



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNE İNTERNET ARACILIĞI İLE GELEN  
DANIŞMANLIK SORULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

HALİL UTKU ALTIN

YRD. DOÇ. DR. GÜL ERYILMAZ

İstanbul, 2015

T.C  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNE İNTERNET ARACILIĞI İLE GELEN  
DANIŞMANLIK SORULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

HALİL UTKU ALTIN  
134102024

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. GÜL ERYILMAZ

İstanbul – 2015

Gereği arz olunur.

## BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Bir Psikiyatri Hastanesine İnternet Aracılığı İle Gelen Danışmanlık Sorularının Değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

26.01.2015

Halil Utku Altın



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102024
Öğrenci Adı Soyadı	: Halil Utku Altın
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Gül Eryılmaz
Tezin Başlığı	: Bir Psikiyatri Hastanesine İnternet Aracılığı ile Gelen Danışmanlık Sorularının Değerlendirilmesi

Toplantı Tarihi	: 26.01.2015	Saati	: 17.00
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya :  GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

- Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak **KABUL** edilmesine,
- Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının **DÜZELTİLMESİNE**, düzeltme için adaya ..... ay **EK SÜRE** verilmesine (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonunda tezin **REDDEDİLMESİNE**

OY BİRLİĞİ       OY ÇOKLUGU

ile karar verilmiştir.

Savunmada Tezin Başlığı :  Değişmedi.       Değişti.

Tezin Yeni Başlığı : —

Öğrenci Savunmaya :  GELMEDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ ile **REDDEDİLMİŞTİR.**

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd. Doç. Dr. Engin Ökten	
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Gökçe Ayar	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Mustafa Aydın	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Tarih : 26.01 / 2015

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....  
Anabilim Dalı Başkanı

# İÇİNDEKİLER

Bilimsel Etik Sayfası.....	i
Tez Savunma Sınav Tutanağı.....	ii
Önsöz/Teşekkürler .....	i
Özet .....	vi
Summary .....	vii
Kısaltmalar / Simgeler Sayfası.....	viii
Tablolar Listesi.....	ix
Ekler Listesi .....	x
<b>BİRİNCİ BÖLÜM : GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Problem Cümlesi .....	3
1.2.Araştırmanın Amacı .....	3
<b>İKİNCİ BÖLÜM- KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR .....</b>	<b>4</b>
2.1.RUHSAL SAĞLIK VE HASTALIK .....	4
2.1.1.Ruh Sağlığı Modelleri.....	6
2.1.1.1.Medikal Model.....	6
2.1.1.2.Sosyal Model .....	7
2.1.1.3.Bireysel Kültürel Yapısal Model .....	7
2.1.2. Ruh Sağlığının Boyutları .....	7
2.1.3. Sağlık Personelinin Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutumlar .....	7
2.1.4. Psikolojik Yardım Aramaya Yönelik Tutumlar .....	9
2.2.STİGMA (DAMGALAMA) .....	11
2.2.1. Stigmanın Tanımı ve Etkileri.....	13
2.2.2. Stigmanın Kaynakları .....	17
2.2.3. Stigmanın Hastalığı Yaşayan Bireylere Etkisi .....	18
2.2.4. İçselleştirilmiş Damgalama .....	19
2.2.5. Stigmayı Önlemek. ....	22
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM : YÖNTEM.....</b>	<b>25</b>
3.1.Araştırmanın Şekli.....	25

3.2.Araştırmanın Evreni .....	25
3.3.Veri Toplama Araçları.....	25
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu .....	25
3.3.1.1.Kişisel Bilgi Formunda Yer Alan Değişkenler .....	26
3.4.Verilerin Analizi .....	27
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM : BULGULAR .....</b>	<b>28</b>
4.1.Bireylerin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımları .....	28
4.2.Bireylerin Yaş Değişkenine Göre Dağılımları .....	28
4.3.Bireylerin Bölge Değişkenine Göre Dağılımları .....	29
4.4.Bireylerin Eğitim Değişkenine Göre Dağılımları .....	29
4.5.Bireylerin Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımları .....	30
4.6.Bireylerin Sordukları Sorunun Kimin Hakkında Olduğu Değişkenine Göre Dağılımları .....	31
4.7.Bireylerin Sordukları Sorunun Genel Yapısı Değişkenine Göre Dağılımları .....	31
4.8.Bireylerin Sordukları Sorunun Genel İçeriği Değişkenine Göre Dağılımları .....	32
4.9.Bireylerin Sordukları Soruda Psikiyatrik Öykü Olup Olmaması Değişkenlerine Dağılımları .....	32
4.10.Bireylerin Sordukları Soruda belirti Olup Olmaması Değişkenine Göre Dağılımları.....	33
4.11.Bireylerin Sordukları Soruda Ücret Öğrenme Değişkenine Göre Dağılımları ...	33
4.12.Bireylerin Geçmişde Tanı Alıp Almaması Değişkenine Göre Dağılımları.....	34
4.13.Bireylerin Sordukları Soruda öneri İsteme Değişkenine Göre Dağılımları .....	34
4.14.Bireylerin Sordukları Soruda Randevu Talep Etme Değişkenlerine Göre Dağılımları.....	35
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM: TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>36</b>
5.1.Araştırmanın Sınırlılıkları .....	43
<b>ALTINCI BÖLÜM : ÖNERİLER.....</b>	<b>44</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>45</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>52</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>53</b>

## ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Tez süreci boyunca konunun belirlenmesi için fikirlerini esirgemeyen, tezin yazım aşamasından başlayıp en son noktasına kadar emeği geçen Sayın Yrd. Doç. Dr. Gül ERYILMAZ' a teşekkür ederim.

