

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ANKARA'DA BİR ÜNİVERSİTEDE NÖROÇEŞİTLİ ÖĞRENCİ
SIKLIĞI VE RUHSAL HASTALIKLARDA
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DURUMLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. MERVE ATİK ŞAHİN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. ASİYE UĞRAŞ DİKMEN

ANKARA

OCAK 2025

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ANKARA'DA BİR ÜNİVERSİTEDE NÖROÇEŞİTLİ ÖĞRENCİ
SIKLIĞI VE RUHSAL HASTALIKLARDA
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DURUMLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. MERVE ATİK ŞAHİN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. ASİYE UĞRAŞ DİKMEN

ANKARA
OCAK 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak ışık tutan, mesleki gelişimimde büyük katkıları olan başta tez danışmanım, kıymetli hocam Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN olmak üzere, her zaman gurur duyduğum bölümümün değerli hocaları; Prof. Dr. Sefer AYCAN, Prof. Dr. Seçil ÖZKAN, Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN, Prof. Dr. Fatma Nur BARAN AKSAKAL, Doç. Dr. Hakan TÜZÜN, Doç. Dr. Volkan MEDENİ, Dr. Öğr. Üyesi Sultan Pınar ÇETİNTEPE ve Dr. Öğr. Üyesi Cansu ÖZBAŞ'a,

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalıştığım değerli arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca maddi ve manevi destekleri ile her zaman yanımda olan annem Şahide ATİK, babam Mehmet ATİK ve değerli kardeşlerim Dilek Kula ve Pınar ATİK BÜLBÜL'e,

Öğrencilik yıllarımdan bugüne her zaman yanımda olan, yol arkadaşım ve meslektaşım Dr. İbrahim ŞAHİN'e sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Merve ATİK ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.2. Amaçlar.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Nöroçeşitlilik	5
2.1.1. Nöroçeşitlilik Terminolojisi	12
2.1.1.1. Nöroçeşitli ve Nöroçeşitlilik	13
2.1.1.2. Nörotipik	14
2.1.1.3. Nörosentrizm	16
2.1.1.4. Nörominorite	18
2.1.1.5. Nöro-Kapsayıcı	19
2.1.2. Nöroçeşitlilik Kavramının Tarihsel Gelişimi	20
2.1.3. Nöroçeşitlilikte Teorik Yaklaşımlar: Tıbbi Model, Sosyal Model ve Nöroçeşitlilik Modeli	23
2.1.3.1. Tıbbi Model.....	24
2.1.3.2. Sosyal Model.....	26
2.1.3.3. Nöroçeşitlilik Modeli	29
2.1.4. Nöroçeşitlilik Modeline Yönelik Eleştiriler ve Tartışmalar	34

2.2. Nöroçeşitlilik ve Eğitim.....	40
2.2.1. Nöroçeşitliliğin Eğitimdeki Rolü	40
2.2.2. Yüksek Öğrenim Kurumlarında Nöroçeşitlilik	41
2.3. RUHSAL HASTALIKLAR VE NÖROÇEŞİTLİLİKTE	
DAMGALANMA.....	45
2.3.1.Damgalanma	45
2.3.2. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	49
2.3.3. Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma.....	51
2.3.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma	53
2.3.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği.....	56
2.3.6. Nöroçeşitlilik ve Damgalanma.....	58
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	63
3.1. Araştırmanın Kapsamı	63
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı.....	63
3.3. Araştırmanın Tipi.....	64
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı	64
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	65
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	65
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	65
3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı	66
3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli	67
3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi	68
3.9. Araştırmanın Takvimi	69

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	70
4. BULGULAR	71
5. TARTIŞMA	101
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	154
6.1. Sonuçlar	154
6.2. Öneriler	155
7. KAYNAKÇA	160
8. ÖZET.....	185
9. ABSTRACT	187
10. EKLER	189
11. ÖZGEÇMİŞ.....	204

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmanın Takvimi.....	69
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2025.	71
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Psikiyatrik Hastalık Durumlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2025.....	73
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Psikiyatrik Hastalığı Olan Öğrencilerin Hastalık Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2025.....	74
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Psikiyatrik Hastalığı Olan Öğrencilerin Hastalık Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2025.	75
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Psikiyatrik Hastalığı Olan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2025.	76
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Hastalıkları İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2025.	79
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Nöroçeşitlilik İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2025.	81
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Nöroçeşitlilik Kavramını Bilen Öğrencilerin Bazı Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması, Ankara, 2025.	84
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Nöroçeşitlilik Kavramını Bilen Öğrencilerin Bazı Hastalık Özelliklere Göre Karşılaştırılması, Ankara, 2025.	86

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Nöroçeşitlilik Kavramını Bilme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2025.....	87
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma Durumlarına Göre Bazı Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2025.	88
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kendi Algılarına Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma Durumlarına Göre Bazı Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2025.....	90
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kendi Algılarına Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma Durumlarına Göre Bazı Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2025.	91
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Tüm Nöroçeşitli Öğrencilerin Bazı Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2025.	93
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Bireylerin Nöroçeşitli Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2025.	95
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Tüm Nöroçeşitli Öğrencilerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2025.....	95
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Nöroçeşitlilik Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2025.	98

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Nöroçeşitlilik Terminolojisi Diyagramı	12
Şekil 2. Nöroçeşitlilik Modelleri	24
Şekil 3. Damgalanma Süreç ve Sonuç Diyagramı	45
Şekil 4. Katılımcıların Vatandaşlık Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2025.	72
Şekil 5. Klinik Olarak Nöroçeşitli Olan Öğrencilerin Hastalıklarının Dağılımı, Ankara, 2025.	80
Şekil 6. Katılımcıların Nöroçeşitlilik Kavramını Bilme ve Kendilerini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama Durumunun Dağılımı, Ankara 2025.	82
Şekil 7. Katılımcıların Nöroçeşitlilik Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2025.	83
Şekil 8. Katılımcıların Nöroçeşitlilik Durumlarına Göre RHİDÖ Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2025.	97
Şekil 9. Katılımcıların Nöroçeşitlilik Gruplarının Sınıflandırılması, Ankara, 2025.	97
Şekil 10. Katılımcıların Nöroçeşitlilik Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2025.	100

KISALTMALAR

ABA	: Uygulamalı Davranış Analizi
AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
ANI	: Uluslararası Otizm Ağı
CIPD	: Kronik İnflamatuvar Demiyelinizan Polinöropati
DALY	: Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yıllar
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
İTÜ	: İstanbul Teknik Üniversitesi
MIT	: Massachusetts Teknoloji Enstitüsü
MS	: Multiple Skleroz
ODTÜ	: Orta Doğu Teknik Üniversitesi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
SKH	: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu
UPIAS	: Engelli İnsanlar Ulusal Bağımsız Yaşam Ağı
YLD	: Yeti Kaybı ile Geçen Yıllar

1. GİRİŞ

Nöroçeşitlilik, 2020 yılından sonra popülerleşen, genellikle tıp ve sosyoloji alanlarına dair bir “paradigma değişimi” olarak kabul edilen, şemsiye terimidir (1-4). Literatürde nöroçeşitlilik tanımı ile ilgili henüz fikir birliğine varılmış bir tanım yoktur. Nöroçeşitliliğin tanımı en basit anlamıyla; otizm spektrum bozukluğu (OSB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), disleksi, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları ve Tourette sendromu gibi psikiyatrik, nörolojik ya da nörogelişimsel hastalıklara sahip bireylerin beyin işleyişlerinin ve düşünme tarzlarının ‘normal’ olarak kabul edilen insanlardan farklı olduğunu ve bu farklılıkların bir ‘hastalık’, ‘bozukluk’, ‘eksiklik’ ya da ‘engellilik’ olarak değerlendirmekten ziyade, insanın doğası gereği var olduğunun kabul edilmesi gerektiğini söyler. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) kapsamında herkes için olduğu gibi bu insanlar içinde eşitsizliklerin azaltılmasının önemli olduğunu ve bu bireylerin farklı düşünme tarzlarının toplumsal hayat için çok değerli olduğunu savunur. Nöroçeşitli bireylerin topluma, eğitime, iş hayatına vb. daha çok katılması için daha çok çaba gösterilmesi gerektiğini ve sağlık alanında da çeşitliliğin, eşitliğin ve kapsayıcılığın savunulması gerektiğini söyleyen bir yaklaşım olarak değerlendirilir (1, 2, 4-10). Ayrıca bu kapsamda nöroçeşitli bireylerin haklarını korumanın, diğer etnokültürel azınlık grupların haklarını korumaktan farklı görülmemesi gerektiği söylenmektedir (11).

Literatürde nöroçeşitlilik konusuyla ilgili yapılan niceliksel çalışmalar nadir denilecek kadar azdır. Öte yandan, nöroçeşitlilik teriminin akademik literatüre

kazandırılmasını sağlayan Judy Singer, 2017 yılında yayımlanan bir çalışmasında, dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birinin nöroçeşitli olduğu tahmininde bulunmuştur (12). İngiltere merkezli “Chartered Institute of Personnel and Development” kuruluşu ise iş hayatındaki insanların %20’sinin nöroçeşitli olduğunu ileri srmştir (13).

Bu çerçevede nöroçeşitli bireylere yönelik, damgalayıcı toplumsal bakış açısının azaltılması oldukça önemlidir. Damgalanma bireylerin hastalıkları nedeniyle maruz kaldıkları ayrımcılık ve önyargıları içerirken; içselleştirilmiş damgalanma, bireylerin bu dışsal olumsuz görüşleri içselleştirip, kendilerine yneltmelerini ifade eder. Nöroçeşitliliğe sahip bireyler de kendilerine yönelik olan bu damgalama hissini iselleştirebilmektedir. Bu içselleştirilmiş damgalanma; bireylerin özgüvenlerinin zedelenmesine, sosyal izolasyona, kendi potansiyelinin farkına varamamaya ve anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunların artmasına neden olmaktadır (14, 15).

Bu bağlamda nöroçeşitlilik paradigması, halk sağlığı açısından kritik bir önem taşır. Hem halk sağlığı bakış açısı hem de nöroçeşitlilik paradigması bu bireylerin toplumda eşit hak ve fırsatlara sahip olmalarını, maruz kaldıkları damgalanmanın azaltılmasını ve toplumsal kapsayıcılığın arttırılmasını savunur. Nöroçeşitliliğin halk sağlığı perspektifinde ele alınması, bu bireylerin toplumda aktif rol almasını teşvik ederek; kapsayıcı bir toplum yaratılmasını, toplumsal dışlanmasının azaltılmasını ve farklılıkların getirdiği faydalara odaklanan bir bakış açısının geliştirilmesini sağlar (16-19). Bu durum nöroçeşitli bireylerdeki içselleştirilmiş damgalanmanın azalması, özsaygı ve zdeğer algısının güçlenmesi

ve toplum ruh sağlığının iyileştirilmesi açısından da oldukça önemlidir (20). Halk sağlığı politikalarının, çoğunluğun ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi, sağlık eşitsizliklerine yol açabilir. Nöroçeşitlilik perspektifini benimseyen politikalar, bu bireylerin özel gereksinimlerini karşılamayı amaçlayarak sağlık hizmetlerinin daha hakkaniyetli bir şekilde sunulmasını sağlar (18, 19, 21). Ayrıca eğitimde de eşitlik ve kapsayıcılık hem halk sağlığının hem de nöroçeşitlilik paradigmasının temel konularından birisidir. Eğitimde nöroçeşitliliğin desteklenmesi, farklı ihtiyaçlara sahip bireylerin potansiyellerini gerçekleştirmelerine olanak tanır (22-26). Ek olarak toplumda nöroçeşitlilik konusunda farkındalık oluşturmak ve bu kapsamda eğitimler vermek, halk sağlığının görevleri kapsamında değerlendirilebilir (25, 27). Nöroçeşitli bireylerin farklılıkların toplum için bir tehdit değil, bir zenginlik kaynağı olduğunun öğretilmesi; nöroçeşitliliğe sahip bireylerin yaşadığı dışlanma ve damgalanma sorunlarının azalmasını sağlayacaktır (20). İlaveten SKH'nin; sağlık, eğitim, eşitlik, istihdam, ayrımcılıkla mücadele ve kapsayıcılık gibi temel ilkelerinin nöroçeşitlilik paradigması ile paralel olduğu söylenebilir (8, 28).

Nöroçeşitlilik ile ilgili literatürdeki çalışmaların büyük çoğunluğu 2020 yılı ve sonrasında yayımlanmış olup; ocuk sağlığı, ocuk gelişimi, halk sağlığı, sosyoloji, psikoloji, psikiyatri ve eğitim gibi birçok disiplin tarafından ele alınmıştır (7, 29). Buradaki kritik noktalardan biri, özellikle tıp alanında bu konunun daha fazla araştırılması gerekliliğidir. Çünkü nöroçeşitli bireylere uygulanan psikiyatrik tedavi ve tanımlamaların nöroçeşitlilik perspektifiyle alternatif bir modele dönüşme potansiyeli vardır (30, 31). Ayrıca bazı tıp dışı disiplinler ve nöroçeşitlilik aktivizminde, nöroçeşitlilik ile ilgili durumların hastalık sınıflandırmasından

tamamen çıkarılması ve bu bireylerin *hiçbir şekilde* tedavi almaması gerektiği savunulmaktadır. Bu durum karşısında, özellikle ağır ve ileri vakalarda, dengeli bir yaklaşımla, tedavi seçeneklerinin titizlikle değerlendirilmesi gerektiğini savunma, bu konuda toplumsal farkındalık yaratma ve tedaviler ile bu bireylerin yaşam kalitesini artırma sorumluluğunun hekimlere ait olduğu düşünülebilir (32-34). Ayrıca Türkiye'de bu konuda hiçbir araştırma yapılmamış olması, literatürde büyük bir boşluk yaratmaktadır. Bu araştırma ile dünyada son 5 yılda oldukça popüler hale gelmiş, nöroçeşitlilik konusu ile ilgili literatürdeki bu boşluğun doldurulması hedeflenmiştir. Bunun yanı sıra nöroçeşitliliğe kapsamlı bir bakış açısı kazandırabilme, net bir tanım yapabilme ve kesinleşmiş kriterlerin belirlenebilmesi adına; farklı disiplinlerden ve dünyanın çeşitli bölgelerinden yürütülecek araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca tıbbi olarak nöroçeşitli denebilecek üniversite öğrencilerinin prevalansının belirlenmesi, herhangi bir hastalığı olmaksızın kendisini nöroçeşitli olarak tanımlayan öğrencilerin sıklığının tespiti amaçlanmaktadır. Ek olarak, ruhsal hastalığa sahip öğrencilerin içselleştirilmiş damgalanma durumları tespit edilecektir.

1.2. Amaçlar

Kısa dönem amaç: Ankara'da bir üniversitede nöroçeşitli öğrenci sıklığı ve ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma durumlarının araştırılması

Orta dönem amaç: Toplumda nöroçeşitlilik farkındalığına katkı sağlaması

Uzun dönem amaç: Eğitim ve sağlık politikaları oluşturulurken nöroçeşitli bireyleri kapsayıcı politikalar oluşturulmasına katkı sağlaması

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nöroçeşitlilik

Nöroçeşitlilik, 2020 yılından sonra popülerleşen, genellikle tıp ve sosyoloji alanlarına dair bir “paradigma değişimi” olarak kabul edilen, şemsiye terimidir (1, 3, 4, 35). Literatürde nöroçeşitlilik paradigması ile ilgili fikir birliğine varılmış bir tanım olmamakla birlikte; bu konunun tarafları olan ve iki zıt kutupta bulunan, tıbbi ve sosyal normları, hem içeren hem de eleştiren bir yaklaşım olduğu ifade edilebilir (5).

Nöroçeşitlilik; OSB, DEHB, disleksi, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları ve Tourette sendromu gibi hastalıklara sahip bireylerin beyin işleyişlerinin ve düşünme tarzlarının normal olarak kabul edilen insanlardan farklı olduğunu ve bu bireylerin dünyayı algılama ve etkileşim kurma farklılıklarının çok değerli olduğunu savunan bir yaklaşımdır. Nöroçeşitlilikte; OSB, DEHB ve disleksi gibi nörogelişimsel farklılıkların hastalık ya da bozukluk değil; insan çeşitliliğinin doğal bir parçası olduğu ve toplum için çok değerli olduğu vurgulanır (32). Nöroçeşitlilik yaklaşımı, nörotipik bireylerin düşünce tarzı ve davranışlarının, ‘normallliğini’, üstün olarak kabul eden hegemonyayı reddeder. Günümüzde nöroçeşitlilik ile ilgili tıbbi yaklaşımlar, bireylerin biyolojik ve nörolojik farklılıklarına dayalı, kişiselleştirilmiş tedavi ve destek programları sunarken; sosyal yaklaşımlar daha çok sosyal kabul, eğitimde destekleyici politikalar ve toplumsal uyum süreçlerine önem verilmesi üzerinde durur (36). Nöroçeşitlilik hareketi ise toplumsal kapsayıcılığı ve herkes için eşitliği savunan;

nöroçeşitli olmanın kusur değil, ayrıcalık olduğunu savunan bir aktivizm biçimidir (37). 1990'larda ortaya çıkan nöroçeşitlilik hareketi, özellikle nörolojik azınlıkların eşitlik ve toplumsal kapsayıcılık haklarını savunmayı amaçlamıştır (11, 38). Nöroçeşitlilik hareketinin savını güçlendirmek amacıyla Albert Einstein, Thomas Edison, Isaac Newton, Greta Thunberg, Van Gogh ve F. Scott Fitzgerald gibi pek çok ünlü örnek gösterilmektedir (1, 6).

Nöroçeşitlilik hareketi, beyin yapısı ve işlevindeki farklılıkların, cilt rengi veya cinsiyet farklılıklarından daha önemsiz olmaması gerektiğini savunmaktadır. Nöroçeşitli bireylerin haklarını korumanın, diğer etnokültürel azınlık grupların haklarını korumaktan farklı görülmemesi gerektiğini söylemektedir. Ayrıca bu bireylerin topluma olan katkılarının vurgulanması ve dezavantajlarının önemsizleştirilmesi gerektiği de belirtilmektedir (11). Nöroçeşitlilik kavramına yönelik çalışmalar başlangıçta bir sosyal adalet hareketi olarak ortaya çıkmış olsa da günümüzde tıp doktorlarının nörogelişimsel bozukluklara ve engellilik durumlarına ilişkin yaklaşımlarının farklılaşması gerektiğini gösteren bir paradigma değişimi olarak şekillenmiştir (11, 38).

Nöroçeşitli bireylerin toplumdaki yaygınlığı göz önünde bulundurulduğunda, bu konunun ciddiyetle ele alınması gerektiği görülmektedir. COVID-19 pandemisinden sonra küresel düzeyde ruh sağlığıyla ilgili geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalar yapılamamış olsa da, pandemi öncesi araştırmaların projeksiyonları, günümüzde bu sorunun büyüklüğünün hala önemli bir halk sağlığı meselesi olarak varlığını sürdürdüğünü göstermektedir (39-41). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2019 yılında dünya genelinde yaklaşık 970

milyon kişinin ruhsal bir hastalığı olduğu tahmin edilmektedir; bu da dünya nüfusundaki her sekiz kişisinden birinin ruhsal hastalıklarla mücadele ettiğini göstermektedir (42). Birleşmiş Milletler ise 2022 yılında bu sayının 1 milyarı aştığını belirtmiştir (43). Küresel olarak ruhsal hastalıklar, yeti kaybı ile geçen yılların (Years Lived with Disability, YLD) %19'undan ve engelliliğe uyarlanmış yaşam yıllarının (Disability-Adjusted Life Years, DALY) %6'sından sorumludur (44). DSÖ'nün Dünya Ruh Sağlığı Uluslararası Üniversite Öğrenci Projesi kapsamında yaptığı bir araştırmada, dünya çapında üniversitelerde ruhsal sağlık sorunlarının arttığını ve üniversite öğrencilerinin %35'inin bir ruhsal hastalığı olduğunu bildirmiştir (45). 10-19 yaş aralığındaki her yedi bireyden biri ruhsal hastalığa sahiptir ve bu yaş grubundaki küresel hastalık yükünün %13'ünü oluşturmaktadır (46). DSÖ'nün 2019 verilerine göre, dünya genelinde 301 milyon kişide anksiyete bozukluğu, 280 milyon kişide depresyon, 40 milyon kişide bipolar bozukluk, 24 milyon kişide şizofreni ve 14 milyon kişide yeme bozukluğu bulunmaktadır (47). Otizm spektrum bozukluğu ise her 100 çocuktan birinde görülmektedir (48). Dünya genelinde obsesif kompulsif bozukluğun prevalansı yaklaşık %6,5'tir (49). DEHB'nun dünya çapında çocuklarda ve ergenlerde görülme sıklığı %5,29 olarak tahmin edilmektedir (50). Türkiye'de ise nüfusun %17'sinin ruhsal hastalığı olduğu, her yıl yaklaşık 9 milyon kişinin ruh sağlığı desteği aradığı ve son 5 yılda antidepresan kullanımının %56 arttığı tespit edilmiştir (51).

The Lancet Neurology tarafından yayınlanan bir çalışmada, 2021 yılında dünya genelinde 3 milyardan fazla insanın nörolojik bir hastalığı olduğu ve bunun

dünya nüfusunun üçte birinin nörolojik bir hastalığı olduğu anlamına geldiği belirtilmiştir. Ayrıca nörolojik hastalıklara bağlı yeti kaybı ile geçen yılların (DALY) 1990 yılından bu yana dünya genelinde %18 arttığı gösterilmiştir (52). DSÖ'nün verilerine göre, Türkiye'de en sık DALY'ye neden olan ilk 10 hastalık arasında depresyon, anksiyete ve migren yer almaktadır (53). Ayrıca tüm dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birinin ve iş dünyasındaki insanların %20'sinin nöroçeşitli olduğu tahmin edilmektedir (12, 13, 54).

Nöroçeşitlilik terimi ilk defa 1998 yılında Judy Singer tarafından yazılmış bir tez çalışmasında, sadece otistik bireyler için kullanılmış ve yıllar boyunca yalnızca otizm için ele alınan bir kavram olarak kalmıştır (12, 55). Judy Singer tarafından yayınlanan çalışmadan sonra, otizmin tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğunu düşünen ve tıbbi modeli savunanlar ile tedavi karşıtı olan ve sosyal modeli savunanlar olarak iki ayrı grup oluşmuş ve nöroçeşitlilik yaklaşımı ile ilgili görüş ayrılıkları meydana gelmiştir (5, 11).

Günümüzde nöroçeşitlilik, yalnızca otizm spektrum bozukluğuna ait bir kavram olarak kalmamıştır (55). Ayrıca bugün gelinen noktada, hala literatürde görüş ayrılıkları olsa da nöroçeşitlilik modelinin, genellikle iki farklı grubu, yani tıbbi ile sosyal modelin savunucularını, ortak bir zeminde buluşturmaya çalışan, bir paradigma değişimi olarak görülmesi gerektiği söylenmektedir (5). Bu kapsamda tıbbi modeli savunanların iddiası, nöroçeşitli bireylerin insanların hasta olduğu, bu hastalığın konjenital ya da çevresel etkileşimler nedeniyle ortaya çıkmış olabileceği ve bu bireylerin iyileştirilerek ya da *normalleştirilerek* daha işlevsel, daha standart ve daha alışılabilir bir birey haline getirilmesi

gerektiğidir (3, 22). Öte yandan sosyal model, esasında tıbbi modelin tam tersidir ve bu kişilere uygulanacak tüm ilaç tedavilerine ve tüm davranışsal eğitimlere karşı çıkmaktadır. Bu modeli savunanların iddiası, engelli bireylerin zihin ya da biyolojilerindeki farklılıkların aslında bir engel teşkil etmediği, toplum tarafından bu kişilere dayatılan kısıtlamalardan dolayı bu kişilerin engellendiği iddiasına paralellik gösterir. Bu iddianın klasik örneklerinden biri fiziksel engelli bir bireyin aslında tekerlekli sandalye rampası bulunmaması nedeniyle engelleniyor olmasıdır. Başka bir deyişle bu kişilerin toplum tarafından yalnızca çoğunluğa uygun olarak yapılandırılan, erişilemez tasarım sebebiyle engelleniyor olduğunu, aslında engelli olmadıkları savunulur (3, 22, 56). Sosyal modeli savunanlar, nöroçeşitliliğe sahip bireylere de bu perspektifle bakılması gerektiğini söyler. Buradaki klasik örnek otizmin bir hastalık, bozukluk, engellilik veya özür durumu olmaması; aksine otizmin insan çeşitliliğinin doğal bir varyasyonu olarak kabul edilmesi gerektiğidir. Bu bakış açısına göre, otistik bireylerin ihtiyaçlarına uygun şekilde düzenlenen bir çevre ve toplumsal kabul, onların potansiyellerini gerçekleştirmelerine olanak tanıyacaktır. Dolayısıyla otizmin veya diğer nöroçeşitlilik durumlarının hastalık, eksiklik ya da düşük işlevsellik değil; insan çeşitliliğinin doğal bir ifadesi olduğu, var olan farklılıkların değerinin anlaşılması gerektiği ve toplumun bu bireylere bu perspektifle yaklaşması gerektiği vurgulanmaktadır (3, 22, 57).

Nöroçeşitliliğin tanımı zaman süreci içerisinde evrimleşerek bu iki modelin de ötesine geçmiştir (12). Nöroçeşitlilik modeli, zihin çeşitliliğine değer verilmesi gerektiğini ve psikiyatrik ya da nörolojik hastalıklara sahip bireylerin

tüm farklılıklarının toplum tarafından benimsemesi gerektiğini söyler. Ayrıca nöroçeşitlilik yaklaşımı bu bireylerin tedavi olması gerektiği hususunda daha esnek bir duruşa sahiptir. Örneğin, otistik bir bireyin daha konforlu ve sağlıklı bir hayat sürmesi için medikal tedavi veya davranış terapisi alabileceğini ancak otistik bireylerde sıkça görülen ve bireye ya da başkasına zarar vermeyen, yalnızca toplum tarafından anormal olarak değerlendirilen stereotipik hareketlerin, tedavi edilmesi gerektiği düşüncesinin yanlış olduğunu söyler (3, 22, 58, 59). Buradaki belirsizlik, tedavi gerektiren veya gerektirmeyen durumların neler olduğu konusundaki sınırların hala bulanık olmasıdır (22). Diğer bir tartışmalı konu ise, hangi nörolojik veya psikiyatrik rahatsızlıkların nöroçeşitlilik kavramı çerçevesinde ele alınması gerektiğine dair süregelen değerlendirmelerdir (60). Hatta herhangi bir tanı almamış bireyler dahi, nöroçeşitlilik kavramının popülerleşmesiyle birlikte kendilerini nöroçeşitli olarak tanımlayabilmektedir. Bu bağlamda, nöroçeşitli olmanın veya olmamanın belirlenmesine yönelik net bir tanısal kriter henüz bulunmamaktadır (61). Nöroçeşitliliğe sahip bireylerin farklı düşünme tarzına aslında toplumda çokça ihtiyaç duyulduğu fikri, bu modelde de savunulur (58). Nöroçeşitlilik hareketi bireylerin farklılıklarının herhangi bir *özel fayda ile gerekçelendirilmesi gerektiğini* savunmakla birlikte; disleksili bireylerin üç boyutlu nesneleri daha iyi algılayabilme eğiliminde olduğunu; otistik bireylerin belirli alanlarda yüksek beceriler gösterebildiğini, özellikle de ezber yeteneklerinin gelişmiş olduğunu ve otizmin genetik temellerinin insan evrimi açısından avantajlı olduğunu; DEHB sahip bireylerin yaratıcılık, spontanlık ve belirli görevlere yoğun odaklanma becerilerinin olduğunu, bipolar bozukluğu olan

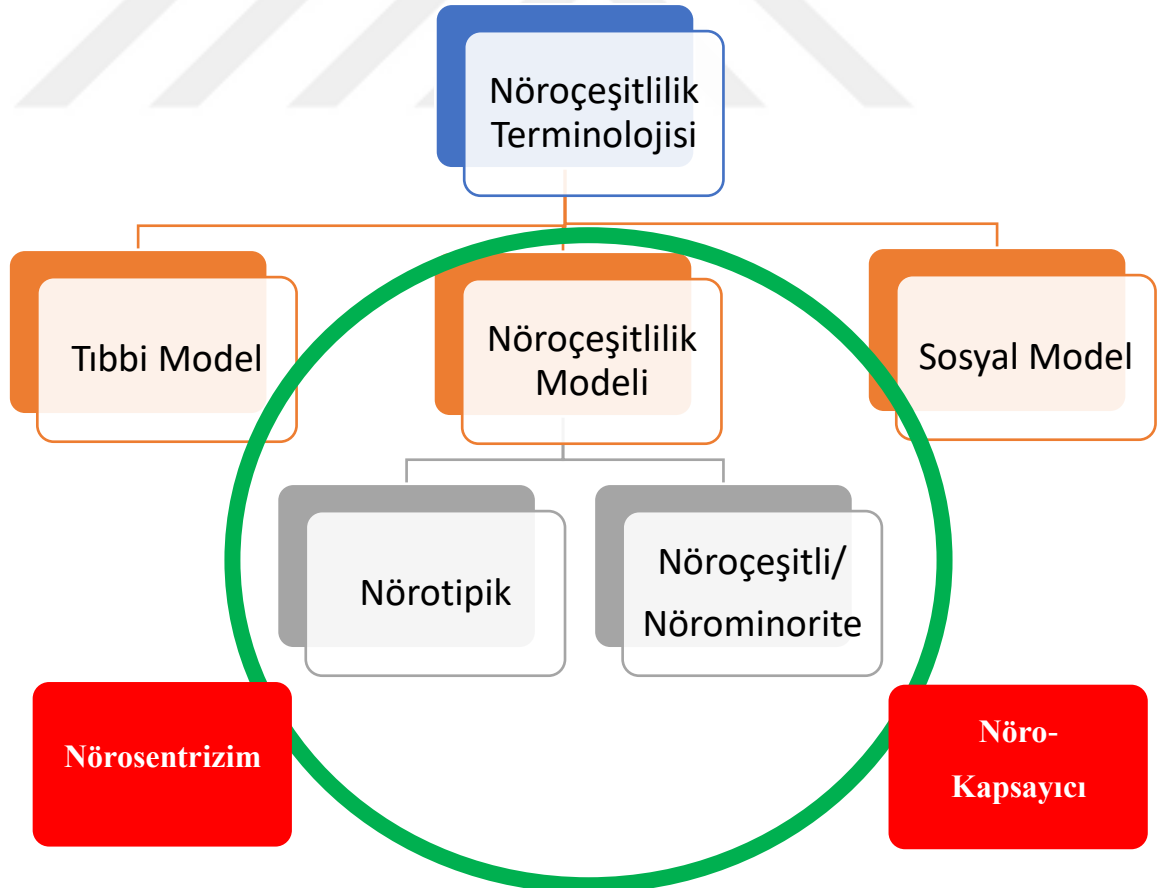
bireylerin yaratıcı ve yenilikçi fikirler geliştirdiğini ve tüm nöroçeşitliliğe sahip bireylerin bu tarz faydalı farklılıklarının olduğunu söylemektedir (62, 63).

Nöroçeşitlilik hareketi, yalnızca akademik bir kavram olarak değil; aynı zamanda bu bireylerin haklarını savunan ve toplumsal normların değişimini teşvik eden bir aktivizm biçimi olarak da gelişmiştir. Bu hareket, nöroçeşitli bireylerin toplumsal kabulünü artırmayı, damgalamayı azaltmayı ve eşit fırsatlar sunmayı amaçlar. Aktivist gruplar, toplumda nöroçeşitliliğin değerinin anlaşılması, bu bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması, eğitim sistemleri, sağlık hizmetleri ve iş hayatında nöroçeşitli bireyler için daha kapsayıcı politikaların oluşturulması, sosyal medya ve diğer iletişim araçları kullanılarak toplumsal farkındalığın artırılması ve nöroçeşitliliğe dair olumlu bir imaj yaratılmasını sağlamak amacıyla kamuoyu oluşturma çabalarını sürdürmektedir. Nöroçeşitlilik hareketinin aktivizme varan boyutları ve bu bağlamda yürütülen çalışmalar, nöroçeşitli bireylerin toplumda daha görünür ve kabul gören bir yer edinmelerine katkıda bulunmaktadır (11, 64, 65). Bu kapsamda, her yıl Haziran veya Temmuz ayında kutlanan ‘Nöroçeşitlilik Onur Günü’ (Neurodiversity Pride Day) bu yıl 7. kez düzenlenecektir. Etkinlik Amerika, İngiltere, Almanya ve Hollanda’nın da içinde bulunduğu 15 büyük ülkede oldukça geniş organizasyonlar ile gerçekleştirilecektir (66).

Nöroçeşitlilik alanındaki en büyük global aktörlere Specialisterne Foundation, Neurodiversity in Business, The Arc, National Autistic Society, Neurodiversity Foundation, Autism Self Advocacy Network, Institute Of Neurodiversity ve Neurodivergent Rebel kuruluşları örnek verilebilir (67-74).

Ayrıca Harvard Medical School, UCLA Health, King's College London, Stanford University School of Medicine, Karolinska Institutet, Cleveland Clinic ve Yale School of Medicine gibi prestijli sağlık kuruluşları da nöroçeşitlilik konusu üzerinde çalışmaktadır (10, 38, 75-81). Bununla birlikte DSÖ, Birleşmiş Milletler ve UNICEF, nöroçeşitliliğe sahip bireylerin haklarını ve refahını korumak için çeşitli düzeylerde kapsayıcılığı artırma, politika oluşturma, farkındalık artırma ve kaynak sağlama çalışmaları yürütse de doğrudan "nöroçeşitlilik" başlığı altında bir program veya çalışma yürütmemektedirler (82-84).

2.1.1. Nöroçeşitlilik Terminolojisi



Şekil 1. Nöroçeşitlilik Terminolojisi Diyagramı

2.1.1.1. Nöroçeşitli ve Nöroçeşitlilik

Nöroçeşitlilik terimi, güncel Türk Dil Kurumu sözlüğünde yer almamakta olup; İngilizce literatürdeki 'neurodiversity' ve 'neurodiverse' kelimelerinin karşılığı olarak kullanılmaktadır. 'Neurodiversity' olarak nöroçeşitlilik, insana ait tüm nörolojik çeşitlilik, yani hem nöroçeşitli hem de nörotipik bireyleri kapsayan bir genel çerçeveyi temsil eder iken; 'neurodiverse' olarak nöroçeşitlilik, nörobilişsel farklılıkları olan bireyleri tanımlamak için kullanılır. 'Neurodiverse' terimi, ilk olarak nöroçeşitli bir topluluğu tanımlamak için kullanılmış olup; kamuoyunda bireyleri tanımlamak amacıyla kullanımının yaygınlaşması sonucunda, günümüzde daha çok bireyler için kullanılan bir terim haline gelmiştir (85, 86). 'Neurodiverse' kavramının Türkçeye çevrilmesi konusunda net bir kılavuz bulunmamakta olup; 'nöroçeşitliliğe sahip birey' ya da 'nöroçeşitli' olarak çevirmek mümkün görünmektedir. Bununla birlikte İngilizce literatürde 'nöroçeşitliliğe sahip birey' ifadesinin kullanılmaması önerilmektedir. Burada kastedilen nöroçeşitliliğin sahip olunacak bir durum olmadığı; biyolojik çeşitlilik ya da ekolojik çeşitlilik gibi kendiliğindenlikten gelen doğal olan bir kavram olduğudur. Bu durum insanların ten rengi farklılıklarının 'sahip olunan' bir özellik olmamasına benzetilerek açıklanabilir. Bu noktada 'nöroçeşitliliğe sahip birey' yerine 'nöroçeşitli birey' denilmesinin daha doğru bir kullanım olacağı öngörülebilir (2).

Literatürde nöroçeşitli bireyleri tanımlamaya yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır. Bazı yayınlar tıbbi bir duruma bağlı kalmaksızın 'ben toplumun genelinden farklı düşünüyorum' diyen her bireyin nöroçeşitli kabul edilmesi

gerektiğini söylerken, bazı araştırmalar nörogelişimsel bozuklukları olan bireylerin nöroçeşitli olarak kabul edilmesi gerektiğini söylemektedir. Yine bazı yayınlar tüm psikiyatrik hastalıkların nöroçeşitlilik kapsamında ele alınabileceğini belirtirken, bazı yayınlarsa tüm nörolojik hastalıklara sahip bireylerin nöroçeşitli olduğunu savunur (10, 32, 36, 87, 88). Pek çok disiplin tarafından farklı bir şekilde yorumlanan bu kavram için ‘nöroçeşitlilik paradigması, nöroçeşitlilik çerçevesi veya nöroçeşitlilik yaklaşımı’ kullanımlarının doğru olacağını söyleyen bir çok yayın bulunmaktadır (5). Bu nedenle, nöroçeşitlilik kavramı hala araştırılmakta olup, bilimsel ve toplumsal tartışmaların devam ettiği dinamik bir alan olarak kabul edilmektedir. Kavramın nispeten yeni olması, farklı disiplinler tarafından çeşitli perspektiflerden ele alınmasına yol açmaktadır. Dolayısıyla henüz üzerinde uzlaşılmış tek bir tanım veya yaklaşım bulunmamaktadır. Bu durum nöroçeşitlilik üzerine yapılan çalışmaların çeşitliliğini de artırmaktadır (89). Gelecekteki araştırmaların, bu kavramın daha net bir çerçeveye oturtulmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

2.1.1.2. Nörotipik

Nörotipik teriminin güncel Türk Dil Kurumu sözlüğünde karşılığı bulunmamakta olup, İngilizce literatürdeki ‘neurotypical’ ve ‘neurotypicality’ sözcüklerinin karşılığı olarak kullanılmaktadır (85, 90). Nöroçeşitlilik anlayışını kavramanın, öncelikle nörotipikliği anlamaktan ve nörotipik bireyler ile nöroçeşitli bireyler arasındaki sınırları belirlemekten geçtiğini savunan çalışmalar

bulunmaktadır (36). Bu sebeple, nöroçeşitlilik terminolojisi içinde nörotipik kavramının irdelenmesi büyük önem taşımaktadır.

Nörotipik kavramı, baskın toplumsal normlar içerisinde, 'normal' kabul edilen nörobilişsel işleyiş tarzına sahip olma durumunu ifade eder ve nöroçeşitli olma durumunun tam karşıtı olarak kullanılır. Nörotipik bireyler, genel olarak toplumsal, bilişsel ve davranışsal normlara uyum gösterirler ve nörogelişimsel bozukluk (örneğin OSB, DEHB, disleksi gibi) tanısı almazlar. Bu terim daha çok nöroçeşitli bireylerle karşılaştırma yapmak için kullanılır ve insan beyninin standart bir gelişim modeline ve nörobilişsel işlevselliğe sahip olmasını ifade eder (35). Başka bir deyişle nörotipiklerin nörolojileri, tipik ve çoğunluğa uygun iken; nöroçeşitlilerin nörolojileri azınlıkta ve toplumun genel kabulüne uymayan bir yapıdadır (91). Bununla birlikte literatürde farklı disiplinlerde yapılan çalışmalar, nörotipik kavramının sadece 'sağlıklı-hasta' kavramsal ikileminin bir karşılığı olmanın ötesine geçtiğini söylemektedir. Bu çalışmalarda, nörotipikliğin ardında yatan hegemonik yapılar ve uygulamalar daha ön plana çıkmaktadır (11). Bu bağlamda nörotipik perspektifle şekillenen ortamlarda, nöroçeşitli bireylerin özel yetenekleri, güçlü yönleri ve niteliklerinin değersizleştirildiği ve engellendiği düşünülmektedir. Bu durumun sonucunda nöroçeşitlilere ait özellik ve niteliklere sahip olmanın; utanç, damgalanma, maskeleye, düşük özsaygı ve ruhsal hastalıklara yol açtığı söylenmektedir (7). Bu noktada 'neurotypical' ile birlikte karşımıza çıkan kavramlar 'neuromajority' ve 'neuronormativity' terimleridir. 'Neuromajority' nörotipik bireylerin sayıca üstün olma durumunu ifade ederken; 'neuronormativity', nörotipik olmanın toplumsal norm olarak kabul edilmesi ve

nöroçeşitli bireylerin marjinalleştirilmesi anlamlarına gelmektedir. Bu noktada nörotipikliğin ayrıcalıklı olmasından ve nörotipik şiddetten (neurotypical violence) bahseden çalışmalar da ortaya çıkmıştır (14, 92). Bu bağlamda nörotipik şiddet; nörotipik bireylerin statükosunu sürdüren toplumsal normların, nöroçeşitli bireyler üzerinde uyguladığı baskı ve ayrımcılığı ifade eder. Bu baskılar, nöroçeşitli bireylerin toplumda kabul görmek veya varlıklarını sürdürebilmek amacıyla kimliklerini gizlemek (masking) zorunda kalmalarına yol açar. Fiziksel, duygusal veya sosyal saldırılar sonucunda oluşan ayrımcılık ve dışlanma gibi şiddet biçimleri; nöroçeşitli bireylerin kendilerini ifade etmelerini engeller. Ayrıca nörotipik şiddet, ırksal kimliklerle de kesişebilmekte ve özellikle farklı etnik gruplardan gelen nöroçeşitli bireyler üzerindeki baskıyı daha da arttırarak, ayrımcılığı derinleştirmektedir (14). Tüm bu bilgiler ışığında nörotipik kavramının yalnızca bir tanım aracı olmadığı, aynı zamanda toplumsal yapılar, normlar ve ayrımcılıklar üzerinde derinlemesine incelenmesi gereken bir olgu olduğu söylenebilir.

2.1.1.3. Nörosentrizm

Nörosentrizm teriminin güncel Türk Dil Kurumu sözlüğünde karşılığı bulunmamakta olup, İngilizce literatürdeki 'neurocentrism' sözcüğünün karşılığı olarak kullanılmaktadır (85, 93). Nörosentrizm terimini en iyi şekilde kavrayabilmek için bu konuyu hem tarihsel hem bilimsel hem de toplumsal yönleriyle ele almak gerekir.

Nörosentrizm, Satel ve Lilienfeld tarafından, insan deneyimi ve davranışlarının, nörolojik süreçler perspektifi ile ele alınarak, en iyi şekilde açıklanabileceği görüşü olarak tanımlanmıştır. 20. yüzyılda nörobilimin yükselmesi ile birlikte bu görüş daha fazla kabul görmüş ve 'insan beyninin', davranış biçimlerini anlama konusunda merkezi bir rol oynadığı fikrini güçlenmiştir. Yani nörosentrizm, bireylerin zihinsel süreçlerini ve kimliklerini, nöral yapılarına dayandırarak anlamaya çalışmaktır. Bu görüş, bireylerin zihinsel süreçlerinin ve kimliklerinin, beynin nörobiyolojik ve kimyasal süreçleri aracılığıyla, yani 'nörokimyasal benlik' kavramı kapsamında şekillendiğini ifade eder. Nörosentrizm, disiplinler arası bir etkiye sahiptir. Tarihçi Daniel Smail, bu yaklaşımı tarihsel incelemelerde kullanmayı savunarak 'nörotarih'(neuro-history) kavramını ortaya atmıştır. Bu teori insanlık tarihini politik ve sosyal yapıların ötesine taşıyarak, nörobiyolojik çeşitlilik üzerinden yeniden yorumlamaya çalışır. Nörotarih, insan bilincinin gelişimi ile tarih arasındaki ilişkiyi inceleyerek, insanın biyolojik çeşitliliğini anlamada daha derin bir bakış açısı sunmayı hedefler ve tarihçilerin, politik yapılar ve kültürel ifadeler yerine, insan nörobiyolojisinin tarihine bakmaları gerektiğini savunur (33, 94-96).

Bu bağlamda nöroçeşitlilik hareketinin esas çıkış noktası nörosentrizm kavramıdır. Tıpkı nörosentrizm kavramında olduğu gibi, nöroçeşitlilik yaklaşımında da bireylerin nöral işleyiş farklılıkları, bir insanın nörotipik ya da nöroçeşitli olmasının temel belirleyicileridir (33).

Bununla birlikte nöroçeşitlilik anlayışı ile nörosentrizm kavramı arasında önemli karşıtlıklar bulunmaktadır. İlk olarak nörosentrizm, otistik ve nörotipik

beyinlerin farklarını açıklarken, otizmi dikotomik bir çerçevede (otistik olan ve otistik olmayan) ele aldığı için eleştirilmektedir. Çünkü nöroçeşitlilik hareketi otizmi bir spektrum olarak kabul eder ve nörosentrizmin bu dikotomik yaklaşımının, otizmi daha geniş bir spektrum içerisinde değerlendirme çabasını engellediğini savunur. Ayrıca nörosentrizm, tıbbi model ile örtüşerek, otizmi bir hastalık olarak sınıflandırırken; nöroçeşitlilik hareketi bu sınıflandırmaya karşı çıkar (33, 97).

2.1.1.4. Nörominorite

Nörominorite terimi, güncel Türk Dil Kurumu sözlüğünde yer almamakta olup, İngilizce literatürdeki 'neurominority' terimine karşılık olarak, 'nöroazınlık' ifadesi ile birlikte kullanılmaktadır (2, 85, 98).

Bu terim; otizm, DEHB ve disleksi gibi nörolojik farklılıklara sahip bireylerin toplumda bir "azınlık" grubu olarak görüldüğünü belirtmek için kullanılır. Nöroçeşitlilik yaklaşımını kabul eden nörominorite kavramı; bu bireylerin ötekileştirilmesini, toplumdan soyutlanmasını ve ayrımcılığa uğramasını önlemek amacıyla ortaya çıkmıştır. Başka bir deyişle nöroçeşitlilik yaklaşımının ve nörominoritenin temel amacı, nöroazınlığın toplumsal eşitliğini sağlamak, sosyal katılımını güçlendirmek ve biyomedikal modellerin bu grupları sınırlayıcı bir biçimde ele almasına karşı çıkmaktır (98). Bununla birlikte nörominorite kavramının, yalnızca doğuştan gelen ve değiştirilmesi mümkün olmayan nörolojik farklılıkları olan bireylerin oluşturduğu gruplar için kullanılması gerektiğini savunan çalışmalar da mevcuttur. Bir başka görüş ise bir

nörominorite grubunun tüm üyelerinin aynı ya da benzer bir nörolojik farklılığa sahip olması gerektiğini söylemektedir. Örneğin otistik bireylerin veya disleksili bireylerin, belirli bir nörominorite grubunu temsil etmesi gerektiği söylenmektedir (2).

2.1.1.5. Nöro-Kapsayıcı

Nöro-Kapsayıcı terimi, güncel Türk Dil Kurumu sözlüğünde yer almamakta olup, İngilizce literatürdeki 'neuro-inclusive' teriminin karşılığı olarak kullanılmaktadır (85, 99). Nöro-kapsayıcılık, özellikle duysal hassasiyetleri yoğun olan OSB, DEHB, disleksi, bipolar bozukluk veya şizofreniye sahip bireyler için, bu hassasiyetlere uygun çevreler oluşturulması gerektiğini söyleyen bir kavramdır. Bu yaklaşım eğitim ve iş alanları gibi toplumsal platformlarda, nöroçeşitli bireylerin duysal hassasiyetlerine duyarlı, daha erişilebilir ve destekleyici ortamlar yaratmayı amaçlar. Duysal hassasiyetler, temelde hipersensitivite (parlak ışıklar, yüksek sesler gibi uyaranlara aşırı hassasiyet) ve hiposensitivite (daha fazla duysal uyaran arayışı) olarak ikiye ayrılır. Nöro-kapsayıcı tasarım, bu farklı duysal profillere uygun çözümler sunarak bireylerin yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Bazı kaynaklarda bu kavram, sadece çevresel düzenlemeler kapsamında değil; aynı zamanda liderlik yaklaşımlarının nöroçeşitli bireylerin ihtiyaçlarına duyarlı bir şekilde düzenlenmesi anlamına geldiği söylenmektedir (100-102). Ayrıca nöro-kapsayıcı iletişim ve hizmetlerin benimsenmesi, nöroçeşitli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde

karşılaştıkları engelleri ortadan kaldırarak, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına da katkı sağlayabilir (103).

