

T. C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AVUKATLARIN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK  
İNANÇLARI VE DAMGALAMA EĞİLİMLERİ**

FATMA YENER ÖZCAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi, Burcu CEYLAN

KONYA 2019

T. C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AVUKATLARIN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK  
İNANÇLARI VE DAMGALAMA EĞİLİMLERİ**

FATMA YENER ÖZCAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi, Burcu CEYLAN

KONYA 2019

## TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma YENER ÖZCAN'ın "Avukatların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Damgalama Eğilimleri" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya 14/06/2019 13:30



Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Figen İNCİ

Niğde Ömer Halis Demir

Üniversitesi

Zübeyde Hanım Sağlık

Yüksekokulu

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 2/6/2019 tarih ve 12/05.. sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

## APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “Beliefs And Stigmatization Tendencies Of Lawyers Towards Mental İllness” by “Fatma YENER OZCAN” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of Nursing, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan

Konya, Turkey 14/06/2019 13:30



Principal Advisor

Assist. Prof. Burcu CEYLAN

Necmettin Erbakan University



Examination Committee Member

Assist. Prof. Nesibe GÜNAY MOLU

Necmettin Erbakan University

Faculty of Nursing



Examination Committee Member

Assoc. Prof. Figen İNCİ

Niğde Ömer Halis Demir

University

Niğde Zübeyde Hanım

School of Health

This thesis has approved for University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.



Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

## **TEZ BEYANAT SAYFASI**

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:14/06/2019

Öğrencinin Adı Soyadı: Fatma YENER ÖZCAN

İmzası:



# TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Burcu Ceylan | Kullanıcı Bilgisi | Mesajlar(1 yeni) | Öğretmen | Türkçe | Topluluk | Yardım | Çıkış

**turnitin**

Ödevler Öğrenciler Not Defteri Kütüphaneler Takvim Tartışma Tercihler

GÖRÜNTÜLENİYOR: ANASAYFA > YÜKSEK LİSANS > FATMA YENER-AVUKATLARINRUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇLARI VE DAMGALAMA EĞİLMELERİ

**Bu sayfa hakkında**

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tikihtanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

**Fatma YENER-AVUKATLARINRUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK...**

GELEN KUTUSU | GÖRÜNTÜLENİYOR: YENİ ÖDEVLER

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

YAZAR	BAŞLIK	BENZERLİK	PUANLA	CEVAP	DOSYA	ÖDEV NUMARASI	TARİH
<input type="checkbox"/> Fatma Yener Özcan	Fatma YENER-AVUKATLARINRUHSAL HASTALIKLA..	%13 <span style="color: green;">■</span>	--	--		1149187593	04-Tem-2019

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN' a hocama sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini her zaman hissettiğim, üzerimde sonsuz emeği olan, en kıymetlilerim, canım anneme ve babama teşekkür ederim.

Sadece akademik anlamda değil, her konuda yanımda olan, desteğini, ilgisini ve yardımını esirgemeyen canımdan öte sevgili ablam Dr. Aysun YENER ÖGÜR' e ve sevgili eşi Dr. Ekrem ÖGÜR' e teşekkür ederim.

Hayatıma girdiği andan itibaren bana sonsuz güvenen, uzakta da olsa varlığını hep hissettiğim sevgili eşim Resul ÖZCAN' a teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i> .....	<i>i</i>
<i>Tez Onay Sayfası</i> .....	<i>ii</i>
<i>Tez Beyanat Sayfası</i> .....	<i>iv</i>
<i>Tez Çalışması Orjinallik Raporu</i> .....	<i>v</i>
<i>Önsöz ve Teşekkür</i> .....	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i> .....	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar ve Simgeler Listesi</i> .....	<i>ix</i>
<i>Tablolar Listesi</i> .....	<i>x</i>
<i>Şekiller Listesi</i> .....	<i>xi</i>
<i>Özet</i> .....	<i>xii</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>xiii</i>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
1.1. <i>Araştırma Soruları</i> .....	<b>3</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. <i>Ruhsal Hastalık</i> .....	<b>5</b>
2.2. <i>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum</i> .....	<b>6</b>
2.3. <i>Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama</i> .....	<b>8</b>
2.4. <i>Ruhsal Hastalıklara Yönelik Olumsuz İnanç ve Damgalama ile Mücadele</i> ..	<b>9</b>
2.5. <i>Psikiyatri Hemşiresinin Rolü</i> .....	<b>12</b>
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>14</b>
3.1. <i>Araştırmanın Tipi</i> .....	<b>14</b>
3.2. <i>Araştırmanın Evren ve Örneklemi</i> .....	<b>14</b>
3.3. <i>Veri Toplama Tekniği ve Araçları</i> .....	<b>14</b>
3.3.1. <i>Bilgi Formu (EK- A)</i> .....	<b>14</b>
3.3.2. <i>Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) (EK- B)</i> .....	<b>15</b>
3.3.3. <i>Damgalama Ölçeği (DÖ) (EK- C)</i> .....	<b>15</b>
3.4. <i>Ön Uygulama</i> .....	<b>16</b>



3.5.	<i>Değişkenler</i> .....	16
3.5.1.	<i>Bağımsız değişkenler</i> .....	16
3.5.2.	<i>Bağımlı değişkenler</i> .....	17
3.6.	<i>Verilerin Analizi</i> .....	17
3.7.	<i>Araştırmanın Etik Boyutu</i> .....	17
<b>4.</b>	<b>BULGULAR</b> .....	<b>18</b>
<b>5.</b>	<b>TARTIŞMA</b> .....	<b>33</b>
5.1.	<i>Avukatların, Ruhsal Hastalıklarla İlgili Duygu, Bilgi ve Tutumları</i> .....	33
5.2.	<i>RHIÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması</i> .....	33
5.3.	<i>DÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması</i> .....	34
5.4.	<i>Sosyo-demografik özelliklerine göre RHIÖ ve DÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması</i> .....	35
5.5.	<i>RHIÖ ve DÖ Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması</i> .....	39
<b>6.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>40</b>
6.1.	<i>Sonuçlar</i> .....	40
6.2.	<i>Öneriler</i> .....	41
<b>7.</b>	<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>42</b>
<b>8.</b>	<b>EKLER</b> .....	<b>48</b>
	<i>Ek A: Bilgi Formu</i> .....	48
	<i>Ek B: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği-Rhiö</i> .....	50
	<i>Ek C: Damgalama Ölçeği</i> .....	52
	<i>Ek D: Etik Kurul İzni</i> .....	54
	<i>Ek E: Bilgilendirilmiş Onam Formu</i> .....	55
	<i>Ek F: Ölçek İzinleri</i> .....	56
<b>9.</b>	<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>58</b>

## **KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ**

**AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome

**DÖ:** Damgalama Ölçeği

**RHIÖ:** Ruhsal hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**WHO:** World Health Organization

**X<sup>2</sup>:** Kruskal Wallis testine ait ki-kare değeri

**z:** Mann-Whitney U testine ait z değeri



## TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Avukatların sosyo-demografik özellikleri .....	18
Tablo 4.2. Avukatların ruhsal hastalıklarla ilgili duygu, bilgi ve tutumları.....	20
Tablo 4.3. Avukatların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	22
Tablo 4.4. Avukatların Damgalama Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	22
Tablo 4.5. Avukatların sosyo-demografik özelliklerine göre RHİÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.6. Avukatların sosyo-demografik özelliklerine göre DÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	29
Tablo 4.7. RHİÖ ve DÖ arasındaki ilişki.....	32

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Avukatların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Maddelerinin Ortalamalarının Dağılımı ..... 23

Şekil 4.2. Avukatların Damgalama Ölçeği Maddelerinin Ortalamalarının Dağılımı 23



# ÖZET

T. C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

## **Avukatların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Damgalama Eğilimleri**

Fatma YENER ÖZCAN

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA- 2019

Damgalama, bireyin sosyal olarak kabul edilemez olduğuna ilişkin toplum tarafından taşınan yargıdır. Kronik ruhsal hastalıklar her kültürde en çok damgalanan grubu oluşturmaktadır. Toplumda sosyal, ekonomik, hukuki rol oynayan ve lider konumundaki bireylerin kronik ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama eğilimleri toplumu da etkilemektedir. Avukatlar ruhsal hastalıklarla karşılaşma olasılığı yüksek olan ve toplumu etkileme özelliği bulunan toplum liderleridir. Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını ve damgalama eğilimlerini belirlemek amacıyla planlanan bu araştırma, tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini Konya İl merkezinde bulunan ve Konya Barosuna bağlı 2115 sayıda avukat oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilecek avukat sayısı 171 olarak belirlenmiştir. Verilerin toplanmasında bilgi formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği (RHIÖ) ve Damgalama Ölçeği (DÖ) kullanılmıştır.

Araştırma bulgularına göre çalışmaya katılan avukatların, ruhsal hastalıklara yönelik en çok şefkat ve tedirginlik duygularını hissettikleri belirlenmiştir. Avukatların, yarısının ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmadığı ve bilgi sahibi olanlarında büyük çoğunluğunun internetten bilgi aldığı tespit edilmiştir.

Avukatların, RHIÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması  $1.99 \pm 0.70$  bulunmuştur. Araştırmaya katılan avukatların, sosyo-demografik özellikleri ile RHIÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında medeni durum, aile tipi, psikiyatrik destek alma ve yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin olması ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Avukatların, DÖ' den aldıkları toplam puan ortalaması  $2.19 \pm 0.61$  bulunmuştur. Araştırmaya katılan avukatların, sosyo-demografik özellikleri ile DÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında cinsiyet ve psikiyatrik destek alma ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

Sonuç olarak, avukatların ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama eğiliminde olduğu bulunmuştur. Avukatların bireysel özelliklerinin de ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve damgalama üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda avukatların ruhsal hastalıklar hakkında bilgi düzeyleri artırılabilir ve hukuk fakültelerinin müfredatlarında sağlık eğitimi kapsamında ruhsal hastalıklarla ilgili programlar oluşturulabilir. Ayrıca benzer çalışmaların diğer toplum liderleriyle yapılması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Avukat, damgalama, inanç, toplum liderleri

## **ABSTRACT**

REPUBLIC OF TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

### **Beliefs And Stigmatization Tendencies Of Lawyers Towards Mental Illness**

**Fatma YENER ÖZCAN**

**Department of Nursing**

**MASTER'S THESIS / KONYA-2019**

Stigma is a judgment carried by the community that the individual is socially unacceptable. Chronic mental disorders constitute the most stigmatized group in each culture. Negative beliefs and stigmatization tendencies of individuals who play a social, economic and legal role in society in terms of chronic mental illness also affect the society. Lawyers are the community leaders who are likely to encounter mental illness and have the ability to affect society. This study, which is planned to determine the beliefs and stigmatization tendencies towards mental illnesses of lawyers, is a descriptive type. The universe of our study consisted of 2115 lawyers situated in Konya city center. The numbers of lawyers included in the study was determined as 171. Data were collected by using the information form, the Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMI) and Stamping Scale (SS).

According to the research findings; it was determined that the attorneys who participated in the study felt their feelings of compassion and uneasiness towards mental illnesses. It was determined that half of the lawyers were not informed about mental illnesses and that the majority of the respondents received information from the internet.

The lawyers included in the study, the mean score of BMI was found to  $1.99 \pm 0.70$ . When the socio-demographic characteristics of the attending lawyers were compared with the mean and sub-scale mean scores of the BMI, it was determined that the difference between the marital status, family type, psychiatric support and the presence of an individual with a mental disorder was statistically significant. The lawyers included in the study, the mean scores of the SS was found to  $2.19 \pm 0.61$ . When the socio-demographic characteristics of the attending lawyers were compared with the total and sub-scale mean scores SS, it was found that the difference between gender and psychiatric support was statistically significant.

As a result, it was found that the lawyers have negative beliefs and stigmatization tendencies towards mental illness. It was also found that the individual characteristics of the lawyers were effective on beliefs and stigmatization towards mental illness. According to these results, the level of knowledge of lawyers about mental illnesses can be increased and programs related to mental illnesses can be established within the scope of health education in the curricula of law faculties. It is also advisable to conduct similar studies with other community leaders.

**Key words:** Lawyer; stigmatization; belief; community leaders

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal hastalıklar, bireylerin düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını, kişilerarası ilişkilerini, iş hayatını, işlevselliğini etkileyen, yeti yitimi, toplumsal izolasyon, geri çekilme, iş gücü kaybı ve ekonomik açıdan sıkıntı yaratan, bu yönleriyle hasta ve yakınları için yükler oluşturan ciddi bir durumu ifade etmektedir (Yıldız 2011; Bademli ve Duman 2013; Öztürk ve Uluşahin 2016). Ayrıca hastalık sürecinin uzaması, tekrarlayan atakların oluşması, yaşamı büyük ölçüde etkilemesi nedeniyle de ruhsal hastalıklar önem taşımaktadır. Kronik ruhsal hastalıklar; çoğunlukla şizofreni, bipolar bozukluk ve nadiren de major depresyonu kapsamaktadır (Gümüş 2006; Aşık 2011).

Günümüzde ruhsal hastalıkların etiyolojisi, prognozu ve tedavisi hakkında halkın bilgilerinde artış olmasına rağmen, olumsuz ve hoşgörüsüz tutumların ve önyargıların olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Keane ve ark. 1990; Jorm ve ark. 1997; Sadow 2003; Taşkın 2007; Eker ve ark. 2010; Çam ve Bilge 2011; Çam ve Bilge 2013; Güngörmüş ve ark. 2014). Bunun en büyük nedeninin hastaların “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmayan kişiler” olarak düşünülmesi olduğu bilinmektedir. Bu düşünce halkın ruhsal hastalığı olan bireylerden uzaklaşmak istemesine neden olan, öfke ve korku duygularını içinde barındıran önyargıları oluşturmaktadır (Bostancı 2005; Taşkın 2007; Batastini ve ark. 2018). Önyargılar ise toplumun ruhsal hastalıklara yönelik inancının bir göstergesidir. Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve inançlardan dolayı hasta bireyler, içinde buldukları sosyal çevreden dışlanmakta ya da kendilerini bu çevreden soyutlamaktadırlar (Corrigan 1998; Lawrie 1999; Lauber ve Rössler 2007; Çıtak ve ark. 2010; Ünal ve ark. 2010; Çam ve Bilge 2011; Günay ve ark. 2016).

Ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumsuz tutumlar, inançlar ve dışlayıcı davranışlar damgalama eğilimini oluşturmaktadır. Damgalama, ilk olarak ortaçağ da suçluları diğerlerinden ayırt etmek amacıyla kızgın demirle vücutta bir iz oluşturulması şeklinde ortaya çıkmıştır. Daha sonra ise birçok durum ve olgu için kullanılmıştır. Toplumun damgalama eğiliminde olması o toplumdaki kültürel öğelerin ve inançların bir yansımasıdır (Taşkın 2007; Erbaydar ve Çilingiroğlu 2010; Karakaş ve ark. 2017). Damgalama toplumun bir kesimini değil toplumun genelini kapsamaktadır (Günay ve ark. 2016).

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama, ruhsal hastalığa sahip bireylerin hiçbir zaman iyileşemeyeceği, karar veremeyeceği, herhangi bir işte çalışamayacağı ve utanç duymaları gereken bir durum olarak değerlendirilmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (Schulze ve Angermeyer 2003; Beşiroğlu ve Ağargün 2006). Damgalamadan sadece hasta birey değil yakınları da etkilenmektedir. Hasta ve yakınları kendi çevrelerinden uzaklaşmakta, damgalanmamak için tıbbi destek yerine alternatif yollara başvurmakta ve hastalıkla mücadele edememektedirler (Bostancı ve Aştı 2004; Taşkın 2007; Kayahan 2009, Bademli ve Duman 2013). Bu durum hastalık sürecinin uzamasına ve kronikleşmesine neden olarak kısır bir döngü oluşturmaktadır.

Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma, hasta ile temas etme ve ilişki kurma (Günay ve ark. 2016), ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğilimleri ile bağlantılı olup, ayrıca hastalara karşı olumlu yönde tutum ve davranış oluşturmayı da sağlayabilmektedir (Pinto-Foltz ve Logsdon 2009; Bilge ve Çam 2010; Sartorius ve ark. 2010; Collins ve ark. 2012; Çam ve Bilge 2013; Çam ve ark. 2014; Sewilam ve ark. 2014; Thornicroft 2014). Toplumun inanç ve damgalama eğilimlerine karşı toplumu yönlendirecek ve topluma etki edebilecek toplum tarafından önemsenen kesimler; sağlık çalışanları, öğretmenler, din görevlileri, siyasi liderler, polisler, hukukçular vb. toplum liderleridir. Dolayısıyla toplum liderlerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve davranışları, içinde buldukları topluma yansıtacaktır (Çam ve ark. 2014).

