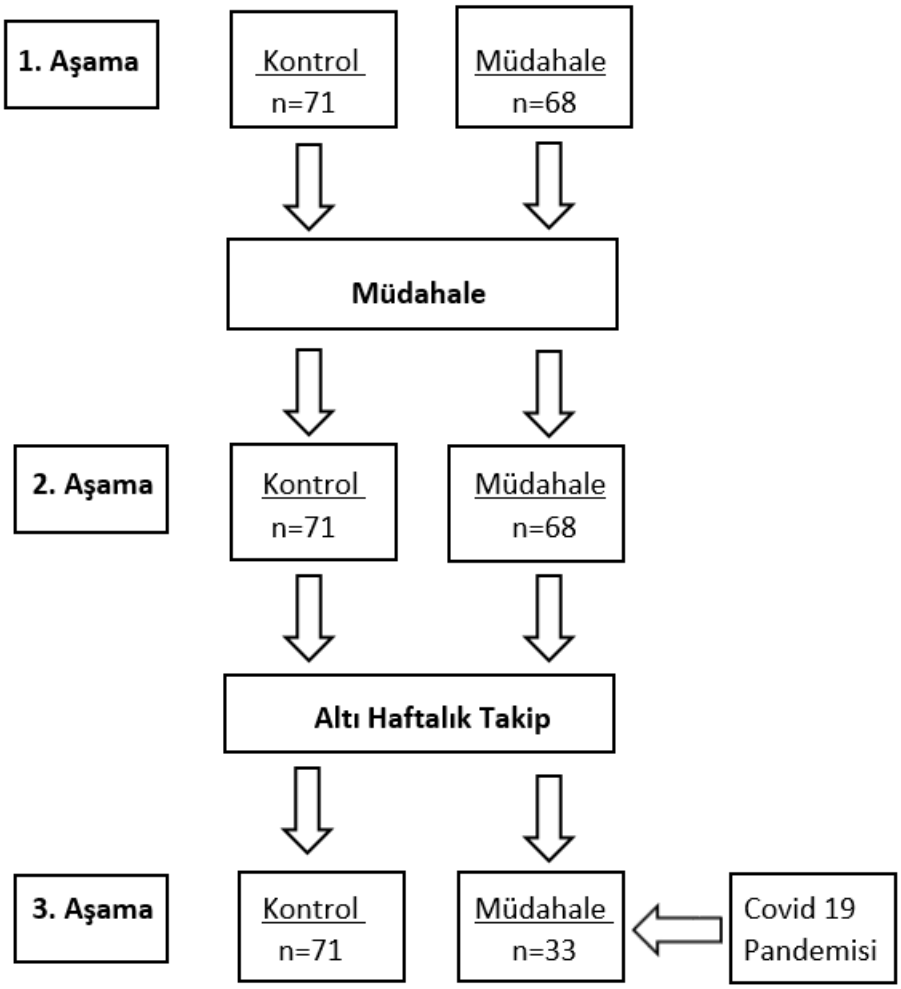
3.2. Randomize Kontrollü Çalışma

ZYYTA-KF'nin geçerlilik güvenirlik değerlendirmeleri yapıldıktan sonra müdahale aşamasına geçildi. Bu aşama randomize kontrollü olarak müdahale araştırması şeklinde kurgulandı. Çalışmada tip 1 (α) hata % 5 ve gücü (1-β) % 95 alındığında etki büyüklüğü 0.5 olarak kabul edildiğinde kontrol ve müdahale gruplarında en az 47'şer kişi olması gerektiği G*Power 3.1 istatistik programı ile hesaplandı. Çalışma grubunu, ESOGÜ Tıp Fakültesi halk sağlığı stajına gelen son sınıf öğrencileri oluşturdu. Her bir staj grubunda yaklaşık 30-35 öğrenci bulunduğundan çalışmaya katılmak istemeyen öğrenciler göz önüne alınarak gerekli örneklem hacmine ulaşabilmek için müdahale ve kontrol gruplarının ikişer staj grubundan oluşması planlandı. Eylül 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında halk sağlığı staj grupları randomize edilerek kura yoluyla kontrol ve müdahale grupları belirlendi.

3.2.1.İlk Aşama

Çalışmaya alınan dört staj grubundaki öğrencilere ilk aşamada çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve sözlü

onamları alınan kontrol grubunda 71, müdahale grubunda 68 olmak üzere toplam 139 kişi çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmanın akış diyagramı Şekil 3.1'de verildi.



Şekil 3.1. Çalışmanın akış diyagramı

Çalışmanın ilk aşamasında kontrol ve müdahale grubundaki öğrencilere bir anket form uygulandı. Anket formun ilk kısmında ZYYTA soruları, ikinci kısmında sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, aile gelir durumu) ve ZY'e yönelik tutumla ilişkili olabilecek soruları (yaş, cinsiyet, aile gelir durumu, ZY hakkında algılanan bilgi düzeyi, ZY'i olan tanıdık birey sayısı, ZY'i olan bir bireyle en son kaç ay önce görüştüğü, ZY'i olan bireylerle iletişim sıklığı, bilinen ZY'i olan bireylerin yakınlık derecesi, ZY'i olan bireylerle ilişkilerin tanımlanması, ZY'i olan bir hastayı muayene ederken karşılaşılan zorluklar) içermekteydi. Anketin üçüncü kısmında ZY'i olan bireylerde toplumun geri kalanına göre daha sık olduğu düşünülen sağlık sorunları, dördüncü kısmında ZY'i olan bireylerle çalışırken algılanan özyeterlilik düzeyini

değerlendiren sorular (ZY'i olan bireylerle çalışırken algılanan zorluk düzeyi, kendine güvenme düzeyi, kendi becerilerinden memnuniyet düzeyi) bulunmaktaydı. Önceden hazırlanan anket formlar dağıtılarak, gözlem altında öğrencilerin kendileri tarafından doldurulduu. Bu işlem yaklaşık olarak 15-20 dakika sürdü.

Zihinsel yetersizliği olan bir hastayı muayene ederken karşılaşılan zorluklarda akraba/bakıcıdan yeterli bilgi toplamanın zorluğu, hastanın sıkıntıya girmesi, hastanın saldırgan olması, hastanın koopere olmaması ve iletişim zorlukları sorgulandı.

Zihinsel yetersizliği olan bireylerde sağlık sorunları bilgi düzeyinin değerlendirilmesinde ZY'i olan bireylerde toplumun geri kalanına göre daha sık olduğu bilinen sağlık sorunlarının farkındalığı değerlendirildi. Verilen yanıtlarda hayır 0, bilmiyorum 1, evet 2 olarak puanlandı. Sağlık ihtiyaçları bilgi düzeyi puanı bu sorulara verilen yanıtların toplanmasıyla (min:0-max:46) elde edildi. Alınan puan arttıkça sağlık sorunları bilgi düzeyinin arttığı kabul edildi (102). Çalışmada oluşturan sağlık sorunları bilgi düzeyi sorularının toplam Cronbach alfa değeri 0.84 idi.

Öğrencilerin ZY'i olan bireylerle çalışırken algıladıkları özyeterlilikleri; ZY'i olan bireylerle çalışırken algılanan zorluk düzeyi, kendine güvenme düzeyi, kendi becerilerinden memnuniyet düzeyi soruları ile ölçüldü. Üç sorunun herbiri 5 puanlık bir ölçekte (1-5) değerlendirildi. Toplam öz yeterlilik düzeyi, üç sorunun puanlarının toplanmasıyla (min:3-max:15) hesaplandı. Alınan puan arttıkça algılanan özyeterlilik düzeyinin de arttığı kabul edildi (102). Çalışmada oluşturan özyeterlilik düzeyi sorularının toplam Cronbach alfa değeri 0.76 idi.

3.2.2. Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumların Geliştirilmesi Eğitim Programının Hazırlanması ve Uygulanması

Eğitim programında katılımcı öğrencilerin eğitim sonrası ZYYTA-KF'den aldıkları puanlarda eğitim öncesine göre azalma yani olumlu tutum düzeyinde artma olması amaçlandı. Bu amaçla eğitim programında tutumun bilişsel, duygusal, davranışsal boyutu dikkate alınarak; öğrencilerin ZY ile ilgili bilgi düzeyini artırmak, herhangi hastalıkla sağlık kuruluşuna başvuran ZY'i olan bireylerin değerlendirilmesinde etkili iletişim becerilerini geliştirmek ve ZY'i olan bireylerle sosyal temas yoluyla ZY'e yönelik var olan bilgi, duygu ve davranışlarda olumlu yönde gelişme olması hedeflendi.

Çalışmanın müdahale uygulamasında kullanılacak eğitim programı ESOGÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi ve bir araştırma görevlisi doktor, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalından bir öğretim üyesi, Eğitim Fakültesi Özel Eğitim bölümünden bir öğretim üyesinden oluşan bir ekiple hazırlandı.

Hazırlanan eğitim programı her iki müdahale grubuna da ilk aşama anketlerin doldurulmasından sonra uygulandı. Program her iki müdahale grubunda da iki tam, bir yarım gün sürdü. Müdahale gruplarında yürütülen eğitim programının içeriği Tablo 3.1'de verildi.

Tablo 3.1. Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumların Geliştirilmesi Eğitim Programı

Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumların Geliştirilmesi Eğitim Programı	
1. Gün	Tanışma ve eğitim programının tanıtımı
	Anket formların doldurulması
	1. oturum: ZY'in tanımı, genel özellikleri, epidemiyolojisi
	2. oturum: ZY'i olan bireylerin sağlık ihtiyaçları
	3. oturum: ZY'i olan bireylerde sağlığın geliştirilmesi
2. Gün	1. oturum: ZY'i olan bireylerle iletişim
	2. oturum: ZY'i olan bireylerle iletişim-devam
	3. oturum: Doktor hasta iletişimi, herhangi bir sağlık problemiyle başvuran ZY'i olan bireye yaklaşım
	4. oturum: ZY'i olan bireylerin yeterlik ve hakları
3.Gün	ZY'i olan bireylerin bulunduğu özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine ziyaret
	İkinci aşama anket formların doldurulması ve programın sonlandırılması

Eğitim programının ilk günü öğrencilerle tanışma sonrası eğitim programının tanıtımı yapıldı. Öğrencilerin çalışmanın anket formunu doldurmaları sonrası üç oturum yapıldı. İlk oturumda çalışma ekibindeki Halk Sağlığı Anabilim dalı öğretim üyesi tarafından slayt gösterimi eşliğinde ZY'in tanımı, genel özellikleri, epidemiyolojisi ile ilgili bilgiler aktarıldı. İkinci oturumda ZY'i olan bireylerin karşılaştığı sağlık eşitsizlikleri, ZY'i olan bireylerin sık görülen sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarına yaklaşım sözel olarak sunuldu. Slayt gösterimiyle yapılan bilgilendirmenin yanında sağlık ihtiyaçları olan bireylerin klinik değerlendirmelerinde olası tanısal gölgelemelere yönelik olgu örnekleri verilerek bu örneklere doğru ya da yanlış yaklaşımların tartışıldığı altı vaka çalışması yapıldı. Üçüncü oturumda yine

slayt gösterimi eşliğinde ZY'i olan bireylerde sağlığın geliştirilmesi konusunda bilgi aktarıldı. Öğrencilerle sağlığın geliştirilmesine yönelik yapılabilecek uygulamalar tartışıldı. İkinci ve üçüncü oturum çalışma ekibindeki Halk Sağlığı araştırma görevlisi tarafından yürütüldü.

Eğitimin ikinci günü sabahında gerçekleştirilen iki oturum çalışma ekibindeki Özel Eğitim bölümünden öğretim üyesi tarafından yürütüldü. Bu oturumlarda yine örnek olgularla ZY'i olan bireylerle etkili iletişim interaktif yöntemle aktarıldı. Eğitmenin sağlık problemi yaşayan ZY'i olan bireyi ve gönüllü bir katılımcının onun hekimi rolü üstlendiği canlandırma (role-play) ile iletişimde yapılan hata örnekleri ve etkili iletişim yolları anlatıldı.

İkinci gün öğleden sonra Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında görevli öğretim üyesi tarafından slayt gösterimi eşliğinde iki oturum halinde gerçekleştirildi. Bu oturumlarda doktor hasta iletişimi, herhangi bir sağlık problemiyle başvuran ZY'i olan bireye yaklaşım ve ZY'i olan bireylerin yeterlik ve hakları anlatıldı. ZY'i olan hastaya yaklaşım anlatılırken daha önceden hazırlanmış iki örnek olguya dair videolar öğrencilere izletilerek örnek olgulardaki yaklaşımlar öğrencilerle tartışıldı.

Örnek olgulara dair videolar eğitim programı hazırlanırken çekildi. ZY'i olan bireylerin gerçekte de yaşadığı dil sınırlılıkları ve yetersizliği olan bir yetişkin olarak yaşamla başa çıkma konusunda deneyimli olmalarından dolayı hastalık simülasyonu yaptıklarında, iletişim sorunlarını yetenekli engelsiz aktörün bile yapamayacağı şekilde iyi yapabildikleri belirtilmektedir (17). Bu öngörüyle videolarda organik bir hastalık simülasyonu yapan (karın ağrısı ve baş ağrısı) hafif düzeyde ZY'i olan iki bireyden anamnez alma ve fizik muayene etkinliği yapılmıştır. Videolarda simüle hasta belirli bir tıbbi ve sosyal geçmişi olan bir hastayı tasvir etmekte ve önceden kararlaştırılmış bir dizi semptom sunmaktadır. Video çekimi öncesi ZY'i olan bireylerin kendisinden ve velisinden onam alınmıştır. Video çekimi öncesi ZY'i olan iki bireye Ruh Sağlığı ve Hastalıkları öğretim üyesi tarafından gerçekleştirecekleri rol anlatılmış ve kısa provalar gerçekleştirilmiştir. Örnek olgunun ilkinde etkili iletişimin olmadığı ikincisinde ise etkili iletişimin olduğu bir anamnez ve muayene süreci işlenmiştir. Videolardan ilki üç dakika, ikincisi yedi dakika sürmektedir. Her iki olguda muayeneyi yapan doktor rolünü çalışma ekibindeki Ruh Sağlığı ve Hastalıkları öğretim üyesi gerçekleştirdi.

Eğitim programının ilk iki gününde gerçekleştirilen oturumların herbiri yaklaşık 50'şer dakika sürmüş, oturumların aralarında ihtiyaç ve yemek molaları verilmiştir.

Eğitim programının üçüncü gününde katılımcılar eğitmenlerle birlikte ZY'i olan bireylerin bulunduğu bir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine ziyaret gerçekleştirdi. Burada öğrenciler eğitmenlerin denetiminde ZY'i olan bireylerle ilgili edindikleri bilgi ve becerileri kullanarak iletişim kurmuş, kısa süreli sağlık eğitimi (el yıkama, iç organların isimleri ve işlevleri) ve anamnez alma etkinlikleri gerçekleştirmişlerdir. Son gün yapılan faaliyet gidiş geliş süreleriyle birlikte iki saat sürmüş, müdahale sonrası ikinci aşama anket formlarının doldurulmasıyla program öğle saatlerinde sona ermiştir.

Eğitim programının içeriği ve süresinin her iki staj grubunda aynı olmasına özen gösterilmiştir.

3.2.3. Kontrol Grubuna Uygulanan Program

Çalışmadaki kontrol gruplarına kolera salgının konu edildiği bir video izletilmiş, video sonrası salgın yönetimi ve basamakları öğrencilerle tartışılmıştır. Kontrol gruplarının programı yaklaşık iki saat sürmüştür.

3.2.4. İkinci ve Üçüncü Aşama

Çalışmanın ikinci aşamasında kontrol ve müdahale gruplarına uygulanan program sonrasında öğrencilere bir anket form uygulandı. Kontrol grubuna uygulanan anket formu ilk aşamada uygulanan anket formun aynısı iken müdahale grubuna uygulanan anket formunda ilk aşamadaki sorulara ek olarak müdahale programının değerlendirilmesine dair sorular bulunmaktaydı. Önceden hazırlanan anket formlar dağıtılarak, gözlem altında öğrencilerin kendileri tarafından doldurmaları sağlandı. Bu işlem yaklaşık olarak 15-20 dakika sürdü. Bu aşamada ilk aşamada anketi dolduran öğrencilerin tamamı ikinci aşamada da yer aldı.

