

**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE RUHSAL HASTALIĞA VE  
HASTAYA YÖNELİK İNANÇ, TUTUM VE DAMGALAMA  
SÜRECİ**

**Dr. Aysun YILDIZ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Levent ATİK**

**ZONGULDAK**

**2018**

**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE RUHSAL HASTALIĞA VE  
HASTAYA YÖNELİK İNANÇ, TUTUM VE DAMGALAMA  
SÜRECİ**

**Dr. Aysun YILDIZ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Levent ATİK**

**ZONGULDAK**

**2018**

## TEZ ONAY TUTANAĐI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başığı : Bir Üniversite Hastanesinde Ruhsal Hastalığa ve Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Aysun YILDIZ

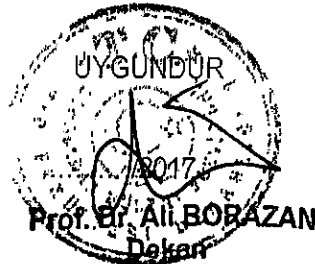
Tez Savunma Tarihi : 30/10/2018

Tez Danışmanı : Doç.Dr. Levent ATİK

Prof.Dr. Nufay ATASOY  
Jüri Başkanı

Doç.Dr. Levent ATİK  
Üye

Doç.Dr. Mehmet Hamid BOZTAŞ  
Üye



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkıda bulunan, bana her konuda hoşgörü ve sabırla yaklaşarak destek olan, yanında çalışmaktan mutluluk ve onur duyduğum tez danışmanım Doç. Dr. Levent ATİK'e

Uzmanlık eğitimi sürecinde tüm deneyimlerini benimle paylaşan, bu süreci en verimli şekilde geçirmemi sağlayan, mesleki kimliğimin oluşmasında üzerimde çok büyük emekleri olan, bilgilerini, tecrübelerini, anlayışlarını hiç esirgemeyen, saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nuray ATASOY ve Doç. Dr. Özge SARAÇLI'ya,

Asistanlık hayatı boyunca birlikte çalışıp bilgi, deneyim ve duygularımızı paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Poliklinik ve servis şartlarında iş birliği içinde çalıştığımız ve birlikte çalışmaktan mutlu olduğum tüm hemşire, sekreter, psikolog ve yardımcı sağlık personeli arkadaşlarımıza,

İstatistiksel analizleri yapmamda yol gösterici olan Dr. Öğr. Üyesi Çağatay BÜYÜKUYSAL'a,

Bütün eğitim hayatınca bana her türlü desteklerini sağlayan, tüm zorluklarda her zaman yanımda olan canım annem, babam ve kardeşlerime,

Uzmanlık eğitimim boyunca benden hiç desteğini esirgemeyen, hayatıma girdiği anda beni hep mutlu eden canım eşim Rasim YILDIZ'a,

Doğumu ile birlikte dünyamı aydınlatan, hayatımı renklendiren canım kızım Yağmur YILDIZ'a,

Teşekkürü borç bilirim.

**Dr. Aysun YILDIZ**

**Zonguldak, 2018**

## ÖZET

**Aysun Yıldız, Bir Üniversite Hastanesinde Ruhsal Hastalığa ve Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi. Zonguldak, 2018.**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı psikiyatrik tanı alan popülasyonda içselleştirilmiş damgalama ve hasta yakınları ile sağlıklı kontrol grubunun psikiyatri tanısı almış bireylere yönelik tutumları ve inançlarının incelenmesidir. Bu doğrultu da Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği ve Psikiyatri polikliniklerine başvuran hastalar dahil edilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma 01.09.2017 ile 01.12.2017 tarihleri arasında katılımcılara ruhsal hastalıklara ilişkin damgalama ölçeği, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği, ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği ve sosyo-demografik soru formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurtulmuştur.

**Bulgular:** Araştırmaya 18 ile 65 yaş arası 294 katılımcı dahil edilmiştir. Genel olarak sonuçlar değerlendirildiğinde psikiyatrik tanısı olan bireylerde klinik seyir kötüleştikçe (hastalığın süresi, tedavi edilme oranı vb.) içselleştirilmiş damgalama ölçeğinden alınan puanlar artmaktadır. Hasta yakınları ve sağlıklı kontroller ruhsal hastalıklara ilişkin tutum ve inançları değerlendirildiğinde ise, tüm alt faktörlerde hasta yakınlarına ilişkin tutum ve inançların sağlıklı kontrollere nazaran daha olumlu olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Ruhsal hastalık tanısı almış bireylerle iletişim ve yakın temas kurmanın ruhsal hastalıklara ilişkin tutum ve inançları olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** damgalama, ruhsal hastalık, içselleştirilmiş damgalama, tutum.

## ABSTRACT

**Aysun Yıldız, The Examine Attitudes and Belief Among Mental Illness in a University Hospital. Zonguldak Bulent Ecevit University Faculty of Medicine Mental Health And Diseases, Zonguldak, 2018.**

**Aim:** The aim of this study was to investigate the attitudes and beliefs of internalized stigmatization and the healthy control group towards the psychiatric diagnosed individuals in the psychiatric diagnosed population. Patients who applied to Bülent Ecevit University Hospital Family Medicine and Psychiatry outpatient clinics were included.

**Method:** The research was completed between 01.09.2017 and 01.12.2017 with Internalized stigma of mental illness scale, the Beliefs Toward Mental İllness Scale, Scaling Community Attitudes Toward The Mentally İll, individuals and socio-demographic questionnaire.

**Findings:** 294 participants between the ages of 18 and 65 were included in the study. In general, when the results are evaluated, the scores of the internalized stigma scale increase as the clinical course deteriorates (duration of the disease, rate of treatment, etc.) in individuals with psychiatric diagnoses. When the attitudes and beliefs of the relatives of the patients and the healthy controls were evaluated, it was seen that the attitudes and beliefs of the relatives of the patients were more positive than the healthy controls.

**Results:** It has been found that communication and close contact with individuals who have been diagnosed with mental illness have a positive effect on attitudes and beliefs about mental illnesses.

**Keywords:** stigma, mental illness, internalized stigma, attitudes.

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Damgalama .....	2
2.2. Kendini Damgalama.....	3
2.3. Toplumun Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları.....	4
2.4. Damgala(n)manın Sonuçları .....	6
2.5. Ruhsal Hastalıklarda Damgalamayı Etkileyen Psiko-Sosyal Kuramlar .....	10
2.5.1. Cinsiyetçilik .....	10
2.5.2. Sosyal İlişki Kurma.....	11
2.5.3. Stereotipler .....	11
2.5.4. Önyargılar .....	12
2.6. Damgalama ile Mücadele.....	13
2.6.1. Eğitsel Müdahaleler .....	14
2.6.1.1. Eğitsel stratejiler.....	15
2.6.1.2. İlişki kurma stratejileri .....	16
2.6.2 Geniş Ölçekli Medya Kampanyaları.....	16
3. YÖNTEM.....	17
3.1. Örneklem.....	17
3.2. Veri Toplama Araçları .....	17
3.2.1. Sosyo-Demografik Soru Formu .....	17
3.2.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) .....	18
3.2.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) .....	19
3.2.4. Ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği.....	20
3.3. İşlem.....	21

4. BULGULAR .....	22
4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Analizi .....	22
4.2. Demografik Değişkenlerin Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	24
4.3. Klinik Öykünün Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	26
4.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeğinden (RHİDÖ) Elde Edilen Puanların Analizi .....	27
4.5. Hasta Yakını ve Kontrol Grubundan Elde Edilen Verilerin Analizi .....	31
5. TARTIŞMA .....	33
5.1. Sınırlılıklar .....	37
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	37
6. KAYNAKÇA .....	39
7. EKLER .....	48
Ek-1: Etik Kurul Onam Formu .....	48
Ek-2: Sosyo-Demografik Soru Formu .....	49
Ek-3: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ).....	50
Ek-4: Ruhsal Hastalığa İlişkin İnançlar Ölçeği.....	52
Ek-5: Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumlar Ölçeği.....	55



## SİMGELER VE KISALTMALAR

RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklara İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği
RHYİÖ	: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
RSBYTYÖ	: Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü



## TABLolar LİSTESİ

### Sayfa

Tablo 1: Psikiyatrik hastalıkların tanılarının sıklık ve oranları.....	23
Tablo 2: Katılımcıların aile psikiyatrik öykülerinin tanılarının sıklık ve oranlarının dağılımı .....	23
Tablo 3: Gruplar arası cinsiyet frekanslarının dağılımı .....	24
Tablo 4: Örneklem gruplarının medeni duruma göre dağılım sıklıkları .....	25
Tablo 5: Gruplar arası eğitim düzeyi frekanslarının dağılımı .....	25
Tablo 6: Örneklem gruplarının meslek gruplarına göre dağılım sıklıkları .....	26
Tablo 7: Örneklem gruplarının çocuk sayılarına göre karşılaştırılması.....	26
Tablo 8: RHİDÖ alt faktörlerinden alınan puanların psikiyatrik yatış durumuna göre karşılaştırılması .....	28
Tablo 9: RHİDÖ alt boyutlarından alınan puanların intihar girişimi durumuna göre karşılaştırılması .....	28
Tablo 10: RHİDÖ alt ölçeklerinden elde edilen puanların intihar girişimi sayılarına göre karşılaştırılması .....	29
Tablo 11: RHİDÖ alt ölçeklerinden alınan puanın ailede psikiyatrik tanı olma durumuna göre karşılaştırılması.....	30
Tablo 12: RHİYÖ ve RSBYTÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişki .....	32

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: İçsel damgalamanın psikolojik çıktılar üzerindeki moderatör rolü ..... 13



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Damgalama uzun zamandır pek çok azınlığa ve farklılığa ilişkin uzun zamandır çalışılan toplumsal bir sorundur (Göregenli, 2012). Damgalamayı sosyalizasyonun bir parçası ve kolektif yaşamda barışın ve uyumun bir parçası olarak farklı disiplinlerce çalışılsa da, bazı çalışmalarda özellikle ayrımcılığa ve damgalamaya maruz kalanların üzerindeki etkilere odaklanmıştır (Balsa & McGuire, 2003). Bu etkiler iş, aile, sosyal yaşam gibi toplumsal hayatın pek çok yönünde olabilmektedir.

Bu çalışma için öncelikle ruhsal bozukluk tanısı almayan bireyler ile ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin yakınlarının, ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik inançları ve tutumlarının ne yönde olacağı araştırılmış, sosyal ilişki kurmanın damgalamaya yönelik inanç ve tutumları ne ölçüde etkilediği araştırılmıştır. Bir diğer tarafta ise ruhsal hastalığa sahip olanların içselleştirilmiş damgalamaya ilişkin alt boyutlarının ne ölçüde etkilendiği araştırılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Yapılan çalışmalarda dünya nüfusunun yarısının hayatlarının bir döneminde herhangi bir ruhsal hastalığa yakalandığını göstermektedir (Martin ve ark., 2000). Corrigan'a göre (2004) bu nüfusun %30'undan daha azı yardım aramakta ve tedavisini başarılı bir şekilde tamamlamaktadır. Yapılan çalışmalar iyi değerlendirildiğinde ruhsal hastalıkların pek çoğunun tam tedavi olunabileceğini göstermektedir; ancak ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumdan dışlanma kaygısı ve bu bireylere yönelik olumsuz tutumlar, hastalığa yakalanmış kişilerin yardım arama eylemlerinin önüne geçtiğine inanılmaktadır (Link ve ark., 1987). Toplumun bu olumsuz tepkisi; ruhsal hastalığa sahip bireylerle aralarındaki sosyal mesafeyi açmasını, bu kişilerin daha fazla acı çekmelerine ve kendilerine zarar verme davranışlarını pekiştirmelerine sebep olmaktadır (Dingfelder, 2009).

### 2.1. Damgalama

Son 20 yılda farklılıkların toplum içindeki örgütlenmelerini inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır (Herdt & van der Meer, 2003; Williamson, 1999). Bu farklılıklar etnik köken, cinsiyet, yaş gibi demografik özellikler olabildiği gibi, eski hükümlü olma, ruhsal hastalığa sahip olma gibi özelliklerden de kaynaklanabilmektedir (Çelik, 2018).

Damgalama (etiketleme) ilk olarak Antik Yunan'da suçlu ve tehlikeli kişileri diğer kişilerden ayırt edilebilmesi için vücutlarının bir bölümünü dağlamalarında kullanılmıştır (Taşkın, 2007). Psikoloji çerçevesinde ise damgalama, bir kişinin sahip olduğu herhangi bir özellikten dolayı, bireyin saygınlığını azaltarak onu toplumdan dışlamak, ötekileştirmek anlamına gelmektedir (Goffman, 1963). Bir başka tanıma göre ise damgalama sadece bir kişiye yönelik yapılan olumsuz atıf ve inançlarla değil; bireyin iyileşmesini engelleyerek de yapılabilmektedir (Ritsher ve ark., 2003).

Damgalama bir "diğeri" söz konusu olduğunda çok kolay bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Turner'a göre (1980) damgalama için iki kişi olması yeterlidir. Norm grubu içerisinde damgalanan gruplara bakıldığında son yıllarda dikkat çeken grup ruhsal hastalığa sahip olan bireyler olduğu görülmektedir. Link ve Phelan (2001) ruhsal hastalığı olan bireylerin tehdit edildiği bir süreç olarak tanımlamaktadır. Bu süreç çok boyutlu olup etiketleme (labeling) ile başlamaktadır.

Etiketleme ruhsal hastalığı olan bir bireyin hastalığı ile alışılmadık bir davranışı (unusual behaviour) ilişkilendirmek ile başlar ve bu davranış dezorganize davranış, katotoni gibi semptomlar olabileceği gibi sadece bir psikiyatriste gitmek bile olabilmektedir. Daha sonra bir kişi herhangi bir davranışı ile hastalık arasında bir ilişki kurulduğunda devreye giren ikinci mekanizma stereotipleştirme (stereotyping). Stereotipler bireyleri kategorize etmek için kullanılan bilişsel atıflardır ve bu kategoriler “ biz” ve “onlar” arasındaki ayrımı yapmak amacıyla kullanılır (Byrne, 2000). Örneğin ruhsal hastalığı olan bireylerin ciddi suç eğilimi olabileceği toplumda en sık görülen stereotiplerdendir (Angermeyer ve ark., 2003). Benzer şekilde ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin geçmiş yaşantılarında mutlaka bir travma olduğu miti de sıkça karşılaşılmaktadır (Corrigan & Miller, 2004). Leyens ve arkadaşları (1997) stereotipleştirme araştırmalarına dikkat çekmektedir. Araştırmacılara göre bazen bir özellik stereotipi barındıran grup üyelerinin pek çoğunda gözükebilmektedir; ancak bu süreçte hatalı olanın bu özelliğin grubun %100 için genelleştiriliyor olmasından kaynaklanıyor olduğunu belirtmektedir.