2.1.2. Nöroçeşitlilik Kavramının Tarihsel Gelişimi

Nöroçeşitlilik hareketi 1990'larda, klasik otizm anlayışının savunuculuğuna bir tepki olarak ortaya çıkmıştır (104). Nöroçeşitlilik teriminin henüz literatürde kullanılmamış olduğu 1993 yılında, Jim Sinclair otizm ile ilgili yayınladığı "Bizim İçin Yas Tutmayın" adlı makale ile nöroçeşitlilik yaklaşımının temelini atmıştır (105). Nöroçeşitlilik kavramı ise ilk kez 1998 yılında, Judy Singer'ın sosyoloji alanında yaptığı onur tezinde kullanmıştır (106). Jim Sinclair, otizmlili çocukların ebeveynlerini, tedavi arayışlarından uzaklaşmaya ve çocuklarının otistik kimliklerini kabullenmeye davet etmiştir. Sinclair'in yazısı, yalnızca ebeveyn merkezli otizm anlatılarından bir kopuş olarak değil; aynı zamanda otistik bireylerin kamusal alandaki rollerini genişleten, otistik bireylerin kendi kimliklerini savunmalarına imkân tanıyan ve klasik otizm söylemine radikal bir şekilde meydan okuyan bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir (105). Bu makaleden sonra otistik kültür gelişmiş ve bu konuda çalışmalar yapan topluluklar oluşmaya başlamıştır (104). Jim Sinclair'ın çalışmalarından etkilenen Judy Singer ise nörolojik çeşitliliği tıpkı biyolojik çeşitlilik gibi kabul etmemiz gerektiğini savunarak; otizmin bir "hastalık" değil, insan çeşitliliğinin doğal bir parçası olduğunu ileri sürmüştür (106). Ayrıca Judy Singer, feminizm ve eşcinsel hakları hareketlerinin kendi topluluklarına sağladıkları haklar ve özgürlükler gibi,

nöroçeşitli bireyler için de benzer bir özgürleşmenin sağlanabilmesi adına bir aktivizm hareketi oluşturmayı hedeflemiştir (107, 108).

Nöroçeşitlilik terimi ilk olarak Judy Singer'ın tezinde kullanılsa da geniş kitlelerce tanınması ve popülerleşmesi, yine 1998 yılında gazeteci Harvey Blume tarafından gerçekleştirilmiştir. Blume, medya platformlarında, nöroçeşitlilik terimini kullanarak, bu kavramın yalnızca akademik bir tartışma olmaktan çıkarak; geniş bir toplumsal harekete dönüşmesine katkıda bulunmuştur. Blume'un yazıları, nöroçeşitlilik kavramını popülerleştirerek, Singer'ın sosyolojik analizini geniş bir kitleye tanıtmış ve nöroçeşitliliğin kültürel bir hareket olarak hız kazanmasına olanak sağlamıştır (104, 109).

Bunun sonucunda otizmlili bireyler Sinclair, Singer ve diğer otizm aktivistlerinin önderliğinde bir araya gelerek, otizmlili bireylerin kendi yaşam deneyimlerine dair söz sahibi olma hakkını savunan bir topluluk oluşturmuşlardır. Böylece 1992 yılında otistik bireyler tarafından yönetilen ilk oluşum olan Autism Network International (ANI) kurulmuştur. ANI ve ANI tarafından düzenlenen Autreat konferansları, Jim Sinclair ve Judy Singer'ın düşüncelerine somut bir uygulama alanı sağlayan platformlar olarak şekillenmiştir. Her yıl tekrarlanan Autreat konferansı hem nörotipik hem de otistik bireyler için benzersiz bir deneyim olarak kabul edilmiştir. Bu konferansta nörotipik katılımcılar nasıl davranacaklarını ve diğer insanlarla nasıl iletişim kuracaklarını bilememeyi deneyimlerken; otistik katılımcılar da kendilerine en doğal gelen şekilde davranma, iletişim ve etkileşim kurma ve rahat hissetme deneyimini yaşamaktadır. Bu konferanslar ile otizmlili bireyler için güvenli bir alan sağlanmış; otistik

savunuculuk için mücadele eden pek çok liderin ortaya çıkmasına ilham kaynağı olunmuş, bu kapsamda başka derneklerin kurulmasına öncülük edilmiş ve nöroçeşitlilik hareketine hız kazandırılmıştır (4, 110-113).

Tüm bunların sonucunda 2000'li yıllarda nöroçeşitlilik kavramı daha geniş kitleler tarafından benimsenmiştir. Bu dönemde yalnızca otizm değil; aynı zamanda DEHB, disleksi, epilepsi, bipolar bozukluk ve Tourette sendromu gibi diğer psikiyatrik ve nörolojik farklılıklar da nöroçeşitlilik şemsiyesi altına dahil edilmiştir (58, 97). Buna paralel olarak, nöroçeşitlilik hareketi ve aktivizmi hızla yayılmış ve hem iş dünyasında hem de eğitim alanında önemli bir fark yaratılmaya başlanmıştır. Ayrıca nöroçeşitlilik hareketi, 2000'li yıllarda, iş dünyasında nöroçeşitli bireylerin yeteneklerinden faydalanmayı amaçlayan istihdam programlarının yaygınlaşmasını sağlamıştır. Şirketler, çeşitlilik politikalarını nörobilişsel farklılıkları da kapsayacak şekilde genişletmiş ve iş yerlerini bu bireyler için daha uygun hale getirmeye başlamışlardır. Nöroçeşitli bireylerin yaratıcı düşünme, dikkatli analiz yapma ve problem çözme becerileri, inovasyon süreçlerine katkı sağlarken; nöroçeşitliliği destekleyen şirketler sosyal sorumluluk projeleriyle marka imajlarını güçlendirmiştir. Microsoft ve Ernst & Young gibi büyük şirketler, nöroçeşitli bireyleri istihdam etmeyi amaçlayan programlar başlatmış ve bu gelişmeler, nöroçeşitliliğin yalnızca bir toplumsal hareket olmanın ötesine geçerek ekonomik alanda da önemli bir rol oynamaya başladığını göstermiştir (6, 26, 114, 115).

Nöroçeşitlilik hareketi, başlangıçta güçlü bir sosyal ağı sahip küçük bir topluluk içinde ortaya çıkmıştır. Bu topluluk genellikle bireysel deneyimleri

birbirleri ile paylaşmış, akademiyle çok fazla etkileşime girmemiş ve yazılı bir belge kaydı tutmamıştır. Zaman içinde, bu topluluğun orjinal terminolojisi daha geniş kitleler tarafından benimsenmiş ve bu kavramlar sosyal, kültürel ve ekonomik anlamda daha güçlü olan grupların çalışmalarıyla birleşmiştir. Bu süreçte, nöroçeşitlilik hareketine ait terimler, ilk ortaya çıktıkları bağlamdan farklı amaçlar için kullanılmaya başlanmıştır. Bu terimler hem akademisyenler hem de iş dünyası liderleri tarafından, ilk nöroçeşitlilik aktivistlerinin kastettiklerinden farklı anlamlarda kullanılmıştır. Bunun sonucunda, nöroçeşitliliğin "gerçek" anlamı hakkında bir belirsizlik ortaya çıkmıştır. Bu belirsizlik, bazı durumlarda hareket içindeki farklı seslerin, kendi görüşlerini tek "gerçek" olarak sunmalarına neden olmuştur. Bu durum nöroçeşitlilik savunucularının aslında sahip olmadıkları görüşler üzerinden, eleştirmelerine neden olmuştur. Birçok kişi, muhataplarının gerçekten kastettiğinden oldukça farklı fikirleri veya kullanımları eleştirmekte ya da övmektedir. Ancak hareketin ideolojik sınırları ve kapsayıcılığı konusundaki tartışmalar, gelecekte bu hareketin nasıl gelişeceği konusunda yol gösterici olacaktır (104). Bu belirsizliğin doğuşuna neden olan faktörler ve bu konudaki tartışmalar ilerleyen bölümlerde anlatılmıştır.

2.1.3. Nöroçeşitlilikte Teorik Yaklaşımlar: Tıbbi Model, Sosyal Model ve Nöroçeşitlilik Modeli

Literatürde nöroçeşitlilik ile ilgili teorik yaklaşımlar; ‘Tıbbi Model’, ‘Sosyal Model’ ve ‘Nöroçeşitlilik Modeli’ olarak üç temel çerçeve etrafında incelenmektedir.



Şekil 2. Nöroçeşitlilik Modelleri

2.1.3.1. Tıbbi Model

Tıbbi model, nörolojik ve zihinsel farklılıkları bireysel eksiklik, hastalık ya da bozukluk olarak değerlendirir. Bu modelde nörolojik veya zihinsel farklılıkların "tedavi edilmesi" ya da "düzeltilmesi" gerektiği anlayışı vardır. Tıbbi modelde otizm, DEHB, obsesif kompulsif bozukluk ve disleksi gibi nörobilişsel farklılıklar birer 'hastalık' ya da 'bozukluk' olarak kabul edilir. Bireylerin bilişsel işleyişinin "normale" göre sapma göstermesi, çözülmesi gereken bir sorun olarak değerlendirilir. Tıbbi model, farklılıkların nedenlerini genetik, biyolojik veya nörolojik bozukluklarla açıklar ve çoğunlukla bu bireylerin tıbbi bir tedaviye ihtiyaç duyduğu varsayar. Tıbbi model, insanları "normal" ve "anormal" kategorilerine ayırarak nörobilişsel farklılıkları normatif bir çerçeveye oturtur. Bu ayırım nörolojik farklılıklara sahip bireyleri, damgalanma ve dışlama riskine açık hale getirir. Model, bu farklılıkların kaynağını, bireyin kendisine indirgediği için, toplumsal ve çevresel etmenleri göz ardı eder. Özellikle eğitim, iş yaşamı ve sağlık hizmetleri bağlamında, bireyler sıklıkla tıbbi modelin dayattığı

'normalleşme' ve 'uyum süreçlerine' zorlanırlar. Bu yaklaşımda, nörolojik farklılıklarla başa çıkmak ya da bu farklılıkları gidermek, bireyin ya da sağlık profesyonellerinin sorumluluğundadır. Dolayısıyla nörolojik çeşitlilik, toplumsal bir mesele olarak değil; yalnızca tıbbi bir sorun olarak değerlendirilir. Bu durum bireylerin damgalanmasına, ayrımcılığa uğramasına ve toplumdan dışlanmasına neden olabilir (116-118).

Tıbbi modele göre nöroçeşitlilik hareketi, özellikle Asperger sendromu gibi yüksek işlevli otistikler tarafından yönlendirilmekte ve otizm spektrumundaki ağır ve ileri vakalar temsil edilmemektedir. Otistik bireylerin veya ailelerinin, terapilere erişim hakkının kısıtlanmasından ve nöroçeşitlilik hareketinin tedavi karşıtı söylemlerle güçlenmesinden korkulmaktadır. Örneğin nöroçeşitlilik hareketi, ABA (Applied Behavior Analysis – Uygulamalı Davranış Analizi) gibi terapilerin otistik bireylerin doğal ifade biçimlerini baskıladığını savunurken; tıbbi model bu terapilerin otistik bireylerin sosyal hayatta ilerleme kaydetmelerini ve daha fazla bağımsızlık kazanmalarını sağladığını söyler. Ayrıca tıbbi model, nöroçeşitli bireylerin topluma entegrasyonundan ziyade biyomedikal, genetik ve nörolojik araştırmalara daha fazla kaynak sağlanması gerektiğini söyler (119).

Sonuç olarak tıbbi model, nöroçeşitliliği toplumsal bir zenginlik ya da doğal bir çeşitlilik olarak değil; düzeltilmesi gereken bir problem olarak ele alır. Tıbbi modele dayanan politikalar ve uygulamalar, bireyleri tedavi etmeye ya da onlara tıbbi nosyonun belirlediği sınırlar içerisinde fırsatlar sunmaya odaklanır.

2.1.3.2. Sosyal Model

Nöroçeşitliliğin sosyal modeli, engelliğin sosyal modelini temel alan bir yaklaşımdır (5). Engelliliğin sosyal modelinin temelleri, 1970'lerde Birleşik Krallık'ta ortaya çıkan Engelli İnsanlar Hareketi (Disabled People's Movement) ve Engelli İnsanlar Ulusal Bağımsız Yaşam Ağı (UPIAS) gibi kuruluşların çalışmalarına dayanır (56). Bu çalışmalardan sonra Michael Oliver, 1983 yılında yazdığı makalesinde, sosyal model terimini ilk kez kullanarak, bu modelin akademik bağlama yerleştirilip, sistematikleştirilmesini ve geniş çapta kabul görmesini sağlarken; 1990 yılında *'The Politics of Disablement'* kitabıyla bu modeli detaylandırmıştır (56, 120). Michael Oliver bu kitapta, engellilik alanında önemli bir paradigma değişikliğini detaylandıran derin bir analiz sunar. Oliver, tıbbi modele karşı çıkar ve tıbbi modelin engelliliği anlamada yetersiz kaldığını savunur. Bu görüşe göre engellilik, bireysel bir sağlık sorunu olarak değil; toplumsal yapıların ve politikaların bir sonucu olarak anlaşılmalıdır. Sosyal modelin temeli, engelliliği bireysel bir problem olarak görmek yerine, sosyal bir dışlanma sorunu olarak ele almak üzerine kuruludur. Bu modelde, insanlar sadece fiziksel veya zihinsel farklılıklarından dolayı engelli olmazlar. Buradaki asıl sorun, toplumun bu farklılıklara uygun şekilde düzenlenmemesidir. Bu model, engelliliği toplumsal dışlama, erişim eksikliği, ayrımcılık ve ön yargılar üzerinden açıklamaya çalışır. Örneğin rampasız kaldırımlar ya da asansör yokluğu gibi durumlar, tekerlekli sandalye kullanan bireyler için engelleyicidir. Oliver, toplumsal yapı ve kurumların, engellilerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmediği müddetçe, bu bireylerin dışlanmaya devam edeceğini vurgular. Tıbbi modelin,

sorunu bireysel düzeye indirgemesinden ve bireyleri etiketlemesinden dolayı, bu bireylerin topluma tam katılımının engellediği ileri sürülür. Dolayısıyla, çözümün bireyleri “tedavi etmek” ile değil; toplumsal ve yapısal koşullara dair köklü bir değişimin gerçekleştirilmesi ile mümkün olacağını söyler (120). Bu kapsamda koklear implant kullanımı örnek olarak verilebilir. Koklear implant kullanımının hem engelliliği ele alma biçimimizi hem de engellilikle ilgili toplumsal yapıyı etkilediği düşünülür. Bu teknolojilerin engelliliği, düzeltilecek bir "kusur" olarak ele aldığını, bu durumun da engelli bireylerin toplumda kabul edilme biçimleri ve toplumdaki değerleri üzerinde büyük bir etki oluşturduğunu söyler. Ayrıca bu teknolojilerin işitme kaybını düzeltmeye odaklanmasının, işitme engelli bireyler üzerinde "normalleştirilme" baskısı oluşturduğunu, oysa engelliliğin bireyde değil; toplumun engelleyici yapılarında olduğunu ve çözümün işitme engelli bireyler için altyazı seçenekleri ya da işaret dili kullanımı gibi toplumsal düzenlemeler ile uyumlu çevreler sağlamak üzerine olması gerektiğini savunur (121). Sosyal model, sadece teorik bir değişim önermez; aynı zamanda ayrımcılığa karşı verilen kadın hakları ve ırksal eşitlik savunuculuğu gibi diğer toplumsal adalet mücadelelerine benzer, politik bir eylem çağrısı yapar. Engelliliği bireyin bir hatası ya da eksikliği olarak gören geleneksel yaklaşımlar ile sorunun kaynağının toplumsal yapıların yetersizliği ve ayrımcılığı olduğu anlayışı arasındaki fark; engellilik politikaları ve toplumsal tutumların yeniden şekillenmesi açısından büyük bir önem taşır (120). Bununla birlikte engellilik sosyal bir sonuç olarak görülmekte ve sosyal modelin toplum üzerinde bir etki yarattığı kabul edilmektedir. Ancak bazı çalışmalar sosyal modelin, engelliliğe

yönelik oluşturulan politikalara doğrudan rehberlik etmediği, hangi politikaların uygulanması gerektiği konusunda açık bir yol göstermediği ve nedensellik ile politika arasındaki boşluğu dolduramadığı söylenmektedir (121).

Sosyal modelin radikal formunda ise engellilik bireyin fiziksel veya zihinsel farklılıklarından değil; *tamamen* toplumun bu farklılıklara nasıl yanıt verdiğinden kaynaklandığı düşüncesi vardır. Radikal sosyal model savunusu, tüm insanların çeşitli sınırlamalara (fiziksel ya da zihinsel) sahip olduğu ancak toplumun normları ve yapılarının, insanların işlevlerini engellediğinde engellilik durumunun ortaya çıktığıdır (122).

Nöroçeşitliliğin sosyal modelinde, nörobilişsel farklılıkların tıbbileştirilmesine karşı çıkılır. Tıbbi modelin “bozukluk” ya da “hastalık” şeklindeki tanımlamalarına ve tedavi gerekliliği düşüncesine karşı çıkar. Nöroçeşitliliğin sosyal modeline göre, nörolojik farklılıklar insan çeşitliliğinin doğal bir parçasıdır ve toplumsal çeşitliliğe katkıda bulunan farklı ve güçlü yönlerdir. Bu nedenle, bu farklılıkların tıbbi müdahale ile düzeltilmesi gerektiği düşüncesi yanlıştır. Sorunun bireyde değil; toplumun bu farklılıklara uyum sağlama konusundaki başarısızlığında olduğunu ve bu farklılıkların toplumsal dışlamaya yol açmaması için toplumun kendini dönüştürmesi gerektiğini savunur. Örneğin, otistik bir bireyin toplumun sosyal beklentilerine (göz teması kurmak, belirli iletişim biçimlerini takip etmek gibi) uymaması sorun değildir. Sorun toplumun bu nörolojik farklılığı anlamayıp, otistik bireylerin ihtiyaçlarını ve iletişim biçimlerini kabul etmeyerek, otistik bireyleri engelli olarak görmesidir.

Engelliğin sosyal modelinde olduğu gibi, nöroçeşitliliğin sosyal modelinde de politik bir duruş sergilenir ve toplumsal adalet mücadelesi verilir. Nöroçeşitliliğin sosyal modelindeki savunusu, toplumsal yapıların, nöroçeşitli bireylerin tam katılımını sağlayacak şekilde yeniden düzenlenmesini içerir. Eğitim sistemleri, iş yerleri, sosyal etkileşim normları ve kamu hizmetleri, nöroçeşitlilik göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmelidir (2).

2.1.3.3. Nöroçeşitlilik Modeli

Nöroçeşitlilik modeli, hem sosyal hem de tıbbi modelin belirli unsurlarını harmanlayıp; bu yaklaşımların ötesine geçerek bir paradigma değişikliği talep eden ve bunu yeni bir perspektif oluşturarak sağlayan bir yaklaşımdır. ‘Nöroçeşitlilik modeli’ ya da diğer adıyla ‘nöroçeşitlilik paradigmasının’ yaklaşımı şu temel ilkeler ile özetlenebilir:

1. Nöroçeşitlilik, insan çeşitliliğinin doğal ve değerli bir formudur.
2. Tek bir 'normal' veya 'sağlıklı' beyin yapısının ya da nörobilişsel işleyişin var olduğu düşüncesi, kültürel olarak inşa edilmiş bir kurgudur. Bu düşünce, ne sağlıklı bir toplum yapısının inşasına ne de toplumsal refaha katkı sağlar. Bu düşünme biçimi, tek bir 'doğru' etnik köken, tek bir 'doğru' cinsiyet veya tek bir 'doğru' kültür olduğu iddiası kadar geçersizdir.
3. Nöroçeşitliliğe dair ortaya çıkan toplumsal dinamikler, insan çeşitliliğinin diğer formlarında (örneğin etnik köken, cinsiyet ya da kültür çeşitliliği) gözlemlenen toplumsal dinamiklere benzer. Bu dinamikler bir tarafta

toplumsal eşitsizliklerin altını çizerken, diğer tarafta çeşitliliğin kucaklanmasının, yaratıcı bir potansiyel kaynağı olduğu gerçeğini vurgular (2).

Nöroçeşitlilik modelinde, nöroçeşitli bireylerin varlığı; dünyadaki insan nüfusunun bir özelliği, insanların bilişinin sınırsız değişkenliği ve gezegenin tartışılmaz bir gerçeği olarak kabul edilir. Biyolojik açıdan nöroçeşitlilik, gezegenin baskın türü olan Homo Sapiens'in içindeki nörobilişsel azınlıkların korunması ile ilgilendir. Bu noktada nöroçeşitlilik; sürdürülebilir, istikrarlı ve sağlıklı bir gezegen için biyoçeşitliliğin ve ekosistemin korunması gerektiği gibi, nöroçeşitliliğin de korunması gerektiğini söyler. Bu kapsamda nöroçeşitlilik, biyolojik çeşitliliğin bir alt kümesidir ve biyoçeşitlilik prensibine göre algılanan faydaya bakılmaksızın, tüm türlerin korunması gerekmektedir (123). Burada esas alınan noktalardan biri, bir ekosistemin varlığının, istikrarının ve sürdürülebilirliğinin sağlanması için farklı genlerden seçim yapılabilmesi, çeşitliliği sağlayan bir gen havuzunun olması ve popülasyonun belirli bir yüzdesinin nöroçeşitli olması gerektiğidir. Nöroçeşitli bireylerin, Homo Sapiens evrimi açısından daha avantajlı olduğunu gösteren çalışmaların olması, nöroçeşitlilik savunucularının dayandığı bir başka prensiptir. Örneğin; şizofren ve otistik kişilerde ve bu kişilerin akrabalarında kanser riskinin azaldığına yönelik çalışmalar vardır (2, 11, 33, 123). Bu noktada daha da ileri gidilerek, nöroçeşitlilik modelini kabul etmemenin; totaliter bir sosyal Darwinist vizyon olduğunu ya da ırkçılık, cinsiyetçilik, homofobi, öjenik ötenazi ve ideolojik sansür gibi ayrımcılıklarla eşdeğer olduğunu iddia eden yayınlar da bulunmaktadır (123).

Nöroçeşitlilik yaklaşımında, klinisyenlerin geçmişte nöroçeşitli insanlara epistemik şiddet uyguladıklarını ve var olan bu epistemik normların değiştirilmesi gerektiğini ve nihayetinde tüm bakış açılarını birleştiren yeni bir paradigma oluşturulması gerektiğini söyleyen çalışmalar bulunmaktadır (124). Bu bağlamda nöroçeşitlilik hareketinde, bireylerin zihinsel sağlık ya da engellilik durumlarının, sadece klinisyenlerin kontrolünde olmasının önüne geçilmesinin istendiği söylenebilir (33).

Nöroçeşitlilik paradigmasında; DEHB, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk, panik bozukluk, OSB gibi tıbbi modelin nörobilişsel varyantları tanımlamak için kullandığı ‘bozukluk’ ya da ‘hastalık’ gibi terimler kabul edilmez (2). Bu kapsamda nörotipiklerin, nöroçeşitli bireyler ile ilgili temel algılarını temsil eden hastalık, bozukluk ve eksiklik tanımlamaları ve bakış açılarının değiştirilerek; nöroçeşitli bireylerin topluma dahil edilmesinin topluma sağlayacağı faydalarının altının çizilmesinin yararlı olacağını söylenir (123). Nöroçeşitlilik modelinde, nöroçeşitliliğin yalnızca biyolojik çeşitliliğin devamı için gerekli olduğu söylenmez; aynı zamanda kültürel zenginlik ve istikrar için gerekli bir birleşen olduğuna da vurgu yapılır (11). Bu perspektifte, bilişsel işleyişi farklı olan bireylerin varlığıyla gelen çeşitlilik, toplumsal hayatta var olması gereken ve toplumdaki rolleri çeşitlendiren bir zenginlik kaynağıdır (2). Aslında nöroçeşitlilik modeli, nöroçeşitlilik deneyimlerine ve yeteneklerine olduğu kadar; bu kapsamdaki engellilik ikilemine de açıktır. Bu noktada nöroçeşitlilik modeli, nöroçeşitliliğin değerli olmakla birlikte, korunması gereken zayıflıkları da içinde barındırdığını kabul eder. Bu bağlamda nörotipik bireylerin,

azınlık yapılarından dolayı nöroçeşitlileri koruma sorumluluğunda olduğunun da altı çizilir (11).

Nöroçeşitlilik modeli; bireylerin yaşam kalitelerinin iyileşmesi, konforlu bir yaşam sürebilmesi ve sağlıklarının geliştirilmesi adına terapi ya da tedavi alabilecekleri fikrine tamamen karşı değildir. Örneğin otistik bir bireyde kaygı veya depresyon gibi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması durumunda, medikal tedavi ve davranış terapisi gibi müdahalelerin faydalı olabileceği kabul edilir. Bununla birlikte nöroçeşitlilik modelinde öncelikli olarak bireyleri "tedavi etme" odaklı yaklaşımlardan ziyade bireylerin topluma nasıl entegre edileceği ile ilgili toplumsal önyargılar, ayrımcılıklar, nörosentrik toplum anlayışı ve kapsayıcılık gibi konular odak noktasıdır (2). Buradaki temel örneklerden biri özellikle OSB'da ele alınan çift empati problemidir. Çift empati problemi, nörotipik ve otistik bireyler arasındaki iletişimde, otistik bireylerin iletişim sağlayamama ve empati yoksunluğuna sahip olma durumuyla yaftalanmasına karşın; aslında nörotipik bireylerin de otistik bireyleri aynı derecede anlayamadıklarını, her iki tarafında karşılıklı empati kurmakta zorlandığını ve her iki tarafında bu iletişimsizliğe katkısının olduğunu söyleyen bir kavramdır (125). Bu çerçevede nöroçeşitlilik modeli daha çok bu bireylerin sosyal ve politik bariyerleri aşarak, eşit fırsatlara sahip olmalarına odaklanırken; tıbbi model otizmi tamamen ortadan kaldırmayı amaçlar. Nöroçeşitlilik hareketi, otistik bireylerin, otizmi bir hastalık olarak görmek yerine, kimliklerinin değiştirmek istemedikleri bir parçası olarak görme, otizmin güçlü yönlerini ortaya çıkarma, farklılıklarını koruma ve 'otizm bir

trajedidir' anlatısına meydan okuyarak otizme dair pozitif, kutlayıcı ve kabullenici bir bakışını benimsemeye davet eder (33, 119).

Nöroçeşitlilik modeli en genel anlamıyla tüm insanlara nörolojilerden bağımsız, sosyal kabul ve eşit fırsat çağrısı yapmaktır (11, 126). Bu çerçevede eğitim, iş hayatı ve sağlık hizmetleri gibi alanlarda, bu kapsayıcı modelin uygulanabilirliğine dair yol göstericilik yapar. Nöroçeşitlilik modelinde kapsayıcı politikaların geliştirilmesi, nöroçeşitliliğin topluma sağladığı avantajların vurgulanması ve bu kapsamda kamuoyunda farkındalık yaratılması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda sosyal medya ve diğer iletişim araçları kullanılarak toplumsal kabulü artırmak, damgalamayı azaltmak ve nöroçeşitliliğe dair olumlu bir imaj oluşturmak hedeflenir (2, 123).

Literatür, nöroçeşitliliğin anlamının diyalektik bir değişim sürecinin parçası olarak evrimleşmeye devam edeceğini söyler. Bu kapsamda dünyadaki normları değiştiren herhangi bir fikrin, hem bir tez ve hem de bir antitez oluşturduğu ve tüm tartışma ve müzakerelerden sonra daha rafine edilmiş yeni bir sentezin ortaya çıkmasının, bu sürecin doğal bir parçası olduğu gerçeğine atıf yapılır (123). Gelecekte nöroçeşitlilik modelinin tüm bu tartışma konularını çözümleyerek; yeni ve güçlü kavramlar sunması beklenmektedir (11).

Bu noktada nöroçeşitlilik paradigmasının, nöroçeşitlilik hareketi ve aktivizmine felsefi bir temel sağladığı; ancak bu kavramların birbirinin yerine geçebilecek ifadeler olmadığı söylenmelidir. Örneğin nöroçeşitlilik paradigmasına dayalı kapsayıcı eğitim stratejileri geliştiren insanlar vardır. Ancak bu kişiler

kendilerini sosyal adalet aktivisti ya da nöroçeşitlilik hareketinin bir parçası olarak tanımlamazlar. Nöroçeşitlilik hareketi nöroçeşitli bireyler için sivil haklar, eşitlik, saygı ve tam toplumsal katılım talep eden bir sosyal adalet hareketidir. Nöroçeşitlilik hareketi, tek bir grup ya da organizasyon değildir. Herhangi bir grup ya da organizasyon tarafından yönetilmez ve bir lideri yoktur. Pek çok sivil haklar hareketleri gibi, nöroçeşitlilik hareketi de çeşitli bireylerden oluşur ve bu bireylerin bir kısmı farklı gruplar halinde organize olmuştur. Bu bireyler ve gruplar bakış açıları, hedefleri, endişeleri, siyasi duruşları, bağlılıkları, aktivizm yöntemleri ve nöroçeşitlilik paradigmasını yorumlama şekilleri bakımından oldukça çeşitlidir. Nöroçeşitlilik hareketi, otizm hakları hareketi içinde başlamıştır ve iki hareket arasında hala büyük bir örtüşme vardır. Ancak nöroçeşitlilik hareketi ve otizm hakları hareketi aynı şey değildir. İkisi arasındaki en önemli fark, nöroçeşitlilik hareketinin sadece otistik bireyleri değil; tüm nörominoriteleri kapsamasıdır. Ayrıca otistik bireylerin haklarını savunan ancak otizmi hala bir tıbbi patoloji ya da “bozukluk” olarak gören bazı kişiler, nöroçeşitlilik aktivizminin bir parçası olarak kabul edilmez; çünkü bu bakış açısı nöroçeşitlilik paradigmasıyla çelişir (2, 123, 127).

2.1.4. Nöroçeşitlilik Modeline Yönelik Eleştiriler ve Tartışmalar

Nöroçeşitlilik etrafındaki tartışmalar, bu yaklaşımı benimseyen farklı bilim dalları ve farklı toplumsal hareketlerin amaçlarının çeşitliliğinden kaynaklanan, oldukça geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Bu çeşitlilik, bir yandan farklı grupların nöroçeşitlilik tanımını kendi hedeflerine uygun biçimde uyarlamalarına

olarak tanırken; diğer yandan karışıklık, reddedilme ve hatta düşmanlığa varabilen istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir (104).

Nöroçeşitliliği ele alırken ortaya çıkan sorunların en başında terminoloji problemleri gelmektedir. Bu kapsamda akıllara öncelikle nöroçeşitlilik bir sosyal hareketin adı mı, yoksa biyolojik bir gerçeklik mi sorusu gelmektedir. Nöroçeşitlilik için politik eksenlerde tanımlamalar bulunabilmektedir. Ancak bilimsel literatürdeki araştırmaların büyük bir kısmında nöroçeşitlilik, biyolojik bir gerçeklik olarak ele alınır. Bu araştırmalarda nöroçeşitlilik bir bakış açısı, inanç veya politik pozisyon olarak kesinlikle kabul edilmez (104).

Nöroçeşitlilik ile ilgili önemli tartışma konularından bir diğeri ise, nörotipik ve nöroçeşitli bireyler arasındaki sınırın neden ve daha da önemlisi nasıl çizildiğidir. Nöroçeşitlilik modelinin tüm insanları nöroçeşitli ve nörotipik olarak iki gruba ayırması ilk bakışta çelişkili görünebilirken; nöroçeşitlilik çerçevesinde, damgalama ve kötü muameleye yol açabilen tıbbi kategorilere tepki gösterilmektedir. İlk bakışta kutuplaşma gibi görünen ya da "sağlıklı–hasta" kavramsal çiftinin bir ikamesi olduğu varsayılabilen bu durum, aslında nörotipikler tarafından yaratılan hegemonik yapılara ve uygulamalara dikkat çekmektedir. Esasında buradaki sorun hiçbir zaman kategorizasyon olmamıştır. Buradaki problem, tıbbi kategorilerin sosyal hayattaki yanlış yorumlamalarıdır. Bu noktada nörotipiklik hegemonyasından kasıt, belirli nörobilişsel işleyişe sahip bazı grupların, ayrıcalıklı olmasını sağlayan sosyal yapılar ve uygulamalardır. Bu tartışmalarda vurgulanan noktalardan bir diğeri de tanı kılavuzlarının nörotipik

insanlar tarafından hazırlanıyor olması ve nöroçeşitli bireylerin kendi anlatılarında yer alamamasıdır (36, 98, 128).

Burada ele alınması gereken diğer bir konu ise nörotipik ve nöroçeşitli insanlar arasındaki sınırın bulanıklığıdır. Biyomedikalizasyonun artmasıyla otizm, DEHB veya depresyon gibi hastalıkların, biyomedikal yöntemlerle kesin olarak tanımlanabileceğine olan inanç güçlenmektedir. Ancak genetik testler gibi biyomedikal yaklaşımların, bireylerin sosyal bağlamları nedeniyle güvenilir sonuçlar vermekte yetersiz kaldığı görülmektedir (129, 130). Bu noktada çeşitli fikirler ortaya çıkmaktadır. Örneğin nöroçeşitlilik aktivistleri kişinin kendisini nöroçeşitli olarak algılaması için tıbbi bir tanıya gerek olmadığını söyler (2). Bu görüşü savunan bireylerin iddiası tanıya değil, tanımlamaya ihtiyaç duyulduğu görüşüdür (131). Bu çerçevede, bir kişinin kendisinin düşünme, algılama ve hareket etme biçiminin baskın sosyal normlardan farklı olduğunu düşünmesi durumunda, bu kişinin nöroçeşitlilik şemsiyesi altında kabul edilmesi gerektiği ifade edilir (2). Tıbbi bakış açısı ise bir kişinin tüm varlığını etkileyen nörolojik sapmalar ile bir kişinin yalnızca belirli yönlerini etkileyen sapmalar arasında bir fark olduğunu söyler (4). Bu noktada bilimsel literatür genellikle DEHB, disleksi, bipolar bozukluk, şizofreni, zihinsel engellilik gibi pek çok hastalığın nöroçeşitlilik kapsamında ele alınması gerektiğini söyler (104). Burada vurgu özellikle nörogelişimsel hastalıklara yapılmakla birlikte psikiyatrik ya da nörolojik hastalıklarının tümünün nöroçeşitlilik şemsiyesine dahil edilmesidir (1, 4). Bununla birlikte bazı çalışmalar yalnızca doğuştan gelen ve edinilmiş olmayan hastalıkları nöroçeşitlilik kapsamına almaktadır (131). Başka bir anlatıda

nöroçeşitliliğin tıbbi bağlamda semptomlar olarak adlandırılabilen bireysel özellikler kapsamında değerlendirilmesi önerilir (104). Diğer bir iddia ise nöroçeşitlilik paradigmasının sadece otizm için ele alınması gerektiğini söyleyen, nöroçeşitlilik aktivistlerinden gelmektedir (132).

Nöroçeşitlilik yaklaşımındaki bir başka tartışma konusu tedavi gerekliliği olan durumlardır. Nöroçeşitlilik modelinde, nöroçeşitliliğe sahip bireylerin patolojik bir durumu olduğu fikri reddedilir ve bu görüşün devamı olarak nöroçeşitliliğin ortadan kaldırılmasını amaçlayan terapiler ve tedaviler kabul edilmez (11). Burada savunulan argümanlar biri, bireylerin kimliğinin değişmemesi koşuluyla, belirli durumlarda tedavi uygulanabileceğidir. Bu argüman kapsamında epilepsi gibi hastalıklar tedavi edilebilir ve bu tedavinin yapılması eleştirilmez. Ancak nöroçeşitliliğini yaşamının hemen her alanında yaşayan bireylerin, nöroçeşitliliğini ortadan kaldıracak yaklaşımlar kabul edilmez (4). Bu görüşe nöroçeşitlilik yaklaşımının, ciddi bilişsel sorunları olan bireylerin karşılaştığı zorlukları küçümsediğinden endişe duyan engellilik savunucuları karşı çıkmaktadır. Bu kapsamda, ciddi tıbbi tedavilere ihtiyaç duyan kişilere nöroçeşitlilik terimini atamanın, "acımasızca" olduğunu ileri sürmektedirler (133). Diğer taraftan ise otistik bireyler için bir zevk ve öz-düzenleme kaynağı olan tekrarlayan davranışların; obsesif kompulsif bozuklukta çok daha büyük bir sıkıntı kaynağı olması durumu gibi, benzer davranışların farklı koşullarda tamamen farklı anlamlar taşıyabileceği, her iki duruma yönelik tedavi yaklaşımlarının farklı olması gerektiği savunulur. Bu noktada belirli bir seçicilik bulunması gerektiği söylenmektedir (134-136). Ayrıca ileri derecede anoreksiyası olan bireyleri

iyileştirme çabalarının, bu bireylerin kendileri tarafından reddedilme riski olması gibi durumlar da dikkatle ele alınmalıdır. Burada vurgulanması gereken nokta el çırpmayı önleme veya göz teması kurmaya yönelik tedavilerin, ne olursa olsun kabul edilemez olarak değerlendirilmesidir. Bunun nedeni bu davranışların özünde hiç kimsenin zararına olmamasıdır. Buna karşılık kendine zarar verme, şiddet veya işlevsel bir iletişim sisteminin olmaması gibi durumlar, bunları deneyimleyen kişinin kendisine veya başkalarına zarar verebileceği için, tedavi edilmesi gerektiği söylenir. Zaten bu durumlardaki zararın kaynağı damgalanma değildir ve bu zarar hâkim olan sosyal normlardan bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır (104). Yani herhangi bir ileri derece şizofren vakasında olduğu gibi, bireylerin yaşadığı içsel zorluklar toplumun engeller yaratmadığı durumlarda bile var olabilir. Nöroçeşitlilik hareketi, toplumsal engellerin kaldırılmasını savunurken, bazı durumlarda bireylerin tıbbi desteğe ihtiyaç duyabileceğinin göz ardı edilmemesi gerektiğini söyler (3).

Nöroçeşitlilik yaklaşımıyla ilgili bir diğer tartışma konusu nöroçeşitliliğin, aslında engellilik hakları savunuculuğu kapsamında değerlendirilebileceğidir. Buradaki eleştiri noktası "tekerleği yeniden icat etmek" durumuna gerek olmadığıdır. Çünkü engellilik haklarının savunuculuğunda da temel ilkeler 'erişilebilirlik' ve 'fırsat eşitliğidir'. Ancak nöroçeşitlilik yaklaşımı, engelli hakları ideolojilerine dayanmak ile birlikte, engelli hakları ideolojilerinden daha farklı kavramlar kullanılmakta ve var olan kavramlara eklemeler yapmaktadır. Nöroçeşitlilik yaklaşımının, engelli hareketinden en büyük farkı, araştırma ve hizmet sunumunda normallığe yönelik önleme, tedavi veya iyileşmenin hedeflemesi

gerektiği fikrinin reddedilmesidir (3). Örneğin birçok fiziksel engellilik aktivisti, engelli bebeklerin doğumunun önlenmesi için seçici kürtaj ve implantasyon öncesi genetik tanıya karşı çıksa da, bu eleştiri genellikle halihazırda var olan engelli kişileri normalleştirmeye yönelik olan müdahaleleri kapsamamaktadır (137). Sonuç olarak nöroçeşitlilik yaklaşımı, engellilik hakları ideolojilerinden beslenmekle birlikte, normalliği hedefleyen müdahaleleri reddederek, kendi özgün söylemini oluşturmakta ve engellilik hakları savunuculuğuna da alternatif bir bakış açısı sunmaktadır (3).

Tanımı ve kapsamı ne olursa olsun, nöroçeşitlilik ile ilgili en önemli tartışmalardan biri, nöroçeşitliliğin sahada ne anlama geldiğidir. Otistik bireylerin günlük yaşamda toplum normlarına uyum sağlamak adına gösterdikleri maskeleme davranışlarına dikkat çekmek ve bu davranışların kendilerine olan zararına yönelik farkındalığı arttırmak amacıyla başlatılmış “TakeTheMaskOff” sosyal medya kampanyası gibi kampanyalar olsa da asıl tartışma konusu nöroçeşitliliğin ideolojisini, pratik hizmet sağlama amaçları için işlevsel hale getirmede kullanılabilecek çeşitli yaklaşımlara ilişkin yararlı bir teorik tartışma sunmaktadır. Bu noktada zorlukların, engel ve çevrenin birleşiminden kaynaklandığını kabul eden nöroçeşitliliğe yönelik, etkileşimci bir yaklaşım uygulanması gerektiği savunulmaktadır. Bu çerçevede nöroçeşitliliği işlevselleştirmek, için, semptom odaklı bir yaklaşım benimseyerek; kendine zarar verme davranışları, hiçbir şekilde iletişim kuramama veya ileri derecede anoreksiya gibi özünde bireyin kendisine ya da etrafına zararlı olan davranışları tedavi kapsamında ele almak gerekmektedir. Sonuç olarak sahada; özünde bireyin

kendisine ya da etrafına zararlı etkiler doğurabilecek unsurlara müdahale eden, damgalayıcılıktan uzak ve bireyin yalnızca kendi özelliklerini değil, aynı zamanda çevresiyle olan karşılıklı etkileşimlerini de dikkate alan bir yaklaşım benimsenmesi gerektiği söylenebilir (104).

2.2. Nöroçeşitlilik ve Eğitim

2.2.1. Nöroçeşitliliğin Eğitimdeki Rolü

Nöroçeşitlilik, farklı nörolojik özelliklere sahip bireylerin, özgün öğrenme ihtiyaçlarının tanınması ve desteklenmesi gerektiğini vurgular. Nöroçeşitlilik yaklaşımı doğrultusunda, eğitim sistemlerinde eşitlik ve kapsayıcılık savunulur. Bu bağlamda destekleyici öğrenme ortamlarının yaratılması, nöroçeşitliliğe sahip bireylerin potansiyellerini gerçekleştirmelerine olanak tanır. Geleneksel eğitim yaklaşımlarına alternatif versiyonlar eklemenin, nöroçeşitli bireylerin akademik başarılarını arttırmaya katkıda bulunacağı söylenir.

Eğitim ortamlarının, öğrencilerin güçlü yanlarına odaklanarak tasarlanması, tüm öğrenciler için olumlu sonuçlar doğuracaktır. Ancak bu durum, özellikle nörolojik farklılıklara sahip bireyler için daha da büyük bir öneme sahiptir. Güçlü yönlere dayalı bir öğretim yaklaşımının benimsenmesi, öğrencilerin başarıyı deneyimlemelerine ve yeteneklerine olan güvenlerini geliştirmelerine yardımcı olur. Bu sayede nörolojik farklılıkları eksiklik olarak görmek yerine, neler başarabileceklerine odaklanmaları teşvik edilir. Nöroçeşitliliğe sahip öğrencilerin güçlü yönlerine, kabiliyetlerine ve becerilerine

odaklanarak zorlukların üstesinden gelmelerini sağlamak, önemli bir öğretim yaklaşımı olarak vurgulanmaktadır (138).

Ayrıca eğitimcilerin, çeşitli nörogelişimsel farklılıklara sahip çocukların özellikleri hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu öğrencilerin zorluk çektiği alanlar, farklı gereksinimleri ve yetenekli oldukları konuların bilinmesi, öğrenmelerinin desteklenebilmesi için kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda, öğretmenlerin farklı öğrenme ihtiyaçlarını desteklemek amacıyla farkındalığının olması ve mesleki gelişimini önceliklendirmesi sağlanmalıdır (139).

Tüm bunlarla birlikte nöroçeşitli öğrencilerin duygularını, düşüncelerini ve beklentilerini anlamak da önemli bir gerekliliktir. Bu öğrencilerin eğitim süreçlerinde yaşadıkları zorluklar ile ilgili ihtiyaçları hakkında kendi görüşlerinin alınması ve karar verme süreçlerine dahil edilmeleri gerekmektedir. Bu durum, öğrenmelerini zorlaştıran engellerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olacak ve eğitimin her öğrenci için daha erişilebilir hale gelmesine katkı sağlayacaktır. Nöroçeşitliliğe sahip çocukların, bireysel yeteneklerinin ve zorlanma nedenlerinin daha iyi anlaşılması, bu öğrencilere uygun öğrenme ortamlarının sunulabilmesi için fırsatlar yaratacaktır (139). Eğitim ortamlarında, stres ve kaygıyı en aza indirerek, özel ihtiyaçlara uygun fiziksel koşulların (ışık, renk, sıcaklık gibi) sağlanması öncelikli bir hedef olmalıdır (139, 140).

2.2.2. Yüksek Öğrenim Kurumlarında Nöroçeşitlilik

Nöroçeşitli bireyler giderek daha fazla lise sonrası eğitime dahil olmalarına rağmen, üniversite kampüslerinde ciddi engeller ve zorluklarla

karşılaşmaktadırlar. Ayrıca üniversite ortamında nöroçeşitli bireylerin, nörotipik akranlarına kıyasla daha az başarılı olduğu gözlenmektedir. Nöroçeşitli öğrencilerin, personelin ve öğretim görevlilerinin, üniversite ortamında daha kapsayıcı bir şekilde yer alabilmesi için sistem çapında farklı bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu savunulmaktadır. Bu bağlamda üniversitelerin çeşitliliği, eşitliği ve kapsayıcılığı teşvik ederek; nöroçeşitli bireylere daha fazla destek sağlaması gerektiğine inanılmaktadır (14, 141, 142).

Nöroçeşitli öğrencilerin üniversite hayatında sık karşılaştıkları sorunlardan biri, üniversite hayatları boyunca kişisel, sosyal ve akademik konularda sürekli devam eden kaygıdır (143). Bununla birlikte öğrencilerin birçoğunun tanıılarını açıklamayacağı ya da üniversite hayatına başladıklarında henüz resmi bir tanıı almamış olabilecekleri unutulmamalıdır (141, 144). Kişisel olarak, bu öğrenciler kimlikleri ve yetenekleri hakkında belirsizlik yaşayabilirler. Bu durum özsaygılarını zedeleyerek, kişisel gelişimlerini olumsuz etkileyebilir. Sosyal açıdan bakıldığında ise, sosyal etkileşimlerde zorluklar yaşamak, yeni insanlarla tanışmak veya grup çalışmalarında yer almak gibi konularda yaşadıkları kaygı, yalnızlık hissine yol açabilir. Akademik alanda ise hem geleneksel öğrenme yöntemlerine uyum sağlamakta zorlanmaları hem de geleneksel yöntemlerle ilerleyen sınavlar ve projelerden kaynaklanan akademik baskılar nedeniyle kaygı yaşayabilirler (143). Buradaki perspektif disleksili öğrencilerin yazılı sınavlarda zorluk yaşamaları, otistik öğrencilerin değişen durumlara uyum sağlamakta zorlanmaları ve DEHB olan öğrencilerin çalışma yönetiminde daha fazla zorluk çekmeleridir (145-148). Ayrıca bu ihtiyaçlara yeterince yanıt verilmeyen destek

mekanizmaları, kaygılarının daha da artmasına sebep olabilir (143). Bu noktada nöroçeşitli öğrencilerin halihazırda daha önceki olumsuz okul deneyimleri ile birlikte üniversiteye başladıkları da unutulmamalıdır (149, 150). Üniversitelerin, nöroçeşitli bireylerin bu kaygılarını anlaması ve destekleyici bir eğitim ortamı sunması hem akademik başarıları hem de genel yaşam kaliteleri için büyük önem taşımaktadır (142, 143, 151).

Nöroçeşitli bireylerin üniversite ortamında karşılaştığı zorluklar, yalnızca işlevsel farklılıklar ve uyum ihtiyaçları ile ilgili değil; aynı zamanda nöroçeşitli bireylere yönelik damgalama ve önyargıyla ilgilidir. Nöroçeşitli öğrencilerin üniversite ortamında karşılaştığı stres kaynakları, var olan psikolojik sıkıntılarını arttırmakta ve akademik öz-yeterliliklerini olumsuz etkilemektedir. Nöroçeşitli öğrencilerin yaşadığı dışsal damgalanma, bu öğrencileri sosyal izolasyona itmekte; depresyon ve anksiyete gibi sorunları tetiklemektedir. Yine bu öğrencilerin yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanma, kendilerini değersiz hissetmelerine yol açarak; hem eğitim süreçlerine hem de üniversitedeki sosyal yaşama uyum sağlamalarını zorlaştırmaktadır. Bu öğrenciler, öğretim görevlilerinin veya öğrenci topluluklarının algıladığı "normlar" dışında kaldıkları için kendilerini yetersiz hissetmektedir. Üniversite yönetimlerinin bu tür azınlık gruplarına yönelik destekleyici yaklaşımlar geliştirmemesi, öğrencilerin eğitimde başarıya ulaşmalarını zorlaştırmaktadır (152). Ayrıca bu öğrenciler damgalama, zorbalanma ve olumsuz tepkilerden kaçınmak için 'nörotipik davranışları' öğrenerek ve taklit ederek farklılıklarını gizleyebilirler. Farklılığı maskelemek; bitkinliğe ve tükenmişliğe, kişinin kendi kimliğinden kopmasına ve başka

psikolojik sıkıntılara yol açabilmektedir (153). Bu nedenle, üniversitelerin nöroçeşitli öğrencilerin kimliklerini ve farklılıklarını kutlayarak; damgalanma, ayrımcılığı azaltan ve farkındalığı arttıran eğitim programları ve bilinçlendirme kampanyaları düzenlemeleri kritik öneme sahiptir (14, 142).