Kontrol ve müdahale grubundaki öğrencilerin program sonrasındaki günlerde rutin halk sağlığı müfredatına göre eğitimleri devam etti. Bu süre içerisinde ZY'i olan bireylerle ilgili herhangi bir etkinlik yapılmadı. ZY'e yönelik tutumun zamanla değişimini değerlendirmek için halk sağlığı stajının son haftasında, altı haftalık takip sonrası kontrol ve müdahale gruplarına aynı anket form uygulandı. Anket formda

ZYTTA-KF soruları bulunmaktaydı. Müdahale gruplarından ikincisinde çalışmanın ilk iki aşamasının tamamlanmasından sonraki hafta (10 Mart 2020) Türkiye'de Covid 19 pandemisi başladı ve üniversitedeki eğitimlere ara verildi. İkinci müdahale grubunun altı hafta sonrasında online olarak anketleri doldurması istense de öğrencilerin çoğunluğuna ulaşılamadığından ve anketin doldurulmasına yönelik etkin geri dönüş olmadığından bu grubun üçüncü aşama anketleri değerlendirilememiştir.

3.2.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 15.0 istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, birinci ve üçüncü çeyreklik değer, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için grafikler oluşturuldu, Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı.

Müdahale ve kontrol grubunun özelliklerini karşılaştırmada kategorik değişkenlerde kikare testi, ölçülebilir değişkenlerde normal dağılıma uygunluğa göre t testi veya Mann Whitney U testi kullanıldı. Müdahale öncesi ve sonrası değerlendirmelerinde Wilcoxon Eşleştirilmiş iki örnek testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p \leq 0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde ZY'e yönelik tutumların geliştirilmesi eğitim programının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla öncelikle ZYYTA-KF'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği için metodolojik bir araştırma planlandı. Ardından müdahale programının etkinliğinin ölçülmesi için randomize kontrollü çalışma Eylül 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında yapıldı.

4.1. Geçerlilik Güvenirlik Çalışması

Çalışmada önce müdahale kısmında kullanılacak olan ZYYTA-KF'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapıldı.

4.1.1. Çalışma Grubu Özellikleri

Geçerlilik güvenirlik çalışması aşamasında çalışma grubundaki 366 öğrencinin yaşları 18-30 arasında değişmekte olup ortalaması (SD) 21.7 (2.2) idi. Öğrencilerin 197'si (%53.8) erkek, 67'si (%18.3) 2. sınıftı. Geçerlilik güvenirlik aşamasındaki öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1'de verildi.

Tablo 4.1. ZYYTA-KF geçerlilik güvenirlik çalışması grubunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler	
Yaş Ortalama (SD)	21.7 (2.2)
Cinsiyet n (%)	
Kadın	169 (46.2)
Erkek	197 (53.8)
Sınıfı n (%)	
1. sınıf	58 (15.9)
2. sınıf	67 (18.3)
3. sınıf	62 (16.9)
4. sınıf	59 (16.1)
5.sınıf	57 (15.6)
6.sınıf	63 (17.2)

Öğrencilerin 247'si (%67.5) ZY hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını, 280'i (%76.5) yaşamları boyunca ZY'i olan bireylerle nadiren iletişimde olduğunu bildirdi. Öğrencilerde ZY'i olduğu bilinen kişi sayısı ortancası (birinci-üçüncü çeyreklik değeri) 2.0 (1.0-3.0) idi. Öğrencilerin 10'unun (%2.7) ailesinde, 99'unun (%27.0) akrabalarında, 137'sinin (%37.4) komşularında ZY'i olan birey bulunuyordu.

ZYYTA-KF geçerlilik güvenirlik çalışma grubunda yer alan öğrencilerin ZY'e yönelik tutumlarıyla ilişkili olabilecek faktörlere göre dağılımı Tablo 4.2'de verildi.

Tablo 4.2. ZYYTA-KF geçerlilik güvenirlik çalışma grubunda yer alan öğrencilerin ZY'e yönelik tutumlarıyla ilişkili olabilecek faktörlere göre dağılımı

ZY'e yönelik tutumla ilişkili olabilecek faktörler	
ZY hakkında ne kadar bilgi sahibi n (%)	
Yeterli değil	247 (67.5)
Yeterli	119 (32.5)
ZY'i olduğu bilinen kişi sayısı Ortanca (%25-%75)[a]	2.0 (1.0-3.0)
ZY'i olduğu bilinen bireyle son görüşme sonrası geçen zaman (ay) Ortanca (%25-%75)[a]	12.0 (6.0-36.0)
ZY'i olduğu bilinen bireyle iletişim sıklığı n (%)	
Nadiren	280 (76.5)
En az ayda 1 kez	86 (23.5)
Bilinen ZY'i olan aile bireyi varlığı n (%)	
Evet	10 (2.7)
Hayır	356 (97.3)
Bilinen ZY'i olan akraba varlığı n (%)	
Evet	99 (27.0)
Hayır	267 (73.0)
Bilinen ZY'i olan komşu varlığı n (%)	
Evet	137 (37.4)
Hayır	229 (62.6)
Bilinen ZY'i olan bireyle gönüllü çalışma durumu n (%)	
Evet	12 (3.3)
Hayır	354 (96.7)

[a]: Birinci ve üçüncü çeyreklik değer

4.1.2. Geçerlilik Analizleri

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) Sonuçları

İlk aşamada ölçeğin AFA'ne uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett testi ile değerlendirildi. Verilerin faktör analizine uygun olduğu görüldü (KMO=0.831, $\chi 2$= 6001.72; $p<0.001$). Faktör analizi, varimax rotasyon ile temel bileşenler analizi kullanılarak yapıldı. Faktör analizinde kaç faktöre karar kılınacağı ölçüsü olarak özdeğerleri 1'in üzerinde olan sekiz faktör saptanmış, ölçeğin orijinal yapısına uygunluğunun sağlanması için beş faktöre yönlendirilmiştir. Faktör analizi

sonucunda özdeğeri 1'in üzerinde olan beş alt alan belirlenmiştir. Beş alt alanda maddelerin faktör yükleri 0.33-0.80 arasında olup, beş alt alan toplam varyansın % 52.48'ini açıklamaktaydı. ZYYTA-KF'deki maddelerin faktör yükleri, alt alanların açıkladığı varyans ve kümülatif varyans Tablo 4.3'de verildi.

Tablo 4.3. ZYYTA-KF'deki maddelerin faktör yükleri, alt alanların açıkladığı varyans ve kümülatif varyans

Madde	**Faktör yükü**	**Açıklanan Varyans**	**Kümülatif Varyans**
Tedirginlik			
Güvensiz hissederim. (Murat)	0.80	14.21	14.21
Güvensiz hissederim. (Mert)	0.80		
Kaygı yaşarım. (Murat)	0.79		
Kaygı yaşarım. (Mert)	0.76		
Korku hissederim. (Murat)	0.69		
Korku hissederim. (Mert)	0.72		
İhtiyatlı olurum. (Murat)	0.49		
İhtiyatlı olurum. (Mert)	0.48		
Yeterlik ve Haklar Bilgi Düzeyi			
Çocuk sahibi olma hakkı olmalıdır.	0.79	10.66	24.87
Evlenme hakkı olmalıdır.	0.73		
Oy kullanma hakkı olmalıdır.	0.70		
Cinsel ilişki hakkı olmalıdır.	0.66		
Parayı kullanabilir.	0.49		
Karar alabilir.	0.46		
Sohbete katılabilir.	0.45		
Bir işi yürütebilir.	0.33		
Etkileşim			
Murat'ın işinizde sizin denetiminizde çalışmasını kabul eder misiniz?	0.77	10.10	34.97
Mert'in işinizde sizin denetiminizde çalışmasını kabul eder misiniz?	0.73		
Murat'ı kızınızın ya da oğlunuzun arkadaşı olarak kabul eder misiniz?	0.61		
Mert'i kızınızın ya da oğlunuzun arkadaşı olarak kabul eder misiniz?	0.66		
Bir elektronik mağazasında Murat'ın size danışmanlık yapmasını kabul eder misiniz?	0.64		
Bir giyim mağazasında Murat'ın size hizmet etmesini kabul eder misiniz?	0.59		
Onunla konuşurken rahat hissederim. (Mert)	0.47		

Tablo 4.3. "Devam" ZYYTA-KF'deki maddelerin faktör yükleri, alt alanların açıkladığı varyans ve kümülatif varyans

Duyarlılık ve Şefkat			
Duygulanmış, etkilenmiş hissederim. (Murat)	0.69	8.98	43.95
Duygulanmış, etkilenmiş hissederim. (Mert)	0.79		
Üzüntü hissederim. (Murat)	0.69		
Üzüntü hissederim. (Mert)	0.77		
Acıma hissederim. (Murat)	0.46		
Acıma hissederim. (Mert)	0.52		
ZY Nedenleri Bilgi Düzeyi			
Hamilelikte anne tarafından ilaç veya alkol tüketimi	0.77	8.54	52.49
Çevredeki kimyasallar	0.73		
Annede malnutrisyon	0.71		
Çocukta ciddi kafa travması	0.70		
Doğum sırasındaki sorunlar	0.68		
Çocukluk dönemi sürecinde uyaran eksikliği	0.63		

Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliliği

Çalışmada, ZYYTA-KF'nin tedirginlik, etkileşim, duyarlılık ve şefkat alt alanlarının eş zamanlı ölçüt geçerliliği için bu alt alanlardan alınan puanlarla RHYİÖ'den alınan puanlar ve ZY'i olan bireylerle algılanan ilişki düzeyi puanları arasında zayıf düzeyde korelasyon olduğu bulundu (herbir alt alan için $p<0.001$). ZYYTA-KF'nin alt alanlarından (tedirginlik, etkileşim, duyarlılık ve şefkat) alınan puanlarla RHYİÖ ve ZY'i olan bireylerle algılanan ilişki düzeyi puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4. ZYYTA-KF'nin alt alanlarından (tedirginlik, etkileşim, duyarlılık ve şefkat) alınan puanlarla RHYİÖ ve ZY'i olan bireylerle algılanan ilişki düzeyi puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları

ZYYTA-KF alt alan puanları	**Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ölçeği puanı**		**ZY'i olan bireylerle algılanan ilişki düzeyi**	
	r	**p***	**r**	**p***
Tedirginlik	0.270	**<0.001**	0.352	**<0.001**
Etkileşim	0.315	**<0.001**	0.310	**<0.001**
Duyarlılık ve Şefkat	0.241	**<0.001**	0.196	**<0.001**

*Spearman korelasyon analizi

4.1.3. Güvenirlik analizleri

İç tutarlılık

Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ZYYTA-KF'nin alt alanlarında Cronbach alfa katsayısı 0.76-0.87 arasında değişmekte olup ölçeğin tamamında 0.88 idi. Ölçeğin madde toplam korelasyon katsayıları 0.33-0.73 arasında değişmekteydi. Madde çıkarıldığında Cronbach Alfa değerleri 0.72-0.87 arasında değişmekteydi. ZYYTA-KF'nin madde toplam korelasyonları, Cronbach alfa ve madde çıkarıldığında Cronbach alfa değerleri Tablo 4.5'de verildi.

Tablo 4.5. ZYYTA-KF'nin madde toplam korelasyonları ile Cronbach alfa ve madde çıkarıldığında Cronbach alfa değerleri

	Madde toplam korelasyonu	**Madde çıkarıldığında Cronbach Alfa**	**Cronbach Alfa**
Güvensiz hissederim. (Murat)	0.71	0.85	0.87
Güvensiz hissederim. (Mert)	0.73	0.85	
Kaygı yaşarım. (Murat)	0.70	0.85	
Kaygı yaşarım. (Mert)	0.73	0.85	
Korku hissederim. (Mert)	0.68	0.85	
Korku hissederim. (Murat)	0.56	0.87	
İhtiyatlı olurum. (Murat)	0.49	0.87	
İhtiyatlı olurum. (Mert)	0.48	0.87	
Çocuk sahibi olma hakkı olmalıdır.	0.57	0.72	0.76
Evlenme hakkı olmalıdır.	0.54	0.73	
Oy kullanma hakkı olmalıdır.	0.50	0.73	
Cinsel ilişki hakkı olmalıdır.	0.49	0.74	
Parayı kullanabilir.	0.44	0.74	
Karar alabilir.	0.42	0.75	
Sohbete katılabilir.	0.43	0.75	
Bir işi yürütebilir.	0.33	0.76	
Murat'ın işinizde sizin denetiminizde çalışmasını kabul eder misiniz?	0.64	0.77	0.81
Mert'ın işinizde sizin denetiminizde çalışmasını kabul eder misiniz?	0.58	0.78	
Mert'i kızınızın ya da oğlunuzun arkadaşı olarak kabul eder misiniz?	0.59	0.78	

Tablo 4.5. "Devam" ZYYTA-KF'nin madde toplam korelasyonları ile Cronbach alfa ve madde çıkarıldığında Cronbach alfa değerleri

Bir elektronik mağazasında Murat'ın size danışmanlık yapmasını kabul eder misiniz?	0.51	0.79	
Murat'ı kızınızın ya da oğlunuzun arkadaşı olarak kabul eder misiniz?	0.57	0.78	
Bir giyim mağazasında Murat'ın size hizmet etmesini kabul eder misiniz?	0.55	0.79	
Onunla konuşurken rahat hissederim. (Mert)	0.43	0.81	
Duygulanmış, etkilenmiş hissederim. (Mert)	0.53	0.82	0.83
Üzüntü hissederim. (Mert)	0.73	0.78	
Duygulanmış, etkilenmiş hissederim. (Murat)	0.48	0.83	
Üzüntü hissederim. (Murat)	0.72	0.78	
Acıma hissederim. (Mert)	0.59	0.81	
Acıma hissederim. (Murat)	0.58	0.81	
Hamilelikte anne tarafından ilaç veya alkol tüketimi	0.69	0.79	0.83
Çevredeki kimyasallar	0.61	0.80	
Annede malnutrisyon	0.59	0.80	
Çocukta ciddi kafa travması	0.60	0.80	
Doğum sırasındaki sorunlar	0.62	0.80	
Çocukluk dönemi sürecinde uyaran eksikliği	0.51	0.82	
Tüm ölçek			0.88

Test-Tekrar Test Korelasyonu

ZYYTA-KF'nin test ve tekrar test alt alan puan korelasyonları karşılaştırıldığında tüm alt alanların korelasyon katsayıları arasında orta-kuvvetli düzeyde bir korelasyon mevcuttu. ZYYTA-KF'nin alt alanlarının test-tekrar test korelasyon katsayıları Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. ZYYTA-KF'nin alt alanlarının test-tekrar test korelasyon katsayıları

ZYYTA-KF alt alanları	Test – Tekrar test puanları korelasyon katsayıları	
	r	p*
Tedirginlik	0.606	**0.001**
Yeterlik ve Haklar Bilgi Düzeyi	0.721	**<0.001**
Etkileşim	0.770	**<0.001**
Duyarlılık ve Şefkat	0.732	**<0.001**
ZY Nedenleri Bilgi Düzeyi	0.528	**0.006**

*Spearman korelasyon analizi

4.2. Randomize Kontrollü Müdahale Çalışması

ZYYTA-KF'nin geçerlilik güvenirlik değerlendirmeleri yapıldıktan sonra müdahale aşamasına geçildi. Bu aşama randomize kontrollü olarak müdahale araştırması şeklinde kurgulandı. Çalışmada ESOGÜ Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinden Eylül 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında halk sağlığı stajına gelen gruplar randomize edilerek iki staj grubu kontrol, iki staj grubu müdahale gurubu olarak seçildi.

4.2.1.İlk Aşama

İlk Aşama Çalışma Grubu Özellikleri

İki aşamadan oluşan müdahale çalışmasının ilk aşamasına 71 (%51.1) öğrenci kontrol grubu, 68 (%48.9) öğrenci müdahale grubu olmak üzere toplam 139 öğrenci alındı. Yaş ortalaması (±SD) kontrol grubu öğrencilerinde 23.7 (1.1), müdahale grubu öğrencilerinde 24.0 (1.2) idi. Kontrol grubundaki öğrencilerin 34'ü (%47.9), müdahale grubundakilerin 31'i (%45.6) kadındı. Müdahale çalışmasındaki kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.7'de verildi.

Tablo 4.7. Müdahale çalışmasında kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Kontrol grubu n=71	**Müdahale grubu n=68**	**p**
Yaş ortalaması (SD)	23.7 (1.1)	24.0 (1.2)	0.098*
Cinsiyet n (%)			
Kadın	34 (47.9)	31 (45.6)	0.786**
Erkek	37 (52.1)	37 (54.4)	
Aile gelir durumu n (%)			
İyi	21 (29.6)	16 (23.5)	0.420**
Orta	50 (70.4)	52 (76.5)	

*t testi **Kikare testi

Kontrol grubundaki öğrencilerin 37'si (%52.1), müdahale grubundaki öğrencilerin 40'ı (%58.8) ZY hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını; kontrol grubundakilerin 55'i (%77.5), müdahale grubundakilerin 49'u (%72.1) yaşamları boyunca ZY'i olan bireylerle nadiren iletişimde olduğunu bildirdi. Kontrol grubu öğrencilerinin 22'sinin (%31.0), müdahale grubundakilerin 30'unun (%44.1) akrabalarında ZY'i olan birey bulunuyordu. Müdahale çalışmasının ilk aşamasında kontrol ve müdahale çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin ZY'e yönelik tutumla ilişkili olabilecek faktörlere göre karşılaştırılması Tablo 4.8'de verildi.