Bireyler farklılıklarından ötürü etiketlenip ve stereotipleştirildikten sonra diğer üyelerden ayrılır (separated). Etiketlenmiş olan birey sosyal açıdan bir statü kaybına maruz kalır ve son olarak ayrımcılığa maruz kalır (Link & Phelan, 2001). Son aşama olan ayrımcılığa maruz kalma, bireyin yaşam fırsatlarından pek çoğuna ulaşamamasına (iş, eğitim vb) sebep olmaktadır. Bunun yanında pek çok araştırma ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyal ve duygusal çıktılarını da etkilediğini göstermektedir (Goffman, 1963; Green ve ark., 2005).

## **2.2. Kendini Damgalama**

Bir kişi toplumun belli özellik ya da özelliklere sahip kişileri damgaladığını fark ettiğinde, bu durumu kendisi için içselleştirmektedir. Goffman (1963) kendini damgalamayı, kişinin kendi davranışlarını suçluluk, utanma ve aşağılama duygularını da içererek içselleştirildiği bir süreç olarak tanımlamaktadır. Pek çok araştırmacıya göre özellikle ruhsal hastalığa sahip bireylerde kendini damgalama, kişinin yardım arama davranışını (help-seeking behaviour) engelleyen, yaşam kalitesini düşüren bir durumdur (Corrigan, 2004; Jost & Banaji, 1994). Hatta kendisine yönelik damgalanan birey zamanla toplumun atfettiği özellikleri meşru olarak görebilir ve stereotipleri gerçek olarak algılayabilmektedir (Link ve ark., 2001; Snowden, 2001).

Buradan hareketle pek çok ruhsal hastalığa sahip birey kendisini daha az değerli hissedebilir ve kendilerini toplum için daha değersizmiş gibi algılayabilir (Hudson, 2005). Bunun bir sonucu olarak pek çok ruhsal hastalığa sahip birey, kendini damgalamayı içselleştirdiğinde yapabileceği işlerden kaçabilir, uzun süre işsiz kalabilir (Balsa & McGuire, 2003). Bu yüzden pek çok ruhsal hastalığa sahip birey, üretken birer vatandaş olma fırsatını engellemektedir (Gary, 1991). United State Department of Health and Human Services (2001) yapmış olduğu bir araştırmaya göre ruhsal hastalığa sahip bireyler, benzer yaşam koşullarına sahip olan ancak ruhsal hastalığı olmayan bireylere göre, yaşamış oldukları damgalamadan dolayı fiziksel sağlık imkanlarına daha az ulaşmaktadırlar.

### **2.3. Toplumun Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları**

Yapılan çalışmalar toplumun (public) ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının bireylerin yaşamlarını olumsuz etkileyecek yönde olduğunu göstermektedir (Phelan ve ark., 2000). Corrigan ve Watson yapmış oldukları çalışmada (2002) toplumda en sık karşılaşılan stereotipin ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışlarının tehlikeli ve tahmin edilemez olduğu yönünde algılandığı şeklinde bulmuşlardır. Aynı araştırmacılar yaptıkları çalışmada gerçekte başkalarına zarar verme eğilimi olan hastaları %3'den az bulurken; medyada ruhsal hastalığı olan bireyleri tehlikeli olarak sunulma oranlarını %77 olarak bulmuşlardır. Bu aradaki aşırı farkın ve ruhsal hastalıkların halka sunuş biçiminin, toplumdaki stereotiplerin oluşmasında ve gelişmesinde etkili olduğunu söylemektedirler.

Çalışmalar ayrıca insanların ruhsal hastalıklar ile fiziksel hastalıklara yönelik etiketlemeler arasında da ayırım yaptıklarını, ruhsal hastalığı olan bireyleri fiziksel hastalıkları olan bireylere göre daha olumsuz algıladıklarını da göstermektedir (Kendell, 2001). Esses ve Beaufoy (1994) bunun temel sebebi olarak ruhsal hastalığı olan birinin, normal sosyal etkileşimlerde bulunamayacağı ve dış görünüşlerinin (dışarıdan bakıldığında) diğerleri tarafından tehdit olarak algılanamayacağı olarak bildirmiştir. Yazarlar bunun sebebini fiziksel engeli ya da hastalığı olan bireyin, fiziksel hastalığından dolayı başkalarına zarar verememekte olduğundan; ancak ruhsal hastalığa sahip bireyin, diğerlerini fiziksel olarak tehdit edebilecekleri ve tahmin edilemez olduğundan kaynaklandığını raporlamışlardır (Esses & Beaufoy, 1994).

Yukarıda bahsedilen olumsuz tutum ve damgalamalar hastalık bazında düşünüldüğünde aynı derecede olumsuzluk barındırmadığı bulunmuştur. Örneğin şizofreni veya bipolar bozukluk tanısı almış hastalara yönelik olumsuz tutum ve inançlar, anksiyete ve depresyon hastalarına göre daha olumsuz olduğu bulunmuştur (Griffiths ve ark., 2006). Bunun temel sebeplerine bakıldığında ise şizofreni veya bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin diğerlerinden farklı olarak algılandığı (Crisp ve ark., 2005), öz bakım ve bağımsız yaşama becerilerinin tamamlanmamış (Corrigan ve ark., 2001) ve hastalıklarının sorumluluklarını almamaları (Lefley, 1989) başlıca sebepler arasındadır. Araştırmacılar gerçekten özellikle bazı hastalıklarda (şizofreni gibi) bazı durumlarda kişinin cezai sorumluluğu olmayabileceğini, dolayısıyla yaptığı davranışların sorumluluğunu alamayacağını doğru olsa da, burada hatalı olanın bu durumun o ruhsal hastalığı taşıyan her birey için geçerliymiş gibi algılanmasından kaynaklı olduğu söylenmektedir (Balsa & McGuire, 2003).

Kimi zaman ise toplum hastayı damgalayabildiği gibi bazen de psikiyatrik tedavi üzerinden kişiyi damgalayabilmektedir (Priest ve ark., 1996; Lauber ve ark., 2005). Yapılan çalışmalar bu damgalamanın özellikle depresyon ve şizofreni bozukluklarında yardım aldığı kişinin uzmanlık alanı ile doğrudan ilişkili olduğu ve bunun toplumun damgalamasının bir sonucu olduğunu göstermektedir (Jorm ve ark., 1997). Angermeyer ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (1999) depresyon ve şizofreni hastalarının tedavi için psikiyatristten daha çok aile hekimlerini (1. Basamak tedavi merkezlerine / general practitioners) tercih ettiklerini bulmuşlardır. Yazarlar burada hastalar için psikiyatriste gitmenin daha damgalayıcı olduğunu düşündükleri için bunu tercih ettiklerini söylemektedirler. Peluso ve Blay (2009) bu sebeplerle psikoterapi ve danışmanlık gibi çalışmaların ön plana çıktığını belirtmektedir. Hastalarında bu yüzden rahatlama egzersizleri, yaşam stiline yönelik müdahaleler (sportif aktiviteler gibi) ve yoga gibi teknikleri daha çok tercih ettikleri bulunmuştur (Riedel- Heller ve ark., 2005). Bunların yanında medikal tedaviler (ilaç, hastaneye yatış, elektro-konvulzif terapi) hastaların en çok ertelediği tedaviler arasında gösterilmiştir (Jorm ve ark., 2005; Lauber ve ark., 2005; Riedel- Heller ve ark., 2005).

Genel popülasyonun dışında bazı çalışmalar ise sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını araştırmaya yönelmektedir (Arkan ve ark., 2011; Birdoğan ve ark., 2002; Çam ve ark., 2007; Kayahan, 2009). Öncelikle tıp fakültesi



öğrencilerinin tutumlarına baktığımızda öğrenciler bir üst sınıfa geçtikçe psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarının daha nötr olduğu saptanmaktadır (Birdoğan ve Berksun; 2002). Yazarlar bunun temel sebebinin üst sınıflara doğru psikiyatri eğitimleri ve stajlarından dolayı ruhsal hastalığı olan bireylerle doğrudan ilişki kurdukları ve böylece olumsuz tutumlarının giderek azalmış olabileceği yönünde durmaktadır; ancak önyargı ve olumsuz tutumların kırılması sadece “kısa süreli” bir çalışma ile kırılmayacağını söyleyen çalışmalarda mevcuttur. Örneğin başka bir çalışmada dördüncü, beşinci ve altıncı sınıf tıp öğrencilerinin (sırasıyla psikiyatri dersi görmeyen, sadece teorik ders alan, teorik ve uygulamayı birlikte gören) tutumları karşılaştırıldığında, üç örneklem grubu arasında şizofreni hastalarına yönelik olumsuz tutumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yanık ve ark., 2003). Taşkın ve arkadaşlarının (2003) yapmış oldukları benzer bir çalışmada ise, ebelik, hemşirelik ve sağlık memurluğu okuyan öğrencilerin şizofreni hastalarına yönelik tutumları tıp öğrencilerinin tutumlarına benzer bulunmuştur. Çalışmalar dolayısıyla şizofreni gibi psikotik bozukluklarda staj, teorik eğitim gibi çalışmaların tıp, hemşirelik, ebelik gibi sağlık bölümü öğrencilerinin olumsuz tutum ve davranışlarını azaltıcı olmadığını; ancak nevrotik hastalıklarda eğitim ve stajın tutumları değiştirmede etkili olabileceği yönünde kanaate varmaktadır (Taşkın ve ark., 2003; Özmen ve ark., 2004; Sarı ve ark., 2005; Özyiğit ve ark., 2004).

#### **2.4. Damgala(n)manın Sonuçları**

Toplum tarafından etiketlenme bireyleri doğrudan etkilemektedir. Toplum tarafından damgalanan bireyler, ruhsal hastalığın sebep olduğu semptomların yanında bir de toplumun hastaya yönelttiği olumsuz tutum ve davranışlarla başa çıkmak zorundadır. Bu yüzden Ociskova ve arkadaşları (2013) toplum tarafından damgalanmanın kişinin tedavisini ve yaşam fırsatlarını engellediği için damgalamayı, ruhsal hastalığa eşlik eden “ikincil bir hastalık” olarak tanımlamaktadır. Damgalanmanın sonuçlarına bakıldığında, ruhsal hastalığa sahip bireylerin benlik saygısında düşüş ve öz yeterlilik algılarında azalma olduğu saptanmıştır (Fung ve ark., 2007). Ruhsal hastalığa sahip bireylerle yapılan çalışmalar etiketlenme sonucunda bu bireylerin en çok iki alanda sorun yaşadıklarını bulmuşlardır (Corrigan, 2001). Bunlardan ilki istihdamda ruhsal hastalığı olmayan bireylerle rekabet edememeleri, ikincisi ise bağımsız ve güvenli bir şekilde yaşayamamalarıdır. Özellikle bu kişilerin ev kiralama ile iş bulma sürecinde

problem yaşamaları, hastalığın getirdikleri ile birlikte baş etmeleri gereken bir problem olarak karşılıklarına çıkmaktadır.

Özellikle ruhsal hastalığa sahip bireylerin iş bulma imkanları üzerine yapılan çalışmalar benzer yetkinliklere sahip ve ruhsal hastalığı olmayan bireylere nazaran 3-5 kat daha zor iş buldukları/ daha az işe alındıkları bulunmuştur ( Morgan, 2005). Amerika’da sekiz eyalette yapılan geniş ölçekli bir çalışmada çalışma yaşına gelmiş (working-age) ruhsal hastalığı olan gençlerle, ruhsal hastalığı olmayan gençlerin işsizlik oranları incelendiğinde, ilk grubun %61’i işsiz iken, sağlıklı gruptaki gençlerde işsizlik oranı %20 olarak bulunmuştur (Cook ve ark., 2005). Crowther ve arkadaşları ise (2001) ruhsal hastalığı bulunan kişilerin işe alınma oranlarının tanıya göre değiştiğini bildirmektedir. Buna göre farklı araştırmalarda majör depresyon tanısı almış kişilerin istihdam edilme oranları %40-60 iken, anksiyete bozuklukları için bu oran %20-35, şizofreni tanısı almış bireylerde ise işe alınma oranı %10 olarak bildirilmiştir. Amerika’da işverenlerle yapılan başka bir çalışmada işverenlerin %70’i geçmişte özellikle madde/alkol kullanım bozukluğu veya antipsikotik tedavi alan kişileri işe alma konusunda istekli olmadıklarını belirtmişlerdir. Bunların yanı sıra ruhsal açıdan engeli olan bireyler fiziksel engeli olan bireylerle karşılaştırıldığında iki kat daha fazla işe alımda ayrımcılığa uğradıklarına dair araştırmalarda mevcuttur (Roeloffs ve ark., 2003).

Ruhsal hastalığı mevcut bireylerin iş yaşamında işe alım aşamasında karşılaştıkları engelin dışında, yönetici pozisyonlarına da daha az yükselttikleri bulunmuştur (Nicholas, 1998). Rosenheck ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada ruhsal hastalığa sahip bireyler sağlıklı akranlarına nazaran aynı iş ve pozisyon için daha az ücret almaktadırlar. Bu bulgu başka çalışmalar tarafından da desteklenmektedir (Murphy ve ark., 2005; Corrigan ve ark., 2005; Cook ve ark., 2005).

Bir işte çalışmanın kazanılan maaştan bağımsız olarak ruhsal hastalığı olan bireylerde ruh sağlığını olumlu bir yönde etkilediğini ve kaybedilen işlevselliğin normalleştirilmesinin anahtar rol oynadığını söyleyen Liberman (2011) devletlerin bu bireylerdeki “çalışan” kimliğini destekleyen kanunlar ve yönetmelikler çıkarması gerektiğine vurgu yapmaktadır.

Öz ve Barlas’ın şizofreni tanısı almış bireylerde bir işte çalışma durumuna ilişkin yaptıkları bir çalışmada katılımcılar, çalışmanın kendileri için faydalarını şu şekilde sıralamaktadır:

- Bir işte çalışmaya verilen anlam: kendi bağımsızlıklarının desteklenmesi ve toplum içinde var olma duygusu,
- Boşlukta kalmış hissetme, içe çekilme duygularının önüne geçilmesi,
- Sosyal etkileşim sayesinde önyargıların azalması.