Kariyerimde bu tezi yazabildiysem hiçbir fedakarlıktan kaçınmayıp eğitimim için ellerinden gelenin fazlasını yapan; emeklerini, çabalarını ömrüm boyunca ödeyemeyeceğimi bildiğim annem Güler ALTIN ve babam Ergüner ALTIN' a, İstanbul' da Yüksek Lisans eğitimim boyunca kardeşlikten ziyade bana arkadaşlık eden ve iyi ki benim kardeşimsin dediğim geleceğin Makina Mühendisi Necati Aykut ALTIN' a, okuma yazma öğrendiğim andan itibaren sürekli kitaplar hediye eden ve eğitimimin ilerlemesinde büyük emekleri olan, annem ve babamdan ayırt edemeyeceğim halam Dr. Ümmühan ALTIN' a, tez yazma süresi boyunca bana evini açan, bu tezi yazmamı kolaylaştıran arkadaşım Hasan Fırat TAŞ' a ve yüksek lisans eğitimimin kayıt olduğum ilk günden bittiği güne kadar yanımda olan, eğitimim ve tezimin yazma sürecine, araştırmalarım, sınavlarıma yardımcı olan genç psikolog adayı Funda ÖKSÜZ' e bu tezimi ithaf etmek isterim.

Halil Utku Altın  
26.01.2015

## ÖZET

( ALTIN, H.Utku, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

Sosyokültürel ve sosyoekonomik açılardan sürekli değişen ve gelişen dünyada insan ilişkileri de değişmektedir. Buna bağlı olarak kendimizi, başkalarını ve başkalarının bizi nasıl gördüğüne dair çalışmalar günümüzde giderek artmaktadır. Stigmanın önemli bir toplumsal sorun olması nedeni ile bu çalışmada kişilerin stigmaya bakış açısı irdelenmiştir.

Bu amaçla, bu çalışmada bir psikiyatri hastanesine internet üzerinden gelen mailer ve tedavi olmak amacıyla hastaneye ilk kez başvuran 8 yaşından büyük 100 kişinin doldurdukları kişisel bilgi formları incelenmiştir.

Verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması için aşağıdaki işlemler gerçekleştirilmiştir. Bireylere ait demografik özelliklerin betimlenmesi için yüzde ve frekans istatistiklerinden faydalanılmıştır. Sayısal değerlerin anlamlılık düzeyinin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılmış, sayısal olmayan verilerin karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır. Gerçekleştirilen tüm analizlerde anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir. Analizler SPSS 17.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Sonuçlar: Kişilerin stigmatize olmaktan korktukları için kendilerini internet üzerinden daha iyi ifade ettikleri düşünülmüştür. Ayrıca stigmanın psikolojik yardım almanın önündeki önemli bir engel olduğu söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ruh sağlığı, stigma, damgalanma, psikolojik yardım, klinik psikoloji



## SUMMARY

( ALTIN, H.Utku, Master's, İstanbul, 2015)

In the World which is continuously changing and evolving in socioeconomical and sociocultural respects, human relations are also changing. Correspondingly, studies on how we are considering ourselves and the others, and how other individuals are considering us are gradually increasing. Because of stigma is an important social issue, point of view of the individual to stigma has been tried to understood..

For this purpose, the e-mails which were reached to a psychiatry hospital via internet and the personal information forms filled by the 100 persons over 8 years who were first requested for psychiatric therapy were analysed in this study.

Following procedures were performed to analyse and to interpret the datas. Percentage and frequency statistics were used to represent personal demographic characteristics. Chi-square test was used to compare the levels of significance of numerical values, T test was used to compare the non-numerical values. Significance level were accepted as  $p < 0.05$  for al analyses. All analyses were performed by SPSS 17.0 software.

Results: It was thought that individuals are better express theirselves via internet because they afraid of being stigmatized. In addition, it may be told that stigma is an important interference with psychological help.

**Key words:** Mental health, stigma, to be stigmatized, psychological help, clinical psychology.

## **Kısaltmalar**

**DSM** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal ozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

**WHO** : World Health Organization ( Dünya Sağlık Örgütü)

**EKT**: (Elektrokonvülsif Tedavi)

**ICD**: (International Statistical Classification of Diseases and Related Problems)

**OKB**: Obsesif Kompülsif Bozukluk

**WPA**: (Dünya Psikiyatri Birliği)



## Tablolar Listesi

**Tablo 4.1.**Bireylerin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.2.**Bireylerin Yaş Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.3.**Bireylerin Bölge Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.4.**Bireylerin Eğitim Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.5.**Bireylerin Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.6.**Bireylerin Sordukları Sorunun Kimin Hakkında Olduğu Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.7.**Bireylerin Sordukları Sorunun Genel Yapısı Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.8.**Bireylerin Sordukları Sorunun Genel İçeriği Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.9.**Bireylerin Sordukları Soruda Psikiyatrik Öykü Olup Olmaması Değişkenlerine Dağılımları

**Tablo 4.10.**Bireylerin Sordukları Soruda belirti Olup Olmaması Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.11.**Bireylerin Sordukları Soruda Ücret Öğrenme Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.12.**Bireylerin Geçmişde Tanı Alıp Almaması Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.13.**Bireylerin Sordukları Soruda öneri İsteme Değişkenine Göre Dağılımları

**Tablo 4.14.**Bireylerin Sordukları Soruda Randevu Talep Etme Değişkenlerine Göre Dağılımları

## **Ekler Listesi**

**EK 1:** Kişisel Bilgi Formu

**EK 2:** Özgeçmiş



# BÖLÜM I

## GİRİŞ

Tarihsel süreç içerisinde ruhsal yönden rahatsız olan kişilere karşı çağdan çağa farklı tutum ve inançlar geliştirilmiştir (Arslantaş vd., 2010). Tutum, kişiye yüklenen ve onun bir psikolojik nesneye karşı öğrenilmiş olumlu ya da olumsuz tepkilerde bulunma durumudur (Üçok, 2003). Tutumlar bireye aittir ve onun nesneye ilişkin düşünce, duygu ve davranışlarına bütünlük ve tutarlılık katar. Bir kişi ya da toplum kendisini korkutan, rahatsız eden durumla karşılaştıklarında çoğu zaman onu kendisinden uzaklaştırıp yabancılaştırma yoluna gider (Taşkın, 2007).