Diğer bir önemli problem ise nöroçeşitliliğe sahip öğrenciler tarafından algılanan, çoğunluktan farklı olma duygusudur. Burada en çok korkulan noktalardan biri, yeterli destek görmeyen nöroçeşitli öğrencilerin madde bağımlılığı gibi dikkat dağıtıcı tehlikelere yönelmesidir (141). Bu nedenle, eğitim kurumlarının nöroçeşitli öğrencilerin ihtiyaçlarına yönelik etkili destek sistemleri geliştirmesi, bu riskleri azaltarak onların akademik ve sosyal potansiyellerini gerçekleştirmelerine yardımcı olacaktır (14, 141, 142).

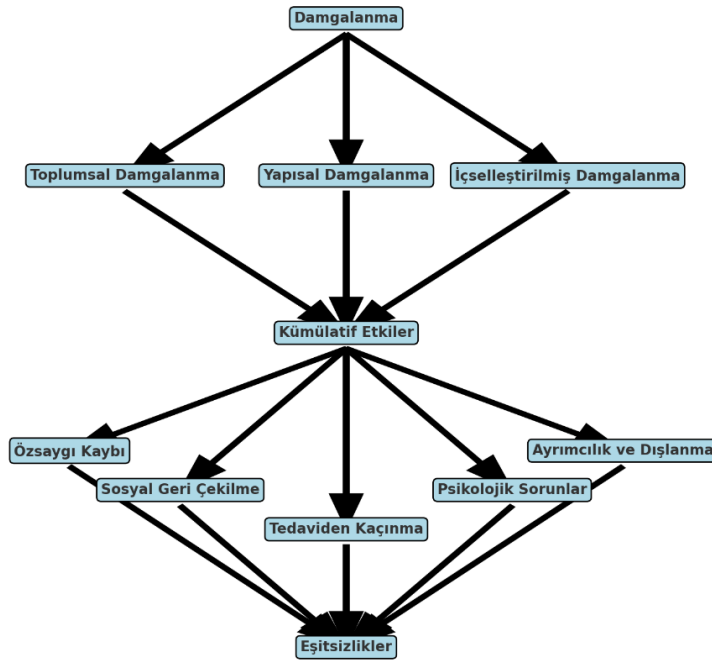
Bu bağlamda üniversitelerin, tüm üniversite çalışanlarına ve öğrencilere nöroçeşitlilik eğitimi vermesi önerilmektedir. Ayrıca üniversiteye yeni başlayan veya mezun olan nöroçeşitli öğrencileri desteklemek için geçiş programları oluşturulmalı; üniversitelerde daha kapsamlı ruh sağlığı destekleri sunulmalı ve duyuşal uyarıların nöroçeşitli bireylerin ihtiyaçlarına uygun olduğu çevre düzenlemeleri yapılmalıdır. Bununla birlikte nöroçeşitli bireylerin üniversite personeliyle iletişim kurma şekillerinde, en rahat oldukları yöntemleri seçmeleri sağlanmalıdır. Bu noktada, üniversite çalışanlarının ve öğretim görevlilerinin, nöroçeşitli öğrencilere karşı esnek, destekleyici ve yargılamaktan kaçınan bir tutum sergilemeleri büyük önem taşımaktadır. Son olarak, öğrencilerin derslerini çevrimiçi veya yüz yüze alma seçeneklerinin bulunması, nöroçeşitli bireylerin

eğitimlerinde, erişilebilirliği artıracak önemli unsur olarak değerlendirilmektedir. Bu değişikliklerin nöroçeşitli bireylerin üniversite hayatında başarılı olmalarına yardımcı olacağı umudu taşınmaktadır (14, 142). Çünkü bugüne kadar yapılmış araştırmalarda, bu öğrencilerin yeterli destek alması durumunda iyi bir akademik başarı elde ettikleri görülmüştür (154-156).

Nöroçeşitli bireylerin bağımsız yaşam becerileri kazanarak topluma entegrasyonu ve istihdam edilebilirliklerinin artırılması sürecinde de eğitim, kritik bir öneme sahiptir. Bu kapsamda üniversitedeki başarının, nöroçeşitli bireylerin kişisel istihdam ve kariyer hedeflerine ulaşmalarına sağlayacağı katkı da unutulmamalıdır (14, 141, 157).

2.3. Ruhsal Hastalıklar Ve Nöroçeşitlilikte Damgalanma

2.3.1.Damgalanma



Şekil 3. Damgalanma Süreç ve Sonuç Diyagramı

Damga kelimesi esasen delik, delmek, yara veya iz anlamına gelirken; günümüzde daha çok 'kara leke' ifadesiyle eş anlamli olarak kullanılmaktadır. Bu kullanım, Orta Çağ'da suçluların, suçlarının işareti olarak kızgın demirle işaretlenmesi uygulamasından sonra ortaya çıkmıştır (158). Damgalanma (stigmatization) ise bireyin, toplumun 'normal' olarak kabul ettiği sınırların dışında görüldüğü için, toplumun diğer üyeleri tarafından, o kişinin saygınlığını azaltıcı bir tutumla değerlendirilmesi sürecidir (159). Damgalanma, “bireyin toplumsal olarak kabul edilememesi durumu” olarak tanımlanabilir (160). Bu durumda damgalanan kişiye; hakikate dayanmayan, utanç verici ve olumsuz bir özellik atfedilir (159). Başka bir deyişle stigma, bir kişi ya da grubun, utanılacak bir duruma sahip olması, norm dışı kabul edilmesi ya da belirli bir özelliği nedeniyle diğer bireylerden farklılaşması sonucunda, suçlayıcı ve dışlayıcı tutumlara maruz kalması durumunu ifade eder (161). Damgalanma kuramının öncüsü Goffman'a göre damgalama; damgalanan kişiye daha az değer verme, herhangi bir konuda bu etiketle anılan bireylerin daha az tercih edilmesi, insan gibi görülmemesi, derinden itibarsızlaştırıcı bir özellik, istenmeyen bir farklılık veya bütün ve olağan bir kişiden, lekelenmiş ve göz ardı edilmiş birine dönüş olarak tanımlanmıştır (162, 163). Damgalamanın temelinde, olumsuz inanışlar ve bunların yol açtığı önyargılar yatar (164). Dolayısıyla damgalamanın var olduğu alanlar önyargılar ile beslenir (162). Damgalama, kişilerarası ilişkilerde ayrımcılık ya da reddedilme düzeyinde kendini gösterir (165, 166). Ayrımcılık, toplumdaki birey ya da grupların, damga ve önyargı yüzünden, bir kişiyi belirli hak ve avantajlardan mahrum bırakmasıdır (167). Damgalanma bir düzlem üzerinde ele

alınırsa, ilk basamağında etiketleme, son basamağında ise ayrımcılık görülür (168).

Literatür damgalamanın birbirleriyle ilişkisi olan, üç düzeyi olduğunu söylemektedir. Bunlar toplumsal, yapısal ve içselleştirilmiş damgalanmadır. Toplumsal damgalanma, aynı zamanda kamusal veya kamulaştırılmış damgalanma olarak da bilinir ve topluluk düzeyinde, damgalanan gruba yönelik kalıplaşmış yargıları destekleyen ve onlara karşı tavır alan geniş bir sosyal grubun fenomenidir. Yapısal damgalanma ise kurumsal damgalanma olarak da adlandırılır ve sistem düzeyinde gerçekleşir. Örneğin, ruhsal hastalığı olan bireylerin hak ve fırsatlarını sınırlayan özel ve kamu kuruluşları kuralları, politikaları ve prosedürleri bu kapsamda değerlendirilir. Bu damgalanma biçiminde “kurumsal uygulamalarda kültürel ideoloji somutlaştırılır” felsefesiyle statü ve güç farklarının meşrutiyesi sağlanarak, toplumsal dışlanma süreklilik kazanır (169). İçselleştirilmiş damgalanma, içsel ya da hissedilen damgalanma olarak da adlandırılır. Bireysel düzeyde ele alınır ve özellikle ruhsal hastalık bağlamında incelenir. Bu durum, etkilenen kişilerin ruhsal hastalıklarla ilgili kalıp yargıları kabullenmesi, sosyal reddedilmeyle ilgili beklenti geliştirmesi, bu kalıpların kendisi ile ilgili olduğunu düşünmesi ve toplum tarafından değersiz görüldüğüne dair bir inanç geliştirmesi olarak tanımlanabilir (169-171).

Damgalanma nedenlerini açıklamak için stereotip, önyargı, ayrımcılık ve tutum olmak üzere dört ana terim kullanılmaktadır. Bunlardan ilki olan stereotipler, toplumun ortak görüşünü yansıtır. Örneğin toplum, ruhsal hastalığı

olan bireylere dair daha önceden oluşturmuş ve üzerinde hemfikir olduğu kavramlara dayanarak, bu kişilere dair ilk algısını oluşturur. Örneğin, 'hasta bir birey' denildiğinde, bu duruma yüklenen anlam öncelikle stereotipler aracılığıyla anlaşılır. Stereotipler pozitif ya da negatif olarak ayrılabilir. Önyargılar ise bu stereotipleri destekleyen öğeler olarak devreye girer ve sonucunda çeşitli duygusal tepkiler doğurur. Örneğin bu önyargılar nedeniyle ruhsal hastalığı olan bireylere karşı genellikle öfke ve korku gibi negatif duygular gelişir. Ayrımcılık ise bilişsel ve duygusal tepkilerin davranışa yansımasıdır. Önyargılı davranışlar ve negatif stereotipler, ayrımcılığın kaynakları arasında yer alır. Ruhsal hastalığı olan bir kişinin ayrımcılığa ve dışlayıcı davranışlara maruz kalması, bu kapsamda ifade edilebilir. Tutum ise bireylerin yaşam tarzına bakış açısıdır ve içinde yetiştikleri topluma uyum sağlama süreçleriyle şekillenmektedir. Bu bakış açısı, kişilerin olaylar karşısında verdiği duygusal tepkileri de etkiler ve tepkiler bazen pozitif, bazen de negatif olabilir. Bu tepkilerin ve bireyin dünya görüşünün birleşimi, kişinin tutumunu oluşturur. Örneğin toplumda ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlar genellikle olumsuz niteliktedir (161, 172, 173).

Damgalanma, yalnızca sosyal bir olgu olmanın ötesinde, çok daha derin bir sorundur. Çünkü hem dışsal damgalanma hem de bireylerin kendilerini damgalanmış hissetmeleri, hastalıkların tedavi sürecinin her aşamasında (tedaviye başlama kararı veya uygulama aşamasından, rehabilitasyon sürecine kadar) önemli bir engel oluşturmaktadır. Bu durum, kimi zaman hastalığın kendisi kadar ciddi bir tehdit haline gelmektedir. Damgalanma, hastaların özgürlüklerinin kısıtlanmasına da doğrudan etki etmektedir. Damgalamanın olumsuz etkileri; tedavi

sürecinde (hastalığın gizlenmesi, tedaviye başvurmaktan çekinme, tedavi aldığını gizleme, tedaviye uyumun bozulması, rehabilitasyon sürecine katılmama veya süreklilikte aksamalar), iyileşme sürecinde (damgalanma algısı nedeniyle sosyal ilişkilerden uzaklaşma, kendilik değerinde azalma, suçluluk ve utanç hisleri, mesleki yaşamdan geri çekilme, ayrımcılık ve dışlanma nedeniyle sosyal izolasyon yaşanması), hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesindeki düşüşte, fiziksel ve psikolojik yüklerin artmasında ve hastaların toplumda birey olarak yer alamamalarında görülmektedir. Bu nedenle, damgalanmanın azaltılması hekimlerin öncelikli hedeflerinden biri olmalıdır (167, 174).

Bununla birlikte, hastaların damgalanmasının ve dışlanmasının tamamen ortadan kaldırılabilceği düşüncesi gerçekçi bir beklenti olmayabilir. Damgalanmaya yol açan yanlış önyargıların değiştirilmesi, damgalama karşıtı çalışmaların ana odağı olmalıdır. Ayrıca tutumların değişmesi zaman alacağı için, damgalamaya karşı yürütülen girişimlerin etkileri hemen gözlemlenmeyecektir. Bu nedenle, bu tür araştırmalarda umutsuzluk duygusunun önemli bir risk faktörü teşkil edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (174).

2.3.2. İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları, kendisine yönelik olarak kabul etmesi ve bunun sonucunda değersizlik ve utanç gibi negatif duygular yaşayarak, kendini toplumdan uzaklaştırması olarak ifade edilir (175, 176). Bu kavramının karmaşıklığı, damgalanmanın ‘bireyin ruhunda kök salmış ve sürekli olarak maddi, politik, kurumsal veya sembolik bağlamlar

tarafından aracılık edilen bir olgu' vurgusu ile tanımlanmasıdır (177). Damgalanma algısı, bir kişinin başkaları tarafından damgalandığını hissetmesi iken; içselleştirilmiş damgalanma, kişinin kendi kendini damgalamasıdır. İçselleştirilmiş damgalanmanın gelişim süreci ve sonuçları üç aşamalı bir modelle açıklanmaktadır. Bu modele göre içselleştirilmiş damgalanmanın üç ana bileşeni kalıp yargıların; (stereotiplerin) farkına varılması, kabul edilmesi ve kendi kendine uygulanmasıdır (176).

İçselleştirilmiş damgalanmayı açıklarken, 'Ayna Benlik' kavramını da ele almak gerekir. Ayna benlik (looking-glass self) kavramı, bireyin kendilik algısının, kişiler arası etkileşimlerde diğer insanların tepkilerine göre şekillendiğini vurgulayan bir yaklaşımdır. Bu kavram ile birey, davranışlarını ve varlığını "başkalarının gözünde nasıl algılanıyorsa, öyleyim" şeklinde değerlendirerek, çevreden gelen olumsuz düşünce ve kalıp yargıları içselleştirmeye başlar (178). İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin kendine dair olumlu inançlarının, özgüveninin ve özyeterlilik hissinin düşmesine yol açan bir kimlik değişimi olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda kişinin yaşam hedeflerinden vazgeçmesine sebep olabilir (170).

İçselleştirilmiş damgalanma yaşayan birey tedavi olup iyileşme, bir işte çalışarak toplumsal yaşamını sürdürme ya da arkadaşlarıyla iletişimde kalma gibi doğal süreçlere dahil olmaktan dahi çekinir hale gelebilmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma, kişinin ruhsal yardıma ihtiyacı olduğunu düşünmesi ile birlikte zihninde başlayan bir süreçtir. Bu nedenle, somut damgalanma deneyimlerinin

sonucu olarak değil; önyargıların ve ortak inançların hâkim olduğu bir toplum içinde yaşamının sonucu olarak ortaya çıkan öznel bir durum olarak ele alınmalıdır (179, 180).

2.3.3. Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma

Ruhsal hastalık yaşayan bireyler, tarih boyunca damgalanma ve ayrımcılığın en sık hedefi olan gruptur. İnsanlık tarihi boyunca, ruhsal hastalıklar birçok toplumda hakaret ve küçümseme aracı olarak kullanılmıştır (161). Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması ve dışlanması, hastalık belirtilerinin anlaşılması ve korkutucu bulunmasıyla başlamıştır (181). Mevcut çalışmalar ruhsal hastalıklar yaşayan bireylerin kendilerini toplumun değersiz ve itibarsız bir üyesi olarak hissettiklerini göstermektedir (182). Damgalamanın yoğunluğu kültür, ruhsal hastalığın türü ve diğer etkenlere bağlı olarak değişse de; tüm toplumlarda ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyal olarak reddedildiği, dışlandığı ve ayrımcılığa uğradığını gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (174). Hastaların uygun görülmeyen ve beklenmedik olarak kabul edilen davranış ve düşünceleri, toplumda korku ve tedirginlik yaratmaktadır. Bu kontrolsüzlük algısı, hastaların toplumdan dışlanmasına yol açmaktadır. Yani toplumun ruhsal bozukluklara karşı geliştirdiği tutum, bu kişileri “tehlikeli” ve “ne yapacağı kestirilemez” olarak algılamalarıyla ilişkilidir. Toplumda ruhsal bir rahatsızlığa sahip olmak kişisel bir eksiklik, güçsüzlük, anormallik, düşük zekâ, güvenilmezlik veya yetersizlik göstergesi olarak algılanırken; ruhsal hastalığı olan bireyler de sıklıkla şiddet eğilimli ve davranışları öngörülemeyen kişiler olarak değerlendirilmektedir. Bu

tür olumsuz tutum ve yaklaşımlar, sağlık alanında çalışan profesyoneller de dâhil olmak üzere toplumun genelinde yaygın olarak görülmektedir. Ruhsal hastalıkların damgalanma biçimleri, farklı ülkeler ya da bölgeler arasında neredeyse aynıdır. Damgalanma nedeniyle birçok ruhsal hastalığı olan birey, tedaviye başlamamayı veya tedaviyi erken sonlandırmayı tercih etmektedir (174, 175, 183). Damgalanma sebebiyle, ruhsal hastalığı olan kişilerin %70'inin tedavi edilemediği düşünülmektedir (184). Bu yönüyle damgalama, ruhsal hastalığı olan bireylere ve dolayısıyla onların bir parçası olduğu topluma zarar vererek, adaletsizliklere ve yıkıcı sonuçlara yol açabilmektedir (175).

Psikiyatri hastalarının, hastalanmadan önce sahip oldukları tüm kimlik özellikleri, onları damgalayan toplum tarafından göz ardı edilir ve çoğunlukla “lekeli bir kimlik” anlamında “deli” etiketiyle yer değiştirilir (168). Damgalanma tüm ruhsal bozukluklarla bağlantılıdır. Özellikle ciddi ruhsal bozuklukları olan bireyler, daha olağan dışı davranışlar sergileyebildikleri için bu damgalanmayı daha yoğun yaşamaktadır. Bu durum hastalar ve aileleri için sosyal hayatta çeşitli zorluklara yol açmaktadır (158, 168). Kimi zaman damgalanan ruhsal hastalığa sahip bireylerin aileleri, tedavi seçeneklerini değerlendirmek yerine; bireyin evde tecrit edilmesini tercih etmektedir. Bu nedenle mevcut damgalanmayla mücadele, hastalıkların tedavisi kadar önem taşımakta ve hem hastaların hem de ailelerinin yaşam kalitelerini iyileştirmektedir (168).

2.3.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma

Literatürde damgalanma daha çok ırk, cinsellik, ruhsal hastalık ve HIV/AIDS konuları üzerinde çalışılmıştır (185). Bu kapsamda yapılan araştırmalar, psikolojik açıdan en çok zarar veren damgalanma türünün, içselleştirilmiş damgalanma olduğunu göstermektedir. Ağır ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin yaklaşık üçte birinde yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma görüldüğü rapor edilmiştir. Yapılan çalışmalar psikiyatrik bir tanı almanın, hastaların belirgin bir ayrımcılığa veya kötü muameleye maruz kalmasalar bile; kendilerini damgalanmış hissetmelerine neden olduğunu ortaya koymaktadır (174). Bu hastaların, hastalıklarından dolayı utanma, yetersizlik hissi yaşama, negatif otomatik düşüncelerinde artış, olumsuz bir tecrübeleri olmamasına rağmen sosyal etkileşimden kaçınma ve özsaygıda düşüş yaşadıkları sıkça gözlemlenmiştir. Ayrıca tanının içerdiği damgalayıcı nitelik arttıkça, bu belirtilerin şiddeti de buna paralel olarak artmaktadır (174). Bu çerçevede damgalanma sürecinin, aslında bireyin kendisi ve yakın çevresi ile başladığını öne sürülür (186). Literatürde ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadığı içselleştirilmiş damgalanma; kişinin tedaviye uyum sağlamada zorluk çekmesine, özsaygı kaybına, umutsuzluk hissetmesine, sosyal işlevsellikte aksaklıklar yaşamasına ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olan bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır (174).

Birçok araştırma, ruhsal hastalığı olan bireyler ve ailelerinin, çevreden doğrudan bir damgalanma, dışlanma ya da ayrımcılık görmemelerine rağmen

hastalık ile ilgili olumsuz bir algıya sahip olduklarını ortaya koymuştur. Bu bağlamda ruhsal hastalığı olan bireyler ve yakınlarının, toplum tarafından damgalanmadan önce, kendi kendilerini damgalama eğiliminde oldukları söylenebilir. Toplumun damgalayıcı tutumları, bazen bu özdamgalamanın ardından, bazen de eşzamanlı olarak ortaya çıkmakta; ancak çoğu kez bu süreçten bağımsız gelişmektedir. Bu psikolojik süreç, kişinin bir ruhsal hastalık tanısı almasıyla başlar ve o kişide önceden var olan 'ruh sağlığı bozuk birey' düşünce kalıbını harekete geçirir. Kişinin bu kalıba ilişkin algısı ne kadar olumsuzsa, hissettiği damgalanma duygusu da o ölçüde artmaktadır. Başka bir deyişle, ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin, ruhsal hastalığı olan bireyleri damgalama eğilimleri ne kadar güçlü ise, kendilerini de o derecede damgalanmış hissederler. Bu bulgular sonucunda, içselleştirilmiş damgalanma kavramı ortaya çıkmıştır. Bu psikolojik süreçte, kişi somut bir neden olmaksızın, kendi durumuna yönelik olumsuz değerlendirmeler ve yargılar geliştirmekte; ardından da toplum tarafından küçümsendiği, damgalandığı ve dışlandığı hissine kapılmaktadır. Süreçte, çevresindeki bireylerden gelen damgalayıcı ve dışlayıcı davranışlar, bu algıyı güçlendirmektedir (174).

Bu perspektifte insanlar hem içinde bulundukları kültür aracılığıyla hem de sosyal etkileşimlerinin bir parçası olarak, erken yaşlarda ruhsal hastalıklara dair düşünceler geliştirmeye başlar. Pek çok kişinin ruhsal hastalığı olan bireyleri bir arkadaş, çalışan, komşu veya yakın partner olarak kabul etmeyeceği, güvenilir ve yetersiz göreceği yönünde beklentiler oluşturur. Bu tür düşünceler, bireyler tarafından eğitim, aile, kişisel deneyimler ve ruhsal hastalığı olan kişilerin

medyada sunulmuş şekli gibi çeşitli bilgi kaynaklarından öğrenilir. Kişi, başkalarının ruhsal hastalığı olan bireyleri değersizleştireceğini veya reddedeceğini düşündüğünde, aynı şekilde kendisinin de dışlanacağından korkar. Bu kişilerin ruhsal hastalığı olan bireyler ile ilgili olumsuz şakalara, yorumlara ve medya betimlemeleri yoluyla iletilen kültürel kalıp yargılara maruz kalmaya devam etmesi, yaşadıkları içselleştirilmiş damgalama duygusu güçlendirir (187).

İçselleştirilmiş damgalanma algısı için en önemli kaynak kişinin kendisi olup, ikinci önemli kaynak ise yakın çevresidir. İçselleştirilmiş damga, hastanın yakın çevresinde de etkisini göstermektedir. Bu durumda hastanın yakın çevresindeki bireyler hem kendilerine yönelik damgalanma algısı geliştirmekte hem de bu sebeple hasta kişiyi damgalayarak dışlamaktadır. Bazı araştırmalarda hasta yakınlarının ailelerinde, ruhsal hastalığı olan bireyin varlığından dolayı utanç duydukları ve bunu gizleme çabasında oldukları söylenmektedir (174).

Sonuç olarak, içselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadığı en derin ve yıkıcı psikolojik süreçlerden biridir. Kişinin kendi içinde başlattığı bu damgalama süreci, hastalık tanısı ile birlikte ortaya çıkmakta ve bireyin sosyal ilişkilerden kopmasına, özsaygısının azalmasına, kendilik algısında bozulmasına yol açar. Bu durum bir taraftan bireylerin kendilerini değersiz, yetersiz ve toplumdan dışlanmış hissetmelerine neden olurken diğer taraftan toplumun damgalayıcı tutumlarıyla pekişmektedir (188).

2.3.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilen “Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği” (RHİDÖ) Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ersoy ve ark. tarafından 2007 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin hem orijinal versiyonunda hem de Türkçe uyarlamasında 29 madde ve 5 alt boyut bulunmakta olup; içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin; yabancılaşıma (6 madde), kalıp yargıların onaylanması (7 madde), algılanan ayrımcılık (5 madde), sosyal geri çekilme (6 madde) ve damgalanmaya karşı direnç (5 madde) olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. RHİDÖ’ de yer alan maddeler hem orijinal versiyonunda hem de Türkçe uyarlamasında; “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde, dörtlü Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin sadece damgalanmaya karşı direnç alt boyutunun maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin her 2 versiyonunda da alınan puanların hesaplanma şekli aynıdır ve beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilir. Ölçeğin toplam puanı 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’ de yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunda iç tutarlık katsayısı 0,93 olarak bulunurken, ölçeğin iki-yarım güvenirliğinin katsayısı 0,89 olarak belirlenmiştir. Orijinal ölçeğin ise iç tutarlılık katsayısı yani Cronbach alfa değeri 0,90 olarak bulunmuştur. Orijinal ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise $r=0,92$ ($N=16$, $p<0.05$) olarak hesaplanmıştır. Yapısal geçerliliği açısından, Türkçeye uyarlanmış olan

RHİDÖ'nin toplam puanı Beck Depresyon Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Klinik Global İzlenim Ölçeği ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçekleri ile irdelenen birleşici geçerliğine ilişkin korelasyon katsayılarının tamamı, kuramsal açıdan beklenen yöndedir. Ölçeğin yabancılaşma alt boyutu bireyin toplumun tam bir üyesi olmadığını hissetme durumunu ya da "bozulmuş kimlik" hissini ölçmeyi hedefler. Buradaki "bozulmuş kimlik" kavramı, birey damgalanma yaşadığında, toplum tarafından kendisine verilen değer ve kimliğin "bozulmuş" yani olumsuz bir şekilde yeniden tanımlanmasıdır. Yani bu alt boyut, bireyin toplum içinde kendini dışlanmış, yetersiz ya da kusurlu hissetme deneyimini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu alt boyutu için Türkçe versiyonun Cronbach alfa katsayısı 0,84 iken, orijinal versiyon için bu değer 0,79'dur. Kalıp yargıların onaylanması alt boyutu, bireylerin ruhsal hastalığı olan insanlarla ilgili toplumdaki yaygın stereotipleri kabul etme düzeyini ölçer. Bu alt boyutun Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı 0,71, orijinal versiyonun ise 0,72'dir. Algılanan ayrımcılık alt boyutu, bireylerin, ruhsal hastalıkları nedeniyle başkalarından gördükleri ayrımcılığı algılama düzeyini ölçer. Bu alt boyut için, Türkçe versiyonda Cronbach alfa katsayısı 0,87, orijinal versiyonda ise 0,75'tir. Sosyal geri çekilme alt boyutu, bireylerin ruhsal hastalıkları nedeniyle toplumdan veya başkalarından uzaklaşma eğilimlerini ölçer. Bu alt boyutun Türkçe versiyonun Cronbach alfa değeri 0,85, ölçeğin orijinal versiyonun değeri ise 0,80'dir. Damgalanmaya karşı direnç alt boyutu, bireyin ruhsal hastalığı nedeniyle toplumda görülen olumsuz algı ve yargılara karşı

direncini ifade eder. Bu alt boyutun Türkçe versiyonda Cronbach alfa katsayısı 0,63, ölçeğin orijinal versiyonunda ise 0,58'dir. (171, 189)

2.3.6. Nöroçeşitlilik ve Damgalanma

Damgalanmanın toplum tarafından kolektif olarak kavramsallaştırılan durumlar sonucunda meydana geldiği ve farklı olanın toplum tarafından reddedildiği olgusunun nöroçeşitlilik bağlamında da gözlemlenebildiği düşünülmektedir. Bu çerçevede nöroçeşitli bireylerin yargılanma, dışlanma ve damgalanma hissi yaşadığı öne sürülmektedir. Özellikle ayrımcılık, sosyal izolasyon ve zorbalık gibi toplumsal damgalanma deneyimlerinin, nöroçeşitli bireylerin hastalıklarını açıklamaları durumunda artacağı düşünülmektedir. Yine de bu bireylerin tanılarını açıklamamanın, toplumsal damgalanmanın önüne geçmeyeceği de düşünülmektedir (160, 190).

Bu kapsamda tıbbi modelin, hastalıkları tedavi etmeyi amaçlayan yaklaşımının kasıtlı bir art niyet, önyargı veya olumsuz amaç taşımadığı; araştırmacılar, klinisyenler ve ebeveynlerin iyi niyetli bir çerçevede hareket ettiği bilinmektedir. Bununla birlikte nöroçeşitlilik hareketi, doğuştan gelen farklılıkların bir hastalık ya da bozukluk olarak değerlendirilmesinin ve tanımlanmasının olumsuz sonuçlar doğurduğunu savunmaktadır. Nöroçeşitliliğin tıbbi nosyonda 'hastalık ve bozukluk' çerçevesinde değerlendirilmesi, toplumda bu kişilere yönelik tabulara ve damgalanmaya neden olabilir. Yani bu durum toplumsal damgalanmanın başlamasına sebebiyet verebilir. Ayrıca zaman süreci içerisinde toplum tarafından uygulanan bu damgalama davranışı, nöroçeşitli

bireyler tarafından içselleştirilebilir (11). Sadece bu damgalanmadan kaçınmak için otistik bireylerin ebeveynlerinin, çocuklarına konulan tanıyı reddettikleri bilinmektedir (191). Bu kapsamda içselleştirilmiş damgalanmanın azaltılması, ruh sağlığının geliştirilmesi, özyeterliliğin ve özşefkatin artırılması ve özellikle kabullenmenin vurgulanması, nöroçeşitlilik modelinin toplum tarafından benimsenmesi ile sağlanabilir (20).

Buradaki kritik nokta damgalanmanın ya da içselleştirilmiş damgalanmanın azaltılması için yalnızca nöroçeşitli bireyleri hedef alan yaklaşımların yeterli olmayacağıdır. Bu çerçevede nöroçeşitli bireylere yönelik sosyal beceri geliştirme programları veya tedavi yaklaşımları, hem var olması gereken çeşitliliği baskıladığından nöroçeşitlilik paradigması ile uyumsuzdur hem de nöroçeşitliliği ‘düzeltme’ çabası, çeşitliliğin bir kusur olarak değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Ayrıca bu programlar kısa vadede sosyal kabul düzeyini arttırsa da, uzun vadede ‘maskeleye’ veya ‘kamufle etme’ davranışları, depresyon gibi pek çok ruh sağlığı sorununu beraberinde getirmektedir. Nöroçeşitli bireyler, nörotipik bireylere uyum sağlamak için her sosyal beceriyi mükemmel bir şekilde sergilemeyi öğrenebilseler bile, bunun yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz bir etkisi olmaktadır. Yine de günlük pratikte bu yaklaşımlar hala denenebilmektedir. Ancak sadece nöroçeşitli bireyleri nörotipik bireylere uyumlandırma çabası halihazırda yeterli gelmemektedir. Bu noktada esas uygulama alanının, nörotipik bireyler olması gerektiği ve sosyal etkileşimin iki yönlü bir iletişim olduğunu göz önünde bulundurmak gerekir. Bu kapsamda nörotipik bireylere yönelik farkındalık ve kabul programları uygulanabilir, nöroçeşitliliği teşvik eden müdahale programları

geliştirebilir ya da nöroçeşitli insanlarla nörotipiklerin doğrudan temasının arttırılması sağlanabilir. Bu çerçevede temasın arttırılması ile önyargının kırıldığına dair pek çok çalışma bulunsa da, nörotipik bireylerin bu temasta kendilerini ‘kolaylaştırıcı’ ya da başka bir deyişle ‘engelli arkadaşına yardımcı’ olarak görebilmesi de gerçekleşebilmektedir (20).

Eğitim alanında da bu toplumsal damgalamanın izleri görülebilmektedir. Nöroçeşitli üniversite öğrencilerinin deneyimlediği pek çok olumsuz çevresel ve sosyal etkilenim bulunmaktadır. Bu etkiler nöroçeşitliliğin kabulünün eksikliği, farkındalığın olmaması, sosyal ve kişilerarası etkileşimlerde damgalanma, sosyal izolasyon, teşhislerinin başkaları tarafından duyulması ile ilgili duydukları endişe, sosyal taleplerden kaynaklanan kaygı, dışlanma hatta dışlayan nörotipiklerin topluluk içinde daha çok kabul görmesi ve sonuç olarak tüm bunlarla birlikte gelişen ruh sağlığı problemleri olarak sayılabilir. Nöroçeşitli bireylerin üniversite ortamlarında yaşadıkları bu sıkıntılar hem akademik hem de akademik olmayan faaliyetlere erişilebilirliklerinin azalmasına sebep olmaktadır. Bu çerçevede öğretim görevlileri de gibi esnek, kapsayıcı ve modüler eğitim modelleri uygulamayı kabul etmeyerek, öğretim sürecini farklı öğrenci gruplarına daha uygun hale getirmeyi kabul etmeyebilirler. Bu kapsamda nöroçeşitlilik ile ilgili yapılan kampüs içi eğitimlerin ve nöroçeşitli bireyler ile nörotipik bireyleri buluşturan ve doğrudan etkileşimlerini sağlayan uygulamaların iyileştirici bir etkisi olabilir. Ayrıca nöroçeşitli öğrencilerine yönelik olarak ruh sağlığı çalışmaları ve engellilik hizmetlerinin arttırılması ile kampüs erişilebilirliğinin arttırılması sağlanabilir (192).

Nöroçeşitli bireylerin iş yerlerinde de damgalama ve ayrımcılıkla karşılaşabildikleri ifade edilmektedir. Bu damgalanma nöroçeşitli bireylerin iş performansı ve çalışma tatmini üzerinde olumsuz bir etki yaratmakta, iş arkadaşlarıyla ilişkilerini zorlaştırmakta ve genel yaşam kalitelerini düşürmektedir (193).

Nöroçeşitli bireyler sağlık alanında da damgalanma ile karşılaşabilmektedir. Sağlık çalışanlarının kimi zaman örtük olarak gerçekleştirdiği damgalama davranışları, bu bireylerin bakım kalitesinin düşüşüne, tedavi seçeneklerinin sınırlanmasına, iyileşme potansiyellerinin olumsuz etkilenmesine ve hem genel sağlık hem de ruh sağlığına olumsuz etkileri olmasına sebep olabilmektedir (194).

Tüm bu toplumsal ve kamusal damgalanma sonucunda nöroçeşitli bireylerin erişebildiği sosyal statü ve maddi fırsatlar azalmakta ve bu durum yaşadıkları sosyal izolasyonun artmasına neden olmaktadır (195). Toplum tarafından uygulanan bu damgalama sonucunda, nöroçeşitli bireylerde utanç veya damgalanma duygusu oluşmakta ve en nihayetinde de ruhsal hastalıklar gelişmektedir (118). Tüm bu durumların önüne geçebilmek için nöroçeşitlilik paradigmasına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir (196). Bu kapsayıcı yaklaşım hem kamusal hem tıbbi hem toplumsal alanda içselleştirilmiş damgalanmaya, dışlanmaya ve epistemik adaletsizliğe şiddetle karşı çıkmaktadır. Bu bağlamda nöroçeşitlilik hareketi bir taraftan etiketlere direnen bir taraftan da topluluk duygusu oluşturmak amacıyla etiketlere güvenen diğer hak savunuculuğu kampanyalarından çok da farklı değildir (197). Nöroçeşitlilik perspektifi 'Herkes

için eşitlik' anlayışına sahip olduğundan, diğer insan hakları hareketleriyle pek çok ortak noktası bulunmaktadır. Nöroçeşitlilik modelinin amaçlarından bir diğeri de nöroçeşitli bireylerin bakış açılarının ve deneyimlerinin hem akademik hem de tıbbi nosyon tarafından anlaşılmasını sağlamaktır (118). Bu kapsamda nöroçeşitlilik ile ilgili yapılan akademik çalışmaların, nöroçeşitli bireylerin kendileri tarafından yürütülmesi hem nöroçeşitlilik anlayışını tam olarak yansıtabilen çalışmalara imza atmak hem de nöroçeşitliliğin tüm yönleriyle anlaşılabilmesini sağlamak için büyük önem arz etmektedir (160).

Sonuç olarak damgalanma, kültürel ve tarihsel süreçlerin bir ürünü olarak sosyal normlar ve standartlarla ilişkili olup, toplumların nöroçeşitli bireylerle etkileşiminin sınırlı olduğu durumlarda, daha yaygın ve kalıcı bir şekilde sürmektedir (160). Bu çerçevede nöroçeşitlilik eğitimleri ve nöroçeşitli bireylere teması arttıracak çalışmalar ile birlikte damgalanmanın azaltılabileceği ve nöroçeşitlilik hareketine katılımın arttırılabileceği düşünülmektedir (191).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) Sağlık ve Rehberlik Merkezi polikliniklerine başvuran, Orta Doğu Teknik Üniversitesi öğrencilerinin katılımı ile yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Orta Doğu Teknik Üniversitesi, 15 Kasım 1956 tarihinde "Orta Doğu Yüksek Teknoloji Enstitüsü" adıyla eğitime başlamıştır (198). Ortadoğu Teknik Üniversitesi'nde faaliyetini sürdürmekte olan Sağlık ve Rehberlik Merkezi, Müdafaa Caddesi'ndeki Emekli Sandığı'na ait üniversite binasında, 1956 yılında "Üniversite Reviri" olarak kurulmuştur (199). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sağlık ve Rehberlik Merkezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi yerleşkesinde, Çankaya ilçesinde bulunmaktadır (200).

Orta Doğu Teknik Üniversitesi'nde 2021 yılında toplam öğrenci sayısı 26.451 ve 2023 yılında ise 25.089'dur (201). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sağlık ve Rehberlik Merkezi'ne 2021 yılında 16.366 öğrenci başvurusu yapılmış olup; toplam başvuru sayısı 40.012 kişidir (202). 2023 yılında ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezi'ne yapılan toplam başvuru sayısının 52.326; toplam öğrenci başvuru sayısının ise 25.012 olduğu öğrenilmiştir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini; ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezi polikliniklerine başvuran, ODTÜ öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmanın veri toplama süreci 21.10.2024-21.12.2024 tarihleri arasında, ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezi polikliniklerine başvuran öğrencilerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezi'ne 2023 yılında başvuran 25.012 öğrenci olduğu öğrenilmiştir. Çalışma 2 aylık bir sürede planlandığı için, bu sürede yaklaşık 4169 öğrencinin geleceği tahmin edildiğinden, çalışmanın evreni 4169 kişi olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın örnekleme OpenEpi çevrimiçi bilgisayar programı kullanılarak hesaplanmıştır. %95 güven aralığında, $\alpha=0,05$, tasarım etkisi 1.0 ve %50 bilinmeyen sıklık kullanılarak yapılan hesaplama sonucunda çalışmada ulaşılması gereken en düşük örneklem sayısı 352 kişi olarak bulunmuştur. Yüzde 10 kayıp veri olacağı öngörölerek 388 kişiye anket uygulanması planlanmış olup; 400 kişiye ulaşılmıştır.

Çalışmada sistematik örneklem yöntemi kullanılmış (4169/388) ve başvuran her 11. öğrenciye anket uygulanmıştır. Kabul etmeyen öğrencilerde, bir sonraki kişi çalışmaya alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Psikiyatrik Hastalık Varlığı
- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
- Nöroçeşitlilik Kavramını Bilme Durumu
- Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma Durumu
- Kendi Algısına Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma Durumu
- Nöroçeşitli Olma Durumu

3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Katılımcıların Vatandaşlık Durumu
- Gelir Durumu
- Fakülte
- Sınıf
- Aile Üyeleri İle İlişki Derecesi
- Nöroçeşitliliği Bilme Durumu
- Psikiyatrik Hastalık Varlığı
- Nörogelişimsel Hastalık Varlığı
- Hastalığı İçin Profesyonel Destek Alma Durumu
- Hastalığını Saklama Durumu

- Hastalığını Kabullenme Durumu
- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt

Boyutları

- Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma
- Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama
- Hem Klinik Hem Algıya Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma
- Nöroçeşitli Olmama

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı

Araştırmada veri kaynağı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan “Ankara’da Bir Üniversitede Nöroçeşitli Öğrenci Sıklığı ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Durumları” anket formu kullanılmıştır (Ek-1). Anketin yabancı uyruklu öğrenciler için İngilizce versiyonu da hazırlanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Anket formu 44 sorudan ve 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümdeki 15 soru katılımcıların demografik bilgilerini, bazı sağlık özelliklerini ve nöroçeşitlilik durumunu sorgulamaktadır. İkinci bölümde 29 sorudan oluşan ‘Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği’ kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilen “Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği” (RHİDÖ)’nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Ersoy ve ark. tarafından 2007 yılında

gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin hem orjinal versiyonunda hem de Türkçe uyarlamasında 29 madde ve 5 alt boyut bulunmakta olup; içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin; yabancılaşma (6 madde), kalıp yargıların onaylanması (7 madde), algılanan ayrımcılık (5 madde), sosyal geri çekilme (6 madde) ve damgalanmaya karşı direnç (5 madde) olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. RHİDÖ’ de yer alan maddeler hem orjinal versiyonunda hem de Türkçe uyarlamasında; “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördümlü Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin sadece damgalanmaya karşı direnç alt boyutunun maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin her 2 versiyonunda da alınan puanların hesaplanma şekli aynıdır ve beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam puan 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’ de yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda iç tutarlık katsayısı 0,93 olarak bulunurken; ölçeğin iki-yarım güvenilirliğinin katsayısı 0,89 olarak belirlenmiştir (171, 189).

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırma, araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Anketler 21.10.2024-21.12.2024 tarihleri arasında, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sağlık ve Rehberlik Merkezi polikliniklerine başvuran, Orta Doğu Teknik Üniversitesi öğrencilerinin

katılımı ile uygulanmıştır. Bir anketin uygulama süresi ortalama 12 dakikadır. Anketler gözlem altında uygulanmıştır.

3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Windows için sürüm 23.0 (SPSS Inc. Chicago, USA) bilgisayar paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kısmında kategorik değişkenler sayı ve yüzde verilerek; sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (çeyreklerarası aralık- interquartilerange) ile sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu ortalama ve ortanca değerleri, görsel (histogram, olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov, Skewness ve Kurtosis değerleri, varyasyon katsayısı) kullanılarak değerlendirilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testleri uygulanmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerde, ikili gruplar arasındaki karşılaştırma analizleri için Mann-Whitney U Testi ve ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Gruplar arasındaki çoklu karşılaştırmalarda anlamlı farklılık saptandığında, post hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U ve Ki-kare testleri uygulanmıştır. Çok değişkenli analiz ile risk faktörleri belirlenmesinde, önceki analizlerde belirlenen olası bağımsız prediktörler lojistik regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Bu araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmada sunulan grafikler Microsoft Excel 2024 uygulaması kullanılarak oluşturulmuştur.

Çalışmaya katılan öğrencilerden psikiyatrik hastalığı olanlar, santral nörolojik hastalığı olanlar ve nörogelişimsel hastalığı olanlar, klinik tanılı olarak nöroçeşitli olan grup olarak kabul edilmiştir. Beyana dayalı olarak, kendini nöroçeşitli olarak kabul eden grup ise kendi algısına dayalı olarak nöroçeşitli olan grup olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Takvimi

Araştırma 2024 yılı Eylül ayında literatür taramasıyla başlamış, 2024 yılı Temmuz ayında veri toplama formu oluşturulmuştur. 2024 Ekim ayında etik komisyon onayı alınmış, 21 Ekim – 21 Aralık 2024 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. 2024 Aralık ayında veri analizi gerçekleştirilmiş, Temmuz 2024– Ocak 2025 tarihleri arasında raporlanmıştır.

Tablo 1. Araştırmanın Takvimi

Mayıs 2024	Haziran 2024	Temmuz 2024	Ağustos 2024	Eylül 2024	Ekim 2024	Kasım 2024	Aralık 2024	Ocak 2025
LİTERATÜR TARAMASI								
		ANKET						
					ETİK ONAY			
					21 EKİM-21 ARALIK VERİ TOPLAMA			
							VERİ ANALİZİ	
		TEZ RAPORLAMASI						

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Nöroçeşitlilik gruplarının RHİDÖ puanlarının karşılaştırılmasında, klinik tanıli olarak nöroçeşitli olan grupta ve hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olan grupta, psikiyatrik hastalık varlığı karıştııcı bir faktör olarak sonuçları etkilemiş olabilir.
- Araştırmanın anket uygulaması ODTÜ yerleşkesinde, yalnızca ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezi'nde gerçekleştirildiğinden, tüm ODTÜ öğrencilerini temsiliyette kısıtlı kalınmış olabilir.

4. BULGULAR

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2025.

		Sayı	(%)*
Yaş, yıl (n=400)			
	Ortalama $\pm$ ss	21,8 $\pm$ 3,8	
	Ortanca-IQR**	21,0 (20,0-23,0)	
Cinsiyet (n=400)			
	Kadın	219	54,8
	Erkek	181	45,2
Katılımcıların Vatandaşlık Durumu (n=400)			
	Türk Vatandaşı	353	88,3
	abanc Uyruklu	47	11,8
Fakülte (n=400)			
	Mühendislik Fakültesi	154	38,5
	Fen-Edebiyat Fakültesi	103	25,7
	İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi	56	14,0
	Eğitim Fakültesi	46	11,5
	Mimarlık Fakültesi	37	9,3
	Yabancı Diller Yüksekokulu	4	1,0
Sınıf (n=400)			
	Hazırlık	63	15,7
	1. Sınıf	89	22,3
	2. Sınıf	73	18,3
	3. Sınıf	53	13,2
	4. Sınıf	86	21,5
	5. Sınıf	4	1,0
	Yüksek lisans / Doktora	32	8,0
Gelir Seviyesi (n=400)			
	Geliri giderinden az	36	9,0
	Geliri giderine eşit	222	55,5
	Geliri giderinden fazla	142	35,5
Aile Üyeleri İle İlişki Derecesi (n=400)			
	Çok Yakın Olma	232	58,0
	Orta Derecede Yakın Olma	152	38,0
	Uzak Olma	16	4,0
Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Varlığı (n=400)			
	Psikiyatrik Hastalık Var	92	23,0
	Psikiyatrik Hastalık Yok	308	77,0

*:Sütun yüzdesi

**: Interquartile Range 25-75



Şekil 4. Katılımcıların Vatandaşlık Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2025.

Tablo 2’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %54,8’i kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması 21,8’dir. Katılımcıların %88,3’ü Türk vatandaşıdır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %38,5’i mühendislik ve %25,7’si fen-edebiyat fakültesinde öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %22,3’ü 1. sınıfta, %18,3’ü 2. sınıftadır. Bu araştırmaya katılan öğrencilerin %55,5’inin geliri giderine eşit ve %35,5’inin geliri giderinden fazladır. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin %96’sı aile ilişkilerini yakın olarak tanımlamıştır. Bu çalışmadaki öğrencilerin %23’ünün bir psikiyatrik hastalığı bulunmaktadır.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Psikiyatrik Hastalık Durumlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

		Psikiyatrik Hastalık Varlığı			
		Hastalık Var		Hastalık Yok	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Yaş, yıl (n=400)					
	Ortalama±ss	22,6±3,7		21,6±3,8	
	Ortanca-IQR [§]	22,0 (21,0-23,8)		21,0 (19,0-23,0)	
p=0,001**					
Cinsiyet (n=400)					
	Kadın	68	31,1	151	68,9
	Erkek	24	13,3	157	86,7
p<0,001*					
Katılımcıların Vatandaşlık Durumu (n=400)					
	Türk Vatandaşı	82	23,2	271	76,8
	Yabancı Uyraklu	10	21,3	37	78,7
p=0,909 [±]					
Fakülte (n=400)					
	Fen-Edebiyat Fakültesi	8	21,6	29	78,4
	Mühendislik Fakültesi	33	32,0	70	68,0
	İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi	16	28,6	40	71,4
	Mimarlık Fakültesi	8	17,4	38	82,6
	Eğitim Fakültesi	27	17,5	127	82,5
p=0,650*					
Sınıf (n=400)					
	Hazırlık	10	15,9	53	84,1
	1. Sınıf	19	21,3	70	78,7
	2. Sınıf	14	19,2	59	80,8
	3. Sınıf	17	32,1	36	67,9
	4. Sınıf	23	26,7	63	73,3
	5. Sınıf	1	25,0	3	75,0
	Yüksek lisans / Doktora	8	25,0	24	75,0
p=0,449*					
Gelir Durumu (n=400)					
	Geliri giderinden az	13	36,1	23	63,9
	Geliri giderine eşit	49	22,1	173	77,9
	Geliri giderinden fazla	30	21,1	112	78,9
p=0,143*					
Aile Üyeleri İle İlişki Derecesi (n=400)					
	Çok Yakın Olma	49	21,1	183	78,9
	Orta Derecede Yakın Olma	39	25,7	113	74,3
	Uzak Olma	4	25,0	12	75,0
p=0,575*					
Nöroçeşitlilik Kavramını Bilme Durumu (n=400)					
	Nöroçeşitlilik Kavramını Bilme	55	40,7	80	59,3
	Nöroçeşitlilik Kavramını Bilmeme	37	14,0	228	86,0
p<0,001*					

*: Satır yüzdesi

§: Interquartile Range 25-75

*: Pearson Ki-kare Testi

** : Mann Whitney U Testi

±: Continuity Correction Ki-kare Testi

Tablo 3’de araştırmaya katılan öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre psikiyatrik hastalık durumlarının karşılaştırılması değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerden psikiyatrik hastalığı olanların yaş ortancası 22, psikiyatrik hastalığı olmayanların ise yaş ortancası 21 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$). Bu araştırmaya katılan kadınların %31,1’inde ve erkeklerin %13,3’ünde psikiyatrik hastalık bulunmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Nöroçeşitlilik kavramını bilen katılımcıların %40,7’sinde, bilmeyenlerin ise %14’ünde psikiyatrik bir hastalık bulunmaktadır ve 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Psikiyatrik Hastalığı Olan Öğrencilerin Hastalık Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2025.