Buradan hareketle ülkemizde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik özel kanunlar olmamakla birlikte, ruhsal hastalığı olan bireyler 931 Sayılı İş Kanunu'na dayandırılarak istihdam edilebilmektedirler. Bu düzenleme daha sonra 1987 yılında çıkarılan 1475 Sayılı İş Kanunu'nun 1989 ve 1996 yılındaki değişikliklerle günümüzdeki haline gelmiş olup “ Sakatların İstihdamı Hakkında Tüzük” yönetmeliğinin 2. Maddesinde “bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeniyle çalışma gücünün en az %40'ndan yoksun olduğu sağlık kurulu raporu ile belgelenenler, bu Tüzük hükümleri bakımından sakat sayılırlar.” denilmektedir. Tüzükte 50 ya da daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinde işverenlerin işçi sayısının en az %2'si oranında özür durumuna bakılmaksızın eleman bulundurması zorunluluğu getirilmiştir. Daha sonra 2000 yılında getirilen yeni bir düzenleme ile bu oran %2'den %3'e çıkartılmıştır; ancak yürürlükte olan tüzükte ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik ayrı bir maddenin olmayışı, işverenlerin tüm engelli olan sınıfın içinde en son tercih etmesine sebep olduğuna ilişkin görüşler ön plana çıkmaktadır (Yılmaz, 2012). Yılmaz'a göre (2012) işverenler ruhsal hastalığı olan bireyleri tercih etmektense daha çok fiziksel engeli olan bireyleri tercih etme eğiliminde olmaktadır. Çelik (2018) tarafından Ankara hizmet veren ve Türkiye'nin en büyük 500 şirketi içerisinde yer alan şirketlerin insan kaynakları departman yöneticileri arasında yapılan bir çalışmada, insan kaynakları müdürlerine farklı dezavantajlı grup üyeliği olan (etnik köken, cinsiyet, eski hükümlü, cinsiyet, cinsel yönelim, ruhsal hastalık tanısı almış olmak gibi) 11 farklı özgeçmiş sunulmuştur. Araştırma sonuçlarına bakıldığında erkek katılımcılar ruhsal hastalığı olan adayı en son sırada seçerken, kadın katılımcılar ise ruhsal hastalık tanısı almış olan adayı 11 aday içerisinde onuncu sırada seçmişlerdir. Kadın katılımcıların sonuncu sıraya koydukları (en az tercih edilen) aday ise eski hükümlü olan aday olmuştur.

Ruhsal hastalığı sebebiyle konaklama imkanları, iş bulmak imkanları, eğitim imkanlarına erişme konularında kısıtlanan bireyler aynı zamanda öznel iyi oluş (well-being), algılanan yaşam doyumu gibi kriterler açısından da zorluklar yaşamaktadır (Markowitz, 1998).

Ruhsal hastalık tanısı almış bireylere yönelik yasalarca bazı önlemler alınmaya çalışılmaktadır. Bunun bazı örnekleri Amerika, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde özgeçmişlerde ruhsal hastalığı barındıracak sorular sormak, kişiden ilaç dökümü ya da psikiyatri doktor raporu istemek yasalarca suç sayılmaktadır. Aynı zamanda şirket işçinin ruhsal açıdan takibinin yapılması amacıyla her türlü kolaylığı sağlamakla yükümlüdür (Equality Act, 2010).

Ancak ruhsal hastalığa sahip bireyler etiketlendiği zaman sadece hasta olan bireyler değil; aile üyeleri ve ruhsal hastalığa sahip bireylerde çoğu kez damgalanmaktadır (Lefley, 1987). Hatta bazen damgalanmaya maruz kalan bireylere ruh sağlığı çalışanları da dahil olmakta ve damgalanmanın olumsuz sonuçlarından etkilenmektedir (Persaud, 2000).

Yapılan çalışmalar ruhsal hastalığı olan bireylerin %90'ının ailesi ile birlikte yaşadığını göstermektedir (Chadda, 2014). Bu durum son 10 yılda ruh sağlığı alanında çalışanların bütüncül yaklaşımda hastanın iyilik halini sağlamak için sadece hastayı tedaviye dahil etmenin yanında, hastaya bakım verenlerinde tedaviye dahil edilmesi gerektiği görüşünü ortaya çıkarmaktadır (Pusey- Murray & Miller, 2014; Jankovic ve ark., 2011). Özellikle bakım veren kişiler, hastanın tedavi sürecinde hastanın takibi, hastaya duygusal desteğin sunulması, ekonomik olarak hastaların desteklenmesi gibi rolleri üstlenerek tedavinin seyrini önemli ölçüde etkilemektedirler (Chadda, 2014; Jack-Ide ve ark., 2013). Ayrıca bakım verenler çoğu kez hastanın dürtüsellik, saldırganlık gibi bazı davranışlarını da tolere etmek durumunda kalmaktadırlar (Pusey- Murray & Miller, 2014; Chadda, 2014). Tüm bunlar çoğu kez bakım vereninde algılanan stres düzeyini artırmakta ve uzun vadede depresif şikayetlerini artırabilmektedir (Pusey- Murray & Miller, 2014; Chadda, 2014; Jankovic ve ark., 2011). Tüm bunların yanında bakım veren kişiler uzun vadede duygusal tükenmişlik yaşamaktadırlar (Jack-Ide ve ark., 2013). Bakım verenlerin karşılaştığı bu “yük” iki kategoriye ayrılmaktadır: objektif ve sübjektif. Objektif boyut günlük aktivitelerin kısıtlanması, ekonomik maliyetleri kapsarken; öznel boyut kişinin utanma, toplum tarafından damgalanma ve dışlanma, gibi durumları kapsamaktadır. Yapılan çalışmalar bakım verenlerin özellikle toplumdan dışlandığı zaman intihar, inkar etme, dini uğraşlara yönelme gibi durumlarla karşı karşıya kaldığını göstermektedir (Chadda, 2014).

Venkatesh ve arkadaşları (2015) yapmış oldukları çalışmada tıpkı hastalar gibi, bakım verenlerinde toplumun önyargı ve stereotiplerini içselleştirebildiklerini, bundan dolayı bakım veren olmanın getirdiği zorlukların yanında bir de toplumun etiketlemesiyle başa çıkmak zorunda kaldıklarını, bu durumda stres düzeylerinin ve depresif şikayetlerinin daha fazla olduğunu, somatik şikayetlerin sıklıkla dile getirildiğini söylemektedir.

## **2.5. Ruhsal Hastalıklarda Damgalamayı Etkileyen Psiko-Sosyal Kuramlar**

### **2.5.1. Cinsiyetçilik**

Damgalamaya yönelik değişkenlere bakıldığında ilk göze çarpan değişken cinsiyetçilik gözükmektedir. Cinsiyetçilik, bireyin biyolojik cinsiyetiyle ilişkili olarak toplumun bireyden beklediği sosyal roller olarak tanımlanabilir. Türkçeye çevrildiğinde biyolojik cinsiyet (sex) ile toplumsal cinsiyet (gender) birbirinin yerine kullanılsa da, birbirinden ayrılan kavramlardır. Biyolojik cinsiyet, kişinin üreme organları üzerinden tanımlanırken, toplumsal cinsiyet daha çok toplumun erkek ya da kadın olduğu için, toplumda nasıl davranması gerektiği üzerinden tanımlanmaktadır. Cinsiyet rollerinden beklentilerin ayrılaşması kendiliğinden bazı olumsuz tutumları beraberinde getirmektedir (Hinkleman & Granello, 2003). Toplumsal cinsiyete dayalı cinsiyet rolleri, toplumun zihinsel hastalıklar hakkındaki izlenimlerini ve inançlarını etiketlenmesinde önemli ölçüde rol oynamaktadır. Ve kişinin ruhsal hastalığı üzerinden olan etiketlemeler çoğu zaman toplumsal cinsiyet rolleri ile birlikte etiketlenmektedir (Phelan & Basow, 2007). Buna örnek vermek gerekirse, tipik olarak ruhsal hastalığa sahip erkeklerin madde kullanım bozukluğu, anti-sosyal kişilik bozukluğu, patolojik kumar bozukluğu ile ilişkilendirilirken, kadınlar daha çok depresyon ile ilişkilendirilmektedir (Wirth & Bodenhausen, 2009). Ruhsal hastalığın semptomları bakımından kadınlar ve erkekler ayrılmaz ve aynı hastalık için benzer semptomlar gösterse de, sosyal olarak ayrılmaktadırlar. Örneğin yapılan araştırmalar ruhsal hastalığa sahip olan kadınların, ruhsal hastalığa sahip erkeklerle göre toplum tarafından daha fazla tolere edildiğini söylemektedir. Bunun temel sebebinin sahip olunan ruhsal hastalığın çoğu zaman kadından beklenen sosyal rolleri etkilememesi gösterilmektedir; ancak çoğu kez ruhsal bozukluklar erkeklerin, toplumun erkeklerden beklediği sosyal rolleri (evine bakmak, para kazanmak vb)

yerine getirilmesini engellemektedir (Schnittker, 2000). Tüm bunlara ek olarak ruhsal hastalığa sahip kadınların, ruhsal hastalığa sahip erkeklere oranla daha az damgalandıkları çalışmalarda vardır (With & Bodenhausen, 2009). Tüm bunlara ek olarak kadın ve erkeklerin ruhsal hastalığı olan bireyleri nasıl algıladıklarına yönelik araştırmalar da mevcuttur (Wirth & Bodenhausen, 2009).

### **2.5.2. Sosyal İlişki Kurma**

Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında Allport (1954) tarafından ortaya atılan farklı gruplara yönelik olumsuz tutum ve davranışları açıklamaya çalışan sosyal ilişki kurma kuramı, farklılıkların birbirleriyle iletişim kurdukları takdir de aralarındaki algılanan farklılıkların azalacağını, benzerliklerin ise çoğaltılacağını öne sürmektedir (Çelik, 2018).

### **2.5.3. Stereotipler**

1922 yılında Lipmann tarafından “insanı yerleştirdiğimiz kategoriler” olarak tanımlanan stereotip (kalıpyargı) terimi, dezavantajlı grup üyeliği olan bireyin bir özelliğinden yola çıkarak bireyi homojenleştirme sürecini ifade etmektedir. Stereotipler genel olarak grup üyelerine paylaştırılmış inanç ve tutumları kapsamaktadır ve bu tutum ve inançlar olumlu ya da olumsuz olabilmektedirler (Leyens, 1983).

Lipmann’a göre (1922) insan zihni aynı anda gelen tüm uyaranlara cevap verebilecek bilişsel kapasiteye sahip olamadığı için stereotipler, uyaran kümesi içindeki verinin içinden anlamlı olanı algılayıp yorumlamamızı kolaylaştırmaktadır. Ayrımcılıkla ilişkilendirildiğinde stereotipler, kişinin herhangi bir özelliğinden yola çıkarak “onun” diğer özelliklerini de dış grup özelliklerine genelleştirildiğinde rol oynamaktadır (Corrigan, 2007). Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz stereotipler genel olarak iki biçimde oluşmaktadır. Bunlardan ilki ruhsal hastalığı olan bireylerle etkileşim sonucunda, diğeri ise medya, toplumdaki otorite figürleri gibi araçlar yoluyla, eksik ya da yanlış bilgi aracılığıyla oluşmaktadır (Corrigan ve ark., 2011). En sık bilinen olumsuz stereotipler aşağıdaki gibidir:

- Ruhsal hastalığı olan bireyler tehlikelidir,
- Kendi kendine konuşan insanlar delidir,
- Tuhaf hareketler yapan insanlar tehlikelidir.

#### 2.5.4. Önyargılar

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre “Bir kimse veya bir şeyle ilgili olarak belirli şart, olay ve görüntülere dayanarak önceden edinilmiş olumlu veya olumsuz yargı, peşin yargı, peşin hüküm, peşin fikir.” olarak tanımlanan önyargı, Allport (1954) tarafından ise herhangi bir sebep olmaksızın, belli bir kişiye, zümreye, gruba yönelik geliştirilmiş olan olumsuz tutumlar şeklinde tanımlanmaktadır. Önyargılar çoğu zaman birbiriyle benzer/paralel olarak tanımlansa da, içerik olarak birbirlerinden ayrılmaktadır. Bunlardan ilki önyargıların tamamı olumsuz olurken, stereotipler olumlu da olabilmektedir. Örneğin “ Tüm Almanlar disiplinlidir” cümlesi olumlu bir stereotiptir. Diğer fark ise stereotipler hem bilişsel hem de emosyonel tepkiyi içinde bulunmaktadır (Corrigan, 2007). “Ruhsal hastalığı olan bireyler tehlikelidir ve beni korkuturlar.” cümlesi bu duruma örnek verilebilir. Brockington ve arkadaşları tarafından yapılan (1993) bir çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik önyargılarda, toplumdaki tutumların üç tema etrafında toplandığı sonucuna ulaşılmıştır.

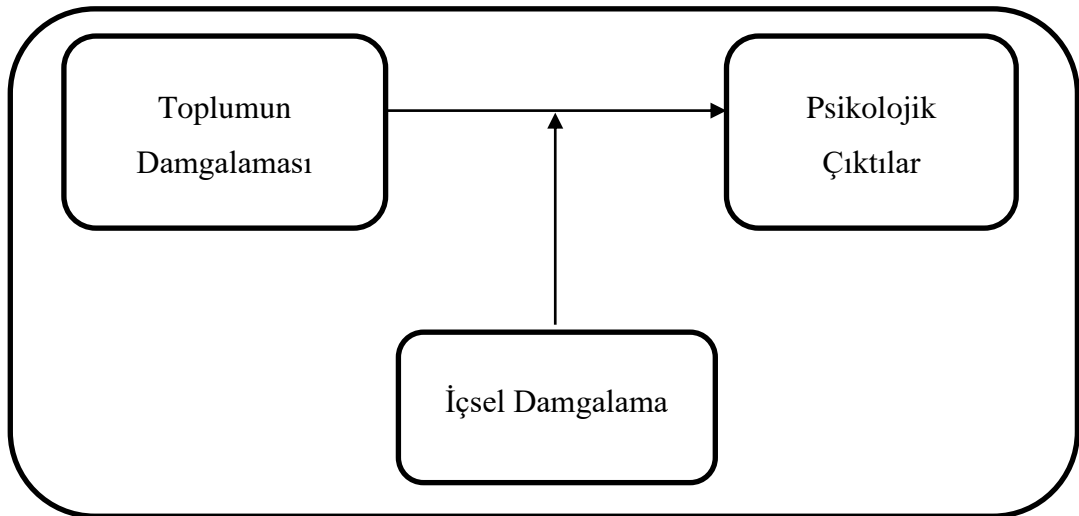
1. İdeoloji: Bu küme, ruhsal sağlığı “bozuk” olanların toplumun “sağlıklı” olanlarından ayrı tutulmasını içeren, özünde de ruhsal hastalığı olanların “tehlikeli ve korkulması gereken” kişiler olduğu fikrinden oluşan temadır. Bu kümeye “ Ruh sağlığı yaşam alanlarının dışında kurulmalıdır.” cümlesi örnek verilebilir.
2. Sorumluluk: Bu küme özellikle hukuk alanının bazı psikiyatrik bozukluklarda suç işleyen bireyin akıl sağlığının olmaması durumunda cezai sorumluluğunun olmamasından dolayı ortaya çıktığı düşünülmektedir. Buna göre katılımcıların yarısından fazlası ruhsal hastalığı olan bireylerin yaptıkları eylemlerden dolayı sorumluluk alamayacakları, bu yüzden de sürekli “sağlıklı” bireyler tarafından yönetilmeleri gerektiği görüşünü bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada bu küme otoriterlik olarak tanımlanmış (authoritarianism) olup temelde “ruhsal hastalığı olan bireyler ortak yaşanılan alanlardan dışlanmalıdır”

gibi ifadeleri içermektedir (Taylor ve Dear'dan aktaran; Brockington ve ark., 1993).