Ruh sağlığı ekibi içinde hemşireler önemli üyelerdir. Klinikte 24 saat bulunmaları, hasta ile birebir temas halinde olmaları, toplum ruh sağlığı merkezleri ile hastaların sosyal hayatlarına adapte olmalarını sağlamaları ile önemli roller üstlenmektedirler. Hemşireler ruhsal hastalığa sahip bireylerin topluma kazandırılmasında, toplum bakış açısına etki ederek ruhsal hastalıklara yönelik inançları etkileyip rol model olabilmektedirler (Bağ ve Ekinci 2005; Çam ve Bilge 2007). Bu da 2011 yılında Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte; “Toplumun ruh sağlığı inançları, tutumları ve damgalama ile mücadele programları yürütür ve görev alır” maddesi ile toplum ruh sağlığı hemşiresinin görevleri arasında bahsedilmektedir.



Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalamanın en önemli sebebi, ruhsal hastalığın ne olduğunun, tedavisinin ve seyrinin bilinmemesinden kaynaklanmaktadır (Eker ve ark. 2010; Oban ve Küçük 2011). Toplumda sosyal, ekonomik ve hukuki rol oynayan bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama eğilimleri toplumu da etkilemektedir. Toplumda var olan olumsuz düşünceler giderek yayılmakta, ruhsal hastalığa sahip olan birey ve ailesini de etkilemektedir. Hukuki dayanak olarak avukatlık mesleği hem toplumun bakış açısını etkilemekte hem de mesleğin savunuculuk rolü ile ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin korunmaları açısından önem taşımaktadır (Taşkın 2007). Psikiyatri hemşireliğinin rollerinden olan savunuculuk rolü avukatlık mesleğinin en temel ögesi ile özdeşleşmektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada da avukatların ruhsal hastalığa sahip bireylere olumsuz yaklaştığı ve tedavi edilemeyeceklerini düşündüğü bulunmuştur (Halpert 1965). Yapılan çalışmalarda ciddi sayıda mahkûmun ruhsal problemleri olduğu tespit edilmiştir (Fazel ve Danesh 2002; Schulze 2007; Batastini ve ark. 2018). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin yargılanması ile ilgili herhangi bir çalışma da bulunmamaktadır (Batastini ve ark. 2018). Toplumda önemli göreve sahip olan avukatların, ruhsal hastalıklara yönelik inançların değiştirilmesinde, suçlayıcı yaklaşımların azaltılmasında ve genel önyargıların kırılmasında etkin rolü bulunmaktadır. Bu olumsuz yaklaşımın ve önyargının azaltılmasında ruhsal hastalığa sahip bireyle en çok teması bulunan psikiyatri hemşirelerinin de önemli katkısı bulunmaktadır. Toplum içerisinde görev alan psikiyatri hemşireleri, damgalama ile mücadele de toplum liderleri ile iş birliği yaparak ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalamanın önüne geçebilirler. Bu nedenle araştırmamızda avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğilimlerini belirlemek amaçlanmaktadır.

### *1.1. Araştırma Soruları*

1. Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançları nedir?
2. Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik damgalama eğilimleri nedir?
3. Avukatların sosyo-demografik özelliklerine göre ruhsal hastalıklara yönelik inançları değişmekte midir?
4. Avukatların sosyo-demografik özelliklerine göre ruhsal hastalıklara yönelik damgalama eğilimleri değişmekte midir?

5. Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançları damgalama eğilimlerini etkilemekte midir?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. *Ruhsal Hastalık*

Ruhsal hastalıklar bireylerin duygu, düşünce ve davranış sürecinde olan değişimlerle ortaya çıkmaktadır. Ruhsal hastalık bireylerin, toplumda kişilerarası ilişkilerini, iş hayatını ve işlevselliğini etkileyen, bunun yanında yeti yitimi, toplumsal izolasyon, geri çekilme, iş gücü kaybı ve ekonomik açıdan sıkıntı yaratan, bu yönleriyle de hasta ve yakınları için yükler oluşturan ciddi bir durumu ifade etmektedir (Yıldız 2011; Bademli ve Duman 2013; Öztürk ve Uluşahin 2016). Bireyin davranışları olması gerekenin dışında gerçekleşmektedir. Ruhsal hastalıklar diğer sistemik hastalıklara göre toplum tarafından daha çok dışlanmakta ve olumsuz düşünce oluşturmaktadır (Bağ ve Ekinci 2005; Bostancı 2005; Oban ve Küçük 2011). Günümüzde toplumun %20'si ruhsal hastalıkla karşı karşıya kalmaktadır (İkişik 2008; Yaşar 2008; Gültekin 2010; Ünal ve ark. 2010; Malas 2019). Ruhsal hastalıkların artış göstermesiyle epidemiyolojik çalışmalar yapılarak bu artışa dikkat çekilmeye çalışılmıştır. ABD' de epidemiyolojik bir çalışma olarak yapılan "Epidemiyolojik Alan Çalışması" nda bir ay içerisinde ruhsal hastalığı olan birey sayısı %15 olarak bulunmuştur (Regier ve ark. 1984). Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerin ruhsal hastalık tanısı alma oranları incelenmiş ve %20 olarak tespit edilmiştir (Küey ve ark. 1987; Dönmez ve ark. 2000; Keskin ve ark 2013). Türkiye'de yapılan epidemiyolojik bir çalışmada yaşam boyu ruhsal hastalığa yakalanma yaygınlığı 2.6 olarak saptanmıştır (Binbay ve ark 2012). Artan ruhsal hastalıklar hem maliyet açısından hem de aileye yük açısından dikkat çeken bir konu olmuştur. Bireyler ruhsal hastalık belirtilerini gizlemeye çalışmakta, ruhsal hastalığa yönelik damgalamadan korktukları için tıp dışı çare aramaktadırlar (Keskin ve ark. 2013). Kesler ve ark.(2005), ruhsal hastalıkların başlama yaşını 14 olarak tespit etmiş ve Cooper ve ark.(2007) ise bireylerin, ruhsal hastalık tanısı konulması ve tedaviye başlanmasından itibaren bir yıl içerisinde tedaviyi bıraktıklarını bulmuştur. Bu da ruhsal hastalık belirtilerini arttırmakta ve hastalık gidişatını olumsuz yönde etkilemektedir. Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik olumsuz düşünceler; iş kaybı, ekonomik zorluklar, sosyal çevreden kendini soyutlama, aile içi ilişkilerde sorunlar, damgalama ve ölümlere sebep olmaktadır (Gültekin 2010). Ruhsal hastalıkların oluşumunda birçok risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Kişinin yaşı, cinsiyeti, yaşadığı istismar öyküsü, genetik faktörler,

sosyoekonomik düzey, eğitim, şiddet, çevresel etkenler, damgalama gibi faktörler ruhsal hastalığın oluşmasında ve tetiklenmesinde risk oluşturmaktadır (WHO 2004; Gültekin 2010).

## 2.2. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum*

Türk Dil Kurumuna göre inanç ”1. *Bir düşünceye gönülden bağlı bulunma. 2. Birine duyulan güven, inanma duygusu. 3. İnanılan şey, görüş, öğretisi.*” olarak tanımlanmaktadır. İnanç kavramı, çok eskilere dayanmakta ve toplumun geleneksel, kültürel uygulamalarının oluşumunda büyük rol oynamaktadır. Toplumdaki inançlarla hukuk düzeni oluşturularak yazısız toplumsal kurallar uygulanmaktadır. İnançlar bir konuda değiştirilmesi güç, sabit düşüncelerdir. İnanç sistemi ile toplum o düşünceyi olumlu ya da olumsuz sorgulamadan olduğu gibi kabul etmektedir. (Demirhan ve Altay 2001; Yaralı 2016).

İnsan çevresiyle bir bütündür. İnsanın çevresinde bulunan bireye, nesneye, canlı ya da cansız objelere veya duruma yönelik psikolojik eğilimine tutum denilmektedir. Tutum; düşünce, duygu ve davranışın oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Tutumun oluşmasında etkili olan bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörler tutumun unsurlarını oluşturmaktadır. Oluşan tutum inanç sistemi ile ilgiliyse bireyin düşüncelerini kapsıyorsa bilişsel, pozitif ya da negatif bir etki yaratıyorsa duygusal, tepki oluşturup ifade ediliyor ya da harekete geçiriyorsa davranışsal unsurdur. Tüm unsurlar birbiriyle etkileşim halindedir, biri değiştiğinde diğerleri de etkilenir (Taşkın 2007; İnceoğlu 2010; Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar 2014; Yaralı 2016).

Tutum, doğuştan var olan bir eğilim değil, aksine bireyin yaşamı boyunca devam eden bir süreçtir. Tutum oluşumu önce ailede başlamakta, sonra okul hayatı ile birlikte genel toplum tutumlarının oluşması ile devam etmektedir. Tutumlar ilk olarak adölesan dönemde oluşmaya başlamakta ve 12-30 yaş arasında bireye tamamen yerleşmektedir (Güllü ve Güçlü 2009; Yaralı 2016). Tutum oluşumunu hemen hemen ailenin %50 oranında etkilemesinin yanı sıra, tutum oluşumunda bireyle, durumla ya da nesneyle temas edilmiş olması olumlu/olumsuz tutumu etkilemektedir. Tutum oluştuktan sonra değişebilmektedir. Tutumun değişmesi için tutum oluşumunda var olan bilginin, güvenilir bir kaynak tarafından veriliyor olması gerekmektedir. Değişim için verilen mesajın katı bir biçimde aktarılması ve

bireyde direnç geliştirmemesi gerekir. Var olan tutum ne kadar güçlüyse değişimi o kadar zor olmaktadır. Tutumun davranışa dönüşmesi, o tutumun gücüyle olan ilişkisidir. Eğer tutum güçlüyse davranış oluşturur. Güçlü tutumlarda tutumun üç unsuru da bulunmaktayken zayıf tutumda davranışsal unsur etkisiz olmaktadır. Davranışın oluşmasının temelinde tutum ve ortam bulunmaktadır. Bulunduğu ortam ve kişinin tutumunun birleşimine alışkanlıklar ve ortamın beklentisi eklendiğinde davranış meydana gelmektedir (Arkonaç 1998; Taşkın 2007; İnceoğlu 2010; Morgan 2013; Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar2014).

İnançlar zihinsel süreçlerin o konu hakkında oluşturduğu öğeleri kapsamaktadır. Zihinsel öğelerin oluşturduğu inançların bilgi doğrultusunda değişmesi ile tutum oluşmaktadır (Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar 2014). Fishbein ve Ajzen (1975)'in yaptığı çalışma da, tutum ile inanç arasında farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. İnanç bireylerin o konu hakkında zihnindeki bilgisini kapsarken, tutum o konu ile ilgili değerlendirme yaparak elde ettiği eğilimi kapsamaktadır. İnançlar tutumlara göre zihnin daha derininde yer almaktadır. Ok (2006) çalışmasında inançları “en üstün değer ve güç merkezleridir” diyerek açıklamaktadır. Tutum ve inanç çocuk yaşta aile ile bireye aktarılır ve hayatın geri kalan kısmında bu aktarımın etkileri devam etmektedir. Fakat oluşan inanç ve tutumlar zorda olsa zamanla değişim gösterebilmektedir (Güllü ve Güçlü 2009; Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar2014; Yaralı 2016).

Ülkemizde güçlü bir inanç sistemi ve inançlarımızın getirmiş olduğu bazı davranışlar bulunmaktadır. Bu davranışlar özellikle ruhsal hastalıklara yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Yapılan araştırmalarda; ruhsal hastalıkların dinle bağlantı kurulması sonucu, ruhsal hastalığı olan bireylerin ilk önce tıp dışı çare aradıkları ve dini yönelimlerde bulunmakta oldukları ortaya çıkmıştır (Taşkın 2007; Thornicroft 2014). Toplum tarafından ruhsal hastalığın belirtileri ile birlikte duygu, düşünce ve davranışta olan değişiklikler din ile bağlantı kurularak açıklanmaktadır. Toplumda bulunan bu yaygın inanış ve tutumların altında yatan temel neden ruhsal hastalıkların ne olduğunun, nasıl oluştuğunun ve seyrinin bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde de ruhsal hastalıklara yönelik birçok olumsuz inanç ve tutum bulunmaktadır. Olumsuz inanç ve tutumlar, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum tarafından dışlanmalarına, hor görölmelerine ve sosyal kabul görmemelerine

neden olmaktadır. Ruhsal hastalığa sahip birey toplumdan uzaklaştırılmaktadır (Üçok 2003; Taşkın 2007; Eker ve ark. 2010; Keskin ve ark. 2013; Batastini ve ark. 2018).

### 2.3. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama*

Damgalama, kelime anlamı “yara, iz, leke” olarak kullanılmaktadır. Kelime anlamı eskiye dayanan damgalama, ortaçağda suçluların suçlu olduğunu vurgulamak amacıyla demir kızdırılarak bireylere iz yapılması ile ortaya çıkmıştır. Böylelikle suçlular diğer insanlardan ayırt edilmekte ve toplumdan soyutlanmaktadır. Daha sonra suç olarak kabul edilen hastalıklardan olan sifiliz hastalığına yakalanan bireyler toplum tarafından hor görülmüştür. İlerleyen zamanlarda ise tüberküloz, cüzzam, kanser, AIDS gibi hastalıklara yakalanan bireyler toplumdan dışlanmıştır. Ruhsal hastalıklarda diğer hastalıklarda olduğu gibi toplum tarafından kabul görmemiş ve damgalamaya maruz kalmıştır (Schulze ve Angermeyer 2003; Avcil ve ark. 2016). Damgalanma kelimesinin ortaya çıkması uzun yıllar önce olduğu gibi ruhsal hastalıkların damgalanması da eski zamanlara dayanmaktadır. Geçmişte insanlar ruhsal hastalığa sahip bireylerin duygusundaki, düşüncesindeki ve davranışındaki değişiklikleri anlamlandıramamıştır. Sebebinin ne olduğunu bilmedikleri ve bir hastalık olarak görmedikleri için ruhsal hastalığa sahip bireylerin davranışlarından tedirgin olmuşlardır. Ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı oluşan bu tedirginlik ile birlikte bu hastalar toplumdan uzaklaştırılmıştır (Taşkın 2007).

Damgalama eğilimi ruhsal bir hastalığın tanısının konması ile başlamaktadır. Toplumda, ruhsal hastalık tanısı konmasıyla bireyin özellikleri dikkate alınmadan, daha önceki ruhsal hastalığa sahip bireylere yükledikleri tanımla toplumdan dışlama eğilimi yapılmaktadır. Dışlama eğiliminin kökeninde ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin tehlikeli ve ne yapacağı belli olmayan kişiler olduğu düşüncesi yatmaktadır. Toplumdaki bu önyargı ile birlikte genellikle korku ve öfke duyguları oluşmaktadır. Tehlikeli oldukları düşüncesi ile korkulmanın yanı sıra toplum düzenini bozdukları düşüncesiyle de ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı öfke duyulmaktadır. Hastalara karşı duyulan korku ve öfkenin sonucu da, onları toplumdan soyutlamak olmaktadır. Ruhsal hastalıklara yönelik bu ayrımcılıkla hastalar sosyal hayatlarına devam edememektedirler. Aile, iş ve sosyal çevreleri ruhsal hastalığa sahip bireyleri işe yaramaz, düzeni bozan, saldırgan olarak nitelendirmektedir. Ruhsal hastalığa sahip bireyler normal davranışlarda bulunsa

bile, toplum tarafından oluşan önyargılarla her zaman hastaların normal dışı davrandığı yönünde değerlendirme yapılmaktadır. Bu doğrultuda bireylerin hakları elinden alınmakta ve damgalama eğilimi hastalıktan daha çok tehlike oluşturmaktadır (Avcil ve ark. 2016; Batastini ve ark. 2018).