Tarih boyunca bazı toplumlar ruh hastalarına önem verip onları kendi içlerinde kabul ederken, bazı toplumlar ise insan haklarına uymayacak yaklaşımlar sergileyip kendi içlerinden uzaklaştırmışlardır (Arslantaş vd., 2010). Toplumda ruhsal hastalığı olan kişilere karşı olumsuz davranışların olduğunu gösteren birçok çalışma yapılmıştır.

Şen ve arkadaşlarının (2003) kırsal bölgede yaşayan insanların depresyona ilişkin davranışlarının incelendiği bir çalışmada, araştırmaya katılan kişilerin %75' inin depresyonlu birisiyle evlenmek istemediklerini, %71.6' sının depresyona girmiş insanların yaşamları hakkında doğru karar veremeyecekleri sonucuna ulaşılmıştır (Şen vd., 2003). Akdede ve arkadaşları (2004), gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyini incelediği bir çalışmanın sonuçlarında şizofreni kelimesinin bile tek başına korkutmaya yettiği sonucuna ulaşılmıştır (Akdede vd., 2004). Doğunun şifahaneleri bir yana ortaçağ, şizofreni hastaları için, içlerindeki şeytanları, günahları çıkarmak için işkenceye uğradıkları, yakılıp yıkıldıkları karanlık bir çağ olarak tarihe geçmiştir. 20. Yüzyılın ortalarına kadar şizofreni hastaları hastanelerde toplumdan uzaklaştırılmış bir şekilde yaşamışlardır (Özyiğit vd., 2004).

Stigma bir kimseye gerçeğe dayanmayacak şekilde herhangi bir özellik, nitelik ya da yüz kızartıcı bir suç yüklemek, bir kimseyi kötü birisi olarak etiketlemektir. Bunun sonucunda bu kişiye karşı saygınlık azalır, utanç verici bir leke yapıştırılır. Bir kişiyi stigmaya maruz bırakmak; o kişiyi olumsuz özelliklerle tanımlamak ve daha sonra bu olumsuz özelliklere uygun şekilde toplumsal değerini düşürmektir. Stigmaya

uğramış bir kişi diğer özellikleri geri plana atılarak, kendisine yapıştırılan olumsuz özelliklerle özdeşleştirilip dışlanma, aşağılanma ve ayrımcılığa daha fazla maruz kalmış olur (Eryıldız, 2008). Crisp ve arkadaşlarının (2000) yapmış oldukları bir çalışmada, kişilerin genel olarak şizofreni ve alkol-madde bağımlılığı olan bireyleri güvenilmez ve tehlikeli olarak gördüklerini ortaya çıkartmışlardır (Crisp vd., 2000). Toplumun geneli ruhsal hastalara karşı tutumu, önyargı ile birlikte bir reddetme de içermektedir (Thornicroft et al., 2007).

Ruhsal hastalıklar geçmişten itibaren, stigmaya ilişkin bütün olumsuzlukların en çok düzeyde görüldüğü hastalıklar olmuştur. Ruhsal hastalıkların toplum tarafından stigmaya uğratılmasında, etiketleme önemli bir role sahiptir. Toplumların kendisine özgü ruh sağlığı tanımları vardır. Kişilere bir kere bu tanımlara göre etiket yapıştırıldığında, o kişinin artık gerçek kimliği göz ardı edilip toplumun zihninde “ruh hastası” stereotipleri ile kişiye davranışlar şekillenir. Bununla birlikte bazı çalışmalarda, kişiler psikolog ya da psikiyatriste başvurup tanı aldıktan sonra, açık şekilde ayrımcılığa yada kötü davranışlara maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri görülmüştür. Ruh hastalığı olan kişiler bazen farkında olarak ya da olmayarak kendisi için azalmış beklenti ve umutsuzluğu kabul etmektedirler. Bu kişilerde, içine düştükleri durumdan utanma, yetersizlik hissetme, olumsuz otomatik düşüncelere kapılma, sosyal ilişkilere girememe olarak görülmektedir. Link ve arkadaşları (2001)' nın ruhsal hastalığı olan bireyler ile yaptıkları çalışmada kendilik algısının stigmaya uğramada önemli bir etken olduğunu söylemişlerdir. Kendilik saygısı düşük olan hastalarda damgalanma duygusunu daha yüksek bulmuşlardır. Ayrıca hastalıktan bağımsız olarak hastalık sonrası eski işlevselliğine dönemeyen kişilerde de damgalanma algısının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Hastalıkları konusunda daha bilgili olan kişilerin daha düşük damgalanma algısına sahip oldukları görülmektedir. Damgalama etiketi ne kadar yüksekse hastada damgalanma duygusu da o kadar yüksek olmaktadır. Stigmaya uğrama ihtimali daha yüksek olan hastalıklar sırasıyla; madde-ilaç bağımlılıkları, alkol bağımlıları ve şizofreni hastaları olarak yer almaktadır. Hastanede yatarak tedavi olmuş hastalarda içsel damgalama algısı daha yüksektir. Yatarak tedavi olmanın yanında EKT (Elektrokonyülsif Tedavi) uygulanması ve Lityum kullanılması da içsel damgalama algısını arttıran durumlardır (Ersoy vd.,2007; Taşkın 2007; Brohan et al., 2010).

İçselleştirilmiş damgalama duygusunu belirleyen bir başka etmen kişinin yakın çevresidir. İçselleştirilmiş damga hastanın yakın çevresinde de aktifleşir ve hastanın yakınları, hem kendileri damgalama algısı içine girerler hem de buna bağlı olarak hastayı damgalama ve dışlama eğilimine girerler. Bazı çalışmalarda hastanın yakınları, ailelerinde ruhsal hastalığı olan kişinin bulunmasından utanç duydukları ve bunu gizlemeye çalıştıkları görülmektedir (Taşkın, 2007).