3. Yardımseverlik: Son küme ise ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verilmesi, topluma adapte edilmeleri gerektiği ve “sağlıklılar” tarafından tolere edilmesi gereken grup olarak tanımlanmışlardır. Bu tema etrafından fikir belirten katılımcıların çoğu ruhsal hastalığı olan bireyleri “bakıma muhtaç kimseler” olarak tanımlamaktadır. Önyargıların ortaya çıktığı yerde tam olarak burası gösterilmektedir.

## 2.6. Damgalama ile Mücadele

Bir önceki bölümlerde damgalamaya maruz kalan bireylerin, gerek sosyal gerekse ruhsal alanda yaşadığı problemler anlatılmıştır. Damgalama ile ilgili literatürün bir kısmı ise damgalamayla nasıl başa çıkılabileceği konusunda fikir yürütmektedir. Araştırmacıların bu konuda başlangıç noktası “ ruhsal hastalığı olan bireylerin, toplumdaki damgalanmadan farklı etkilenmelerinin sebebi nedir?” sorusu olarak belirlenmiştir. Genel olarak ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanmadan farklı etkilenmelerinin en önemli sebebi içsel damgalanma olarak belirtilmektedir (Rusch ve ark., 2009). Pek çok çalışmacıya göre içsel damgalanma (bireyin toplumun kendisine yönelttiği olumsuz tutum, inanç ve fikirleri içselleştirerek, meşrulaştırması) bireyin toplumsal damgalanma ile psikolojik çıktılar arasında moderatör bir değişken olarak görev almaktadır (Ritsher & Phelan, 2004; Rusch ve ark., 2009; Ritsher ve ark., 2003). Bu ilişki Şekil 1’de gösterilmektedir.



Şekil 1: İçsel damgalamanın psikolojik çıktılar üzerindeki moderatör rolü



Yapılan pek çok çalışma ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin (şizofreni gibi) toplumun onlara yönelttiği damgalamaya yönelik olumsuz tutum, kalıpyargı ve inançları içselleştirenlerin, bu durumu içselleştirmeyenlere göre daha düşük benlik saygısı, daha düşük moral (demoralization), daha düşük gelir, düşük yaşam kalitesi algısının olduğu; bunların yanında ilaç tedavilerine daha az uyum gösterdiği bulunmuştur (Link, 1987; Perlick ve ark., 2001; Sirey ve ark., 2001).

Bunlara benzer olarak araştırmalar, toplumun bireye yönelttiği damgalamayı reddeden bireylerin damgalamaya karşı daha dirençli (resilience) oldukları çıkan sonuçlar arasındadır (Rusch ve ark., 2009).

Stresin sebebi ne olursa olsun, kişinin başa çıkma gücü yahut sosyal desteği yeterli olduğu zaman bireylerin stresin olumsuz sonuçlarından daha az etkilendiği bilinmektedir (Cohen & Wills, 1985). Pek çok çalışma sosyal desteğin hem genel popülasyonda hem de ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel ve psikolojik olumsuz sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir (Holmes & River, 1998; Miller & Kaiser, 2001; Ilic ve ark., 2011). Toplumsal damgalamaya yönelik sosyal desteğin oluşu aşağıdaki değişkenlerle doğrudan ilişkilidir:

1. Psikiyatriye kendi isteği ile başvuru yapmak (Lam & Rosenheck, 1999),
2. Hastaneye yatışı kabul etmek ve yatış sayısı (Albert ve ark., 1998),
3. Depresyon (Johnson ve ark., 2000),
4. Yaşam Kalitesi (Yanos ve ark., 2001),
5. Toplumsal katılım (national attention) (Chou & Chronister, 2012).

Damgalama ile mücadeleye yönelik programlara bakıldığında genel olarak aşağıdaki değişkenleri müdahale programlarına dahil ettikleri görülmektedir:

### **2.6.1. Eğitsel Müdahaleler**

Eğitsel müdahaleler tipik olarak ruhsal hastalıkların sebepleri, ruhsal hastalıkların tedavileri hakkında bilgi vermeyi içermektedir. Çoğu zaman bu bilgi modülüne ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda damgalamadan dolayı maruz kaldığı olumsuz tutumlar ve önyargılarda dahil edilmektedir (Corrigan & Penn, 1999). Bu tür eğitimler başta öğrenciler, sağlık profesyonellerine verildiği gibi genel popülasyona da bilgi vermek amacıyla sıklıkla başvurulmaktadır. Özellikle Corrigan (2004) bu tür eğitimleri verirken bazı özel popülasyonlara eğitim vermenin, toplumdaki olumsuz önyargıları ve tutumları inşa ederken önemli roller

oynayabileceğini, bu yüzden bazı özel popülasyonlara özellikle bu eğitimlerin verilmesi gerektiğini söylemiş ve bu durumu “ anahtar özellikli gruplar (*key power groups*)” olarak tanımlamıştır. Bu tür gruplara işçiler, adalet sağlayıcılar, sağlık çalışanları, yönetici sınıfı (milletvekili, belediye başkanı vb) örnek verilebilir. Eğitsel müdahaleler yapılırken de kendi içinde bazı sınıflamalara gidilmektedir:

### 2.6.1.1. Eğitsel stratejiler

Önyargı ve ayrımcılığı azaltmada salt bilgi vermenin temel prensibi bu müdahalenin düşük bütçe gerektirmesinden kaynaklanmaktadır (Lincoln ve ark., 2008). Salt bilgi vermenin etkinliğini inceleyen bazı çalışmalar bulunmaktadır. Genel olarak önyargı ve ayrımcılığı azaltmak için verilen bilgiler ampirik olarak bu eğitimlerin kısa vadede etkili olduğunu söylese de (Penn ve ark., 1994); uzun vadede ruhsal hastalığı olanlara karşı tutum ve davranışlarda değişiklik yarattığına dair ikna edici sonuçlar bulunmamaktadır (Corrigan & Gelb, 2006). Özellikle eğitsel yaklaşımlar hastalığın etiolojisine dair büyük ölçüde biyolojik ya da genetik unsurları içerdiği gösterildiğinde, bu tür ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik kişiyi davranışlarından dolayı suçlama gibi önyargı ve tutumlar değişse de bazı olumsuz tutumların değişmediği gösterilmektedir (Corrigan & Shapiro, 2010). Dahası hastalığın genetik ya da biyolojik kökenli olduğu öğrenildiğinde bireyler “ *ruhsal hastalık biyolojik ya da genetik kökenli olduğu için davranışlarını kontrol edemez*” şeklinde bir algı yerleşebileceğini, bunun da genel popülasyonun ruhsal hastalığı olanlarla sosyal mesafeyi artırdığını söyleyen pek çok çalışma bulunmaktadır (Angermeyer ve ark., 2009; Schomerus ve ark., 2012).

Ancak bu bilgilerin yanında bazı eğitsel çalışmaların olumlu etkileri olduğunu bildiren çalışmalarda vardır. Örneğin Bahora ve arkadaşları tarafından (2008) polis memurları ile yapılan 40 saatlik bir müdahale programında polis memurları, ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaştıklarında yapacaklarına dair öz-yeterlilik algılarında bir artış olduğunu, farkındalık kazandıklarını bildirmişlerdir. Ergenlerle yapılan başka bir çalışmada ise yapılan farkındalık eğitimlerinin ergenlerin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz tutumlarını değiştirdiği bulunmuştur (Boysen & Vogel, 2008; Costello ve ark., 2006; Essler ve ark., 2006).

### 2.6.1.2. İlişki kurma stratejileri

İlişki kurma stratejileri genel olarak ruhsal hastalığı olan bireylerle sağlıklı olan bireyleri bir arada olup ilişki kurmaya odaklı stratejilerdir. Yapılan çalışmalar ilişki kurma stratejilerinin olumsuz tutum ve davranışları değiştirmede salt eğitim stratejilerinden daha etkin olduğunu göstermektedir (Corrigan ve ark., 2001). Bunun yanı sıra kişiler arası ilişki kurma stratejileri uzun vadede olumlu yönde davranış değişikliğini sağladığına yönelik güçlü kanıtlar vardır (Corrigan ve ark., 2003a; 2003b). Yamaguci ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada (2011) genç yetişkinleri üç gruba ayırıp ilk gruba sadece eğitim, ikinci gruba video tabanlı ilişki kurma, üçüncü gruba ise doğrudan ilişki kurmanın etkinliklerini karşılaştırdıklarında, en etkili yöntemin doğrudan ilişki kurma olduğunu göstermişlerdir (Corrigan ve ark., 2012).

### 2.6.2 Geniş Ölçekli Medya Kampanyaları

Geniş ölçekli medya kampanyaları özellikle geniş popülasyona ulaşmak için kullanılan yöntemlerdendir. Temel olarak ruhsal hastalığın sebepleri, semptomları, prevalansı ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilip genelde kamu spotu şeklinde olmaktadır. Daha etkili bir yöntem olarak kamu spotları ve mesajlar verilirken genelde ünlü kişiler ya da alanında tanınan sağlık profesyonelleri bu spotlarda oynamaktadırlar. Dünya çapında en çok bilinen örneklerinden bazıları şunlardır:

1. Defeat Depression (İngiltere- ayrıntılı bilgi için bakınız: <http://www.defeatdepression.ca/> )
2. Changing Minds (Yeni Zelanda- <http://changingminds.org/> )
3. See me (İskoçya - <https://www.seemescotland.org/> )

Yukarıda verilen iki programda tüm ülke çapında yürütülen ve toplumun tamamını kalkındırmayı amaçlayan uzun vadeli çalışmalardır. Temelde toplumdaki önyargı ve olumsuz inançları kırmayı hedeflemektedir. Yapılan çalışmalar bu tür programların etkili olduğunu bildirirse de, karşılaştırma grubunun olmayışı araştırmaların sınırlılıkları arasındadır (Vaughan ve ark., 2004; Paykel ve ark., 1998).

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Örneklem

Araştırmaya toplam 294 kişi katılmıştır. Bunlardan 100'ü psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar, 100'ü psikiyatriye başvuran hastaların yakınları ve geri kalan 103 katılımcı da Bülent Ecevit Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 103 kişiden oluşmaktadır ve kontrol grubu amacıyla veri toplanmıştır. Aile hekimliğine başvuran hastalardan 9 tanesi daha önce psikiyatrik hastalık bildirmeleri sebebiyle veriden dışlanması ile 94 kişiden toplanan veriler araştırmaya dahil edilmiştir.

Genel olarak araştırmaya dahil edilme kriterleri şu şekildedir:

- 18-65 yaş arasında olmak,
- Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul etmek ve bilgilendirilmiş onam formunu onaylamak,
- İletişim kurulabilen ve algı sorunu olmaması,
- Görme ve işitme engelinin olmaması,
- Okur yazar olanlar.

Dışlama kriterleri olarak ise;

- Mental retardasyon, yaygın gelişimsel bozukluk, otizm, ağır bilişsel yeti yitimi, demans gibi hastalığı olan kişiler dışlanmıştır.

#### 3.2. Veri Toplama Araçları

##### 3.2.1. Sosyo-Demografik Soru Formu

Bu formda katılımcının cinsiyeti, yaşı, medeni hali gibi demografik bilgilerinin yanında; kendisinde, ailesinde ya da çevresinde psikiyatrik bir hastalık olup olmadığı, geçmişte intihar girişiminin olup olmadığı gibi ruhsal bozukluklara ilişkin klinik bilgiler alınmıştır.

### 3.2.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve arkadaşları tarafından 2003 yılında, psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalamayı öz bildirim yoluyla değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek toplamda 29 maddeden oluşmaktadır ve 5 alt faktörü vardır. Ölçekte yer alan maddeler “ kesinlikle aynı fikirdeyim” (1 puan),”aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dörtlü bir likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Her bir alt faktörden bir puan elde edilebildiği gibi tüm maddeler toplanarak toplam bir puan da elde edilebilmektedir. Kişinin toplam puanı ne kadar yüksek ise içselleştirilmiş damgalamaya ilişkin tutumları o kadar olumsuz yönde demektir. Orijinal çalışmada toplam iç güvenirlik Cronbach alpha kat sayısı, 90 olarak hesaplanmıştır. Test tekrar test güvenirlik katsayısı ise, 92 olarak bulunmuştur.(Ritsher ve ark., 2003) Türkçe standardizasyon çalışmasında ise toplam iç güvenirlik katsayısı, 93 olarak hesaplanmıştır (Ersoy ve Varan, 2007). Alt faktörlerin güvenirlik katsayıları ve faktörlere ilişkin madde numaraları aşağıda gösterilmiştir.

- Yabancılaşma (Alienation): Madde 1, 5, 8, 16, 17 ve 21. Maddelerden oluşmakta olup toplam 6 maddeyi içermektedir. Ters puanlanan madde yoktur. Yabancılaşma alt ölçeği kişinin, kişinin kendini toplumun bir ferdi şeklinde algılama biçimini ifade etmektedir. Kişi bu alt ölçekten ne kadar düşük puan alırsa kendini topluma ilişkin algıladığı aidiyeti o kadar yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Alt ölçeğin iç güvenirlik katsayısı, 79, test tekrar test katsayısı, 68 iken Türkçe’ye uyarlama çalışmasında iç güvenirlik katsayısı, 84 olarak bulunmuştur (Ritsher ve ark., 2003; Ersoy ve Varan, 2007).
- Kalıp Yargıların Onaylanması (Stereotype Endorsement): Madde 2, 26,10,18,19,23,29 numaralı maddelerden oluşmaktadır ve toplam 7 maddeyi içermektedir. Bu alt ölçekten ters puanlanan madde yoktur. Temel olarak bu alt ölçek, psikiyatrik hastalığı olan bireyin, psikiyatrik hastalığı olan bireylere ilişkin toplumda yer alan kalıp yargıları ne derecede kabul ettiği ve hem fikir olduğu ile ilişkilidir. Bu alt ölçekten yüksek puan alan biri, toplumun psikiyatri hastalarına ilişkin üretmiş olduğu kalıp yargıları onayladığı anlamına gelmektedir. Alt ölçeğin iç güvenirlik katsayısı, 72, test tekrar test katsayısı, 94 iken Türkçe’ye

uyarlama çalışmasında iç güvenilirlik katsayısı, 71 olarak bulunmuştur (Ritsher ve ark., 2003; Ersoy ve Varan, 2007).