Tablo 4.8. Müdahale çalışmasının ilk aşamasında kontrol ve müdahale çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin ZY'e yönelik tutumla ilişkili olabilecek faktörlere göre karşılaştırılması

	Kontrol n=71	**Müdahale n=68**	**p**
ZY hakkında ne kadar bilgi sahibi n (%)			
Yeterli değil	37 (52.1)	40 (58.8)	0.426*
Yeterli	34 (47.9)	28 (41.2)	
ZY'i olduğu bilinen kişi sayısı Ortanca (%25-%75)[a]	2.0 (1.0 -3.0)	2.0 (1.0-4.0)	0.492**
ZY'i olduğu bilinen bireyle son görüşme sonrası geçen zaman (ay) Ortanca (%25-%75)[a]	12.0 (2.3-45.0)	12.0 (2.0-15.0)	0.157**
ZY'i olduğu bilinen bireyle iletişim sıklığı n (%)			
Nadiren	55 (77.5)	49 (72.1)	0.463*
En az ayda 1 kez	16 (22.5)	19 (27.9)	
Bilinen ZY'i olan aile bireyi varlığı n (%)			
Evet	5 (7.0)	1 (1.5)	0.209***
Hayır	66 (93.0)	67 (98.5)	
Bilinen ZY'i olan akraba varlığı n (%)			
Evet	22 (31.0)	30 (44.1)	0.110*
Hayır	49 (69.0)	38 (55.9)	
Bilinen ZY'i olan komşu varlığı n (%)			
Evet	32 (45.1)	31 (45.6)	0.951*
Hayır	39 (54.9)	37 (54.4)	
Bilinen ZY'i olan bireyle gönüllü çalışma durumu n (%)			
Evet	5 (7.0)	4 (5.9)	0.999***
Hayır	66 (93.0)	64 (94.1)	
ZY'i olan bireylerle algılanan ilişki düzeyi n (%)			
İyi	40 (56.3)	36 (52.9)	0.787*
Nötr	30 (42.3)	30 (44.1)	
Kötü	1 (1.4)	2 (2.9)	

[a]: Birinci ve üçüncü çeyreklik değeri
*Kikare testi **Mann Whitney U testi ***Fisher's Exact Test

Çalışmanın ilk aşamasında müdahale ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler ile ZY'e yönelik tutumla ilişkili olabilecek faktörler açısından fark bulunmamaktaydı.

İlk Aşama Olumlu Tutum Sıklığı

Çalışmada ZYYTA-KF sorularının olumlu/olumsuz anlamlarına göre "kesinlikle katılıyorum" ve katılıyorum yanıtlarından olumlu tutum sıklıkları hesaplandı. ZYYTA-KF'deki her bir soruya verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde beş alt alandaki maddelerin sadece ikisinde müdahale grubunun olumlu tutum sıklığının daha az olduğu bulundu. Öğrencilerin ZYYTA-KF'ye göre olumlu tutum sıklıkları Tablo 4.9'da verildi.

Tablo 4.9. İlk aşamada kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF'ye göre olumlu tutum sıklıklarının karşılaştırılması

Alt Alanlar	**Kontrol**	**Müdahale**	**p***
	Olumlu tutum n (%)	**Olumlu tutum n (%)**	
Tedirginlik			
Güvensiz hissederim. (Murat)	62 (87.3)	59 (86.8)	0.922
Güvensiz hissederim. (Mert)	57 (80.3)	50 (73.5)	0.345
Kaygı yaşarım. (Murat)	60 (84.5)	44 (64.7)	**0.007**
Kaygı yaşarım. (Mert)	48 (67.6)	41 (60.3)	0.369
Korku hissederim. (Murat)	68 (95.8)	61 (89.7)	0.201**
Korku hissederim. (Mert)	63 (88.7)	54 (79.4)	0.132
İhtiyatlı olurum. (Murat)	24 (33.8)	29 (42.6)	0.283
İhtiyatlı olurum. (Mert)	20 (28.2)	29 (42.6)	0.074
Yeterlik ve Haklar Bilgi Düzeyi			
Çocuk sahibi olma hakkı olmalıdır.	27 (38.0)	26 (38.2)	0.980
Evlenme hakkı olmalıdır.	43 (60.6)	47 (69.1)	0.291
Oy kullanma hakkı olmalıdır.	22 (31.0)	21 (30.9)	0.989
Cinsel ilişki hakkı olmalıdır.	61 (85.9)	55 (80.9)	0.425
Parayı kullanabilir.	32 (45.1)	30 (44.1)	0.910
Karar alabilir.	41 (57.7)	41 (60.3)	0.760
Sohbete katılabilir.	62 (87.3)	57 (83.8)	0.557
Bir işi yürütebilir	41 (57.7)	40 (58.8)	0.898
Etkileşim			
Murat'ın işinizde sizin denetiminizde çalışmasını kabul eder misiniz?	53 (74.6)	49 (72.1)	0.730
Mert'in işinizde sizin denetiminizde çalışmasını kabul eder misiniz?	34 (47.9)	37 (54.4)	0.442
Murat'ı kızınızın ya da oğlunuzun arkadaşı olarak kabul eder misiniz?	64 (90.1)	61 (89.7)	0.932
Mert'i kızınızın ya da oğlunuzun arkadaşı olarak kabul eder misiniz?	57 (80.3)	52 (76.5)	0.585

Tablo 4.9. "Devam" İlk aşamada kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF'ye göre olumlu tutum sıklıklarının karşılaştırılması

Bir elektronik mağazasında Murat'ın size danışmanlık yapmasını kabul eder misiniz?	49 (69.0)	55 (80.9)	0.107
Bir giyim mağazasında Murat'ın size hizmet etmesini kabul eder misiniz?	68 (95.8)	63 (92.6)	0.487**
Onunla konuşurken rahat hissederim (Mert)	43 (60.6)	37 (54.4)	0.463
Duyarlılık ve Şefkat			
Duygulanmış, etkilenmiş hissederim. (Murat)	16 (22.5)	21 (30.9)	0.266
Duygulanmış, etkilenmiş hissederim. (Mert)	11 (15.5)	15 (22.1)	0.321
Üzüntü hissederim. (Murat)	25 (35.2)	25 (36.8)	0.849
Üzüntü hissederim. (Mert)	17 (23.9)	15 (22.1)	0.792
Acıma hissederim. (Murat)	42 (59.2)	39 (57.4)	0.829
Acıma hissederim. (Mert)	31 (43.7)	29 (42.6)	0.904
Zihinsel Yetersizlik Nedenleri Bilgi Düzeyi			
Hamilelikte anne tarafından ilaç veya alkol tüketimi	71 (100.0)	65 (95.6)	0.114**
Çevredeki kimyasallar	55 (77.5)	53 (77.9)	0.946
Annede malnutrisyon	62 (87.3)	51 (75.0)	0.063
Çocukta ciddi kafa travması	64 (90.1)	52 (76.5)	**0.030**
Doğum sırasındaki sorunlar	68 (95.8)	63 (92.6)	0.429
Çocukluk dönemi sürecinde uyaran eksikliği	58 (81.7)	52 (76.5)	0.449

* Kikare Testi **Fisher's Exact Test

İlk Aşama Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumlar

Müdahale çalışmasının birinci aşamasında kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF alt alan puan ortancaları arasında fark bulunmadı. Çalışmanın ilk aşamasında kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF alt alan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da verildi.

Tablo 4.10. Çalışmanın ilk aşamasında kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF alt alan puanlarının karşılaştırılması

ZYYTA-KF alt alanları	Kontrol		Müdahale		p**
	Ortanca (%25-%75)*	Ortalama (SD)	Ortanca (%25-%75)*	Ortalama (SD)	
Tedirginlik	17.0 (12.0-20.0)	16.7 (5.9)	17.0 (13.3-25.8)	17.6 (6.0)	0.364
Yeterlik ve Haklar Bilgi Düzeyi	20.0 (17.0-24.0)	20.5 (5.4)	20.0 (17.0-23.0)	20.3 (5.3)	0.854
Etkileşim	14.0 (11.0-18.0)	15.1 (5.3)	14.0 (12.0.-17.0)	14.7 (3.9)	0.934
Duyarlılık ve Şefkat	21.0 (13.0-24.0)	19.1 (6.5)	20.0 (15.3-24.0)	18.7 (5.9)	0.554
Zihinsel Yetersizlik Nedenleri Bilgi Düzeyi	11.0 (8.0-12.0)	10.6 (2.7)	12.0 (9.0-13.0)	11.6 (3.7)	0.161

*Birinci ve üçüncü çeyreklik değer **Mann Whitney U testi

İlk Aşama Sağlık Sorunları Bilgi Düzeyi

Müdahale çalışmasının birinci aşamasında kontrol ve müdahale grubu öğrencileri arasında ZY'i olan bireylerde sık görülen sağlık sorunlarını bilme açısından fark bulunmamaktaydı. Kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZY'i olan bireylerde sık görülen sağlık sorunlarını bilme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.11'de verildi.

Tablo 4.11. Kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZY'i olan bireylerde sık görülen sağlık sorunlarını bilme durumlarının karşılaştırılması

Sağlık Sorunları	Kontrol	Müdahale	p*
	Doğru yanıt n (%)	Doğru yanıt n (%)	
Fazla kilolu olma	27 (38.0)	27 (39.7)	0.839
Düşük kilolu olma	15 (21.1)	19 (27.9)	0.350
Problem davranışları	62 (87.3)	56 (82.4)	0.413
Epilepsi	32 (45.1)	37 (54.4)	0.271
Tanı konmamış kronik sağlık sorunları	54 (76.1)	47 (69.1)	0.359
Hareketlilik problemleri	63 (88.7)	56 (82.4)	0.284
Diş problemleri	48 (67.6)	51 (75.0)	0.336
İşitme bozukluğu	42 (59.2)	35 (51.5)	0.362
Konjenital kalp hastalığı	36 (50.7)	34 (50.0)	0.934
Görme bozukluğu	33 (46.5)	36 (52.9)	0.446
Konstipasyon	17 (23.9)	22 (32.4)	0.270
İlaçların yan etkileri	20 (28.2)	22 (32.4)	0.591
Kas-iskelet deformiteleri	49 (69.0)	53 (77.9)	0.234
Yutma problemleri	38 (53.5)	39 (57.4)	0.650
Depresyon	50 (70.4)	42 (61.8)	0.281
Şizofreni	14 (19.7)	10 (14.7)	0.434
Otizm	48 (67.6)	35 (51.5)	0.053
Demans	25 (35.2)	27 (39.7)	0.584
Diğer ruh sağlığı problemleri	59 (83.1)	50 (73.5)	0.170
Hipotiroidi	17 (23.9)	17 (25.0)	0.885
Buşon	30 (42.3)	34 (50.0)	0.360
Osteoporoz	19 (26.8)	26 (38.2)	0.148
Katarakt	12 (16.9)	17 (25.0)	0.240

*Kikare testi

İlk Aşama Özyeterlilik Düzeyi

Müdahale çalışmasının birinci aşamasında kontrol ve müdahale grubu öğrencileri arasında ZY'i olan bireylerle çalışırken algılanan özyeterlilik düzeyleri açısından fark bulunmamaktaydı. Kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZY'i olan bireylerle çalışırken algılanan özyeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.12'de verildi.

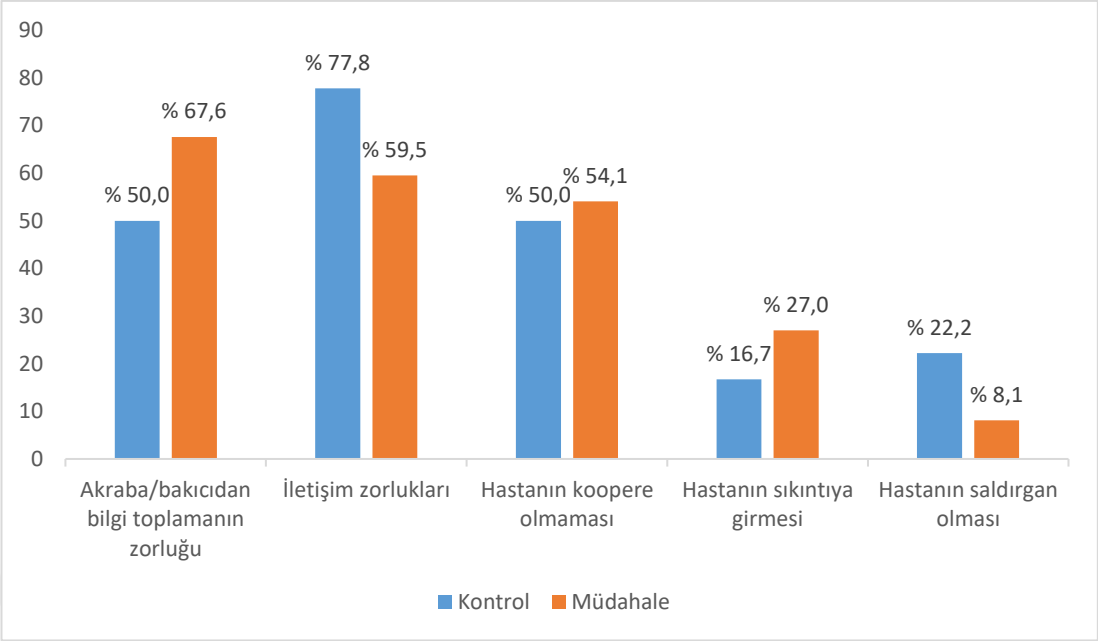
Tablo 4.12. Kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin ZY'i olan bireylerle çalışırken algılanan özyeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması

Özyeterlilik soruları	Kontrol		Müdahale		p**
	Ortanca (%25-%75)*	Ortalama (SD)	Ortanca (%25-%75)*	Ortalama (SD)	
ZY'i olan bireylerle çalışırken yaşadığı zorluk düzeyi	3.0 (2.0-3.8)	3.0 (0.9)	3.0 (2.0-4.0)	3.1 (0.9)	0.288
ZY'i olan bireylerle çalışırken kendine güvenme düzeyi	4.0 (3.0-4.0)	3.6 (1.0)	4.0 (3.0-4.0)	3.5 (0.9)	0.404
ZY'i olan bireylerle çalışırken becerilerinden memnuniyet düzeyi	3.0 (3.0-4.0)	3.4 (1.1)	3.0 (3.0-4.0)	3.2 (1.0)	0.292
Toplam Puan	10.0 (8.0-12.0)	10.0 (2.5)	10.0 (8.0-11.0)	9.9 (2.3)	0.651

*Birinci ve üçüncü çeyreklik değer **Mann Whitney U testi

İlk Aşama Zihinsel Yetersizliği Olan Hastayı Muayene Ederken Yaşan Zorluklar

İlk aşamada öğrencilerin ZY'i olan hastayı muayene ederken yaşanan zorluklar sorgulandığında kontrol grubundaki öğrencilerin % 77.8'i müdahale grubundakilerin % 59.5'i iletişim zorlukları yaşadığını bildirdi. Kontrol ve müdahale grubu öğrencileri arasında ZY'i olan hastayı muayene ederken yaşanan zorluklar açısından fark bulunmamaktaydı (her biri için $p>0.05$). Kontrol ve müdahale grubundaki öğrencilerin ZY'i olan hastayı muayene ederken karşılaştıkları zorluk durumlarının sıklıklarının dağılımı Şekil 4.1'de verildi.



Şekil 4.1. İlk aşama kontrol ve müdahale grubundaki öğrencilerin ZY'i olan hastayı muayene ederken karşılaştıkları zorluk durumlarının sıklıklarının dağılımı

4.2.2. İkinci Aşama ve Üçüncü Aşama

İkinci ve Üçüncü Aşama Zihinsel Yetersizliğe Yönelik Tutumlar

Kontrol grubu öğrencilerinde eğitim programı sonrasında, ZYYTA-KF'ye göre tedirginlik ve etkileşim alt alanları puan ortancalarında fark olmadığı bulunurken, yeterlik ve haklar bilgi düzeyi, duyarlılık ve şefkat, zihinsel yetersizlik nedenleri bilgi düzeyi alt alan puan ortancalarında azalma olduğu bulundu. Takip sonrasında ise müdahale öncesine göre sadece duyarlılık ve şefkat alt alanı puan ortancasında azalma olduğu bulundu. Kontrol grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF alt alan puanlarının müdahale öncesi, müdahale sonrası ve takip sonrası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.13'de verildi.