#### *2.4. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Olumsuz İnanç ve Damgalama ile Mücadele*

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlardan dolayı ruhsal hastalığa sahip bireyler toplumdan soyutlanmaktadır. Bir kere bile ruhsal hastalık atağı geçirmiş olmak dışlanmak için yeterlidir. Ruhsal hastalığı olanlar genellikle tehlikeli, saldırgan, yalan söyleyen, güvenilir olmayan, asla iyileşemeyecek olan ve herhangi bir işte çalışmayan bireyler olarak düşünülürler (Estroff ve ark. 2004; Kıvırcık ve ark. 2004; Bağ ve Ekinci 2005; Bostancı 2005; Karakaş ve ark. 2017; Batastini ve ark. 2018). Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların sebeplerinden biri de medyadır. Haberlerde çıkan olayların direk olarak ruhsal hastalıkla bağdaştırılıp ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli, saldırgan olduğu imajı verilerek damgalama eğilimi gerçekleştirilmektedir (Bostancı 2004, 2005). Ruhsal bozukluğu olan bireyler; istihdam, barınma, tıbbi bakım ve sosyal ilişkilerde önyargı ve ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Bu gibi olumsuz inançlar sadece ruhsal hastalığa sahip olan bireyleri değil aynı zamanda aile, akraba, eş ve arkadaşlarını da etkilemekte olup, ruhsal hastalığa sahip olan bireyle birlikte onlarla iletişim halinde olan kişilerde damgalanmakta ve bu kişilerde de sosyal geri çekilme görülmektedir (Bağ ve Ekinci 2005; Bademli ve Duman 2013; Shipley ve Borynski 2013). Javed ve ark. (2006), Pakistan'da yapmış olduğu araştırmada, çalışmaya katılan üniversite hocaları ve öğrencilerinin büyük çoğunluğunun, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum sergiledikleri bulunmuştur. Ruhsal hastalıklara yönelik toplumun olumsuz inançları ve damgalama, bireylerin sağlık kuruluşuna başvurmaktan kaçınmalarına, hastalıkla baş etmede zorluk çekmelerine ve sosyal hayatlarında geri çekilmelerine yol açmaktadır (Bağ ve Ekinci 2005). Toplumda ki ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve tutumlar, hasta bireylerin damgalanmasına yol açmaktadır.

Damgalama, uzun yıllar boyunca suçlulara, mahkumlara, bazı hastalıklara yakalanan bireylere (sfiliz, tüberküloz, AIDS vb.) yapılmış olsa da en çok ruhsal hastalığa sahip bireyler damgalanmaktadır (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003; Üçok 2003; Taşkın 2007). Ruhsal hastalıkların damgalanma süreci bireylerin değil toplumun bir sorunudur. Toplum sorunu olmasına rağmen ruhsal hastalığa sahip

bireylerin zihinsel süreçlerinde meydana gelen farklılıklarla birlikte davranışlarındaki değişimler toplum tarafından reddedilmektedir (Karabekiroğlu ve ark. 2009; Yaman ve Güngör 2014). Bireylerin hastalık tanısı almasıyla birlikte damgalanma süreci başlamaktadır. Tanı konmasıyla başlayan damgalama sürecinin kökeninde ise basın yer almaktadır. Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve tutumlar haberler aracılığıyla topluma yansıtılmaktadır. Çoğu haberde “şizofreni hastası” olarak belirtilerek, ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğu algısı oluşturulmaktadır. Gazete, televizyon ve internette verilen haber ile bağlantılı olmadığı halde ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz davranışlar gösterilmekte ve yazılmaktadır (Chan ve ark. 2003; Kocabaşoğlu ve ark. 2003; Stout ve ark. 2004; Corrigan ve ark. 2005; Boke ve ark. 2007; Karabekiroğlu ve ark. 2009; Avcil ve ark. 2016; Batastini ve ark. 2018). Basın yoluyla yapılan bu damgalama toplumdaki ruhsal hastalıklara yönelik olan inançların değiştirilmesini güçleştirmektedir.

Toplumda; sosyal açıdan, dini yönde, eğitimle ve hukuki açıdan yol gösterici olan, fikirleri önemsenen ve toplumu eğitici rolü olan bireylere toplum lideri denmektedir. Öğretmen, polis, avukat, din görevlileri vb. toplumun anahtar bireyleri olan toplum liderleri, bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama eğilimleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedirler. Ayrıca toplumun bilgilendirilmesi, rol model olunması için toplum liderleriyle çalışılması gerekmektedir. Toplum liderleriyle hareket edilerek ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın önüne geçilebilir (Üçok 2003; Eker ve ark. 2010). Ülkemizdeki literatür incelendiğinde sağlık profesyonelleri ve öğrencileri dışında ruhsal hastalıklara yönelik inanç, tutum ve damgalama sürecinde toplum liderlerine yönelik ve onların eğilimi ile ilgili çok çalışmaya rastlanmamıştır (Warner 2005; Eker ve ark. 2010; Çam ve Bilge 2013; Çam ve ark. 2014; Güngörmüş ve ark. 2014; Yüksel ve ark. 2015; Gökmen ve Okanlı 2017).

Toplum liderleri arasında yer alan avukatlık mesleğinin temelinde bireyi savunma yer almaktadır. Meslekleri gereği avukatlar, ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma olasılığı yüksektir. Müvekkilini en iyi şekilde diğer tarafa karşı savunmak zorunda olan avukatların ruhsal hastalığa sahip bir bireyi de savunması gerektiğinde hastalıkla ilgili bilgiye sahip olması gerekmektedir. Avukatların, sanıkları temsil ederken ve onları savunurken etik ilkeleri göz önünde bulundurup, ruhsal hastalığa sahip bireylere daha hassas davranması gerekmektedir (Batastini ve ark. 2018). Eğer



bu hassasiyet gözeticilmezse, ruhsal hastalığa sahip bireylerin, hapishaneye yatırıldıkları zaman hastalıklarının şiddeti artabilmekte ve kötüleşmektedirler (James ve Glaze 2006). Bu nedenle avukatların ruhsal hastalığa sahip bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarındaki değişiklikleri iyi analiz ediyor olması gerekmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada hapishanedeki mahkumların her 37 kişiden birinin ruhsal hastalıkla ilgili semptomu bulunduğu tespit edilmiştir (Kaeble ve Cowhig 2018; Batastini ve ark. 2018). Mahkumlarda en sık rastlanan tanımlar sırasıyla majör depresif bozukluk, mani ve psikotik bozukluklardır (James ve Glaze 2006). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin avukatlar tarafından yeterince korunmaması halinde, hapishaneye yatışın ve bununla birlikte hastalık şiddetinin artması kaçınılmaz olacaktır. Bu sebeple avukatların mevcut yasaları bilmesi ve ruhsal hastalığa sahip bireyleri savunması gerekmektedir. Şu anda ülkemizde "Ruh Sağlığı Yasa Taslağı" oluşturulmaktadır (RSY 2017). Avukatlar yasa oluşturulmasında, yasanın uygulanabilirliğini denetleyebilmektedirler. Eğer avukatların ruhsal hastalıklar hakkında yeterli bilgisi varsa, yasa oluşturulmasında hastaların lehine olabilecek maddelere müdahale edebilirler (Thornicroft 2014). Ayrıca Ruh Sağlığı Yasa Taslağı'nda da belirtildiği gibi "*Ruh sağlığı sorunu olan kişilerin yasalarca yurttaşlara tanınan bütün medeni hakları (evlenme, ana baba olma, çocuklarını kendi yetiştirme, çalışabilme, iş veya mal sahibi olma ve mali işlemleri yapabilme, seyahat etme ve istediği yerde ikamet edebilme, sürücü belgesi alma, sağlığı erişim, eğitim alma, dava açma ve adil bir şekilde yargılanma, oy verme, özgürce iletişim gibi) bu yasayla korunur*" maddesi ile ruhsal hastalığa sahip bireylerin yasal haklarını açıklamaktadır.

Avukatlar, baro tarafından avukatı olmayan bireyleri temsil etmesi için görevlendirilir (T. C. Resmi Gazete, 17 Aralık 2004, Sayı: 25673). Bu da ruhsal hastalığa sahip bir bireyle avukatların karşılaşma olasılığını arttırmaktadır. Avukatlar, ruhsal hastalığa sahip bir bireyle karşılaştığında, öncelikli olarak sağlık desteği almaları için bireyi sağlık kuruluşuna yönlendirmelidir. Toplumda var olan olumsuz inançlar ve damgalama eğilimi, toplumun bir parçası olan avukatlarında bu düşüncede olmasına sebep olabilir. Bu sebeple ruhsal hastalıkla karşılaşma olasılığı yüksek olan avukatların, ruhsal hastalığın ne olduğu, hastalık seyri ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir.

## 2.5. *Psikiyatri Hemşiresinin Rolü*

Ruhsal hastalıkların tedavi süreci uzun yıllar devam etmektedir. Hastaneden çıktıktan sonra iyi bir sosyal destek olmadığında hastalık nüks etmekte ve tekrarlı yatışlar olmaktadır. Tekrarlı yatışların önlenmesi ve ruhsal hastalığa sahip bireyin topluma kazandırılması gerekmektedir. Uzun süre hastane yatışından sonra evine geri döndüğünde sosyal hayatını, aile yaşamını, işini ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi amaçlanmaktadır (Yıldız 2004; Delice ve ark. 2014; Arslan ve ark. 2015).

Ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inanç ve damgalama eğilimi ile mücadelede sağlık çalışanlarının rolü büyüktür. Ruh sağlığı ekibinin önemli bir parçası olan hemşireler klinikte 24 saat bulunmaları, hasta ile birebir temas halinde olmaları, toplum ruh sağlığı merkezleri ile hastaların sosyal hayatlarına adapte olmalarını sağlamaları ile önemli roller üstlenmektedirler. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri eğitici, bakım verici, araştırmacı, danışmalık verici ve savunuculuk rollerini kullanarak ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğilimlerine etki edebilir (Ergün 2005). Hemşireler; halkın eğitilmesinde, sosyal ortamlar sağlayarak hasta ile temasın sağlanmasında, erken teşhiste, bakım verenlerin eğitiminde, birebir ruhsal hastalıkla karşılaşan gruplarla, toplum liderleri ile bilgi alışverişinde bulunmasıyla ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğilimleri ile mücadele edebilir (Karakaş ve ark. 2017). Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların ve damgalamanın asıl sebebi ruhsal hastalığın ne olduğunun, tedavisinin ve seyrinin bilinmemesinden kaynaklanmaktadır (Eker ve ark. 2010; Oban ve Küçük 2011).

Hukuki dayanak olarak avukatlık mesleği hem toplumun bakış açısını etkilemekte hem de mesleğin savunuculuk rolü ile ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin korunmaları açısından önem taşımaktadır (Taşkın 2007). Psikiyatri hemşireliğinin rollerinden olan savunuculuk rolü avukatlık mesleğinin en temel ögesi ile özdeşleşmektedir. Toplumda hak savunucu olarak önemli göreve sahip olan avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançların değiştirilmesine, suçlayıcı yaklaşımların azaltılmasına ve genel önyargıların kırılmasına katkı sağlamaktadır (Warner 2005; Batastini ve ark. 2018). Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalamanın azaltılması için toplumda aktif rol alan psikiyatri hemşiresinin, avukatlara eğitim vererek damgalama sürecinin önüne geçilebilir. 2011 yılında Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte; “Toplumun

ruh sağlığı inançları, tutumları ve damgalama ile m¼cadele programları y¼r¼t¼r ve g¼rev alır” maddesi ile toplum ruh sağlığı hemşiresinin g¼revleri arasında bahsedilmektedir. Toplum i¼erisinde yer alan psikiyatri hemşiresi, yaşanılan sorunları g¼rerek sekt¼rler arası işbirliği ile ruhsal hastalıklarla m¼cadelede etkin rol almaktadır (Çam ve ark. 2014).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı türde yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya İl merkezinde bulunan ve Konya Barosuna bağlı avukatlar oluşturmuştur. Konya Barosuna bağlı avukat sayısı 2115 olarak belirlenmiştir. Oban ve Küçük (2012) tarafından yapılan çalışmanın bulgularından yararlanılmış, “Ruh Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)” puanı (SS=13.34) dikkate alınmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evrenin bilindiği durumlarda kullanılan  $n = N \times \sigma^2 \times Z^2 / (N-1) \times d^2$  formülünden yararlanılarak hesaplama yapılmıştır. Formülde % 95 güven düzeyi ve sapma  $d=2$  kabul edilmiştir (Karasar 2005).

$n = (12366 \times (13.34)^2 \times (1.9616)^2 / 12365 \times 1^2) = 171$  bulunmuştur.

Araştırmada 181 bireye anket uygulanmıştır, bireylere ulaşmada kartopu örnekleme tekniğinden yararlanılmıştır.

#### 3.3. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından avukatların ofislerine gidilerek yüz-yüze görüşme tekniği ile 16.10.2018-28.12.2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama araçları verilerek doldurmaları istenmiştir.

Araştırmada Bilgi Formu (Bkz. EK- A), Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) (Bkz. EK- B) ve Damgalama Ölçeği (DÖ) (Bkz. EK- C) veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

##### 3.3.1. Bilgi Formu (EK- A)

Bilgi formu, araştırmacı tarafından literatüre dayandırılarak (Bostancı ve Aştı 2004; Çıtak ve ark. 2010; Ünal ve ark. 2010; Ellis 2014; Güngörmüş ve ark. 2014) hazırlanmış ve 14 sorudan oluşmuştur. Araştırmaya katılan avukatların yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, meslekteki yılı, psikiyatrik destek alıp almadığı, çevrede ruhsal hastalığı olan birinin olup olmadığı ve iş hayatında ruhsal hastayla karşılaşma sıklığını değerlendirdiği “Sosyo-demografik özellikleri” içeren

10 soru ve avukatların iş hayatında ruhsal hastayla karşılaştığında hissettikleri, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi alıp almadığı, ruhsal hastalıkların ana nedeninin ne olduğunu düşündüğü “Ruhsal hastalıklara yönelik duygu, bilgi ve tutum” değerlendirmeye yönelik 4 sorudan oluşmuştur.

### 3.3.2. *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ) (EK- B)*

Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirip, Bilge ve Çam (2008) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin geçerliliği için ölçek alt boyutları arasında korelasyona bakıldığında ve güvenilirlik çalışmasında iç duyarlılığa bakıldığında Cronbach Alpha katsayısı 0.82 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarındaki değerler ise çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma için 0.80, tehlikeli için 0.71 ve utanma için 0.69'dur. Ölçek 6'lı likert tipi olup 21 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Tamamen katılmıyorum, Çoğunlukla katılmıyorum, Kısmen katılmıyorum, Kısmen katılıyorum, Çoğunlukla katılıyorum, Tamamen katılıyorum şeklinde 0'dan 5'e kadar değişen likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten 0-105 arasında puan alınmaktadır. Ölçek toplam puanının yüksek çıkması olumsuz inancı ifade etmektedir. Ölçeğin üç alt boyutu; Tehlikelilik ( ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli olduğu ile ilgilidir) 8 den oluşur ve en çok alınabilecek puan 40, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma (ruhsal hastalığı olan bireylerin kişilerarası ilişkilerinde bozulma olduğu ve bunun sonucunda bireylerin çaresiz hissettikleri ile ilgilidir) 11 maddeden oluşur ve en çok alınabilecek puan 55, Utanma (ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğu ile ilgilidir) 2 sorudan oluşur ve alınabilecek en yüksek puan 10'dur.

Bu çalışmanın Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği cronbach alpha katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur.

### 3.3.3. *Damgalama Ölçeği (DÖ) (EK- C)*

Yaman ve Güngör (2013b) tarafından geliştirilen ölçek 5'li likert tipi olarak hazırlanmıştır. Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Kısmen katılıyorum, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum şeklinde 1'den 5'e kadar değişen değerlendirmeye sahiptir. Ölçeğin geçerliliği için korelasyona bakıldığında 0.31 ile 0.52 arasında değişmektedir. Cronbach Alpha güvenilirlik sayısı 0.84 bulunmuştur. Ölçek 22 madde ve 4 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin dört alt boyutu; Ayrımcılık ve

dışlama (damgalama eğiliminin sonucu ve bir göstergesi olarak ayrımcılık ve dışlama algılarını ölçer), Etiketleme (cinsiyet, medeni durumu, yaş, köken, cinsel tercihe göre bireyleri etiketleme eğilimini ölçer), Psikolojik sağlık (psikolojik sıkıntıları, iletişim problemleri olan bireylere karşı damgalamayı ölçer), Önyargı (suç eğilimi, dünya görüşü, kıdem, yaşam tarzı ve bireysel özelliklere göre bireylere önyargı oluşturarak damgalama eğilimini ölçer)'dir.

Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.

Damgalama ölçeği aritmetik ortalamaları hesaplanarak; 5.00- 4.20 aralığı damgalama eğilimi "güçlü", 4.19- 3.40 aralığı damgalama eğilimi "oldukça güçlü", 3.39- 2.60 aralığı damgalama eğilimi "vasat", 2.59- 1.80 aralığı damgalama eğilimi "zayıf" ve 1.79- 1.00 aralığı damgalama eğilimi "oldukça zayıf" olarak değerlendirilmiştir (Şimşek 2003, Yaman ve Güngör 2013a).

#### 3.4. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın evreni dışında 10 bireye araştırmacı tarafından uygulanmış ve bilgi formunda anlaşılamayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirilmiştir. Veri toplama formlarının doldurulmasının en fazla 15 dk sürdüğü gözlemlenmiştir.

#### 3.5. Değişkenler

##### 3.5.1. Bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Aile tipi
- Eğitim durumu
- Meslekteki yılı
- Psikiyatrik destek almayı düşünüp düşünmediği/alıp almadığı
- Çevrede ruhsal hastalığı olan birinin olup olmadığı
- İş hayatında ruhsal hastayla karşılaşma sıklığı
- Ruhsal hastaya karşı ne hissettikleri
- Daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi alıp almadığı

- Ruhsal hastalıkların ana nedeninin ne olduğunu düşündüğü

### 3.5.2. *Bağımlı değişkenler*

- Ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği toplam ve alt boyutlarına ilişkin puan düzeyleri
- Damgalama ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puan düzeyleri

### 3.6. *Verilerin Analizi*

Araştırma sonucunda elde edilen veriler amaçlar doğrultusunda SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçekler arasında ilişkinin incelemesinde Correlasyon analizi, avukatların bireysel özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesinde yüzdellik ve ortalama-standart sapma kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler ile ölçek alt boyut ilişkilerinin incelenmesinde Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testi analizlerinden yararlanılmıştır. Elde edilen sonuçlar  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

### 3.7. *Araştırmanın Etik Boyutu*

Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 05.10.2018 tarihli ve 2018/1519 sayılı etik kurulundan etik kurul onayı (Bkz. EK- D) alınmıştır, katılımcılardan da yazılı onam (Bkz. EK- E) alınmıştır. Ölçek izinleri (Bkz. EK- F) alınmıştır.

#### 4. BULGULAR

Tablo 4.1. Avukatların sosyo-demografik özellikleri

Sosyo- Demografik Özellikler		
Yaş	Min.-Max.: 22-51	Ort ± SS: 31.13±7.59
	Sayı (n:181)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	83	45.9
Erkek	98	54.1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	91	50.3
Bekar	84	46.4
Boşanmış	6	3.3
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	166	91.7
Geniş	11	6.1
Parçalanmış	4	2.2
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lisans	152	84.0
Lisansüstü	29	16.0
<b>Mesleki Çalışma Yılı</b>		
0-3 yıl	102	56.4
4-5 yıl	12	6.6
6 yıl ve üzeri	67	37.0
<b>Psikiyatrik Destek Alma / Almayı Düşünme Durumu</b>		
Evet	45	24.9
Hayır	136	75.1
<b>Yakın Çevresinde Ruhsal Hastalığa Sahip Birey</b>		
Evet	27	14.9
Hayır	152	85.1
<b>Yakın Çevresinde Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyin Tanısı (n: 27)</b>		
Şizofreni	5	18.5
Depresyon	3	11.1
Diğer*	19	70.4
<b>Yakın Çevresinde Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyin Yakınlık Derecesi (n: 27)</b>		
Anne-Baba	6	22.2
Kardeş	6	22.2
Arkadaş	8	29.6
Diğer**	7	25.9
<b>Çalışma Hayatında Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyle Karşılaşma Sıklığı (Ayda)</b>		
1-4 kez	143	79.0
5-8 kez	21	11.6
9 kez ve üzeri	17	9.4

\*Bipolar Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Panik atak, Madde bağımlılığı, Alzeheimer, Demans

\*\*Uzak akraba, Müvekkili



Çalışmaya katılan avukatların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1' de gösterilmiştir. Avukatların yaş ortalamalarının  $31.13 \pm 7.59$ , meslekteki çalışma yıllarının ortalamasının  $6.41 \pm 6.74$  olduğu belirlenmiştir. Avukatların % 54.1'inin erkek olduğu, % 50.3'ünün evli, % 3.3'ünün boşandığı ve avukatların büyük bir çoğunluğunun (% 91.7) çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan avukatların % 16.0'sı lisansüstü eğitim aldığı tespit edilmiştir. Avukatların yaklaşık olarak yarısı (% 43.6) 4 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir. Çalışmaya katılan avukatların % 24.9'unun daha önce psikiyatrik destek almayı düşündüğü ya da aldığı saptanmıştır. Avukatların % 14.9'unun çevresinde ruhsal hastalık tanısı almış birey bulunmakta olup bunların (n:27); % 18.5'i şizofreni, % 11.1'i depresyon ve % 70.4'ü de diğer (Bipolar Bozukluk, ObsesifKompulsif Bozukluk, Panik Atak, Madde Bağımlılığı, Alzeheimer, Demans) tanıları almıştır. Yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olan avukatların (n:27), yakınlık derecesine bakıldığında % 22.2'sinin annesinde ve babasında, % 22.2'sinin kardeşinde, % 29.6'sının arkadaşında ve % 25.9'unun uzak akrabasında, müvekkilinde ruhsal hastalık tanısı olduğu bulunmuştur. Avukatların çalışma hayatında ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı % 79'u ayda 1-4 kez karşılaşırken % 11.6'sı ayda 5-8 kez, % 9.4'ü ayda dokuz kez ve üzeri karşılaşmaktadır.

**Tablo 4.2. Avukatların ruhsal hastalıklarla ilgili duygu, bilgi ve tutumları**

<b>Özellik (n:181)</b>	<b>Sayı (%)</b>	
<b>Ruhsal Hastalıklara Karşı His</b>		
Acıma	Evet	54 (29.8)
	Hayır	127 (70.2)
Tedirginlik	Evet	64 (35.4)
	Hayır	117 (64.6)
Korku	Evet	10 (5.5)
	Hayır	171 (94.5)
Utanma	Evet	0 (0.0)
	Hayır	181 (100.0)
Şefkat	Evet	85 (47.0)
	Hayır	96 (53.0)
Merak	Evet	63 (34.8)
	Hayır	118 (65.2)
Hiç bir şey hissetmiyor	Evet	16 (8.8)
	Hayır	165 (91.2)
<b>Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Edinme</b>		
	Evet	99 (54.7)
	Hayır	82 (45.3)
<b>Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Kaynağı (n: 99)</b>		
Sağlık eğitimi	Evet	18 (18.2)
	Hayır	81 (81.8)
Televizyon- Haberler	Evet	12 (12.1)
	Hayır	87 (87.9)
İnternet	Evet	72 (72.7)
	Hayır	27 (27.3)
Arkadaşlar	Evet	32 (32.3)
	Hayır	67 (67.7)
Yazılı roman	Evet	11 (11.1)
	Hayır	88 (88.9)
Yayımlar- Adli raporlar	Evet	10 (10.1)
	Hayır	89 (89.9)
<b>Ruhsal Hastalıkların Ana Nedenleri</b>		
Kalıtsal yatkınlık	Evet	92 (50.8)
	Hayır	89 (49.2)
Çocuklukta yaşanan olaylar	Evet	130 (71.8)
	Hayır	51 (28.2)
Büyü gibi doğüstü güçler	Evet	9 (5.0)
	Hayır	172 (95.5)
Travmatik olaylar (deprem, sel gibi olaylar...)	Evet	97 (53.6)
	Hayır	84 (46.4)
Aile içi çatışmalar	Evet	106 (58.6)
	Hayır	75 (41.4)
Geçirilen enfeksiyon hastalıkları	Evet	16 (8.8)
	Hayır	165 (91.2)
Maddi sorunlar	Evet	6 (3.3)
	Hayır	175 (96.7)
Diğer *	Evet	17 (9.4)
	Hayır	164 (90.6)

\*Toplumsal Sorunlar, İletişim Yoksunluğu, Stres ve Teknoloji

Çalışmaya katılan avukatların ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi ve tutumlarının dağılımı Tablo 4.2' de gösterilmiştir. Avukatların ruhsal hastalıklarına yönelik hislerine bakıldığında; % 29.8'i acıma, % 35.4'ü tedirginlik, % 5.5'inin korku, % 47.0'ının şefkat, %34.8'inin merak, % 8.8'inin hiçbir şey hissetmediği ve % 100'ünün utanmadığı belirlenmiştir. Avukatlara daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinip edinmedikleri sorulduğunda % 45.3'ü daha önce bilgi edinmediği yanıtını vermiştir. Ruhsal hastalıklar hakkında daha önce bilgi edinen avukatların (n:99), % 18.2'si sağlık eğitimi ile, % 12.1'i televizyon ve haberler ile, % 72.7'si internet aracılığıyla, % 32.3'ü arkadaşları ile, % 11.1'i yazılı romanla, % 10.1'i ise bilimsel yayınlar ve adli raporlar ile bilgi edindiği saptanmıştır. Avukatlara ruhsal hastalıkların ana nedenleri sorulduğunda, % 50.8'i kalıtsal yatkınlık, % 71.8'i çocuklukta yaşanan olaylar, % 5.0'ı büyü gibi doğa üstü güçler, % 53.6'sı travmatik olaylar, % 58.6'sı aile içi çatışmalar, % 8.8'i geçirilen enfeksiyon hastalıkları, % 3.3'ü maddi sorunlar, % 9.4'ü toplumsal sorunlar, iletişim yoksunluğu, stres ve teknoloji yanıtlarını vermiştir.

**Tablo 4.3. Avukatların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı**

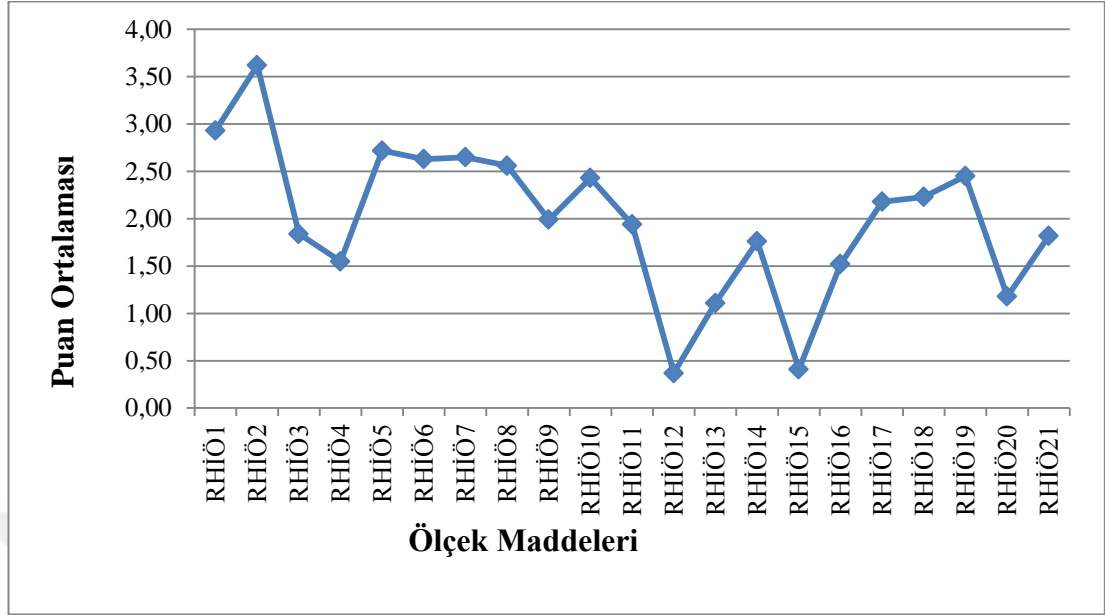
<b>RHİÖ</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama (<math>\bar{X}</math>)</b>	<b>Standart Sapma (SS)</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu	181	<b>2.00</b>	0.86	0.00	3.91
Tehlikelilik Alt Boyutu	181	<b>2.38</b>	0.79	0.00	3.88
Utanma Alt Boyutu	181	0.38	0.79	0.00	5.00
<b>Ölçek Toplam</b>	181	<b>1.99</b>	0.70	0.19	3.33

**Tablo 4.4. Avukatların Damgalama Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı**

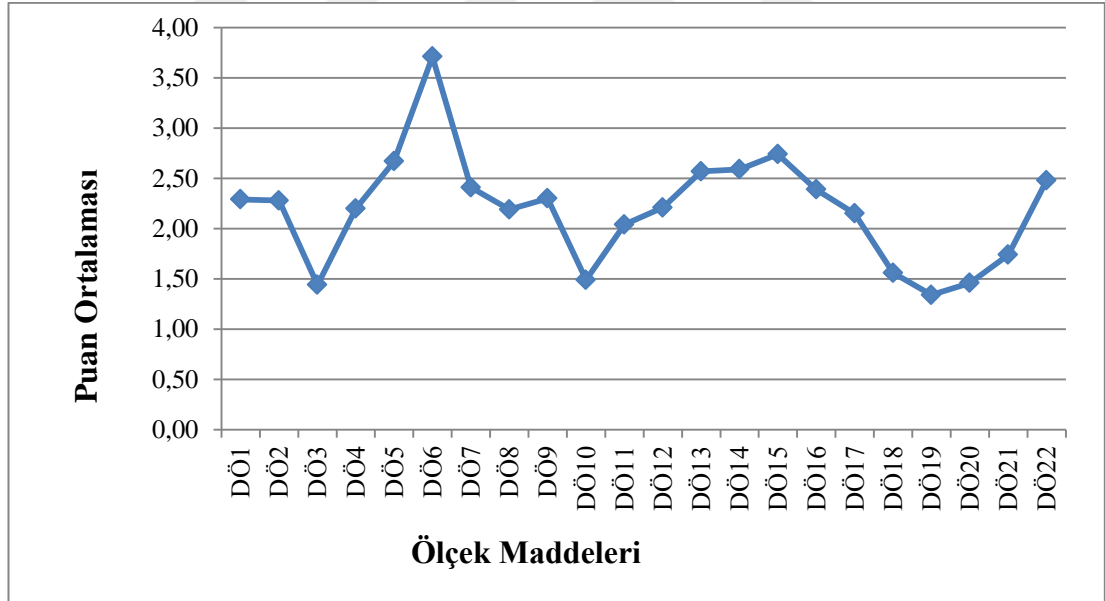
<b>DÖ</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama (<math>\bar{X}</math>)</b>	<b>Standart Sapma (SS)</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Ayrımcılık ve Dışlama Alt Boyutu	181	1.62	0.60	0.00	4.83
Etiketleme Alt Boyutu	181	<b>2.20</b>	0.82	1.00	5.00
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	181	<b>2.39</b>	0.74	0.40	4.60
Önyargı Alt Boyutu	181	<b>2.66</b>	0.78	1.00	4.80
<b>Ölçek Toplam</b>	181	<b>2.19</b>	0.61	1.09	4.73

Tablo 4.3 incelendiğinde; RHİÖ toplam puanında (1.99), çaresizlik ve kişilerarası ilişkiler (2,00) ve tehlikelilik (2.38) alt boyutlarında ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inancın orta düzeyde olduğu görülmektedir. Tablo 4.4 incelendiğinde; avukatların görüşlerine göre damgalama eğiliminin; DÖ toplam puanında (2.19), etiketlenme (2.20) ve psikolojik sağlık (2.39) alt boyutlarında ise zayıf, önyargı alt boyutunda (2.66) vasat, ayrımcılık ve dışlama alt boyutunda ise oldukça zayıf düzeyde olduğu bulunmuştur.

**Şekil 4.1. Avukatların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Maddelerinin Ortalamalarının Dağılımı**



**Şekil 4.2. Avukatların Damgalama Ölçeği Maddelerinin Ortalamalarının Dağılımı**



Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği maddelerinin ortalamalarının dağılımı incelendiğinde (Şekil 4.1) sırasıyla “Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.” (3.62), “Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.” (2.93) ve “Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.” (2.72) cevaplarını verdikleri bulunmuştur. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği maddelerinin ortalaması en düşük olan madde ise “İnsanlar daha

önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.” dır.