- Algılanan Ayrımcılık (Discrimination Experience): Madde:3, 15, 22, 25, 28 numaralı maddelerden oluşur. Toplam 5 maddedir. Ters puanlanan madde yoktur. Bu alt ölçek katılımcıların başkaları tarafından gördükleri davranışları ve tutumları değerlendirmektedir. Bu alt ölçekten yüksek puan alan biri toplumun kendisine dair ayrımcılık yönünde davranışları ve tutumları olduğunu ifade etmektedir. Alt ölçeğin iç güvenilirlik katsayısı, 75, test tekrar test katsayısı, 89 iken Türkçe'ye uyarlama çalışmasında iç güvenilirlik katsayısı, 87 olarak bulunmuştur (Ritsher ve ark., 2003; Ersoy ve Varan, 2007).
- Sosyal Geri Çekilme (Social Withdrawal): Madde:4, 9, 11, 12, 13, 20 numaralı maddelerden oluşmaktadır. Ters puanlanan madde yoktur. Bu alt ölçek kişinin toplum etkinliklerine katılım ve girişkenliğini ifade etmektedir. Bu maddeden yüksek alan bir kişi psikiyatrik hastalığından ötürü "bir diğeri" ile yakınlaşmak istemediğini ifade etmektedir. Alt ölçeğin iç güvenilirlik katsayısı 80, test tekrar test katsayısı 8994 iken Türkçe'ye uyarlama çalışmasında iç güvenilirlik katsayısı , 85 olarak bulunmuştur (Ritsher ve ark., 2003; Ersoy ve Varan, 2007).
- Damgalanmaya Karşı Direnç (Stigma Resistance): Madde 7, 14, 24, 26, 27 numaralı 5 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçekteki tüm maddeler ters puanlanmaktadır. Temel olarak bu alt ölçek toplumun psikiyatrik hastalara ilişkin tutumlarına karşı gösterdikleri karşıt tepkileri ve kendileri hakkındaki önyargı ve kalıp yargıları içselleştirip içselleştirmediklerini değerlendirmektedir. Alt ölçeğin iç güvenilirlik katsayısı , 58, test tekrar test katsayısı ,80 iken Türkçe'ye uyarlama çalışmasında iç güvenilirlik katsayısı ,63 olarak bulunmuştur (Ritsher ve ark., 2003; Ersoy ve Varan, 2007).

### **3.2.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)**

Hirai ve Clum tarafından 2000 yılında Amerika'da geliştirilen ölçek, temel olarak insanların olumlu ya da olumsuz, ruhsal hastalığa yönelik inançlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Orijinal çalışmada ölçek toplam 21 maddeden oluşmaktadır

ve “Tehlikelilik”, “Zayıf Sosyal ve Kişiler Arası Beceri” ile “Çaresizlik” alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Orijinal çalışmada tüm ölçek için Cronbach alpha güvenirlik katsayısı, 89 olarak bulunurken; tehlikelilik alt ölçeği için ,75, zayıf sosyal ve kişiler arası beceriler alt ölçeği için ,84 ve çaresizlik alt ölçeği içinse güvenirlik katsayısı ,82 olarak bulunmuştur (Hirai ve Clum, 2000).

Türkçeye standardizasyon çalışması 2006 yılında Bilge ve Çam tarafından yapılmış olup tüm ölçek güvenirlik katsayısı ,82 olarak bulunmuştur. Faktör yapıları ise orijinal çalışmadan farklılaşmakta olup alt faktörler ve faktörlerle ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir.

- Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma: Bu alt ölçek toplam 11 maddeden oluşmakta olup madde numaraları sırasıyla 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21’dir. Bu alt faktörden alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek ise 55’tir. Alınan yüksek puan ruh sağlığı bozuk bireylerle olan kişilerarası ilişkilerde yaşanabilecek çaresizliğe ve engellenmelere atıf yapmaktadır. Bu alt boyut için cronbach alpha değeri ,84 olarak hesaplanmıştır.
- Tehlikelilik: bu alt faktörde toplam 8 madde vardır ve numaraları sırasıyla “1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13’dür. Bu alt faktörden en yüksek 40 puan elde edilebilir. Alınan düşük puan, katılımcının ruhsal hastalığı olan bireyleri tehlikeli olarak algılamadığına gönderme yapmaktadır. Bu alt boyut için cronbach alpha değeri ,72 olarak hesaplanmıştır.
- Utanma: Utanma alt faktörü orijinal çalışmada yer almayan bir faktördür. Türkçe standardizasyonu sırasında anlamlılık gösteren utanma alt faktörü toplamda 12. Ve 15. maddelerden oluşmaktadır. Dolayısı ile en yüksek alınabilecek puan 10’dur. Bu puandan düşük puan almak, katılımcının ruhsal hastalığı utanç verici bir durum olarak görmediğine işaret etmektedir. Bu alt boyut için cronbach alpha değeri ,55 olarak hesaplanmıştır.

#### **3.2.4. Ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği**

1979 yılında Taylor ve Dear tarafından, toplumun ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek toplam 40 maddeden

oluşmaktadır ve ölçeğin toplam 4 alt boyutu vardır. Bu alt boyutları sırasıyla otoriterlik, koruyuculuk, toplum ruh sağlığı ideolojisi ve toplumsal kısıtlayıcılıktır.

Ölçek 2006 yılında Bağ ve Ekinci tarafından Türkçeye uyarlanmıştır ve yapısal özellikleri orijinal çalışmadan bazı farklılıklarla ayrılmaktadır. Bu yapısal ilki madde sayısı, ikincisi ise faktör yapısıdır. Türkçeye uyarlanan ölçek toplam 21 maddeden oluşmaktadır ve toplam ölçek güvenirlik katsayısı ,72 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin alt faktörlerine baktığımızda ise ilk faktör Korku/ Dışlama alt faktörüdür. Toplam 1 ve 8 madde olmak üzere toplam 2 maddeden oluşmaktadır. 8. madde ters puanlanmaktadır. Bu alt faktör ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumdan uzaklaştırılması gerektiğini ifade etmektedir.

İyi niyet alt ölçeğine bakıldığında ise madde numaraları sırasıyla 2, 4, 6, 9, 11, 13, 16, 18 ve 20'dir. Toplam 9 maddeden oluşmaktadır. 4, 9, 13 ve 16. maddeler ters maddelerdir. Bu boyut kısaca, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik hümanist ve dini prensipler temelinde sempatik ve paternalist görüşünü ifade etmektedir. Bu alt ölçeğe göre toplum, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görevlerini yerine getirmeli ve onları korumalıdır.

Son alt faktör ise toplum ruh sağlığı ideolojisidir. Madde numaraları sırasıyla 3, 5, 7, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 21'dir. 5, 10, 14, 17 ve 21. maddeler ters maddelerdir. "Bu alt boyutta geleneksel bakıma karşı geleneksel olmayan ruh sağlığı bakımı olarak kavramlaştırılır (toplum temelli bakım). Bu görüşte toplum içinde tedavi ve toplum içinde terapötik değerlendirme üzerine vurgu yapılır (Bağ ve Ekinci, 2006).

### **3.3. İşlem**

Araştırma sorusuna karar verildiğinde önce Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na çalışmanın etik olarak incelenmesi için gerekli formlar hazırlanıp etik kurula başvurulmuştur. Araştırma önerisi şeklinde sunulan araştırma sorusu, etik kurul tarafından herhangi bir etik sakınca olmadığı yönünde karar verilmiş olup etik olur formu EK 1'de sunulmuştur.

Veri toplanma süreci toplam 3 ay olarak planlanmış olup 01.09.2017 ile 01.12.2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Daha sonra toplanan veri üzerinden betimleyici istatistikler, Ki Kare gibi parametrik olmayan analizler uygulanmıştır. Tüm istatistikler SPSS 18.0 sürümü aracılığı ile yapılmıştır.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Analizi

Araştırmaya katılan toplam 294 katılımcının %62,2'si kadın; %37,8'i erkeklerden oluşmaktadır.

Katılımcıların %21,8'i ilkokul mezunu, %9,2'si ortaokul mezunu, %42,9'u lise mezunu ve %26,2'si üniversite mezunudur. %48'i bekar, geri kalanları ise evli olduklarını bildirmişlerdir.

Katılımcıların %39'1'i hali hazırda bir işte çalışır durumdayken, %60'9'u çalışmamaktadır. Çalışan grubun %21,1'u memurken, %15,6'i işçi olarak çalışmaktadır. Çalışmayan grubun ise en büyük kısmını %26,9 ile ev hanımları oluştururken daha sonra öğrenciler (% 22,8), işsizler (%3,4) ve emekliler (%1,9) gelmektedir.

Katılımcılara gelir düzeyleri ele geçen para miktarından ziyade gelir- gider dağılımına göre kategorik olarak sorulmuştur. Buna göre hastaların katılımcıların % 54,4'ü gelir gidere eşit şekilde beyan ederken; %29,6'sı gelir giderden az, %16'sı ise gelir giderden fazla şeklinde bildirmiştir.

Katılımcılardan alınan diğer bir bilgi grubu katılımcılarımızın genel sağlık durumlarına ilişkin bilgiler olmuştur. Bu bağlamda ilk olarak katılımcılara psikiyatrik bir hastalığı olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların %38,4'ü psikiyatrik bir hastalığı olduğunu bildirmiştir. Psikiyatrik hastalıkların tanımlarının frekans ve oranları tablo 1'de verilmiştir.

Hastaların %17,7'sinin (n=52) daha önce en az bir kez psikiyatrik yatışı bulunurken; geri kalanlar daha önce psikiyatriye yatmadıklarını bildirmişlerdir. Yatışı olan 52 kişiden 22'sinin sadece bir kez psikiyatri servisine yatışı bulunurken, 10 katılımcının iki kez, 5 kişinin ise 3 kez yatışı bulunmaktadır.

**Tablo 1: Psikiyatrik hastalıkların tanılarının sıklık ve oranları**

Tanı	N	%
Anksiyete bozukluğu	40	35,9
Depresyon	33	29,2
Bipolar bozukluk	18	15,9
Şizofreni	11	9,7
Obsesif – kompulsif bozukluk	5	4,4
Alkol- madde kullanımı	2	1,8
Travma sonrası stres bozukluğu	2	1,8
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	1	0,9
Şizofreni benzeri psikotik bozukluk	1	0,9
Toplam	113	% 100

Katılımcılara daha önce intihar girişimlerinin olup olmadığı da sorulmuştur. Buna göre 294 katılımcıdan 46'sının (% 15,6) daha önce intihar girişiminde bulunduğu, 46 kişiden 27'sinin sadece bir kez intihar girişimi öyküsü bulunurken, 8 kişinin iki kez, 5 tanesinin üçer kez intihar girişiminde bulunduğu öğrenilmiştir.

Katılımcılara ailelerindeki psikiyatrik öykü durumuna bakıldığında %33'ü (n= 97) ailesinden psikiyatrik hastalığı olan kişi/ kişilerin olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların ailelerindeki mevcut psikiyatrik tanılarının frekans ve oranları tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2: Katılımcıların aile psikiyatrik öykülerinin tanılarının sıklık ve oranlarının dağılımı**

Tanı	N	%
Anksiyete bozukluğu	28	37,3
Psikotik bozukluk	19	25,3
Depresyon	18	24
Bipolar bozukluk	9	12
Alkol- madde kullanımı	1	1,3
Toplam	75	%100

Katılımcıların ailelerindeki psikiyatrik hastalığı olan bireylere olan yakınlıkları incelendiğinde %36,8'i annesi; % 15,1'i babası; %5,7'si kardeşi olduğunu belirtirken geri kalanlar ise daha uzak akrabaları belirtmişlerdir.

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama, inanç ve tutumlar incelenirken psikiyatrik hastalığı olma, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmasının yanı sıra yaşanılan çevrede de psikiyatrik hastalığın olmasının tutum ve inançları değiştirebileceği düşünülmüştür. Buradan hareketle katılımcılara sosyal çevrelerinde psikiyatri hastalığı olan bireyler olup olmadığı sorulmuş ve %29,3'ü evet diye cevaplamıştır.

Katılımcıların yaşadıkları sosyal çevreye ilişkin ek olarak yaşadıkları yer ile kimlerle yaşadıkları da sorulmuştur. Buna göre katılımcıların %51,4'ü (n=151) şehir merkezinde yaşarken, %40,5'i (n=119) ilçede, %8,2'si (n=24) ise köylerde yaşadığını bildirirken; %66,3'ü (n=195) ailesinin çekirdek aile yapısında olduğunu, %18,4'ü (n=54) arkadaşları ile yaşadığını, %11,2'si (n=33) geniş aile olduklarını ve %4,1'i ise yalnız yaşadığını belirtmiştir.

#### 4.2. Demografik Değişkenlerin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve inançlar üç farklı popülasyondan toplanmıştır. Bunlardan ilki psikiyatrik hastalık tanısı alan bireyler (n=100; % 34), ikincisi psikiyatrik hastalık tanısı almış olan bireylerin yakınları (n=100; %34), sonuncusu ise sağlıklı bireylerden toplanmıştır (n=94; %32).

Bu bölümde örneklem grupları arasında demografik değişkenler açısından anlamlı bir fark olup olmadığı incelenmiştir. Bunun için Ki Kare analizleri yapılmıştır. Örneklem grupları arasında ilk karşılaştırılan demografik değişken cinsiyet olmuştur. Buna göre örneklem grupları arasında cinsiyetler arası bir farklılık bulunmamıştır ( $X^2_{(2)} = ,549$ ;  $p > .05$ ). Örneklem gruplarına dair cinsiyet dağılımları tablo 3'de sunulmuştur.

**Tablo 3: Gruplar arası cinsiyet frekanslarının dağılımı**

		Örneklem Grubu			Toplam
		Hasta Grubu (n)	Hasta Yakını (n)	Kontrol Grubu (n)	
Cinsiyet	Kadın	60	65	58	183
	Erkek	40	35	36	111
Toplam		100	100	94	294

\* $p < ,05$

Örneklem grupları arasında medeni durum açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla Ki Kare analizi yapılmıştır. Buna göre örneklem gruplarının medeni durum arasında anlamlı fark vardır ( $X^2_{(2)} = ,000$ ;  $p < .05$ ).

**Tablo 4: Örneklem gruplarının medeni duruma göre dağılım sıklıkları**

		Örneklem Grubu			Toplam
		Hasta Grubu (n)	Hasta Yakını (n)	Kontrol Grubu (n)	
Cinsiyet	Bekar	55	20	66	141
	Evli	45	80	28	153
Toplam		100	100	94	294

\* $p < ,05$

Örneklem gruplarını eğitim düzeyleri bakımından karşılaştırmak amacıyla Ki Kare analizi yapılmıştır. Yapılan Ki Kare analizine göre örneklem grupları arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark saptanmıştır ( $X^2_{(2)} = ,000$ ;  $p < .05$ ). Örneklem gruplarına dair eğitim düzeyine ilişkin dağılım tablo 4’de sunulmuştur.

**Tablo 5: Gruplar arası eğitim düzeyi frekanslarının dağılımı**

		Hasta Grubu (n)	Hasta Yakını (n)	Kontrol Grubu (n)	P
Eğitim Düzeği	İlkokul mezunu	20	34	10	,000*
	Ortaokul mezunu	15	11	1	
	Lise mezunu	45	27	54	
	Üniversite mezunu	20	28	29	
Toplam		100	100	94	294

\* $p < ,05$

Örneklem grupları arasında gelir düzeyi açısından bir fark olup olmadığına bakıldığında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2_{(4)} = ,096$ ;  $p > .05$ ).