Tablo 4.13. Kontrol grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF alt alan puanlarının müdahale öncesi, müdahale sonrası ve takip sonrası değerlerinin karşılaştırılması

Kontrol grubu ZYYTA-KF alt alan puanları	**Müdahale öncesi (MÖ) n=71**	**Müdahale sonrası (MS) n=71**	**Takip sonrası (TS) n=71**	**p***
Tedirginlik				
Ortanca (%25-%75)*	17.0 (12.0-20.0)	16.0 (12.0-20.0)	16.0 (12.0-23.0)	MÖ-MS= 0.766 MÖ-TS= 0.387
Ortalama (SD)	16.7 (5.9)	16.6 (6.0)	17.3 (6.7)	
Yeterlik ve Haklar Bilgi Düzeyi				
Ortanca (%25-%75)*	20.0 (17.0-24.0)	18.0 (16.0-23.0)	20.0 (17.0-23.0)	**MÖ-MS= 0.007** MÖ-TS= 0.602
Ortalama (SD)	20.5 (5.4)	19.3 (5.3)	20.3 (4.9)	
Etkileşim				
Ortanca (%25-%75)*	14.0 (11.0-18.0)	15.0 (12.0-17.0)	15.0 (13.0-19.0)	MÖ-MS= 0.579 MÖ-TS= 0.095
Ortalama (SD)	15.1 (5.3)	15.2 (4.9)	16.0 (5.3)	
Duyarlılık ve Şefkat				
Ortanca (%25-%75)*	21.0 (13.0-24.0)	20.0 (12.0-24.0)	18.0 (12.0-23.0)	**MÖ-MS= 0.008 MÖ-TS= 0.002**
Ortalama (SD)	19.1 (6.5)	18.0 (6.4)	17.3 (6.2)	
Zihinsel Yetersizlik Nedenleri Bilgi Düzeyi				
Ortanca (%25-%75)*	11.0 (8.0-12.0)	11.0 (7.0-12.0)	11.0 (7.0-12.0)	**MÖ-MS=0.039** MÖ-TS=0.603
Ortalama (SD)	10.6 (2.7)	10.0 (2.9)	10.6 (3.9)	

*Birinci ve üçüncü çeyreklik değer **Wilcoxon testi

Müdahale grubu öğrencilerinde eğitim programı sonrasında, ZYYTA-KF'nin tüm alt alanları puan ortancalarında azalma olduğu bulundu. Takip sonrasında da müdahale öncesine göre etkileşim alt alanı dışında tüm alt alan puan ortancalarında azalma mevcuttu. Müdahale grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF alt alan puanlarının müdahale öncesi, müdahale sonrası ve takip sonrası karşılaştırılması Tablo 4.14'de verildi.

Tablo 4.14. Müdahale grubu öğrencilerinin ZYYTA-KF alt alan puanlarının müdahale öncesi, müdahale sonrası ve takip sonrası karşılaştırılması

Müdahale grubu ZYYTA-KF alt alan puanları	**Müdahale öncesi (MÖ) n=68**	**Müdahale sonrası (MS) n=68**	**Takip sonrası (TS) n=33**	**p****
Tedirginlik				
Ortanca (%25-%75)*	17.0 (13.3-21.8)	16.0 (10.0-19.0)	16.0 (12.0-23.0)	**MÖ-MS=0.005**
Ortalama (SD)	17.6 (6.0)	15.7 (6.3)	17.3 (6.9)	**MÖ-TS= 0.047**
Yeterlik ve Haklar Bilgi Düzeyi				
Ortanca (%25-%75)*	20.0 (17.0-23.0)	18.0 (15.0-22.8)	18.0 (16.0-21.0)	**MÖ-MS= 0.002**
Ortalama (SD)	20.3 (5.3)	18.5 (5.6)	18.9 (5.2)	**MÖ-TS=<0.001**
Etkileşim				
Ortanca (%25-%75)*	14.0 (12.0-17.0)	14.0 (10.3-15.0)	14.0 (11.5-16.0)	**MÖ-MS= 0.001**
Ortalama (SD)	14.7 (3.9)	13.4 (4.2)	14.2 (5.2)	MÖ-TS= 0.079
Duyarlılık ve Şefkat				
Ortanca (%25-%75)*	20.0 (15.3-24.0)	18.0 (12.0-22.0)	15.0 (12.0-21.5)	**MÖ-MS= <0.001**
Ortalama (SD)	18.7 (5.9)	16.7 (6.1)	15.7 (5.6)	**MÖ-TS=0.004**
Zihinsel Yetersizlik Nedenleri Bilgi Düzeyi				
Ortanca (%25-%75)*	12.0 (9.0-13.0)	10.5 (6.0-12.0)	8.0 (6.0-12.0)	**MÖ-MS= <0.001**
Ortalama (SD)	11.6 (3.7)	9.4 (3.1)	9.2 (3.9)	**MÖ-TS=0.001**

*Birinci ve üçüncü çeyreklik değer **Wilcoxon testi

Eğitim programı sonrası öğrencilerin müdahale öncesine göre ZYYTA-KF puanları alt alan puanları değişim farkına bakıldığında müdahale grubu öğrencilerinde tedirginlik, etkileşim ve zihinsel yetersizlik nedenleri bilgi düzeyi alt alanları değişim farkı kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Kontrol ve müdahale grubundaki öğrencilerin müdahale öncesi ve sonrası değişimlerinin karşılaştırılması Tablo 4.15'de verildi.

Tablo 4.15. Kontrol ve müdahale grubunda öğrencilerin müdahale öncesi ve sonrası değişimlerinin karşılaştırılması

ZYYTA-KF alt alanları	Müdahale öncesi ve sonrası değişim				p**
	Kontrol		Müdahale		
	Ortanca (%25-%75)*	Ortalama (SD)	Ortanca (%25-%75)*	Ortalama (SD)	
Tedirginlik	0.0 (-2.0–2.0)	-0.1 (3.15)	-1.5 (-5.0–1.0)	-2.0 (5.26)	**0.017**
Yeterlik ve Haklar Bilgi Düzeyi	-1.0 (-3.0-1.0)	-1.1 (3.6)	-2.0 (-4.0-0.8)	-1.8 (4.5)	0.115
Etkileşim	0.0 (-1.0-1.0)	0.1 (2.6)	-1.0 (-3.0-0.0)	-1.2 (3.2)	**0.001**
Duyarlılık ve Şefkat	0.0 (-3.0-1.0)	-1.1 (3.2)	-2.0 (-4.0-1.0)	-1.9 (4.0)	0.311
Zihinsel Yetersizlik Nedenleri Bilgi Düzeyi	0.0 (-1.0-0.0)	-0.6 (1.9)	-1.0 (-4.0-0.0)	-2.2 (3.6)	**0.002**

*Birinci ve üçüncü çeyreklik değer **Mann Whitney U testi

İkinci müdahale grubunda çalışmanın ilk iki aşamasının tamamlanmasından sonraki hafta Türkiye'de Covid 19 pandemisi başladığından üniversitedeki eğitimlere ara verildi. Bu nedenle ikinci müdahale grubunun takip sonrasında üçüncü aşama anketleri değerlendirilemediğinden takip sonrası değerlendirmeler 33 kişide yapıldı. Takip sonrası öğrencilerin müdahale öncesine göre ZYYTA-KF puanları alt alan puanları değişim farkına bakıldığında müdahale grubu öğrencilerinde duyarlılık ve şefkat alt alanı dışında tüm alt alanlarda değişim ortancası kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Kontrol ve müdahale grubunda öğrencilerin müdahale öncesi ve takip sonrası değişimlerinin karşılaştırılması Tablo 4.16'da verildi.

Tablo 4.16. Kontrol ve müdahale grubunda öğrencilerin müdahale öncesi ve takip sonrası değişimlerinin karşılaştırılması

ZYYTA-KF alt alanları	Müdahale öncesi ve takip sonrası değişim				p**
	Kontrol n=71		Müdahale n=33		
	Ortanca (%25-%75)*	Ortalama (SD)	Ortanca (%25-%75)*	Ortalama (SD)	
Tedirginlik	0.0 (-2.0-4.0)	0.6 (5.8)	-1.0 (-7.0-1.0)	-2.2 (6.1)	**0.023**
Yeterlik ve Haklar Bilgi Düzeyi	0.0 (-3.0-2.0)	-0.2 (4.7)	-2.0 (-6.5-0.0)	-3.5 (5.23)	**0.004**
Etkileşim	1.0 (-2.0-3.0)	0.9 (4.1)	1.0 (-4.5-2.0)	-1.0 (5.3)	**0.024**
Duyarlılık ve Şefkat	-1.0 (-4.0-0.0)	-1.8 (4.4)	-1.0 (-7.0-0.5)	-3.2 (5.4)	0.380
Zihinsel Yetersizlik Nedenleri Bilgi Düzeyi	0.0 (-2.0-2.0)	-0.01 (3.8)	-2.0 (-5.0-0.0)	-2.12 (4.1)	**0.001**

*Birinci ve üçüncü çeyreklik değer **Mann Whitney U testi

Müdahale grubunda ZYYTA-KF'den hafif ZY'i olan örnek olguya (Murat) verilen yanıtlardan 'kaygı yaşarım', 'üzüntü hissederim', 'acıma hissederim' ve 'Murat'ın işinizde sizin denetiminizde çalışmasını kabul eder misiniz?' soruları puan ortancalarının müdahale sonrasında azaldığı bulundu. Müdahale grubunda hafif ZY'i olan örnek olguya verilen cevapların müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması Tablo 4.17'de verildi.

Tablo 4.17. Müdahale grubunda Hafif ZY'i olan örnek olguya verilen cevapların müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	Müdahale öncesi		**Müdahale sonrası**		**p****
	Ortanca (%25-%75)*	**Ortalama (SD)**	**Ortanca (%25-%75)***	**Ortalama (SD)**	
Güvensiz hissederim. (Murat)	2.0 (1.0-2.0)	1.8 (0.9)	1.0 (1.0-2.0)	1.6 (0.8)	0.087
Kaygı yaşarım (Murat)	2.0 (1.0-3.0)	2.2 (1.1)	2.0 (1.0-2.0)	1.8 (0.9)	**0.003**
Korku hissederim. (Murat)	1.0 (1.0-2.0)	1.6 (0.8)	1.0 (1.0-2.0)	1.5 (0.8)	0.591
İhtiyatlı olurum. (Murat)	3.0 (2.0-4.0)	2.9 (1.3)	2.0 (1.0-4.0)	2.6 (1.4)	0.058
Duygulanmış, etkilenmiş hissederim. (Murat)	4.0 (2.0-4.0)	3.3 (1.3)	4.0 (2.0-4.0)	3.3 (1.4)	0.845
Üzüntü hissederim. (Murat)	4.0 (1.25-4.0)	3.1 (1.4)	2.5 (1.0-4.0)	2.7 (1.4)	**0.007**
Acıma hissederim. (Murat)	2.0 (1.0-4.0)	2.4 (1.2)	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.2)	**0.006**
Murat'ın işinizde sizin denetiminizde çalışmasını kabul eder misiniz?	2.0 (1.0-3.0)	2.8 (0.8)	2.0 (1.0-2.0)	1.8 (0.8)	**0.019**
Murat'ı kızınızın ya da oğlunuzun arkadaşı olarak kabul eder misiniz?	2.0 (1.0-2.0)	1.8 (0.7)	2.0 (1.0-2.0)	1.7 (0.7)	0.275

*Birinci ve üçüncü çeyreklik değer **Wilcoxon testi

Müdahale grubunda ZYYTA-KF'den ağır ZY'i olan örnek olguya (Mert) verilen yanıtlardan 'kaygı yaşarım', 'korku hissederim', 'üzüntü hissederim' ve 'acıma hissederim' maddeleri puan ortancalarının müdahale sonrasında azaldığı bulundu.

Müdahale grubunda ağır ZY'i olan örnek olguya verilen cevapların müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması Tablo 4.18'de verildi.

Tablo 4.18. Müdahale grubunda ağır ZY'i olan örnek olguya verilen cevapların müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	Müdahale öncesi		**Müdahale sonrası**		**p****
	Ortanca (%25-%75)*	**Ortalama (SD)**	**Ortanca (%25-%75)***	**Ortalama (SD)**	
Güvensiz hissederim. (Mert)	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0)	2.0 (1.0-2.0)	1.8 (1.0)	0.098
Kaygı yaşarım. (Mert)	2.0 (1.0-3.8)	2.4 (1.2)	2.0 (1.0-2.0)	2.0 (1.1)	**0.014**
Korku hissederim. (Mert)	2.0 (1.0-2.0)	1.9 (0.9)	1.0 (1.0-2.0)	1.6 (0.8)	**0.008**
İhtiyatlı olurum. (Mert)	3.0 (2.0-4.0)	2.9 (1.3)	3.0 (1.0-4.0)	2.9 (1.4)	0.760
Duygulanmış, etkilenmiş hissederim. (Mert)	4.0 (3.0-4.0)	3.6 (1.2)	4.0 (3.0-4.0)	3.5 (1.2)	0.575
Üzüntü hissederim. (Mert)	4.0 (3.0-4.0)	3.5 (1.3)	4.0 (1.3-4.0)	2.9 (1.4)	**0.001**
Acıma hissederim. (Mert)	3.0 (1.0-4.0)	2.8 (1.4)	2.0 (1.0-4.0)	2.3 (1.3)	**0.001**
Mert'in işinizde sizin denetiminizde çalışmasını kabul eder misiniz?	2.0 (2.0-3.0)	2.5 (1.0)	2.0 (2.0-3.0)	2.3 (1.0)	0.140
Mert'i kızınızın ya da oğlunuzun arkadaşı olarak kabul eder misiniz?	2.0 (2.0-2.0)	2.1 (0.8)	2.0 (1.0-2.0)	2.0 (0.9)	0.235

*Birinci ve üçüncü çeyreklik değer **Wilcoxon testi

İkinci Aşama Sağlık Sorunları Bilgi Düzeyi

Eğitim programı sonrasında, sağlık sorunları bilgi düzeyi toplam puan ortancasında kontrol grubu öğrencilerinde fark bulunmazken, müdahale grubu öğrencilerinde artış olduğu bulundu. Kontrol ve müdahale gruplarında müdahale öncesi ve sonrası sağlık sorunları bilgi düzeyi toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.19'da verildi.

Tablo 4.19. Kontrol ve müdahale gruplarında müdahale öncesi ve sonrası sağlık sorunları bilgi düzeyi toplam puanlarının karşılaştırılması

Sağlık sorunları bilgi düzeyi toplam puanı	**Kontrol grubu**		**p****	**Müdahale grubu**		**p****
	Müdahale öncesi n=71	**Müdahale sonrası n=71**		**Müdahale öncesi n=68**	**Müdahale sonrası n=68**	
Ortalama (SD)	27.8 (8.4)	27.4 (10.5)	0.899	29.2 (8.4)	38.7 (8.1)	**<0.001**
Ortanca (%25-%75)*	30.0 (22.0-34.0)	28.0 (22.0-35.0)		29.0 (25.0-35.0)	41.5 (34.0-46.0)	

*Birinci ve üçüncü çeyreklik değer **Wilcoxon testi

İkinci Aşama Özyeterlilik Düzeyi

Eğitim programı sonrasında kontrol grubunda, ZY'i olan bireylerle çalışırken yaşadığı zorluk düzeyi puan ortancasının arttığı bulunurken kendine güvenme ve memnuniyet düzeyi ve toplam özyeterlilik puan ortancalarında anlamlı bir fark bulunmadı. Müdahale grubunda ZY'i olan bireylerle çalışırken yaşadığı zorluk düzeyi dışındaki maddelerde ve toplam özyeterlilik puan ortancasında artış olduğu bulundu. Kontrol ve müdahale gruplarında müdahale öncesi ve sonrası özyeterlilik puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.20'de verildi.