	Sayı	(%)*
Profesyonel Destek Alma Durumu (n=92)		
Güncel Olarak Profesyonel Destek Alma	38	41,3
Daha Önce Profesyonel Destek Almış Olma	47	51,1
Hiç Profesyonel Destek Almamış Olma	7	7,6
Hastalığını Saklama Durumu (n=92)		
Hastalığını Saklama	23	25,0
Hastalığını Saklamama	69	75,0
Hastalığını Kabullenme Durumu (n=92)		
Hastalığını Kabullenme	83	90,2
Hastalığını Kabullenmeme	9	9,8

*:Sütun yüzdesi

Psikiyatrik bir hastalığı olan öğrencilerin %92,4’ü herhangi bir zaman diliminde profesyonel bir destek aldıklarını beyan etmiştir. Bununla birlikte psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların %25’inin hastalığını sakladığı saptanmıştır. Hastalığını kabullenme durumunun sıklığı ise %90,2’dir (Tablo 4).

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Psikiyatrik Hastalığı Olan Öğrencilerin Hastalık Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2025.

		Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek Puanı	
		Ortalama±ss	Ortanca-IQR*
Psikiyatrik Hastalıklara Sahip Tüm Öğrenciler (n=92)			
Psikiyatrik Hastalıklara Sahip Tüm Öğrenciler		61,1±12,9	60,0 (52,0-66,8)
Psikiyatrik Hastalık Durumu			
Yaygın Kaygı Bozukluğu (Genel Anksiyete Bozukluğu) (n=46)		59,8±10,3	60,0 (53,0-64,0)
Depresyon Bozuklukları (n=36)		62,3±11,8	62,0 (54,0-66,5)
Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu (n=29)		61,3±14,7	56,0 (51,5-68,0)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk (n=14)		59,4±9,2	61,5 (53,8-65,0)
Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi) (n=12)		62,1±10,3	64,0 (53,8-68,5)
Beslenme ve Yeme Bozukluğu (n=10)		65,4±17,6	64,0 (52,8-75,0)
Panik Bozukluğu (n=9)		68,2±18,5	69,0 (50,5-86,5)
Kişilik Bozukluğu (n=5)		66,0±38,2	66,0 (39,0-93,0)
Uyku – Uyanıklık Bozuklukları (İnsomnia Bozukluğu) (n=3)		70,3±22,8	66,0 (58,0-80,5)
Özgül Öğrenme Bozukluğu (Disleksi) (n=3)		52,7±9,9	48,0 (47,0-56,0)
Dil ve Konuşma Bozukluğu (n=2)		60,7±13,1	59,0 (52,0-62,5)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (n=2)		68,5±10,6	68,5 (61,0-76,0)
Bipolar Bozukluğu (n=1)			62
Şizofreni (n=1)			96
Dürtü Denetimi ve Davranım Bozukluğu (n=1)			70
Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk (n=1)			72

*: Interquartile Range 25-75

Psikiyatrik hastalığa sahip tüm öğrencilerin RHİDÖ toplam puanının ortancası 60'dır. RHİDÖ toplam puan ortancaları hastalık gruplarına göre değerlendirildiğinde; genel anksiyete bozukluğu 60, depresyon 62, DEHB 56, OKB 61,5, sosyal fobi ve beslenme bozuklukları 64, panik bozukluğu 69, kişilik insomnia bozukluğu 66, disleksi 48, dil ve konuşma bozukluğu 59, TSSB 68,5, bipolar bozuklu 62, şizofreni 96, dürtü denetim bozukluğu 70, OSB 72 olarak tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Psikiyatrik Hastalığı Olan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

		Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek Puanı	
		Ortalama±ss	Ortanca-IQR°
Cinsiyet (n=92)			
	Kadın	60,2±11,8	60,0 (52,0-67,0)
	Erkek	63,8±15,6	60,0 (54,0-65,5)
p=0,793**			
Katılımcıların Vatandaşlık Durumu (n=92)			
	Türk Vatandaşı	59,8±12,2	58,5 (52,0-66,0)
	Yabancı Uyraklı	71,6±14,9	71,0 (59,5-84,5)
p=0,013**			
Fakülte (n=92)			
	Eğitim Fakültesi	70,1±16,4	70,0 (53,5-86,8)
	Mühendislik Fakültesi	61,6±15,3	58,0 (52,0-66,0)
	Fen-Edebiyat Fakültesi	60,9±10,9	61,0 (54,0-66,5)
	İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi	59,6±10,7	61,0 (49,5-65,5)
	Mimarlık Fakültesi	54,5±9,7	53,0 (47,5-63,0)
p=0,248±			
Sınıf (n=92)			
	Hazırlık	62,3±17,9	57,5 (52,5-70,0)
	1. Sınıf	62,1±12,2	65,0 (51,0-68,0)
	2. Sınıf	59,1±12,8	57,0 (48,8-64,5)
	3. Sınıf	57,4±7,7	55,0 (51,0-64,5)
	4. Sınıf	63,5±16,1	61,0 (52,0-77,0)
	Yüksek lisans / Doktora	60,8±6,8	60,0 (55,0-64,0)
p=656±			
Gelir Durumu (n=92)			
	Geliri giderinden az	64,2±8,8	65,0 (58,0-70,0)
	Geliri giderine eşit	61,3±14,3	61,0 (51,0-68,0)
	Geliri giderinden fazla	59,5±12,2	56,5 (51,8-64,3)
p=0,235±			
Aile Üyeleri İle İlişki Derecesi (n=92)			
	Yakın Olma	52,3±11,9	50,0 (44,0-60,0)
	Uzak Olma	68,4±16,7	72,0 (56,0-82,0)
p=0,020**			
Profesyonel Destek Alma Durumu (n=92)			
	Güncel Olarak Profesyonel Destek Alma	60,7±11,7	58,0 (52,0-66,0)
	Güncel Olarak Profesyonel Destek Almama	60,6±14,1	60,5 (48,8-68,3)
p=0,806**			
Hastalığını Saklama Durumu (n=92)			
	Hastalığını Saklama	69,8±11,8	64,0 (61,0-77,0)
	Hastalığını Saklamama	58,2±12,0	56,0 (49,5-65,5)
p<0,001**			
Hastalığını Kabullenme Durumu (n=92)			
	Hastalığını Kabullenme	59,4±11,2	59,0 (52,0-66,0)
	Hastalığını Kabullenmeme	77,0±17,2	84,0 (60,0-92,5)
p=0,006**			
Nöroçeşitliliği Bilme Durumu (n=92)			
	Nöroçeşitliliği Bilme	61,2±13,3	60,0 (52,0-67,0)
	Nöroçeşitliliği Bilmeme	61,1±12,6	61,0 (54,0-66,0)
p<0,001**			

°: Interquartile Range 25-75

** : Mann-Whitney U testi

± : Kruskal Wallis Testi

Tablo 6’da araştırmaya katılan psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin RHİDÖ puanları cinsiyet dağılımları açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0,793$). Psikiyatrik hastalığı olan katılımcılardan Türk vatandaşı olanların RHİDÖ puan ortancası 58,5 (52,0-66,0) ve yabancı uyruklu olanların RHİDÖ puan ortancası 71,0 (59,5-84,5) olup, 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,013$). Bu çalışmaya katılan psikiyatrik hastalığı olan bireylerden eğitim fakültesinde öğrenim görenlerin RHİDÖ puan ortancası 70,0 (53,5-86,8), mühendislikte 58,0 (52,0-66,0), fen-edebiyatta 61,0 (54,0-66,5), iktisadi ve idari birimler fakültesinde 61,0 (49,5-65,5), mimarlık fakültesinde 53,0 (47,5-63,0) olduğu tespit edilmiş olup; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=0,248$). Araştırmaya katılan psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerden hazırlıkta olanların RHİDÖ puan ortancası 57,5 (52,5-70,0), 1. sınıfların 65,0 (51,0-68,0), 2. sınıfların 57,0 (48,8-64,5), 3. sınıfların 55,0 (51,0-64,5), 4. sınıfların 61,0 (52,0-77,0), yüksek lisans ve doktora sınıflılarında olanların 60,0 (55,0-64,0) olup; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,656$). Hane gelir durumları incelendiğinde geliri giderinden az olan katılımcıların RHİDÖ puan ortancası 65,0 (58,0-70,0), geliri giderine eşit olanların 61,0 (51,0-68,0) ve geliri giderinden fazla olanların 56,5 (51,8-64,3) olup; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,235$). Psikiyatrik hastalığı olan katılımcılardan aile ilişkisini yakın olarak tanımlayanların RHİDÖ

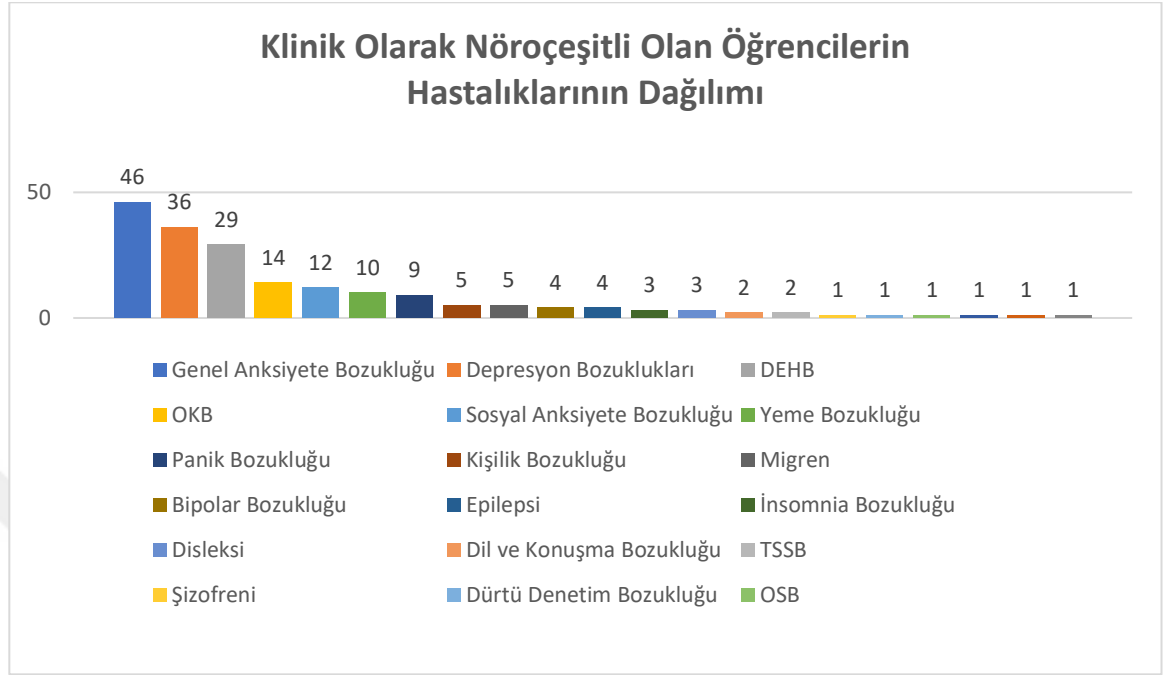
puanlarının ortancası 50,0 (44,0-60,0) ve uzak olarak tanımlayanların 72,0 (56,0-82,0) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,020$). Bu çalışmaya katılan psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerden hastalığı için güncel olarak profesyonel destek alan grubun RHİDÖ puan ortancası 58,0 (52,0-66,0), güncel olarak profesyonel destek almayan grubun puan ortancası 60,5 (48,8-68,3) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,806$). Psikiyatrik hastalığı olan katılımcılardan hastalığını saklayanların RHİDÖ puan ortancası 64,0 (61,0-77,0), hastalığını saklamayanların RHİDÖ puan ortancası 56,0 (49,5-65,5) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Katılımcılardan hastalığını kabullenenlerin RHİDÖ puan ortancası 59,0 (52,0-66,0), hastalığını kabullenmeyenlerin RHİDÖ puan ortancası 84,0 (60,0-92,5) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,006$). Araştırmaya katılan psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerden nöroçeşitlilik kavramını bilenlerin RHİDÖ puan ortancası 60,0 (52,0-67,0), nöroçeşitlilik kavramını bilmeyenlerin RHİDÖ puan ortancası 61,0 (54,0-66,0) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Hastalıkları İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2025.

	Sayı	(%)*	(%)**
Klinik Olarak Nöroçeşitli Olan Öğrencilerin Hastalık Dağılımı (n=400)			
Yaygın Kaygı Bozukluğu (Genel Anksiyete Bozukluğu)	46	11,5	47,4
Depresyon Bozuklukları	36	9,0	37,1
Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu	29	7,3	29,9
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	14	3,5	14,4
Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)	12	3,0	12,4
Beslenme ve Yeme Bozukluğu	10	2,5	10,3
Panik Bozukluğu	9	2,3	9,3
Kişilik Bozukluğu	5	1,3	5,2
Migren	5	1,3	5,2
Bipolar Bozukluğu	4	1,0	4,1
Epilepsi	4	1,0	4,1
Uyku – Uyanıklık Bozuklukları (İnsomnia Bozukluğu)	3	0,8	3,1
Özgül Öğrenme Bozukluğu (Disleksi)	3	0,8	3,1
Dil ve Konuşma Bozukluğu	2	0,5	2,1
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2	0,5	2,1
Şizofreni	1	0,3	1,0
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozukluğu	1	0,3	1,0
Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk	1	0,3	1,0
Multiple Skleroz	1	0,3	1,0
Kronik İnflamatuvar Demiyelinizan Polinöropati	1	0,3	1,0
Sinestezi	1	0,3	1,0
Klinik Olarak Nöroçeşitli Olan Öğrencilerin Profesyonel Destek Alma Durumu (n=97)			
Güncel Olarak Profesyonel Alma	39	40,2	-
Daha Önce Profesyonel Destek Almış Olma	51	52,6	-
Hiç Profesyonel Destek Almamış Olma	7	7,2	-
Klinik Olarak Nöroçeşitli Olan Öğrencilerin Hastalığını Diğer İnsanlardan Saklama Durumu (n=97)			
Hastalığını Diğer İnsanlardan Saklama	23	23,7	-
Hastalığını Diğer İnsanlardan Saklamama	74	76,3	-
Klinik Olarak Nöroçeşitli Olan Öğrencilerin Hastalığını Kabullenme Durumu (n=97)			
Hastalığını Kabullenme	23	88,7	-
Hastalığını Kabullenmeme	74	11,3	-

*:Sütun yüzdesi

** : Yalnızca hastalık var olan popülasyonun sütun yüzdesi dağılımı verilmiştir (n=97).



Şekil 5. Klinik Olarak Nöroçeşitli Olan Öğrencilerin Hastalıklarının Dağılımı, Ankara, 2025.

Tablo 7’de araştırmaya katılan öğrencilerin hastalıkları ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre klinik olarak nöroçeşitli olan öğrencilerin hastalık dağılımı incelendiğinde yaygın kaygı bozukluğu %11,5, depresyon bozuklukları %9, DEHB %7,3, OKB %3,5, sosyal anksiyete bozukluğu %3,0, Beslenme ve Yeme Bozukluğu %2,5, panik bozukluğu %2,3, kişilik bozukluğu %1,3, migren %1,3, bipolar bozukluğu %1,0, epilepsi %1,0, uyku – uyanıklık bozuklukları %0,8, özgül öğrenme bozukluğu %0,8, dil ve konuşma bozukluğu %0,5, TSSB %0,5, şizofreni %0,3, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozukluğu %0,3, OSB %0,3, MS %0,3, CIPD %0,3 ve sinestezi %0,3 olarak görülmektedir. Katılımcılardan klinik olarak nöroçeşitli olan öğrencilerin profesyonel destek alma durumu incelendiğinde %40,2’sinin güncel olarak profesyonel destek aldığı, %52,6’sının daha önce profesyonel bir destek

almış olduğu ve %7,2'sinin hiç profesyonel destek almamış olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan klinik olarak nöroçeşitli olan öğrencilerin hastalığını diğer insanlardan saklama durumu incelendiğinde %76,3'ünün hastalığını diğer insanlardan saklamadığı belirlenmiştir. Klinik olarak nöroçeşitli olan öğrencilerin hastalığını kabullenenler ise %88,7'dir.

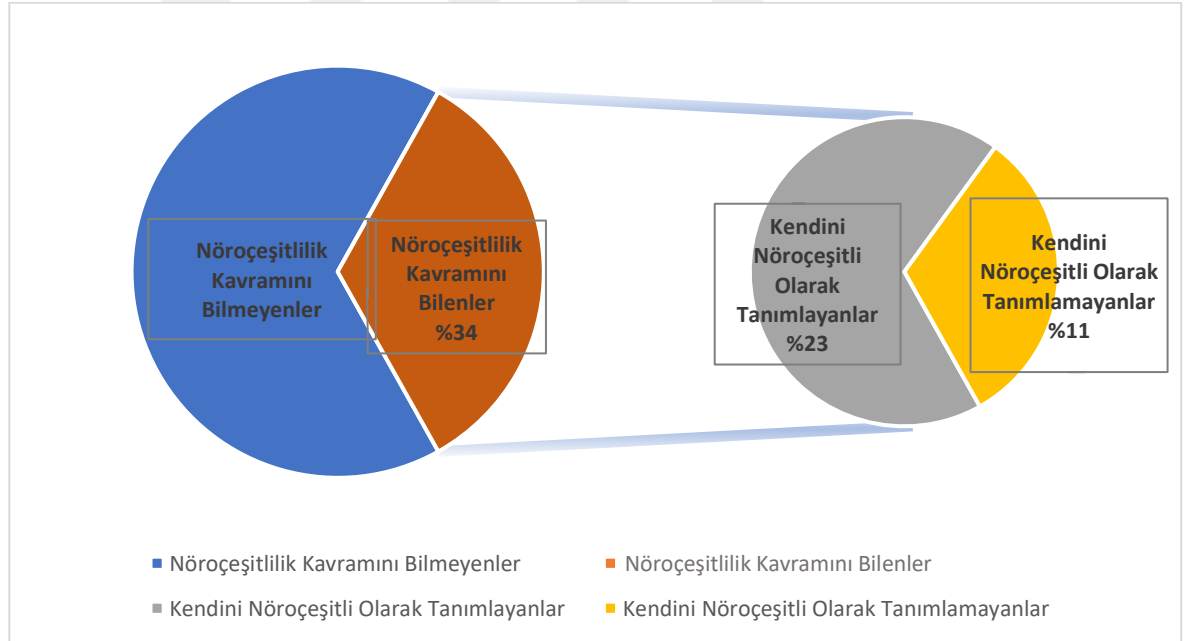
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Nöroçeşitlilik İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2025.

	Sayı	(%)*
Nöroçeşitlilik Kavramını Bilme Durumu (n=400)		
Biliyor	135	33,8
Bilmiyor	265	66,2
Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama Durumu (n=135)		
Evet	92	68,1
Hayır	43	31,9
Klinik Olarak Nöroçeşitli Olma Durumu (n=400)		
Evet	97	24,3
Hayır	303	75,7
Klinik Olarak Nöroçeşitli Olan Öğrencilerin Nöroçeşitliliği Bilme Durumu (n=97)		
Biliyor	57	58,8
Bilmiyor	40	41,2
Klinik Olarak Nöroçeşitli Olan ve Nöroçeşitlilik Kavramını Bilen Öğrencilerin Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama Durumu (n=57)		
Evet	48	84,2
Hayır	9	15,8
Toplam Nöroçeşitli Öğrenci Durumu (n=400)		
Nöroçeşitli Olma	141	35,3
Nöroçeşitli Olmama	259	64,8
Tüm Nöroçeşitli Öğrencilerin Klinik/Kendi Algısına Dayalı Nöroçeşitli Olması (n=141)		
Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma	49	34,8
Kendi Algısına Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma	44	31,2
Hem Klinik Hem de Kendi Algısına Dayalı Nöroçeşitli Olma	48	34,0

*:Sütun yüzdesi

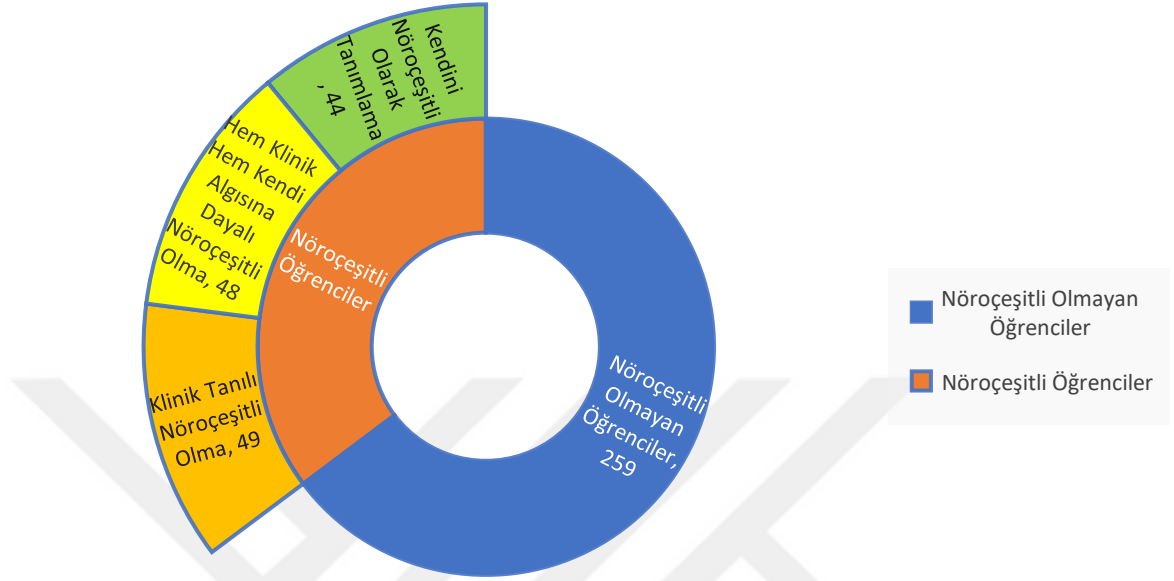
Tablo 8'de araştırmaya katılan öğrencilerin nöroçeşitlilik ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların %33,8'inin nöroçeşitlilik kavramını bildiği tespit edilmiştir. Nöroçeşitlilik kavramını bilen katılımcıların %68,1'i kendini nöroçeşitli olarak tanımlamaktadır. Çalışmada klinik olarak

nöroçeşitli olma durumu %24,3'tür. Klinik olarak nöroçeşitli olan öğrencilerden, nöroçeşitlilik kavramını bilenler %58,8'dir. Klinik olarak nöroçeşitli olan öğrencilerden, nöroçeşitlilik kavramını bilenlerin 584,2'si kendinin nöroçeşitli olarak tanımlamaktadır. Tüm öğrenciler içindeki toplam nöroçeşitlilik prevalansı %35,3'dür. Tüm nöroçeşitli olan öğrencilerin kendi içlerindeki dağılımı incelendiğinde klinik tanıli olarak nöroçeşitli olanlar %34,8, kendi algısına dayalı olarak nöroçeşitli olanlar %31,2 ve hem klinik hem de kendi algısına dayalı nöroçeşitli olanlar %34'dür.



Şekil 6. Katılımcıların Nöroçeşitlilik Kavramını Bilme ve Kendilerini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama Durumunun Dağılımı, Ankara 2025.

Nöroçeşitlilik Durumu



Şekil 7. Katılımcıların Nöroçeşitlilik Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2025.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Nöroçeşitlilik Kavramını Bilen Öğrencilerin Bazı Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

		Nöroçeşitlilik Kavramını Bilme Durumu				p [†]	
		Biliyor		Bilmiyor			
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*		
Cinsiyet (n=400)							
	Kadın	86	39,3	133	60,7		
	Erkek	49	27,1	132	72,9		
p=0,010*							
Yaş, yıl (n=400)		22,4±4,0 22,0 (20,0-23,0)		21,6±3,6 21,0 (19,0-23,0)			
Ortalama±ss							
Ortanca-IQR§							
p=0,007**							
Katılımcıların Vatandaşlık Durumu (n=400)							
	Türk Vatandaşı	116	32,9	237	67,1		
	Yabancı Uyruklu	19	40,4	28	59,6		
p=0,386±							
Fakülte (n=400)							
	Mimarlık Fakültesi	9	24,3	28	75,7	G1-G2<0,001†	
	Fen-Edebiyat Fakültesi	49	47,6	54	52,4		
	İktisadi ve İdari Fakültesi	20	35,7	36	64,3		
	Eğitim Fakültesi	16	34,8	30	65,2		
	Mühendislik Fakültesi	39	25,3	115	74,7		
	Yabancı Diller Yüksekokulu	2	50,0	2	50,0		
p=0,008*							
Sınıf (n=400)							
	Hazırlık	12	19,0	51	81,0		
	1. Sınıf	30	33,7	59	66,3		
	2. Sınıf	23	31,5	50	68,5		
	3. Sınıf	25	47,2	28	52,8		
	4. Sınıf	31	36,0	55	64,0		
	5. Sınıf	2	50,0	2	50,0		
	Yüksek lisans / Doktora	12	37,5	20	62,5		
p=0,077*							
Gelir Seviyesi (n=400)							
	Geliri giderinden az	16	44,4	20	55,6		
	Geliri giderine eşit	74	33,3	148	66,7		
	Geliri giderinden fazla	45	31,7	97	68,3		
p=0,345*							
Aile Üyeleri İle İlişki Derecesi (n=400)							
	Çok Yakın Olma	73	31,5	159	68,5	G1-G3=0,001†	
	Orta Derecede Yakın Olma	50	32,9	102	67,1		G2-G3=0,002†
	Uzak Olma	12	75,0	4	25,0		
p=0,002*							

*: Satır yüzdesi

§: Interquartile Range 25-75

*: Pearson Ki-kare Testi

** : Mann Whitney U Testi

±: Continuity Correction Ki-kare Testi

†: Post Hoc Analizlerde ikili grup karşılaştırmalarında Bonferroni Düzeltmeli Ki-Kare testi yapılmıştır.

Tablo 9’da araştırmaya katılan nöroçeşitlilik kavramını bilen öğrencilerin bazı demografik özelliklerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Kadınların %60,7’sinin ve erkeklerin %72,9’unun nöroçeşitlilik kavramını bilmediği tespit edilmiştir ve 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,010$). Nöroçeşitlilik kavramını bilen grubun yaş ortalaması $22,4\pm4,0$, nöroçeşitlilik kavramını bilmeyen grubun yaş ortalaması $21,6\pm3,6$ olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,007$). Katılımcılardan Türk vatandaşı olanların %32,9’u ve yabancı uyruklu olanların %40,4’ü nöroçeşitlilik kavramını bilmektedir ve 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,386$). Katılımcılardan nöroçeşitlilik kavramını bilenler öğrenim görmekte oldukları fakültelere göre karşılaştırıldığında post-hoc analizlerde yalnızca mimarlık fakültesinde eğitim alanlar (%24,3) ile fen-edebiyat fakültesinde eğitim alanlar (%47,6) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Nöroçeşitlilik kavramını bilen katılımcılar öğrenim görmekte oldukları sınıflara ve gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,077$). Aile üyeleri ile olan ilişkisi çok yakın olanlardan %31,5’i, orta derece yakın olanların %32,9’u ve uzak olanların %75’inin nöroçeşitlilik kavramını bildiği tespit edilmiştir ve aile ilişkisi uzak olan grupla diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,002$).

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Nöroçeşitlilik Kavramını Bilen Öğrencilerin Bazı Hastalık Özelliklere Göre Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

		Nöroçeşitlilik Kavramını Bilme Durumu			
		Biliyor		Bilmiyor	
		Sayı	(%) [°]	Sayı	(%) [°]
Hastalık Varlığı (n=400)					
	Hastalık Var	57	58,8	40	41,2
	Hastalık Yok	78	25,7	225	74,3
p<0,001*					
Psikiyatrik Hastalık Varlığı (n=400)					
	Hastalık Var	55	59,8	37	40,2
	Hastalık Yok	80	26,0	228	47,0
p<0,001*					
Nörogelişimsel Hastalık Varlığı (n=400)					
	Hastalık Var	22	64,7	12	35,3
	Hastalık Yok	113	30,9	253	69,1
p<0,001[±]					
Hastalığını Saklama Durumu (n=97)					
	Hastalığını Saklama	11	47,8	12	52,2
	Hastalığını Saklamama	46	62,2	28	37,8
p=0,328[±]					
Hastalığını Kabullenme Durumu (n=97)					
	Hastalığını Kabullenme	51	59,3	35	40,7
	Hastalığını Kabullenmeme	6	64,5	5	45,5
p=0,757**					
Profesyonel Destek Alma Durumu (n=57)					
	Güncel Olarak Profesyonel Destek Alma	29	74,4	10	25,6
	Güncel Olarak Profesyonel Destek Almama	28	48,3	30	51,7
p=0,009[±]					

[°]: Satır yüzdesi

*: Pearson Ki-kare Testi

**: Fisher Ki-Kare Testi

[±]: Continuity Correction Ki-kare Testi

Tablo 10’da araştırmaya katılan nöroçeşitlilik kavramını bilen öğrencilerin bazı hastalık özelliklere göre karşılaştırılması gerçekleştirilmiştir. Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların %58,8’i, hastalığı olmayan katılımcıların %25,7’sinin nöroçeşitlilik kavramını bildiği ve gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır (p<0,001). Psikiyatrik bir hastalığı olan

katılımcıların %59,8'i, psikiyatrik bir hastalığı olmayan katılımcıların %26'sının nöroçeşitlilik kavramını bildiği ve gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu görülmüştür ($p<0,001$). Nörogelişimsel bir hastalığı olan katılımcıların %64,7'sinin, hastalığı olmayan katılımcıların %30,9'unun nöroçeşitlilik kavramını bildiği ve gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Katılımcılardan herhangi bir hastalığını olanların hastalığını saklama ve hastalığını kabullenme durumlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Herhangi bir hastalığı olan katılımcılardan güncel olarak profesyonel destek alanların %74,4'ünün ve güncel olarak profesyonel destek almayanların %48,3'ünün nöroçeşitlilik kavramını bildiği ve gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır ($p=0,009$).

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Nöroçeşitlilik Kavramını Bilme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2025.

Değişkenler	β	SE	OR*	95% CI**	p
Aile İlişkisi (ref: yakın olma)	1,991	0,603	7,325	2,245-23,902	0,001
Hastalık Varlığı (ref: hastalık yok)	1,454	0,248	4,281	2,631-6,966	<0,001

*: Odds oranı ile gösterilen tahmini rölatif risk

** : %95 güven aralığı

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde nöroçeşitlilik kavramını bilme durumunu etkileyen faktörlerin aile ilişkisinin uzak olması (OR:7,325, $p=0,001$) ve hastalık varlığı (OR:4,281, $p<0,001$) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma Durumlarına Göre Bazı Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

		Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma Durumu			
		Tanısı Var		Tanısı Yok	
		Sayı	(%)°	Sayı	(%)°
Cinsiyet (n=400)					
	Kadın	72	32,9	147	67,1
	Erkek	25	13,8	156	86,2
p<0,001*					
Yaş, yıl (n=400)		22,5±3,6		21,6±3,8	
Ortalama±ss		22,0 (20,5-23,0)		21,0 (19,0-23,0)	
Ortanca-IQR‡					
p=0,002					
Katılımcıların Vatandaşlık Durumu (n=400)					
	Türk Vatandaşı	87	24,6	266	75,4
	Yabancı Uyruklu	10	21,3	37	78,7
p=0,745 ±					
Fakülte (n=400)					
	Mimarlık Fakültesi	8	21,6	29	78,4
	Fen-Edebiyat Fakültesi	34	33,0	69	67,0
	İktisadi ve İdari Fakültesi	17	30,4	39	69,6
	Eğitim Fakültesi	10	21,7	36	78,3
	Mühendislik Fakültesi	28	18,2	126	81,8
p=0,072*					
Sınıf (n=400)					
	Hazırlık	11	17,5	52	82,5
	1. Sınıf	20	22,5	69	77,5
	2. Sınıf	16	21,9	57	78,1
	3. Sınıf	17	32,1	36	67,9
	4. Sınıf	24	27,9	62	72,1
	5. Sınıf	1	25,0	3	75,0
	Yüksek lisans / Doktora	8	25,0	24	75,0
p=0,629*					
Gelir Seviyesi (n=400)					
	Geliri giderinden az	13	36,1	23	63,9
	Geliri giderine eşit	53	23,9	169	76,1
	Geliri giderinden fazla	31	21,8	111	78,2
p=0,199*					
Aile Üyeleri İle İlişki Derecesi (n=400)					
	Çok Yakın Olma Olma	52	22,4	180	77,6
	Orta Derecede Yakın Olma	41	27,0	111	73,0
	Uzak Olma	4	52,0	12	75,0
p=0,593*					
Kendi Algılarına Dayalı Nöroçeşitlilik Grubu (n=135)					
	Nöroçeşitli Olma	48	52,2	44	47,8
	Nöroçeşitli Olmama	9	20,9	34	79,1
p=0,001 ±					

^o: Satır yüzdesi

[‡]: Interquartile Range 25-75

*: Pearson Ki-kare Testi

**: Mann Whitney U Testi

[±]: Continuity Correction Ki-kare Testi

Tablo 12’de araştırmaya katılan öğrencilerin klinik tanılı olarak nöroçeşitli olma durumlarına göre bazı demografik özelliklerinin karşılaştırılması gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kadınların %32,9’unun ve erkeklerin %13,8’inin klinik tanılı olarak nöroçeşitli olduğu tespit edilmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Çalışmaya katılan bireylerden klinik tanılı olarak nöroçeşitli olan grubun yaş ortancası 22,0 (20,5-23,0), klinik tanılı olarak nöroçeşitli olmayan grubun yaş ortancası 21,0 (19,0-23,0) olup; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,002$). Araştırmaya katılan öğrencilerin klinik tanılı olarak nöroçeşitli olma durumların katılımcıların vatandaşlık durumu, öğrenim görmekte oldukları fakülte, eğitim almakta oldukları sınıf düzeyi, hane gelir durumu ve aile üyeleri ile olan ilişkinin yakınlık derecesine göre değişmediği saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan öğrencilerden kendi algılarına dayalı olarak nöroçeşitli olanların %52,2’sinin ve kendi algılarına dayalı olarak nöroçeşitli olmayanların %20,9’unun klinik tanılı olarak nöroçeşitli olduğu tespit edilmiş olup; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kendi Algılarına Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma Durumlarına Göre Bazı Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

		Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama Durumu			
		Tanımlıyor		Tanımlamıyor	
		Sayı	(%) [‡]	Sayı	(%) [‡]
Cinsiyet (n=135)					
	Kadın	61	70,9	25	29,1
	Erkek	31	63,3	18	36,7
p=0,467 [±]					
Yaş, yıl (n=135)		22,5±4,4		22,1±3,0	
Ortalama±ss		22,0 (19,0-22,0)		22,0 (19,0-22,0)	
Ortanca-IQR [§]					
p=0,992 [°]					
Katılımcıların Vatandaşlık Durumu (n=135)					
	Türk Vatandaşı	82	70,7	34	29,3
	Yabancı Uruklu	10	52,6	9	47,4
p=0,193 [±]					
Fakülte (n=135)					
	Mimarlık Fakültesi	6	66,7	3	33,3
	Fen-Edebiyat Fakültesi	33	67,3	16	32,7
	İktisadi ve İdari Fakültesi	16	80,0	4	20,0
	Eğitim Fakültesi	9	56,3	7	43,8
	Mühendislik Fakültesi	28	71,8	11	28,2
p=0,630*					
Sınıf (n=135)					
	Hazırlık	7	58,3	5	41,7
	1. Sınıf	22	73,3	8	26,7
	2. Sınıf	15	65,2	8	34,8
	3. Sınıf	16	64,0	9	36,0
	4. Sınıf	23	74,2	8	25,8
	Yüksek lisans / Doktora	7	58,3	5	41,7
p=0,818*					
Gelir Seviyesi (n=135)					
	Geliri giderinden az	11	68,8	5	31,3
	Geliri giderine eşit	50	67,6	24	32,4
	Geliri giderinden fazla	31	68,9	14	31,1
p=0,987*					
Aile Üyeleri İle İlişki Derecesi(n=135)					
	Yakın Olma	82	66,7	41	33,3
	Uzak Olma	10	83,3	2	16,7
p=0,337**					

‡: Satır yüzdesi

§: Interquartile Range 25-75

*: Pearson Ki-kare Testi

** : Fisher Ki-Kare Testi

±: Continuity Correction Ki-kare Testi

°: Mann Whitney U Testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet, yaş, vatandaşlık durumu, öğrenim görmekte oldukları fakülte ve sınıf, hane gelir durumu ve aile üyeleri ile olan ilişkilerinin yakınlık derecesinin kendi algılarına dayalı olarak nöroçeşitli olma durumunu etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kendi Algılarına Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma Durumlarına Göre Bazı Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

		Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama Durumu			
		Tanımlıyor		Tanımlamıyor	
		Sayı	(%) [‡]	Sayı	(%) [‡]
Hastalık Varlığı (n=135)					
	Hastalık Var	48	84,2	9	15,8
	Hastalık Yok	44	56,4	34	43,6
p=0,001*					
Psikiyatrik Hastalık Varlığı (n=135)					
	Hastalık Var	46	83,6	9	16,4
	Hastalık Yok	46	57,5	34	42,5
p=0,003*					
Nörogelişimsel Hastalık Varlığı (n=135)					
	Hastalık Var	21	95,5	1	4,5
	Hastalık Yok	71	62,8	42	37,2
p=0,06*					
Hastalığını Saklama Durumu (n=57)					
	Hastalığını Saklama	9	81,8	2	18,2
	Hastalığını Saklamama	39	84,8	7	15,2
p=1,0**					
Profesyonel Destek Alma Durumu (n=57)					
	Güncel Olarak Profesyonel Destek Alma	25	86,2	4	13,8
	Güncel Olarak Profesyonel Destek Almama	23	82,1	5	17,9
p=0,730**					

[‡]: Satır yüzdesi

*: Continuity Correction Ki-kare Testi

** : Fisher Ki-Kare Testi

Tablo 14'te araştırmaya katılan öğrencilerin kendi algılarına dayalı olarak nöroçeşitli olma durumlarına göre bazı hastalık özelliklerinin karşılaştırılması

gerçekleştirilmiştir. Herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik hastalığı olan öğrencilerin %84,2'si ve hastalığı olmayanların %56,4'ünün kendi algılarına dayalı olarak nöroçeşitli olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$). Psikiyatrik hastalığı olanların %83,6'sı ve psikiyatrik hastalığı olmayanların %57,5'inin kendi algılarına dayalı olarak nöroçeşitli olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ($p=0,003$). Araştırmaya katılan öğrencilerin nörogelişimsel hastalık varlığı, hastalığını saklama durumu ve güncel olarak profesyonel destek alma durumlarının kendi algılarına dayalı olarak nöroçeşitli olma durumunu etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Tüm Nöroçeşitli Öğrencilerin Bazı Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

		Nöroçeşitli Olma Durumu				p [‡]
		Nöroçeşitli Olma		Nöroçeşitli Olmama		
		Sayı	(%) [°]	Sayı	(%) [°]	
Cinsiyet (n=400)						
	Kadın	99	45,2	120	54,8	
	Erkek	42	23,2	139	76,8	
p<0,001*						
Yaş, yıl (n=400)		22,5±4,3		21,4±3,3		
	Ortalama±ss	22,0 (20,0-23,0)		21,0 (19,0-23,0)		
	Ortanca-IQR [§]					
p=0,001 [±]						
Katılımcıların Vatandaşlık Durumu (n=400)						
	Türk Vatandaşı	128	36,3	225	63,7	
	Yabancı Uyruklu	13	27,7	34	72,3	
p=0,319**						
Fakülte (n=396)						
	Mimarlık Fakültesi	11	29,7	26	70,3	G2-G5<0,001†
	Fen-Edebiyat Fakültesi	51	49,5	52	50,5	
	İktisadi ve İdari Fakültesi	23	41,1	33	58,9	
	Eğitim Fakültesi	14	30,4	32	69,6	
	Mühendislik Fakültesi	42	27,3	112	72,7	
p=0,004*						
Sınıf (n=400)						
	Hazırlık	14	22,2	49	77,8	
	1. Sınıf	30	33,7	59	66,3	
	2. Sınıf	22	30,1	51	69,9	
	3. Sınıf	28	52,8	25	47,2	
	4. Sınıf	33	38,4	53	61,6	
	5. Sınıf	2	50,0	2	50,0	
	Yüksek lisans / Doktora	12	37,5	20	62,5	
p=0,034*						
Gelir Seviyesi (n=400)						
	Geliri giderinden az	18	50,0	18	50,0	
	Geliri giderine eşit	78	35,1	144	64,9	
	Geliri giderinden fazla	45	31,7	97	68,3	
p=0,121*						
Aile Üyeleri İle İlişki Derecesi(n=400)						
	Çok Yakın Olma	74	31,9	158	68,1	G1-G3=0,005†
	Orta Derecede Yakın Olma	56	36,8	96	63,2	G2-G3=0,013†
	Uzak Olma	11	68,8	5	31,3	
p=0,010*						
Nöroçeşitliliği Bilme Durumu (n=400)						
	Nöroçeşitliliği Bilme	101	74,8	34	25,2	
	Nöroçeşitliliği Bilmeme	40	15,1	225	84,9	
p<0,001*						

°: Satır yüzdesi

§: Interquartile Range 25-75

*: Pearson Ki-kare Testi

** Continuity Correction Ki-kare Testi

±: Mann Whitney U Testi

†: Post Hoc Analizlerde ikili grup karşılaştırmalarında Bonferroni Düzeltmeli Ki-Kare testi yapılmıştır.

Tablo 15’de araştırmaya katılan tüm nöroçeşitli öğrencilerin bazı demografik özelliklerinin karşılaştırılması gerçekleştirilmiştir. Kadınların %45,2’sinin ve erkeklerin %23,2’sinin nöroçeşitli olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Nöroçeşitli olan katılımcıların yaş ortancası 22,0 (20,0-23,0) ve nöroçeşitli olmayan katılımcıların yaş ortancası 21,0 (19,0-23,0) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$). Nöroçeşitli olma durumunun farklı vatandaşlıklarda ve farklı hane gelir durumunda benzer olarak dağıldığı saptanmıştır ($p>0,05$). Fakülteler açısından karşılaştırıldığında, mühendislik fakültesinde öğrenim görenlerin %27,3’ ve fen-edebiyat fakültesinde öğrenim görenlerin %49,5’inin nöroçeşitli olduğu ve istatistiksel farklılık olduğu tespit dilmıştir ($p<0,001$). Hazırlıkta ğrenim görenlerin %22,2’si, 1. sınıfların %33,7’si, 2. sınıfların %30,1’i, 3. sınıfların %52,8’i, 4. sınıfların %38,4’, 5. sınıfların %50’si, yüksek lisans ve doktoranın %37,5’inin nöroçeşitli olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0,034$). Katılımcılardan aile yeleri ile çok yakın ilişkileri olanların %31,9’su, orta derecede yakın olanlardan %36,8’i ve uzak olanlardan %68,8’inin nöroçeşitli olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0,010$). Katılımcılardan nöroçeşitliliği bilenlerin %74,8’inin, nöroçeşitlilik kavramını bilmeyenlerin %15,1’inin nöroçeşitli olduğu belirlenmiş ve 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Bireylerin Nöroçeşitli Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2025.

Değişkenler	β	SE	OR*	95% CI**	p
Cinsiyet (ref: erkek)	1,034	0,275	2,812	1,640-4,821	<0,001
Nöroçeşitliliği Bilme (ref: nöroçeşitliliği bilmeme)	2,828	0,271	16,917	9,941-28,788	<0,001

*: Odds oranı ile gösterilen tahmini rölatif risk

** : %95 güven aralığı

Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre nöroçeşitlilik olma durumunu etkileyen faktörlerin cinsiyet (OR:2,812, $p<0,001$) ve nöroçeşitlilik kavramını bilme durumu (OR:16,917, $p<0,001$) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 16).

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Tüm Nöroçeşitli Öğrencilerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

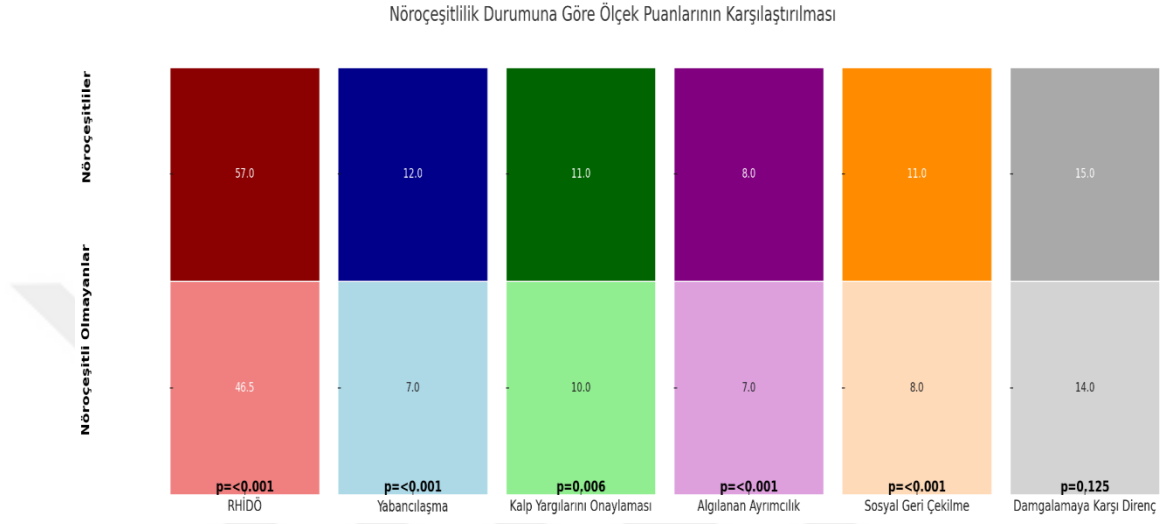
	Nöroçeşitli Olma Durumu		
	Nöroçeşitli Olma Ortanca-IQR*	Nöroçeşitli Olmama Ortanca-IQR*	p^{**}
RHİDÖ (n=400)	57,0 (48,0-66,0)	46,5 (42,0-54,0)	<0,001*
Yabancılaşma Alt Boyutu (n=400)	12,0 (8,0-15,0)	7,0 (6,0-10,0)	<0,001*
Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyutu (n=400)	11,0 (9,0-13,5)	10,0 (8,0-12,0)	0,006*
Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu (n=400)	8,0 (6,0-11,0)	6,0 (5,0-9,0)	<0,001*
Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu (n=400)	11,0 (7,0-15,0)	8,0 (6,0-11,0)	<0,001*
Damgalamaya Karşı Direnç Alt Boyutu (n=400)	15,0 (13,0-16,0)	14,0 (12,0-16,0)	0,125*

*: Interquartile Range 25-75

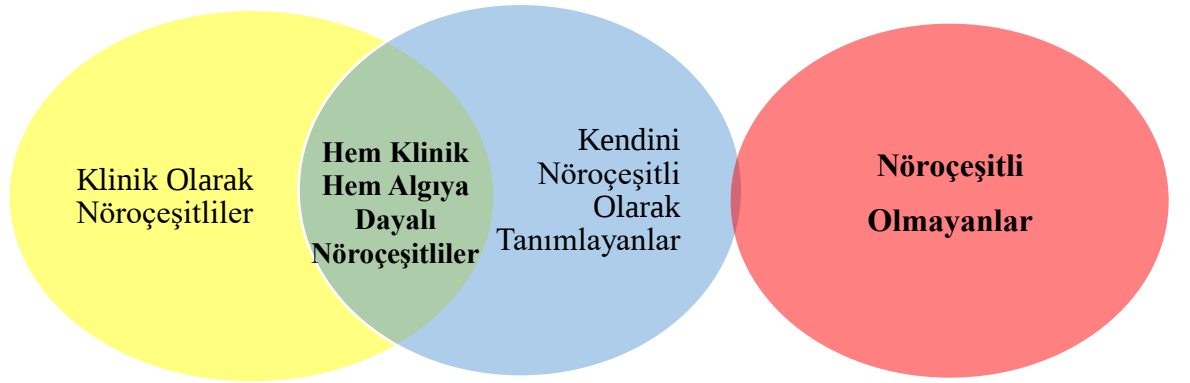
** : Mann Whitney U Testi

Tablo 17’de araştırmaya katılan tüm nöroçeşitli öğrencilerin ölçek puanlarının karşılaştırılması gerçekleştirilmiştir. Nöroçeşitli olan grubun toplam

RHİDÖ skorunun puan ortancası 57,0 (48,0-66,0), nöroçeşitli olmayan grubun ortancası 46,5 (42,0-54,0) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Nöroçeşitli olan grubun yabancılaşma alt boyutu skorunun puan ortancası 12,0 (8,0-15,0), nöroçeşitli olmayan grubun ortancası 7,0 (6,0-10,0) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Nöroçeşitli olan grubun kalıp yargıların onaylanması alt boyutu skorunun puan ortancası 11,0 (9,0-13,5), nöroçeşitli olmayan grubun ortancası 10,0 (8,0-12,0) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Nöroçeşitli olan grubun algılanan ayrımcılık alt boyutu skorunun puan ortancası 8,0 (6,0-11,0), nöroçeşitli olmayan grubun ortancası 6,0 (5,0-9,0) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Nöroçeşitli olan grubun sosyal geri çekilme alt boyutu skorunun puan ortancası 11,0 (7,0-15,0), nöroçeşitli olmayan grubun ortancası 8,0 (6,0-11,0) olup; 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Nöroçeşitli olan grup ile nöroçeşitli olmayan grup arasında damgalamaya karşı direnç alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,125$).