**Tablo 6: Örneklem gruplarının meslek gruplarına göre dağılım sıklıkları**

		Hasta Grubu (n)	Hasta Yakını (n)	Kontrol Grubu (n)	P
<b>Meslek</b>	İşçi	19	19	8	<b>,000*</b>
	Memur	17	20	25	
	Öğrenci	13	4	50	
	Ev hanımı	33	41	5	
	Emekli	5	2	2	
	Serbest meslek	5	13	3	
	İşsiz	8	1	1	
<b>Toplam</b>		100	100	94	294

\* p< ,05

Örneklem grupları gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında ise örneklem grupları arasında gelir düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>,05).

Örneklem grupları arasında çocuk sayısı bakımından fark olup olmadığını test etmek amacıyla Ki Kare testi yapılmıştır. Yapılan Ki Kare sonucuna göre örneklem grupları ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $X^2_{(10)} = ,000$ ; p<.05).

**Tablo 7: Örneklem gruplarının çocuk sayılarına göre karşılaştırılması**

		Hasta Grubu (n)	Hasta Yakını (n)	Kontrol Grubu (n)	P
<b>Çocuk Sayısı</b>	0	52	24	68	<b>,000*</b>
	1	17	16	9	
	2	21	43	10	
	3	8	15	6	
	4	1	2	0	
	5	1	0	1	
<b>Toplam</b>		100	100	94	294

#### 4.3. Klinik Öykünün Gruplar Arası Karşılaştırılması

İlk olarak hasta grubu, hasta yakınları ve kontrol grupları arasında ailede psikiyatrik hastalığın olup olmadığına ilişkin fark incelenmiştir. Buna göre yapılan Ki Kare sonucuna göre örneklem grupları ile ailede bulunan psikiyatrik hastalık tanısı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>,05).

Örneklem grupları ile psikiyatri yatışı arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakıldığında ise hasta, hasta yakını ve kontrol grubu arasında psikiyatri yatışı açısından anlamlı bir fark saptanmıştır ( $X^2_{(2)} = 1153,551$ ;  $p < .05$ ). Benzer şekilde örneklem grupları arasında intihar girişimi ( $X^2_{(2)} = 43,858$ ;  $p < .05$ ); ek hastalık öyküsü bakımından da anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2_{(2)} = 11,521$ ;  $p < .05$ )

#### **4.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeğinden (RHİDÖ) Elde Edilen Puanların Analizi**

Bu bölümde hastalardan elde edilen ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama ölçeğinin alt faktörlerinden elde edilen ortalamalar sunulmuştur. Buna göre yabancılaşma alt faktörü medyan değeri 13,00 (min= 6; max=24), kalıp yargıların onaylanması alt faktörü medyan değeri 13,00 (min= 7; max=28), algılanan ayrımcılık alt faktörü 10,00 (min= 5; max=20), sosyal geri çekilme alt faktörü medyan değeri 13,00 (min= 6; max=24) ve damgalanmaya karşı direnç alt faktörü medyan değeri 12 (min= 7; max=18) olarak bulunmuştur.

Psikiyatrik yatışı olma durumuna göre RHİDÖ'den elde edilen puanlar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla Mann- Whitney U testi yapılmıştır. RHİDÖ'den elde edilen puanlar ve anlamlılık sonuçları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Benzer olarak daha önce intihar girişimi olanlarla olmayanlar arasında RHİDÖ alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır. Buna göre algılanan ayrımcılık, kalıp yargıların onaylanması ve yabancılaşma alt faktörlerinde intihar girişimi durumuna göre anlamlı fark bulunurken; sosyal geri çekilme ve damgalanma alt boyutlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Yapılan Mann- Whitney U testi sonuçları aşağıda tabloda sunulmuştur.

İntihar girişimi sayısına bakıldığında ise açık uçlu verilen soru daha sonra "0" hiç intihar girişimi olmayan, "1" bir kez intihar girişimi olan ve "2+" iki veya daha fazla intihar girişimi olan grup olarak tekrar kodlanmıştır. Buna göre bu üç grubunu RHİDÖ alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Buna göre sosyal geri çekilme, algılanan ayrımcılık, kalıplaşmış yargıların onaylanması alt faktörleri

ile intihar girişimi sayısı arasında anlamlı fark bulunmazken; yabancılaşma ve damgalanma alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

**Tablo 8: RHİDÖ alt faktörlerinden alınan puanların psikiyatrik yatış durumuna göre karşılaştırılması**

	Sosyal Geri Çekilme	Algılanan Ayrımcılık	Kalıp Yargıların Onaylanması	Yabancılaşma	Damgalanmaya Karşı Direnç
Psikiyatrik Yatış Durumu					
Var (n=51)	13,00(6 – 24)	11,00 (5 – 20)	14,00 (8 – 28)	15,00 (6 – 24)	12,00 (7 – 18)
Yok (n=49)	11,00(6 – 22)	9,00 (5 – 20)	12,00 (7 – 23)	12,00 (6 – 24)	13,00 (7 – 18)
<b>z</b>	-1,931	-2,044	-2,043	-1,890	-,463
<b>p</b>	,054	<b>,041*</b>	<b>,041*</b>	,059	,644

**Tablo 9: RHİDÖ alt boyutlarından alınan puanların intihar girişimi durumuna göre karşılaştırılması**

	Sosyal Geri Çekilme	Algılanan Ayrımcılık	Kalıp Yargıların Onaylanması	Yabancılaşma	Damgalanmaya Karşı Direnç
İntihar Girişimi					
Var (n=35)	13,00(6 – 24)	11,00 (5 – 20)	15,00 (8 – 26)	15,00 (7 – 24)	13,00 (7 – 17)
Yok (n=65)	12,00(6 – 24)	10,00 (5 – 20)	12,00 (7 – 28)	12,00 (6 – 22)	12,00 (7 – 18)
<b>z</b>	-1,505	-1,971	-1,975	-2,354	-1,560
<b>p</b>	,132	<b>,049</b>	<b>,049</b>	<b>,019</b>	,119

**Tablo 10: RHİDÖ alt ölçeklerinden elde edilen puanların intihar girişimi sayılarına göre karşılaştırılması**

	Sosyal Geri Çekilme	Algılanan Ayrımcılık	Kalp Yargıların Onaylanması	Yabancılaşma	Damgalanmaya Karşı Direnç
İntihar Girişim Sayısı					
0	12,00 (6 – 24)	10,00 (5 – 20)	12,00 (7 – 28)	12,00 (6 – 22)	12,00 (7 – 18)
1	13,00 (6 – 22)	10,00 (5 – 20)	13,50 (8 – 23)	12,50 (7 – 24)	12,00 (7 – 17)
2+	15,00 (8 – 24)	12,00 (5 – 20)	15,00 (8 – 26)	17,00 (7 – 24)	13,00 (10 – 17)
<b>X<sup>2</sup></b>	5,317	4,946	4,318	8,066	6,284
<b>p</b>	,070	,084	,115	<b>,018</b>	<b>,043</b>

RHİDÖ alt ölçekleri ile aralarında anlamlı fark olup olmadığı araştırılan bir diğer değişken hasta örneklem grubunun ailesinde psikiyatrik hastalık olup olmadığıdır. Buna göre psikiyatrik hastalık tanısı alan kişilerin ailesinde de psikiyatrik hastalık tanısı var ise sosyal geri çekilme, algılanan ayrımcılık, kalıplaşmış yargıların onaylanması, yabancılaşma alt boyutlarından elde edilen puan, ailesinde psikiyatrik hastalık bulunmayanlara göre daha fazladır. Yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

RHİDÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar ile kişinin yaşadığı yer ve sosyal çevresinde psikiyatrik hastalığı olanlar açısından karşılaştırıldığında, iki değişken içinde RHİDÖ alt ölçeklerinden elde edilen puanlar açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde kişinin RHİDÖ'den elde edilen puanlar kişinin çalışma durumu ile gelir düzeyi açısından da farklılaşmamaktadır. Cinsiyetler arası farka bakıldığında da kadın ve erkek arasında RHİDÖ alt boyutlarından elde edilen puanlar arasında fark yoktur.

RHİDÖ ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği alt faktörleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Spearman Rho katsayısı hesaplanmıştır. Buna göre sosyal geri çekilme alt faktörü çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ile ( $r = ,481$ ,  $p < ,05$ ) ve utanma alt ölçeği ( $r = ,456$ ,  $p < ,05$ ) ile pozitif yönde anlamlı ilişki kurmaktadır.



Algılanan ayrımcılık alt faktörü çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ( $r= ,336, p< ,05$ ) ve utanma alt ölçeği ( $r= ,353, p< ,05$ ) ile pozitif yönde anlamlı ilişki kurmaktadır.

Kalıplaşmış yargıların onaylanması alt faktörü çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ( $r= ,484, p< ,05$ ) ve utanma alt ölçeği ( $r= ,427, p< ,05$ ) ile pozitif yönde anlamlı ilişki kurmaktadır.

Yabancılaşma alt boyutu çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ( $r= ,484, p< ,05$ ) ve utanma alt ölçeği ( $r= ,539, p< ,05$ ) ile pozitif yönde anlamlı ilişki kurmaktadır.

Damgalanma alt boyutu da diğer alt boyutlar gibi çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ( $r= ,278, p< ,05$ ) ve utanma alt ölçeği ( $r= ,282, p< ,05$ ) ile pozitif yönde anlamlı ilişki kurmaktadır.

Ölçeklerin kendi alt faktörleri ile olan ilişkileri ve anlamlılık düzeyleri aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

**Tablo 11: RHİDÖ alt ölçeklerinden alınan puanın ailede psikiyatrik tanı olma durumuna göre karşılaştırılması**

	Sosyal Geri Çekilme	Algılanan Ayrımcılık	Kalıp Yargıların Onaylanması	Yabancılaşma	Damgalanmaya Karşı Direnç
Ailede Psikiyatrik Tanısı Olma Durumu					
Var (n=45)	15,00(6–24)	12,00 (5 – 20)	15,00 (7 – 28)	15,00 (6 – 24)	12,00 (7 – 17)
Yok (n=55)	12,00(6– 24)	9,00 (5 – 20)	12,00 (7 – 23)	11,00 (6 – 24)	12,00 (7 – 18)
<b>Z</b>	-2,190	-2,704	-2,342	-2,392	-,297
<b>p</b>	<b>,029*</b>	<b>,007*</b>	<b>,019*</b>	<b>,017*</b>	,766

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sosyal Geri Çekilme	-							
2. Algılanan Ayrımcılık	,715**	-						
3. Kalıplaşmış Yargıların Onaylanması	,753**	,663**	-					
4. Yabancılaşma	,724**	,710**	,674**	-				
5. Damgalanma	,273**	,186	,281**	,316**	-			
6. Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	,481**	,355**	,484**	,484**	,278**	-		
7. Tehlikelilik	,424**	,336**	,480**	,402**	,214*	,615**	-	
8. Utanma	,456**	,353**	,427**	,539**	,282**	,338**	,190*	-

\*\*p<,01;\*,<,05

#### 4.5. Hasta Yakını ve Kontrol Grubundan Elde Edilen Verilerin Analizi

Hasta yakını ve sağlıklı gruba ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği ve ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği verilmiştir. Bu bölümde iki örneklem grubundan elde edilen veriler incelenmiştir.

İlk olarak ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği (RHYİÖ) ve ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği (RSBYTTÖ) alt boyutlarının cinsiyetler arası farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır. Yapılan Mann-Whitney U testine göre cinsiyetler arası fark sadece utanma alt boyutunda çıkmıştır. Buna göre erkeklerin medyan değeri ( $\sigma = 00,00$ ; min: 0, max: 9) kadınların medyan değerine ( $\sigma = 00,00$ ; min: 0, max: 10) göre daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $z = -2,574$ ,  $p < ,05$ ).

RHYİÖ ve RSBYTTÖ'den elde edilen puanların medeni duruma göre fark olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinde hiçbir alt boyut için anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > ,05$ ). Benzer şekilde bu ölçeklerin alt boyutlarından elde edilen puanlar çalışma durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşanılan yer ve sosyal çevrede psikiyatrik hastalığı olma durumuna göre farklılaşmamaktadır ( $p > ,05$ ).

RHYİÖ ve RSBYTTÖ'nün alt boyutlarının birbirleriyle olan ilişkileri Spearman Rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Buna göre değişkenler arası ilişkiler ve anlamlılık düzeyleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 12: RHIYÖ ve RSBYTÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişki**

Değişkenler	1	2	3	4	5	6
1. İyi Niyet	-					
2. Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	,429**	-				
3. Korku/ Dışlama	-,138	-,76	-			
4. Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	-,070	-213**	-,023	-		
5. Tehlikelilik	-,143*	,082	,034	,615**	-	
6. Utanma	,191*	,332**	-,098	,338**	,190*	-

\*\*p<,01

\*<,05

## 5. TARTIŞMA

Daha öncede belirtildiği üzere bu çalışmada Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar, hasta yakınları ile aile hekimleri polikliniğine başvuran hastaların ruhsal hastalıklara ilişkin içsel damgalama, toplumsal inanç ve tutumlarının düzeylerinin belirlenmesi, bu değişkenlerinde yaş, cinsiyet gibi sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini incelenmesi amaçlanmıştır.

İlk olarak RHİDÖ ölçeği ile psikiyatrik yatış durumu arasındaki fark incelenmiştir. Yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, psikiyatrik yatışı olan kişilerin algılanan ayrımcılık düzeyleri daha önce psikiyatri yatışı olmayanlara göre daha yüksektir. Shrivastava ve arkadaşları (2013) genel olarak bu durumu, toplumun kapalı psikiyatri servisinde yatanlara yaptığı damgalamanın şiddeti ile ilişkili olduğunu söylemektedir. Yazarlara göre toplum, toplumdaki "uç" konumda olanların kapalı psikiyatri servisinde yattığına dair inancı yahut kapalı psikiyatri servisinde yatanların, yatışı olmayanlara göre daha ciddi sorunları olduğuna dair inançlarından ötürü, yatışı olan kişilere daha fazla ayrımcılık yapmaktadırlar. Bu sebeple bu çalışmada bulunan bu sonuç diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

İçselleştirilmiş damgalama ile intihar durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, içselleştirilmiş damgalamanın intihar girişimi için bir risk faktörü olabileceğine dair pek çok araştırma bulunmaktadır (Kohlbrenner ve ark., 2016; de Graff ve ark., 2006; Amiya ve ark., 2014). Bu çalışma için içselleştirilmiş damgalama ölçeğinin alt boyutları ile geçmiş öyküde intihar girişiminin olma durumu karşılaştırıldığında, algılanan ayrımcılık, kalıp yargıların onaylanması ve yabancılaşma alt faktörleri ile intihar girişimi durumuna göre anlamlı fark saptanmıştır. Farrelly ve arkadaşlarının (2015) şizofreni, depresyon ve bipolar bozukluk tanısı almış 194 birey üzerinde algılanan ayrımcılık ve intihar girişimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında araştırmacılar, algılanan ayrımcılığın intihar girişimi için bir risk faktörü olabileceğine işaret etmektedir. Benzer şekilde kişi kendini toplumdaki ne kadar dışlanmış hissediyorsa, doğrusal bir şekilde intihar girişiminde bulunma ihtimali artmaktadır (Farrelly ve ark., 2015). Tüm bu sonuçlara paralel olarak bu çalışma için intihar girişimi olanların algılanan ayrımcılık puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kalıp yargıların onaylanması ile intihar girişimi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise Nabors ve arkadaşları (2014) ruhsal hastalığı bulunan kişilerin, toplumun kendilerine ithaf ettiği kalıp yargıları içselleştirdiğinde benlik saygılarında, öz- yeterliliklerinde azalma meydana geldiğini söylemektedir (Nabors ve ark., 2014). Benzer şekilde Corrigan (2001) toplumun kalıp yargılarını benimseyen kişilerde kendini suçlama ve değersizleştirme daha fazla olduğunu, buna bağlı olarak intihar girişiminin daha fazla sayıda olduğunu belirtmektedir. Bu çalışma içinde benzer sonuçlar bulunmuştur. Yapılan çalışmada daha önce en az bir kez intihar girişimi olanlar, intihar girişimi olmayanlara göre daha fazla kalıp yargıları onayladığı saptanmıştır.