Tablo 4.20. Kontrol ve müdahale gruplarında müdahale öncesi ve sonrası özyeterlilik puanlarının karşılaştırılması

Özyeterlilik soruları	Kontrol grubu n=64		p**	Müdahale grubu n=65		p**
	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası		Müdahale öncesi	Müdahale sonrası	
ZY'i olan bireylerle çalışırken yaşanan zorluk düzeyi						
Ortalama (SD)	3.0 (0.89)	3.2 (0.9)	**0.018**	3.1 (0.9)	3.3 (0.9)	0.291
Ortanca (%25-%75)*	3.0 (2.0-3.8)	3.0 (3.0-4.0)		3.0 (2.0-4.0)	3.0 (3.0-4.0)	
ZY'i olan bireylerle çalışırken kendine güvenme düzeyi						
Ortalama (SD)	3.6 (1.0)	3.6 (0.9)	1.000	3.5 (0.9)	3.9 (0.9)	**0.006**
Ortanca (%25-%75)*	4.0 (3.0-4.0)	4.0 (3.0-4.0)		4.0 (3.0-4.0)	4.0 (3.0-4.5)	
ZY'i olan bireylerle çalışırken kendi becerilerinden memnuniyet düzeyi						
Ortalama (SD)	3.4 (1.6)	3.5 (1.0)	0.371	3.2 (1.0)	3.6 (0.8)	**0.003**
Ortanca (%25-%75)*	3.0 (3.0-4.0)	4.0 (3.0-4.0)		3.0 (3.0-4.0)	4.0 (3.0-4.0)	
Toplam						
Ortalama (SD)	10.0 (2.54)	10.2 (2.38)	0.137	9.9 (2.25)	10.8 (2.02)	**0.001**
Ortanca (%25-%75)*	10.0 (8.0-12.0)	10.0 (9.1)		10.0 (8.0-11.0)	11.0 (9.0-12.0)	

*Birinci ve üçüncü çeyreklik değer **Wilcoxon testi

Eğitim Programının Değerlendirilmesi

Müdahale grubu öğrencilerinin müdahale sonrası eğitim programına dair değerlendirmelerinin dağılımına bakıldığında öğrencilerin 46'sı (%67.6) 'Program klinik uygulamalarımda değişiklikler yapmam gerektiğini düşündürdü.' önermesine, 42'si (%61.8) 'Programla ZY'i olan bireylerin hekimlik ihtiyaçlarını daha iyi karşılayacağımı düşünüyorum.' önermesine kesinlikle katıldığını bildirdi. Müdahale grubu öğrencilerinde müdahale sonrası eğitim programına dair değerlendirmelerinin dağılımı Tablo 4.21'de verildi.

Tablo 4.21. Müdahale grubu öğrencilerinin müdahale sonrası eğitim programına dair değerlendirmelerinin dağılımı

	Kesinlikle Katılıyorum n (%)	**Katılıyorum n (%)**	**Bilmiyorum n (%)**	**Katılmıyorum n (%)**	**Kesinlikle Katılmıyorum n (%)**
Program ZY'İ olan bireylerin sağlık ihtiyaçları hakkındaki bilgi düzeyimi arttırdı.	51 (75.0)	14 (20.6)	2 (2.9)	1 (1.5)	0 (0.0)
Program klinik uygulamalarımda değişiklikler yapmam gerektiğini düşündürdü.	46 (67.7)	19 (27.9)	2 (2.9)	1 (1.5)	0 (0.0)
Program anlaşılırdı.	40 (58.8)	24 (35.3)	3 (4.4)	1 (1.5)	0 (0.0)
Program çok uzundu.	8 (11.8)	11 (16.2)	12 (17.6)	32 (47.0)	5 (7.4)
Programla ZY'i olan bireylerin hekimlik ihtiyaçlarını daha iyi karşılayacağımı düşünüyorum.	42 (61.8)	22 (32.4)	2 (2.9)	2 (2.9)	0 (0.0)
Programla ZY'e sahip bireylerle olan çalışmalarımı desteklemek için daha fazla bilgiye nereden erişeceğimi biliyorum.	26 (38.2)	32 (47.1)	6 (8.8)	3 (4.4)	1 (1.5)

5. TARTIŞMA

Çalışmada tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde ZY'i olan bireylere yönelik tutumların iyileştirilmesi amacıyla bir eğitim programı geliştirildi. Eğitim programının etkinliğini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı bulunmadığından çalışmada öncelikle, kullanılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirildi.

5.1. Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

Engellilerin topluma dahil olması, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin ana prensiplerinden biridir (79). Ayrıca Türkiye'de yürürlükte olan Engelliler Hakkında Kanun'da da engellilerin toplumsal hayata diğer bireylerle eşit koşullarda tam ve etkin katılımlarının sağlanması ve engelliliğe yönelik ayrımcılıkla mücadelenin önemi vurgulanmaktadır (131). Engelli gruplarından en dezavantajlısı olan ZY'i olan bireylerin topluma dahil olmasında ZY'e yönelik tutumlar önemli rol oynar (80-82). Dolayısıyla ZY'e yönelik tutumların değerlendirilmesi, ZY'i olan bireylerin topluma dahil olmasını etkileyen faktörlerin ve bu bireylere verilen hizmetlerin etkinliğinin belirlenmesi açısından önemlidir (85).

Literatürde ZY'e yönelik tutumları değerlendiren çeşitli ölçekler bulunmaktadır (120,122,132,133). Tutumların değerlendirilmesinde tutumun çok boyutlu yapısına uygun ölçeklerin kullanılmasının önemine değinilmektedir (119,134). Tutumu bileşenleriyle ele almak ZY'i olan bireylerin topluma dahil olmasının önündeki engelleri daha iyi anlamayı sağlamanın yanında tutumun belirli bileşenlerini değiştirmeyi hedefleyen müdahale çalışmalarında da kolaylık sağlar (115). Bununla birlikte literatürde bildiğimiz kadarıyla tutumu bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleriyle değerlendiren tek ölçek Morin ve arkadaşlarının geliştirdiği ATTID anketidir (115).

ATTID anketinde tutumun bilişsel bileşeni ZY nedenleri ile yeterlik ve haklar bilgi düzeyi faktörleriyle, duygusal bileşen tedirginlik ile duyarlılık ve şefkat faktörleriyle davranışsal bileşen ise etkileşim faktörüyle temsil edilmektedir. Bir bireyle ilgili tedirgin olmak veya korku hissetmek, üzüntü veya acıma hissetmekten farklı olduğundan duygusal bileşenin iki faktörde ölçülmesi aynı örneklemde bu bileşenin iki farklı yönünü açıkça tanımlamaya olanak tanımaktadır. Ayrıca ATTID anketindeki ZY düzeyi hafif ve ağır olan örnek olgularla ilgili sorular ZY'i olan bireyin

işlevsellik seviyesine göre tutumlardaki farkların tespit edilmesini de sağlamaktadır (115).

ATTID anketinin yanıtlarında, ZY'i olan bireylere yönelik tutumları ölçen diğer ölçeklerde bulunmayan nötr yanıt seçeneği bulunmaktadır. Morin ve arkadaşları bu seçenekle tutum nesnesine yönelik belirli tutumun olmadığı durumlarda katılımcıların kendilerini olumlu veya olumsuz bir tutum kutbuna yerleştirmesi gerektiği düşüncesiyle ortaya çıkabilecek biası önlemede önemli olduğunu öne sürmektedir (115).

ATTID anketi, 67 sorudan oluşan kapsamlı bir anket olmasına rağmen zaman ve kaynak kısıtlamalarının azaltılması, yanıt yükünün azaltılarak yanıt oranlarının arttırılması gibi nedenlerle anketin daha verimli olması için 2019 yılında Morin ve arkadaşları ATTID-SF anketini geliştirmişlerdir. Bu form 35 sorudan oluşmakta ve uzun formda mevcut olan faktörler bulunmaktadır (116).

Son yıllarda ZY'i olan bireylerin sağlık eşitsizliklerini azaltabilmek adına tıp alanyazınında da uluslararası literatürde giderek artan oranda tıp öğrencilerinde zihinsel yetersizliğe yönelik tutumların ölçülmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır (15,16,84,135). Bununla birlikte Türkiye'deki çalışmalar sadece eğitim bilimleri alanyazınında incelenmiş, tıp alanyazınında böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Türkiye'deki sınırlı sayıda çalışmada kullanılan ölçekler yeni bir ölçeğin geliştirilmesine yönelik olmuştur. Bunlardan biri "Zihinsel Engelli Bireylerin Sportif Etkinliklerine Yönelik Tutum Ölçeği"dir. Ölçek "Sportif Etkinliklere Yönelik Olumlu Tutum" ve "Sportif Etkinliklere İlişkin Olumsuz Tutum" olarak iki alt boyuttan oluşmakta olup üniversite öğrencilerinde ZY'i olan bireylerin sadece sportif etkinliklerine yönelik tutumları değerlendirmektedir (136). ZY'e yönelik tutumları değerlendiren diğer ölçek ise beden eğitimi ve spor öğretmen adaylarında uygulanarak geliştirilen "Zihinsel Engelli Çocuklara Tutum Ölçeği"dir. Ölçekte yararlar, duygular, destekler, kabul ve korkular alt alanları bulunmaktadır (137). Konuyla ilgili yeni bir ölçek ise çalışmamızın yürütüldüğü süreçte yayınlanan "Zihin Yetersizliği Olan Yetişkin Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği"dir. Ölçeğin serbest zaman, eğitim desteği, yaşam desteği, cinsellik, iş yaşamı boyutları bulunmaktadır (138). Mevcut ölçeklerde alt alanların tutumun bilişsel, duygusal, davranışsal bileşenlerinden oluştuğu geçerli ve güvenilir bir ölçek ise bulunmamaktadır.

Son yıllarda çok dilli eğitimsel ve psikolojik testlere büyük ihtiyaç olduğu bildirilmekte, kültürlerarası ve uluslararası karşılaştırmalara ve çok kültürlü çalışmaların yapılmasına olanak vermesi nedeniyle ölçek uyarlamaları daha çok tercih edilmeye başlamıştır (139-141). Çalışmada ülkemizde ZY'e yönelik tutumları değerlendiren farklı dilden uyarlanmış bir ölçek bulunmadığından ölçek uyarlamasının yapılmasına karar verilmiştir. Uluslararası literatürdeki ölçekler arasından güncel ve tutumu üç boyutlu yapısıyla inceleyen bir ölçek olduğundan ATTID-SF anketi seçilerek çalışmada bu ölçeğin Türkçeye uyarlaması ve geçerlilik güvenirlik analizleri yapılmıştır.

Orijinal dildeki bir ölçeği başka bir dile çevirirken her iki dilin de iyi bilinmesi önemlidir. Çevirilerde grup çeviri ve geri çeviri yöntemleri tercih edilmektedir. Grup çeviride iki veya daha fazla kişi, birlikte ya da ayrı ayrı çeviri yapar. Geri çeviri ise kültürel eşitliği elde etme açısından en sık tercih edilen bir yöntemdir (142). Çalışmada ZYYTA-KF iyi derecede İngilizce ve Türkçe bilen iki ayrı kişi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Sonrasında iyi derecede İngilizce ve Türkçe bilen başka bir kişi tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Tüm formlar değerlendirilerek ölçeğe son hali verilmiştir.

Dil eş değerliği sağlandıktan sonra, ZYTTA-KF kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmek üzere üç halk sağlığı uzmanı, iki ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, bir nöroloji uzmanı ve üç özel eğitim uzmanından oluşan akademisyenlerin görüşüne sunuldu. Anketin tüm alt alanlarında KGİ'nin 0.67'den büyük olması istenmektedir (117). Anketin alt alanlarında hesaplanan KGİ'lerinin hepsi 0.67'den büyük olduğu için kapsam geçerliliğinin yeterli olduğu kabul edildi.

Çalışmada ZYYTA-KF'nin yapı geçerliliğinin belirlenmesinde AFA kullanıldı. AFA'nın yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün yeterli olması ve maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizine uygun olması gerekir. Örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesinde KMO değeri kullanılır. KMO değerinin en az 0.60 olması gerekmektedir (117). Korelasyon matrisinin faktör analizine uygunluğunda ise Bartlett's küresellik testi uygulanır ve bu testin p değerinin <0.05 olması istenir (117). Çalışmada ZYYTA-KF'nin KMO değerine göre örneklemin iyi olduğu, Barlett's küresellik testi sonucuna göre ankette

yer alan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi için uygun olduğu bulunmuştur.

Çalışmada AFA sonucunda ZYYTA-KF'nin özgün çalışmasındakine benzer şekilde beş alt alan belirlendi. Alt alanlar toplam varyansın sırasıyla %14.21, %10.66, %10.10, %8.98, %8.54'ini açıklamaktaydı. Beş alt alan toplam varyansın %52.48'ini açıklamaktaydı. Genellikle ölçüm araçlarının varyansın %50-%70'ini açıklaması istenmekte olup, sosyal bilimlerde bu değerin %40-%60 olması "yeterli" olarak kabul edilmektedir (117). Morin ve arkadaşlarının ZYYTA-KF'nin uzun formunu geliştirdikleri çalışmada alt alanların toplam varyansın sırasıyla %11.02, %10.66, %9.67, %4.35, %3.66'sını, beş alt alanın toplam varyansın %39.36'sını açıkladığı bildirilmektedir (115). ZYYTA-KF'nin özgün çalışmasında ise alt alanların toplam varyansın sırasıyla %13.1, % 11.2, %9.1, %7.6, %6.6'sını, beş alt alanın toplam varyansın %47.6'sını açıkladığı bildirilmektedir (116). ZYYTA-KF'nin Türkçe formunda alt alanların açıkladığı toplam varyansın yeterli olduğu, varyans değerlerinin ölçeğin özgün kısa ve uzun formlarındaki varyans değerlerine yakın olduğu bulunmuştur.

Değerlendirme aracında yer alan maddelerin yer aldıkları faktör üzerindeki ağırlıkları faktör yükü ile belirlenir. Madde faktör yükü (-1)-(+1) arasında değişmekte olup 0.30 kabul edilen en düşük düzeydir (117). Çalışmada alt alanlardaki maddelerin faktör yükü değeri en az 0.33 olarak bulundu. Morin ve arkadaşlarının ZYYTA-KF'nın uzun formunu geliştirdikleri çalışmada en düşük faktör yükünün 0.46, ZYYTA-KF'nin özgün çalışmasında ise 0.52 olduğu bildirilmektedir (115,116). ZYYTA-KF'nin Türkçe formundaki maddelerin en düşük faktör yükü ölçeğin özgün kısa ve uzun formlarındaki en düşük faktör yükünden daha az olmakla birlikte ait oldukları yapıyı açıklamada yeterli olarak bulunmuştur.

Çalışmada, ZYYTA-KF'nin tedirginlik, etkileşim, duyarlılık ve şefkat alt alanlarının eş zamanlı ölçüt geçerliliği için bu alt alanlardan alınan puanlarla paralel ölçek olarak kullanılan RHYİÖ'den alınan puanlar ve ZY'i olan bireylerle algılanan ilişki düzeyi puanları arasında zayıf düzeyde korelasyon olduğu bulundu. Korelasyon düzeyleri anlamlı olsa da zayıf düzeyde olmasının nedeni eş zamanlı ölçüt için kullanılan ölçek ve sorunun benzer ancak aynı olmamasından kaynaklanmış olabilir. Nitekim ZYYTA-KF'nın bilişsel bileşenini oluşturan "Yeterlik ve haklar bilgi düzeyi"

ve “Zihinsel yetersizlik nedenleri bilgi düzeyi” alt alanlarının sorgulandığı Türkçe geçerlilik ve güvenirliği olan bir ölçek bulunamadığından bu alanlar için eş zamanlı ölçüt geçerliliği değerlendirilememiştir. Çalışma ülkemizde tıp alanında ZY’e yönelik tutumları değerlendiren ilk çalışma olduğundan ZY’e yönelik tutumları değerlendiren başka bir ölçek bulunmayışının kısıtlılığını yaşamaktadır.

Geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarında iç tutarlılık katsayıları ne kadar yüksekse değerlendirme aracında yer alan maddelerin birbirleriyle tutarlılıkları da o derece yüksektir. Genel olarak bir değerlendirme aracının güvenilir kabul edilmesi için iç tutarlılık katsayısının en az 0.70 olması önerilmektedir (117,130). Çalışmada ZYYTA-KF’nin alt alanlarında Cronbach alfa katsayısı 0.76-0.87 arasında değişmekte olup ölçeğin tamamında 0.88 idi. Anketin madde çıkarıldığında Cronbach alfa değerleri 0.72 ile 0.87 arasında kalmış, değerlerde artış gözlenmediğinden tüm maddeler korunarak, herhangi bir madde çıkarılmamıştır. Morin ve arkadaşlarının ZYYTA-KF’nin uzun formunu geliştirdikleri çalışmada Cronbach alfa katsayısının alt alanlarda 0.59-0.89 arasında değiştiği, ölçeğin tamamında 0.92 olduğu bildirilmektedir (115). ZYYTA-KF’nin özgün çalışmasında ise Cronbach alfa katsayısının alt alanlarda 0.67-0.87 arasında değiştiği bildirilmekle birlikte ölçeğin tamamındaki Cronbach alfa değeri bildirilmemektedir (116). Sonuç olarak ZYYTA-KF’nin tüm alt alanlarının güvenirlik düzeylerinin ölçeğin orijinal çalışmasındaki gibi yüksek olduğu saptandı.