Genel olarak kişi yaşamını, geçmekte olan bir zaman diliminin içinde ve değişen şartlarda; kendisiyle, ailesi ve yakın çevresiyle, içinde bulunduğu toplum ile yoğun bir ilişkiler ağı içerisinde yaşamaktadır. Bu ilişkiler ağında denge, uyum ve doyum mevcutsa kişinin ruh sağlığı yerindedir (Bostancı, 2005).

### **1.1.Problem Cümlesi**

İnternetin hızla yaygınlaşması, iletişimi ve kendini ifade etme rahatlığı vermesi nedeni ile stigma üzerinde farklılık yaratır mı?

### **Alt Problemler / Denenceler**

İnternet stigmayı etkilememektedir.

### **1.2.Araştırmanın Amacı**

Değişen ve gelişen sosyokültürel ve sosyoekonomik dünyada insan ilişkilerinin de değiştiği ve buna bağlı olarak kendini, başkalarını, başkalarının bizi nasıl gördüğüne dair çalışmalar günümüzde giderek artmaktadır. Stigma önemli bir toplumsal sorun olması nedeni ile kişilerin stigmaya bakış açısı anlaşılmaya çalışmıştır. Bu amaçla bir psikiyatri hastanesine internet üzerinden gelen mailer incelenmiştir.

## BÖLÜM II

### KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 2.1.RUHSAL SAĞLIK VE HASTALIK

Duygular insanlığın evrimi boyunca gelişen ve kişiyi dışarıdan gelebilecek uyarılara karşı, uyarıcı ve koruyucu bir düzenin sonucudur (Kring and Bachorowski, 1999). Psikolojik sorunlar bu duyguların işlevselliğini yitirdiği durumlarda ortaya çıkan sonuçlardır. İnsanın çevresine uyum sağlamaya yönelik katkısından çok içinde bulunduğu çevreye uyum sağlamasını engelleyen duygular, psikolojik olarak ortaya çıkan sorunların temelini oluşturmaktadır. Bu bakımdan incelendiğinde ruh sağlığı, kişinin kendi yetilerinin farkına varıp, hayatın getirdiği stresle baş edip, verimli çalışmalar içine bulunduğu, yaşadığı toplumla uyum içerisinde çeşitli katkılar sağlayabildiği bir tür iyi olma hali olarak tanımlanabilir (DSÖ, 2005).

Ruh sağlığını açıklamak için yaygın olarak kullanılan iki tane yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar haz almaya yönelik yaklaşım ve gelişim sağlamaya yönelik yaklaşımlardır. Haz sağlamaya yönelik yaklaşım sürekli mutluluğun peşinden giderken, gelişim sağlamaya yönelik yaklaşım optimum düzeyde psikolojik ve sosyal yönden işlevselliğe önem vermektedir (Hu et al., 2007).

Birey, hayatını geçmekte olan bir zaman dilimi içinde ve değişen ortamlarda; kendisi, sosyal çevresi, içinde bulunduğu toplumla ve yaptığı iş ile yoğun bir ilişki düzeyinde sürdürmektedir. Bu ilişkiler çerçevesinde, denge, uyum ve doyum sağlamak mevcut ise kişinin ruhsal yönden sağlıklı olduğundan bahsedilebilir (Bostancı, 2005). Bu denge, uyum ve doyum bozulur ise ruhsal yönden sağlıksızlık ortaya çıkabilmektedir. Ruhsal yönden sağlıksızlık, “bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında olağandışlıkların, aykırılıkların bulunması” olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Ruhsal yönden sağlıksız olan bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında ortaya çıkabilecek olan bu farklılıklar birçok toplumda normal olmamak bir bakıma normalden sapmak olarak kabul edilmekle birlikte, ortaya çıkan bu davranışlar



genellikle toplum tarafından uygun görülmediği için kabul edilmez (Bağ ve Ekinci, 2005).

Ruh sağlığı kavramında ruh kavramı ağırlıklı olarak bilincin kendisini ifade eder. Ruh nihai bir kavram olarak değil var olmanın, gelişmenin birleşiminden meydana gelen bütün bir sistem olarak ele alınmaktadır. Psikolojik sorun düzeyinin varlığı da algılan nesnelere ve meydana gelen olaylara yüklenmiş olan olumsuz anlamlarda başlayabilmektedir. Ruh sağlığı ise bunun tam tersi bir süreç de büyüyüp gelişmektedir. Bu anlamlandırma süreci meydana gelirken içinde bulunulan durum ve neden-sonuç ilişkileri bu olaylara karşı verilen tepkileri büyük ölçüde etkileyebilmektedir (Musalek et al., 2010).

Bireyin duygu kontrol düzeyleri ruh sağlığını büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Bu süreç kişinin yaşadığı stres karşısında nasıl bir baş etme yöntemi geliştirdiğine bağlı olarak sonuçlanır. Ruh sağlığı iyi düzeyde olan kişiler yetilerinin farkında olduğunu, günlük yaşamın stresi ile başa çıkabildiğini, üretken bir şekilde çalışabildiğini ve içinde bulunduğu topluma katkıda bulunduğunu söylemek mümkündür (DSÖ, 2001).

Yüksek ruh sağlığı kişiyi, grupları ve toplumun bütünü bir arada tutan yüksek etkenlerden biridir (Pollet, 2007). Popülasyonun ruh sağlığı; gelir, sosyal statü, sosyal destek, eğitim, çalışma şartları, sosyal yaşam, bedensel sağlık, cinsiyet ve kültür gibi çeşitli etkenlere bağlıdır (Public Health Agency of Canada, 2007).

Sayılan temel etkenlere bağlı olarak ruh sağlığının korunabilmesi ve geliştirilmesi üç ana etkene bağlıdır. Bu etkenler sosyal katılım (Destekleyici ilişkiler kurmak ve topluma dahil olabilmek), ayrımcılık ve şiddete dahil olmamak (kişisel güvenlik, özgür bir şekilde ve kişinin kendi hayatını kontrol etmesi) ve ekonomik olanaklara (iş, eğitim, para) ulaşımıdır (Victorian Department of Human Services, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü' nün Ottawa Planı' na göre, ruhsal sağlığını korumak ve geliştirmeye yönelik beş farklı eylem alanı mevcuttur.