Şekil 8. Katılımcıların Nöroçeşitlilik Durumlarına Göre RHİDÖ Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2025.



Şekil 9. Katılımcıların Nöroçeşitlilik Gruplarının Sınıflandırılması, Ankara, 2025.

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Nöroçeşitlilik Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

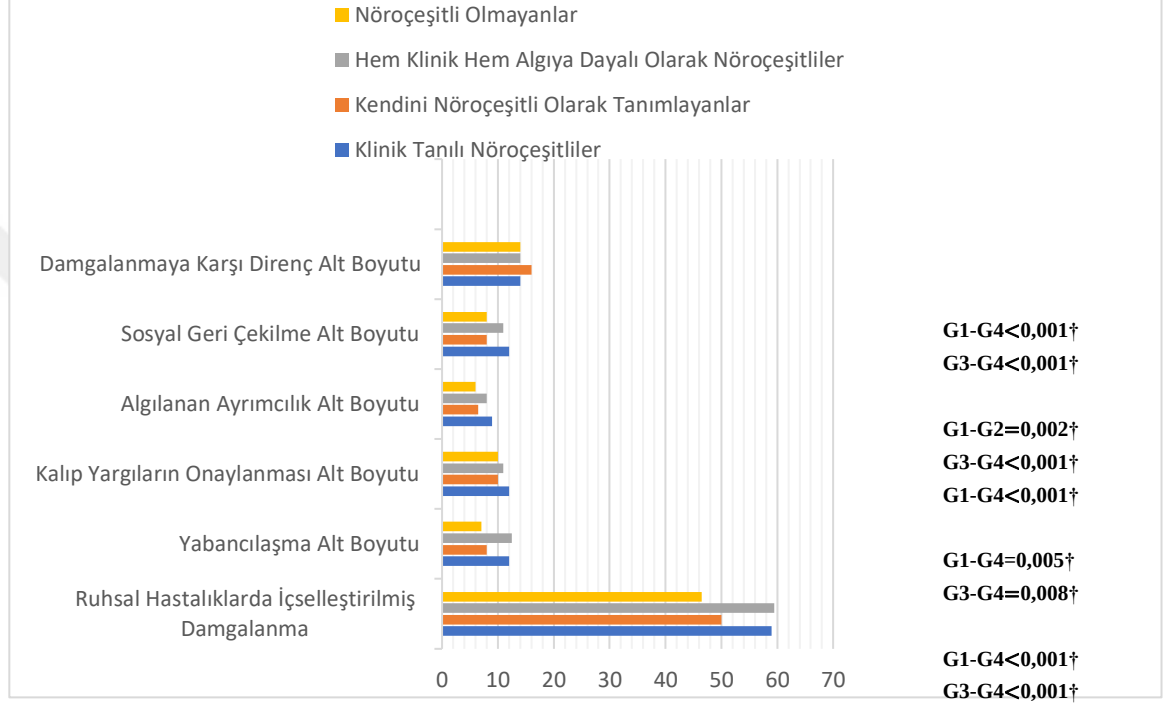
	Ortalama±ss	Ortanca IQR**	p†
Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçek Puanı			
Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma	59,6±12,4	59,0 (53,0-65,5)	G1-G4<0,001†
Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama	55,2±15,7	50,0 (44,0-63,8)	
Hem Klinik Hem Algıya Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma	61,7±13,8	59,5 (51,3-68,0)	G3-G4<0,001†
Nöroçeşitli Olmama	48,8±9,4	46,5 (42,0-54,0)	
p<0,001*			
Yabancılaşma Alt Boyut Puanı			
Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma	21,4±3,8	12,0 (10,0-15,0)	G1-G2=0,002†
Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama	10,3±4,9	8,0 (6,0-12,0)	
Hem Klinik Hem Algıya Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma	13,3±4,3	12,5 (10,3-15,8)	G3-G4<0,001†
Nöroçeşitli Olmama	8,3±2,6	7,0 (6,0-10,0)	G1-G4<0,001†
p<0,001*			
Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyut Puanı			
Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma	12,2±4,1	12,0 (10,0-15,0)	G1-G4=0,005†
Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama	11,8±5,3	10,0 (8,0-13,0)	
Hem Klinik Hem Algıya Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma	12,6 ±4,7	11,0 (9,0-14,5)	G3-G4=0,008†
Nöroçeşitli Olmama	10,6±2,7	10,0 (8,0-12,0)	
p=0,011*			
Algılanan Ayrımcılık Alt Boyut Puanı			
Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma	8,8±3,0	9,0 (6,5-10,0)	G1-G4<0,001†
Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama	8,4±3,8	6,5 (5,0-10,0)	
Hem Klinik Hem Algıya Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma	9,5±3,9	8,0 (6,3-12,0)	G3-G4<0,001†
Nöroçeşitli Olmama	7,0±2,4	6,0 (5,0-9,0)	
p<0,001*			
Sosyal Geri Çekilme Alt Boyut Puanı			
Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma	12,1±4,5	12,0 (8,0-15,5)	G1-G4<0,001†
Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama	10,0±4,9	8,0 (6,0-13,0)	
Hem Klinik Hem Algıya Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma	12,1±4,3	11,0 (8,3-15,0)	G3-G4<0,001†
Nöroçeşitli Olmama	8,9±3,1	8,0 (6,0-11,0)	
p<0,001*			
Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyut Puanı			
Klinik Tanılı Olarak Nöroçeşitli Olma	14,1±2,8	14,0 (12,0-16,0)	
Kendini Nöroçeşitli Olarak Tanımlama	14,7±3,8	16,0 (12,3-17,0)	
Hem Klinik Hem Algıya Dayalı Olarak Nöroçeşitli Olma	14,2±3,1	14,0 (13,0-16,0)	
Nöroçeşitli Olmama	14,0±2,9	14,0 (12,0-16,0)	
p=0,241*			

*: Kruskal Wallis Testi (†Kruskal Wallis Testi sonucu anlamlı bulunanlar için ikili grup karşılaştırmalarında Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U test yapılmıştır, bu test için anlamlılık düzeyi p<0,0083'dür).

** : Interquartile Range 25-75

Tablo 18’de araştırmaya katılan öğrencilerin nöroçeşitlilik gruplarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması gerçekleştirilmiştir. Total RHİDÖ skorunda nöroçeşitli olmayan grup ile klinik tanılı olarak nöroçeşitli olan ve hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görölmüştür ($p<0,001$). Yabancılaşma alt boyut puanı klinik tanılı olarak nöroçeşitli olan grup ile kendinin nöroçeşitli olarak tanımlayan grup ve nöroçeşitli olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,002$, $p<0,001$). Ayrıca yabancılaşma alt boyutunda nöroçeşitli olmayan grup ile klinik tanılı olarak nöroçeşitli olan grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Kalıp yargıların onaylanması alt boyutunda nöroçeşitli olmayan grup ile klinik tanılı olarak nöroçeşitli olan ve hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görölmüştür ($p=0,005$, $p=0,008$). Algılanan ayrımcılık alt boyutunda nöroçeşitli olmayan grup ile klinik tanılı olarak nöroçeşitli olan ve hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görölmüştür ($p<0,001$). Sosyal geri çekilme alt boyutunda nöroçeşitli olmayan grup ile klinik tanılı olarak nöroçeşitli olan ve hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görölmüştür ($p<0,001$). Damgalanmaya karşı direnç alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,241$).

Nöroçeşitlilik Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması



Şekil 10. Katılımcıların Nöroçeşitlilik Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2025.

5. TARTIŞMA

Araştırma, ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezi polikliniklerine başvuran ODTÜ öğrencilerde nöroçeşitli öğrenci sıklığı ve ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma durumlarının belirlenmesi amacıyla 400 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin yaşlarının ortancası 21'dir. Caltech'de (Kaliforniya Teknoloji Enstitüsü) 2024 yılında öğrencilerin yaş ortancaları 23'tür (203). Bu fark ülkelerin farklı eğitim sistemleri ile açıklanabilir. Türkiye'de öğrenciler yaklaşık 18 yaşında, lise eğitimini tamamladıktan sonra direkt lisans eğitimine başlarken, Amerika'da üniversiteye başlamadan önce öğrencilerin genellikle *gap year* (ara yıl) kullanabilmesi ve herhangi bir lisans eğitimini tamamlanadan okunamayan tıp, hukuk, eczacılık gibi *bachelor's degree* denilen fakültelerin bulunması bu farklılığa neden olabilir. Ayrıca Caltech'de lisansüstü programlara devam eden öğrenci oranı yüksek olabilir ve bu durum ortalama yaşın yüksek olmasına neden olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %55'i kadındır. 2023 yılında ODTÜ'de öğrenim görmekte olan öğrencilerin %44'ünün kadın olduğu bildirilmiştir (201). Ayrıca yine 2023 yılında MIT (Massachusetts Institute of Technology) öğrencilerinin %49'u kadındır (204). Araştırmaya katılan kadın sıklığının, ODTÜ kadın öğrenci sıklığından fazla olması, özellikle sosyal, psikolojik veya sağlık konuları ile ilgili yapılan araştırmalara kadınların daha fazla ilgi göstermesinden kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte Teknik Üniversiteler'de genellikle erkek

öğrencilerin ağırlıkta olduğu algısı bulunmaktadır. Her iki üniversitede de kadınların oranının %50 civarında olması, teknik üniversitelerde kadın temsili konusunda ilerleme kaydedildiğini göstermektedir. Bu durumun toplumsal cinsiyet eşitliği açısından olumlu bir tablo çizdiği söylenebilir.

Katılımcıların yaklaşık %10'u yabancı uyrukludur. 2023 yılında ODTÜ öğrenim görmekte olan tüm öğrencilerde bu sıklık %5,9'dur (201). Türkiye'de 2024 yılında uluslararası öğrenci oranı %7,1'dir (205). Bununla birlikte dünyanın en prestijli ve tanınmış üniversitelerinden biri olarak kabul edilen Zürih Federal Teknik Enstitüsü'nde yabancı öğrenci sıklığı 2023 yılında %43'tür (206). ODTÜ'nün yabancı uyruklu öğrenci sıklığı Türkiye'deki bir teknik üniversite için makul olmakla birlikte, uluslararası bir üniversiteyle karşılaştırıldığında düşük kalmaktadır. Bu durum ETH Zurich'in Avrupa'daki konumu, uluslararası bilinirliği ve İngilizce programlarının yaygınlığından kaynaklanıyor olabilir. İlaveten ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezindeki çalışmadaki yabancı öğrenci sıklığının, ODTÜ genelinden daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum yabancı öğrencilerin sağlık ve rehberlik hizmetlerinden daha fazla faydalanma eğiliminde olabileceğini düşündürebilir. Ayrıca kültürel adaptasyon zorlukları, dil bariyeri, akademik stres gibi faktörler, yabancı öğrencilerin rehberlik hizmetlerine başvurma oranını artırmış olabilir. Bununla birlikte Türk vatandaşı olan öğrenciler herhangi bir sağlık sorunları için daha rahat bir şekilde dış merkeze müracaatta bulunabilirler.

Katılımcıların beşte ikisi Mühendislik Fakültesi öğrenim görüyor olmakla birlikte, yaklaşık dörtte biri Fen-Edebiyat Fakültesinde okumaktadır. Ayrıca İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Mimarlık Fakültesi ve

Yabancı Diller Yüksekokulundan da çalışmaya katılan öğrenciler bulunmaktadır. İstanbul Teknik Üniversitesinde (İTÜ) ise 2023 yılında öğrencilerin yaklaşık yarısı Mühendislik Fakültesinde öğrenim görmekte iken yaklaşık %5'i Fen-Edebiyat Fakültesinde öğrenim görmektedir (207). Bu perspektifte İTÜ'nün daha teknik ağırlıklı bir öğrenci profiline sahipken, ODTÜ'nün hem mühendislik hem de Fen-Edebiyat gibi farklı fakültelerde daha çeşitlendirilmiş bir öğrenci dağılımı olduğu görülmektedir. Bu kapsamda ODTÜ'deki çalışmanın farklı fakültelerden katılımcıları içermesi, çalışmanın sonuçlarının daha genel geçer ve farklı akademik alanları temsil eden bir niteliğe sahip olduğunu gösterebilir.

Katılımcılar hazırlık, 1. sınıf, 2. sınıf, 3. sınıf, 4. sınıf, 5. sınıf, yüksek lisans ve doktora öğrencilerinden oluşmaktadır. 1. sınıf, 2. sınıf ve 4. sınıfın her biri çalışmaya dahil edilen öğrencilerin yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. 2024 yılında Pakistan'daki bir teknik üniversitede yapılan kesitsel bir çalışmada ise katılımcıların yaklaşık yarısı 3. sınıf öğrencileri, son sınıf ve 1. sınıf öğrencilerinin her biri ise yaklaşık onda biridir (208). ODTÜ öğrencilerinin katılım sıklığı sınıflar arasında daha dengeli bir şekilde dağılırken, Pakistan'daki çalışmada katılım 3. sınıf öğrencileri üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu fark iki üniversitenin eğitim yapısının, akademik takviminin ve öğrenci davranışlarının farklılık gösterdiğini düşündürmektedir. Bu durum Pakistan'daki üniversitede 3. sınıf öğrencilerinin akademik olarak en aktif dönemlerinden birinde olmalarına veya çalışmaya daha fazla ilgi göstermelerine de bağlanabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yarıdan fazlasının gelir durumu giderine eşit, yaklaşık üçte birinin de geliri giderinden fazladır. İspanya'da bir teknik

üniversitede yapılan bir araştırmada ise katılımcıların %43'ü orta gelirli ailelerden, %38'i yüksek gelirli ailelerden geldiğini beyan etmiştir (209). Bu durum Türkiye'de ekonomik zorlukların daha fazla görüldüğü şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin neredeyse tamamı aile üyeleri ile ilişkilerini yakın olarak tanımlamıştır. Brezilya'da 2021 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada ise öğrencilerin yaklaşık %70'inin aile ilişkilerinin yakın olduğu saptanmıştır (210). Türkiye ve Brezilya gibi ülkeler toplulukçu kültürle sahip toplumlar olarak bilinmektedir. Bu kültürlerde aile bağları çok güçlüdür ve aile, bireyin yaşamında merkezi bir rol oynar. Bu nedenle iki ülkede de öğrencilerin büyük bir kısmının aile ilişkilerini yakın olarak tanımlaması doğal olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte Türkiye'deki aile ilişkilerinin daha yakın olması, Brezilya'daki öğrencilerin üniversiteye başlamalarıyla birlikte ailelerinden duygusal veya fiziksel olarak daha fazla ayrılıyor olmaları ile açıklanabilir. Ayrıca Brezilya'nın hızlı bir modernleşme sürecinden geçmesi, bireyselleşmeyi artırmış ve dolayısıyla aile üyeleri ile olan ilişkinin zayıflamasına neden olmuş olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaklaşık dörtte birinin psikiyatrik bir hastalığı bulunmaktadır. DSÖ, 21 ülkede yaptığı bir çalışmada üniversite öğrencilerinin yaklaşık beşte birinde psikiyatrik bir hastalığın bulunduğunu bildirmiştir (211). Hollanda'da 2021 yılında yapılan bir araştırmada psikiyatrik hastalığı bulunan öğrenci prevalansı %38 olarak verilmiştir (212). Türkiye'de bir üniversitede yapılan başka çalışmada ise öğrencilerin %18,6'sında ruhsal hastalık

olduğu söylenmiştir (213). Üniversite öğrencileri arasında ruh sağlığı hastalıklarının yaygınlığı küresel bir halk sağlığı problemi olup, özellikle akademik performans stresi, sosyal uyum zorlukları, ekonomik kaygılar ve kariyer baskısı gibi pek çok faktör bu durumu tetiklediği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızdaki sıklık, Türkiye’de bir başka üniversitede yapılan çalışmadakine kıyasla daha yüksektir. ODTÜ gibi yüksek akademik başarı beklentisi ve yoğun rekabet ortamının hâkim olduğu üniversitelerde öğrencilerin stres düzeyi daha yüksek olabilir. Ayrıca ODTÜ öğrencilerinin ruh sağlığı konusunda daha bilinçli olmalarından dolayı sağlık hizmetlerine başvurma oranlarını artmış olabilir. Buna rağmen Türkiye’deki öğrencilerin psikiyatrik hastalık sıklığı, Hollanda’daki sıklıkla karşılaştırıldığında daha düşük kalmaktadır. Bu durum ruh sağlığı hizmetlerine erişimin ve tanı koyma süreçlerinin ülkemizde daha zor olması, sağlık okuryazarlığı ve farkındalığın daha düşük olması, kültürel normlara bağlı damgalanma korkusunun daha yüksek olması gibi faktörlerden kaynaklanabilir. Ancak tüm bunlarla birlikte, bu çalışmada elde edilen verilerin küresel eğilimler olduğu görülebilmektedir.

Psikiyatrik hastalığa sahip öğrencilerin yaşları daha yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Fransa’da ve Hindistan’daki üniversitelerde yapılan bir araştırmalarda ise yaş durumu ile ruhsal hastalık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (214, 215). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir meta-analizde ise daha genç yaşta olmanın ruhsal hastalıklar için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (216). Türkiye’de, özellikle genç yaş gruplarında, ruhsal hastalıklara yönelik farkındalığın ve tanı koyma olanaklarının görece daha

sınırlı olması, tanılarının daha ileri yaşlarda konulmasına yol açabilir. Üniversite ortamında bireylerin ruhsal sağlık sorunlarını fark etmeleri ve yardım arama davranışları tetiklenebilir. Bu da daha ileri yaşlarda daha çok tanı alınmasına neden olabilir. Meta-analiz sonuçları, gelişmiş ülkelerde tanı sistemlerinin daha yaygın ve erişilebilir olmasından dolayı, ruhsal hastalıkların daha genç yaşta teşhis edilebileceğini gösteriyor olabilir. Tüm yaş grupları için Fransa’da tanı olanaklarının gelişmiş olması ve Hindistan’da ruh sağlığı çalışmalarının sınırlı olması, her iki ülkede de yaş ile ruhsal hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemesinin nedenlerinden biri olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerde psikiyatrik bir hastalığa sahip olma durumuna göre cinsiyet dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ve kadın cinsiyetin daha çok psikiyatrik hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada, üniversite öğrencileri Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği-42 ile taranmıştır. Bu ölçekte alınan puanın artması bireyin depresyon, anksiyete veya stres belirtilerinin şiddetinin arttığını göstermektedir ve bu çalışmada kadın cinsiyet anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır (217). 2024 yılında Birleşik Arap Emirliklerinde yapılan bir çalışmada da kadın cinsiyetin psikiyatrik hastalıklar açısından daha riskli olduğu belirtilmiştir (218). Fransa’da 2020 yapılan bir araştırmada ise kadın cinsiyette daha fazla ruhsal hastalık görüldüğü bildirilmiştir (219). DSÖ’nün Dünya Ruh Sağlığı Uluslararası Üniversite Öğrenci Projesi’nde de kadın olmanın güçlü bir sosyodemografik değişken olduğu gösterilmiştir (45). Kadınlar, biyolojik olarak bazı ruhsal hastalıklara yatkınlık gösterebilir. Örneğin hormonal

dalgalanmalar; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkileyebilir. Ayrıca stres yanıtında rol oynayan biyolojik mekanizmalar kadın ve erkeklerde farklılık gösterebilir. Bununla birlikte kadınlar, toplumsal cinsiyet rolleri gereği daha fazla yükümlülük ve beklentiyle karşılaşabilir. Türkiye gibi bazı toplumlarda, kadınların üzerindeki ailevi ve toplumsal baskılar, ruhsal hastalık riskini artıran bir faktör olabilir. Ayrıca kadınlar genellikle duygusal durumlarını ifade etme ve ruhsal sağlık sorunları için yardım arama konusunda erkeklerden daha açık olabilir. Dolayısıyla kadınların ruhsal sağlık sorunlarının daha erken fark edilmesi ve daha sık tanı alması söz konusu olabilir. Ayrıca erkekler damgalanma korkusuyla yardım aramaktan kaçınabilir.

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerde psikiyatrik hastalık varlığının, farklı vatandaşlıklarda benzer olduğu saptanmıştır. Amerika’da bir üniversitede yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde, yabancı uyruklu katılımcıların sıklığı yaklaşık %10’dur ve bu çalışmada da vatandaşlık durumunun psikolojik iyi oluşu etkilemediği gösterilmiştir (220). Azınlık gruplarda genellikle daha yüksek bir psikiyatrik hastalık prevalansı beklenmesine rağmen böyle bir ilişki saptanmamasına dair birkaç olası açıklama olabilir. Öncelikle azınlık grupların, çalışmalardaki katılımcıların yalnızca küçük bir kısmını oluşturması, örneklem büyüklüğünün sınırlı olmasına, bu da istatistiksel olarak anlamlı bir farkın tespit edilmemesine neden olabilir. Bununla birlikte üniversiteler gibi çok kültürlü bir ortamda, azınlık gruplara yönelik üniversite yönetiminin ve öğrenci topluluklarının destekleyici politikaları ve sosyal kabul mekanizmalarının güçlü olması, potansiyel stres faktörlerini azaltabilir. Ayrıca çalışmaya dahil edilen

farklı vatandaşlıklardan gelen öğrenciler, genellikle kendi seçimleriyle göç eden bireylerdir. Bu öğrenciler, akademik başarıları ve hedefleri doğrultusunda kendilerini motive edebilen bireylerdir. Bu özellikleri, psikiyatrik hastalık riskini azaltan bir faktör olabilir. Zorunlu göç ya da sığınmacı gibi travma temelli bir süreçle gelen bireylerden farklı bir olay söz konusu olabilir. Ek olarak farklı vatandaşlıklardan gelen öğrencilerin, ruhsal sağlık sorunlarını algılama ve ifade etme biçimleri, kültürel olarak değişiklik gösterebilir. Bazı kültürlerde, psikiyatrik semptomları dile getirmekten kaçınmak ya da farklı şekillerde ifade etmek daha yaygın olabilir. Bu durum, azınlık gruplar arasında ruhsal sağlık sorunlarının görülme sıklığını olduğundan düşük göstermiş olabilir.

Katılımcılar psikiyatrik bir hastalığa sahip olma durumuna göre öğrenim görmekte oldukları fakülte açısından değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Çin’de yapılan bir araştırmada, depresyonun özellikle fen bilimleri ve mühendislik öğrencilerinde anlamlı olarak daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (221). Çin’de mühendislik ve fen bilimleri gibi yoğun akademik çalışma gerektiren bölümlerde stresin daha yüksek olduğu, öğrencilerin üzerinde daha fazla akademik baskı bulunduğu düşünülebilir. Bu baskı depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının daha sık görülmesine neden olabilir. ODTÜ’de ise fakülteler arasında akademik baskının eşit düzeyde dağılmış olması, bu farklılıkların oluşmamasına yol açabilir. Ayrıca ODTÜ’deki çalışmada fakülteler arasında anlamlı bir fark saptanmamış olması, katılımcıların fakültelere göre dağılımının daha homojen olmasıyla ilgili olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerde psikiyatrik bir hastalığa sahip olma durumunun, öğrenim görmekte olunan sınıfa göre değişmediği görülmüştür. Avustralya’da yapılan bir araştırmada da sınıf ile ruhsal hastalık varlığı arasında bir ilişki bulunamamıştır (222). İngiltere’de üniversite öğrencilerinde, Genel Sağlık Anketi-28 kullanarak bir tarama yapılmış ve daha ileri sınıflarda olanların ruhsal sağlığının daha kötü olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca bu çalışmada ruhsal sağlığı en kötü olan grubun 2. sınıf öğrencileri olduğu görülmüştür. Bu durumun sebepleri ise ilerleyen senelerde öğrencilerin üniversitenin ilk yıl sağladığı konaklamadan çıkarak bağımsız yaşamaya başlanması, üniversite tarafından ilk yıllarda sağlanan yoğun desteğin devam eden yıllarda azalması ve akademik baskının artması olduğu söylenmiştir (223). Türkiye’de ise öğrencilerin önemli bir kısmı, üniversite hayatları boyunca aile desteğini aktif olarak almaya devam eder ve bu durum sınıf düzeyleri arasındaki ruhsal sağlık farklılıklarının oluşmamasına neden olabilir. Avustralya’da ise üniversitelerin devamlı olarak sağladığı gelişmiş sosyal destek mekanizmaları, bu farklılıkları dengeleyici bir rol oynuyor olabilir. Ayrıca ruhsal hastalıklar genellikle kronik bir yapıya sahiptir ve ortaya çıktığında sınıf düzeyinden bağımsız olarak devam edebilir. Örneğin birinci sınıfta başlayan depresyon veya anksiyete, öğrencinin diğer sınıflara geçişiyle ortadan kalkmayabilir. Dolayısıyla prevalanslar her sınıfta benzer kalabilir.

Öğrenciler psikiyatrik hastalık varlığına göre gelir durumları açısından değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. 2023 yılında dünya genelinde yapılan bir sistematik derlemede

ekonomik durumun, üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etken olduğu ve düşük gelir düzeyinin ruhsal hastalıkların görülme sıklığını artırdığı bildirilmiştir (224). Bununla birlikte DSÖ tarafından 21 ülkede yapılan bir araştırmada, yüksek gelirli ülkelerde ruh sağlığı hastalıkları prevalanslarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (211). Bu çelişkili sonuçlar, ruhsal hastalıkların ortaya çıkışında sosyoekonomik durumun rolünün, farklı bağlamlarda ve mekanizmalarda değişkenlik gösterebileceğini işaret ediyor olabilir. Düşük gelir düzeyine sahip bireyler, temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanabilir. Yoksulluk, aile içi çatışma, işsizlik ve barınma güvencesizliği gibi kronik stres faktörleri, düşük gelir gruplarında daha yaygındır. Sürekli olarak yaşanan finansal stres, belirsizlik ve kaygı, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkların ortaya çıkma riskini artırabilir. Düşük gelir grubundaki bireylerin, ruhsal sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşaması, ruhsal hastalıkların kontrolsüz şekilde ilerlemesine neden olabilir. Yüksek gelirli bireyler ise ruhsal sağlık sorunlarını fark etme ve sağlık hizmetlerine erişme konusunda daha avantajlıdır. Bu farkındalık ve erişim, tanı oranlarının ve dolayısıyla prevalansların daha yüksek görünmesine yol açabilir. Bununla birlikte yüksek gelir düzeyine sahip bireylerde, toplum ve aile tarafından daha yüksek başarı ve performans beklentileri, kentsel yaşamın stresi, izolasyon hissi, hızlı ve tempolu hayat tarzı, alkol ve madde kullanımına daha kolay erişime sahip olmaları ruhsal hastalıkların ortaya çıkışında bir risk faktörü olabilir. Çalışmamızda gelir grupları arasındaki dağılım dengeli olmaması ve düşük gelirli daha az katılımcı olması, bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmamasına ile sonuçlanmış olabilir.

Katılımcılar psikiyatrik bir hastalığa sahip olma durumuna göre aile üyeleri ile ilişki durumları açısından değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Danimarka’da üniversite öğrencilerinde gerçekleştirilen bir çalışmada bekar olan ve yalnız yaşayanlarda ruhsal hastalık sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (225). Çin’deki 6 üniversitede yapılan bir araştırmada, aile ilişkilerinin iyiden kötüye doğru gittikçe öğrencilerin depresyon sıklığının arttığı tespit edilmiştir (226). DSÖ tarafından yürütülen, Dünya Ruh Sağlığı Uluslararası Üniversite Öğrenci Projesi’nde ise bekar veya ebeveyni ölmüş olma durumlarında, ruhsal hastalıkların daha çok görüldüğü belirtilmiştir (45). Danimarka gibi bireyselliğin yüksek değer gördüğü toplumlarda, yalnız yaşayan veya bekar olan bireyler, daha az sosyal destek alıyor olabilir ve bu da ruhsal sağlığı olumsuz etkileyebilir. Çin gibi topluluk odaklı toplumlarda, aile ilişkileri bireyin yaşamında daha merkezi bir rol oynar ve bu ilişkilerin kötüye gitmesi ruhsal sağlık üzerinde daha belirgin bir etkiye sahip olabilir. DSÖ’nün araştırması ise aile desteğinin eksikliğinin, ruhsal sağlık üzerindeki etkisini vurguluyor olabilir. Bizim çalışmamızda, katılımcıların çoğunun aile ilişkilerini yakın olarak tanımlaması yani aile ilişkilerinin halihazırda belirli bir standartta olması nedeniyle fark çıkmamış olabilir.

Psikiyatrik bir hastalığa sahip öğrencilerin nöroçeşitlilik kavramını daha iyi bildiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Psikiyatrik hastalıklar yaşayan bireyler, nöroçeşitlilik gibi kendileriyle doğrudan ilişkili bir kavramı daha kolay fark edebilir ve bu konuda bilgi edinmeye daha istekli olabilir. Yani kendi yaşam deneyimlerinden yola

çıkarak bu tür kavramlara daha fazla dikkat gösterebilirler. Bununla birlikte psikiyatrik hastalıklara sahip bireyler genellikle ruh sağlığı farkındalığı grupları ve sosyal medya platformları gibi kendilerini destekleyen topluluklara dahil olur. Bu durum nöroçeşitlilik ile ilgili bilgilendirici içeriklerin daha sık karşlarına çıkmasına yol açabilir. Nöroçeşitlilik, bireylerin kendi deneyimlerini anlamlandırmasına ve bir topluluğa ait hissetmesine yardımcı olabilen bir kavram olduğu için, psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin, nöroçeşitlilikle ilgili akademik araştırmalar veya kişisel okumalar yapma olasılıkları daha yüksek olabilir.

Çalışmaya dahil edilen psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olan öğrencilerin yaklaşık yarısı daha önce profesyonel bir destek almış olup; yarıya yakını ise güncel olarak profesyonel bir destek almıştır. Katılımcıların onda birinden azı daha önce hiçbir profesyonel destek almamıştır. 2010 yılında yapılan ve gelişmiş ülkelerin çalışmalarının incelendiği bir sistematik derlemede, psikiyatrik hastalığa sahip üniversite öğrencilerinin yalnızca onda birinin profesyonel bir destek aldıkları belirtilmiştir. Ayrıca bu araştırmada destek alma sıklığının bu kadar az olması damgalanma korkusu, bilgi eksikliği ve kaynak yetersizliği olarak söylenmiştir (227). 2009-2015 yılları arasında Amerika'daki 452 farklı üniversitenin öğrencilerinde; ruhsal hastalık tanıları, tedavi kullanım durumları ve yardım arama davranışlarındaki değişiklikleri inceleyen bir araştırmada, 12 farklı ruhsal hastalığın tanı ve tedavi oranları incelenmiş ve ruhsal hastalıklarda hem tanı koymanın hem tedaviye erişimin hem de kampüs içi ruh sağlığı hizmetleri kullanımının yıllar içerisinde arttığı saptanmıştır. Buna rağmen yardım arama davranışında hala eksiklikler bulunduğu da belirtilmiştir. Bu durumun sebepleri

olarak damgalanma korkusu, ruhsal sağlığa y6nelik hizmetlerin yetersizliği, bireysel bilgi eksikliği, yanlış algılar, ekonomik ve zamansal engeller g6sterilmiştir (228). Ruh sağlığı farkındalığının k6resel 6l6ekte artması, 6niversitelerin sağladığı psikolojik danışmanlık hizmetlerinin gelişimi, son 10-15 yılda etkisi artan sosyal medya, toplumsal hareketler ve eğitim programları aracılığıyla damgalanma korkusunun azalmaya başlaması, ruh sağlığı hizmetlerinin erişimi ve kullanımının artmasını sağlamış ve 6đrencilerin profesyonel destek arama davranışlarını artırmış olabilir. Ayrıca ODT6 gibi 6ok k6lt6rl6 ve akademik olarak aktif bir 6niversitede, ruhsal sağlık sorunları hakkında konuşmak daha normalleşmiş, dolayısıyla da 6đrencilerin yardım arama davranışları artmış olabilir. Bu veriler ruh sağlığı hizmetlerinde erişilebilirliğini artırmanın ve damgalamayı azaltmanın ne kadar 6nemli olduğunu vurguluyor olabilir.

Bu 6alışmaya katılan psikiyatrik bir hastalığa sahip 6đrencilerin d6rtte biri hastalığını diğer insanlardan sakladığını ifade etmiştir. Psikiyatrik hastalıklara sahip 6niversite 6đrencilerinde yapılan nitel araştırmaların incelendiği bir sistematik derlemede, bir6ok 6đrencinin psikiyatrik hastalığını ifşa etmekten ka6ındığı ve bunun temel nedeninin damgalanma korkusu olduğu g6sterilmiştir. 6đrencilerin hastalıklarını a6ıkladıklarında toplumdan dışlanma, ayrımcılık veya olumsuz bir muamele g6rme endişesi taşıdığı ve bu korkunun yaygın ve etkili bir bariyer olduğu anlatılmıştır (229). Psikiyatrik hastalıklara sahip bireylerin toplumda damgalanma korkusu, dışlanma, ayrımcılık veya olumsuz muamele g6rme endişesiyle kendilerini koruma ama6lı olarak hastalıklarını gizleme

stratejisi geliştirdiği bilinmektedir. Üniversite gibi daha açık ve destekleyici bir ortamda bile bu davranışın devam etmesi, toplumsal yargıların, bireylerin hastalıklarını ifade etme süreçlerinde ne kadar güçlü bir bariyer olduğunu gösteriyor olabilir.

Psikiyatrik hastalığa sahip öğrencilerden yalnızca onda biri hastalığını kabullenemediğini söylemiştir. Amerika’da yapılan bir çalışmada, ruhsal hastalığa sahip bireylerin Philadelphia Farkındalık Ölçeği’ne göre kabullenme düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (230). 2020 yılında Çin, Hong Kong, Japonya, Güney Kore, Singapur ve Tayland’da yapılmış araştırmaları kapsayan bir sistematik derlemede ise psikiyatrik hastalıkları olan bireylerin, toplum tarafından damgalanma korkusu nedeniyle hastalıklarını kabul etmekte zorlandığı ve bu durumun da bireylerin kendilerini yetersiz, zayıf veya başarısız olarak algılamalarına neden olarak hastalık kabulünü ve tedaviye yönelmelerini zorlaştırdığı belirtilmiştir (231). Ruhsal hastalığı olan bireylerin kabul düzeyi, onların bu durumla başa çıkabilme kapasiteleri ve sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimleri açısından önemli bir faktör olarak ele alınmalıdır. Düşük kabul düzeyi, bireylerin sağlık sorunlarını yeterince ciddiye almamalarına veya yardım arama davranışlarından kaçınmalarına yol açabilmektedir. Damgalama korkusu, kabul düzeyini olumsuz etkileyen temel faktörlerden biri olarak tanımlanmıştır (232). ODTÜ’de öğrencilerin yalnızca onda birinin hastalığını kabullenememesi; üniversitenin açık, destekleyici ve farkındalık odaklı yapısı sayesinde damgalanma korkusunun etkisinin azaltılmış olabileceğini göstermektedir. Türkiye’de genç nesiller arasında ruhsal sağlık farkındalığının

artması ve psikiyatrik hastalıkların daha fazla kabul görmesi de bu sonucu destekleyen faktörler olabilir.

Çalışmamıza katılan ruhsal hastalığa sahip olan öğrencilerin RHİDÖ puanı ortancası 60'dır. 2019 yılında Kanada'da bir üniversitedeki psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerde yapılan bir araştırmada RHİDÖ puanı ortalaması 50 olarak bulunmuştur (233). İspanya'da yapılan bir çalışmada katılımcıların puan ortalaması 75 olarak bildirilmiştir (234). Güney Kore'de yapılan bir araştırmada ise RHİDÖ puanı 49 olarak verilmiştir (235). Polonya'da ise RHİDÖ puan ortalaması 65 saptanmıştır (236). Türkiye'de Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir araştırmada ise RHİDÖ ortalama puanı 64 olarak tespit edilmiştir (237). Literatürdeki RHİDÖ puanlarındaki farklılıklar, ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmanın, kültürel ve sosyal faktörlere bağlı olarak, ülkeden ülkeye değişiklik gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Ülke bazında karşılaştırıldığında Türkiye'deki içselleştirilmiş damgalanmanın orta yükseklikte bir düzeyi olduğu söylenebilir. Ayrıca Türkiye'den elde edilen sonuçların benzerlik gösterdiği dikkati çekmektedir. Bu durum Türkiye'de ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma yaygınlığının belirli bir düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Polonya, Türkiye ve İspanya gibi ülkelerin puanları yüksekken, Kanada ve Güney Kore gibi ülkelerde düşük puanlar olması, bu ülkelerde ruhsal hastalıklara karşı damgalanmanın ve bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha düşük olduğuna işaret ediyor olabilir. Bu durum

damgalamayı azaltmaya yönelik sosyal politikaların, toplumsal farkındalığın ve psikososyal destek hizmetlerinin etkisini gösteriyor olabilir.

Araştırmaya katılan ve genel anksiyete bozukluğu olan öğrencilerin RHİDÖ puanı ortancası 60'dır. Türkiye'de 2020 yılında yapılan bir araştırmada RHİDÖ ortalama puanı anksiyete hastalarında 72,5, yine Türkiye'de 2020 yılında yapılan başka bir araştırmada ise 66 olarak hesaplanmıştır (238, 239). ODTÜ örneklemindeki öğrenciler, genç ve eğitimli bir grup olarak, toplumun genelinden farklı bir damgalanma algısına sahip olabilir. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalardaki yüksek puanlar, genel anksiyete bozukluğu olan bireylerin toplumda daha fazla damgalanma deneyimi yaşadığını göstermektedir. Ayrıca 2020 yılı COVID-19 pandemisinin ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin yoğun olduğu bir dönemdir. Bu durum anksiyete bozukluğu olan bireylerdeki damgalanma algısını artırmış olabilir.

Çalışmaya dahil edilen depresyon bozukluğu olan öğrencilerin RHİDÖ puanı ortancası 62'dir. Amerika'da yapılan bir araştırmada depresyon hastalarının RHİDÖ puanı 72 olarak bulunmuştur (188). Malezya'da 2020 yılında yapılan başka bir araştırmada ise RHİDÖ puanı ortancasının 55 olduğu gözlemlenmiştir (240). Türkiye'de yapılan bir başka araştırmada ise 68'dir (241). Sonuçlar damgalama deneyimlerinin kültürel bağlamdan etkilendiğini ortaya koymaktadır. ODTÜ'de depresyon bozukluğu olan öğrencilerin RHİDÖ puanı, Türkiye genelindeki başka bir çalışmadan ve Amerika'daki araştırmadan düşüktür. Buradan yola çıkarak, üniversite ortamında depresyon bozukluğu olan bireylerin daha az damgalandığını ya da bu damgalamayı daha az içselleştirdiğini

söyleyebiliriz. Üniversite ortamındaki sosyal destek mekanizmaları, farkındalık artırıcı etkinlikler ve danışmanlık hizmetlerinin olumlu etkileri olabilir. Malezya'da ise halkın topluluk temelli bir kültüre sahip olması, bireyler arası desteğin daha güçlü olmasına ve bu da damgalamanın etkilerinin azalmasına neden olabilir.

Bu çalışmada DEHB olan öğrencilerin RHİDÖ puanı ortancası 56 bulunmuştur. Almanya'da 2019 yılında yapılan bir araştırmada DEHB olan bireylerin RHİDÖ puan ortalaması 61 olarak tespit edilmiştir (242). Bu iki puanın yakın olması, DEHB'ye sahip bireylerin damgalanma deneyimlerinin evrensel benzerlikler taşıyabileceğini göstermektedir. DEHB'ye sahip bireyler, genellikle benzer zorluklarla (örneğin, odaklanma sorunları, hiperaktivite, toplumsal yargılar) karşılaşır. Bu nedenle içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri kültürler arasında daha az değişkenlik gösterebilir.

Katılımcılardan OKB olanların RHİDÖ puanı ortancası 61,5'dir. İran'da 2024 yılında yapılan bir çalışmada OKB hastalarının RHİDÖ ortalama puanı 60,4 olarak bulunmuştur (243). Türkiye'de 2020 yılında yapılan bir araştırmada ise OKB hastalarının RHİDÖ ortalama puanı 76 olarak saptanmıştır (244). OKB hastalarında genellikle içselleştirilmiş damgalanma puanının yüksek olması beklenir. OKB'deki "anormal davranış" olarak algılanabilen kompulsif hareketler, hastaların semptomlarının mantıksız olduğunu fark edebilmesi ve bu farkındalıkla kendilerini daha fazla eleştirerek damgalanmalarını içselleştirmeleri, bu durumun başlıca nedenlerindendir. 76 gibi yüksek bir puan, OKB'li bireylerde damgalanmanın yoğun olduğunu doğrular nitelikte olabilir. Ayrıca 2020 yılında

yaşanan COVID-19 pandemisi hijyene dayalı kompulsif davranışların artmasına neden olduğu için de daha yüksek bir puan saptanmış olabilir. ODTÜ'deki puanın düşük olması ruh sağlığı ile ilgili farkındalığın daha yüksek olması ve üniversite ortamında damgalamanın az olması ile açıklanabilir. İran'daki OKB semptomlarının bazıları, toplumun dini ve kültürel normlarıyla daha fazla uyumlu olduğundan, RHİDÖ puanının daha düşük olmasını açıklayabilir. Örneğin, temizlik obsesyonları veya tekrar eden ritüel davranışlar, bazı dinsel uygulamalarla örtüşebilir ve bu nedenle "anormal" olarak algılanmayabilir.

Bu çalışmaya katılan öğrencilerden sosyal anksiyete bozukluğu olanların RHİDÖ puanı ortancası 64'dür. Çek Cumhuriyetinde yapılan araştırmada ise sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ortalama puanı 65 olarak bulunmuştur (245). Sosyal anksiyete, bireyin toplumsal ortamlarda yargılanma, eleştirilme veya küçük düşürülme korkusu yaşadığı bir ruhsal bozukluktur. Bu hastalık bireyin kendi hakkındaki algılarını etkiler ve içselleştirilmiş damgalanmaya zemin hazırlar. Sosyal anksiyetenin kendisi halihazırda bireyde içselleştirilmiş damgalanmaya benzer bir deneyim yaratır. Sosyal anksiyeteye bağlı damgalama düzeylerinin farklı kültürel bağlamlarda benzer çıkması, bu hastalığın yapısının evrensel bir damgalama çeşidi olduğunu gösteriyor olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerden beslenme ve yeme bozukluğu olanların RHİDÖ puanı ortancası 64'dür. Avustralya'da yeme bozukluğu olan bireylerde yapılan çalışmada RHİDÖ puan ortalaması 72,5 olarak bulunmuştur (246). Avustralya, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış başka bir çalışmada ise bu puan 72,8 olarak tespit edilmiştir (247). Yeme bozukluklarında

içselleştirilmiş damgalanmanın genellikle yüksek olması beklenir. Çünkü bu bozukluklar, bireyin hem fiziksel görünümü hem de yeme davranışı üzerinden, doğrudan sosyal yargıya maruz kalmasına neden olan hastalıklardır. Yeme bozuklukları toplum tarafından genellikle "irade eksikliği" ya da "kontROLSÜZLÜK" olarak yanlış algılanır. Bu algı bireylerin kendilerini daha fazla suçlamalarına yol açabilir. Ancak ODTÜ'deki katılımcılarda RHİDÖ puanının Avustralya, Birleşik Krallık ve Amerika gibi ülkelerde yapılan çalışmalara kıyasla daha düşük çıkması dikkat çekicidir. Batı toplumlarında "ideal beden" kavramı daha katı normlara dayanırken, Türkiye'de bu normların daha esnek olması, bireylerin hastalıklarını daha az içselleştirmesine neden olabilir.

Panik bozukluğu olan öğrencilerin RHİDÖ puanı ortancası 69'dur. Sırbistan'da yapılan bir araştırmada RHİDÖ'nin 18 soruluk versiyonu kullanılmış ve panik bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ puan ortalaması 32 olarak bulunmuştur (248). Çek Cumhuriyetinde 2019 yılında yapılan çalışmada ise panik bozukluğu olan bireylerin ortalama RHİDÖ puanı 63'tür (249). Sırbistan'da yapılan çalışma yaklaşık 52 puana tekabül etmektedir. Panik bozukluğu sıklıkla fiziksel belirtilerle (örneğin, çarpıntı, nefes darlığı) ortaya çıkar ve bu belirtiler toplumda yanlış anlaşılabilir. Bu da bireylerde "anormal" olduklarına dair bir algıya yol açabilir. Üniversite öğrencileri akademik ve sosyal baskılar nedeniyle panik bozukluk belirtilerini daha yoğun yaşayabilir. Bu durum damgalanma algısının bizim çalışmamızda neden daha yüksek olduğunu açıklayabilir.

Araştırmaya katılan özgül öğrenme bozukluğu olan öğrencilerin RHİDÖ puan ortancası 48 olarak belirlenmiş olup, bu değer çalışmamızdaki hastalık

grupları arasında elde edilen en düşük puandır. Amerika’da 2020 yılında özgül öğrenme güçlüğü olan öğrencilerde yapılan bir araştırmada bu öğrencilerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin toplumsal algılara ne ölçüde maruz kaldıkları, bu algılara ne kadar inandıkları, kendilerine ne kadar özsaygı duydukları ve bireylerin anksiyete düzeylerine göre değişkenlik gösterdiği bulunmuştur (250). Hong Kong’da yapılan bir araştırmada ise özgül öğrenme güçlüğü olan bireylerin, normal popülasyona kıyasla çok daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı belirtilmiştir (251). Aslında bu hastalık diğer ruhsal psikiyatrik durumlar kadar dışarıdan fark edilebilir ya da toplumsal algıya maruz kalabilir bir durum değildir. Bu nedenle bireyler dışlanma ya da eleştiri gibi doğrudan damgalanma deneyimlerini daha az yaşıyor olabilir. Ayrıca bu bireylerin, hastalıklarını yalnızca akademik bir zorluk olarak görüp, bunu kişisel bir kusur ya da eksiklik olarak algılamama eğiliminde olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte Türkiye’deki eğitim sisteminde özgül öğrenme bozukluğuna sahip bireylere yönelik destek programlarının artırılması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

Çalışmaya dahil edilen ve psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin RHİDÖ puanları cinsiyet durumları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Amerika’da 2024 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada yine cinsiyet durumunun RHİDÖ puanlarını etkilemediği görülmüştür (252). Amerika’da, Çin’de ve Türkiye’de yapılan diğer araştırmalarda da cinsiyet durumunun RHİDÖ puanlarını etkilemediği tespit edilmiştir (253-255). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında da cinsiyetin yine

etkisiz olduğu gösterilmiştir (182). Tüm bu bulgular, cinsiyetin psikiyatrik hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyini belirleyen bir faktör olmadığını göstermektedir. Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Araştırmaya katılan ve psikiyatrik hastalığı bulunan öğrencilerinden Türk vatandaşları olanların RHİD puanları, yabancı uyruklu öğrencilerden daha düşüktür ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Amerika’da genç erişkinler üzerinde 2024 yılında yapılan bir araştırmada farklı ırklara sahip olmanın RHİD puanlarını anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir (256). Literatürde genel olarak farklı ırklar ve farklı etnik kökenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin değiştiği gösterilmiştir. Göçmenler veya yabancı uyruklu bireyler genellikle hem köken ülkelerinden getirdikleri damgalanma deneyimlerini hem de ev sahibi ülkede karşılaştıkları yeni damgalanma pratiklerini birlikte yaşarlar. Ayrıca yabancı uyruklu öğrenciler, psikiyatrik hastalıklarıyla ilgili olarak tedavi ve sosyal destek eksikliğini daha çok yaşayabilir.

Psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin gelir durumuna göre RHİD puanları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı grlmştir. Amerika’da yapılan başka araştırmalarda yine gelir durumunun RHİD puanlarıyla ilişkisi bulunamamıştır (257, 258). İçselleştirilmiş damgalama, bireyin toplumun ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarını benimsemesiyle oluşur. Bu süreç bireyin ekonomik durumu yerine; toplumsal algılar, kültürel bağlam ve bireysel psikolojik faktörlerle daha yakından ilişkilidir. Ruhsal hastalıkların bireyde oluşturduğu özsaygı kaybı, utanma ve toplumsal dışlanma korkusu; gelir

düzeyinden bağımsız olarak benzer şekilde deneyimlenebilir. Gelir düzeyi, bireyin psikososyal desteklere erişimini etkileyebilir. Ancak toplumun ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarından gelen damgalama algısını tamamen ortadan kaldırmaz.

Çalışmaya katılan psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin aileleri ile olan ilişkileri incelendiğinde, yakın aile ilişkisine sahip olanların RHİDÖ puanlarının, uzak olanlardan daha düşük olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. 2023 yılında İran'da yapılan bir araştırmada yalnızlık arttıkça, içselleştirilmiş damgalanmanın arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (259). Amerika'da yapılan bir çalışmada ise sosyal destek arttıkça RHİDÖ puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı belirtilmiştir (260). Amerika'da yapılmış bir başka araştırmada ise aileden alınan desteğin, bireylerin ruhsal durumlarını daha iyi yönetmelerini ve içselleştirilmiş damgalanma hissini azaltmaları sağladığı söylenmiştir (261). Yine Amerika'da yapılmış bir başka araştırmada ise aileden alınan desteğin RHİDÖ puanlarını anlamlı olarak azalttığı bildirilmiştir (262). Bu verilerin aile ilişkilerinin ve sosyal desteğin içselleştirilmiş damgalama üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu açıkça gösterdiği düşünülebilir. Aileden alınan desteğin bireylerde sosyal kabul duygusunu artırdığı, ruhsal hastalığa yönelik olumsuz algıların etkisini hafiflettiği, bireyin kendine olan özsaygısını güçlendirdiği ve toplumun olumsuz yargılarını içselleştirme olasılığını azalttığı düşünülebilir. Yalnızlık ise bireylerin toplumsal damgalamayla tek başına başa çıkmasını zorlaştırır ve içselleştirilmiş damgalamanın artmasına yol açabilir.

Çalışmaya dahil edilen ve psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin RHİDÖ puanlarının, profesyonel destek alma durumundan etkilenmediği görülmüştür. Amerika’da 2024 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada profesyonel destek alan grubun anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir (252). Katar’da 2021 yılında yapılan bir araştırmada hiçbir tedavi almayan, tıbbi tedavi alan ve hem tıbbi hem de terapi alan gruplar RHİDÖ puanlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır (263). Amerika ‘da 2017 yılında yapılan bir başka araştırmada içselleştirilmiş damgalanmanın artmasının tedaviye erişimde önemli bir engel oluşturduğu bildirilmiştir (264). Tüm bunlarla birlikte yapılan bir meta-analiz çalışmasında tedavi alan bireylerin daha düşük içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olduğu görülmüştür (265). Farklı çalışmaların sonuçlarındaki tutarsızlıklar, içselleştirilmiş damgalama ile tedavi arasındaki ilişkiye dair bazı önemli dinamiklere işaret etmektedir. Tedavi alan bireylerin daha yüksek RHİDÖ puanlarına sahip olması, bu bireylerin hastalığının daha şiddetli olmasından kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda tedavi alan bireyler, medikal tedavi veya terapi yoluyla içselleştirilmiş damgalamayla başa çıkma becerileri de geliştirmiş olabilir. Katar ve Türkiye gibi ülkelerde tedavinin yeterli düzeyde olmaması ve bireylerin ihtiyaçlarına yanıt vermemesi, bireylerin tedavi alma durumlarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri üzerinde etkisiz olmasına neden olabilir. Ayrıca bireylerin tedaviye başvurmanın damgalanmayı artıracığını düşünmesi, tedavi alma durumunu etkileyebilir.

Araştırmaya katılan ve psikiyatrik hastalığı bulunan öğrencilerinden hastalığını saklamayanların RHİDÖ puanlarının, hastalığını saklayanlardan daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. İsveç'te yapılan bir araştırmada psikiyatrik hastalıkları hastalığı gizlemenin, izolasyon ve terk edilmişlik duygularına yol açabileceği, bu durumun da içselleştirilmiş damgalanmanın birey üzerinde daha derin psikososyal etkiler yaratabileceği söylenmiştir (266).

Katılımcılardan psikiyatrik hastalığı bulunan öğrencilerin RHİDÖ puanlarının hastalığını kabullenenlerde daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. İspanya'da yapılan bir araştırmada psikolojik iyi oluş ölçeğinin kendini kabul alt boyutu ile RHİDÖ puanları arasında negatif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (267). Hastalığını saklamamak, bireyin durumu kabul ettiğini ve bu durumla barışık olduğunu gösterebilir. Bu kabul bireyin damgalama algısını azaltarak, özsaygısını korumasına yardımcı olabilir. Ayrıca hastalığını saklamayan bireyler, genellikle çevrelerinden daha fazla destek alır ve bu destek damgalanma algısını hafifletebilir. Hastalığını gizleyen bireyler ise destek mekanizmalarına erişimde zorluk yaşayabilir ve bu durumda yalnızlık ve dışlanma hissi artabilir.

Psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin nöroçeşitlilik kavramını bilme durumlarına göre RHİDÖ puanları incelenmiş olup, nöroçeşitlilik kavramını bilenlerin puanlarının daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Psikiyatrik hastalığı olan öğrenciler arasında nöroçeşitlilik kavramını bilenlerin daha düşük RHİDÖ puanlarına sahip olması, nöroçeşitlilik

farkındalığının içselleştirilmiş damgalamayı azaltıcı bir etkisi olduğunu gösterdiği düşünülebilir. Nöroçeşitlilik kavramı, ruhsal ve nörolojik farklılıkları insan çeşitliliğinin doğal bir parçası olarak ele alır. Bu yaklaşım bireylerin kendi durumlarını bir "bozukluk" ya da "kusur" olarak algılamaları yerine, bu farklılıkları olumlu bir kimlik parçası olarak görmelerine yardımcı olabilir. Bu anlayış, bireylerin kendilerine yönelik olumsuz yargıları içselleştirmelerini engelleyerek damgalanma algısını azaltır. Diğer taraftan nöroçeşitlilik kavramını bilmeyen bireyler, kendi durumlarını anlamlandırırken daha çok toplumsal yargılara bağımlı olabilirler. Bu da onların, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarını daha kolay içselleştirmelerine yol açabilir. Yani nöroçeşitlilik kavramının bilinmemesi, bireylerin kendilerini yalnız ve "anormal" hissetmelerine neden olabilir. Bu nedenle nöroçeşitlilik perspektifinin daha geniş kitlelere tanıtılması, damgalama ile mücadelede etkili bir araç olabilir.

Bu araştırmaya katılan yalnızca klinik olarak nöroçeşitli olan öğrencilere bakıldığında en sık olarak anksiyete bozuklukları (%47,4) ve depresyon (%37,1) gözlemlenmektedir. Bunu sırasıyla DEHB (%29,9), OKB (%14,4), sosyal fobi (%12,4), yeme bozukluğu (%10,3) ve panik bozukluk (%9,3) izlemektedir. Ayrıca kişilik bozukluğu, migren, bipolar bozukluk, epilepsi, uyku bozuklukları, özgül öğrenme bozukluğu, dil ve konuşma bozuklukları, TSSB, şizofreni, dürtü denetimi bozukluğu, otizm, MS, CIDP ve sinestezisi olan katılımcılar da bulunmaktadır. 2023 yılında İngiltere’de 18 yaş üzeri popülasyonda gerçekleştirilen bir çalışmaya katılan nöroçeşitli bireylerin hastalık dağılımları ise sırasıyla OSB (%74,3), DEHB (%55,4), Asperger Sendromu (%43,2), özgül

öğrenme güçlüğü (%43,2), dil ve konuşma bozuklukları (%2,7) ve diğer (16,2) olarak bildirilmiştir (268). Bu çalışmada, nöroçeşitli bireyler hem psikiyatrik hem de nörolojik hastalıklara sahip bireyleri kapsayacak şekilde tanımlanırken, İngiltere’de yapılan çalışmada yalnızca nörogelişimsel bozukluklara sahip bireyler nöroçeşitli olarak kabul edilmiştir. Literatürde, hangi hastalık gruplarının nöroçeşitlilik kapsamına girdiği konusunda henüz bir fikir birliğine varılmış bir tanım olmakla birlikte, her iki yaklaşımı da destekleyen yayınlar bulunmaktadır. Ayrıca İngiltere’de yapılan çalışma sosyal medya reklamlarına yanıt veren katılımcılar ile gerçekleştirilmiştir. Bu da nörogelişimsel bozukluklara sahip bireylerin nöroçeşitlilik kavramına daha aşina olmalarından dolayı bu çalışmaya daha fazla katılım göstermiş olabileceklerini düşündürmektedir. Amerika’da 2023 yılında yapılan bir araştırmada ise nöroçeşitli öğrencilerde en sık %55,1 ile DEHB görülmekle birlikte %3,5 özgül öğrenme güçlüğü, %17,2’inde otizm ve %27,6’sında ise diğer ruh sağlığı hastalıkları görüldüğü belirtilmiştir (192). Amerika’da 2022 yılında yapılan bir çalışmada ise en sık OSB (28,6) görüldüğü, bununla birlikte DEHB (%10), anksiyete bozuklukları (%2,9) ve bipolar bozukluk (%1,4) da olduğu bildirilmiştir (269). Amerika’da 2024 yılında yapılan bir başka çalışmada ise en sık DEHB (%25) görülmekle birlikte, %14 OSB, %33 diğer ruh sağlığı hastalıkları, %6,3 nörolojik hastalıklar ve %12,7 engellilik durumları olduğu saptanmıştır (270). Amerika’daki ve ODTÜ’deki çalışmalar arasındaki en yüksek farklılık otizm ve genel anksiyete bozukluğunda görülmektedir. OSB’nin Amerika’da bu kadar yüksek sıklıkla görülmesinin nedenleri Amerika’da OSB teşhis kriterlerinin oldukça genişletilmesi ve daha hafif düzeydeki vakaların da bu

kategoriye dahil edilebilmesi olabilir. Ayrıca Amerika’da otizm konusunda farkındalık çok daha yüksektir ve öğretmenler, aileler ve sağlık profesyonelleri tarafından belirtiler daha erken fark edilebilir. Bununla birlikte Amerika’da otizm spektrum bozukluğu için okul öncesi dönemden itibaren tarama programları uygulanır. İlaveten Türkiye’de otizm gibi hastalıklar konusunda toplumsal damgalanma daha yüksektir ve aileler teşhis konmasını istemeyebilir. Genel anksiyete bozukluğunun bizim çalışmamızda daha yüksek görünmesinin nedeni Türkiye’deki sosyal yapı, ekonomik belirsizlikler, sınav baskısı, işsizlik oranları ve ailevi beklentiler gibi stres faktörlerinin özellikle öğrencileri etkilemesi olabilir.

Çalışmada katılımcıların yaklaşık %11,5’inde genel anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Hollanda’da yapılan bir araştırmada ise bu sıklık %7 olarak bildirilmiştir (212). Çin’deki üniversite öğrencilerinde gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında ise anksiyete sıklığı %13,7 olarak verilmiştir (271). Lübnan’daki bir üniversitede yapılan başka bir araştırmada genel anksiyete bozukluğu prevalansı %26,5 olarak verilmiştir (272). Türkiye’de bir üniversitede 2022 yılında yapılan bir başka çalışmada ise anksiyete sıklığı %25,2 olarak bulunmuştur (213). Kültürel farklılıklar, bireylerin ruhsal sağlıklarını ifade etme biçimlerini ve anksiyete gibi ruhsal bozuklukları fark etme durumlarını etkileyebilir. Örneğin Çin’deki daha düşük bir sıklık, damgalanma nedeniyle ruhsal sağlık sorunlarının daha az ifade edilmesiyle ilişkili olabilir. Lübnan’daki yüksek prevalans ise özellikle ekonomik ve politik istikrarsızlık gibi çevresel faktörlerle ilişkilendirilebilir. Türkiye’deki çalışmalarda bu sıklığın %25’lere

varması artan farkındalık ve ruhsal sağlık okuryazarlığında kaynaklanabilir. Türkiye’de 2022 yılında yapılan çalışmada daha yüksek bir sıklık görülmesi, 2022’deki çalışmanın pandemiden hemen sonra yapılmasına bağlı olabilir. Hollanda’da nispeten düşük bir sıklığın görülmesi, dünya genelinde iyi yapılandırılmış sağlık sistemleriyle bilinen ülkelerden biri olması, ruhsal sağlık hizmetlerine erişim, erken teşhis ve müdahale imknlarının oldukça yaygın olması veya bireylerin daha az stresli bir yaşam srdrebilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %9’unda depresyon olduğu belirlenmiştir. 47 ülkede yapılmış 195 çalışmanın meta-analizinde niversite öğrencileri arasındaki depresyon prevalansı %27,2 olarak saptanmıştır (273). Amerika’da yapılan bir çalışmada bu sıklık %20 olarak bulunmuştur (274). Hollanda’daki bir başka çalışmada ise %24 majör depresyon tespit edilmiştir (212). Çin’de bir üniversitede yapılan çalışmada ise depresyon sıklığı %11,8 olarak bildirilmiştir (226). alışmalar genel olarak niversite öğrencileri arasında depresyonun yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Özellikle meta-analizde tespit edilen yüksek, sıklık genç yetişkinler arasında bu sorunun ciddiyetini vurgulamaktadır. Hollanda ve Amerika’da yapılan çalışmanın meta-analiz verileriyle uyumlu olduğu söylenebilir. Bununla birlikte ruh sağlığı damgalanmasının yüksek olduğu Çin ve Türkiye gibi toplumlarda bireyler depresyon belirtilerini daha az bildirme eğiliminde olabilir.

Katılımcıların %7,3’nde DEHB mevcuttur. İngiltere, Amerika ve Çin’de bir üniversitede yapılan araştırmalarda DEHB sıklığı sırasıyla %7, %5 ve %8

olarak verilmiştir (275, 276). Elde edilen sonuçlar ile DEHB'nin dikkat çeken bir yaygınlığa sahip olduğunu düşünülebilir. Farklı kültür ve eğitim sistemlerinde benzer sıklıklarla gözlenmesi, DEHB'nun üniversite öğrencileri önemli bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirmesi gerektiğini gösteriyor olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerde OKB prevalansı %14,4 olarak bulunmuştur. Türkiye'de bir başka üniversitede ise bu sıklık %39,3 olarak bulunmuştur (277). Amerika'da yapılan bir çalışmada ise üniversite öğrencileri arasındaki OKB sıklığı %5 olarak saptanmıştır (278). Sri Lanka'da bir üniversitede 2022 yılında yapılan bir çalışmada ise bu sıklık %39,8 olarak verilmiştir (279). Dünya genelinde obsesif kompulsif bozukluğun prevalansı ise yaklaşık %6,5'tir (49). Bu veriler OKB prevalansının yalnızca bireysel veya biyolojik faktörlere değil; aynı zamanda kültürel, sosyoekonomik ve çevresel dinamiklere de güçlü bir şekilde bağlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu farklılıklar, farklı toplumlarda ruhsal sağlık algılarının, tanı kriterlerinin ve tedaviye erişim düzeylerinin değişken olmasından kaynaklanabilir. Örneğin bazı kültürlerde OKB belirtileri dini ritüeller veya geleneksel davranışlarla karışabilir ve bu durum belirtilerin fark edilmesini zorlaştırabilir. Bununla birlikte bazı toplumlarda ruh sağlığı sorunları daha açık bir şekilde kabul edilip ifade edilirken; diğerlerinde damgalanma korkusu nedeniyle bu durum göz ardı edilebilir. Dolayısıyla OKB prevalansı, yalnızca bireylerin deneyimlerinden değil; aynı zamanda içinde bulundukları kültürün bu deneyimlere nasıl bir anlam yüklediğinden de etkilenebilmektedir.

Katılımcıların %12,4'ünde sosyal fobi görülmüştür. İngiltere'de bir üniversitede yapılan çalışmada ise bu sıklık yaklaşık %10 olarak bulunmuştur. 2020 yılında Hindistan'da yapılan bir araştırmada sosyal fobi %15,3 olarak tahmin edilmiştir (280). Sosyal fobi üniversite öğrencileri arasında kültürel farklara rağmen belirli bir yaygınlığa sahiptir ve çalışmamız literatür ile uyumludur.

Çalışma sonucunda yeme ve beslenme bozukluğu prevalansı %10,3 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca 2022 yılında Çin'de bir üniversitede yapılan başka bir araştırmada yeme bozukluğu prevalansı %38 olarak tespit edilmiştir (281). Fransa'da bir üniversitede yapılan çalışmada ise bu sıklık %20,5 olarak verilmiştir (282). Macaristan, Polonya ve Ukrayna'daki üniversitelerde yapılan uluslararası bir çalışmada ise yeme bozukluğu sıklığı %26,3 olarak bulunmuştur (283). Çin'de %38 gibi oldukça yüksek bir prevalans oranının tespit edilmesi dikkat çekicidir. Bu durum Çin'de, özellikle gençler arasında "ince beden" ideale yönelik güçlü bir toplumsal baskı bulunması ve Batı kültürlerinden yayılan "zayıflık" estetiği ile geleneksel Asya kültürünün "ince ve narin kadın" algısı birleşerek gençler üzerinde ciddi bir baskı oluşturmaktan kaynaklanıyor olabilir. Avrupa bölgesinde ise ekonomik zorluklar, kültürel geçişler, sedanter yaşam tarzının yaygınlaşması ve beden algısına yönelik tutumların etkisiyle yeme bozukluklarının yaygınlaşması mümkün olabilir. Bununla birlikte Türkiye'de beden imajı baskısı, Batı toplumlarına ve Çin'e kıyasla nispeten daha az olabilir. Türkiye'deki geleneksel kültürel değerler, bireylerin beden görünümüne aşırı odaklanmasını kısmen azaltabilir. Ayrıca Akdeniz tipi diyet ve aile sofrası

kültürü, Türkiye’deki öğrencilerin sağlıklı beslenme davranışlarını sürdürmesine katkıda bulunuyor olabilir.

Katılımcıların %2,3’ünde panik bozukluğu belirlenmiştir. DSÖ üniversite öğrencilerinde panik bozukluk görülme sıklığını %1,2 olarak tespit etmiştir (211). Hollanda’da bir üniversitede yapılan çalışmada ise panik bozukluk prevalansı %7 olarak saptanmıştır (212). DSÖ’nün bulguları genel bir üniversite öğrencisi popülasyonuna dayanırken, ODTÜ çalışması belirli bir üniversitenin öğrencilerini kapsamaktadır. ODTÜ örneklemindeki öğrencilerin akademik stres seviyeleri, yaşam koşulları veya sosyokültürel özellikleri, panik bozukluk prevalansını artırmış olabilir. Hollanda’daki prevalans oldukça yüksek olup; akademik baskı, ruh sağlığı farkındalığının daha fazla olması ya da farklı tanı kriterleri gibi ülkenin ve üniversitenin kendine özgü koşullarıyla ilişkili olabilir.

Bipolar bozukluk, katılımcıların yaklaşık %1’inde görülmektedir. Bununla birlikte DSÖ bipolar bozukluk prevalansını dünya genelinde %0,53 olarak verirken, üniversite öğrencilerinde %1,8 olduğunu söylemiştir (211, 284). Üniversite öğrencileri genellikle 18-25 yaş aralığındaki genç erişkinlerden oluşur. Bu yaş aralığı, bipolar bozukluğun belirtilerinin ortaya çıkması için en riskli dönemlerden biridir. Üniversite öğrencileri arasında daha yüksek prevalansın görülmesi, bu yaş grubunda hastalığın doğal seyrine bağlı olabilir. ODTÜ gibi prestijli bir üniversitede damgalanma korkusu, akademik ve sosyal statü kaybı korkusuyla birleşerek üniversite öğrencilerinin tedavi arayışına girmesini engellemiş olmasından dolayı DSÖ prevalansından daha düşük bir sıklık saptanmış olabilir.

Bu çalışmada kişilik bozukluğu prevalansı katılımcıların yaklaşık %5’inde gözlenmiştir. Literatürde, toplum genelindeki kişilik bozukluğu prevalansının %7,8 olduğu (21 ülke ve 6 kıtada gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışması), üniversite öğrencilerinde ise bu oranın %5 ile %15 arasında değiştiği bildirilmektedir (285, 286). İran’da bir üniversitede yapılan bir araştırmada ise toplam kişilik bozukluğu prevalansı %23 olarak hesaplanmıştır (285). Çalışmamızda elde edilen bulgular, meta-analiz ve diğer üniversite popülasyonlarına ilişkin literatürle tutarlıdır. Bununla birlikte, İran çalışmasında kullanılan tarama amaçlı kişilik bozukluğu envanterlerinin, daha yüksek prevalans ile sonuçlanmasına yol açmış olabileceği düşünülebilir.

Uyku-uyanıklık bozukluğu araştırmada %0,8 tespit edilmiştir. Uyku-uyanıklık bozukluklarının toplum yaygınlığı %0,17-1,51’dir (287, 288). Avustralya’da bir üniversitede yapılan bir araştırmada ise bu prevalans %1,1 olarak tespit edilmiştir (289). Norveç’te 2021 yılında üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada insomnia bozukluğunun prevalansı %3,3 olarak saptanmıştır (290). Çalışmamızdaki sıklık, toplum geneli ile tutarlıdır. Bununla birlikte literatürde genel olarak genç erişkinlerde, toplum geneline göre uyku-uyanıklık bozuklukları daha sık gözlemlendiği görülmektedir. Sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda genç erişkinlerin uyku-uyanıklık bozuklukları açısından risk grubunda olduğu söylenebilir. Genç erişkinlerin, özellikle üniversite öğrencilerinin, düzensiz uyku saatleri, sınav stresi, teknoloji kullanımı gibi yaşam tarzları, alışkanlıkları ve stresle baş etme yöntemlerinin bu duruma neden olduğu söylenebilir. Norveç’teki gece-gündüz dengesinin farklılığı, sirkadiyen

ritmin bozulmasına ve uyku bozukluklarının daha sık görülmesine katkıda bulunabilir. Özellikle uzun kış geceleri ve mevsimsel duygu durumu değişiklikleri, insomnia prevalansını artırabilir.

Araştırmaya katılan bireylerde özgül öğrenme bozukluğu (disleksi) sıklığı %0,8 olarak bulunmuştur. Yunanistan'da 2021 yılında yetişkinlerde yapılan bir araştırmada özgül öğrenme bozukluğu sıklığı %2,5 olarak bulunmuştur (291). İngiltere'de 2022 yılında psikoloji lisansı yapan öğrencilerde ise disleksi sıklığı %2,5 olarak tespit edilmiştir (292). ODTÜ'nün akademik zorluk seviyesi yüksek olan bir üniversite olması, burayı kazanan özgül öğrenme bozukluğu yaşayan öğrenci sıklığının daha az olmasına yol açmış olabilir.

Araştırmaya katılan bireylerde dil ve konuşma bozukluğu prevalansı %0,5 olarak bulunmuştur. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar konuşma-dil bozukluklarının yaygınlığının %0,5 ile %7 arasında değiştiğini göstermektedir (293). Örneğin; İngiltere'de dil ve konuşma bozukluğu prevalansı %1,61'dir (294). Toplum prevalansını ölçen araştırmalar, genellikle daha geniş ve genel bir popülasyonu temsil eder. ODTÜ gibi bir üniversite, oldukça seçici bir popülasyona sahiptir. Öğrenciler genellikle yüksek akademik başarı göstermiş bireylerdir ve bu başarı, dil ve konuşma bozukluklarının üstesinden gelmeyi gerektirmiş olabilir. Böylece üniversiteye kadar ulaşan bireylerin dil ve konuşma bozukluğu sıklığı azalmış olabilir.

TSSB, katılımcılar arasında %0,5 sıklığı olan diğer bir psikiyatrik hastalıktır. DSÖ üniversite öğrencilerinde TSSB görülme sıklığının %1,3 olduğunu söylemiştir (211). DSÖ'nün prevalansı farklı coğrafi, kültürel ve

ekonomik grupları kapsar. Dünyanın bazı bölgelerinde savaş ve doğal afetler gibi travmatik olaylara maruz kalma daha çok yaşıyor olabilir. Bu durum DSÖ'nün araştırmasında daha yüksek bir prevalans görülmesine neden olabilir.

Katılımcılar arasında %0,3 sıklığında şizofreni vakalarına rastlanmıştır. DSÖ verilerine göre dünyadaki şizofreni sıklığı yaklaşık 0,5'tir (295). Şizofreni genellikle bilişsel işlevleri etkileyebilir ve bu durum akademik performansı olumsuz etkileyerek zorlu üniversite sınavlarına hazırlık süreçlerinde dezavantaj yaratabilir. Bu bağlam şizofreni prevalansının çalışmamızda daha düşük bulunmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Çalışmada üniversite öğrencilerinde psikiyatrik hastalığı olanlar içinde yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozukluğu sıklığı %0,3 olarak tespit edilmiştir. DSÖ ise tüm üniversite öğrencilerinde bu sıklığın %2,8 olduğunu söylemiştir (211). Araştırmamızın örneklemini yalnızca ODTÜ öğrencileriyle sınırlıdır. Bu grup yüksek başarı gösteren ve genellikle daha düzenli davranış kalıplarına sahip bireylerden oluşabilir.

Katılımcılar arasında otizm spektrum bozukluğu sıklığı %0,3 olarak bulunmuştur. Amerika'da yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerindeki OSB sıklığının %0,7 ile %1,9 arasında değiştiği tahmin edilmiştir (296). Otizm spektrum bozukluğunun küresel yaygınlığını tespit etmek için yapılmış bir meta-analizde ise %0,72 olarak bulunmuştur (297). ODTÜ çalışmasındaki düşük prevalans, seçici bir akademik ortamın etkisini yansıtır olabilir. Bu bağlamda, bu tür üniversitelerde OSB'li bireylerin karşılaştığı zorlukların daha fazla incelenmesi gerekir. Bununla birlikte Amerika'da yapılan çalışma bir tarama

niteliği taşımaktadır ve bu çalışmadan önce katılımcılar arasında OSB tanısı alan öğrenci bulunmamaktadır. Bu durum ODTÜ’de de tanı konulmamış ancak OSB olan öğrencilerin olabileceğini göstermektedir.

Çalışmada katılımcılar arasında sinesteziye sahip bireylerin sıklığı %0,3’tür. Amerika’da bir üniversitede yapılmış bir tarama araştırmasında bu sıklık %4,2 olarak tespit edilmiştir (298). İngiltere’de genel popülasyonda yapılan bir taramada ise sinestezi yaygınlığı %2,5 olarak bulunmuştur (299). Türkiye’de sinesteziye yönelik farkındalığın, tarama yöntemlerinin ve tanı süreçlerinin sınırlı olması, gerçek prevalansa ulaşamamasına neden olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaklaşık %12,5’inin nörolojik bir hastalığı bulunmaktadır. DSÖ ise dünya nüfusunun üçte birinin nörolojik bir hastalık yaşadığını belirtmiştir (52). DSÖ ve meta-analiz verileri genel popülasyonu temsil ederken, bu çalışmanın sonuçları yalnızca üniversite öğrencilerini yansıtmaktadır. Nörolojik rahatsızlıkların yaşlı popülasyonda daha sık görülmesi ve DSÖ’nün daha az gelişmiş sağlık sistemlerine sahip bölgeleri de kapsayan bir çalışma yaptığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Migren ve epilepsi prevalansı çalışmada yaklaşık %5 olarak bulunmuştur. Migrenin dünya genelindeki yaygınlığı %10’dan fazla olup, epilepsinin sıklığı ise %0,4-%1 arasında değişmektedir (300, 301). Üniversite öğrencilerindeki migren prevalansının belirlenmesi amacıyla yapılan meta-analiz çalışmasında ise sıklık %16,1 olarak tahmin edilmiştir (302). Epilepsinin gelişmiş ülkelerdeki prevalansı, aktif epilepsi için genellikle %0,4-0,7 arasında değişmektedir. Avrupa’daki bir sistematik incelemede, aktif epilepsi için bu sıklık yaklaşık %0,5 olarak

bulunmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde ise prevalans genellikle daha yüksektir ve kırsal bölgelerde yaklaşık %2 gibi bir sıklığa çıkabileceği söylenmektedir (303). Migrenin bireysel değil, çevresel ve davranışsal faktörlerle tetiklenebilen bir hastalık olması sıklıkları etkiliyor olabilir. Çalışmamızda epilepsi prevalansı dikkat çekici derecede yüksektir. ODTÜ akademik başarıya dayalı seçici bir üniversite olmasına rağmen, epilepsi tanısı olan bireyler üniversiteye kadar ulaşmayı başarmış olabilir. Bu bireyler epilepsiyle yaşamayı öğrenmiş, tedavi almış ve nöbetleri kontrol altına alınmış olabilir. Üniversite öğrencileri epilepsi için özel bir risk grubu olmamakla birlikte; akademik stres, uyku düzenindeki bozukluklar ve ışığa duyarlılık (örneğin, ekran süresi artışı) gibi tetikleyici faktörlere maruz kalabilirler. Bu durum epileptik nöbetlerin tanı almasını kolaylaştırabilir. Dolayısıyla bu grup hem tanı almış hem de eğitime devam edebilmiş bir popülasyonu temsil ediyor olabilir.

Çalışmamızda MS ve CIDP sıklığı %0,3 olarak gözlemlenmiştir. MS'in Kuzey Amerika'daki prevalansı 100.000 nüfus başına 140, Avrupa'daki prevalansı ise 100.000 nüfus başına 108 olarak bildirilmiştir (304). CIDP'nin dünya genelindeki prevalansını değerlendiren bir meta-analizde, bu sıklık 100.000 kişide %0,33 olarak tahmin edilmiştir (305). MS'in dünya çapında heterojen bir yaygınlığa sahip olması, farklı bölgelerdeki sıklık oranlarının değişkenliğini açıklayabilir. MS, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkan bir hastalıktır. Türkiye'deki genetik havuzun ve çevresel tetikleyicilerinin, MS sıklığını etkiliyor olması muhtemeldir. Bununla birlikte çalışmamızda yalnızca bir

CIDP hastasının yer alması, küçük örneklem boyutumuz nedeniyle hesaplanan prevalansın yüksek çıkmasına neden olmuştur.

Klinik olarak nöroçeşitli olan katılımcıların yaklaşık yarısı hastalıkları ile ilgili daha önce bir profesyonel destek aldığını, dörtte birinden fazlası güncel olarak profesyonel destek almakta olduğunu ve yaklaşık yüzde 7'si hiçbir destek almadığını belirtmiştir. Çin'de 2019 yılında yapılan bir araştırmada hastaların %15,7'sinin daha önce destek aldıkları belirtilmiştir (306). Türkiye'de genel popülasyonda yapılan bir başka çalışmada ruhsal bozukluk belirtileri taşıyan bireylerin %46'sının, herhangi bir profesyonel destek almamış olduğu belirtilmiştir (307). Hollanda'da genç yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada ise ruhsal sağlık sorunları olan bireylerin %33,7'sinin son 12 ayda ruhsal sağlık hizmeti almış olduğu belirtilmiştir (308). DSÖ, dünya genelinde psikiyatrik hastalığı olan bireylerin büyük bir kısmının ihtiyacı olan ruh sağlığı hizmetlerine erişemediğini belirtmiştir (47). DSÖ dünya genelinde nörolojik hastalıklara sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde büyük eşitsizlikler bulunduğunu, düşük gelirli ülkelerde tedavi açığının %75'i aştığını ve nörolojik hastalıklara yönelik sağlık profesyonellerinin sayısının oldukça düşük olduğunu söylemektedir. Ayrıca bu eşitsizliklerin özellikle sosyoekonomik olarak dezavantajlı grupları, kırsal alanlarda yaşayanları ve kadınları daha çok etkilediği belirtilmektedir (309). Çalışmamızın ODTÜ gibi bir üniversitede gerçekleştirilmesi, katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olması ve sağlık okuryazarlığının daha gelişmiş olma olasılığı, profesyonel desteğe yönelme sıklığını artırmış olabilir. Üniversite öğrencileri genellikle daha fazla bilgiye erişim imkanına sahiptir ve sağlık hizmetlerini arama

konusunda daha bilinçli olabilir. Ayrıca ODTÜ'nün bulunduğu Ankara şehrinin Türkiye'nin başkenti olmasından dolayı sağlık hizmetlerine erişim açısından birçok avantaja sahip olması etkili olabilir. Bununla birlikte özellikle gençler arasında ruh sağlığı konularının daha açık tartışıldığı ve yardım aramanın daha az damgalandığı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmamızın verileri genel nüfus verileriyle uyumlu olmayabilir.

Çalışmaya dahil edilen ve klinik olarak nöroçeşitli olan, yani herhangi bir nörolojik ya da psikiyatrik hastalığa sahip olan öğrencilerin yaklaşık dörtte biri hastalığını diğer insanlardan gizlediğini ve yaklaşık onda biri hastalığını kabullenemediği beyan etmiştir. 2024 yılında Avustralya'da genç yetişkinlerin kronik bir hastalıkla yaşama deneyimlerini anlamaya çalışan nitel bir araştırma projesinde, gençlerin çoğunlukla hastalıklarını gizleme eğilimde oldukları ve bunun sebebinin damgalanma, yanlış anlaşılma ve yargılanma korkusu olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hastalıklarının görünmez doğası gereği, durumlarını ifade etmekte zorlandıklarını ve bu durumun gizleme davranışını artırdığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada, genç yetişkinlerin hastalıklarını kabullenmesinin, kimliklerini yeniden tanımlamalarını gerektirdiği ve gençlerin kimliklerini hastalık üzerinden tanımlamaktan kaçındıklarını ama diğer taraftan da hastalığın etkilerini tamamen inkâr etmemeye çalıştıkları bildirilmiştir (310). Bununla birlikte İngiltere'de 2024 yılında bir psikiyatri hastanesindeki sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırmada, nöroçeşitli bireylerin yalnızca yarısının çalışma ortamında hastalıklarını söylediği gösterilmiştir (311). Amerika'da 2024 yılında nöroçeşitli üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %24'ünün

nöroçeşitli olmayı kabul etmediği belirtilmiştir (270). Literatürde bu konu genellikle nitel araştırmalar ile çalışılmıştır. Bununla birlikte araştırmalar arasındaki farklar; kültürel bağlam, katılımcı grupların özellikleri, hastalık türü, metodolojik yaklaşımlar ve toplumsal algılardaki farklılıklar ile açıklanabilir. Bu farklılıkların nöroçeşitlilik gibi karmaşık bir konunun evrensel bir şekilde ele alınmasında, bağlamsal faktörlerin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha ortaya koyduğu düşünülebilir. Örneğin İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde nöroçeşitlilik konusunda daha fazla farkındalık ve kabul olmasına rağmen, damgalanma hâlâ varlığını sürdürüyor olabilir. Bu da bireylerin hastalıklarını açıklama durumlarını etkileyebilir. İngiltere'deki araştırmada, damgalanma korkusunun yalnızca bireysel değil; profesyonel yaşamı da etkilediğini gösterdiği düşünülebilir. Amerika'daki sıklığın bu kadar yüksek olmasının nedeni bireysel başarıya ve rekabete dayalı kültürel normların, nöroçeşitlilik gibi durumların bir zayıflık veya engel olarak algılanmasına yol açması ve bu nedenle bireylerin nöroçeşitlilik kimliğini benimsemekte daha fazla direnç göstermesi olabilir. Bizim çalışmamızda ise nöroçeşitlilik konusunda Türkiye'deki toplumsal farkındalık eksikliği, damgalanma düzeyinin yüksekliği ve nöroçeşitliliğin toplumda hala yaygın bir şekilde tıbbi model çerçevesinde ele alınması, bireylerin hastalıklarını açıklama ve kabul etme süreçlerini zorlaştırmış olabilir. Ayrıca üniversite öğrencilerinin kimliklerini inşa etme sürecindeki akademik başarı ve sosyal kabul baskısının, nöroçeşitliliğini gizleme veya kabullenmeme davranışlarını tetiklediği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık üçte birinin nöroçeşitlilik kavramına aşina oldukları bulunmuştur. 2023 yılında İngiltere’de 18 yaş üzeri popülasyonda gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların %98’i nöroçeşitlilik kavramına aşina olduklarını belirtmişlerdir (268). Amerika’da üniversite öğrencilerinde 2023 yılında yapılan bir araştırmada nitel olarak nöroçeşitlilik kavramını bilme durumu sorgulanmış ve çoğunluğun nöroçeşitlilik kavramına aşina olmadıkları görülmüştür (192). Yine İngiltere’de yapılan bir başka araştırma ise 2024 yılında eczacılar üzerinde yapılmış olup, eczacıların %100’ünün otizmi ve %94’ünün DEHB’yi nöroçeşitlilik durumları olarak tanımlayabildiği bildirilmiştir. Ancak eczacıların sadece %20’si dispraksi ve diskalkuliyi nöroçeşitlilik olarak tanımlayabilmiştir. Ayrıca bu çalışmada yapılan tematik analizlerde eczacıların nöroçeşitlilik hakkındaki bilgilerindeki eksikliğin çok fazla olduğu tespit edilmiştir (312). Dünya genelinde nöroçeşitlilik konusundaki farkındalığın sınırlı olduğu, ancak farkındalık düzeylerinin ülkelere ve gruplara göre önemli ölçüde değişiklik gösterdiği görülmektedir. Türkiye’de nöroçeşitlilik farkındalığının düşük olmasının nedenlerinden biri, bu kavramın hem akademik hem de toplumsal bağlamda henüz yaygın olarak tartışılmaması olabilir. Ayrıca nöroçeşitliliğin genellikle tıbbi model ekseninde ele alınması, sosyal farkındalığın gelişimini kısıtlıyor olabilir. İngiltere’de yapılan çalışmalar, nöroçeşitlilik kavramının farkındalığının çok daha yüksek olduğunu düşündürebilir. Bunun nedeni, İngiltere’de nöroçeşitlilik hareketinin daha fazla yer bulmuş olması ve bu konunun eğitim, iş politikaları ve sosyal yaşamda daha görünür hale gelmesi olabilir. Ancak eczacılarla yapılan çalışmada, nöroçeşitliliğe dair bilgi eksikliğinin

hâlâ var olduğunu görmek, bu farkındalığın yüzeysel olabileceğini düşünmektedir. Amerika'daki üniversite öğrencilerinin nöroçeşitlilik kavramını bilmemesi, bu konudaki eğitim ve farkındalık kampanyalarının gençlere ulaşmada yetersiz kalıyor olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca Amerika'nın heterojen yapısı, farkındalığın tüm toplumda aynı şekilde görülmesine neden olabilir. Ek olarak Amerika'da hâkim olan bireysellik vurgusu, nöroçeşitlilik gibi kolektif kabul ve anlayış gerektiren bir konunun, toplum genelinde yaygın bir farkındalık düzeyine ulaşmasını zorlaştırabilir.

Nöroçeşitlilik kavramını bilen katılımcıların yaklaşık üçte biri kendini nöroçeşitli bir birey olarak tanımlamaktadır. Ayrıca klinik olarak nöroçeşitli olan ve nöroçeşitliliği bilen öğrencilerin tamamına yakını, kendini nöroçeşitli bir birey olarak tanımlamaktadır. Nöroçeşitlilik kavramını bilmenin, bireylerin kendilerini kabul etmeleri ve nöroçeşitli kimliklerini benimsemeleri üzerinde güçlü bir etkisi olduğu düşünülebilir. Klinik olarak nöroçeşitli tanısı almış bireylerin bu kavramı bilmesi, nöroçeşitlilik çatısı altındaki kimliklerini benimsemelerine olanak tanımış olabilir. Nöroçeşitlilik bilincinin, bireylerin durumlarına yönelik algılarını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir. Nöroçeşitlilik kavramını bilen bireyler, nörolojik veya psikiyatrik durumlarını damgalanmış bir kimlikten ziyade, doğal bir çeşitlilik olarak görmeye başlıyor olabilirler. Yani daha fazla bireyin nöroçeşitlilik kavramına aşina olması durumunda, kendini nöroçeşitli olarak algılayanların sıklığı artabilir, damgalanma ve içselleştirilmiş olumsuz algılar azalabilir ve bireyler kendilerini daha kapsayıcı bir çerçevede anlamlandırabilir.

Bu araştırmaya katılan ve klinik tanılı olarak nöroçeşitli olan öğrenciler, katılımcıların yaklaşık dörtte biridir. İngiltere’de 18 yaş üzeri yetişkinlerde gerçekleştirilen bir araştırmada, sosyal medya reklamlarına yanıt veren bireyler çalışmaya dahil edilmiş olup; klinik tanılı olarak nöroçeşitli olma sıklığı %77 olarak verilmiştir (268). İngiltere’de 2024 yılında yapılan başka bir araştırmada bir psikiyatri hastanesindeki sağlık çalışanlarına nöroçeşitli kabul edilen hastalıklar ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra kendi beyanlarına dayalı olarak nöroçeşitlilik durumları sorgulanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların %37,9’u kendisini nöroçeşitli olarak değerlendirmiştir (311). Amerika’da 2024 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısının klinik olarak nöroçeşitli olduğu saptanmıştır. Ancak bu çalışmanın örneklemini çok küçüktür (n=29) (20). Amerika’da 2022 yılında yapılan başka bir araştırmada ise katılımcıların %47,1’inin nöroçeşitli olduğu bildirilmiştir (269). İngiltere’de genel popülasyonda yapılan çalışmadaki sıklığın çok yüksek olması, sosyal medya reklamlarına yanıt veren katılımcıların kendi durumlarına özel ilgi duyan bireylerden oluşması yani örnekleimde bir "kendini seçme yanlılığı" (self-selection bias) oluşmasından kaynaklanıyor olabilir. Özetle bu sıklık gerçek popülasyonu yansıtmıyor olabilir. İngiltere’de yapılan diğer çalışmanın örnekleminin bir psikiyatri hastanesinin sağlık çalışanlarından oluşması, farkındalığın yüksek ve damgalanma korkusunun daha az olmasını sağlamış olabilir. Amerika’daki gerçekleştiği bahsedilen ilk çalışmada, örneklemin çok küçük olması sonuçların genellenebilirliğini ciddi ölçüde sınırlar ve rastgele sonuçların olasılığı artırır. Bununla birlikte Amerika’da gerçekleştirilen diğer çalışmadaki sıklık oldukça

yüksektir. Bu durum Amerika'daki sağlık sisteminin farklılıkları ve tanı koyma süreçlerinin daha kapsamlı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte bizim çalışmamızda, Türkiye'deki toplumsal normlara uyum baskısının daha belirgin olmasının ve nöroçeşitlilik ile ilgili farkındalığın çok az olmasının etkileri izleniyor olabilir. Bu veriler incelendiğinde, nöroçeşitlilik konusu ile ilgili farklı ülkelerdeki algı ve farkındalık düzeylerinin, sosyal bağlamların etkisiyle büyük ölçüde değişebileceğini bir kez daha gösterdiği düşünülebilir.

Çalışmada toplam nöroçeşitlilik prevalansı %35,6 olarak bulunmuştur. Literatürde genellikle dünya nüfusunun %15-20'sinin nöroçeşitli olduğu tahmin edilmektedir (313). Ayrıca dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birinin nöroçeşitli olduğu tahmininde bulunan çalışmalar da mevcuttur (12). ODTÜ çalışmasındaki yüksek prevalans, nöroçeşitliliğin belirli akademik ve profesyonel alanlarla ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir. Çünkü nöroçeşitli bireylerin genellikle STEM (bilim, teknoloji, mühendislik ve matematik) alanlarında çalıştıkları düşünülmektedir (313). ODTÜ'nünde STEM odaklı bir üniversite olması, çalışmamızın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Bu durum nöroçeşitli bireylerin analitik düşünme, detaylara odaklanma veya problem yenilikçi yaklaşımlar ile çözüme gibi yeteneklerinin, STEM alanlarında avantaj sağlayabilmesiyle ilişkili olabilir. Ek olarak bu durumun, farklı düşünce tarzlarının inovasyon ve yaratıcılık açısından nasıl katkı sağlayabileceğine dair önemli bir örnek teşkil ettiği söylenebilir. Ayrıca Türkiye'de nöroçeşitlilik farkındalığı sınırlı olsa da ODTÜ gibi daha yenilikçi, kapsayıcı ve çeşitliliğe açık bir ortamda, bireyler nöroçeşitli olduklarını daha rahat bir şekilde ifade ediyor olabilir.

Tüm nöroçeşitli öğrenciler içerisinde üç grupta da yani klinik tanıli olarak nöroçeşitli olanlar, kendi algısına dayalı olarak nöroçeşitli olanlar ve hem klinik hem de kendi algısına dayalı nöroçeşitli olanların her biri, nöroçeşitli katılımcıların yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Amerika’da 2024 yılında yapılan bir araştırmada katılımcıların %46’sının klinik nöroçeşitli olduğu ve %43’ünün kendini nöroçeşitli olarak tanımladığı belirtilmiştir. Bu çalışmada hastalık varlığında, kişinin kendilik bağlamındaki nöroçeşitlilik algısı sorgulanmamıştır (270). İki çalışmada da klinik tanıli olarak nöroçeşitli olma ve kendi algısına dayalı olarak nöroçeşitli olma sıklıkları birbirine yakın bulunmuştur. Bu durumun nöroçeşitlilik kavramının sadece tıbbi modelle değil; bireylerin öznel deneyimleriyle de şekillendiğini gösteriyor olabilir. Sadece klinik tanıya odaklanmak, nöroçeşitliliğin daha geniş sosyal ve kişisel boyutlarını gözden kaçırabilir. Nöroçeşitlilik, bireyler için bir tanıdan ziyade bir aidiyet hissi yaratabilir. Bu nedenle hem klinik bir tanısı olan bireylerin hem de kendini nöroçeşitli olarak tanımlayan bireylerin dağılımının birbirine yakın olması, bu kavramın sosyal kabul ve kimlik oluşturma üzerindeki etkisinin güçlü olduğunu göstermektedir. Klinik tanının ve bireysel algının birlikte değerlendirildiği çalışmalar, nöroçeşitliliğin sosyal modelini ve tıbbi modelini birleştirerek nöroçeşitliliğin daha bütünsel bir şekilde anlaşılmasını sağlayabilir.