Çalışmada ZYYTA-KF, test-tekrar test için üç hafta sonra ZYYTA-KF tekrar uygulanarak anketin zamana karşı değişmezliği sınanmıştır. Üç haftalık süreç sonrasında ZYYTA-KF’nin alt alanlarında test-tekrar test puanları korelasyon katsayıları 0.528 ile 0.770 arasında değişmekteydi. Korelasyonlar orta-yüksek düzeyde olması ölçeğin zaman içinde ölçeğe bağlı değişkenlik göstermediğini ortaya koymaktaydı.

Sonuç olarak, ZYYTA-KF’nin geçerlilik ve güvenirliğinin belirlenmesine yönelik yapılan analizler ışığında, ZYYTA-KF’nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu kabul edildi.

5.2. Randomize Kontrollü Müdahale Çalışması

Sağlık temel bir insan hakkıdır. Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi’ne göre yaş, cins, ırk, din, siyasal inanç ve sosyoekonomik düzey ayrıcalığı olmaksızın herkesin

mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmetine kavuşması doğal hakkıdır (143). Sağlığın her bireyin hakkı olması sağlıkta eşitlik ve eşitsizlik kavramını ortaya çıkarmaktadır. Çünkü sağlığın kötü olması sadece enfektif ajanlarla ve genlerle değil; insanların yaşama koşulları (sağlık hizmetlerine, eğitime erişim, çalışma koşulları vb.) ile bireysel ve kültürel özelliklerini (sosyal statü, cinsiyet, yaş ve etnik köken normları; ayrımcılık vs.) içeren bir dizi faktörle ilişkilidir (144). Sağlıkta eşitsizlikler, toplumlar arasında ve aynı toplum içindeki sosyal gruplar arasında sağlık çıktılarındaki sistematik, önlenebilir, haksız farklılıklardır (1).

Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında duyarlı gruplar önem taşımaktadır. Duyarlı gruplar ekonomik, kültürel, etnik veya sağlık özellikleri nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık sonuçları açısından eşitsizlik riski altındadır (145). Duyarlı gruplar birçok ülkede sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kullanılabilirliği, kabul edilebilirliği ve etkililiği bakımından hala engellerle karşılaşmaktadır. Ek olarak, sağlığın belirleyicileri üzerine halk sağlığı yönetiminin zayıf oluşu ve yeterli sosyal koruma hizmetlerinin bulunmaması, bu grupların sağlığını iyileştirme çabalarını engellemektedir (144). Duyarlı grupların bir üyesi olmanın sağlık etkilerinin daha iyi anlaşılması, belirli politika önerilerine doğru atılan ilk adımlar olabilir. Sağlık hizmeti veren kurumlar ve sivil toplum kuruluşlarının, duyarlı gruplar için farkındalık yaratması, eğitim sağlaması, kılavuzlar yayınlaması ve tıbbi bakım hedeflerini tanımlaması gerektiği bildirilmektedir (145).

Zihinsel yetersizliği olan bireyler duyarlı gruplar arasında en dezavantajlı olanlardır (51). ZY'i olan bireylerin sağlık durumları daha kötüdür ve bu bireylerdeki bazı ölüm nedenleri bir dereceye kadar önlenebilirdir. Bununla birlikte bu bireyler sağlık hizmetlerine erişimde yetersizlikler yaşamaktadır (11). Son yıllarda ZY'i olan bireylerin enstitüler yerine topluma dahil olmasına yönelik trendlerin sonucunda daha fazla sayıda doktor günlük pratiğinde ZY'i olan bireye hizmet vermeye başlamıştır. Hekimlerin olumsuz tutumları, tıbbi hizmetlerin sunumunu ve sonuçlarını olumsuz etkileyebilmenin yanında sağlık hizmetine yardımcı olan personelin de inanç ve tutumlarını etkileyebilmektedir. ZY'i olan bireylerin yaşadığı sağlık eşitsizlikleri ve sağlık hizmetine erişim yetersizliklerinin yanında hekimlerin olumsuz tutumlarının, ZY'i olan hastaların erken ölümlerinde rol oynadığı bildirilmektedir (12).

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin sağlık hizmetlerini kullanırken yaşadıkları olumsuz deneyimlerin çoğunun, ZY'i olan bireyle ilgilenen sağlık personellerinin eğitim ve beceri eksikliğinden kaynaklandığı, sağlık personelinin ayrımcılık yapmayan sağlık hizmeti sağlaması için engellilik farkındalık eğitimi alarak ZY'i olan bireylere yönelik tutumlarını gözden geçirmeleri gerektiği bildirilmektedir (14). Tıp fakültesi öğrencilerinin ZY'i olan bireylere yönelik tutumları üzerine yapılan çalışmaların bir derlemesinde konu ile ilgili verilecek eğitimin öğrencilerin tutumlarını geliştirebileceği bildirilmektedir (13).

Geleceğin doktorları olacak tıp fakültesi öğrencilerinde gerek ZY'e yönelik tutumları değerlendiren gerekse etkili müdahale programlarının geliştirilmesine ve etkinliğine yönelik Türkiye'de herhangi bir çalışmaya rastlanmaması ülkemizde bu konunun araştırılmasını daha da önemli kılmaktadır.

Çalışma tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde ZY'e yönelik tutumların geliştirilmesini amaçlayan randomize kontrollü bir müdahale çalışmasıdır. Çalışmada müdahalenin etkinliğini değerlendirmede kullanılacak aracın geçerlik güvenirliğinin değerlendirilmesine yönelik aşama gerçekleştirildikten sonra müdahale aşamasına geçilmiştir. Müdahale aşamasında staj grupları randomize edilerek ikişer staj grubundan oluşan müdahale ve kontrol grupları oluşturuldu. Müdahale öncesinde öğrencilerin ZY'e yönelik tutumları tespit edildi. Müdahale grubu öğrencileri için ZY'e yönelik tutumların geliştirilmesi eğitim programı oluşturuldu. Eğitim programı müdahale grubu olarak belirlenen staj gruplarına uygulandı. Kontrol grubu öğrencilerine de salgın yönetimi ve müdahaleleri ile ilgili yaklaşık iki saatlik bir müdahale uygulandı. İkinci ve üçüncü aşamada her iki grubun müdahale ve takip sonrası ZY'e yönelik tutumlarındaki değişikliklerin değerlendirilmesi hedeflendi. Bir müdahale grubunda Covid 19 pandemisi nedeniyle takip sonrası verileri toplanamadığından değerlendirilmeye alınamadı.

Çalışmanın verileri değerlendirildiğinde ilk aşamada müdahale ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler, ZY'e yönelik tutumla ilişkili olabilecek faktörler, ZY'e yönelik tutumların düzeyi, ZY'i olan bireylerin sağlık sorunları bilgi düzeyi, ZY'i olan bireylerle çalışırken algılanan özyeterlilik düzeyleri, ZY'i olan hastayı muayene ederken yaşan zorluklar açısından beklenildiği gibi bir fark bulunmamaktaydı. ZY'e yönelik olumlu tutum sıklığının ZYYTA-KF maddelerine

verilen yanıtların sıklığıyla ilgili yapılan değerlendirmede iki madde dışında kontrol ve müdahale grupları arasında fark bulunmamaktaydı. Sözkonusu iki maddede ise müdahale grubunda olumlu tutum sıklığı daha az olarak hesaplandı.

Çalışmada kontrol grubu öğrencilerinde müdahale sonrasında ZYYTA-KF'nin yeterlik ve haklar bilgi düzeyi, duyarlılık ve şefkat, ZY nedenleri bilgi düzeyi alt alanlarına göre tutum puanlarında olumlu yönde gelişme olduğu görülse de takip sonrası duyarlılık ve şefkat dışında tüm alt alanlara göre tutum puanlarında müdahale öncesine göre fark bulunmamaktaydı. Çalışmanın kontrol grubuna yönelik kısmının yürütüldüğü zaman diliminde ülkemizde dram türünde "7. Koğuştaki Mucize" filmi gösterime girmiş ve yüksek izlenme oranlarına ulaşmıştır. Filmde ZY'i olan bir bireye yönelik olumsuz tutumlar sonucu ZY'i olan bir bireyin adil olmayan yargılanması işlenmektedir. Çalışmanın kontrol grubunu oluşturan öğrencilere sözkonusu filmi izleme durumları sorgulandığında öğrencilerin %33.8'i filmi izlediğini belirtmiştir. Kontrol grubundaki öğrencilerin müdahale sonrası tutumlarda olumlu yönde değişiklik olması öntest aşamasındaki anketi doldurmanın geliştirdiği farkındalık ve sözkonusu filmi izleme olabilir. Sözkonusu faktörler kontrol grubunda müdahale sonrası tutumun bazı alt alanlarında olumlu yönde bir değişiklik sağlasa da takip sonrasında alt alanlardan duyarlılık ve şefkat alt alanı dışında tutum puanlarında olumlu yönde değişim gözlenmemiştir.

Zihinsel yetersizlik hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak, ZY'e yönelik daha olumlu tutumlarla ilişkili olup, ZY hakkındaki hatalı varsayımları sorgulayan geçerli ve olumlu bilgilerin alınmasının olumsuz inançları ve tutumları azalttığı bildirilmektedir (81,85,146). Çalışmada müdahale grubunda müdahale sonrasında ve takip sonrasında ZYYTA-KF'ye göre tutumun bilişsel bileşenini temsil eden yeterlik ve haklar bilgi düzeyi ile ZY nedenleri bilgi düzeyi puanlarında olumlu yönde değişiklik bulunmaktaydı. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ise her iki alt alanda müdahale grubuna uygulanan eğitimle meydana gelen değişimin takip sonrasında daha fazla olduğu bulundu. Jones ve arkadaşlarının Kanada'da gerçekleştirdiği bilgilendirme, ZY'i olan bireylerle klinik etkileşim ve olgu çalışmalarının olduğu bir müdahale programı sonrasında tıp öğrencilerinde müdahale sonrası ZY ile ilgili bilgi düzeyinde olumlu yönde artış olduğu bildirilmektedir (111). Sinai ve arkadaşlarının Londra'da tıp öğrencilerinde gerçekleştirdiği didaktik öğrenim ve ZY'i olan bireylerle

temasın yer aldığı müdahale programı sonrası öğrencilerin bilgi düzeyinde artış olmasına rağmen, tutumlarda müdahale öncesine göre bir fark bulunamadığı bildirilmiştir. Tutumlardaki değişimin olmamasının ZY'i olan bireylerle temasın sınırlı olmasına bağlı olabileceğini bildirmişlerdir (16). Kobe ve Mullick'in üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada da temas ve formal eğitimin yer aldığı müdahale sonrası bilgi düzeyi artmakla birlikte tutumlarda müdahale öncesine göre bir fark bulunamadığı bildirilmektedir (147). Lee'nin adolesan ve gençlerde yaptığı bir çalışmada ZY'i olan bireylerle birebir temasın olduğu yaz kampı sonrası katılımcıların bilgi düzeyinde artış olmadığı rapor edilmiştir (148). Yapılan çalışmalardaki farklılığın nedeni uygulanan eğitim programlarının içeriği ve farklı popülasyonlara uygulanması olabilir.

Zihinsel yetersizliği olan bireylerle ilgili çalışmada öğrencilerin bilişsel alanını hedefleyen ZYYTA-KF'de bulunmayan araştırmacılar tarafından sorgulanan ZY'i olan bireylerin sağlık sorunları bilgi düzeyi puanlarında da müdahale grubunda eğitim sonrasında olumlu yönde artış bulunmaktaydı. Melville ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptığı bir çalışmada da eğitim programı uygulanan gruplarda müdahale sonrasında yazılı bir eğitim paketiyle birlikte yüzyüze eğitim etkinliklerinin gerçekleştirildiği grupta hiçbir eğitim etkinliği almayan gruba göre bilgi düzeyi artışının daha fazla olduğu bildirilmektedir (102).

Çalışmada müdahale grubunda müdahale sonrasında ve takip sonrasında müdahale öncesine göre tutumun duygusal bileşenini temsil eden tedirginlik ile duyarlılık ve şefkat alt alanlarında tutum puanlarında olumlu yönde değişiklik olduğu bulundu. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında tedirginlik alanında müdahale grubuna uygulanan eğitimle meydana gelen değişimin müdahale sonrası ve takip sonrasında daha fazla olduğu bulunurken duyarlık ve şefkat alanında kontrol grubuna göre değişimde fark bulunmamaktaydı. Sonuçlar müdahale etkinliğinin müdahalenin hemen sonrasında ve takip sonunda tutumun duygusal bileşeninde olumlu yönde değişim olduğunu göstermektedir. Kontrol grubuyla kıyaslandığında tedirginlik boyutu puanlarındaki değişim müdahale grubunda daha fazla olmuştur. Bu bulgu eğitimin ZY'e yönelik tedirginlik ve korkuları azalttığını göstermektedir. Duyarlılık ve şefkat alanındaki değişimin kontrol grubundan farksız olmasının nedeni ise kontrol grubunun takip sonrasında tutumun bu boyutunda olumlu yönde değişiklik olması

olabilir. Lee'nin adolesan ve gençlerde ATTID anketi kullanarak yaptığı çalışmada sosyal temas sonrası katılımcılarda tutumun tedirginlik ile duyarlılık ve şefkat alt alanlarında olumlu yönde değişiklik olduğu bildirilmektedir (148). Watkins ve Colgate'in tıp öğrencilerinde gerçekleştirdiği hastalık simülasyonu yapan ZY'i olan bireyleri yer aldığı müdahale sonrasında öğrencilerin ZY'i olan bireylerle etkileşimlerinde duygulanım ve anlayışta olumlu yönde değişiklik olduğu sonucuna varmışlardır (149). Nosse ve Gavin'in doğrudan temasın üniversite öğrencilerindeki etkisini incelediği çalışmada ise temasın endişeleri azalttığı ve tutumları iyileştirdiği bildirilmektedir (109).

Çalışmada müdahale grubunda müdahale sonrasında tutumun davranışsal bileşenini temsil eden etkileşim alt alanı puanlarında olumlu yönde değişiklik mevcuttu. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında puanlardaki değişim müdahale grubunda hem müdahale sonrası hem de takip sonrasında daha fazlaydı. Literatürde çalışmamıza benzer özellikte çalışma bulunamamakla birlikte Lee'nin adölesan ve gençlerde ATTID anketi kullanarak yaptığı çalışmada sosyal temas sonrası katılımcılarda ZY'e tutumun davranışsal bileşeninde herhangi bir değişiklik olmadığı bildirilmektedir (148). Sullivan ve Mendonca'nın sağlık hizmeti veren bölümlerdeki üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada ZY'i olan bireylerle etkileşimlerin olduğu saha çalışmaları sonrasında tutumun duygusal, bilişsel boyutunun yanında davranışsal boyutunda da olumlu yönde değişim olduğu bilidirilmektedir (150).

Literatürde yapılan tıp öğrencilerinde yapılan bazı çalışmalarda ise tutumlar boyutlarıyla değil bütün olarak değerlendirilmektedir. Hall ve Hollins Down sendromlu bireylerle oyunlar, sosyal temasın olduğu, Thacker ve arkadaşları hastalık simulasyonu yapan ZY'i olan bireylerin yer aldığı müdahale sonrasında öğrencilerin tutumlarında olumlu yönde değişiklik olduğunu bildirmektedir (15,17).

Çalışmada müdahale grubunda eğitim sonrası öğrencilerin algılanan özyeterlilik düzeyinin arttığı bulundu. Melville ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptığı bir çalışmada da eğitim programı uygulanan gruplarda müdahale sonrasında yazılı bir eğitim paketiyle birlikte yüzyüze eğitim etkinliklerinin gerçekleştirildiği grupta hiçbir eğitim etkinliği almayan gruba göre algılanan özyeterlilik düzeyinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (102). Karl ve arkadaşlarının aile hekimliği stajındaki üçüncü sınıf tıp öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada öğrenciler ağırlıklı olarak gelişimsel engelli

kişilere hizmet veren bir tıbbi tesiste klinisyenlerle çalıştıkları gün boyu süren bir klinik deneyim edinmişlerdir. Öğrenciler deneyimin engelli insanlarla çalışırken rahatlık düzeylerini artırdığını ve hasta bakımını etkileyen tutumsal faktörlere ilişkin farkındalıklarını artırdığını bildirmişlerdir (135). Tıp öğrencilerinde gerçekleştirilen çalışmalardan hastalık simülasyonu yapan ZY'i olan bireylerin yer aldığı müdahale sonrasında Watkins ve Colgate öğrecilerin bilgi ve beceri puanlarında artış olduğunu, Thomas ve arkadaşları öğrencilerde algılanan beceriler, rahatlık ve gelecekte sağlanacak bakımın kalitesini artıracak klinik yaklaşım türü alanlarında iletişim becerilerinde önemli bir gelişme sağlandığını bildirmektedir (149,151). Tracy ve Iacano'nun tıp öğrencilerinde ZY'i olan bireylerle iletişim becerilerini artırmaya yönelik seminer, ZY'i olan bireylerle temas ve iletişim egzersizlerinin yer aldığı eğitim programı sonrasında öğrencilerin engelli insanlarla iletişim kurarken müdahale öncesine göre daha rahat hissetmeleriyle, tutumlarda belirgin değişiklik olduğu bildirilmektedir (18).