- Sağlık politikası oluşturmak,
- Destekleyici bir çevre yaratmak,
- Toplumsal eylemi güçlendirmek,

- Bireysel becerileri geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönünü değiştirmek (DSÖ, 2005b).

Ruh sağlığı, bireylerin dünya ile ilişkileri neticesinde şekillenen bir yapıdır. Çeşitli yaşamsal olaylar bireyin ruh sağlığı düzeyini önemli bir ölçüde düşürüp, arttırabilir. rnek verilirse, ağır bir psikolojik sorun yaşamış bireylerin geçmiş öykülerinde olumsuz yaşam olayları yer alır (Johnson, 2003).

İnsanın yaşamını sağlıklı şekilde sürdürebilmesi için bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali içinde olması gerekir. Ruh sağlığı kişinin kendi benliği ile sosyal çevresi ve toplum ile dengeli, düzenli ve uyum içinde bir ilişki kurabilmesi için gerekli çabayı sarf edebilmesi olarak tanımlanır (Bahadır, 2009). Bu tanıma bağlı olarak kişinin benliği ve çevresi ile uyum içinde olması ruh sağlığının göstergesi olarak kabul edilebilir. 1978 Alma-Ata Bildirgesi' ne göre, temel sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerini de kapsayan bütüncül bir yaklaşım ile şekillenmesi gerektiğini belirtmektedir. Temel sağlık hizmetleri kapsamında bütüncül yaklaşım, ruhsal sağlık konusunda engellenebilecek rahatsızlıkların azaltılmasını sağlayabilir. Bütüncül yaklaşım yönünden ruh sağlığı ve hastalıklarından daha fazla söz edilmekte ve buna bağlı olarak giderek daha fazla önem verilmektedir. (Ege vd., 2003)

### **2.1.1. Ruh Sağlığı Modelleri**

#### **2.1.1.1 Medikal Model**

Medikal Model, ruh sağlığını insan bedeni içindeki potansiyel rahatsızlıkların ortaya çıkmamasına bağlamaktadır. Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından oluşturulan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), tüm ruh sağlığı çalışanları tarafından en temel kaynak olarak kullanılır. Dünya sağlık rgt tarafından oluşturulan ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Problems) aynı şekilde benzer kaynak olarak kullanılmaktadır. İki sistemi de ele aldığımızda kişilerde gözlenen bazı kişisel özelliklerin, içlerinde yer alan bazı tanı kriterleri ile belli bir oranda eşleşmesi, ruh sağlığının hangi boyutta risk altında olduğunu tespit etme esasına dayanır. (Pollet, 2007).

### **2.1.1.2 Sosyal Model**

Sosyal model ruh sağlığını etkileyen başlıca etkenler olarak, bireyin yaşam standartlarını ele almaktadır. Bu olaylardan bazıları çevresi tarafından dışlanma, şiddete uğramak, kayıplar, yoksulluk, ırk, cinsel yönelim, cinsiyet, engelli olmak vb. tarzda güçsüzlük, eşitsizlik ve baskıya uğrama gibi sosyo-demografik sebeplerdir. Bu etkenlerin olumsuz şekilde insanın yaşantısına etki etmesi ruh sağlığının bozulmasında başlıca etken olduğu ifade edilir (Pollet, 2007).

### **2.1.1.3. Bireysel-Kültürel-Yapısal Model**

Thomson' ın bireysel-kültürel-yapısal modeli toplum, kültür ve bireysel tutumların ilişkilerini anlayabilmek için oluşturulmuştur. Thomson' a göre kişinin dünyayı anlama, anlamlandırma ve bunlara bağlı olarak karşı bir tutum geliştirme yöntemleri, içinde bulunduğu kültürün yapısına bağlı olarak değişebilmektedir. Buna bağlı olarak da sağlık çalışanları, içinde yaşadıkları toplumun kültürel yapısına yönelik düşünce ve tutumlarını davranışlarına yansıtılabilmektedir (Pollet, 2007).

### **2.1.2 Ruh Sağlığının Boyutları**

Duygular farklı bileşenlerden oluşmaktadır. Bunlar davranışsal, öznel, bedensel, bilişsel faktörlerin sonucunda ortaya çıkan ve farklı durumlarda farklı oranda etki bırakan ve şartlara göre değişkenlik gösteren bir bütündür. Bütün bunlara bağlı olarak duygular, kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Olumlu duygulanım eşiği düşük olan kişiler daha fazla üzüntü ve durgunluk gibi hisler yaşarlar. Olumsuz duygulanım düzeyi yüksek olan kişilerin kaygı, suçluluk ve düşmanlık gibi duygular geliştirmeye yönelik tutumları daha yüksek olur. (Kring ve Bachorowski, 1999).

### **2.1.3 Sağlık Personelinin Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutumları**

Ruh sağlığı sorunu olan kişilere toplumun tutum ve davranışlarından söz ederken sadece aile ve sosyal çevresi değil, toplumun eğitilmesinde rol oynayan sağlık personellerinin de tutum ve davranışlarından söz etmek gerekir (Arı ve Öz, 2005).

Meslek yaşamları boyunca ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaşan ve toplum tarafından sağlık konusunda “danışman” ve “model” işlevi gören sağlık personelinin, ruhsal bozukluğa sahip bireylere karşı tutum ve düşünceleri, onların bu hastalıklara yönelik tutum ve davranışlarını yansıtabilmesi açısından oldukça önem arz etmektedir. Sağlık personellerinin, ruhsal sorunları olan kişilere karşı davranışları, ruhsal sorunları olan hastaların gereken yardımı alabilmelerini, gerektiği zaman yönlendirilmelerini ve toplumun ruhsal hastalıklara karşı yaklaşımlarını etkileyen önemli bir etkidir (Bağ ve Ekinci, 2005).

Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıkları etiketlemeleri konusunda yapılan araştırmalar incelendiğinde, araştırmaların bir kısmında topluma göre sağlık çalışanlarının ruh hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının olumlu yönde olduğu görülmüştür (Eşsizozlu ve Arısoy, 2008). Bir kısım sağlık personelinde ise ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutumlarının toplumda ki ön yargılarla paralel olarak olumsuz yönde geliştiği görülmüştür

Özyiğit ve arkadaşlarının, hemşire ve hemşire öğrencilerinin şizofreniye karşı tutum ve davranışlarının incelendiği başka bir çalışma sonucuna göre, şizofreni hastalarına ilişkin sosyal mesafe koyma ve sosyal reddedilme konusunda genel bir olumsuz tutum ve davranışlarının baskın olduğu görülmektedir (Özyiğit vd., 2004).

Sağlık alanında çalışsalar bile toplumun bireyleri olarak ruhsal sorunlara sahip kişilere karşı bu yargılara da sahip olunabilir. Ancak, toplumun öteki bireylerinden farklı olarak sağlık çalışanları, biyopsikososyal bütünlük içeren bir takım anlayışla ruhsal sorunlara sahip bireylere bakım verip, yardımcı olmak zorundadırlar. Sağlık personellerinden ayrıca toplumda bu kişilere karşı olumlu bir tutum geliştirmesi için model olup, toplumu olumlu yönde etkilemesi de beklenir (Bağ ve Ekinci, 2005).

Sağlık personelleri bu noktada, toplum içinde ki diğer bireylerden farklılaşıp, ruh sağlığına ilişkin kendi tutum ve davranışlarını gözden geçirmelilerdir. Bu yargıların, sunduğu hizmete etkisini bilmeli, sağlık eğitimcisi olarak topluma rol modeli olmanın değerini unutmaması gerekir (Arı ve Öz, 2005).

#### 2.1.4. Psikolojik Yardım Aramaya Yönelik Tutumlar

Psikolojik yardım arama tutum ve davranışlarını açıklamaya yönelik bazı çeşitli tanımlar yer almaktadır. Bu konuda yapılan ilk tanımlardan birisinde Fischer ve Turner (1970), yardım arama davranışını, varlığa karşı tehdit oluşturan herhangi bir durumla karşılaşıldığında bireyin, söz konusu durum ya da sorun ile baş edebilmek için içsel kaynaklarının yetersiz olduğunu değerlendirmesi ve bunun içinde dışsal kaynaklara yönelmesi şeklinde tanımlanır.

Husaini ve arkadaşlarının (1994) göre, yardım arama davranışı genel olarak bireylerin karşılaştıkları ve üstesinden gelemedikleri sorunlar ile başa çıkmak için, ilgili konularda uzman ya da o alanda uzman olduğunu düşündüğü kişilerden istemiş oldukları yardım ya da destek çabası olarak tanımlanabilir. Bu tanıma göre Rickwood ve diğerleri, (2005) yardım aramayı profesyonel ruh sağlığı uzmanlarından veya aile, arkadaş vb. kişilerden yardım arama olarak iki boyutta ele almak gerektiğini belirtirler.

Bu bakış açısı ile değerlendirildiği zaman, psikolojik yardım aramaya yönelik tutum, ruh sağlığını tehlike altında görmesi durumunda kişinin, profesyonel olarak psikolojik yardım veren kaynaklardan yardım almaya yönelik bilişsel, duygusal ve davranışsal eğilimlerini ifade eder (Kushner ve Sher, 1991).

Psikolojik yardım almaya yönelik farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Örneğin Cramer (1999), psikolojik yardım alma davranışının anlaşılabilmesi için bir model ortaya çıkarmıştır. Bu modele göre;

1. **Kendini gizleme daha az sosyal desteğe yol açar:** Kişisel problemleri ile ilgili bilgileri diğerleri ile paylaşmaktan çekinen kişiler, sosyal olarak daha az desteğe sahip olurlar. Bu durum, kişinin diğer insanların yardım tekliflerini reddetmesinden kaynaklanabilir.
2. **Sosyal destek daha az psikolojik sıkıntıya yol açar:** Sosyal desteği yüksek olan bireyler, psikolojik yönden daha az sıkıntıya sahiptirler.

3. **Kendini gizleme daha çok psikolojik sıkıntıya yol açar:** Bireyin kişisel sıkıntılarını saklama eğilimi arttıkça meydana gelmiş olan psikolojik sorunların boyutu büyür.
4. **Kendini gizleme psikolojik yardım almaya yönelik daha olumsuz tutumlara yol açar:** Öznel sıkıntılarını saklayan bireylerin psikolojik danışma sürecinde daha şüpheli oldukları gözlemlenmiştir. Buna bağlı olarak profesyonel psikolojik yardım alma konusunda daha olumsuz tutum sergileyebilirler.
5. **Psikolojik sıkıntıların ciddiyeti psikolojik danışma arama olasılığını artırır:** Bireyin psikolojik sıkıntıları yüksek düzeyde sorun yaratıyorsa kişi profesyonel destek almaya daha yatkın olur.
6. **Psikolojik yardım aramaya yönelik olumlu tutumlar psikolojik danışma arama olasılığını artırır:** Kişi, psikolojik danışmanlara yönelik olumlu tutumlar içerisindeyse veya psikolojik danışma sürecini önemli buluyorsa psikolojik yardım alma konusunda daha isteklidir.