Araştırmaya katılan öğrenciler arasında kadınların, daha ileri yaşta olanların, fen-edebiyat fakültesinde öğrenim görenlerin ve hastalığı için profesyonel destek alanların nöroçeşitlilik kavramına daha aşina oldukları ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çoklu analiz

sonuçlarına göre, psikiyatrik veya nörogelişimsel bir hastalığa sahip bireylerin nöroçeşitlilik kavramını bilme olasılıklarının 4 kat, aile üyeleriyle ilişkileri uzak olan bireylerin ise 7 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. İngiltere’de 2024 yılında bir psikiyatri hastanesindeki sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırmada, nörotipik personellerin, nöroçeşitlilik ile ilgili farkındalık ve eğitimin yeterli olduğunu düşündüğü; ancak nöroçeşitli personelin, nöroçeşitlilik ile ilgili farkındalık ve eğitimlerde eksiklikler olduğunu düşündüğü gösterilmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bildirilmiştir (311). Kadınların nöroçeşitlilik kavramına daha aşina olması, kadınların sosyal ilişkilerde daha empatik ve kapsayıcı olma eğilimleriyle ilişkilendirilebilir. Ayrıca kadınların ruhsal sağlık ile ilgili konulara eğilimlerinin ve farkındalıklarının daha fazla olduğu düşünülebilir. Daha ileri yaş gruplarının nöroçeşitlilik kavramına daha aşina olması, bu bireylerin daha fazla yaşam deneyimine sahip olmaları ve dolayısıyla nöroçeşitlilikle ilgili durumlarla daha sık karşılaşmalarıyla açıklanabilir. Psikiyatrik veya nörogelişimsel bir hastalığa sahip bireylerin nöroçeşitlilik kavramını daha fazla bilmeleri, bu bireylerin kendi durumları hakkında daha fazla bilgi edinme ihtiyacından kaynaklanıyor olabilir. Birey kendisini anlamak, karşılaştığı zorluklarla başa çıkmak ve başkalarının benzer durumlarını öğrenmek için nöroçeşitlilik gibi kavramlara daha fazla ilgi gösterebilir. Bu durum bireylerin kendilerine dair farkındalık geliştirme çabasıyla açıklanabilir. Yani hastalık varlığı, bireylerin nöroçeşitliliği keşfetmesinde güçlü bir motivasyon kaynağı olabilir. Aileyle uzak ilişkiler, bireyde toplumsal marjinalleşme veya dışlanma hissini güçlendirebilir. Bu durum, bireyi kendi

deneyimlerini açıklamak veya anlamlandırmak için alternatif topluluklar ve kavramlar aramaya yöneltebilir. Ayrıca aile bağlarının uzak olması, bireyin kendi kimliğini ve farklılıklarını anlamada daha bağımsız bir süreç geçirmesine neden olabilir. Nörotipik personelin farkındalık ve eğitimi yeterli görmesi, bu konuya dair eksiklerinin olduğunu fark edecek farkındalıklarının olmayışından kaynaklanıyor olabilir. Ancak nöroçeşitli personelin eksiklikleri daha fazla hissetmesi, eğitim ve farkındalık çalışmalarının nöroçeşitli bireylerin özel ihtiyaçlarına tam olarak yanıt vermediğini düşündürmektedir. Her iki çalışma da nöroçeşitlilik kavramı ve eğitimleriyle ilgili farkındalığın, kişisel deneyimler ve bağlamlarla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca nöroçeşitlilik ile ilgili bilgi durumunun meslek, yaş, cinsiyet ve kişisel deneyimlere göre değişiklik göstermesi, kavramın toplum genelinde yeterince yaygın olmadığını ve farkındalık çalışmalarının bu grupların özelliklerine göre uyarlanması gerektiğini gösteriyor olabilir. Bu durum nöroçeşitlilik farkındalığı ve eğitimi konusundaki algıların, kişinin kendi nöroçeşitlilik durumuna bağlı olarak da değiştiğini göstermektedir. Ayrıca nöroçeşitlilerin ihtiyaçlarına yönelik farkındalık ve eğitim çalışmalarının, özellikle nörotipik bireyler tarafından yeterince anlaşılmadığı düşünülmektedir. Eğitim programlarının her iki grup için de farklılaştırılarak tasarlanmasının, bu algı farkını azaltabileceği ve daha kapsayıcı bir iş ortamı oluşturulmasına katkı sağlayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerinden kadınların, daha ileri yaşa sahip olanların ve kendi algısına göre nöroçeşitli olanların daha fazla klinik tanılı olarak

nöroçeşitli oldukları ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Nijerya’da 2024 yılında nöroçeşitli öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada, klinik tanısı DEHB, OSB ve özgül öğrenme güçlüğü olan öğrenciler seçilmiştir. Bu çalışmada nöroçeşitlilikte cinsiyet durumu açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (314). İngiltere’de 2024 yılında sağlık çalışanları arasında yapılan bir araştırmada nöroçeşitliliğin kadın cinsiyette daha sık olduğu belirtilmiştir (311). Amerika’daki bir üniversitede 2023 yılında yapılan bir çalışmada yine kadın cinsiyette daha çok klinik olarak nöroçeşitli olma durumunun olduğu gözlemlenmiştir (192). Genellikle kadınlarda nöroçeşitliliğin daha sık görüldüğü söylenebilir. Bu durum kadınların sağlık hizmetlerine erişimde daha proaktif olma eğilimiyle ilişkili olabilir. Nijerya gibi düşük veya orta gelirli ülkelerde, nöroçeşitlilik ile ilgili farkındalık ve sağlık hizmetlerine erişim konusundaki sınırlılıklar, cinsiyet farklılıklarının belirgin hale gelmesini engelliyor olabilir. Ayrıca bu çalışmada DEHB, OSB ve özgül öğrenme güçlüğüne odaklanılması nöroçeşitlilikle ilgili genel cinsiyet farklılıklarını tam olarak yansıtamamasına neden olabilir. Daha ileri yaşlar, bireylerin kendilerini ve yaşadıkları zorlukları daha iyi anlamaları için bir fırsat yaratabilir. Bu farkındalık, bireylerin yaşadıkları sorunları "normalden farklı" olarak değerlendirmelerine ve tanı sürecine yönelmelerine yol açabilir. Yaş ilerledikçe karşılaşılan iş, aile ve sağlıkla ilgili zorlukların artması, klinik olarak nöroçeşitli olma belirtilerinin daha belirgin hale gelmesine ve daha çok tanı alınmasına neden olabilir.

Kendi algısına dayalı olarak nöroçeşitli olma durumunda, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan tek grubun psikiyatrik hastalık varlığı olduğu ve

psikiyatrik hastalığı olan grubun kendini daha fazla nöroçeşitli olarak tanımladığı tespit edilmiştir. Psikiyatrik hastalığı olan bireyler, genellikle yaşadıkları deneyimlerin onları toplumun genelinden farklı kıldığını hissedebilirler. Nöroçeşitlilik, bireylerin psikiyatrik durumlarını bir "hastalık" veya "kusur" olarak görmek yerine, insan çeşitliliğinin bir parçası olarak algılamalarına olanak tanır. Bu pozitif bakış açısı, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin nöroçeşitlilik kimliğini benimsemelerinde etkili olabilir. Bu durum nöroçeşitlilik kavramının bireyler için damgalanmaya karşı bir sığınak işlevi görebileceğini de düşündürür. Araştırmaya katılan öğrencilerin diğer demografik özelliklerinin kendi algılarına dayalı olarak nöroçeşitli olma durumunu etkilemediği tespit edilmiştir. Bu bulgular sadece klinik değil, kendi algısına dayalı olarak nöroçeşitli olma durumunun da bireylerin demografik, çevresel veya sosyal özelliklerinden bağımsız olduğunu, daha çok bireyin nörolojik işleyişiyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Aslında bu bulguların nöroçeşitlilik paradigmasını desteklediği düşünülebilir. Çünkü nöroçeşitlilik modelinde de kendini nöroçeşitli olarak algılama durumunun belirli sosyal kategorilere bağlı olmaması beklenir.

Araştırmaya katılan klinik tanıli ve kendi algısına dayalı olarak nöroçeşitli olan öğrencilerin toplamında yani tüm nöroçeşitli öğrencilerde yapılan karşılaştırmalarda yaşı daha ileri olanların, fen-edebiyat fakültesinde öğrenim görenlerin, 3. veya 5. sınıfta olanların ve ailesi ile ilişkisini uzak olarak tanımlayanların daha fazla nöroçeşitli oldukları ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Ayrıca çoklu analiz sonuçlarına göre, kadın olmanın nöroçeşitli olma olasılığını yaklaşık 3 kat, nöroçeşitlilik kavramını bilenlerin ise

bu olasılığı 17 kat artırdığı saptanmıştır. Amerika’da bir üniversitede 2024 yılında yapılan bir araştırmada yine hem kendi algısına dayalı olarak nöroçeşitli olan öğrenciler hem de klinik tanıli olarak nöroçeşitli olan öğrenciler dahil edilmiştir. Bu çalışmada nöroçeşitli öğrencilerin çoğunluğunun kadın olduğu, daha küçük yaş grubunda olduğu ve daha çok 1. ve 2. sınıfta oldukları belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada tüm nöroçeşitli öğrenciler içerisinde yalnızca %17,2’sinin nöroçeşitliliğe biraz aşina olmadığı, geri kalan katılımcıların tümünün nöroçeşitli kavramını bildiği bildirilmiştir (270). İngiltere’de 2024 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada nöroçeşitli öğrencilerde, nöroçeşitli olmayan öğrencilere göre kadın cinsiyetin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha sık olduğunu ancak yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı söylenmiştir (315). ODTÜ, Amerika ve İngiltere’deki bulgular cinsiyet açısından tutarlıdır ve kadınların nöroçeşitli olma sıklığının daha yüksek olması, bu çalışmalarda genel bir eğilim olarak öne çıkmaktadır. Bunun nedeni kadınların ruhsal sağlık hizmetlerine daha fazla başvurması, farklılıklarını daha kolay fark etmesi ve kabullenmesi ve nöroçeşitliliğini ifade etme konusunda daha açık olmaları olabilir. ODTÜ’de ileri yaş grubundaki bireylerin daha nöroçeşitli olması, tanıların gecikmesi veya bireylerin kendilerini daha ileri yaşlarda anlamlandırmasıyla açıklanabilir. Amerika’daki çalışmada, daha küçük yaş grubunda nöroçeşitlilik sıklığının daha yüksek olması, erken yaşta farkındalığın ve tanı koyma süreçlerinin bu ülkede daha etkili olmasıyla ilişkilendirilebilir. İngiltere’de yaşın etkisiz bulunması, bu ülkede tanı süreçlerinin her yaş grubunda benzer erişilebilirlikte olduğunu düşündürülebilir. Fen ve edebiyat alanları; analitik

düşünme, detaylara odaklanma veya yaratıcı olmayı gerektiren disiplinlerdir. Bu alanlarda daha fazla nöroçeşitli bireyler bulunabilir. Özellikle edebiyat gibi insana dair farklılıkların daha sık tartışıldığı bölümlerde, nöroçeşitliliğin kabulü daha yüksek olabilir. Amerika'daki çalışmada erken sınıflardaki nöroçeşitlilik prevalansının yüksek olması, tanı süreçlerinin erken yaşlarda tamamlanmış olabileceğini düşündürürken; ODTÜ'de ileri sınıflarda yüksek olması, bireylerin zamanla kendilerini daha iyi anlamasına, akademik zorlukların nöroçeşitlilik belirtilerini daha belirgin hale getirmesine veya daha geç tanı alma durumlarına bağlı olabilir. Hem bizim çalışmamız hem de Amerika'da gerçekleştirilen çalışmada, nöroçeşitlilik farkındalığının bireylerin kendilerini tanımlamalarında etkili olduğu görülmektedir. Amerika'daki yüksek farkındalık sıklığı, bireylerin bu kavramı benimsemelerini kolaylaştırabilirken; ODTÜ'de farkındalığın nispeten daha düşük olması, nöroçeşitlilik farkındalığını artırmaya yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürülebilir.

Bu araştırmada damgalanmaya karşı direnç alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda ve total RHİDÖ skorunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ve nöroçeşitlilerin tüm skorlardaki puanları, nöroçeşitli olmayan gruba göre yüksektir. RHİDÖ yalnızca psikiyatrik hastalıklara sahip bireyler için geliştirilmiş olmakla birlikte neredeyse tüm skorlarda anlamlı bir farklılık elde edilmiş olması, nöroçeşitli bireylerde genel popülasyona kıyasla yüksek bir içselleştirilmiş damgalanma bulunduğuna dair bir işaret olabilir. RHİDÖ skorlarının nöroçeşitli bireylerde daha yüksek olması, nöroçeşitlilik ile ruhsal hastalıklar arasında, toplumsal algı ve damgalama açısından paralellikler

olduğunu göstermektedir. Nöroçeşitli bireyler toplumsal normlara uymayan farklılıkları nedeniyle daha fazla dışlanma, yanlış anlaşılma, farklılıklarının "anormallik" veya "eksiklik" olarak algılanması, eğitim, iş hayatı ve sosyal çevrede karşılaşılan engellerden dolayı topluma uyum sağlama sürecinde daha fazla zorluk yaşamaları ve yaşadıkları damgalanma deneyimleri nedeniyle içselleştirilmiş damgalanmayı daha fazla hissediyor olabilirler.

Öğrencilerin nöroçeşitlilik durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, total RHİDÖ puanı ve RHİDÖ alt grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Öncelikle klinik tanıya göre nöroçeşitli olanlar ile hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olan grupların puanları, nöroçeşitli olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir. En yüksek puana sahip grubun hem klinik hem algıya dayalı nöroçeşitli olan grup olması, hem klinik tanının getirdiği toplumsal damgalanma deneyiminin hem de bireyin kendini algısal olarak nöroçeşitli tanımlamasıyla gelen ek damgalanma yükünden kaynaklanabilir. Bununla birlikte yalnızca klinik tanıya sahip öğrencilerin oluşturduğu grubun yüksek puanları, toplum tarafından hissedilen damgalanma durumu ve farkındalık eksikliği düşünüldüğünde beklenen bir durum olabilir.

Yabancılaşma alt boyutu bireyin toplum içinde kendini dışlanmış, yetersiz ya da kusurlu hissetme deneyimini ölçmeyi amaçlamaktadır. Yabancılaşma alt boyutundan alınan puanlar incelendiğinde en yüksek skorun yine hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olanlarda olduğu görülmektedir. Bunu klinik tanı olarak nöroçeşitli olanlar izlemektedir. Nöroçeşitli olmayan grubun puanları ise

daha düşüktür ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmaktadır. Bununla birlikte kendini nöroçeşitli olarak tanımlayan grubun puanı da düşüktür ve klinik tanıli nöroçeşitli olanlar ile arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olan grubun, hem toplumdan gelen damgalama ve ayrımcılığa maruz kalması hem de bireyin kendini nöroçeşitli olarak tanımlamasından kaynaklanmış olabilecek içselleştirilmiş damgalanma nedeniyle çifte bir damgalanma yaşaması, en yüksek skoru almasına katkıda bulunmuş olabilir. Klinik tanıya sahip olan bireylerin yabancılaşma puanlarının yüksek olması, alınmış olan klinik tanının, toplum tarafından yaşatılan damgalanmanın artmasına neden olarak toplumla bütünleşme hissinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Kendi algısına dayalı olarak nöroçeşitli olan grubun puanın düşük olması, tanının getireceği toplumsal damgalanmadan etkilenmemesi ve buna bağlı olarak aslında daha az nöroçeşitli deneyimine maruz kalmış olması olabilir.

Kalıp yargıların onaylanması alt boyutu, bireylerin ruhsal hastalığı olan insanlarla ilgili toplumdaki yaygın stereotipleri kabul etme düzeyini ölçer. Bu alt boyut puanında da yine klinik tanıya göre nöroçeşitli olanlar ile hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olan grupların puanları, nöroçeşitli olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda klinik tanıya göre nöroçeşitli olanlar ve hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olanların, toplumun ruhsal hastalıklara dair kalıplaşmış stereotipler ile ilgili olan düşüncelerini, kendileri için yüksek düzeyde kabul ettikleri görülmektedir. Klinik bir tanıya sahip olmayan gruplar ise herhangi bir hastalığa sahip olmadıkları için

ruhsal hastalıklara dair damgalayıcı kalıp önyargılardan etkilenmemekte ve puanları daha düşük olmaktadır.

Algılanan ayrımcılık alt boyutu bireylerin başkalarından gördükleri ayrımcılığı algılama düzeyini ölçer. Sosyal geri çekilme alt boyutunda ise bireylerin toplumdan veya başkalarından sosyal olarak uzaklaşma ve çekinme eğilimini ölçer. Bu alt boyut puanlarında da yine klinik tanıya göre nöroçeşitli olanlar ile hem klinik hem algıya dayalı olarak nöroçeşitli olan grupların puanları, nöroçeşitli olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Kendini nöroçeşitli olarak tanımlayan grubun puanı ise istatistiksel bir anlamlılık olmasa da oldukça düşüktür. Bu veriler nöroçeşitlilik ve damgalanma deneyimleri bağlamında ilginç ve önemli bir tablo ortaya koymaktadır. Kendini nöroçeşitli olarak tanımlayan grupta puanların daha düşük olması kişisel algının, klinik bir tanıdan daha düşük bir algılanan ayrımcılığa ve sosyal geri çekilmeye neden olduğuna işaret edebilir. Kendini nöroçeşitli olarak tanımlayan bireyler, bu kimliği bir güçlendirme kaynağı veya pozitif bir unsur olarak görüyor olabilir. Klinik bir tanısı olan ve nöroçeşitli olarak tanımlanan bireyler ise toplumda genellikle daha fazla tıbbi modelle ilişkilendirilir ve bu nedenle eğitim, istihdam ve sağlık hizmetlerine erişim gibi alanlarda daha belirgin bir damgalama ve ayrımcılığa maruz kalarak, kendilerini geri çekebilirler. Sonuç olarak bu bulgular, nöroçeşitli bireylerin algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme deneyimlerinin, nöroçeşitlilik paradigması bağlamında bireylerin nasıl etkilendiğini anlamak açısından değerli kabul edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Üniversite öğrencilerinde nöroçeşitliliğin prevalansını, nöroçeşitli öğrencilere dair özellikleri ve ruhsal hastalığı olan öğrencilerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmaya, ODTÜ öğrenim görmekte olan 400 öğrenci katılmıştır. Çalışmada nöroçeşitli öğrenci sıklığını belirlemek adına hem nörolojik, psikiyatrik ve nörogelişimsel hastalıklar hem de kişilerin kendilerini nöroçeşitli olarak tanımlaması durumları dikkate alınmıştır. Çalışmamız Türkiye’de nöroçeşitlilik konusunda yapılan ilk çalışmadır ve bu kapsamda literatüre büyük katkı sağlamaktadır.

Çalışmada nöroçeşitlilik sıklığı %35,3 olarak belirlenirken, bu sıklığın %24,3’ünü klinik tanıli olarak nöroçeşitli olan öğrenciler oluşturmaktadır. Tüm öğrenciler içinde nöroçeşitlilik kavramını bildiği beyan eden öğrencilerin sıklığı %33,8’dir. Klinik tanıli olarak nöroçeşitli olan öğrencilerde ise bu sıklık %58,8’e ulaşmaktadır ve bunların %84,2’si kendisini nöroçeşitli olarak tanımlamaktadır. Kendini nöroçeşitli olarak tanımlayan öğrenci sıklığı ise yalnızca nöroçeşitlilik kavramını bildiğini beyan eden katılımcılar esas alınarak sorgulanmış ve bu sıklık %68,1 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrenciler arasında kadınların, daha ileri yaş gruplarının, mimarlık fakültesinde öğrenim görenlerin, aile üyeleriyle yakın ilişkileri olanların, psikiyatrik veya nörogelişimsel bir hastalığa sahip olan

bireylerin ve hastalığı için profesyonel destek alanların nöroçeşitlilik kavramına daha aşina oldukları tespit edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerinden kadınların, daha ileri yaşa sahip olanların ve kendi algısına göre nöroçeşitli olanların daha fazla klinik tanılı olarak nöroçeşitli oldukları görülmüştür. Kendi algısına dayalı olarak nöroçeşitli olma durumunu etkileyen tek değişkenin ise psikiyatrik hastalık varlığı olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırmaya katılan tüm nöroçeşitli öğrencilerde yapılan karşılaştırmalarda kadınların, yaşı daha ileri olanların, fen-edebiyat fakültesinde öğrenim görenlerin, 3. veya 5. sınıfta olanların, ailesi ile olan ilişkisini yakın olarak tanımlayanların ve nöroçeşitlilik kavramını bilenlerin daha fazla nöroçeşitli oldukları saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %23'ü psikiyatrik, %8,5'i nörogelişimsel bir hastalığa sahiptir. Psikiyatrik bir hastalığa sahip katılımcıların RHİDÖ puanlarının ortancası 60'dır. Damgalanmaya karşı direnç alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda ve toplam RHİDÖ puanında nöroçeşitli öğrenciler anlamlı bir istatistiksel farklılıkla daha yüksek puanlar almışlardır.

6.2. Öneriler

Çalışmanın sonuçlarına göre;

- Çalışmada nöroçeşitli öğrencilerin yüksek bir sıklığa sahip olduğu bulunmuştur. Bu durum göz önünde bulundurularak nöroçeşitli bireylerin kampüs yaşamına entegre olabilmesi adına üniversitelerde erişilebilirlik düzenlemeleri

yapılmalı ve kapsayıcılığın artırılması sağlanmalıdır. Nöro-kapsayıcı uygulamalar ile nöroçeşitli bireylerin fiziksel, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarına duyarlı ortamlar oluşturulmalıdır. Eğitim kurumlarında, nöroçeşitli bireylerin çeşitli öğrenme stillerine uygun öğretim yöntemleri ve materyalleri sunulmalı, öğretmenlerin nöroçeşitli bireylerin ihtiyaçlarına yönelik eğitim alarak mesleki gelişimlerini güçlendirmeleri sağlanmalıdır. Üniversite yönetimleri danışmanlık hizmetleri ve grup terapileri gibi uygulamalar ile nöroçeşitli öğrencilere yönelik destek sistemleri oluşturulmalıdır. Ayrıca tüm öğrenciler ve çalışanlar arasında empati ve dayanışma kültürünü teşvik edebilmek için sosyal sorumluluk projeleri, mentorluk programları ve destekleyici öğrenci kulüpleri oluşturulmalıdır.

– Nöroçeşitli öğrenci sıklığı göz önünde bulundurulduğunda, nöroçeşitlilik kavramına aşina olan katılımcıların sıklığı oldukça azdır. Bu nedenle toplumun her kesiminde özellikle de eğitim kurumlarında, nöroçeşitlilik hakkında farkındalığı arttırmak için eğitimler düzenlenmelidir. Toplumda nöroçeşitli bireylerin dışlanmasının engellenmesi için medya ve kamu kurumları tarafından, toplumsal cinsiyet eşitliği gibi sosyal adalet hareketlerine benzer bir şekilde farkındalık çalışmaları yapılması sağlanmalıdır. Bu kapsamda nöroçeşitlilik hakkında verilecek eğitimlerin zorunlu hale getirilmesi sağlanabilir. Dizilerde, filmlerde ve reklamlarda nöroçeşitli bireylerin gerçekçi ve pozitif temsillerine yer verilebilir. Sosyal medya platformlarında influencerlar ile iş birliği yapılarak, nöroçeşitlilik etiketi kullanılan farkındalık kampanyaları başlatılabilir. Nöroçeşitli bireylerin kendi hikayelerini anlatmaları için çevrimiçi platformlar oluşturulabilir. Yerel yönetimler tarafından farkındalık yürüyüşleri ve

söyleşiler gibi nöroçeşitlilik temalı etkinlikler düzenlenebilir. Ücretsiz bir şekilde nöroçeşitlilik konulu kitaplar ve materyallerin dağıtılması sağlanabilir. Sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği yapılarak kampanyalar düzenlenebilir. Nöroçeşitli bireylerin önderlik ettiği projelere fon sağlanabilir. Özel firmaların sosyal sorumluluk projeleri kapsamında nöroçeşitlilik temalı çalışmalar gerçekleştirmesi teşvik edilebilir. Nöroçeşitlilik konusunda kamu spotları hazırlanabilir.

– Çalışmada bulunan içselleştirilmiş damgalanma puanı üniversite öğrencilerinde oldukça yüksek görünmektedir. Bu soruna yönelik olarak psiko-eğitimsel destek programları oluşturulabilir. Aynı zamanda bireylerin kendi benlik saygılarını artıracak, pozitif psikoloji tekniklerine dayalı atölye çalışmaları ve destek grupları düzenlenebilir. Böylece öğrencilerin toplumsal damgalanmanın kişisel etkilerini tanıyıp, bu etkilerle başa çıkmak için kendi stratejilerini geliştirmeleri sağlanabilir.

– Halk sağlığı perspektifiyle toplum sağlığını iyileştirmek ve sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmak için nöroçeşitlilik paradigmasının sağlık hizmetlerinde de benimsenmesi sağlanabilir. Bu bağlamda nöroçeşitli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini arttırmak ve desteklemek için kapsayıcı sağlık politikaları geliştirilebilir. Bu kapsamda hastanelerde sessiz ve duyuşal olarak nötr olan alanlar oluşturulabilir. Randevu sistemleri, iletişim zorluklarını dikkate alacak şekilde tasarlanabilir. Dezavantajlı bölgelerde yaşayan nöroçeşitli bireylere yönelik mobil sağlık hizmetleri ve gezici ekipler oluşturulabilir. Sağlık çalışanlarına nöroçeşitlilik farkındalığı, iletişim stratejileri ve destek yöntemleri hakkında hizmet-içi eğitimler verilebilir. Klinik tanımlı olan nöroçeşitli bireylerin

erken dönemde tanı alabilmeleri için tarama programları yaygınlaştırılabilir. Ruhsal sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılabilir. Nöroçeşitli bireyler için multidisipliner ekiplerin çalıştığı ücretsiz özel klinikler ve destek merkezleri açılabilir. Nöroçeşitli bireylerin sağlık hizmetlerini nasıl kullandığını izlemek ve geliştirmek için veri toplama ve analiz sistemleri kurulabilir. Nöroçeşitli bireyler için online terapi platformları gibi dijital sağlık hizmetleri geliştirilebilir. Sağlık hizmetlerini kullanırken bireylerin ihtiyaçlarını destekleyen anlık hatırlatıcılar veya duyuşal hassasiyetlere göre ayarlanabilir ekranlar gibi uygulamalar tasarlanabilir. Nöroçeşitli bireylerin takip ve rehabilitasyon süreçlerinde desteklenmesi için sosyal hizmetlerle entegrasyon sağlanabilir. Ayrıca tıbbi modelin, nörolojik ve psikiyatrik farklılıkları "bozukluk" veya "hastalık" olarak tanımlayan ve nöroçeşitli bireylerin deneyimlerini anlamaktan uzak olan klasik yaklaşımdan vazgeçilerek; nöroçeşitlilik modeli perspektifinin sağlık alanında da yaygınlaştırılması sağlanabilir. Bu kapsamda sağlık sistemlerinde nöroçeşitlilik perspektifinin etkisini incelemek için araştırmalar yapılabilir. Sağlık sisteminde nöroçeşitlilik paradigmasını test etmek için pilot projeler uygulanabilir ve bu projelerin sonuçlarına göre politikalar geliştirilebilir.

– Nöroçeşitli bireylerin sosyal destek sistemlerine de erişimlerinin artırılması önemlidir. Toplumda eşitlikçi bir yapının oluşturulabilmesi için bu bireylerin sosyal hizmetlerden, istihdam fırsatlarından ve eğitim olanaklarından eşit bir şekilde faydalanmaları sağlanmalıdır. Nöroçeşitli bireylerin karşılaştığı toplumsal damgalanmayı ortadan kaldırabilmek için, devlet ve sivil toplum kuruluşları iş birliğiyle ayrımcılıkla mücadele programları başlatılmalıdır. İş

yerlerinde de nöroçeşitli bireylerin güçlü yönlerini öne çıkaracak politikalar oluşturulmalı ve iş gücüne katılımını artıracak düzenlemeler yapılmalıdır.

– Literatürde Türkiye'de nöroçeşitlilik konusunda çalışma yapılmaması büyük bir eksiklik oluşturmaktadır. Ayrıca dünya genelinde de nöroçeşitlilik konusu tıp alanında oldukça kısıtlı bir şekilde araştırılmıştır. Bu alanda daha fazla niceliksel ve niteliksel araştırma yapılmalı ve özellikle Türkiye'de nöroçeşitli bireylerin yaşadığı deneyimlere dair veriler toplanmalıdır.

– Nöroçeşitli bireylerin karşılaştığı sorunlarının daha etkin bir şekilde ele alınabilmesi için, halk sağlığı ile birlikte multidisipliner araştırmalar teşvik edilmelidir. Nöroçeşitlilik; biyolojik, psikolojik ve toplumsal boyutları olan bir konudur. Bu nedenle tıp, psikoloji, sosyoloji ve halk sağlığı gibi farklı alanların entegrasyonunu sağlayan projeler ve araştırmalar yapılmalıdır. Uluslararası araştırma ağları oluşturularak, farklı disiplinlerden gelen veriler birleştirilmeli ve nöroçeşitli bireylere yönelik daha geniş bir bakış açısı sağlanmalıdır.

7. KAYNAKÇA

1. Turner NE, Smith HH. Supporting neurodivergent talent: ADHD, autism, and dyslexia in physics and space sciences. *Frontiers in Physics*. 2023;11:1223966.
2. Walker N. Neurodiversity: Some basic terms & definitions. 2014.
3. Chapman R. Neurodiversity theory and its discontents: Autism, schizophrenia, and the social model of disability. *The Bloomsbury companion to philosophy of psychiatry*. 2019;371.
4. Kapp SK. Autistic community and the neurodiversity movement: Stories from the frontline: Springer Nature; 2020.
5. Dwyer P. The neurodiversity approach (es): What are they and what do they mean for researchers? *Human development*. 2022;66(2):73-92.
6. Szulc JM, Davies J, Tomczak MT, McGregor F-L. AMO perspectives on the well-being of neurodivergent human capital. *Employee Relations: The International Journal*. 2021;43(4):858-72.
7. Temeltürk RD, Kiliç BG. Nöroçeşitlilik ve Otizm. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*. 2024;10(1):54-9.
8. ION. ION and the UN SDG's 2023. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://ioneurodiversity.org/ion-and-the-un-sdgs/>
9. Mellifont D. A Qualitative Study Exploring Neurodiversity Conference Themes, Representations, and Evidence-Based Justifications for the Explicit Inclusion and Valuing of OCD. *The International Journal of Information, Diversity, & Inclusion*. 2021;5(2):111-38.
10. Clinic C. Neurodivergent 2022. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://my.clevelandclinic.org/health/symptoms/23154-neurodivergent>
11. Constantino CD, editor What can stutterers learn from the neurodiversity movement? *Seminars in Speech and Language*; 2018: Thieme Medical Publishers.
12. Singer J. Neurodiversity: The birth of an idea, 2017.
13. CIPD. Is your organisation neuroinclusive? 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.cipd.org/en/knowledge/podcasts/becoming-a-neuroinclusive-organisation/>

14. Dwyer P, Mineo E, Mifsud K, Lindholm C, Gurba A, Waisman T. Building neurodiversity-inclusive postsecondary campuses: Recommendations for leaders in higher education. *Autism in Adulthood*. 2023;5(1):1-14.
15. Sasson NJ, Faso DJ, Nugent J, Lovell S, Kennedy DP, Grossman RB. Neurotypical peers are less willing to interact with those with autism based on thin slice judgments. *Scientific reports*. 2017;7(1):1-10.
16. Parker R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(1):164-9.
17. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Halk sağlığı. *Baskı, Ankara AÜ TF Antip AŞ Yayınları*. 1998:3-13.
18. Baker DL. *The politics of neurodiversity: Why public policy matters*: Lynne Rienner Publishers Boulder, CO; 2011.
19. Anand S, Peter F, Sen A. *Public health, ethics, and equity*: OUP Oxford; 2004.
20. Schuck RK, Fung LK. A dual design thinking–universal design approach to catalyze neurodiversity advocacy through collaboration among high-schoolers. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;14:1250895.
21. Murphy CM, Wilson CE, Robertson DM, Ecker C, Daly EM, Hammond N, et al. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016:1669-86.
22. Doyle N. Neurodiversity at work: a biopsychosocial model and the impact on working adults. *British medical bulletin*. 2020;135(1):108-25.
23. Mirfin-Veitch B, Jalota N, Schmidt L. Responding to neurodiversity in the education context: An integrative literature review. *Donald Beasley Institute*. 2020;56.
24. Birch DA, Auld ME. Public health and school health education: aligning forces for change. *Health promotion practice*. 2019;20(6):818-23.
25. Rosqvist HB, Chown N, Stenning A. *Neurodiversity studies*: Routledge; 2020.
26. Davies J, Heasman B, Livesey A, Walker A, Pellicano E, Remington A. Access to employment: A comparison of autistic, neurodivergent and neurotypical adults' experiences of hiring processes in the United Kingdom. *Autism*. 2023;27(6):1746-63.
27. Love B, editor *Public education*. NIH Consensus Development Conference on Optimal Calcium Intake: NIH Consensus Development Conference, June 6-8,

1994, Masur Auditorium, Warren Grant Magnuson Clinical Center, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland; 1994: The Institutes.

28. UNDP. What are the Sustainable Development Goals? 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>
29. Science Wo. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/basic-search>
30. Luty J. Controversial treatments in psychiatry. BJPsych Advances. 2017;23(3):169-78.
31. Bornstein MSW N. 'There is No Cause, There is No Effect': Experiences at the Intersection of Transgender and Neurodivergent Identities. 2022.
32. Rothstein A. Mental disorder or neurodiversity? : JSTOR; 2012.
33. Dyck E, Russell G. Challenging psychiatric classification: Healthy autistic diversity and the neurodiversity movement. Healthy minds in the twentieth century: In and beyond the asylum. 2020:167-87.
34. WHO. World Health Day 2023: Health For All, 2023. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/04/07/default-calendar/world-health-day-2023-health-for-all>
35. Walker N. Neurodiversity: Some basic terms and definitions. Neurocosmopolitanism: Dr. Nick Walker's Notes on neurodiversity, autism, and cognitive liberty. Neurocosmopolitanism. 2014. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://neurocosmopolitanism.com/neurodiversity-some-basic-terms-definitions/>.
36. Grummt M. Sociocultural perspectives on neurodiversity—An analysis, interpretation and synthesis of the basic terms, discourses and theoretical positions. Sociology Compass. 2024;18(8):e13249.
37. Hughes J. Increasing neurodiversity in disability and social justice advocacy groups. Autistic Self Advocacy Network. 2016.
38. Health H. What is neurodiversity? 2021. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.health.harvard.edu/blog/what-is-neurodiversity-202111232645>
39. Impact MHaC-Eeotps. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact 2022.
40. Abbott A. COVID's mental-health toll: how scientists are tracking a surge in depression. Nature. 2021;590:194-5.

41. Richter D, Riedel-Heller S, Zürcher SJ. Mental health problems in the general population during and after the first lockdown phase due to the SARS-Cov-2 pandemic: rapid review of multi-wave studies. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2021;30:e27.
42. WHO. Mental health, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2.
43. Nation U. Nearly one billion people have a mental disorder: WHO, 2022. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://news.un.org/en/story/2022/06/1120682>
44. WHO. The Global Health Observatory, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
45. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*. 2018;127(7):623.
46. WHO. Mental health of adolescents, 2021. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
47. WHO. Mental Disorders, 2022. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
48. WHO. Autism, 2023. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
49. Clemente MJ, Silva ASM, Pedro MOP, Paiva HS, Périco CdAM, Torales J, et al. A meta-analysis and meta-regression analysis of the global prevalence of obsessive-compulsive personality disorder. *Heliyon*. 2022;8(7).
50. Bowling Z, Nettleton A. The diagnosis and management of ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in children and young people: a commentary on current practice and future recommendations. *BJGP open*. 2020;4(1).
51. WHO. Supporting Turkish mental health policy and service delivery, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-turkish-mental-health-policy-and-service-delivery>
52. WHO. Over 1 in 3 people affected by neurological conditions, the leading cause of illness and disability worldwide, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi:

<https://www.who.int/news/item/14-03-2024-over-1-in-3-people-affected-by-neurological-conditions--the-leading-cause-of-illness-and-disability-worldwide>

53. WHO. Global health estimates: Leading causes of DALYs, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
54. Singer J, Neurodiversity: The Birth of an Idea.
55. Neurodiversity E, Forward AP. Neurodivergent Explained: Exploring Neurodiversity and Its Spectrum.
56. Shakespeare T, Watson N. The social model of disability: an outdated ideology? Exploring theories and expanding methodologies: Where we are and where we need to go: Emerald Group Publishing Limited; 2001. p. 9-28.
57. Woods R. Exploring how the social model of disability can be re-invigorated for autism: In response to Jonathan Levitt. Disability & society. 2017;32(7):1090-5.
58. Jaarsma P, Welin S. Autism as a natural human variation: Reflections on the claims of the neurodiversity movement. Health care analysis. 2012;20:20-30.
59. Orsini M, Smith M. Social movements, knowledge and public policy: the case of autism activism in Canada and the US. Critical policy studies. 2010;4(1):38-57.
60. Taylor SJ, Brumby A. Healthy minds in the Twentieth Century: in and beyond the asylum: Springer Nature; 2020.
61. Verywellmind. What Does It Mean to Be Neurodivergent? 2023. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.verywellmind.com/what-is-neurodivergence-and-what-does-it-mean-to-be-neurodivergent-5196627>
62. Santosa CM, Strong CM, Nowakowska C, Wang PW, Rennie CM, Ketter TA. Enhanced creativity in bipolar disorder patients: A controlled study. Journal of affective disorders. 2007;100(1-3):31-9.
63. Britannica. Neurodiversity, 13.09.2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.britannica.com/topic/neurodiversity>
64. Runswick-Cole K. 'Us' and 'them': the limits and possibilities of a 'politics of neurodiversity' in neoliberal times. Disability & society. 2014;29(7):1117-29.
65. Glenn D. Neuroqueer Heresies: Notes on the Neurodiversity Paradigm, Autistic Empowerment, and Postnormal Possibilities: Walker, N. Neuroqueer Heresies: Notes on the Neurodiversity Paradigm, Autistic Empowerment, and Postnormal Possibilities. Fort Worth, TX: Autonomous Press, 2021. Taylor & Francis; 2022.

66. Day NP. Welcome to the 7th edition of Neurodiversity Pride Day! 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.neurodiversityprideday.com/>
67. Business Ni. Welcome to NiB! 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://neurodiversityinbusiness.org/>
68. Arc T. Neurodiversity Programs, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.arcaustin.org/assets/>
69. Society NA. Neurodiversity in education, 2018. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/professional-practice/neurodiversity-education>
70. Foundation N. Why We Exist, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://neurodiversiteit.nl/>
71. Network ASA. Our Motto: What is “Nothing About Us Without Us”? 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://autisticadvocacy.org/about-asan/what-we-believe/>
72. Rebel N. Lyric Rivera Neurodivergent Rebel Refusing Assimilation Into Neurotypical Society, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://neurodivergentrebel.com/>
73. Foundation S. About Specialisterne, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://specialisterne.com/>
74. Neurodiversity IO. ION Institute Of Neurodiversity, 2023. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://ioneurodiversity.org/>
75. Health U. UCLA Child and Adult Neurodevelopmental Clinic, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.uclahealth.org/medical-services/psychiatry/child-and-adolescent/ucla-child-and-adult-neurodevelopmental-clinic>
76. London KsC. Clinical Neurodevelopmental Sciences MSc, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.kcl.ac.uk/study/postgraduate-taught/courses/clinical-neurodevelopmental-sciences-msc>
77. Medicine SUSo. Stanford Neurodiversity Project ,2024.
78. Institutet K. Center of Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet (KIND), 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://ki.se/en/kind>
79. System MSH. Office for Diversity and Inclusion. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.mountsinai.org/about/odi>

80. University JH. Neurodivergence at a Glance, 2022. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://imagine.jhu.edu/blog/2022/10/05/neurodivergence-at-a-glance/>
81. Medicine YSo. Autism and Neurodevelopment, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://medicine.yale.edu/childstudy/research/autism-and-neurodevelopment/>
82. WHO. Autism, 2023. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
83. Nations U. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2022. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-Disabilities.html>
84. UNICEF. Inclusive education. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.unicef.org/education/inclusive-education>
85. TDK. Türk Dil Kurumu Sözlükleri, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
86. Singer. J. Reflections on Neurodiversity. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://neurodiversity2.blogspot.com/p/what.html>
87. Fletcher-Watson S. Transdiagnostic research and the neurodiversity paradigm: commentary on the transdiagnostic revolution in neurodevelopmental disorders by Astle et al. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2022;63(4):418-20.
88. Kroll E, Lederman M, Kohlmeier J, Kumar K, Ballard J, Zant I, et al. The positive impact of identity-affirming mental health treatment for neurodivergent individuals. *Frontiers in Psychology*. 2024;15:1403129.
89. Dwyer P, Gurba AN, Kapp SK, Kilgallon E, Hersh LH, Chang DS, et al. Community views of neurodiversity, models of disability and autism intervention: Mixed methods reveal shared goals and key tensions. *Autism*. 2023;13623613241273029.
90. Manning E, Bozalek VG. In conversation with Erin Manning: A refusal of neurotypicality through attunements to learning otherwise. *Qualitative Inquiry*. 2024;10778004241254397.
91. Web Archive, 2014. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://web.archive.org/web/20080606024118/http://web.syr.edu/~jisincla/language.htm>

92. Walker NNhNotnp, autistic empowerment, and postnormal possibilities. Autonomous Press.
93. Verkhatsky A, Sofroniew MV, Messing A, deLanerolle NC, Rempe D, Rodríguez JJ, et al. Neurological diseases as primary gliopathies: a reassessment of neurocentrism. *ASN neuro*. 2012;4(3):AN20120010.
94. Satel S, Lilienfeld SO. *Brainwashed: The seductive appeal of mindless neuroscience*: Basic Civitas Books; 2013.
95. Rose N. The politics of life itself. *Theory, culture & society*. 2001;18(6):1-30.
96. Smail DL. *On deep history and the brain*: Univ of California Press; 2007.
97. Ortega F. The cerebral subject and the challenge of neurodiversity. *BioSocieties*. 2009;4(4):425-45.
98. Milton D. Disagreeing over neurodiversity. *Psychologist*. 2019;32:8.
99. Boyd L. Neuro-Inclusive Design Considerations for Assistive and Accessible Technologies and Beyond. *The Sensory Accommodation Framework for Technology: Bridging Sensory Processing to Social Cognition*: Springer; 2024. p. 113-24.
100. Finnigan KA. *Neuro-Inclusive Spaces: Sensory-Responsive Environments*: University of Colorado at Denver; 2023.
101. Dawra S, Sharma S, Tennin KL. Creating a Neuro-Inclusive Workplace: Challenges and Opportunities for Leaders. *Building Organizational Resilience With Neuroleadership*. 2024:1-13.
102. Jesse T. Creating Neuro-Inclusive Learning Environments: Integrating Generative AI and Outcome-Led Selection of Teaching Methods. *Autism, neurodiversity, and equity in professional preparation programs*: IGI Global; 2024. p. 79-99.
103. Murphy J, Andrews F, Morgan M. Embracing neurodiversity-informed dentistry. Part four: Reducing inequalities through neuro-inclusive communication. *BDJ Team*. 2023;10(8):18-25.
104. Ne'eman A, Pellicano E. Neurodiversity as politics. *Human development*. 2022;66(2):149-57.
105. Sinclair J. *Don't mourn for us: Autistic Rights Movement* UK; 1999.
106. Singer J. Odd people in: The birth of community amongst people on the autistic spectrum: A personal exploration of a new social movement based on neurological

diversity. Sydney: Faculty of Humanities and Social Science University of Technology, Sydney. 1998.

107. Silberman S. Neurodiversity rewires conventional thinking about brains. *Beginning with disability*: Routledge; 2017. p. 51-2.
108. Solomon A. The Autism rights movement: a new wave of activists wants to celebrate atypical brain function as a positive identity, not a disability. Opponents call them dangerously deluded. New York. 2008.
109. Blume H. Neurodiversity: On the neurological underpinnings of geekdom. *The Atlantic*. 1998;30.
110. Sinclair J. Autism network international: The development of a community and its culture. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: http://web.syr.edu/jisincla/History_of_ANI.html. 2005;444
111. Sinclair J. Being autistic together. *Disability Studies Quarterly*. 2010;30(1).
112. Kras JF. The “ransom notes” affair: When the neurodiversity movement came of age. *Disability Studies Quarterly*. 2010;30(1).
113. Heilker P, Yergeau M. Autism and rhetoric. *College English*. 2011;73(5):485-97.
114. Transformation. EYndN-P. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: https://www.ey.com/en_us/innovation/neurodiversity-powered-transformation
115. FAQ. MndMnhp. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9881465/>
116. Casanova EL, Widman CJ. A sociological treatment exploring the medical model in relation to the neurodiversity movement with reference to policy and practice. *Evidence & Policy*. 2021;17(2):363-81.
117. Taylor G. Embracing neurodiversity in medicine. *Australian journal of general practice*. 2021;50(3):101-.
118. Sonuga-Barke E, Thapar A. The neurodiversity concept: is it helpful for clinicians and scientists? *The Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):559-61.
119. Kapp SK, Gillespie-Lynch K, Sherman LE, Hutman T. Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental psychology*. 2013;49(1):59.
120. Oliver M, Oliver M. The politics of disablement—New social movements. *The politics of disablement*. 1990:112-31.

121. Samaha AM. What good is the social model of disability? *The University of Chicago Law Review*. 2007;74(4):1251-308.
122. Goodley D. Dis/entangling critical disability studies. *Culture–theory–disability*. 2017;81.
123. Singer J. Neurodiversity: Definition and Discussion [Available from: <https://neurodiversity2.blogspot.com/p/what.html>].
124. Stenning A, Rosqvist HB. Neurodiversity studies: mapping out possibilities of a new critical paradigm. *Disability & society*. 2021;36(9):1532-7.
125. Milton D, Heasman B, Sheppard E. Double empathy. *Encyclopedia of autism spectrum disorders*. 2018.
126. McWade B, Milton D, Beresford P. Mad studies and neurodiversity: A dialogue. *Disability & Society*. 2015;30(2):305-9.
127. University R. Defining and Celebrating Neurodiversity 2021 [Available from: <https://sites.rowan.edu/diversity-equity-inclusion/blog/2021/09/defining-celebrating-neurodiversity.html>].
128. Pellicano L, Dinsmore A, Charman T. A future made together: Shaping autism research in the UK. 2013.
129. Halpin M. Diagnosis, psychiatry and neurology: The case of Huntington Disease. *Social Science & Medicine*. 2011;73(6):858-65.
130. Palmer CM. *Brain Energy: A Revolutionary Breakthrough in Understanding Mental Health--and Improving Treatment for Anxiety, Depression, OCD, PTSD, and More*: BenBella Books; 2022.
131. Chown N, Annable JL, Beardon L, Howard N. A response to the terms in Shah et al's 'Neurodevelopmental disorders and neurodiversity: definition of terms from Scotland's National Autism Implementation Team'. *The British Journal of Psychiatry*. 2023;222(4):157-9.
132. Singer J. Odd people in: The birth of community amongst people on the “Autistic Spectrum”. A personal exploration based on neurological diversity. 1998.
133. Mellifont D. COVID-19 related factors affecting the experiences of neurodivergent persons in the workplace: A rapid review. *Work*. 2022;71(1):3-12.
134. Jiujiyas M, Kelley E, Hall L. Restricted, repetitive behaviors in autism spectrum disorder and obsessive–compulsive disorder: A comparative review. *Child Psychiatry & Human Development*. 2017;48:944-59.

135. King BH. Fluoxetine and repetitive behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Jama*. 2019;322(16):1557-8.
136. Ne'eman A, Albrecht K, Kapp SK. Obsessive-compulsive behaviors in autism. *JAMA*. 2020;323(8):790-.
137. Asch A, Barlevy D. Disability and genetics: a disability critique of pre-natal testing and pre-implantation genetic diagnosis (PGD). *eLS*. 2012.
138. Armstrong T. Neurodiversity: The Future of Special Education? *Educational Leadership*. 2017;74(7):10-6.
139. Şereflioğlu YT, Mocan DK. Türkiye’de Eğitsel Nörobilim (Eğitimsel Sinirbilim) Konusunda Yapılmış Araştırmaların Analizi. *Türkiye Bilimsel Araştırmalar Dergisi*. 2021;6(2):468-80.
140. Dennis SR. Applied educational neuroscience in elementary classrooms: A grounded theory study: Indiana University-Purdue University Indianapolis; 2018.
141. Clouder L, Karakus M, Cinotti A, Ferreyra MV, Fierros GA, Rojo P. Neurodiversity in higher education: a narrative synthesis. *Higher Education*. 2020;80(4):757-78.
142. Griffin E, Pollak D. Student experiences of neurodiversity in higher education: insights from the BRAINHE project. *Dyslexia*. 2009;15(1):23-41.
143. Armstrong T. The myth of the normal brain: Embracing neurodiversity. *AMA journal of ethics*. 2015;17(4):348-52.
144. McLeod JD, Meanwell E, Hawbaker A. The experiences of college students on the autism spectrum: A comparison to their neurotypical peers. *Journal of autism and developmental disorders*. 2019;49:2320-36.
145. Jacobs L, Parke A, Ziegler F, Headleand C, De Angeli A. Learning at school through to university: the educational experiences of students with dyslexia at one UK higher education institution. *Disability & Society*. 2022;37(4):662-83.
146. Bedrossian L. Understand and address complexities of rejection sensitive dysphoria in students with ADHD. *Disability Compliance for Higher Education*. 2021;26(10):4-.
147. Bauminger N, Shulman C, Agam G. Peer interaction and loneliness in high-functioning children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 2003;33:489-507.