Avukatların damgalama ölçeği maddelerinin ortalamalarının dağılımı incelendiğinde (Şekil 4.2) sırasıyla “Kıdemi fazla olan çalışanlar genç olanlar üzerinde otorite kurmayı sever.” (3.71), “Performansı kıskanılan bir kişi iş ortamında yalnız kalır.” (2.74) ve “Yaşlı personelin iş ortamında verimleri oldukça düşüktür.” (2.67) cevaplarını verdikleri bulunmuştur. Damgalama ölçeği maddelerinin ortalaması en düşük olan madde ise “Kılık-kıyafeti aykırı kişiler dışlanmayı hak eder.”dir.



**Tablo 4.5. Avukatların sosyo-demografik özelliklerine göre RHIÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Özellik	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma				Tehlikelilik				Utanma				Toplam (RHIÖ)			
	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p
<b>Cinsiyet</b>																
Kadın	21.5	8.9	-0.698	0.485	19.0	6.1	-0.392	0.695	0.7	1.6	-0.958	0.338	41.2	13.4	-0.917	0.359
Erkek	22.4	10.0	(z)*		19.1	6.6	(z)		0.8	1.6	(z)		42.4	15.9	(z)	
<b>Medeni Durum</b>																
Evli	23.1	10.2	4.638	0.098	19.8	7.1	3.807	0.149	0.7	1.4	0.798	0.671	43.6	16.1	6.511	<b>0.039</b>
Bekar	20.7	8.9	(X <sup>2</sup> )**		18.3	5.5	(X <sup>2</sup> )		0.8	1.8	(X <sup>2</sup> )		39.8	13.4	(X <sup>2</sup> )	
Boşanmış	23.3	5.0			18.8	5.9			0.7	1.3			42.8	9.4		
<b>Aile Tipi</b>																
Çekirdek	22.1	9.6	1.928	0.381	19.2	6.2	2.464	0.292	0.8	1.6	6.327	<b>0.042</b>	42.1	14.9	0.776	0.678
Geniş	19.8	8.7	(X <sup>2</sup> )		19.2	8.2	(X <sup>2</sup> )		0.0	0.0	(X <sup>2</sup> )		39.0	15.4	(X <sup>2</sup> )	
Parçalanmış	25.8	5.9			14.0	7.1			0.0	0.0			39.8	10.7		
<b>Eğitim Durumu</b>																
Lisans	21.6	9.7	-0.881	0.379	18.7	6.5	-1.415	0.157	0.8	1.7	-0.737	0.461	41.2	15.1	-1.308	0.191
Lisansüstü	23.9	8.0	(z)		20.8	5.5	(z)		0.7	1.2	(z)		45.3	12.3	(z)	
<b>Mesleki Çalışma Yılı</b>																
0-3 yıl	22.1	9.1	0.230	0.891	18.9	6.0	0.830	0.660	0.9	1.8	0.767	0.681	41.9	14.0	0.267	0.875
4-5 yıl	22.8	9.7	(X <sup>2</sup> )		19.2	6.0	(X <sup>2</sup> )		0.5	0.8	(X <sup>2</sup> )		42.5	14.6	(X <sup>2</sup> )	
6 yıl ve üzeri	21.6	10.2			19.3	7.0			0.6	1.3			41.6	16.2		
<b>Psikiyatrik Destek Alma / Almayı Düşünme Durumu</b>																
Evet	20.0	10.9	-1.181	0.236	17.5	7.9	-1.530	0.126	0.1	0.5	-3.807	<b>0.000</b>	37.6	17.4	-1.913	0.056
Hayır	22.6	9.0	(z)		19.6	5.7	(z)		1.0	1.8	(z)		43.2	13.6	(z)	

\*z: Mann-Whitney U testine ait z değeri,

\*\*X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis testine ait ki-kare değeri

**Tablo4. 5. Avukatların sosyo-demografik özelliklerine göre RHIÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması devamı...**

Özellik	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma				Tehlikelilik				Utanma				Toplam (RHIÖ)			
	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p
<b>Yakın Çevresinde Ruhsal Hastalığa Sahip Birey</b>																
Evet	19.2	10.3	-1.405	0.160	16.9	7.5	-1.963	<b>0.050</b>	0.3	0.8	-1.653	0.098	36.4	16.8	-2.114	<b>0.034</b>
Hayır	22.5	9.3	(z)*		19.5	6.1	(z)		0.9	1.7	(z)		42.9	14.2	(z)	
<b>Yakın Çevresinde Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyin Tanısı (n: 29)</b>																
Şizofreni	18.8	11.3	1.715	0.424	19.2	9.5	0.849	0.654	0.6	0.9	2.439	0.295	38.6	20.3	1.191	0.551
Depresyon	25.3	6.1	(X <sup>2</sup> )**		16.0	1.0	(X <sup>2</sup> )		0.3	0.6	(X <sup>2</sup> )		41.7	6.0	(X <sup>2</sup> )	
Diğer***	17.4	10.1			15.5	7.2			0.3	0.9			33.2	16.2		
<b>Yakın Çevresinde Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyin Yakınlık Derecesi (n: 29)</b>																
Anne-Baba	20.3	10.4	0.516	0.915	15.8	7.5	0.244	0.970	0.0	0.0	3.651	0.902	36.2	15.0	0.935	0.935
Kardeş	18.8	4.8	(X <sup>2</sup> )		17.3	4.9	(X <sup>2</sup> )		0.2	0.0	(X <sup>2</sup> )		36.3	8.5	(X <sup>2</sup> )	
Arkadaş	18.6	11.2			15.4	6.3			0.9	1.5			34.9	17.6		
Diğer****	16.7	13.0			16.6	10.4			0.1	0.4			33.4	22.4		
<b>Çalışma Hayatında Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyle Karşılaşma Sıklığı (Ayda)</b>																
1-4 kez	22.6	9.6	3.076	0.215	19.2	6.4	0.265	0.876	0.7	1.4	0.223	0.895	42.5	15.1	1.355	0.508
5-8 kez	19.0	9.5	(X <sup>2</sup> )		18.7	5.5	(X <sup>2</sup> )		0.8	1.8	(X <sup>2</sup> )		38.5	13.3	(X <sup>2</sup> )	
9 kez ve üzeri	20.5	8.2			18.5	7.1			1.3	2.7			40.3	14.1		

\*z: Mann-Whitney U testine ait z değeri,

\*\*X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis testine ait ki-kare değeri

\*\*\*Bipolar Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Panik atak, Madde bağımlılığı, Alzheimer, Demans

\*\*\*\*Uzak akraba, Müvekkili



Çalışmaya katılan avukatların sosyo-demografik özelliklerine göre RHİÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’ de gösterilmiştir. Avukatların RHİÖ ile cinsiyet, aile tipi, eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, daha önce psikiyatrik destek alma/ almayı düşünme durumu, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin tanısı, yakınlık derecesi ve çalışma hayatında ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). RHİÖ ile medeni durumu ( $X^2$ : 6.511,  $p$ : 0.039) ve yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma durumu ( $z$ : -2.114,  $p$ : 0.034) arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. Bekar olan avukatların RHİÖ puan ortalaması, evli ve boşanmış avukatlara göre daha düşüktür ( $p<0.05$ ). Yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey bulunmayan avukatların RHİÖ puan ortalaması, bulunanlara göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

Avukatların RHİÖ çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, meslekteki çalışma yılı, daha önce psikiyatrik destek alma/ almayı düşünme durumu, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma durumu, yakınlık derecesi, tanısı ve çalışma hayatında ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ).

Avukatların RHİÖ tehlikelilik alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, psikiyatrik destek alma/ almayı düşünme durumu, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin yakınlık derecesi, tanısı ve çalışma hayatında ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). RHİÖ tehlikelilik alt boyutu ile daha önce yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma durumu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ( $z$ : -1.963,  $p$ : 0.050). Yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olmayan avukatların tehlikelilik alt boyut puan ortalaması, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olan avukatlara göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

Avukatların RHİÖ utanma alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma durumu, tanısı, yakınlık derecesi ve çalışma hayatında ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). RHİÖ

utanma alt boyutu ile aile tipi ( $X^2$ : 6.327, p: 0.042) ve daha önce psikiyatrik destek alma/ almayı düşünme durumu (z: -3.807, p< 0.000) arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. Çekirdek aileye sahip avukatların utanma alt boyut puan ortalaması, geniş aile ve parçalanmış aile de yaşayan avukatların puan ortalamalarından daha yüksektir (p<0.05). Avukatların daha önce psikiyatrik destek almayanların utanma alt boyut puan ortalaması, destek alanlara göre daha yüksektir (p<0.05).



**Tablo 4.6. Avukatların sosyo-demografik özelliklerine göre DÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Özellik	Ayrımcılık ve Dışlama				Etiketleme				Psikolojik Sağlık				Önyargı				Toplam (DÖ)			
	Ort.	SS	Test	P	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	P
<b>Cinsiyet</b>																				
Kadın	9.0	3.2	-2,786	<b>0,005</b>	11,7	4,1	-3,945	<b>0,000</b>	11,4	3,7	-1,683	0,092	13,1	3,8	-0,969	0,333	45,1	12,2	-2,905	<b>0,004</b>
Erkek	10.4	3.9	(z)*		14,5	5,3	(z)		12,4	3,8	(z)		13,6	4,1	(z)		50,9	14,0	(z)	
<b>Medeni Durum</b>																				
Evli	10.0	3.7	5.373	0.068	13.8	5.3	2.962	0.227	12.6	4.0	4.881	0.087	13.8	4.0	4.809	0.090	50.3	14.1	4.377	0.112
Bekar	9.6	3.6	(X <sup>2</sup> )**		12.6	4.6	(X <sup>2</sup> )		11.3	3.4	(X <sup>2</sup> )		12.9	3.9	(X <sup>2</sup> )		46.5	12.8	(X <sup>2</sup> )	
Boşanmış	7.2	1.0			12.7	4.4			10.5	3.0			11.8	3.1			42.2	8.7		
<b>Aile Tipi</b>																				
Çekirdek	9.8	3.7	0.340	0.844	13.2	5.0	1.526	0.466	12.1	3.8	2.395	0.302	13.5	3.9	2.210	0.331	48.5	13.6	1.025	0.599
Geniş	9.5	2.4	(X <sup>2</sup> )		13.9	5.2	(X <sup>2</sup> )		10.5	2.2	(X <sup>2</sup> )		12.5	4.5	(X <sup>2</sup> )		46.4	11.3	(X <sup>2</sup> )	
Parçalanmış	9.0	3.5			10.5	1.7			11.8	3.8			11.5	4.5			42.8	12.8		
<b>Eğitim Durumu</b>																				
Lisans	9.7	3.7	-0.642	0.521	13.1	5.1	-1.375	0.169	11.0	3.8	-0.636	0.524	13.2	4.0	-1.044	0.296	47.9	13.8	-1.176	0.240
Lisansüstü	9.9	3.1	(z)		13.9	4.2	(z)		12.4	3.5	(z)		13.9	3.4	(z)		50.2	11.5	(z)	
<b>Meslekteki Çalışma Yılı</b>																				
0-3 yıl	9.9	3.5	3.340	0.188	13.5	5.1	4.159	0.125	12.0	3.7	3.073	0.215	13.7	4.1	2.030	0.362	49.0	13.6	3.700	0.157
4-5 yıl	11.7	5.9	(X <sup>2</sup> )		15.8	6.4	(X <sup>2</sup> )		14.0	5.1	(X <sup>2</sup> )		14.4	5.0	(X <sup>2</sup> )		55.9	20.4	(X <sup>2</sup> )	
6 yıl ve üzeri	9.2	3.2			12.3	4.3			11.4	3.5			12.7	3.4			45.7	11.1		
<b>Psikiyatrik Destek Alma / Almayı Düşünme Durumu</b>																				
Evet	8.9	3.0	-1.451	0.147	12.0	5.1	-2.433	<b>0.015</b>	11.1	3.8	-1.589	0.112	13.3	4.1	-0.245	0.806	45.3	12.8	-1.745	0.081
Hayır	10.0	3.8	(z)*		13.6	4.9	(z)		12.2	3.7	(z)		13.4	3.9	(z)		49.2	13.6	(z)	

\*z: Mann-Whitney U testine ait z değeri,

\*\*X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis testine ait ki-kare değeri

**Tablo 4. 6. Avukatların sosyo-demografik özelliklerine göre DÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması devamı...**

Özellik	Ayrımcılık ve Dışlama				Etiketleme				Psikolojik Sağlık				Önyargı				Toplam (DÖ)			
	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	p	Ort.	SS	Test	P
<b>Yakın Çevresinde Ruhsal Hastalığa Sahip Birey</b>																				
Evet	9.6	3.1	-0.144	0.885	13.2	5.4	-0.520	0.958	11.0	3.4	-1.438	0.150	12.9	3.8	-0.753	0.451	46.7	13.9	-0.636	0.524
Hayır	9.8	3.7	(z)		13.2	4.9	(z)		12.1	3.8	(z)		13.4	4.0	(z)		48.6	13.4	(z)	
<b>Yakın Çevresinde Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyin Tanısı (n: 29)</b>																				
Şizofreni	9.0	2.0	0.091	0.956	14.2	5.2	2.076	0.354	11.6	3.9	2.084	0.353	13.4	4.9	1.215	0.545	48.2	15.3	2.002	0.367
Depresyon	9.0	1.0	(X <sup>2</sup> )**		14.3	2.1	(X <sup>2</sup> )		13.0	3.0	(X <sup>2</sup> )		13.7	3.1	(X <sup>2</sup> )		50.0	7.8	(X <sup>2</sup> )	
Diğer***	9.3	3.4			11.8	4.5			10.4	3.4			12.3	2.9			43.8	12.3		
<b>Yakın Çevresinde Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyin Yakınlık Derecesi (n: 29)</b>																				
Anne-Baba	9.0	3.1	1.100	0.777	12.0	4.7	2.891	0.409	10.7	3.7	1.739	0.628	12.0	3.2	2.225	0.527	43.7	12.4	3.125	0.373
Kardeş	8.8	1.5	(X <sup>2</sup> )		10.5	1.9	(X <sup>2</sup> )		9.5	1.9	(X <sup>2</sup> )		11.7	1.0	(X <sup>2</sup> )		40.5	2.9	(X <sup>2</sup> )	
Arkadaş	10.5	4.1			14.4	5.3			11.8	3.3			13.5	4.0			50.1	15.0		
Diğer****	8.3	2.1			12.7	4.8			11.3	4.9			13.1	4.0			45.4	14.2		
<b>Çalışma Hayatında Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyle Karşılaşma Sıklığı (Ayda)</b>																				
1-4 kez	9.6	3.6	3.475	0.176	13.1	5.0	1.225	0.542	12.0	3.6	0.285	0.867	13.4	3.9	0.152	0.927	48.0	13.6	0.891	0.640
5-8 kez	9.9	4.3	(X <sup>2</sup> )		13.4	5.1	(X <sup>2</sup> )		11.6	4.2	(X <sup>2</sup> )		12.8	3.5	(X <sup>2</sup> )		47.6	13.4	(X <sup>2</sup> )	
9 kez ve üzeri	10.8	2.8			14.2	4.8			12.4	4.2			13.5	4.5			50.8	13.0		

\*z: Mann-Whitney U testine ait z değeri,

\*\*X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis testine ait ki-kare değeri

\*\*\*Bipolar Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Panik atak, Madde bağımlılığı, Alzeheimer, Demans

\*\*\*\*Uzak akraba, müvekkil

Çalışmaya katılan avukatların sosyo-demografik özelliklerine göre DÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6' de gösterilmiştir. Avukatların DÖ ile medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, daha önce psikiyatrik destek alma/ almayı düşünme durumu, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma durumu, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin tanısı, yakınlık derecesi ve çalışma hayatında ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). DÖ ile cinsiyet ( $z: -2.786, p: 0.005$ ) arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. Erkek olan avukatların DÖ puan ortalaması, kadın avukatlara göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

Avukatların DÖ ayrımcılık ve dışlama alt boyutu ile medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, daha önce psikiyatrik destek alma/ almayı düşünme durumu, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma durumu, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin tanısı, yakınlık derecesi ve çalışma hayatında ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). DÖ ayrımcılık ve dışlama alt boyutu ile cinsiyet ( $z: -3.945, p< 0.000$ ) arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. Erkek olan avukatların DÖ ayrımcılık ve dışlama alt boyutu puan ortalaması, kadın avukatlara göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

Avukatların DÖ etiketlenme alt boyutu ile medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma durumu, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin tanısı, yakınlık derecesi ve çalışma hayatında ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). DÖ etiketlenme alt boyutu ile cinsiyet ( $z: -3.945, p: 0.000$ ) ve daha önce psikiyatrik destek alma/ almayı düşünme durumu ( $z: -2.433, p: 0.015$ ) arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. Erkek olan avukatların DÖ etiketlenme alt boyutu puan ortalaması, kadın avukatlara göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Avukatların daha önce psikiyatrik destek almayanların etiketleme alt boyut puan ortalaması, destek alanlara göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

Avukatların DÖ psikolojik sağlık ve önyargı alt boyutları ile cinsiyet, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, daha önce psikiyatrik destek alma/ almayı düşünme durumu, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma durumu, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin tanısı, yakınlık derecesi ve

Çalışma hayatında ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.7. RHIÖ ve DÖ arasındaki ilişki**

		<b>RHIÖ Toplam</b>	<b>DÖ Toplam</b>
<b>RHIÖ Toplam</b>	PearsonCorrelation	1	0,554
	p		0,000
	N	181	181
<b>DÖ Toplam</b>	PearsonCorrelation	0,554	1
	P	0,000	
	N	181	181

Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançları ile damgalama eğilimi arasında orta düzey, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır( $r= 0.554$ ). Buna göre, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar arttıkça damgalama eğiliminde arttığı söylenebilir (Tablo 4.7.).