İntihar girişiminin bir diğer yordayıcısı ise yabancılaşma alt faktörüdür. Ritsher ve arkadaşlarına göre yabancılaşma (2003), kişinin kendini toplumun bir ferdi olarak görmemesi olarak tanımlanmaktadır. Benzer şekilde kendini toplumun bir parçası olarak hissetmeyenlerin intihar girişiminin daha fazla olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi olanlarda, intihar girişim sayısı ile yabancılaşma arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır. İntihar girişimleri “ hiç intihar girişimi olmayan”, “ bir intihar girişimi olan”, “ 2 ya da daha fazla intihar girişimi olan” şeklinde ayrılmış ve RHİDÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar karşılaştırılmıştır. Üç grup arasında yabancılaşma puanları karşılaştırıldığında 2 ya da daha fazla intihar girişiminde bulunan grubun yabancılaşma ortalamaları 17 iken; intihar girişimi olmayanlarda yabancılaşma 12,00; 1 kere intihar girişimi olanlarda ise 12,50 olarak saptanmıştır. Buradan hareketle özellikle 2 ya da daha fazla intihar girişimi edenlerde yabancılaşma dramatik bir şekilde artmaktadır. Diğer bir ifadeyle üçüncü grupta (“ 2 ya da daha fazla intihar girişimi olan”) yabancılaşma puanı, birinci gruba göre %41 daha fazladır. İntihar girişimi sayısı ile diğer alt faktörlere bakıldığında diğer faktörlerde de sayısal olarak üç grupta da fark olsa da aralarında ki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Örneğin; üçüncü grubun algılanan ayrımcılık puan ortalaması 12,00 iken; diğer grupların 10,00 bulunmuştur.

İntihar girişimi sayısı durumuna göre diğer alt testler incelendiğinde ortalamaların intihar girişimi arttıkça yükseldiği görülmektedir. Örneğin; 2 ya da daha fazla intihar girişimi olan bireylerin diğer gruplara göre ayrımcılık algılarının daha yüksek olduğu; sosyal izolasyonlarının daha fazla olduğu; daha fazla kalıp yargıları içselleştirdikleri görülmüştür. Ancak bu nicelik istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatüre bakıldığında içselleştirilmiş damgalama ile intihar girişimi sayısı

ve durumu arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Sutter,2016; Farrelly, 2015; Carpinello, 2017). Ayrımcılığın kaynağı ne olursa olsun, sonuçta ruh sağlığı bakımından prognuzun olumsuz etkileneceği düşünülmektedir. Örneğin Farrelly ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2015) ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin algılanan ayrımcılık düzeyleri arttıkça intihar girişimi sayılarının da arttığı bulunmuştur. Benzer şekilde LGBTQ bireylerinde algılanan ayrımcılık ile intihar girişimi sayılarına bakıldığında, kendini toplumdan dışlanmış hisseden LGBTQ bireylerinin daha fazla intihar girişiminde bulunduğu, eşlik eden ruhsal hastalıkların daha fazla olduğu saptanmıştır (Sutter & Perrin, 2016). Ancak burada bazı yazarlar ilk intihar girişiminden sonra bulunulan her intihar girişiminin toplumun kişiye yönelik ayrımcılık algısını artırdığını, bu yüzden kendini gerçekleştiren kehanete dönüştürdüğünü belirtmektedirler. Örneğin toplum şizofreni hastası birisine yönelik bir takım olumsuz tutumlar besler, kişi bir şekilde bu durumla başa çıkamaz ve intihar girişiminde bulunur. Bu intihar girişiminden sonra toplum “ruh hali dengesiz” gibi stereotipler ve önyargılar üretir ve şizofreninin üzerine bir de depresyona yönelik olumsuz önyargıları ekler.

RHİDÖ’nden elde edilen puanlar ailede psikiyatrik tanı olma durumuna göre de bakılmıştır. Buradaki asıl amaç kişinin hem kendi hem de ailesinde psikiyatrik tanı olduğu durumda ayrımcılıkla ilgili inançlarının ne şekilde olduğunu saptamaktır. Kişinin hem kendi tanısına yönelik inançlarla hem de ailesindeki birey ya da bireylere yönelik inançlarla başa çıkması gerekmekte; böylelikle başa çıkması gereken stresin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Aile de birden fazla psikiyatrik hastalığın olduğu durumda, toplumun bireyden farklı olarak aileye genelleştirilmiş bir önyargı ve olumsuz tutumların olacağı düşünülmektedir. Diğer taraftan ailenin diğer fertlerinin de bu genelleştirilmiş önyargılara maruz kalmasının önemli sonuçları raporlanmaktadır. Örneğin Avcil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, aile bireylerinin “*bir şizofreninin annesi, çocuğu ya da babası*” şeklinde damgalandıkları belirtilmektedir.

Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinden alınan veriler incelendiğinde ise ilk olarak ölçek alt puanlar cinsiyetler arası karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucu ölçekten alınan çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik alt ölçeklerinde cinsiyetler arası fark saptanmamıştır. Ulusal literatüre bakıldığında ise ruhsal hastalıklara yönelik inançlara ilişkin ilk çalışma 1971 yılında Işık Savaşır tarafından yapılmıştır. Ankara’nın farklı köylerinde 150 aile ile yapılan çalışmada

ruhsal hastalıklara yönelik cinsiyetler arası fark saptanmamıştır. Küey ve arkadaşlarının İzmir’de (1989) yaptıkları bir çalışmada ise (1989) cinsiyetler arası farka bakıldığında, kadınların depresyona ilişkin inançlarının erkeklere göre daha abartılı olduğu saptanmıştır. Ulusal literatüre benzer şekilde uluslar arası literatürde de ruhsal hastalıklara yönelik inançlarda cinsiyetler arası fark üzerine uzlaşılmış değildir. Örneğin Javed ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ve öğretmenler üzerinde yaptıkları bir çalışmada (2006), katılımcıların şizofreni, alkol kullanım bozukluğu ve depresyona ilişkin inançları araştırılmıştır. Araştırma sonucunda üç farkı ruhsal bozukluğa ilişkin kadın ve erkeklerin inançları benzer bulunmuştur. Morrison ve arkadaşlarının (1993) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ise erkeklerin kadınlara yönelik inançlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise cinsiyetler arası fark saptanmamıştır.

Benzer şekilde ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği alt boyutlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında da cinsiyet değişkeninde olduğu gibi fark saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında eğitim düzeyine ilişkin bulgular da tartışmalıdır. Angermeyer ve Matshinger tarafından 1994’te Almanya’da geniş ölçekli yapılan bir çalışmada eğitim düzeyine göre şizofreniye ilişkin tutumlarda fark saptanmadığı belirtilmiştir. Aynı yıllarda Vicente ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada ise eğitim seviyesi üniversite ve üstü olanların diğer eğitim seviyelerine göre ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır.

RHYİÖ ve RSBYTTÖ’nün alt boyutlarının birbirleri ile olan ilişkileri incelendiğinde ruhsal hastalıklara yönelik tehlikelilik algısının çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ile güçlü korelasyon gösterdiği görülmektedir. Teorik olarak bu ilişki beklenen bir ilişkidir. Toplumun tehlikeli olarak algıladığı kişilerde çaresizlik duyguları ile kişilerarası ilişkilerde bozulmaların görülmesi sıklıkla hem klinikte hem de araştırmalarda görülen bir durumdur. Bu sonuç Bağ ve Ekinci (2006) ile benzerlik göstermektedir.

İkinci en yüksek ilişki ise toplum ruh sağlığı ideolojisi ile iyi niyet alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olmuştur. Toplumun ruh sağlığına ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik niyeti ve bakış açısı ne kadar benimseyici olursa, bu gruptaki insanlara yönelik tutumlar o kadar olumlu olacaktır.

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt faktörü ile korku/dışlama arasında ise orta kuvvetli negatif bir ilişki saptanmıştır. Bu da ruhsal hastalıklara yönelik bireylere duyulan korku ne kadar fazla olursa, ruhsal hastalığı olan

bireylerde çaresizlik temelli duygular ile kişilerarası ilişkilerde bozulmanın o kadar fazla olacağına işaret etmektedir. Bilge ve Çam (2006) benzer yönde ve kuvvette ilişki saptamıştır.

İçselleştirilmiş damgalama ölçeğinin alt boyutları ile inançlara ilişkin alt boyutlara bakıldığında 7 alt faktörün tamamı birbiri ile ilişkili saptanmıştır. Bu beklenen bir sonuçtur. Özellikle çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, psikiyatrik tanı almış bir birey için sosyal geri çekilme ile kendini gösterdiği, böylece kendini toplumdan soyutlamasıyla hastalığın etkileri yanında, etiketlenmenin de etkilerinin daha fazla olacağı düşünülmektedir.

### **5.1. Sınırlılıklar**

Araştırmanın en büyük sınırlılığı bu çalışmanın örnekleminin Zonguldak ili Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesine başvuran bireylerden olması, araştırma sonuçlarının genellenebilirliği açısından kısıtlayıcılık teşkil etmektedir. Sağlıklı bireylere bakıldığında hasta ve hasta yakınlarının olduğu bireylere nazaran yaş ortalamalarının daha düşük olduğu, daha genç yetişkinlerden meydana gelmesi özellikle psikiyatrik tanı alan bireylere yönelik bakış açılarını daha marjinal olabileceğini düşündürmüştür.

Hasta grubuna baktığımızda psikiyatrik hastalıkların daha çok duygudurum bozuklukları çerçevesinde toplandığını görmekteyiz. Duygudurum bozukluklarının sıklığı düşünüldüğünde bu durum olağan gözükse de, özellikle psikotik bozukluklar, kişilik bozuklukları gibi başka patolojilere sahip bireylerin içselleştirilmiş damgalamaları ile yakınlarının yaşadığı inanç ve tutumlarının daha farklı olabileceği düşünülmektedir.

### **5.2. Sonuç ve Öneriler**

Bu çalışmanın temel hipotezlerinden biri olan yakınında psikiyatrik tanı almış bireyler ile ailesinde psikiyatrik tanı almamış olan bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlarını karşılaştırmaktadır. Bu perspektifte değerlendirildiğinde beklenildiği üzere hasta yakınlarının tutumları, kontrol grubuna göre daha “olumlu” olarak değerlendirilmiştir. Burada duygusal faktörlerin (akrabası olması gibi) yanında, ruhsal hastalığı olan bireylerle kurulan yakın temasın ve sosyal ilişkilerin,



ruhsal hastalık tanısı almış bireylere yönelik atfedilen gerçekdışı ve abartılmış korku, tehlikelilik gibi inanç ve davranışların azaltıldığı düşünülmektedir. Whiteker (2010) dediği üzere ruhsal hastalığa sahip bireylerle iletişim kurmak, ruhsal hastalıklara yönelik bilinmezlik ve gizemi ortadan kaldırmakta, dolayısıyla kişinin “tehlikeli” olduğuna dair inancı azaltmaktadır. Buradan hareketle;

1. Ruhsal hastalılara yönelik geniş çaplı bilgilendirme çalışmalarının yapılması,
2. Yapılan çalışmaların farklı yaş, cinsiyet, meslek grupları gibi farklı değişkenler çerçevesince genişletilmesi,
- 3 Sosyal politikalar aracılığı ile ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin toplumda daha görünür hale getirilmeye çalışılması,
4. Eğitim seviyesi düşük olan kişilere içsel damgalama ve etkileri üzerine, sosyal hayata entegre edilmeleri amacıyla eğitimlerin verilmesi,
5. Yapılacak olan tüm bu adımların sürdürülebilir ve kontrol edilebilir nitelikte olmasının ayrımcılık, damgalama ve ruh sağlığı açısından faydalı olacağı öngörülebilir.

## 6. KAYNAKÇA

- Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*, 25. Baskı. New York: Addison Wesley.
- Arkan, B., Bademli, K., Çetinkaya- Duman, Z.(2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2): 214-231.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1999) Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 275–81.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B., & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma--a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 593.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., and Matschinger, H. (2009). Mental Health Literacy and Attitude Towards People with Mental Illness: A Trend Analysis Based on Population Surveys in the Eastern Part of Germany. *European Psychiatry*, Vol. 24, No. 4, pp. 225–232.
- Balsa, A. I., & McGuire, T. G. (2003). Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*, 22(1), 89–116.
- Bahora, M., Hanafi, S., Chien, V. H., and Compton, M. T. (2008). Preliminary Evidence of Effects of Crisis Intervention Team Training on Self-Efficacy and Social Distance. *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 35, No. 3, pp. 159–167.
- Birdoğan, S.Y., Berksun E.O.(2002). Tıp fakültesi 1. sınıf ve 6. sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. *Kriz Dergisi*, 10(2):1-7.
- Boysen, G. A., and Vogel, D. L. (2008). The Relationship between Level of Training, Implicit Bias, and Multicultural Competency among Counselor Trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, Vol. 2, No. 2, pp. 103–110.
- Brockington, I.F., Hall, P., Levings, J., and Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162:93-99.

- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65–72.
- Chadda, R. K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian J Psychiatry*, 56(3), 221-227.
- Cook, J. A., Lehman, A. F., Drake, R., McFarlane, W. R., Gold, P. B., Leff, H. S., Grey, D. D. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1948-1956.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 219–225.
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614–625.
- Corrigan, P. W., & Miller, F. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548. doi:10.1080/09638230400017004
- Corrigan, P., and Gelb, B.(2006). Three Programs That Use Mass Approaches to Challenge the Stigma of Mental Illness. *Psychiatric Services*, Vol. 57, No. 3, pp. 393–398.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9(1), 35–53.
- Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 11-44). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., and Shapiro, J. R.(2010). Measuring the Impact of Programs That Challenge the Public Stigma of Mental Illness. *Clinical Psychology Review*, Vol. 30, No. 8, pp. 907–922.
- Corrigan, P. W. (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Soc Work*. 2007 Jan;52(1):31-9.