Cramer' den farklı olarak psikolojik yardım almaya yönelik davranışları açıklayan bir başka yaklaşım ise Fischer ve Turner (1970) tarafından geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma göre, psikolojik yardım alma tutumları dört boyutta incelenir. Bunlar;

### **1. Bireyin psikolojik yardıma ihtiyacı olduğunu fark etmesi**

Psikolojik yardım alma kararını etkileyen faktörlerin başında kişinin psikolojik olarak yardıma ihtiyaç duyup duymadığını fark etmesi ile başlar. Örneğin, Bilican (2013), yaptığı araştırmada katılımcıların yarıya yakınının psikolojik olarak sıkıntı yaşadıklarının ortaya çıkartılmasına rağmen yalnızca 6' da birinin psikolojik yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiş ve bazı katılımcıların yaşadıkları psikolojik sıkıntıyı reddettiği belirtilmiştir. Kişinin psikolojik yardıma ihtiyaç duyduğunu fark edememesinin bir nedeni de kişinin yaşadığı psikolojik belirtileri doğru şekilde yorumlayamaması da olabilmektedir. Nitekim Pill ve arkadaşlarının (2001), panik atağı olan kişinin psikolojik yardım almak yerine tıbbi yardım kaynaklarına yönelmesi örneğindeki gibi, kişilerin psikolojik belirtileri ayırt edemeyebileceğini ya da anlamlandıramayabileceğini, buna bağlı olarak da psikolojik yardım alma konusunda uygun kararlar vermekte zorlanacağını belirtmişlerdir. Ayrıca birçok kişinin, ruh sağlığı

merkezleri, psikolojik belirtiler hakkında bilgi sahibi olmadıkları ve bunlara karşı genel algularının medyadan aldıkları hatalı bilgilerden oluştuğu belirtilmiştir. (Lin, 2002)

## **2. Damgalanma Toleransı**

Kişinin psikolojik yardım aramamasının en önemli sebebi de damgalanmaktan çekinmesi olabilir. Damgalanma toleransının temelinde, psikolojik sorunlarından dolayı yardıma ihtiyaç duyan bireylerin çevresi tarafından dışlanabileceğine yönelik düşünceleri yer alabilir (Corrigan, 2004; Vogel et al., 2006).

## **3. Kişilerarası açıklık (Kendini açma)**

Kişisel ya da duygusal bir problem için, psikolojik yardım almak bir bakıma kendini açma çabasıdır. (Kushner ve Sher, 1989). Dolayısıyla, psikolojik yardım olarak ile kendini açma davranışı birbirini tamamlayıcı bir bütün olarak değerlendirilmektedir. (Blaake, 2008).

## **4. Psikolojik danışmana duyulan güven**

Psikolojik danışma için profesyonellerden yardım almaya karar veren kişiler, yardımı sağlayacak kişiyi seçerken çok titiz davranırlar. Örneğin Lin (2002) yapmış olduğu araştırmada psikolojik yardım almaya karar veren bir danışanın, seçeceği danışmada aradığı özellikleri, alanında uzman, bilgili, iletişim becerileri iyi, doğal, arkadaş canlısı alçak gönüllü olarak sıralamaktadır.

## **2.2 STİGMA (DAMGALAMA)**

“Stigma kelimesi, Yunanca kökenli bir kelimedir. Stigma, hayvanların ya da esirlerin ayırt edilebilmesi için vücutlarına yapılan işaretlerdir. Bugün ise, literatürde “damga”, “leke”, “utanç verici işaret” şeklinde Türkçe’ye çevirebileceğimiz anlamda kullanılmaktadır. Damga (stigma), delmek, iz bırakma anlamına gelmekle birlikte, günümüzde daha çok “kara leke” anlamında kullanılır. Sözcüğün bu kullanımı orta çağda suçlu olan bireylerin, suçlu olduklarını belirtmek için kızgın demirler ile dağlanmalarından sonradır (Bilge ve Çam, 2010).

Stigma kelimesi, kara leke anlamından kullanılmasından dolayı bir kişi ya da grup için utanılması gereken bir olayın varlığına ya da normal olmayan, kabul edilmezliğin belirtisi olarak da değerlendirilmeye başlanmıştır (Taşkın, 2007).

Günümüzde, ruhsal olsun ya da olmasın bazı hastalıklarla ilgili tutum ve davranışları belirtmek için kullanılan stigma kavramının kullanımı giderek geniş alanlara yayılmaktadır. Kelime anlamından daha geniş bir alanda kullanılan stigma, bugünkü anlamında kullanılmaya başlaması ortaçağa kadar uzanmaktadır. Goffman' a göre, stigma normal olanlar ve damgalananlar arasında sosyal bir sınır çizerek dışlanmış kişiler yaratan ve damgalananın yaşam alanını kısıtlayan bir olgudur (Goffman, 1986).

Profesyonel psikolojik yardım arama ya da almaya bağlı olarak kişinin içinde bulunduğu toplum tarafından, sorunlu, istenmeyen ya da hasta ve sosyal yönden kabul edilemez olarak algılanması şeklinde tanımlanan stigma, birçok araştırmacı tarafından psikolojik yardım alma sürecinin önünde en büyük engellerden birisi olarak gösterilmiştir (Vogel et al., 2007).

Toplumun ruhsal hastalara ilişkin düşüncelerini belirleyen en önemli etkenler kişilerin tehlikeli saldırgan bireyler olarak algılanmasıdır. Hastanın önceden tahmin edilemeyen davranışları, toplumca kaygı uyandırır. Toplum içindeki bireyler kendilerini ürküten, bir davranışla karşılaştıklarında onu dışlayıp yabancılaştırma yoluna giderler. Bu durum ayrımcılığın ilk başlangıcıdır. Toplum içerisinden düzeni bozan, toplumsal yaşantıda güven arz etmeyen kişiler damgalanıp toplum dışına itilirler. Bireysel olarak ruhsal hastalığı olan bireyleri dangalamanın altında yatan sebep, bu hastalığa sahip olan bireylerin tehlikeli oldukları, zarar verebilecekleri düşüncesidir. Yani burada ki durum kişisel korkudur (Soygür ve Cankurtaran, 2007).

Ruhsal bozukluğu olan bireyler, genellikle toplumdan konuşma ve hareketleri bakımından farklıdırlar. Bu farklılıktan dolayı toplum tarafından ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı bazı tutumlar oluşmuştur. Tarih boyunca bu bireylerin hareketlerine, konuşmalarına anlam verilememiştir. Ruh sağlığı bozuk olan bireyler çevreleri için tehlikeli olabilecekleri düşüncesi yer edinmiştir (Bahar, 2007).