148. Gurbuz E, Hanley M, Riby DM. University students with autism: The social and academic experiences of university in the UK. *Journal of autism and developmental disorders*. 2019;49:617-31.
149. Lithari E. Fractured academic identities: Dyslexia, secondary education, self-esteem and school experiences. *International Journal of Inclusive Education*. 2019;23(3):280-96.
150. Mesa S, Hamilton LG. “We are different, that’s a fact, but they treat us like we’re different-er”: understandings of autism and adolescent identity development. *Advances in Autism*. 2022;8(3):217-31.
151. Hong J, Bishop-Fitzpatrick L, Smith LE, Greenberg JS, Mailick MR. Factors associated with subjective quality of life of adults with autism spectrum disorder: Self-report versus maternal reports. *Journal of autism and developmental disorders*. 2016;46:1368-78.
152. Farquhar-Leicester AL, Tebbe E, Scheel M. The impact of minority stress on the psychological distress and college self-efficacy of transgender and gender-diverse college students who are neurodivergent. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2024.
153. Pearson A, Rose K. A conceptual analysis of autistic masking: Understanding the narrative of stigma and the illusion of choice. *Autism in Adulthood*. 2021;3(1):52-60.
154. Richardson JT. The academic attainment of students with disabilities in UK higher education. *Studies in Higher Education*. 2009;34(2):123-37.
155. Richardson JT. Academic attainment in students with autism spectrum disorders in distance education. *Open Learning: The Journal of Open, Distance and e-Learning*. 2017;32(1):81-91.
156. Fabri M, Andrews P, editors. *Hurdles And Drivers Affecting Autistic Students'higher Education Experience: Lessons Learnt From The Multinational Autism&Uni Research Study*. INTED2016 Proceedings; 2016: IATED.
157. Rasmussen MU, Yıkımlı A. Özel gereksinimli çocukların mesleki eğitim ve istihdamına yönelik annelerin görüşlerinin incelenmesi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*. 2020;8(1):324-45.
158. Taşkın EO. Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. Ed: Taşkın EO. 1. Basım. İzmir. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2007, s. 4-7, 17-40, 73-114.

159. Soygür H, Özalp E. Şizofreni ve damgalanma sorunu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2005;1(12):74-80.
160. Araujo AGR, Silva MAd, Zanon RB. Autism, Neurodiversity And Stigma: Political And Inclusive Perspectives. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2023;27:e247367.
161. Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016(2):175-202.
162. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2008;5(1).
163. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and schuster; 2009.
164. Çam MO, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8(3):215-23.
165. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007;2(4):101-10.
166. Dülgerler Ş. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Psikiyatri Hemşireliği. Kocaeli. XV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. 2008, s. 28.
167. Alp Ü. Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri*, Ek. 2003;1:3-8.
168. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010;9(1).
169. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*. 2005;11(3):179-90.
170. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*. 2006;25(8):875-84.
171. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*. 2003;121(1):31-49.
172. P. Corrigan and R. Lundin, "Don't Call Me Nuts", Recovery Press, 2001, 228-234.
173. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*. 2001;27(1):363-85.

174. Taşkın EO. Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. 2007;1:17-30.
175. Baysal GÖD. Damgalanma ve ruh sağlığı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013;22(2):239-51.
176. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. Cognitive and behavioral practice. 1998;5(2):201-22.
177. Campbell C, Deacon H. Unravelling the contexts of stigma: from internalisation to resistance to change. Wiley Online Library; 2006. p. 411-7.
178. Rousseau N. Charles Horton Cooley: Concept of the Looking Glass Self. Self, Symbols & Society. 2002.
179. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. The Canadian Journal of Psychiatry. 2012;57(8):464-9.
180. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World psychiatry. 2002;1(1):16.
181. Foster SD, Elischberger HB, Hill ED. Examining the link between socioeconomic status and mental illness prejudice: The roles of knowledge about mental illness and empathy. Stigma and Health. 2018;3(2):139.
182. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Social science & medicine. 2010;71(12):2150-61.
183. Bekiroğlu S. Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. OPUS International Journal of Society Researches. 2021;17(33):595-618.
184. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. American journal of public health. 2013;103(5):777-80.
185. Manzo JF. On the sociology and social organization of stigma: Some ethnomethodological insights. Human Studies. 2004;27(4):401-16.
186. Horwitz A. Family, kin, and friend networks in psychiatric help-seeking. Social Science & Medicine Part A: Medical Psychology & Medical Sociology. 1978;12:297-304.

187. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 2002;6(2):201-31.
188. Drapalski AL, Lucksted A, Perrin PB, Aakre JM, Brown CH, DeForge BR, et al. A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*. 2013;64(3):264-9.
189. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):163-71.
190. Khudiakova V, Le Forestier JM, Chasteen AL. To mask or not to mask: The role of concealment behavior, stigma experience, and community connectedness in autistic people's mental health. *Neurodiversity*. 2024;2:27546330241255121.
191. Kim SY, Gillespie-Lynch K. Do autistic people's support needs and non-autistic people's support for the neurodiversity movement contribute to heightened autism stigma in South Korea vs. the US? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2023;53(11):4199-213.
192. Hotez E, Rava J, Kuo AA, editors. Brief research report: Investigating neurodiversity acceptance in the college classroom: an exploratory study. *Frontiers in Education*; 2023: Frontiers Media SA.
193. LeFevre-Levy R, Melson-Silimon A, Harmata R, Hulett AL, Carter NT. Neurodiversity in the workplace: Considering neuroatypicality as a form of diversity. *Industrial and Organizational Psychology*. 2023;16(1):1-19.
194. Carrara BS, Ventura CAA, Bobbili SJ, Jacobina OMP, Khenti A, Mendes IAC. Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2019;33(4):311-8.
195. Johnson TD, Joshi A. Dark clouds or silver linings? A stigma threat perspective on the implications of an autism diagnosis for workplace well-being. *Journal of Applied Psychology*. 2016;101(3):430.
196. Sussman S. Commentary: Addiction, stigma, and neurodiversity. *Evaluation & the Health Professions*. 2021;44(2):186-91.
197. Hoffman GA. Public mental health without the health? Challenges and contributions from the Mad Pride and neurodiversity paradigms. *Developments in neuroethics and bioethics*. 2: Elsevier; 2019. p. 289-326.
198. ODTÜ. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Tarihçe, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.metu.edu.tr/tr/tarihce>.

199. ODTÜ. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sağlık ve Rehberlik Merkezi Tarihçe, 2022. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://srm.metu.edu.tr/tr/tarihce>
200. ODTÜ. Bize Ulaşın, 2022. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://srm.metu.edu.tr/tr/bize-ulasin>
201. ODTÜ. İlk Bakışta ODTÜ, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://kgpo.metu.edu.tr/tr/ilk-bakista-odtu>
202. ODTÜ. 2021 Yılı Sağlık Ve Rehberlik Merkezi Faaliyet Raporu, 2022. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://srm.metu.edu.tr/tr/duyuru/2021-yili-saglik-ve-rehberlik-merkezi-faaliyet-raporu>
203. Caltech. Student Life, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://research.com/best-colleges/california-institute-of-technology/student-life>
204. MIT. About MIT, 2023. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.mit.edu/about/>
205. YÖK. Üniversite İzleme ve Değerlendirme Genel Raporu, 2024.
206. Zurich ETC. Students, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://ethz.ch/staffnet/en/finance-and-controlling/facts-and-figures/students.html>
207. İTÜ. Sayılarla İstanbul Teknik Üniversitesi, 2023. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: https://sayilarla.itu.edu.tr/?utm_source
208. Maqsood A, Shahidan WNS, Mirza D, Ahmed N, Heboyan A. Social Acceptability and Health Concerns of Smoking and Vaping Among University Students: A Cross-Sectional Study. Tobacco Use Insights. 2024;17:1179173X241300992.
209. Pinto M, Pouliot C, Antonio Cordon-Garcia J. E-book reading among Spanish university students. The Electronic Library. 2014;32(4):473-92.
210. Fiorini MC, Bardagi MP, Guisso L, Crepaldi MA. Impact of Family Functioning on the Differentiation of Self of Brazilian University Students. Revista de Psicología. 2021;39(2):909-31.
211. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys. Psychological medicine. 2016;46(14):2955-70.
212. Cuijpers P, Smit F, Aalten P, Batelaan N, Klein A, Saleminck E, et al. The associations of common psychological problems with mental disorders among college students. Frontiers in psychiatry. 2021;12:573637.

213. Cengiz CE, Topuzoğlu A. Üniversite Öğrencilerinde Yaygın Gözlenen Ruhsal Bozuklukların ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Child & Adolescent Mental Health/Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2022;29(3).
214. Verger P, Guagliardo V, Gilbert F, Rouillon F, Kovess-Masfety V. Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45:189-99.
215. Saleem S, Mahmood Z, Naz M. Mental health problems in university students: A prevalence study. *FWU Journal of Social Sciences*. 2013;7(2):124.
216. Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, et al. Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2021;287:282-92.
217. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008;43:667-72.
218. Youssef AM, Shamsaldin M, Abuzayed B, Alameeri S, Al Eid MM, Dib A, et al. Measuring the Quality of Life and Psychological Distress of Dormitory Students at a University in Sharjah. *Cureus*. 2024;16(11):e73666.
219. Wathelet M, Duhem S, Vaiva G, Baubet T, Habran E, Veerapa E, et al. Factors associated with mental health disorders among university students in France confined during the COVID-19 pandemic. *JAMA network open*. 2020;3(10):e2025591-e.
220. Burris JL, Brechting EH, Salsman J, Carlson CR. Factors associated with the psychological well-being and distress of university students. *Journal of American college health*. 2009;57(5):536-44.
221. Chen L, Wang L, Qiu XH, Yang XX, Qiao ZX, Yang YJ, et al. Depression among Chinese university students: prevalence and socio-demographic correlates. *PloS one*. 2013;8(3):e58379.
222. Said D, Kypri K, Bowman J. Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48:935-44.
223. Macaskill A. The mental health of university students in the United Kingdom. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2013;41(4):426-41.

224. Mac-Ginty S, Lira D, Lillo I, Moraga E, Caceres C, Araya R, et al. Association Between Socioeconomic Position and Depression, Anxiety and Eating Disorders in University Students: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*. 2024;1-17.
225. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *The Lancet*. 2000;355(9197):9-12.
226. Yu Y, Yang X, Yang Y, Chen L, Qiu X, Qiao Z, et al. The role of family environment in depressive symptoms among university students: a large sample survey in China. *PloS one*. 2015;10(12):e0143612.
227. Storrie K, Ahern K, Tuckett A. A systematic review: students with mental health problems—a growing problem. *International journal of nursing practice*. 2010;16(1):1-6.
228. Oswalt SB, Lederer AM, Chestnut-Steich K, Day C, Halbritter A, Ortiz D. Trends in college students' mental health diagnoses and utilization of services, 2009–2015. *Journal of American college health*. 2020;68(1):41-51.
229. Belch HA. Understanding the experiences of students with psychiatric disabilities: A foundation for creating conditions of support and success. *New Directions for Student Services*. 2011;2011(134).
230. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*. 2008;15(2):204-23.
231. Zhang Z, Sun K, Jatchavala C, Koh J, Chia Y, Bose J, et al. Overview of stigma against psychiatric illnesses and advancements of anti-stigma activities in six Asian societies. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(1):280.
232. Roberts LW, Warner TD, Lyketsos C, Frank E, Ganzini L, Carter D, et al. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. *Comprehensive psychiatry*. 2001;42(1):1-15.
233. Tran AW, Lumley MN. Internalized stigma and student well-being: The role of adaptive and maladaptive coping. *Social Work in Mental Health*. 2019;17(4):408-25.
234. Pérez-Garín D, Molero F, Bos AE. Perceived discrimination, internalized stigma and psychological well-being of people with mental illness. *The Spanish Journal of Psychology*. 2015;18:E75.

235. Kim WJ, Song YJ, Ryu H-S, Ryu V, Kim JM, Ha RY, et al. Internalized stigma and its psychosocial correlates in Korean patients with serious mental illness. *Psychiatry Research*. 2015;225(3):433-9.
236. Szcześniak D, Kobyłko A, Wojciechowska I, Kłapciński M, Rymaszewska J. Internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2018:2599-608.
237. Coşkun S, Güven Caymaz N. Bir Kamu ve Özel Psikiyatri Hastanesine Başvuran Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi Yönünden Karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2012;3(3).
238. Tanriverdi D, Kaplan V, Bilgin S, Demir H. The comparison of internalized stigmatization levels of patients with different mental disorders. *Journal of Substance Use*. 2020;25(3):251-7.
239. Gökmen BD, Cengiz M, Fırat M. Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve öfke ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2020;21(5):491-8.
240. Woon LS-C, Im Khoo S, Baharudin A, Midin M. Association between insight and internalized stigma and other clinical factors among patients with depression: a cross-sectional study. *Indian journal of psychiatry*. 2020;62(2):186-92.
241. Aydemir C, Berksun OE. Majör depresyonlu hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkili olduğu faktörler ve işlevsellik üzerine olan etkisi. *Kriz Dergisi*. 2018;26(3):1-.
242. Masuch TV, Bea M, Alm B, Deibler P, Sobanski E. Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD. ADHD attention deficit and hyperactivity disorders. 2019;11:211-20.
243. Kazemi F, Omidi F, Shahmoradi Z, Ranjbaran F, Tajerian A. Internalized Stigma and Adherence to Treatment among Outpatients with Mental Illness. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2024(In Press).
244. Bayar G. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyine etkisi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
245. Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D, Grambal A, Sigmundova Z. Individual correlates of self-stigma in patients with anxiety disorders with and without comorbidities. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015:1767-79.
246. Griffiths S, Costa DS, Boyd JE, Murray SB, Mitchison D, Mond JM. Facilitating research on eating disorders stigma: validation of the internalised stigma of mental

illness scale for use in people with eating disorders. *Advances in Eating Disorders*. 2016;4(3):293-308.

247. Griffiths S, Mond JM, Murray SB, Thornton C, Touyz S. Stigma resistance in eating disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2015;50:279-87.
248. Batinic B, Lemonis E, Opacic G. Effects of internalized stigma of mental disorder on quality of life and self-esteem in panic disorder patients. *Journal of Clinical Research & Bioethics*. 2014;5(5):1.
249. Kolek A, Prasko J, Vanek J, Kantor K, Holubova M, Slepecky M, et al. Severity of panic disorder, adverse events in childhood, dissociation, self-stigma and comorbid personality disorders Part 1: Relationships between clinical, psychosocial and demographic factors in pharmacoresistant. *Neuroendocrinology Letters*. 2019;40(5).
250. Thornton BE. The impact of internalized, anticipated, and structural stigma on psychological and school outcomes for high school students with learning disabilities: A pilot study: University of California, Los Angeles; 2020.
251. Chan Y, Chan YY, Cheng SL, Chow MY, Tsang YW, Lee C, et al. Investigating quality of life and self-stigma in Hong Kong children with specific learning disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2017;68:131-9.
252. Tomar N, Jensen TM, Pace N. Differences in internalized stigma of mental illness among college students based on demographic characteristics. *Journal of American College Health*. 2024;72(8):2333-7.
253. West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma research and action*. 2011;1(1):3.
254. Ran M-S, Zhang T-M, Wong IY-L, Yang X, Liu C-C, Liu B, et al. Internalized stigma in people with severe mental illness in rural China. *International Journal of Social Psychiatry*. 2018;64(1):9-16.
255. Tel H, Pınar ŞE. Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2012;3(2).
256. Qiu X. Gender, Stigma, and Mental Health Among Young Adults in the United States: University of Delaware; 2024.
257. Kira IA, Lewandowski L, Ashby JS, Templin T, Ramaswamy V, Mohanesh J. The traumatogenic dynamics of internalized stigma of mental illness among Arab

- American, Muslim, and refugee clients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2014;20(4):250-66.
258. Ung E. *The Effects of Internalized Stigma and Recovery Expectations on the Evaluation of Outpatient Mental Health Services*: Palo Alto University; 2017.
 259. Akhoondi M, Sadeghian E, Aubi E, Shamsaei F. The Association Between Internalized Stigma and Feelings of Loneliness and Quality of Life in Patients with Mental Disorders. *Current Psychiatry Research and Reviews*. 2025;21(2):200-14.
 260. Klik KA. *Risk and protective factors of internalized mental illness stigma*: East Tennessee State University; 2015.
 261. Lau AS, Guo S, Tsai W, Nguyen DJ, Nguyen HT, Ngo V, et al. Adolescents' stigma attitudes toward internalizing and externalizing disorders: Cultural influences and implications for distress manifestations. *Clinical Psychological Science*. 2016;4(4):704-17.
 262. Cullen BA, Mojtabai R, Bordbar E, Everett A, Nugent KL, Eaton WW. Social network, recovery attitudes and internal stigma among those with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017;63(5):448-58.
 263. Kehyayan V, Mahfoud Z, Ghuloum S, Marji T, Al-Amin H. Internalized stigma in persons with mental illness in Qatar: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*. 2021;9:685003.
 264. Pearl RL, Forgeard MJ, Rifkin L, Beard C, Björgvinsson T. Internalized stigma of mental illness: Changes and associations with treatment outcomes. *Stigma and Health*. 2017;2(1):2.
 265. Tsang HW, Ching S, Tang K, Lam H, Law PY, Wan C. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2016;173(1-2):45-53.
 266. Jacobsson L, Ghanian H. Internalized stigma of mental illness in Sweden and Iran—A comparative study. *Open Journal of Psychiatry*. 2013;2013.
 267. Pérez-Garín D, Molero F, Bos AE. Internalized mental illness stigma and subjective well-being: The mediating role of psychological well-being. *Psychiatry research*. 2015;228(3):325-31.
 268. Zahir R, Alcorn AM, McGeown S, Mandy W, Aitken D, Murray F, et al. Evaluation of wider community support for a neurodiversity teaching programme designed using participatory methods. *Autism*. 2024;28(6):1582-90.

269. Horien C, Greene AS, Shen X, Fortes D, Brennan-Wydra E, Banarjee C, et al. A generalizable connectome-based marker of in-scan sustained attention in neurodiverse youth. *Cerebral Cortex*. 2023;33(10):6320-34.
270. Accardo AL, Bomgardner EM, Rubinstein MB, Woodruff J. Valuing neurodiversity on campus: Perspectives and priorities of neurodivergent students, faculty, and professional staff. *Journal of Diversity in Higher Education*. 2024.
271. Chen Y, Zhang Y, YU G. Prevalence of mental health problems among college students in mainland China from 2010 to 2020: a meta-analysis. *Advances in Psychological Science*. 2022;30(5):991.
272. Matar Boumosleh J, Jaalouk D. Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students-A cross sectional study. *PloS one*. 2017;12(8):e0182239.
273. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2016;316(21):2214-36.
274. Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent health*. 2010;46(1):3-10.
275. Pope D, Whiteley H, Smith C, Lever R, Wakelin D, Dudiak H, et al. Relationships between ADHD and dyslexia screening scores and academic performance in undergraduate psychology students: implications for teaching, learning and assessment. *Psychology Learning & Teaching*. 2007;6(2):114-20.
276. Norvilitis JM, Ingersoll T, Zhang J, Jia S. Self-reported symptoms of ADHD among college students in China and the United States. *Journal of Attention Disorders*. 2008;11(5):558-67.
277. Yoldascan E, Ozenli Y, Kutlu O, Topal K, Bozkurt AI. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC psychiatry*. 2009;9:1-8.
278. Sulkowski ML, Mariaskin A, Storch EA. Obsessive-compulsive spectrum disorder symptoms in college students. *Journal of American College Health*. 2011;59(5):342-8.
279. Yektatalab S, Mohammadi A, Zarshenas L. The prevalence of Misophonia and its relationship with obsessive-compulsive disorder, anxiety, and depression in undergraduate students of Shiraz University of Medical Sciences: a cross-sectional study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2022;10(4):259.

280. Jaiswal A, Manchanda S, Gautam V, Goel AD, Aneja J, Raghav PR. Burden of internet addiction, social anxiety and social phobia among University students, India. *Journal of family medicine and primary care*. 2020;9(7):3607-12.
281. Jin Y, Xu S, Chen C, Wilson A, Gao D, Ji Y, et al. Symptom association between social anxiety disorder, appearance anxiety, and eating disorders among Chinese university students: a network analysis to conceptualize comorbidity. *Frontiers in Public Health*. 2022;10:1044081.
282. Tavolacci MP, Grigioni S, Richard L, Meyrignac G, Déchelotte P, Ladner J. Eating disorders and associated health risks among university students. *Journal of nutrition education and behavior*. 2015;47(5):412-20. e1.
283. Lukács A, Wasilewska M, Sopel O, Tavolacci M-P, Varga B, Mandziuk M, et al. Risk of eating disorders in university students: an international study in Hungary, Poland and Ukraine. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2021;33(6):415-20.
284. WHO. Bipolar disorder, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>
285. Sinha BK, Watson DC. Personality disorder in university students: A multitrait-multimethod matrix study. *Journal of Personality Disorders*. 2001;15(3):235-44.
286. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2020;216(2):69-78.
287. Paine S-J, Fink J, Gander PH, Warman GR. Identifying advanced and delayed sleep phase disorders in the general population: a national survey of New Zealand adults. *Chronobiology International*. 2014;31(5):627-36.
288. Schrader H, Bovim G, Sand T. The prevalence of delayed and advanced sleep phase syndromes. *Journal of sleep research*. 1993;2(1):51-5.
289. Lovato N, Gradisar M, Short M, Dohnt H, Micic G. Delayed sleep phase disorder in an Australian school-based sample of adolescents. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2013;9(9):939-44.
290. Sivertsen B, Harvey AG, Gradisar M, Pallesen S, Hysing M. Delayed sleep–wake phase disorder in young adults: prevalence and correlates from a national survey of Norwegian university students. *Sleep Medicine*. 2021;77:184-91.
291. Bonti E, Giannoglou S, Georgitsi M, Sofologi M, Porfyri G-N, Mousioni A, et al. Clinical profiles and socio-demographic characteristics of adults with specific learning Disorder in Northern Greece. *Brain Sciences*. 2021;11(5):602.

292. Alizadeh H, Amraie K. Investigating Motor Profile of Students with specific learning disorder and Students with learning problem. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022;8(4):50-61.
293. Konadath S, Chatni S, Lakshmi M, Saini JK. Prevalence of communication disorders in a group of islands in India. *Clinical epidemiology and global health*. 2017;5(2):79-86.
294. Dockrell J, Ricketts J, Lindsay G. Understanding speech, language and communication needs: Profiles of need and provision (2012). DfE RR227 BCRP4. 2012.
295. WHO. Schizophrenia, 2022. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
296. White SW, Ollendick TH, Bray BC. College students on the autism spectrum: Prevalence and associated problems. *Autism*. 2011;15(6):683-701.
297. Talantseva OI, Romanova RS, Shurdova EM, Dolgorukova TA, Sologub PS, Titova OS, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*. 2023;14:1071181.
298. Niester S. Prevalence of Synesthesia in College Students. 2014.
299. Carmichael DA, Smees R, Shillcock RC, Simner J. Is there a burden attached to synaesthesia? Health screening of synaesthetes in the general population. *British Journal of Psychology*. 2019;110(3):530-48.
300. WHO. Mental health: neurological disorders, 2016. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/mental-health-neurological-disorders>
301. WHO. Epilepsy, 2024. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
302. Wang X, Zhou H, Sun J, Xing Y, Zhu Y, Zhao Y. The prevalence of migraine in university students: A systematic review and meta-analysis. *European journal of neurology*. 2016;23(3):464-75.
303. Neligan A, Sander J. The incidence and prevalence of epilepsy. London: UCL Institute of Neurology. 2009.
304. Leray E, Moreau T, Fromont A, Edan G. Epidemiology of multiple sclerosis. *Revue neurologique*. 2016;172(1):3-13.

305. Broers MC, Bunschoten C, Nieboer D, Lingsma HF, Jacobs BC. Incidence and prevalence of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology*. 2019;52(3-4):161-72.
306. Yin H, Wardenaar KJ, Xu G, Tian H, Schoevers RA. Help-seeking behaviors among Chinese people with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*. 2019;19:1-12.
307. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. The prevalence of psychiatric disorders distribution of subjects gender and its relationship with psychiatric help-seeking. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2013;50(4):344.
308. Vanheusden K, van der Ende J, Mulder CL, van Lenthe FJ, Verhulst FC, Mackenbach JP. Beliefs about mental health problems and help-seeking behavior in Dutch young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;44:239-46.
309. WHO. Intersectoral global action plan on epilepsy and other neurological disorders 2022-2031. 2023. Contract No.: ISBN 978-92-4-007662-4.
310. Harper I, Broom A, Kenny K. Chronic Concealment and Awareness in the Affective Worlds of Young People Living With Chronic Illness. *Qualitative Health Research*. 2024;10497323241304571.
311. Walker F, Samya Sri A, Murphy D. An exploration into the prevalence and experience of neurodiversity among staff at a UK high-secure psychiatric hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*.
312. Kamdar D, Sabir R. Inclusive practice: a study exploring community pharmacists' perspectives, knowledge, and training of Neurodiversity (ND) and the effects on their practice. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2024;32(Supplement_2):ii3-ii4.
313. NIH. Neurodiversity, 2022. Erişim Tarihi: 28.01.2025. Erişim Adresi: <https://dceg.cancer.gov/about/diversity-inclusion/inclusivity-minute/2022/neurodiversity#:~:text=Driven%20by%20both%20genetic%20and,exhibits%20some%20form%20of%20neurodivergence>
314. Otu MS, Sefotho MM. Examination of emotional distress, depression, and anxiety in neurodiverse students: A cross-sectional study. *World Journal of Psychiatry*. 2024;14(11):1681.
315. Le Cunff A-L, Giampietro V, Dommett E. Neurodiversity Positively Predicts Perceived Extraneous Load in Online Learning: A Quantitative Research Study. *Education Sciences*. 2024;14(5):516.

8. ÖZET

Nöroçeşitlilik; otizm, DEHB, disleksi ve bipolar bozukluk gibi nörogelişimsel ve psikiyatrik hastalıklar gibi bireylerin beyin işleyişindeki ve düşünme biçimlerindeki farklılıkların, birer 'hastalık' ya da 'bozukluk' olarak değil; insan çeşitliliğinin doğal ve değerli bir parçası olarak değerlendirilmesi ve bu doğrultuda bir paradigma değişikliğine gidilmesi gerektiğini söyleyen bir yaklaşımdır. Dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birinin nöroçeşitli olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye’de bu konu hakkında henüz bir çalışma yapılmamış olup; nöroçeşitlilik kavramına yönelik farkındalık da oldukça düşüktür. Bu çalışma bir üniversitede nöroçeşitli öğrenci sıklığı ve ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma durumlarının araştırılması amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya, ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezi’ne başvuran ve ODTÜ’de öğrenim görmekte olan öğrenciler dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemini OpenEpi programı kullanılarak hesaplanmış ve 400 kişiye ulaşılmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için SPSS programından yararlanılarak tanımlayıcı analizler, Ki-kare, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis testleri, lojistik regresyon testi ve Post-Hoc analizlerde Bonferroni Düzeltmeli Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir. Sonuç olarak öğrencilerin yaklaşık üçte birinin nöroçeşitli olduğu, yine üçte birinin nöroçeşitlilik kavramına aşina olduğu bulunmuştur. Nöroçeşitli olma ihtimalini arttıran değişkenlerin kadın olma, daha ileri yaş ve aile ile yakın ilişkiler olduğu bulunmuştur. Ayrıca psikiyatrik hastalığa sahip öğrencilerin RHİDÖ puanlarının ortancasının 60 olduğu tespit edilmiştir. Halk sağlığı perspektifiyle toplum sağlığını iyileştirmek

ve sağlık eşıtsizliklerini ortadan kaldırmak için nöroçeşıtlilik paradigması oldukça önemlidir. Bu bağlamda, nöroçeşıtli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için kapsayıcı sağlık politikaları geliştirilmelidir. Ayrıca tıbbi model, nöroçeşıtli bireylerin deneyimlerini tam olarak anlamaktan uzak olabilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde nöroçeşıtlilik modeli perspektifinde bir bakış açısının benimsenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Nöroçeşıtlilik, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Üniversite Öğrencileri.

9. ABSTRACT

Neurodiversity is an approach that emphasizes that differences in brain functioning and thinking styles among individuals with neurodevelopmental conditions and psychiatric diagnoses, such as autism, ADHD, dyslexia, and bipolar disorder, should not be regarded as "diseases" or "disorders." Instead, these differences should be recognized as natural and valuable aspects of human diversity, requiring a paradigm shift in perception and approach.

It is estimated that approximately one-fourth of the world's population is neurodiverse. However, no studies on this topic have yet been conducted in Turkey, and awareness of the concept of neurodiversity remains quite low. This study aimed to investigate the prevalence of neurodiverse students at a university and their experiences of internalized stigmatization related to mental illnesses.

The study included students who applied to the METU Health and Guidance Center and were enrolled at METU. The sample size was calculated using the OpenEpi program, with 400 participants recruited. Statistical analysis of the research data was conducted using the SPSS program, employing descriptive analyses, Chi-square tests, Mann-Whitney U tests, Kruskal-Wallis tests, logistic regression analysis, and Bonferroni-corrected Chi-square tests in post-hoc analyses. A significance level of $p < 0.05$ was adopted.

The results showed that approximately one-third of the students were neurodiverse, and one-third were familiar with the concept of neurodiversity.

Factors associated with an increased likelihood of being neurodiverse included being female, older age, and having close family relationships. Additionally, the median ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness) scores for students with psychiatric conditions were found to be 60.

From a public health perspective, the neurodiversity paradigm is critical for improving public health outcomes and addressing health inequities. Comprehensive health policies must be developed to ensure equitable access to health services for neurodiverse individuals. Furthermore, the medical model alone may fall short in fully capturing the lived experiences of neurodiverse individuals. Therefore, adopting a neurodiversity-focused perspective in health services is essential.

Keywords: Neurodiversity, Internalized Stigma of Mental Illness, University Students.

10. EKLER

Ek 1

Ankara'da Bir Üniversitede Nöroçeşitliliğe Sahip Öğrenci Sıklığı ve Ruhsal

Hastahklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Durumları

Araştırma Hakkında Bilgilendirme

Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezine başvuran ve ODTÜ'de öğrenim görmekte olan **nöroçeşitliliğe sahip** (dikkat eksikliği, otizm, disleksi, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni gibi öğrenme, düşünme ve davranış farklılıklarına sahip olma durumu) **öğrencilerin sıklığını** ve ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmada kullanılmak üzere sizlere bazı sorular sorulacaktır.

Bu araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anket çalışmasına katılmama hakkına sahipsiniz ve herhangi bir aşamada çalışmadan çekilebilirsiniz. **Ankete katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır.** Kişisel bilgilerinizi veya özel bilgilerinizi toplamayacağız. **Cevaplarınız tamamen anonim kalacak ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.**

Vereceğiniz doğru cevaplar, araştırma sonuçlarının doğruluğunu sağlayacak ve bu konuda yapılacak çalışmalara önemli katkılar sunacaktır. Lütfen soruları samimi ve doğru bir şekilde yanıtlayınız.

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bölüm 1

1. Yaşınız?.....
2. Cinsiyetiniz nedir?
 - 1.Kadın
 - 2.Erkek
3. Hangi fakültede öğrenim görmektesiniz?
 1. Mimarlık Fakültesi
 2. Fen-Edebiyat Fakültesi
 3. İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi
 4. Eğitim Fakültesi
 5. Mühendislik Fakültesi
 6. Meslek Yüksekokulu
 7. Yabancı Diller Yüksekokulu
 - 8.Diğer (Açıklayınız).....
4. Öğrenim görmekte olduğunuz bölüm nedir?.....
5. Kaçıncı sınıftasınız?
 1. Hazırlık
 2. 1. Sınıf
 3. 2. Sınıf
 4. 3. Sınıf
 5. 4. Sınıf
 6. 5. Sınıf
 7. Yüksek lisans / Doktora
 8. Diğer (Açıklayınız).....
6. Ailenizin gelir seviyesi nedir?
 1. Geliri giderinden az
 2. Geliri giderine eşit
 3. Geliri giderinden fazla
7. Hangi ülke vatandaşısınız?
.....
8. Aile üyelerinizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?
 - 1.Çok yakın
 - 2.Orta derecede yakın
 - 3.Uzak
 - 4.Ailem yok
 - 5.Diğer

9. Doktor tarafından tanı almış 6 aydan uzun süreli psikiyatrik ya da nörolojik bir hastalığınız var mı? (Eğer cevabınız “Hayır” ise 14. soruya geçiniz.)

1. Evet
2. Hayır

10. Doktor tarafından tanı almış psikiyatrik ya da nörolojik hastalığınız/hastalıklarınız aşağıdakilerden hangisidir? (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir.**)

- | | |
|---|--|
| 1. Otizm Spektrum Bozukluğu | 17. Kişilik Bozuklukları |
| 2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) | 18. Yeme bozuklukları (Anoreksiya Nervosa, Bulimiya Nervosa) |
| 3. Disleksi (Okuma Bozukluğu) | 19. Dissosiyatif Bozukluklar |
| 4. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) | 21. Sinestezi |
| 5. Bipolar Bozukluk | 26. İşitsel İşleme Bozukluğu |
| 6. Şizofreni | 27. Dil ve Konuşma Bozuklukları |
| 7. Depresyon | 29. Epilepsi |
| 8. Genel Anksiyete Bozukluğu | 30. Kronik Migren |
| 9. Sosyal Anksiyete Bozukluğu | 31. Multipl Skleroz (MS) |
| 10. Panik Bozukluk | 32. Parkinson Hastalığı |
| 11. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) | 33. Huntington Hastalığı |
| 12. Dispraksi / Disgrafi / Diskalkuli | 34. Beyin Hasarları veya Travmatik Beyin Yaralanmaları |
| 13. Asperger Sendromu | 35. Zihinsel engelliler |
| 14. Tourette Sendromu | 36. Diğer (Açıklayınız) |
| 15. Down sendromu | |
| 16. Narkolepsi | |

11. Yukarıda bahsi geçen psikolojik veya nörolojik sağlık sorunlarınız için herhangi bir profesyonel yardım alıyor musunuz?

- 1.Şu anda destek alıyorum
- 2.Daha önce destek aldım. Şu an almıyorum.
- 3.Hiç almadım.
- 4.Diğer.....

12. Yukarıda bahsi geçen hastalığınızı diğer insanlardan saklıyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır
3. Diğer.....

13. Yukarıda bahsi geçen hastalığınızı kabullendiğinizi düşünüyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır
3. Diğer.....

14. Bu anket çalışmasından önce 'neurodiversity' (nöroçeşitliliğe sahip birey) kavramını biliyor muydunuz?

(Cevabınız 'Hayır' ise bir sonraki soruyu atlayınız.)

- 1.Evet
- 2.Hayır

15. Kendinizi nöroçeşitliliğe sahip bir birey olarak tanımlıyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

Bölüm 2

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer;

- “Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını,
“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını,
“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını,
“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını işaretleyerek

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

		Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1.	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2.	Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3.	Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4.	Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5.	Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6.	Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7.	Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8.	Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9.	Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmamama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10.	Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11.	İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12.	Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13.	Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4

14.	Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15.	Sırf ruhsal hastalığımın dolayısı ile insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16.	Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17.	Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18.	İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19.	Ruhsal hastalığımın dolayısı ile benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20.	Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21.	Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22.	Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23.	Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24.	Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25.	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26.	Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27.	Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28.	İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29.	Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

The Frequency of Neurodivergent Students and the Internalized Stigma of Mental Illness at a University of Ankara

Information About the Research

This study is conducted by the Public Health Department of Gazi University Faculty of Medicine to assess the **frequency of neurodivergent** (Attention Deficit Disorder, Autism, Dyslexia, Obsessive-Compulsive Disorder, Schizophrenia, and other conditions of having differences in learning, thinking, and behavior) **students**, as well as the internalized stigma associated with mental illness, among those who seek services at the METU Medical Center. You will be asked some questions for the purposes of this research.

Participation in this research is entirely voluntary. You have the right not to participate in the survey, and you may withdraw from the study at any stage. **If you agree to participate in the survey, all the information you provide will be kept confidential and will only be used for research purposes. No personal or private information will be collected. Your responses will remain completely anonymous and will not be shared with third parties.**

Your accurate responses will ensure the validity of the research results and will make significant contributions to future studies on this topic. Please answer the questions sincerely and accurately.

Thank you for participating in our survey.

Section 1

- | | |
|--|---|
| <p>1. What is your age?</p> <p>2. What is your gender?</p> <p style="margin-left: 20px;">1.Woman</p> <p style="margin-left: 20px;">2.Man</p> <p>3. Which faculty are you studying at?</p> <p style="margin-left: 20px;">1.Faculty of Architecture</p> <p style="margin-left: 20px;">2.Faculty of Arts and Sciences</p> <p style="margin-left: 20px;">3.Faculty of Economics and Administrative Sciences</p> <p style="margin-left: 20px;">4.Faculty of Education</p> <p style="margin-left: 20px;">5.Faculty of Engineering</p> <p style="margin-left: 20px;">6.Vocational School</p> <p style="margin-left: 20px;">7.School of Foreign Languages</p> <p style="margin-left: 20px;">8.Other (Please specify):</p> <p>4. What is your department?</p> <p>.....</p> <p>5. Which year are you in?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Preparatory</p> <p style="margin-left: 20px;">2. 1st year</p> <p style="margin-left: 20px;">3. 2nd year</p> <p style="margin-left: 20px;">4. 3rd year</p> <p style="margin-left: 20px;">5. 4th year</p> <p style="margin-left: 20px;">6. 5th year</p> <p style="margin-left: 20px;">7. Master's/PhD</p> <p style="margin-left: 20px;">8. Other (Please specify):</p> | <p>6. What is your family's income level?</p> <p style="margin-left: 20px;">1.Income is less than expenses</p> <p style="margin-left: 20px;">2.Income equals expenses</p> <p style="margin-left: 20px;">3.Income is more than expenses</p> <p>7. Which country are you a citizen of?</p> <p>.....</p> <p>8. How would you describe your relationship with your family members?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Very close</p> <p style="margin-left: 20px;">2. Moderately close</p> <p style="margin-left: 20px;">3. Distant</p> <p style="margin-left: 20px;">4. I don't have a family</p> <p style="margin-left: 20px;">5. Other (Please specify):</p> |
|--|---|

9. Have you been diagnosed by a doctor with a psychiatric or neurological illness lasting longer than 6 months? (If your answer is "No", please skip to question 14.)

1. Yes
2. No

10. Which of the following psychiatric or neurological disorders have you been diagnosed with? (**Multiple options can be selected.**)

- | | |
|--|--|
| 1. Autism Spectrum Disorder | 16. Narcolepsy |
| 2. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) | 17. Personality Disorders |
| 3. Dyslexia | 18. Eating Disorders (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa) |
| 4. Obsessive Compulsive Disorder (OCD) | 19. Dissociative Disorders |
| 5. Bipolar Disorder | 20. Synesthesia |
| 6. Schizophrenia | 21. Auditory Processing Disorder |
| 7. Depression | 22. Speech and Language Disorders |
| 8. Generalized Anxiety Disorder | 23. Epilepsy |
| 9. Social Anxiety Disorder | 24. Chronic Migraine |
| 10. Panic Disorder | 25. Multiple Sclerosis (MS) |
| 11. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) | 26. Parkinson's Disease |
| 12. Dyspraxia/Dysgraphia/Dyscalculia | 27. Huntington's Disease |
| 13. Asperger Syndrome | 28. Brain Injuries or Traumatic Brain Injuries |
| 14. Tourette Syndrome | 29. Intellectual Disabilities |
| 15. Down Syndrome | |
- 30. Other (Please specify):**

11. Are you receiving any professional help for the above-mentioned psychological or neurological health issues?

1. I am currently receiving support
2. I have received support before, but not currently
3. I have never received support
4. Other (Please specify):
.....

12. Do you hide the above-mentioned illness from others?

1. Yes
2. No
3. Other (Please specify):
.....

13. Do you believe you have accepted the above-mentioned illness?

1. Yes
2. No

14. Before this survey, did you know about the concepts of 'neurodivergent'? *(If your answer is "No", please skip the next question.)*

1. Yes
2. No

15. Do you identify yourself as a neurodivergent?

1. Yes
2. No

Section 2

Internalized Stigma of Mental Illness Scale

We are going to use the term 'mental illness' in the rest of this questionnaire, but please think of it as whatever you feel is the best term for it. After carefully reading each statement, if you

Mark (1) if you "Strongly Disagree";

Mark (2) if you "Disagree";

Mark (3) if you "Agree";

Mark (4) if you "Strongly Agree."

Please indicate the extent to which you agree or disagree with each statement. For each statement, mark only a single number.

		Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree
1.	I feel out of place in the world because I have a mental illness	1	2	3	4
2.	Mentally ill people tend to be violent	1	2	3	4
3.	People discriminate against me because I have a mental illness	1	2	3	4
4.	I avoid getting close to people who don't have a mental illness to avoid rejection	1	2	3	4
5.	I am embarrassed or ashamed that I have a mental illness	1	2	3	4
6.	Mentally ill people shouldn't get married	1	2	3	4
7.	People with mental illness make important contributions to society	1	2	3	4
8.	I feel inferior to others who don't have a mental illness	1	2	3	4
9.	I don't socialize as much as I used to because my mental illness might make me look or behave 'weird'	1	2	3	4
10.	People with mental illness cannot live a good rewarding life	1	2	3	4
11.	I don't talk about myself much because I don't want to burden others with my mental illness	1	2	3	4
12.	Negative stereotypes about mental illness keep me isolated from the 'normal' world	1	2	3	4

13.	Being around people who don't have a mental illness makes me feel out of place or inadequate	1	2	3	4
14.	I feel comfortable being seen in public with an obviously mentally ill person	1	2	3	4
15.	People often patronize me, or treat me like a child, just because I have a mental illness	1	2	3	4
16.	I am disappointed in myself for having a mental illness	1	2	3	4
17.	Having a mental illness has spoiled my life	1	2	3	4
18.	People can tell that I have a mental illness by the way I look	1	2	3	4
19.	Because I have a mental illness I need others to make most decisions for me	1	2	3	4
20.	I stay away from social situations in order to protect my family or friends from embarrassment	1	2	3	4
21.	People without mental illness could not possibly understand me	1	2	3	4
22.	People ignore me or take me less seriously just because I have a mental illness	1	2	3	4
23.	I can't contribute anything to society because I have a mental illness	1	2	3	4
24.	Living with mental illness has made me a tough survivor	1	2	3	4
25.	Nobody would be interested in getting close to me because I have a mental illness	1	2	3	4
26.	In general, I am able to live life the way I want to	1	2	3	4
27.	I can have a good, fulfilling life, despite my mental illness	1	2	3	4
28.	Others think that I can't achieve much in life because I have a mental illness	1	2	3	4
29.	Stereotypes about the mentally ill apply to me	1	2	3	4

Is there anything you would like to add?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ek 2

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.10.2024-E.1069655



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu



Sayı : E-77082166-302.08.01-1069655
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

21.10.2024

Sayın Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, araştırmacı grubu Asiye UĞRAŞ DİKMEN ve Merve ATİK ŞAHİN'den oluşan, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Arş.Gör. Merve ATİK ŞAHİN'in, uzmanlık tez çalışması olan "*Ankara'da Bir Üniversitede Nöroçeşitliliğe Sahip Öğrenci Sıklığı ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Durumları*" başlıklı tez çalışması ile ilgili araştırma önerisi Komisyonumuzun 09.10.2024 tarih ve 16 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No: 2024 - 1570

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

Belge Doğrulama Kodu: BSE1MVSHK2

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

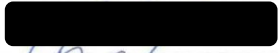
Belge Takiip Adresi : <https://www.tatkiye.gov.tr/gazi-universitesi-etik>

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No: 61 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 20 76
İnternet Adresi : <http://etik.komisyon.gazi.edu.tr/>
Kop Adresi : gazianiversitesi@btl1.kap.tr

Belge için Not: Genel Gözet
Genel Evrak Sayılandırma
Talefon No:202 20 57



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

TOPLANTI TARİHİ : 09.10.2024		TOPLANTI SAYISI : 16	
ADI – SOYADI		İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN			
Prof. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA			
Prof. Dr. C. Haluk BODUR			
Prof. Dr. Seçil ÖZKAN			
Prof. Dr. İlkay ULUTAŞ			
Prof. Dr. Kemalettin DENİZ			
Prof. Dr. Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Prof. Dr. İlyas OKUR			
Prof. Dr. Nihan KAFA			
Prof. Dr. Melek Gülşah ŞAHİN			
Doç. Dr. Gökhan DELİCEOĞLU			
Doç. Dr. Elvan İNCE AKA			
Doç. Dr. Adem TEKEREK			
Doç. Dr. Derya YÜREĞİLLİ GÖKSU			
Doç. Dr. Ahmet ÖZASLAN			

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.10.2024-E.1054669



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-78169220-903.07-1054669
Konu : Uzmanlık Öğrencisi Dr. Merve
ATİK ŞAHİN

01.10.2024

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 30.09.2024 tarihli ve E-73050022-903.07- 1053771 sayılı yazı.

Anabilim Dalınız Öğretim Üyesi Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN danışmanlığında Uzmanlık Öğrencisi Dr. Merve ATİK ŞAHİN tarafından yürütülen *"Ankara'da Bir Üniversitede Nöroçeşitliliğe Sahip Öğrenci Sıklığı ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Durumları"* başlıklı çalışma anketinin 01 Ekim-31 Aralık 2024 tarihleri arasında Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sağlık ve Rehberlik Merkezinde yapılabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin yazı ekte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Alper CEYLAN
Dekan

Ek:İlgi yazı ve ekleri (2 sayfa)

Belge Değerlendirme Kodu :RSV1FMNPF3

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.tatkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ehya>

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Akademik Personel İşleri Birimi 06500
Büyükdere/ANKARA
Tel:0 312 282 69 74 Faks:0 312 212 46 47
e-Posta : tip@gazi.edu.tr İnternet Adresi : www.med.gazi.edu.tr
Kayıt Adresi : gaziuniversitesi@h01.kap.tr

Bu belge için Zeynep HAKAN EKİSLER
Sektör

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 00.00.2024-E.1053669



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı**



Sayı : E-73050022-903.07-1053771
Konu : Uzmanlık Öğrencisi Dr. Merve
ATİK ŞAHİN

30.09.2024

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : a) 19.09.2024 tarih ve E-78169220-903.99-1043713 sayılı yazısı.
b) Orta Doğu Teknik Üniversitesi Rektörlüğünün (Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı)
27.09.2024 tarih ve E-24416604-903.07-2065 sayılı yazısı.

Fakülteniz Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN danışmanlığında Uzmanlık Öğrencisi Dr. Merve ATİK ŞAHİN tarafından yürütülen "Ankara'da Bir Üniversitede Nöroçeşitliliğe Sahip Öğrenci Sıklığı ve Ruhsal Hastalıklarda İyileştirilmiş Damgalanma Durumları" başlıklı çalışma anketinin 01 Ekim-31 Aralık 2024 tarihleri arasında Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sağlık ve Rehberlik Merkezinde yapabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi (b) yazının bir örneği ekte gönderilmiştir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

**Mustafa AFSAR
Rektör a.
Genel Sekreter V.**

Ek:İlgi (b) Yazı (1 Sayfa)

Belge Doğrulama Kodu :RSR1F2ZJF2

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.nakip.gov.tr/gazi-universitesi-elbya>

Gazi Üniversitesi Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığı İdariyatı Mahallesi
Bandırma Caddesi No :61 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 24 00 Faks:0 (312) 215 20 24
e-Posta :personel@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://personel.gazi.edu.tr/
Kapı Adresi: gaziuniversitesi@b01.kap.tr

İlgi için Derya Yıldız
Bilgiye İşletmeni
Telefon No:33122022429



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 00.00.2024-E.1053069

Evrak Tarih ve Sayısı: 27.09.2024-E.1052403



T.C.
ORTA DOĞU TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı
Sağlık ve Rehberlik Merkezi

Sayı : 24416604-903.07-E.2065

Konu : Uzmanlık Öğrencisi Dr. Merve ATİK
ŞAHİN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI

İlgi : Gazi Üniversitesi Rektörlüğü
Personel Daire Başkanlığı 23.09.2024 tarih ve E-73050022-903.07-1045305 sayılı
yazınız.

İlgi yazıya istinaden; Üniversitemiz Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığına bağlı
Sağlık ve Rehberlik Merkezinde, Üniversiteniz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
öğretim üyesi Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN danışmanlığında Uzmanlık Öğrencisi Dr.
Merve ATİK ŞAHİN tarafından yürütülen "Ankara'da Bir Üniversitede Nöroçeşitliliğe Sahip
Öğrenci Sıklığı ve Ruhsal Hastalıklarda İyileştirilmiş Durumlarına Durumları" başlıklı
çalışma anketinin 01 Ekim-31 Aralık 2024 tarihleri arasında yapması tarafımızca uygun
görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla,

Ayvan ÜSTÜNEL
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanı

EK: İlgi yazı ve ekleri.pdf

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



Belge Doğrulama Kodu: 7094027A-42D7-4D80-8200-100030C1D50006
DÜMELİPİNAR BULVARI 06800
ÇANKAYA ANKARA-TÜRKİYE
T: +90 312 210 20 00
F: +90 312 210 11 05
www.odtu.edu.tr
info@odtu.edu.tr

<https://www.turkiye.gov.tr/odtu-odtu>

Belge İmza: TOLAY CAĞLAR
Ünvan: Birey İşleri Uzmanı
Telefon No: +903122394950
E-posta: tcaclar@odtu.edu.tr

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Merve

Soyadı: Atik Şahin

Doğum Yeri – Tarihi: [REDACTED]

Eğitimi:



Yabancı Dili: [REDACTED]