- Corrigan, P. W., and Penn, D. L. (1999). Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *The American Psychologist*, Vol. 54, No. 9, pp. 765–776.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., Rüsç, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res.* Oct 30;189(3):339-43.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., and Rusch N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, Vol. 63, No. 10, 2012, pp. 963–973.
- Costello, E. J., Foley, D. L., and Angold, A. (2006). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: II. Developmental Epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 45, No. 1, pp. 8–25.
- Crisp, A. H., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H., (2005). Stigmatization of people with mental illness: A follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4 (2), 106-113.
- Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. *British Medical Journal*, 322, 204-208.
- Çam, O., Pektaş, İ., Bilge, A.(2007). Ebe/Hemşirelere verilen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin ruhsal hastalıklara yaklaşımlarına iletişim becerilerine ve iş doyumlarına etkilerinin araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3):7-15.
- Çelik S. Personel seçme sürecinde ayrımcılık: İşe alım uzmanları üzerinde deneysel bir araştırma. *Marmara Üniversitesi Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*, 2018.
- Dingfelder, S. F. (2009). Stigma: Alive and well. *American Psychological Association Monitor*, 40(6),56-60. Erişim adresi: <http://www.apa.org/print-this.aspx>
- Esses, V. M., & Beaufoy, S. L. (1994). Determinants of attitudes toward people with disabilities. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9(5), 43-64.

- Essler, V., Arthur, A., and Stickley, T. (2006). Using a School-Based Intervention to Challenge Stigmatizing Attitudes and Promote Mental Health in Teenagers. *Journal of Mental Health*, Vol. 15, No. 2, pp. 243–250.
- Fung, K.M., Tsang, H.W., Corrigan, P.W., Lam, C.S., Cheung, W.M.(2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *Int J Soc Psychiatry*, 2007 Nov; 53(6); 576.
- Gary, F.A. (1991). Sociocultural diversity and psychiatric mental health nursing. In F. Gary, & C. Kavanagh (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (pp. 136–165). 47 Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.
- Green, S. E., Davis, C., Karshmer, E., Marsh, P., & Straight, B. (2005). Living stigma: The impact of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination in the lives of individuals with disabilities and their families. *Sociological Inquiry*, 75(2), 197-215.
- Griffiths, K., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BioMed Central Psychiatry*, 6(1), 21.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Jack-Ide, I. O., & Uys, L. (2013). Barriers to mental health services utilization in the Niger Delta region of Nigeria: service users' perspectives. *Pan. Afr. Med. J.*, 14, 159.
- Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Nichol, P., McCabe, R., Priebe, S. (2011). Family caregivers's experiences of involuntary psychiatric hospital admissions of their relatives- a qualitative study. *PLoS ONE* 6(10): e25425.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., et al. (1997) 'Mental health literacy': a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182–6.
- Jorm, A.F., Nakane, Y., Christensen, H., et al. (2005) Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine*, 3, 12.

- Kayahan M.(2009). Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 6:27-34.
- Kendell, R. E. (2001). The distinction between mental and physical illness. *British Journal of Psychiatry*, 178, 490-493
- Lauber, C., Nordt, C. & Rössler, W. (2005) Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 745–52.
- Lefley, H. P. (1987). The family's response to mental illness in a relative. *New Directions for Mental Health Services*, 34, 3-21.
- Lefley, H. P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44, 556–560.
- Leyens, J. P. (1983). *Sommes-nous Tous des Psychologues?*, Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Leyens, J. P. & Yzerbyt, V.(1997). *La Psychologie Sociale*, Bruxelles: Mardaga.
- Liberman, R. P. (2011). *Yeti yitiminden iyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2008'den çeviri: Yıldız M. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J., & Wozniak, J. (1987). The social rejection of ex-mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461–1500.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621–1626.
- Herdt, G., & van der Meer, T. (2003). Homophobia and anti-gay violence: contemporary perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 5(2), 99-101.
- Hinkelman, L. and Granello, D.H. (2003). Biological Sex, Adherence to Traditional Gender Roles, and Attitudes toward Persons with Mental Illness: An Exploratory Investigation. *Journal of Mental Health Counseling*, 25, 259-270.

- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness: Tests of the social causation and selection hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry* 75(1), 3–18.
- Jost, J. T., & Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 33, 1–27.
- Markowitz, F.E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav.* 39(4): 335-47.
- Martin JK, Pescosolido AB, Tuch AS. Of fear and loathing: the role of disturbing behavior, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health Social Behavior* 2000;41:208–223.
- Morgan, G. (2005). We want to be able to work. *Mental Health Today*, pp. 32-34.
- Nicholson, J., Sweeney, E. M., & Geller, J. L. (1998). Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, 49(5), 635-642.
- Ociskova, M., Prasko, J., Sedlackova, Z.(2013). Stigma and self-stigma in patients with anxiety disorders. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 55;1-2:12-18.
- Özmen, E, Taşkın, E.O., Özmen, D., Demet, M.M.(2004). Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Derg*, 15: 47-55.
- Özyiğit, E.Ş., Savaş, H.A., Ersoy, M.A., Yüce, S., Tutkun, H., Sertbaş, G. (2004). Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Symposium*, 42:105-112.
- Paykel, E. S., Hart, D., and Priest, R. G. (1998). Changes in Public Attitudes to Depression During the Defeat Depression Campaign. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 173, pp. 519–522.
- Phelan, J., Link, B., Stueve, A., & Pescosolido B. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 188-207.

- Phelan, J., & Basow, S. A. (2007). College Students' Attitudes Toward Mental Illness: An Examination of the Stigma Process. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(12), 2877-2902.
- Penn, D. L., Guynan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., and Sullivan, M. (1994). Dispelling the Stigma of Schizophrenia: What Sort of Information Is Best? *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 20, No. 3, pp. 567–578.
- Persaud, R. (2000). Psychiatrists suffer from stigma too. *Psychiatric Bulletin*, 24, 284-285.
- Puluso, E.T., & Blay, S.L.(2009). Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(1), 16-27.
- Pusey- Murray, A. & Miller, P. (2014). “I need help”: Caregivers’ experiences of caring for their relatives with mental illness in Jamaica. *Ment. Health Fam Med*, 10(2), 113-121.
- Priest, R.G., Vize, C., Roberts, A., Roberts, M. & Tylee, A. (1996) Lay people’s attitudes to treatment of depression results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *British Medical Journal*, 313, 858–9.
- Riedel-Heller, S.G., Matschinger, H. & Angermeyer, M.C. (2005) Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 167–74.
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. (2003).Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure.*Psychiatry Res*. Nov 1;121(1):31-49.
- Roeloffs C, Sherbourne C, Unutzer J, Fink A, Tang L, Wells K.(2003). Stigma and depression among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*. 25:311–315.
- Rosenheck R1, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, Stroup S, Hsiao JK, Lieberman J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 163(3): 411-7.



- Rusch, L. C., Kanter, J. W., Angelone, A. F., and Ridley, R. C.(2008). The Impact of in Our Own Voice on Stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Vol. 11, No. 4, 373–389.
- Sarı, Ö., Arkar, H., Akın, T.(2005). Influence of psychiatric label attached to a normal case on attitudes towards mental illness. *Yeni Symposium*, 43:28-32.
- Schnittker, J., Freese, J., Powell, B. (2000). Nature, Nurture, Neither, Nor: Black-White Differences in Beliefs about the Causes and Appropriate Treatment of Mental Illness. *Social Forces*, 78(3), 1101-1132.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., and Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of Public Attitudes About Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 125, No. 6, pp. 440–452.
- Snowden, L. R. (2001). Barriers to effective mental health services for African Americans. *Mental Health Services Research*, 3(4), 181–187.
- Taşkın, E.O., Özmen, D., Özmen, E., Demet, M.M.(2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofreni ile ilgili tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 40(1-2):5-12.
- Taşkın, EO. (2007). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. Ed: Taşkın, EO. Meta Basım ve Matbaacılık, İzmir, ss:17-30.
- Vaughan, G., and Hansen, C. (2004). Like Minds, Like Mine': A New Zealand Project to Counter the Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness. *Australian Psychiatry*, Vol.12, No. 2, pp. 113–117.
- Venkatesh, B. T., Andrews, T., Mayya, S. S., Singh, M. M., Parsekar, S. S. (2015). Perception of stigma toward mental illness in South India. *J. Family Med. Prim. Care*, 4(3): 449- 453.
- Williamson, I. R. (1999). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research Theory and Practice*, 15(1), 97-107.
- Wirth, J. H., & Bodenhausen, G.V. (2009). The role of gender in mental-illness stigma: a national experiment. *Psychol. Sci.*, 20(2), 169-173.

Yamaguchi, S., Mino, Y., and Uddin, S. (2011). Strategies and Future Attempts to Reduce Stigmatization and Increase Awareness of Mental Health Problems among Young People: A Narrative Review of Educational Interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Vol. 65, No. 5, pp. 405–415.

Yanık, M., Şimşek, Z., Katı, M., Nebioğlu, M.(2003). Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Yeni Symposium*, 41:194-199.

Yılmaz, V.(2012). İnsan hakları ve karşılaştırmalı sosyal politika yaklaşımı ışığında Türkiye’de ruh sağlığı politikaları: Tespitler ve öneriler. RUSİHAK Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği. Karika: İstanbul. <http://www.rusihak.org/> E.T:30.01.2015.

## 7. EKLER

### Ek-1: Etik Kurul Onam Formu



**T.C.**  
**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**  
**Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

**TOPLANTI TARİHİ** : 09/08/2017  
**TOPLANTI NO** : 2017/13

#### **KARARLAR :**

- 14- Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2017-78-09/08 Protokol no'lu "Bir Üniversite Hastanesinde Ruhsal Hastalığa ve Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

**A S L I G İ B İ D İ R**

**Prof. Dr. Ali Uğur EMRE**  
**B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkan V.**

## Ek-2: Sosyo-Demografik Soru Formu

- 1)adı-soyadı:
- 2)cinsiyet:
- 3)medeni hali: bekar/evli/ayrı yaşıyor/boşanmış/dul
- 4)çocuk sayısı:
- 5)eğitim durumu:
- 6)mesleği:
- 7)çalıştığı iş:
- 8)halen çalışıyor mu: evet/ hayır/emekli
- 9)gelir düzeyiniz: gelir giderden az/gelir gidere eşit/gelir giderden fazla
- 10)yasadığı yer:
- 11)kimlerle yaşıyor:
- 12)psikiyatrik hastalık var mı:  
varsa size söylenen tanı:
- 13)kaç yıldır psikiyatrik hastalığı mevcut:
- 14)psikiyatri de hastanede yatışı var mı:  
varsa toplamda kaç kez yatışı var:
- 15)geçmişte intihar girişimi: var/ yok  
varsa kaç kez intihar girişimi:
- 16)başka bir tıbbi hastalık öyküsü:
- 17)yakınlarında psikiyatrik hastalık var mı:  
varsa tanısı:
- 18)psikiyatrik hastalığı olan kişiye yakınlık düzeyiniz:  
annesi/babası/kardeşi/akrabası/arkadaşı/diğer
- 19)sosyal çevrede psikiyatrik hastalık var mı:

### Ek-3: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ)

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

Daire içine alarak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim <input type="checkbox"/>	Aynı fikirde değilim <input type="checkbox"/>	Aynı fikirdeyim <input type="checkbox"/>	Kesinlikle aynı fikirdeyim <input type="checkbox"/>
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 davranmama 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 anlaşılabilir biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15.Sırf ruhsal hastalığımın dolayısıyla insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16.Ruhsal hastalığımdan dolayı insanlardan kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17.Ruhsal hastalığımdan dolayı hayatım berbat etti.	1	2	3	4
18.İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımdan olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19.Ruhsal hastalığımın dolayısıyla 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 mümkündür.	1	2	3	4
22.Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23.Ruhsal hastalığımdan dolayı topluma hiçbir katkı yapamaz.	1	2	3	4
24.Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25.Ruhsal bir hastalığımdan dolayı insanlardan 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 hastalığımdan dolayı 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

## Ek-4: Ruhsal Hastalığa İlişkin İnançlar Ölçeği

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

### Ölçek Değerlendirmesi:

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



Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						

4. "Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder.						
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9. Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10. Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11. Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13. Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15. Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16. Ruhsal hastalığım tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						



17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

## Ek-5: Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumlar Ölçeği

Aşağıda ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumlarını ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Her bir madde ruhsal sorunlu bireylere yönelik tutumları anlatmaktadır. Bu maddelerde tutumun derecesini belirleyen beş seçenek vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun rakamı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1.Tamamen katılıyorum	2.Katılıyorum	3.Kararsızım	4.Katılmıyorum	5.Kesinlikle katılmıyorum
-----------------------	---------------	--------------	----------------	---------------------------



1 2 3 4 5

Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği	1	2	3	4	5
1.Birisi, bir ruh hastalığı belirtisi gösterdiğinde hemen hastaneye yatırılmalıdır.					
2.Sağlığa ayrılan bütçeden ruh hastalıklarının tedavisine daha fazla kaynak ayrılmalıdır.					
3.Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bir çoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır.					
4.Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum için bir yüküdür.					
5.Bir semte ruh sağlığı hizmetleri veren bir kurumun açılması o semtin değerini azaltır.					

6.Ruhsal bozuklukları olan bireyler uzun zamandan beri alay konusu olmaktadır.				
7.Ruh sağlığı hizmetleri bugünkünden daha çok topluma yönelmelidir.				
8.Halkı ruhsal bozuklukları olan bireylerden koruma daha az gündemde tutulmalıdır.				
9.Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan harcamalardaki artış, vergilerin boşa gitmesi anlamına gelir.				
10.Ruhsal bozuklukları olan hastaların diğer insanlarla birlikte aynı semtte yaşaması tedavileri için iyi olabilir.Ama orada yaşayanlar için büyük bir risk vardır.				
11.Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutuma ihtiyaç vardır.				
12.Bir semtte yaşayanlar, gereksinimlerini karşılamak için o semtte ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesini kabul etmelidirler.				
13.Ruhsal bozuklukları olan bireylere verilen hizmet yeterlidir.				
14.İnsanların, semtlerinde ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılmasına karşı direnmelerinde haklı nedenleri vardır.				
15. Bir semtte ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılması orada yaşayan insanlar için herhangi bir tehlike içermez.				

16.Ruhsal bozuklukları olan bireyler sempatiimize layık değillerdir.					
17.Ruh sağlığı kurumları yerleşim yerlerinden uzak tutulmalıdır.					
18.Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakım sağlamakla yükümlüüz.					
19.Oturdukları semtte ruh sağlığı hizmeti almak için gelmiş olan insanlardan semt sakinlerinin hiçbir şekilde korkmasına gerek yoktur.					
20.Ruhsal bozuklukları olan bir bireyden sakınmak en iyi yapılması gereken şeydir.					
21.Bir yerleşim bölgesinde ruhsal bozuklukları olan bireylerin yaşamakta olduğunu düşünmek ürkütücüdür.					