Çalışmada müdahale grubunda hem hafif ZY'i olan örnek olguya hem de ağır ZY'i olan örnek olguya yönelik maddelerin yanıtlarında kaygı yaşarım, üzüntü hissederim, acıma hissederim madde puanlarında olumlu yönde değişiklik olduğu bulundu. Ağır ZY'i olan örnek olguda ek olarak korku hissetmenin azaldığı, hafif ZY'i olan örnek olguda ise bu bireyin kendi denetimlerinde çalışabileceğine yönelik puanlarda olumlu yönde değişim olduğu bulundu. Uygulanan eğitim programında ZY düzeyine göre bireylerin özelliklerinin ve etkili iletişim anlatılması, programda ZY düzeyleri farklı olan bireylerle karşılaşmak ve etkileşime girmek öğrencilerin her iki ağırlık düzeyindeki ZY'i olan bireylere yönelik tutumlarında olumlu yönde değişiklik sağlamış olabilir.

Çalışmada eğitim sonrası müdahale grubundaki öğrencilerin %67.6'sı "Program klinik uygulamalarımda değişiklikler yapmam gerektiğini düşündürdü'' önermesine, % 61.8'i "Programla ZY'i olan bireylerin hekimlik ihtiyaçlarını daha iyi karşılayacağımı düşünüyorum" önermesine kesinlikle katıldığını bildirdi. ZY'e yönelik tutumları geliştirmeye yönelik çeşitli çalışmalarda da katılımcıların çoğu programı faydalı, amaca uygun bulduklarını, müdahale sonrası klinik uygulamalarında değişiklik yapmayı düşündükleri şeklinde olumlu görüşler belirtmişlerdir (102,149). Tracy ve Iacano'nun yaptığı çalışmada eğitim sonrası öğrenciler program sonrası bu

grubun karşılaştığı iletişim sorunları hakkında daha büyük bir anlayış ve içgörü kazandıklarını ve birey olarak onlara daha fazla değer verdiklerini bildirmişlerdir (18). Thacker ve arkadaşlarının ZY'i olan simule hastalarla yaptığı çalışmada eğitime katılan öğrenciler ZY'i olan bireylere yönelik olumlu tutumlar geliştirdiklerini ve simule hastalarla çalışmanın eğitimin en değerli yönü olduğunu belirtmişlerdir (17).

5.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Çalışmanın randomize kontrollü bir çalışma olması en önemli güçlü yanlarından biridir. Örneklem sayısı, randomize kontrollü ve deneysel bir çalışma açısından geniş bir örneklem sayılabilir. Çalışmada tutumu değerlendirmede kullanılan ölçeğin alt alanlarının tutumun bileşenlerinden oluşması tutumun değişip değişmemesi yönünde hangi bileşenlerin ön planda olduğunu anlamaya yardımcı olur. Çalışma, kullanılan ölçüm aracının geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılarak, Türkiye'de ZY'i olan bireylerin sağlık eşitsizliklerinde önemli rol oynayan tıp öğrencilerinde tutumun geliştirilmesine yönelik yapılmış olan ilk çalışma olarak literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır. Çalışmada eğitim veren kişilerin alanında uzman olması, eğitim programında sadece seminer tarzı eğitim yerine role-playların, örnek olgu tartışmalarının, ZY'i olan bireylerle etkileşimlerin ve hastalık simülasyonu yapan ZY'i olan bireylerle anlatılan hasta değerlendirmelerinin yer alması eğitimin dikkat çekici ve verimli olmasını sağlamış olabilir.

Çalışmada kontrol grubunun müdahale programı süresince vizyona giren filmin de ZY'e yönelik tutumlarda değişiklik oluşturma ihtimali de çalışmamızın kontrol edemediğimiz bir faktörü olarak biasa neden olmuş olabilir. Kontrol ve müdahale gruplarının ikişer staj grubundan oluşması nedeniyle ne kadar özen gösterilse de gruplara uygulanan eğitim programında eğitimcilere bağlı eşdeğerlik sağlanamamış olabilir. Yine öğrencilerin daha önceki staj grubundaki arkadaşlarından program hakkında bilgi alarak ZY'e yönelik farkındalık gelişmesi sonuçları etkilemiş olabilir. İkinci müdahale grubunda takip sonrası verilerin Covid 19 pandemisi nedeniyle toplanamayarak değerlendirmeye alınamaması çalışmamızın diğer kısıtlılığıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir;

1. ZYYTA-KF'nin ZY'e yönelik tutumları değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulundu.

2. Yapılan eğitim çalışması sonucu müdahale grubunda müdahale sonrasında ve takip sonrasında ZYYTA-KF'ye göre tutumun bilişsel bileşenini temsil eden yeterlik ve haklar bilgi düzeyi ile ZY nedenleri bilgi düzeyi puanlarında olumlu yönde değişiklik saptandı. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ise her iki alt alanda müdahale grubuna uygulanan eğitimle meydana gelen değişimin takip sonrasında daha fazla olduğu bulundu. ZY'i olan bireylerin sağlık sorunları bilgi düzeyi puanlarında da müdahale grubunda eğitim sonrasında olumlu yönde artış olduğu tespit edildi.

3. Çalışmada müdahale grubunda müdahale sonrasında ve takip sonrasında müdahale öncesine göre tutumun duygusal bileşenini temsil eden tedirginlik ile duyarlılık ve şefkat alt alanlarında tutum puanlarında olumlu yönde değişiklik olduğu bulundu. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında tedirginlik alanında müdahale grubuna uygulanan eğitimle meydana gelen değişimin müdahale sonrası ve takip sonrasında daha fazla olduğu bulunurken duyarlık ve şefkat alanında kontrol grubuna göre değişimde fark bulunmamaktaydı.

4. Çalışmada müdahale grubunda müdahale sonrasında tutumun davranışsal bileşenini temsil eden etkileşim alt alanı puanlarında olumlu yönde değişiklik mevcuttu. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında puanlardaki değişim müdahale grubunda hem müdahale sonrası hem de takip sonrasında daha fazlaydı.

5. Çalışmada kontrol grubu öğrencilerinde müdahale sonrasında ZYYTA-KF'nin yeterlik ve haklar bilgi düzeyi, duyarlılık ve şefkat, ZY nedenleri bilgi düzeyi alt alanlarına göre tutum puanlarında olumlu yönde gelişme olduğu görülse de takip sonrası duyarlılık ve şefkat dışında tüm alt alanlara göre tutum puanlarında müdahale öncesine göre fark bulunmamaktaydı.

6. Çalışmada müdahale grubunda eğitim sonrası algılanan özyeterlilik düzeyinin arttığı bulundu.

7. Eğitim programıyla hem hafif, hem de ağır düzeyde ZY'i olan bireylere yönelik tutumlarda olumlu yönde değişim olduğu bulundu.

8. Çalışmada müdahale grubu öğrencilerinin çoğu uygulanan eğitim programıyla ilgili olumlu geri bildirimler verdi.

Geleceğin hekimleri olan tıp fakültesi öğrencilerinde ZY'e yönelik olumlu tutumların varlığı ZY'i olan bireylerin sağlık hizmetlerini daha etkin kullanmalarına ve sağlık eşitsizliklerini azaltmaya katkı sağlayabilir. Bu öngörüyle yapılan çalışmada tıp fakültesi öğrencilerine ZY'e yönelik tutumların geliştirilmesi eğitim programının öğrencilerin tutumlarında olumlu bir değişiklik sağladığı bulundu. Eğitim programında kullanılan tekniklerin çeşitliliği, öğrencilerden olumlu geribildirimler alınması ve tutumları olumlu yönde etkilemesi eğitim programının tıp fakültesi öğrencilerinin eğitiminde kullanılmak üzere örnek olabileceği, gerektiğinde geliştirilerek tıp fakültesi müfredatına eklenebileceği kanaatine varılmasını sağlamıştır.

Gelecek araştırmalarda üniversitelerin tıp fakültelerinde engellilikle ilgili ders programlarının nitelik ve nicelik açısından değerlendirilmesinin yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. Public Health. 2019;172:22-30.
2. Akın A. Eşitsizlikler ve sağlık. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı-Özel Konular. 2018;4(3):1-5.
3. World Health Organization. Equity. https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/ [26.09.2020].
4. World Health Organization. Human rights and health. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health [26.09.2020].
5. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [26.09.2020].
6. Özvarış ŞB. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. İç: Güler Ç, Akın L, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 3.baskı. Ankara:Hacettepe Üniversitesi Yayınları;2015.s.1676-88.
7. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. Health21: The health for all policy framework for the WHO European region. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf [26.09.2020].
8. United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingour world [26.09.2020].
9. Flaskerud JH, Winslow BJ. Conceptualizing vulnerable populations health-related research. Nurs Res. 1998;47(2):69-78.
10. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization. The Right to Health Fact Sheet No. 31 https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf [26.09.2020].
11. Emerson E, Baines S, Allerton L, Welch V. 2011. Health inequalities and people with learning disabilities in the UK: 2011. Improving Health and Lives: Learning Disabilities Observatory. http://shareville.bcu.ac.uk/index.php?q=system/files/documents/health_inequality_emerson_et_al_2011.pdf [26.09.2020].

12. Mencap. Death by indifference. Following up the Treat me right! report. https://www.mencap.org.uk/sites/default/files/2016-06/DBIreport.pdf [26.09.2020].
13. Ryan TA, Scior K. Medical students' attitudes towards people with intellectual disabilities: a literature review. Res Dev Disabil. 2014;35(10):2316-28.
14. Mencap. Treat me right: Better healthcare for people with a learning disability. https://www.mencap.org.uk/sites/default/files/2016-08/treat_me_right.pdf [26.09.2020].
15. Hall I, Hollins S. Changing medical students' attitudes to learning disability. Psychiatric Bulletin. 1996;20(7):429-430.
16. Sinai A, Strydom A, Hassiotis A. Evaluation of medical students' attitudes towards people with intellectual disabilities: a naturalistic study in one medical school. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities. 2013;7(1):18-26.
17. Thacker A, Crabb N, Perez W, Raji O, Hollins S. How (and why) to employ simulated patients with intellectual disabilities. The Clinical Teacher. 2007;4(1):15-20.
18. Tracy J, Iacono T. People with developmental disabilities teaching medical students--does it make a difference? J Intellect Dev Disabil. 2008;33(4):345-8.
19. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Definition of Intellectual Disability. https://aaidd.org/intellectual-disability/definition [26.09.2020].
20. Cavkaytar A, Melekoğlu M. Geçmişten günümüze özel gereksinimli olma ve zihin yetersizliği: Dünya'da ve Türkiye'de kavramların evrimi. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Eğitim Özel Sayısı 2014;111-122
21. Parmenter TR. What is intellectual disability? How is it assessed and classified? International Journal of Disability, Development and Education. 2011;58(3):303-319
22. King BH, Toth K, Hodapp RM, Dykens ME. Intellectual disability. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.9th ed. Philadelphia:Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins;2009.p.3444–74.

23. Kaya U. Zihinsel yetersizlikten etkilenmiş çocukların tanılanmasında tanı ölçütlerinin tarihsel gelişim ve değişimi.(1907 yılı tanı ölçütleri ile 2013 yılı DSM-5 tanı ölçütlerinin karşılaştırılması). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2015;1:175-91
24. World Health Organization Regional Office for Europe. Definition: Intellectual Disability. http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicablediseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability [26.09.2020].
25. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5.baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.s.15-20.
26. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association; 2013.p.33-41.
27. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-4-TR) American Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çev. Köroğlu E. Ankara;Hekimler Yayın Birliği;2001.s.44-45.
28. Harris JC. Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment. New York: Oxford University Press;2006.p. 42-98.
29. Hatton C, Glover G, Emerson E, Brown I. People with learning disabilities in England 2015. Public Health England. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/613182/PWLDIE_2015_main_report_NB090517.pdf [26.09.2020].
30. Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Wullink M, Van Den Akker M, Van Heurn-Nijsten EWA, Metsemakers JFM, Dinant GJ. The prevalence of intellectual disability in Limburg, the Netherlands. Journal of Intellectual Disability Research, 2006;50(1):61-68.
31. Westerinen H, Kaski M, Virta L, Almqvist F, Iivanainen M. Prevalence of intellectual disability: a comprehensive study based on national registers. J Intellect Disabil Res. 2007;51(9):715-25.

32. Petterson B, Bourke J, Leonard H, Jacoby P, Bower C. Co-occurrence of birth defects and intellectual disability. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007;21(1):65-75
33. Xie ZH, Bo SY, Zhang XT, Liu M, Zhang ZX, Yang XL et al. Sampling survey on intellectual disability in 0 approximately 6-year-old children in China. J Intellect Disabil Res. 2008;52(12):1029-38
34. Søndenaa E, Rasmussen K, Nøttestad JA, Lauvrud C. Prevalence of intellectual disabilities in Norway: Domestic variance. J Intellect Disabil Res. 2010;54(2):161-7.
35. Lee WC, Chen TJ. Quantifying morbidity burdens and medical utilization of children with intellectual disabilities in Taiwan: A nationwide study using the ACG case-mix adjustment system. Research in developmental disabilities, 2012;33(4):1270-1278.
36. Polyak A, Kubina RM, Girirajan S. Comorbidity of intellectual disability confounds ascertainment of autism: implications for genetic diagnosis. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2015;168(7):600-8.
37. Westerinen H, Kaski M, Virta LJ, Almqvist F, Iivanainen M. Age-specific prevalence of intellectual disability in Finland at the beginning of new millennium--multiple register method. J Intellect Disabil Res. 2014;58(3):285-95.
38. McKenzie K, Milton M, Smith G, Ouellette-Kuntz H. Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: current trends and issues. Curr Dev Disord 2016;3:104–115.
39. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21(9):655-79.
40. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil. 2011;32(2):419-36.
41. Türkiye İstatistik Kurumu. Engelli İstatistikleri http://tuik.gov.tr/PreTablo .do?alt_ id=1017 [26.09.2020].
42. Beşer E, Atasoylu G, Akgör Ş, Ergin F, Çullu E. Aydin il merkezinde özürlülük prevalansi, etiyolojisi ve sosyal boyutu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.2006;5(4):267-75.

43. Ke X, Liu J. Intellectual disability. In Rey JM ed, IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions;2012.p.1-25.
44. Winnepenninckx B, Rooms L, Kooy RF. Mental retardation: a review of the genetic causes. The British Journal of Development Disabilities. 2003;49(96):29-44.
45. Huang J, Zhu T, Qu Y, Mu D. Prenatal, Perinatal and Neonatal Risk Factors for Intellectual Disability: A Systemic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2016;11(4):e0153655.
46. Leonard H, Glasson E, Nassar N, Whitehouse A, Bebbington A, Bourke J et al. Autism and intellectual disability are differentially related to sociodemographic background at birth. PLoS One. 2011;6(3):e17875.
47. Chapman DA, Scott KG, Mason CA. Early risk factors for mental retardation: role of maternal age and maternal education. Am J Ment Retard. 2002;107(1):46-59.
48. Heikura U, Taanila A, Hartikainen AL, Olsen P, Linna SL, Wendt LV et al. Variations in prenatal sociodemographic factors associated with intellectual disability: a study of the 20-year interval between two birth cohorts in northern Finland. American journal of epidemiology. 2008;167(2):169-177.
49. Michael J, Richardson A. Healthcare for all: the independent inquiry into access to healthcare for people with learning disabilities. Tizard Learning Disability Review. 2008;13(4):28-34.
50. Cooper SA, McLean G, Guthrie B, McConnachie A, Mercer S, Sullivan F et al. Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis. BMC Fam Pract. 2015;16:110.
51. Ryan KR, McQuillan R. Palliative care for disadvantaged groups: people with intellectual disabilities. Progress in Palliative Care 2005;13(2):70-74.
52. Sullivan WF, Heng J, Salvador-Carulla L, Lukersmith S, Casson I. Approaches to primary care of adults with intellectual and developmental disabilities: Importance of frameworks for guidelines. Can Fam Physician. 2018;64(Suppl 2):S5-S7.