## 5. TARTIŞMA

Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğilimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada istatistiksel analizler doğrultusunda elde edilen bulgular araştırma hipotezleri doğrultusunda literatürle birlikte tartışılmıştır.

### *5.1. Avukatların, Ruhsal Hastalıklarla İlgili Duygu, Bilgi ve Tutumları*

Avukatların ruhsal hastalığı olan bireylere karşı duyguları incelendiğinde; en çok şefkat, devamında ise tedirginlik, merak ve acıma hissettikleri tespit edilmiştir. Tedirginlik ve merak duyguları hissetmelerinin sebebi, çalışmaya katılan avukatların yarısının ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmaması ve bilgi sahibi olanlarında büyük çoğunluğunun internetten bilgi almaları olarak düşünülmüştür. Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmak bireylerde ruhsal hastalıklara yönelik olumlu inanç ve tutum oluşturmaktadır (Angermeyer ve Matschinger 2003; Gaebel ve ark. 2003; Pinfold ve ark. 2003; Akdede ve ark. 2004; Warner 2005; Yıldırım ve Gürkan 2006; Schnacter ve ark. 2008; Campbell ve ark. 2009; Chanve ark. 2009; Markström ve ark. 2009; Kranke ve ark. 2010; Ebrahimi ve ark. 2012; Kara 2015; Taghva ve ark. 2017; Morgan ve ark. 2018). Avukatların ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmamaları merak duygusuyla birlikte, ruhsal hastalığa sahip bireylerin “ne yapacağı belli olmayan kişiler” olarak bilinmesinden kaynaklanacağı düşünülmektedir. Ruhsal hastalığa sahip bireyler toplum tarafından “tehlikeli” olarak algılandıkları için hasta bireyler toplumdan soyutlanmaktadır (Bostancı 2005; Taşkın 2007; Avcil ve ark. 2016; Batastini ve ark. 2018). Okullarda yapılan damgalamayı önlemeye yönelik eğitimlerle ruhsal hastalıklara yönelik damgalama eğiliminin azaldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Angermeyer ve Matschinger 2003; Gaebel ve ark. 2003; Pinfold ve ark. 2003; Akdede ve ark. 2004; Schnacter ve ark. 2008; Kranke ve ark. 2010, Oban ve Küçük 2011, Ceylan 2017).

### *5.2. RHIÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması*

Araştırma bulguları incelendiğinde; RHIÖ, çaresizlik ve kişiler arası ilişkiler, tehlikelilik alt boyutları puan ortalamalarına göre ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inancın orta olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.). Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç eğilimlerin çalışmamızla benzer bulunmuştur (Hayward ve Bright 1997; Birdoğan ve Berksun

2002; Yanık ve ark. 2003; Estroff ve ark. 2004; Ergün 2005; Hamdan-Mansour ve Wardam 2009; Eker ve ark. 2010; Sağduyu ve ark. 2011; Bilge ve ark. 2013). Arkar (1991) yaptığı çalışmada, bir üniversite hastanesinde psikiyatri ve genel cerrahi kliniğinde tedavi gören hastaların da, ruhsal hastalığa sahip bireyle yakın ilişkilerde bulunmak istemedikleri fakat yakın ilişki gerektirmeyen ortamlarda hastaları daha kabullenici oldukları görülmüştür. Özyiğit ve ark. (2004) üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ve hemşirelik 1. ve 4. Sınıf öğrencileriyle yapılan çalışmada, şizofreni hastasıyla temas etmenin hasta ve hastalığa yönelik olumsuz tutumları etkilenmediği bulunmuştur. Eker ve ark.(2010) din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumlarını incelediği kesitsel çalışmada, katılımcıların özel hayatlarında şizofreni hastasıyla ilişki kurmaktan rahatsızlık duyacağı tespit edilmiştir. Ünal ve ark.(2010) tarafından dört farklı fakültede okuyan öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelendiği çalışmada, ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğu ve kişilerarası ilişkilerinde sorunları olacağı düşüncesi bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, evli olan ve daha önce ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşmamış olan öğrencilerin, ruhsal hastalığı utanılacak bir durum olarak algıladığı belirlenmiştir. Bilge ve ark.(2013), bir üniversitenin ebelik bölümünde okuyan öğrencilerle yaptığı çalışmada öğrenciler ruh sağlığı ve hastalıkları dersi alıp almamalarına göre değerlendirilmiş, ders sonrası derse katılmayan öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireyleri daha tehlikeli ve daha utanılacak bir hastalık olarak gördükleri bulunmuştur. Chen ve Chang (2016), bir psikiyatri hastanesinde çalışan personelle yaptıkları çalışmada, personelin hastalarla yakın ilişki kurması gerektiği durumlarda olumsuz bir yaklaşımda bulduklarını belirlenmiştir. Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmak, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olması ve ruhsal hastalığa sahip bireyle iletişime geçmenin ruhsal hastalıklara yönelik önyargıyı azalttığı söylenebilir. Fakat ruhsal hastalığa sahip bireyle yakın ilişki kurma noktasında ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğu düşüncesiyle kaçınılmaktadır.

### *5.3.DÖ Ölçümlerine İlişkin Bulguların Tartışılması*

Araştırma bulguları incelendiğinde; önyargı alt boyutunun avukatların görüşlerinde damgalama eğiliminin vasat düzeyde olduğu belirlenmektedir. Avukatların görüşlerine göre damgalama eğiliminin; DÖ toplam puanında, etiketlenme ve psikolojik sağlık alt boyutlarında ise zayıf olduğu görülmektedir



(Tablo 4.4.). Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu'nun (2003), damgalama ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, şizofreni hastalıklarına yönelik önyargı ve damgalayıcı yaklaşımın hastaların tedavi sürecini olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir. Özmen ve ark. (2004), sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yaptığı çalışmada, 'ruhsal hastalık' ve 'akıl hastalığı' kavramlarının damgalama üzerine etkisine bakılmış ve 'akıl hastalığı' kavramının daha damgalayıcı olduğu tespit edilmiştir.

Kanada'da yapılan çalışmada, ruhsal hastalıklara yönelik yerel antistigma projesinin ve eğitim programının etkinliği değerlendirilmiştir. Program da hakimler, avukatlar ve denetimli serbestlik memurlarına; yetişkin ruh hastalıkları hakkında üç, çocuk ruh hastalıkları hakkında bir seans eğitim verilmiş ve eğitim sonrası ruhsal hastalıklar hakkında bilgi düzeyinin arttığı, ceza uygulamalarında olumlu tutumun geliştiği ve tekrar eğitim almak istediklerini belirttikleri tespit edilmiştir (Warner 2005). Aynı çalışmada lise öğrencilerine psikotik bozuklukların özellikleri, seyri, tedavisi ve sonuçları ile ilgili eğitim verilmiş, eğitim sonrası ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ve sosyal mesafe eğilimlerinde azalma görülmüştür. Jacq ve ark.(2016) hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmada, hemşirelerin damgalayıcı bir tutum sergilediği bulunmuştur. Alpan ve ark.(2018)'nın sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada, öğrencilerin yaklaşık olarak yarısının şizofreni tanısı olan hastalara yönelik damgalayıcı eğilimde buldukları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin, şizofreni hastası olan bireyle evlenmeyeceği, komşu olmak istemediği ve birlikte çalışmak istemediği belirlenmiştir.

#### *5.4.Sosyo-demografik özelliklerine göre RHIÖ ve DÖ Ölçümlerine İlişkin*

##### *Bulguların Tartışılması*

Araştırma bulguları doğrultusunda, avukatların yaklaşık dörtte biri daha önce psikiyatrik destek almayı düşünmüş veya psikiyatrik destek almıştır (Tablo 4.1). Literatür incelendiğinde; ergenlerle (Oban ve Küçük 2011), hemşirelik öğrencileriyle (Çıtak ve ark. 2010), hasta yakınlarıyla (Durat ve ark. 2017) ve hemşirelerle (Büyükbayram ve ark. 2017) yapılan çalışmalarda da çalışmamız ile benzer bulgular tespit edilmiştir. Çalışmamızda avukatların yakın çevresindeki bireylerin %14.9'unda ruhsal hastalığa sahip bireylerin bulunduğu, ruhsal hastalığa sahip bireylerin yakınlık derecesine bakıldığında ise yaklaşık olarak yarısının birinci derece akrabalarından

oluştugu ve %18.5'inin şizofreni tanısına sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda çalışmaya dahil olan bireylerin yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma oranı benzer bulunmuştur (Kayahan 2009; Çıtak ve ark. 2010; Eker ve ark. 2010; Erbaydar ve Çilingiroğlu 2010; Sağduyu ve ark. 2011; Büyükbayram ve ark. 2017; Karakaş ve ark. 2017; Alpan ve ark. 2018). Bazı çalışmalarda bireylerin yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin yakınlık derecesi (Oban ve Küçük 2011; Büyükbayram ve ark. 2017) ve tanısı (Sağduyu ve ark. 2011; Büyükbayram ve ark. 2017) çalışmamızla benzer şekilde bulunmuşken, diğer çalışmalarda ise bireylerin yarısından çoğunun şizofreni (Durat ve ark. 2017) ve depresyon (Kayahan 2009; Çıtak ve ark. 2010; Sağduyu ve ark. 2011) tanısı almış olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda, erkek avukatlar kadın avukatların göre ruhsal hastalıklara yönelik daha damgalayıcı eğilim gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışma verilerine göre cinsiyetle damgalama ölçeği, ayrımcılık- dışlama ve etiketleme alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.6,  $p<0.05$ ). Yapılan diğer çalışmalarda ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama eğiliminin cinsiyetle ilişkisine bakıldığında, bazı çalışmalarda kadınların daha olumsuz (Pescosolidove ark. 1999; Gaebel ve ark. 2002; Eker ve ark. 2010; Güngörmüş ve ark. 2014), bazı çalışmalarda erkeklerin daha olumsuz (Akdede ve ark. 2004; Aghanwa 2004; Savrun ve ark. 2007; Sağduyu ve ark. 2011; Demirören ve ark. 2015; Günay ve ark. 2016) ve birkaç çalışmada cinsiyetin damgalama üzerinde etkili olmadığı (Birdoğan ve Berksun 2002; Schnittker 2000; Dietrichve ark. 2004; Javed ve ark. 2006; Riana ve ark. 2008; Ünal ve ark. 2010; Çam ve Bilge, 2011; Kara 2015) bulunmuştur. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama eğiliminde cinsiyetin etkili olup olmadığı konusunda literatürde farklı sonuçlara rastlanmıştır.

Araştırma verileri incelendiğinde, RHİÖ ile medeni durum arasında anlamlı bir fark olup, anlamlılık bekar olan avukatların RHİÖ puan ortalamasının, evli ve boşanmış avukatlara göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 4.5,  $p<0.05$ ). Literatürde medeni durumun, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğilimlerine olan etkisi çok fazla incelenmemiştir. Yapılan çalışmalarda evli olan bireylerin ruhsal hastalıkları zayıflık olarak değerlendirdikleri bulunmuştur (Taşkın ve ark. 2002; Taşkın ve Özmen 2004; Eker ve ark. 2010). Bu durumun evli ve boşanmış bireylerde aile içi rol ve sorumluluklara bağlı farkındalık düzeylerinin

yüksek olması ve toplum içinde yer alma kaygısına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Avukatların, RHİÖ utanma alt boyutu ile aile tipi arasındaki ilişki çekirdek aileye sahip avukatların utanma alt boyut puan ortalaması, geniş aile ve parçalanmış aile de yaşayan avukatların puan ortalamalarından daha yüksektir. Çekirdek aileye sahip avukatların ruhsal hastalıklardan utandığı bulunmuştur (Tablo 4.5.). Fakat literatür incelendiğinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğiliminin incelendiği çalışmalarda, aile tipinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama üzerinde etkisi üzerinde anlamlı olup olmadığını inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu durumun geniş ailelerde sosyal destek rolünün fazla olması ve ruhsal hastalığın yükünün paylaşılması, parçalanmış ailelerde de farklı stres kaynaklarından dolayı başetme becerilerinin gelişmiş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Ruhsal hastalıklara yönelik inançla ilgili yapılan bazı çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumların azaldığı tespit edilmiştir (Bostancı 2000; Sağduyu ve ark. 2001; Walker ve Read 2002; Ergün 2005). Özbaş ve ark. (2008)'nin hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmada ise eğitim seviyesinin artmasıyla ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın arttığı belirlenmiştir. Fakat çalışmamızda eğitim seviyesine göre RHİÖ ve DÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda eğitim seviyesi ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olmamasının sebebinin, avukatların en az lisans mezunu olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğilimi üzerinde daha önce psikiyatrik destek almanın etkisi bulunmaktadır (Tablo 4.5 ve Tablo 4.6,  $p<0.05$ ). Araştırmada, avukatların psikiyatrik destek almaları ile RHİÖ utanma alt boyutu ve DÖ etiketleme alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Avukatların psikiyatrik destek alması olumsuz inanç ve damgalama eğilimini azaltmaktadır. Mevcut bulguya benzer şekilde çalışmaya katılan bireylerde daha önce psikiyatrik destek alma veya psikiyatrik öykünün olmasının, ruhsal hastalıklara yönelik daha olumlu bir tutum sergilemelerine neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Lauber ve ark. 2004; Büyükbayram ve ark. 2017). Kara (2015)'in sosyal hizmet bölümü öğrencileriyle yaptığı çalışmada, davranış bozuklukları ve psikolojisi

dersinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç üzerinde etkisini incelemiş ve bireyin daha önce psikiyatrik destek almasının ruhsal hastalıkların tehlikeli olduğu düşüncesinde azalmaya katkı sağladığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde Oban ve Küçük (2011)'ün yaptıkları çalışmada da psikiyatrik destek alanların tehlikelilik alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur. Avukatların daha önce psikiyatrik destek alan avukatların, kendilerinin de ruhsal hastalığa yakalanma olasılığını düşünerek ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmelerinin olumsuz inanç ve damgalama eğilimde azalmaya sebep olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma verileri incelendiğinde, RHİÖ toplam ve tehlikelilik alt boyutu ile yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin olması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.5,  $p < 0.05$ ). Yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey bulunmayan avukatların RHİÖ toplam puan ortalaması, bulunanlara göre daha yüksektir. Araştırma verilerini destekler nitelikte diğer çalışmalarda da bireylerin yakın çevresinde, ailesinde, akrabalarında, arkadaşlarında ruhsal hastalığa sahip bireyin olması ruhsal hastalıklara yönelik dışlayıcı, toplumdaki soyutlayıcı ve damgalayıcı tutumu azalttığı bulunmuştur (Corrigan ve ark. 2001; Kıvırcık ve ark. 2004; Dessoki ve Hifnawy 2009; Ünal ve ark. 2010; Fradelos ve ark. 2015; Günay ve ark. 2016; Granados-Gómez ve ark. 2016). Crips ve ark.(2000)'nin, ruhsal hastalığa sahip bireylerin damgalanması ile ilgili çalışmasında, ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşmanın olumlu tutumu geliştirdiğini belirtmiştir. Alexander ve Link (2003), Amerika'da telefon görüşmesi yaparak evsiz ve ruhsal hastalığa sahip bireyler hakkında tutumları inceledikleri çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin ruhsal hastalığa sahip bireyle temasının artması ile ruhsal hastalıkların tehlikeli olduğu algısının ve ruhsal hastalığa sahip bireylerle olan sosyal mesafenin azaldığı görülmüştür. Çam ve ark.(2014)'nin, muhtarlarla yaptıkları çalışmada, daha önce ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşmamış olanların ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli olarak gördüğü ve uzak durmak istediği tespit edilmiştir. Tam tersi olarak yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin bulunanların, ruhsal hastalığa sahip bireyin dışlanmasıyla birlikte kendilerinin de dışlanmasına, utanmasına ve ruhsal hastalıklar hakkında olumsuz bir tutum sergilemesine sebep olduğunu söyleyen çalışmalar da vardır (Arkar 1992; Sağduyu ve ark. 2003; Ergün 2005; Külüg ve Coşkun 2012). Lauber ve ark. (2000), İsviçre'de Almanca, Fransızca ve İtalyanca dilini konuşan bölgedeki bireylerle ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı

inceledikleri çalışmada, ruhsal hastalığa sahip bireyle temas etmenin ve yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireyin bulunmasının ruhsal hastalıklara yönelik sert tutuma ve sosyal mesafeye etkisi bulunmamıştır. Ünal ve ark.(2010), yapmış olduğu çalışmada, daha önce ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşmış olan bireylerin ruhsal hastalığı utanılacak bir durum olarak gördükleri tespit edilmiştir. Avukatların yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bireylerin olmaması, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama eğilimine yol açmaktadır. Bunun sebebi olarak, ruhsal hastalığa sahip bireylerin “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmayan” kişiler olarak görülmesi ile önyargılı tutumdan kaynaklandığı düşünülmektedir.