53. Alborz A, McNally R, Glendinning C. Access to health care for people with learning disabilities in the UK: mapping the issues and reviewing the evidence. J Health Serv Res Policy. 2005;10(3):173-82.
54. Glover G, Ayub M. 2010. How People with Learning Disabilities Die. Improving Health and Lives:Learning Disabilities Observatory.
55. NHS England. 2014. Reducing premature mortality in people with learning disabilities: effective interventions and reasonable adjustments. Improving Health and Lives:Learning Disabilities Observatory. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/09/info-ld-interventions.pdf [26.09.2020].
56. World Health Organization. Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 [26.09.2020].
57. Murray S. Poverty and health. CMAJ. 2006;174(7):923
58. Emerson E, Hatton C. Socioeconomic disadvantage, social participation and networks and the self-rated health of English men and women with mild and moderate intellectual disabilities: cross sectional survey. Eur J Public Health. 2008;18(1):31-7.
59. Emerson E, Hatton C. Poverty, socio-economic position, social capital and the health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain: a replication. J Intellect Disabil Res. 2007;51(11):866-74.
60. Tunnicliffe P, Oliver C. Phenotype-environment interactions in genetic syndromes associated with severe or profound intellectual disability. Res Dev Disabil. 2011;32(2):404-418.
61. Geukes C, Bruland D, Latteck Ä. Health literacy in people with intellectual disabilities: A mixed-method literature review. Kontakt. 2018;20(4):e416-423.
62. Yen SM, Kung PT, Tsai WC. The characteristics and relevant factors of Pap smear test use for women with intellectual disabilities in Taiwan. BMC Health Serv Res. 2014;14:240.
63. Haveman M, Heller T, Lee L, Maaskant M, Shooshtari S, Strydom A. Major health risks in aging persons with intellectual disabilities: an overview of recent studies. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. 2010;7(1):59-69.

64. Improving Health and Lives: Learning Disabilities Observatory, Royal College of Generel Practitioners. Improving the Health and Wellbeing of People with Learning Disabilities: An Evidence-Based Commissioning Guide for Clinical Commissioning Groups (CCGs) https://www.ndti.org.uk/uploads/files/ RCGP_LD_Commissioning_Guide_2013_revised_.pdf [26.09.2020].
65. Ali A, Scior K, Ratti V, Strydom A, King M, Hassiotis A. Discrimination and other barriers to accessing health care: perspectives of patients with mild and moderate intellectual disability and their carers. PLoS One. 2013;8(8):e70855.
66. Allport GW. Attitudes. In Murchison C, ed. Handbook of Social Psychology. Worcester, Mass: Clark University Press;1935.p.798-844.
67. Eagly AH, Chaiken S. The advantages of an inclusive definition of attitude. Social Cognition. 2007;25(5):582–602.
68. Olson JM, Zanna MP. Attitudes and attitude change. Annual review of psychology, 1993;44(1):117-154.
69. Martin NG, Eaves LJ, Heath AC, Jardine R, Feingold LM, Eysenck HJ. Transmission of social attitudes. Proc Natl Acad Sci USA. 1986;83(12):4364-8.
70. Olson JM, Vernon PA, Harris JA, Jang KL. The heritability of attitudes: a study of twins. J Pers Soc Psychol. 2001;80(6):845-60.
71. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. Sosyal Psikoloji, çev. Okhan Gündüz. İstanbul:Kaknüs Yayınları;2012.p.353-397
72. Taylor SE, Peplau LA, Sears DO. (2006). Social psychology 12th edition. New Jersey:Pearson Prentice Hall;2006.p.132-167.
73. Kaner S, Öğülmüş S, Büyüköztürk Ş, Dökmen Z, Daşdemir H. Toplum Özürlülüğü Nasıl Anlıyor. TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/2622/toplum-ozurlulugu-nasil-anliyor-arastirma-projesi-sonuclari.pdf [26.09.2020].
74. Tasa H, Mamatoğlu N. Engelli Bireylere Yönelik Tutum Değişimi ve Duyarlılık Eğitimleri. Turkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics, 2018;3(1):11-21.
75. Bem DJ. Self-perception theory. In Berkowitz L, editör. Advances in experimental social psychology.6th ed.New York: Acadeınic Press;1972.p.1-62.
76. Fazio RH, Powell MC, Williams CJ. The role of attitude accessibility i n the attitude-to-behavior process. Journal of Consumer Research 1989;16:280-9.

77. Ajzen I, Fishbein M. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs NJ:Prentice Hall;1980.
78. Stangor C, Jhangiani R, Tarry H. Principles of social psychology: 1st international edition. Victoria: BC Campus;2014.p.175-222.
79. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. Article 3 – General principles. https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-3-general-principles.html [26.09.2020].
80. Abbott S, Mcconkey R. The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disabilities. 2006;10(3):275-287.
81. Lau JT-F, Cheung C-K. Discriminatory attitudes to people with intellectual disability or mental health difficulty. International Social Work. 1999;42(4):431-444.
82. Cummins RA, Lau AL. Community integration or community exposure? A review and discussion in relation to people with an intellectual disability. Journal of applied research in intellectual disabilities 2003;16(2):145-157.
83. Wieczorek M, Sadziak, A, Matczak, D. Attitudes towards persons with intellectual disabilities in adolescents. Journal of Education, Health and Sport 2019;9(1):106-123.
84. Ouellette-Kuntz H, Burge P, Cleaver S, Isaacs B, Lunsky Y, Jones J et al. Attitudes of medical clerks toward persons with intellectual disabilities. Can Fam Physician. 2012;58(5):e282-e288.
85. Morin D, Rivard M, Crocker AG, Boursier CP, Caron J. Public attitudes towards intellectual disability: a multidimensional perspective. J Intellect Disabil Res. 2013;57(3):279-92.
86. Şahin H. Engellilik kimin sorunu? Bireyin mi, toplumun mu? Özveri Dergisi. 2004;1(1):35-44.
87. Burge P, Ouellette-Kuntz H, Isaacs B, Lunsky Y; Undergraduate Medical Education in Intellectual Disabilities Group at Queen's University. Medical students' views on training in intellectual disabilities. Can Fam Physician. 2008;54(4):568-569.e1-5.

88. United States Department of Health and Human Services. Closing the gap: a national blueprint for improving the health of individuals with mental retardation. Report of the Surgeon General's Conference on Health Disparities and Mental Retardation. Washington, DC: 2002.
89. Horwitz SM, Kerker BD, Owens PL, Zigler E. The health status and needs of individuals with mental retardation. New Haven, Connecticut: Department of Epidemiology and Public Health, Yale University School of Medicine;2000.
90. Salvador-Carulla L, Saxena S. Intellectual disability: between disability and clinical nosology. Lancet. 2009;374(9704):1798-9.
91. Piachaud, J. Teaching learning disability to undergraduate medical students. Advances in Psychiatric Treatment, 2002;8(5):334-341.
92. Gülpınar MA, Gürpınar E, Songur A, Vitrinel A. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ulusal çekirdek eğitim programı-2014. http://www.ktu.edu.tr/dosyalar/medtip_752c6.pdf [26.09.2020].
93. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020 https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-oncesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf [26.09.2020].
94. Lennox N, Diggens J. Knowledge, skills and attitudes: Medical schools' coverage of an ideal curriculum on intellectual disability. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 1999;24(4):341-7.
95. World Health Organization. World report on disability 2011. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf [26.09.2020].
96. Matusitz, J. Relationship between knowledge, stereotyping, and prejudice in interethnic communication. PASOS. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural, 2012;10(1):89-98.
97. Li C, Tsoi EWS, Wang JCK. Chinese college students' attitudes toward people with intellectual disabilities: Differences by study major, gender, contact, and knowledge. International Journal of Developmental Disabilities 2012;58(3):137-144.

98. Hampton NZ, Xiao F. Traditional Chinese values and attitudes of Chinese university students toward people with intellectual disabilities. International Journal of Disability, Development and Education, 2009;56(3):247-261.
99. Yazbeck M, McVilly K, Parmenter TR. Attitudes toward people with intellectual disabilities: An Australian perspective. Journal of Disability Policy Studies. 2004;15(2):97-111.
100. Hall EW. Changing the Way Employees Interact With Guests With Disabilities. Journal of Disability Policy Studies. 2008;19(1):15-23.
101. Küçüker S. Bilgi verici psikolojik danışmanlık programının zihinsel özürlü çocuklarının kardeşlerinin özürle ilgili bilgi düzeylerine ve özürlü kardeşlerine yönelik tutumlarının etkisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara,1997.
102. Melville CA, Cooper SA, Morrison J, Finlayson J, Allan L, Robinson N et al. The outcomes of an intervention study to reduce the barriers experienced by people with intellectual disabilities accessing primary health care services. J Intellect Disabil Res. 2006;50(1):11-7.
103. Bailey A, Barr O, Bunting B. Police attitudes toward people with intellectual disability: An evaluation of awareness training. J Intellect Disabil Res, 2001;45:344–350.
104. Petty RE, Cacioppo, JT. The elaboration likelihood model of persuasion. In Communication and persuasion. Springer, New York, NY;1986.p.1-24.
105. Petty RE, Cacioppo JT, Strathman A, Priester IR. To think or not to think? Exploring two routes to persuasion. In Brock TC, Green MC, Editors. Persuasion: Psychological insights and perspectives. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.2005;p.81-116.
106. Allport GW. The nature of prejudice. Cambridge, Mass: Addison-Wesley Publishing;1954.p.261-285.
107. Pettigrew TF. Intergroup contact theory. Annual review of psychology 1998;49(1):65-85.
108. Hall H, Minnes P. Attitudes toward persons with down syndrome: the ımpact of television. Journal of Developmental and Physical Disabilities 1999;11:61–76.

109. Nosse LJ, Gavin KJ. Influence of direct contact on college students' attitude towards adults with mental handicaps. College Student Journal 1991;25(2):201–6.
110. Scior K, Werner S. Changing attitudes to learning disability. Mencap. https://www.mencap.org.uk/sites/default/files/2016-08/Attitudes_Changing_Report.pdf [26.09.2020].
111. Jones J, McQueen M, Lowe S, Minnes P, Rischke A. Interprofessional education in Canada: addressing knowledge, skills, and attitudes concerning intellectual disability for future healthcare professionals. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 2015;12(3):172–80.
112. Hassanein EEA. Changing teachers' negative attitudes toward persons with intellectual disabilities. Behav Modif. 2015;39(3):367-89.
113. Harwood I. A family facing end of life issues of a person with learning disabilities–a personal reflection. British Journal of Learning Disabilities 2007;35(2):102-6.
114. Bandura A. Self-Efficacy: The exercise of control. New York:W.H. Freeman and Company;1997.p.36-78
115. Morin D, Crocker AG, Beaulieu-Bergeron R, Caron J. Validation of the attitudes toward intellectual disability: ATTID questionnaire. J Intellect Disabil Res. 2013;57(3):268-78
116. Morin D, Valois P, Crocker AG, Robitaille C. Development and psychometric properties of the Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire–Short Form. Journal of Intellectual Disability Research. 2019;63(6):539-547.
117. Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. 4. Baskı. Ankara:Detay Yayıncılık;2015.s.502-618.
118. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara:Nobel Yayıncılık,2002.
119. Findler L, Vilchinsky N, Werner S. The Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities (MAS): Construction and Validation. Rehabilitation Counseling Bulletin. 2007;50(3):166-176.
120. Antonak RF, Harth R. Psychometric analysis and revision of the Mental Retardation Attitude Inventory. Ment Retard. 1994;32(4):272-80.

121. Roberts CM, Lindsell JS. Children's attitudes and behavioural intentions toward peers with disabilities. International Journal of Disability, Development and Education. 1997;44(2): 133–45.
122. Henry D, Keys C, Jopp D, Balcazar F. The Community Living Attitudes Scale, Mental Retardation Form: development and psychometric properties. Ment Retard. 1996;34(3):149-58.
123. Nowicki EA. A cross-sectional multivariate analysis of children's attitudes towards disabilities. J Intellect Disabil Res. 2006;50(5):335-48.
124. Burge P, Ouellette-Kuntz H, Lysaght R. Public views on employment of people with intellectual disabilities. Journal of Vocational Rehabilitation. 2007;26(1):29–37.
125. Montreal Declaration on Intellectual Disabilities (2004) Montreal PAHO/WHO Conference on Intellectual Disability and Montreal PAHO/WHO Collaborating Center. Lachine: Lisette-Dupras readaptation centre; West Montreal readaptation centre.
126. Morin D, Rivard M, Boursier CP, Crocker AG, Caron J. Norms of the Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire. Journal of Intellectual Disability Research, 2015;59(5):462-467.
127. Sermier Dessemontet R, Morin D, Crocker AG. Exploring the relations between in-service training, prior contacts and teachers' attitudes towards persons with intellectual disability. International Journal of Disability, Development and Education. 2014;61(1):16-26.
128. Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the beliefs toward Mental Illness Scale. J Psychopathol Behav Assess 2000;22:221-36.
129. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9(2):91- 96.
130. Taber KS. The Use of Cronbach's alpha when developing and reporting research ınstruments in science education. Res Sci Educ 2018;48:1273–96.
131. Engelliler Hakkında Kanun. T.C. Cumhurbaşkanlığı Resmi Gazete. 07 Temmuz 2005;sayı 25868. https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf [26.09.2020].

132. Scior K, Furnham A. Development and validation of the Intellectual Disability Literacy Scale for assessment of knowledge, beliefs and attitudes to intellectual disability. Res Dev Disabil. 2011;32(5):1530-41.
133. Hampton NZ, Xiao F. Psychometric properties of the Mental Retardation Attitude Inventory-Revised in Chinese college students. J Intellect Disabil Res. 2008;52(4):299-308.
134. Antonak RF, Livneh H. Measurement of attitudes towards persons with disabilities. Disabil Rehabil. 2000;22(5):211-24.
135. Karl R, McGuigan D, Withiam-Leitch ML, Akl EA, Symons AB. Reflective impressions of a precepted clinical experience caring for people with disabilities. Intellect Dev Disabil. 2013;51(4):237-45.
136. İlhan EL, Esentürk OK, Yarımkaya E. Zihinsel engelli bireylerin sportif etkinliklerine yönelik tutum ölçeği (zebseytö): Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Journal of Human Sciences. 2016;13(1):1141-60.
137. Süngü, B. (2012). Beden eğitimi ve spor öğretmen adaylarının zihinsel engelli çocuklara yönelik tutumlarıyla ilgili bir ölçek geliştirme çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale,2012.
138. Kaya A, Yöntem MK. Zihin Yetersizliği Olan Yetişkin Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi. 2020;10(1):61-73.
139. Hambleton RK, de Jong JHAL. Advances in translating and adapting educational and psychological tests. Language Testing. 2003;20(2):127-134.
140. Byrne BM. Adaptation of assessment scales in cross-national research: Issues, guidelines, and caveats. International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation, 2016;5(1), 51–65.
141. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2018;26(3):199-210.
142. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi. 2002;4(1):9-14.

143. United Nations. The Universal Declaration of Human Rights (UDHR) https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/UDHRIndex.aspx [26.09.2020].
144. World Health Organization. Promoting health and reducing health inequities by addressing the social determinants of health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/141226/Brochure_promoting_health.pdf [26.09.2020].
145. Waisel DB. Vulnerable populations in healthcare. Curr Opin Anaesthesiol. 2013;26(2):186-92.
146. Hunt CS, Hunt B. Changing attitudes toward people with disabilities: experimenting with an educational intervention. Journal of Managerial Issues 2004;16(2):266-80.
147. Kobe FH, Mulick JA. Attitudes toward mental retardation and eugenics: The role of formal education and experience. Journal of Developmental and Physical Disabilities. 1995;7(1):1-9.
148. Lee JS. The Effect of Interpersonal Contact on Attitudes Change Toward People with Intellectual or Developmental Disabilities. Doctoral dissertation, University of California,Los Angeles,2016.
149. Watkins LV, Colgate R. Improving healthcare for people with intellectual disabilities: the development of an evidence-based teaching programme. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities. 2016;10(6):333-41.
150. Sullivan A, Mendonca R. Impact of a Fieldwork Experience on Attitudes Toward People With Intellectual Disabilities. Am J Occup Ther. 2017; 71(6):7106230010p1-7106230010p8.
151. Thomas B, Courtenay K, Hassiotis A, Strydom A, Rantell K. Standardised patients with intellectual disabilities in training tomorrow's doctors. Psychiatr Bull (2014). 2014;38(3):132-6.