#### *5.5.RHİÖ ve DÖ Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması*

Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançları ile damgalama eğilimi arasında orta düzey de, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Buna göre, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar arttıkça damgalama eğiliminin de arttığı söylenebilir (Tablo 4.7.). Literatür incelemesinde Pubmed, ULAKBİM, Web of Science, Medline, Science Direct ve Google Akademik veri tabanlarında “ruhsal hastalık, inanç, tutum, damgala, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği (RHİÖ), Damgalama Ölçeği (DÖ), mental health, chronic mental illness, faith, trust, popular belief, stigma, stigmatization, mental health discrimination, Mental Illness Scale (MIS), Stigma Scale (SS)” kelimeleri ile tarama yapıldığında ruhsal hastalıklara yönelik inançların damgalama eğilimlerine etkisine dair bir çalışma bulunmamaktadır. Nedeni olarak hastalık hakkında bilgi eksikliği ya da yanlışlığı, geçmiş olumsuz deneyimler, mitler ve buna bağlı önyargıların oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğilimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma bulgularına göre;

Avukatların, yaş ortalamaları  $31.13 \pm 7.59$ , meslekteki çalışma yıllarının ortalaması  $6.41 \pm 6.74$  olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan avukatların % 24.9'unun daha önce psikiyatrik destek almayı düşündüğü ya da aldığı saptanmıştır.

Avukatların ruhsal hastalıklarına yönelik duygularına bakıldığında sırasıyla şefkat, tedirginlik, merak duygularını en çok hissettikleri belirlenmiştir. Avukatların yaklaşık olarak yarısı ruhsal hastalıklar hakkında daha önce bilgi edinmemiştir. Ruhsal hastalıklar hakkında daha önce bilgi edinen avukatların yaklaşık dörtte birinin internet aracılığıyla bilgi edindiği saptanmıştır.

Avukatların RHİÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarına incelendiğinde, RHİÖ toplam puan ortalaması 1.99, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu 2.00, tehlikelilik alt boyutu 2.38 ve utanma alt boyutu 0.38 olarak bulunmuştur. Damgalama ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarına incelendiğinde, DÖ toplam puan ortalaması 2.19, ayrımcılık ve dışlama alt boyutu 1.62, etiketleme alt boyutu 2.20, psikolojik sağlık alt boyutu 2.39 ve önyargı alt boyutu 2.66 olarak bulunmuştur.

RHİÖ ile medeni durumu ve yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). RHİÖ tehlikelilik alt boyutu ile daha önce yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birey olma durumu arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). RHİÖ utanma alt boyutu ile aile tipi ve daha önce psikiyatrik destek alma/ almayı düşünme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

DÖ ile cinsiyet arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). DÖ ayrımcılık ve dışlama alt boyutu ile cinsiyet arasında farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). DÖ etiketlenme alt boyutu ile cinsiyet ve daha önce psikiyatrik destek alma/ almayı düşünme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançları ile damgalama eğilimi arasında orta düzey, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

## 6.2.Öneriler

Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğilimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada öneriler;

- Avukatlar ve diğer hukuk çalışanlarına ruhsal hastalıklar hakkında bilgi verilmesi, böylece oluşabilecek hak ve tedavi kayıplarının önüne geçilmesi,
- Hukuk fakültelerinin müfredatlarında sağlık eğitimi kapsamında ruhsal hastalıklarla ilgili programlar oluşturulması,
- Toplumda ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama eğilimini engellemek için toplum liderlerine (öğretmen, polis, din görevlileri vb.) eğitim programları ile bilgilendirilmesi, temasın sağlanması ve medya ile işbirliği yapılması, böylece farkındalık oluşturulması,
- Toplum liderlerinin ruhsal hastalıklar hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendirmeye yönelik araştırmaların yapılması, negatif inanç ve damgalamalar varsa önlemeye yönelik deneysel araştırmaların ve müdahalelerin yapılması
- “Ruh Sağlığı Yasası”nda ruhsal hastalıkların damgalanma süreci ile ilgili maddelere yer verilmesi,
- “Ruh Sağlığı Yasası” ile ruhsal hastalıkların damgalama sürecinde ve hukuki süreçlerinde karşılarına çıkabilecek sorunların ele alınması,
- Genel olarak bakıldığında avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğiliminin orta düzeyde olduğu, başka çalışmaların yapılması ile ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama eğilimde farkındalığın artırılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- Aghanwa HS. Attitude toward and knowledge about mental illness in Fiji islands. *Int J Soc Psychiatry*. 2004; 50: 361- 75.
- Akdede BBK, Alptekin K, Topkaya ŞO, Belkiz B, Nazlı E, Ozsin E, Piri Ö, Saraç E. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium*. 2004; 42 (3): 113-7.
- Alexander LA, Link BG. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *J Ment Health*. 2003; 12: 271- 89.
- Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 108: 304-9.
- Arkar H. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1992; 3(4): 243- 8.
- Arkonaç SA. Psikoloji Zihin Süreçleri Bilimi. Alfa Basım Yayım Dağıtım, Inc. 1998, 2. Baskı, İstanbul.
- Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2015; 16: 238- 46.
- Aşık H. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen psikiyatri hizmetlerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011 ( Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Zekiye Ç. Duman ).
- Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016; 2 (2): 175- 202.
- Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013; 5: 461-78.
- Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005; 3 (11): 107- 27.
- Batastini AB, Lester ME, Thompson RA. Mental illness in the eyes of the law: examining perceptions of stigma among judge sandattorneys. *Psychology, Crime & Law*. 2018; 24(7): 673-86.
- Beşiroğlu L, Ağargün M. The correlates of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder: a multi dimensional approach. *Türk Psikiyatri Derg*. 2006; 17: 213-22.
- Bilge A, Akmeşe ZB, Koçak YÇ, Sarıcan ES. A group of midwifery students' beliefs toward mental illnesses in Turkey. *Balikesir Saglik Bil Derg*. 2013; 2: 9-14.
- Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Prev Med Bull*. 2010; 9: 71- 8.
- Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerliliği ve güvenilirliği çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008; 9: 91- 6.
- Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık FA, Özkınay F, Onay H, As JV. İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012; 23: 149-60.
- Boke O, Aker S, Aker AA, Sarısoy G, Şahin AR. Schizophrenia in Turkish newspapers: retrospective scanning study. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*. 2007; 42(6): 457- 61.
- Bostancı N, Aştı N. Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*. 2004; 17(2): 87-93.
- Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam Dergisi*. 2005; 18 (1): 33.
- Campbell NN, Heath J, Bouknight J, Rudd K, Pender J. Speaking out for mental health: collaboration of future journalists and psychiatrists. *Academic Psychiatry*. 2009; 33: 166- 8.
- Ceylan B. Temas modeline dayalı hemşirelik girişimlerinin hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye yönelik sosyal mesafe, tutum ve damgalama davranışı üzerine etkisi. *Selçuk Üniversitesi Sağlık*



- Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi, Konya, 2017 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Özcan)
- Chan E, Rappaport LA, Kemper KJ. Complementary and alternative therapies in childhood attention and hyperactivity problems. *J Dev Behav Pediatrics*. 2003; 24: 4- 8.
- Chan JY, Mak WW, Law LS. Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: 'the same or not the same' anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Social Science and Medicine*. 2009; 68: 1521- 6.
- Chen M.D, Chang YC. Personnel attitudes toward people with mental illness at a psychiatric hospital in Taiwan. *Social Psychiatry*. 2016; 62(4): 361- 8.
- Collins RL, Wong EC, Cerully JL, Shults D, Eberhart NK. Intervention storeduce mental health stigma and discrimination. 2012. [http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/TR1318.html](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1318.html) (25 Şubat 2015).
- Cooper D, Moisan J, Gregoire JP. Adherence to atypical antipsychotic treatment among newly treated patients: a population-based study in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68: 818- 25.
- Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Shizophrenia Bulletin*. 2001; 27: 119- 225.
- Corrigan PW, Watson AC, Gracia G, Slopen N, Rasinski K, Hall LL. Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Serv*. 2005; 56(5): 551- 6.
- Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract*. 1998; 5: 201- 22.
- Crisp A, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatization of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 4- 7.
- Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2007; 8: 215- 23.
- Çam O, Bilge A. Türkiye’de ruhsal hastalığa/ hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *J PsyNurs*. 2013; 4: 91-101.
- Çam O, Bilge A. Türkiye’nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. *Yeni Symposium*. 2011; 49 (3): 131- 40.
- Çıtak EA, Budak E, Kaya Ö, Öz Ş, Şahin S, Taran N, Türker E. Başkent Üniversitesi’nde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010; 68-73.
- Delice MA, Akgül SM, Yıldız M. Toplum ruh sağlığı merkezi’nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *MÜSBED*. 2014; 4(2): 122- 5.
- Demirhan G, Altay F. Lise birinci sınıf öğrencilerinin beden eğitimi ve spora ilişkin tutum ölçeği II. *Spor Bilimleri Dergisi Hacettepe J*. 2001; 12(2): 9- 20.
- Demirören M, Şenol Y, Koşan AMA, Saka MC. Educational needs assessment of stigmatization towards mental illness in medical education: qualitative and quantitative approach. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015; 16: 22- 9.
- Dessoki HH, Hifnawy T. Beliefs about mental illness among university students in Egypt. *Europe’s Journal of Psychology*. 2009; 1: 1- 19.
- Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance to mentally ill people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004; 38: 348- 54.
- Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Derg*. 2000; 11:198-203.
- Ebrahimi H, Namdar H, Vahidi M. Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012; 17(7): 534- 8.
- Eker F, Öner Ö, Şahin S. Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları (düzce örneği). *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1(2): 63- 70.

- Ellis HA. Effects of a crisis intervention team (cıt) training program upon police officers before and after crisis intervention team training. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2014; 28: 10- 6.
- Erbaydar NP, Çilingiroğlu N. Tıp eğitimi geleceğin hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte midir?. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010; 21 (2): 114- 25.
- Ergün G. Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açışı. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2005 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Kamile KUKULU).
- Estroff SE, Penn DL, Toporek JR. From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophr Bull*. 2004; 30: 493- 509.
- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systemati creview of 62 surveys. *The Lancet*. 2002; 359: 545- 50.
- Fradelos EC, Velentza O, Anastopoulou K, Vasiliadi E, Argyrou P, Mitsi D, Tsaras K, Alikari V, Papanthasiou I, Zyga S. Assessment of factors that influence nurses' attitudes towards mental illness. *Open Access Library Journal*. 2015; 2: 20- 29.
- Gaebel W, Baumann AE, Phill MA. Interventions to reduce the stigma associated with mental illness: experiences from the open the doors program in Germany. *Can J Psychiatry*. 2003; 48(Suppl.10): 657- 62.
- Gaebel W, Baumann AE, Witte AM, Zaeske H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*, 2002; 252: 278- 87.
- Granados-Gámez G, Del Mar López Rodríguez M, Corral Granados A, Márquez-Hernández VV. Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspect Psychiatr Care*. 2016; 27.
- Güllü, M. ve Güçlü, M. Ortaöğretim öğrencileri için beden eğitimi dersi tutum ölçeği geliştirilmesi. *Niğe Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2009; 3(2): 138- 51.
- Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2(4): 583- 94.
- Gümüş AB. şizofreni hasta ve ailelerinin yasadığı güçlükler psiko eğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*. 2006; 1: 23-34.
- Günay S, Bekitkol T, Ekitli G, Yıldırım S. Bir hemşirelik fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016; 7 (3): 129-34.
- Güngörmüş K, Ekinci M, Das M. İlahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2014; 11 (2): 45-51.
- Halpert HP. Surveys of public opinions and attitudes about mental illness. *Public Health Reports*. 1965; 80(7): 589-97.
- Hamdan-Mansour AM, Wardam LA. Attitudes of jordanian mental health nurses toward mental illness and patients with mental illness. *Issues İn Mental Health Nursing*. 2009; 30: 705- 11
- Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: a review and critique. *J Ment Health*. 1997; 6: 345- 354.
- Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the Beliefs toward Mental Illness Scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2000; 22: 221-36.
- İnceoğlu, M. Tutum, algı, iletişim. Beykent Üniversitesi Yayınları, Inc. 2010, 5. Baskı, İstanbul. [https://www.academia.edu/12628801/MET%C4%B0N\\_%C4%B0NCEO%C4%9ELU\\_TUTUM\\_ALGI\\_%C4%B0LET%C4%B0C5%9E%C4%B0M](https://www.academia.edu/12628801/MET%C4%B0N_%C4%B0NCEO%C4%9ELU_TUTUM_ALGI_%C4%B0LET%C4%B0C5%9E%C4%B0M) (04 Nisan 2019).
- James D.J, Glaze LE. Mental health problems of prison and jail inmates. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs. 2006, <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf> (14 Nisan 2019).
- Javed Z, Naeem F, Kingdon D, İrfan M, Izhar N, Ayub M. Attitude of the university students and teachers towards mentally ill in Lahore, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2006; 18: 55-58.

- Kağıtçıbaşı Ç, Cemalcılar Z. Dünden bugüne insan ve insanlar, sosyal psikolojiye giriş. Evrim Yayınevi, Inc. 2014, 16. Baskı, İstanbul.
- Karabekiroğlu K, Cakin MN, Özcan ÖÖ, Toros F, Öztop D, Yaman AK. DEHB ve otizm ile ilgili bilgi düzeyleri ve damgalama: sınıf öğretmenleri ve ana-babalarla çok merkezli bir çalışma. Klinik Psikiyatri. 2009; 12: 79- 89.
- Karakaş Sa, Polat H, Ay E, Küçükoğlu S. Türkiye’de bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal sorunu olan bireylere karşı tutumları ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Bozok Tıp Derg. 2017; 7(1): 40- 8.
- Karasar N. Bilimsel araştırma ve yöntemi. Nobel Yayın Dağıtım, 2005, 15. Baskı, Ankara.
- Kayahan M. Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2009; 6(1): 27- 34.
- Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013; 50: 344-51.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62: 593- 602.
- Kıvrıkcı BB, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkiz B, Nazlı E, Özsin E, Piri Ö, Saraç Ö. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. Yeni Symposium. 2004; 42 (3): 113- 7.
- Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Stigmatisation. New Symposium. 2003; 41(4): 190- 2.
- Kranke D, Floersch J, Townsend L, Munson M. Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. Children and Youth Services Review. 2010; 32: 496-505.
- Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim 1987;44:16-30.
- Külüg MY, Coşkun S. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 2012; 179- 80: Erzurum.
- Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. Community Ment Health J. 2004; 40: 265- 74.
- Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. Int Rev Psychiatry. 2007; 19: 157- 78.
- Lawrie SM. Stigmatisation of psychiatric disorder. Psychiatr Bull. 1999; 23: 129-31.
- Malas EM. Ruhsal bozukluklara karşı stigma-derleme. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2019; 8(1): 1170- 86
- Markström U, Gyllensten AL, Bejerholm U, Björkman T, Brunt T, Hansson L, Leufstadius C, Sandlund M, Svensson B, Östman M, Eklund M. Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities – A follow-up study after completed clinical placement. Nurse Education Today. 2009; 29: 660- 5.
- Morgan AJ, Reavley NJ, Ross A, Too LS, Jorm AF. Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research. 2018; 103: 120- 33.
- Morgan CT. Psikolojiye Giriş. Çevirmen: Karakaş S, Eski R, Eğitim Kitapevi Yayınları, Inc. 2013,
- Oban G, Küçük L. Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011; 2(1): 31- 9.
- Oban G, Küçük L. Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012; 9 (2): 35- 41.
- Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh sağlığı ve bozuklukları. In: Şizofreni, 2016, 14. Baskı, Ankara, p: 189- 248.
- Pescosolido BA, Mohanan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public’s view of the competence, dangerousness, need for legal coercion of persons with mental health problems. Am J Pub Health, 1999; 89 (9): 1339- 45.

- Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry*. 2003; 182: 342- 6.
- Pinto-Foltz MD, Logsdon MC. Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009; 23(1): 32- 40.
- Riana AR, Osman CB, Ainsah O. Psychiatric morbidity and attitudes towards mental illness among patients attending primary care clinic of Hospital University Kebangsaan Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry*. 2008; 17: 30- 43.
- RSY. Ruh Sağlığı Yasa Taslağı. 2017, <http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2811201717434-Ruh-Sagligi-Yasa-Taslagi.pdf> (20 Haziran 2019).
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Derg*. 2001; 12: 99- 110.
- Sağlık Bakanlığı (SB). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. 19 Nisan 2011.
- Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Florez J, Baumann AE, Gureje O, Jorje MR, Kastrup M, Suzuki Y, Tasman A. Psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanması ile nasıl mücadele edileceği üzerine WPA kılavuzu. *World Psychiatry*. 2010; 9: 131- 44.
- Savrun BM, Arıkan K, Uysal O, Cetin G, Poyraz BÇ, Aksoy C, Bayar MR. Gender effect on attitudes towards the mentally ill: a survey of Turkish university students. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007; 44: 57- 61.
- Schnacter HM, Girardi A, Ly M, Lacroix D, Lumb AB, Berkom JV et al. Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2008; 2(18): 1- 14.
- Schnittker J. Gender and reactions to psychological problems: an examination of social tolerance and perceived dangerousness. *J Health Soc Behav*. 2000; 44: 224- 40.
- Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 2003; 56: 299- 312.
- Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*. 2007; 19(2): 137-55.
- Sewilam AM, Watson AMM, Kassem AM, Clifton S, McDonald MC, Lipski R, Deshpande S, Mansour H, Nimgaonkar JL. Suggested avenue storeduce the stigma of mental illness in the Middle East. *International Journal of Social Psychiatry*. 2014; 1-10.
- Stout PA, Villegas J, Jennings NA. Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. *Schizophr Bull*. 2004; 30(3): 543- 61.
- Şimşek, Y. Okul müdürlerinin iletişim becerileri ile örgüt kültürü arasındaki ilişki-Eskişehir ili örneği. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir. 2003.
- T. C. Resmi Gazete, 17 Aralık 2004, Sayı: 25673.
- Taghva AA, Farsi Z, Javanmard Y, Atashi A, Hajebi A, Noorbala AA. Strategies to reduce the stigma toward people with mental disorders in Iran: Stakeholders' perspectives. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1): 17.
- Taşkın EO, Özmen E. Sosyodemografik etmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkileri. *3P Dergisi*. 2004; 12 (ek 3): 13- 24.
- Taşkın EO. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. Meta Basım Matbaacılık, Inc. 2007, İzmir.
- Taşkın O, Şen F, Aydemir Ö, Demet M, Özmen E, İçelli İ. Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13: 205- 14.
- Thornicroft G. Toplumun Reddedtiği Ruhsal Hastalığı Olan İnsanlara Karşı Ayrımcılık. Çevirmen: Soygür H, Şizofreni Dernekleri Federasyonu, Inc. 2014, 1. Baskı, Ankara.

- Üçok A. Şizofreni hastası neden damgalanır?. Klinik Psikiyatri. 2003; 1(Ek): 3- 8.
- Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010; 23 (3): 145- 50.
- Walker I, Read J. The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward “mental illness”. Journal Psychiatry New York. 2002; 65(4): 313- 25.
- Warner R. Local projects of the World Psychiatric Association programme to reduce stigma and discrimination. Psychiatr Serv. 2005; 56 (5): 570- 5.
- World Health Organization (WHO). Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options, Summary Reports. Geneva, 2004; [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf) (28 Nisan 2018).
- Yaman E, Güngör H. Damgalama (stigma) ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Değerler Eğitimi Dergisi. 2013(b); 11(25): 251-70.
- Yaman E, Güngör H. Damgalama eğilimine ilişkin öğretmen görüşleri. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2014; 7(18): 823- 51.
- Yaman E, Güngör H. Okul yönetici ve öğretmenlerinin damgalama (stigma) eğilimleri ile örgüt kültürü arasındaki ilişki. International Online Journal of Educational Sciences. 2013(a); 5 (3): 783- 97.
- Yaralı D. Öğretmen adaylarının özel eğitim dersine yönelik tutumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016; 24: 59- 76.
- Yıldırım ÇS, Gürkan A. Ruhsal hastalıklarda damga ve hemşirelik. Hemşirelik Forumu. Eylül- Ekim, Kasım-Aralık Birleştirilmiş İki Sayı. 2006; 20-6.
- Yıldız M. Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, Inc. 2011, 1. Baskı, Ankara, p: 3-16.

## 8. EKLER

### EK A: BİLGİ FORMU

#### A-Sosyo-demografik Özellikler

1. Yaş: \_\_\_\_\_
2. Cinsiyet:  Kadın  Erkek
3. Medeni Durum:  Evli  Bekar  Boşanmış/Dul
4. Aile Tipi:  Çekirdek aile  Geniş aile  Parçalanmış aile
5. Eğitim durumunuz nedir?  Lisans  Lisansüstü
6. Kaç yıldır avukat olarak çalışıyorsunuz? \_\_\_\_\_/yıl
7. Daha önce hiç psikiyatrik destek aldınız mı/almayı düşündünüz mü?  
 Evet  Hayır
8. Yakın çevrenizde ruhsal hastalığı olan birey var mı?  
 Evet  Hayır
9. Varsa tanısı/ yakınlık derecesi? \_\_\_\_\_
10. Mesleğinizi yaparken ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşma sıklığınız nedir?  
Ayda \_\_\_\_ kez

#### B- Ruhsal Hastalıklara Yönelik Duygu, Bilgi ve Tutum

11. Ruhsal hastalığı olan bireylere karşı ne hissedersiniz? (birden fazla şık işaretlenebilir)  
 Acıma  Tedirginlik  Korku  Utanma  
 Şefkat  Merak  Diğer(Açıklayınız) \_\_\_\_\_
12. Daha önce hiç ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edindiniz mi?  Evet  Hayır
13. Cevabınız Evet ise nasıl edindiniz?  
 Sağlık eğitimi  Televizyondaki haberlerden  
 İnternette  Arkadaşlarımdan  Diğer \_\_\_\_\_

14. Size göre ruhsal hastalıkların ana nedenlerinin ne olduğunu düşünöyorsunuz?

- Kalıtsal yatkınlık  Çocuklukta yaşanan olaylar,  
 Büyü gibi doğa üstü güçler  Travmatik olaylar (deprem, sel gibi olaylar)  
 Aile içi çatışmalar  Geçirilen enfeksiyon hastalıkları  
 Diğer (belirtiniz).....



## EK B: RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ-RHIÖ

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.

<b>Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği</b>	<b>Tamamen katılmıyorum</b>	<b>Çoğunlukla katılmıyorum</b>	<b>Kisimen katılmıyorum</b>	<b>Kisimen Katılıyorum</b>	<b>Çoğunlukla katılıyorum</b>	<b>Tamamen katılıyorum</b>
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						



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

## EK C:DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

DAMGALAMA ÖLÇEĞİ		KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KISMEN KATILYORUM	KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
1	Adli suça karışmış biriyle aynı ortamda çalışmak istemem.					
2	Aynı dünya görüşünü paylaşmayan kişiler birbirine adaletsiz davranır.					
3	Seçme şansım olsa evlilik dışı doğan bir kişiyle çalışmak istemezdim.					
4	Cinsel tercihleri farklı olduğunu düşündüğüm biriyle iletişim kurmak istemem.					
5	Yaşlı personelin iş ortamında verimleri oldukça düşüktür.					
6	Kıdemi fazla olan çalışanlar genç olanlar üzerinde otorite kurmayı sever.					
7	Bayan personel iş ortamında daha fazla sorun çıkarır.					
8	İnsanların kökenine göre farklı tavırlar takınılabılır.					
9	Boşanmış personelin iş ortamına negatif etkileri olabilir.					
10	İş ortamında dini inancı farklı olan birinin bulunması beni rahatsız eder.					
11	Psikolojik yardım alan bireylerin kişilik problemleri vardır.					
12	Psikolojik yardım aldığı bilinen kişilere güven azalır.					
13	Toplum kurallarına aykırı yaşantısı olan bir kişiyle aynı ortamda çalışmaktan rahatsız olurum.					

14	Yaşam tarzı bana uymayan bir kişiyle iş dışında görüşmem.					
15	Performansı kıskanılan bir kişi iş ortamında yalnız kalır.					
16	Meslektaşlarıyla sosyal paylaşımında bulunamayan bir kişi sorunludur.					
17	Çalışanlar arasında ayırım yapılması doğaldır.					
18	Farklı şivesi olan kişiler küçümsenebilir.					
19	Kılık-kıyafeti aykırı kişiler dışlanmayı hak eder.					
20	Tarzı taşralı olan birinin sosyal kabul görmemesi doğaldır.					
21	Güzel/yakışıklı olan kişiler daha başarılıdır.					
22	İletişime kapalı kişiler sorunludur.					

## EK D: ETİK KURUL İZİNİ

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

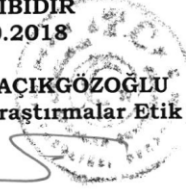
**Toplantı Sayısı:74**

**Toplantı Tarihi: 05.10.2018**

**Karar Sayısı:2018/1519:**N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN' ın "**Polislerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Damgalama Eğilimleri**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 01.10.2018 tarihli çalışma başlığı değişikliği dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Arş. Gör. Fatma YENER' in yüksek lisans tez çalışma başlığının "**Avukatların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Damgalama Eğilimleri**" olarak değiştirilmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.  
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.  
Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN  
Yardımcı Araştırmacı: Arş. Gör. Fatma YENER

**ASLI GİBİDİR  
05.10.2018**

**Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZÖĞLU**  
**İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**



## **EK E:BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

**Araştırmanın Adı:** Avukatların ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik inançlarını ve damgalama eğilimleri

Yüksek lisans tezi olarak planlanmış olan bu araştırma, avukatlar ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik inançlarını ve damgalama eğilimlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılmama ya da daha sonra ayrılma hakkınız vardır. Araştırmaya katılırsanız sizden “Bilgi Formu” “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği” ve “Damgalama Ölçeği”ni doldurmanız istenecektir. Bu araştırma süresince kimliğinizle ilgili kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor / yayında sizin adınız geçmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilerek, özetlenecektir.

Yukarıdaki metni okudum. Araştırmayla ilgili bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Araştırmaya kendi rızamla ve hiçbir zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcının Adı Soyadı**

**İmzası**

## EK:F ÖLÇEK İZİNLERİ

### Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği

**Gönderen:** Ayşegül Bilge <abilge73@gmail.com>

**Gönderildi:** 8 Mart 2018 Perşembe 17:32

**Kime:** Fatma YENER

**Konu:** Re: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği

Sevgili Fatma,

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'ni, ölçeğin yayımlanmış olan araştırma makalesini kaynak olarak kullanman doğrultusunda tez çalışmada kullanabilirsin.

Başarılar

Prof.Dr.Ayşegül BİLGE

2 Mart 2018 11:31 tarihinde Fatma YENER <[ftm\\_ynr\\_91@hotmail.com](mailto:ftm_ynr_91@hotmail.com)> yazdı:

Merhaba Ayşegül hocam,

Ben Fatma YENER, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktayım. Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans yapmaktayım."Polislerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve damgalama eğilimleri" başlıklı tez çalışmam için geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeğinizi kullanmak istiyorum. İzin verirseniz çok sevinirim.

İyi Çalışmalar.

## 2.Damgalama Ölçeği

21.02.2018 Re: Fwd: Damgalama ölçeği

[Yanıtla](#) | [Sil](#) [Gereksiz](#) | [...](#)

Re: Fwd: Damgalama ölçeği

HG Halime GÜNGÖR <halime\_gngr@yahoo.com> Yanıtla |  
26.1 (Cum) , 16:20  
Siz ↕

Gelen Kutusu

Damgalama Ölçeği D... 14 KB DAMGALAMA ÖLÇEĞ... 50 KB

2 ekin (64 KB) [Tümünü indir](#) [Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet](#)

Merhaba,  
Damgalama Ölçeği'ni çalışmanızda uygulama sırasında ve sonrasında referans göstermek, etik kurallara uymak koşuluyla kullanabiliriz. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum. Saygılarımla

Halime GÜNGÖR  
Psikolojik Danışman

On Thursday, January 25, 2018 5:52 PM, Fatma YENER <ftm\_ynr\_91@hotmail.com> wrote:

iPhone'umdan gönderildi

İleti başlangıcı:

**Kimden:** [ftm\\_ynr\\_91@hotmail.com](mailto:ftm_ynr_91@hotmail.com)  
**Tarih:** 24 Ocak 2018 16:40:19 GMT+3  
**Kime:** [eyaman@sakarya.edu.tr](mailto:eyaman@sakarya.edu.tr)  
**Konu:** Damgalama ölçeği

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### FATMA YENERÖZCAN

---

Kimlik Numarası	23344544122
Doğum Yılı	22 Mart 1991
Yazışma Adresi	Fatih Mahallesi Mamüre Sokak No:20 Daire:3 Selçuklu/KONYA
Telefon Numarası	+90 555 494 51 04
İş Telefonu	+90 332 320 40 49 (2142)
e-posta	<a href="mailto:ftm_ynr_91@hotmail.com">ftm_ynr_91@hotmail.com</a> fyener@erbakan.edu.tr

---

### EĞİTİM BİLGİLERİ

---

Yüksek Lisans	Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ABD	2015-Devam	Konya
Üniversite	Ege Üniversite Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu	2010-2014	İzmir
Lise	Yenişehir Ertuğrul Gazi Anadolu Lisesi	2005-2009	Bursa

---

### SINAV BİLGİLERİ

---

YDS	63,75	02/04/2017
YÖKDİL	67,5	09/07/2017
ALES	81,44	22/11/2015

---

### SERTİFİKA ve EĞİTİMLER

---

Diksiyon Programı	01/05/2012
Etik ve İnsan	08/05/2013
Halkla İlişkiler	09/05/2013
Bin Yıl Kalkınma Hedefleri ve Gerçekleşme Düzeyleri	15/05/2013
Hemşireliğin Gücü: Görünür Olmak Güvenilir Olmak	05/05/2014
Farklı Olmak, Farkında Olmak, Farkındalık Yaratmak	09/05/2014
Hemşirelikte Değişim ve Yenilenme Yolculuğunda Zaman Yönetimi	16/05/2014
Motivasyonel Görüşme Tekniği Kursu Eğitimi (2 kur)	21/07/2017- 09/02/2018
Bakım Davranışları Geliştirme Kursu	17-18/ 01/ 2019
Sistemik Derleme Yapma ve Yayınlama Kursu	26-27/04/2019

---



## İŞ DENEYİMİ

<b>Kurum</b>	<b>Görevi</b>	<b>Tarih</b>
Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD	Araştırma Görevlisi	2017-2017
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD	Araştırma Görevlisi	2017-.....