### 2.2.1. Stigmanın Tanımı ve Etkileri

Stigma kavramının, kelime anlamının ötesinde günümüzde nasıl kullanıldığı, hangi anlama geldiğinin anlaşılması gerekmektedir. Güvenir ve arkadaşlarına göre, stigma “Damga (stigma) bireyi toplumda normal insanlardan ayıran ve kabul edilmez” olarak işaretleyen sıfat, özellik ya da bozukluk olarak tanımlanmaktadır” (Güvenir vd., 2005). Bu kurulan ilişki negatif bir ilişkidir. Bir bakıma toplumca kabul edilmiş değerlerle, sahip olunan nitelikler uyuşmadığı zaman, damga ortaya çıkmaktadır (Aker vd., 2007).

Stigmatizasyon kuramının öncülerinden Goffman’ a göre, toplum içinde ki bireyler bazı özelliklere negatif anlamlar yüklemekte, böylece bu özelliklere sahip bireyler ve bu bireylerden meydana gelmiş gruplar toplum tarafından stigmatizasyona uğramaktadır. Stigmayı ise “sahip olunan nitelikler ve toplumda kabul edilmiş değerler arasındaki özel bir ilişki biçimi” olarak tanımlamıştır (Goffman, 1986).

Stigmatizasyon süreç olarak, belirgin farklılıklar ve toplumun bu farklılıkları taşıyanları “diğerleri” olarak ayırması ve bu şekilde değerlendirmesi gerekmektedir. İtibar gören özelliklerin “normal”, itibar görmeyen özellikleri “anormal” olarak tanımlandığı bir durum vardır. Bir bakıma normalliğin toplum içindeki güçler tarafından belirlendiği ve anlamının güçlendirildiği bir durum mevcuttur. Normalleştirme değerleri, stigmatizasyon ve ayrımcılık toplum içerisindeki güç ilişkilerine dayanır (Brown et al., 2007).

İnsanlar stigmatı, toplumda “biz” ve “onlar” tarzında ayırım yaratmak için, yani birbirine benzer ve istenen değerlere sahip homojen bir toplum ortaya çıkartmanın aracı olarak kullanılmıştır (Gillmore and Sommerville, 1994).

Stigma kavramının psikiyatride ki anlamına açıklık kazandırmaya çabalayan Mak ve arkadaşlarının tanımlamasında, stigma; “kara leke” yani bir kişi ya da grup için utanılmayı gerektiren bir durumun varlığı, kabul edilemezliğin belirtisi olarak açıklanmaktadır (Mak et al., 2006). Daha basit bir tanımlama olarak, bazı hasta gruplarına karşı ön yargılı olarak toplum içindeki bireylerin tavır alması, onları toplumdan dışlamaya kadar giden davranışların bütünü olarak ifade etmişlerdir. Stigma; diğer bireyler tarafından reddedilme veya çekinilmenin; utanılıp ve kara bir leke olarak

görülmenin veya diğer bireylerce beğenilmemenin bir kalıntısı, belirtisi veya damgası anlamına gelebilmektedir (Bostancı, 2005).

Paul Spicker' a göre stigma beraberinde birçok olumsuz sonucu doğurmaktadır. Stigmaya, maruz kalan kişinin rahatını engeller, kişinin itibarını zedeler ve küçük duruma düşürür. Sosyal hizmetlere erişime bir engeldir ve medeni haklardan mahrum olma ve dışlanma haline yol açabilmektedir (Spicker, 1984). Bir başka bakış açısına göre, stigma bir kişi ya da grubun itibarını zedeleyen ve onlara utanç duygusunu yaşatan bir durum; bir şeyin normal ya da standart kabul edilmediğini belirten bir işaret ya da leke olarak tanımlanır (Arslantaş vd., 2010).

Haldun Soygür ve Elvan Özalp' e göre stigma, kişinin içinde yaşadığı toplumun “normal” saydığı ölçülerin dışında sayılmasından dolayı, toplumu oluşturan diğer kişiler tarafından, bireye saygınlığını azaltıcı bir atıfta bulunulma halidir. Stigma kişiye, gerçeğe dayandırmadan, adını kötüye çıkararak utanç verici bir özellik yüklemektedir. Stigmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan ayrımcılık kişinin yaşamını zorlaştırmaktadır (Soygür ve Özalp, 2007).

İnsanları stigmatize etmek için toplum tarafından stigma sembolleri (derinin rengi gibi) üretilmektedir. Goffman bir insanın üç temel özelliğe göre stigmatize edildiğini söylemiştir. 1) fiziksel deformasyon, 2) kişisel karakter: Homoseksüellik gibi, 3) kabile özellikleri: Etnisite, din gibi (Goffman, 1986).

Stigmanın ortaya çıkışı itibarıyla kişilerin ötesinde bir anlam taşıdığını belirtmek gerekir. Stigmanın gruplar içerisinde nasıl ortaya çıktığını anlamaya çalıştığımızda bu anlam daha da açığa çıkmaktadır. Toplumsal kurallara uymayan grup üyeleri dışarıdakiler olarak etiketlenir ve sapmayı yaratırlar. Gruplara ait kurallar, grup içerisinde olan davranışları tanımlarlar. Bu kurallara uyulmadığı takdirde bu kişinin grup dışında kalması kaçınılmaz olur (Oran ve Şenuzun, 2002).

Pinker' a göre, stigma çoğu zaman, stigmaya sebep olan durumun kendisinden daha etkili olmakta ve stigmaya maruz kalan kişiye fazlasıyla zarar vermektedir. Pinker'a göre “Stigma demokratik toplumlardaki başlıca vahşet biçimidir” (Pinker, 1971). Stigmaya uğrayan kişinin bu durumdan farklı boyutlarda etkilendiği görülmektedir. Stigmanın refah, haysiyet, kendini algılama, grup kimliği, motivasyon,

görev performansı gibi geniş alanlara yayılmış etkileri olabilmektedir. Araştırmalar stigmaya uğramış grup üyelerinin değerlerinin düşebildiğini, itibar edilmeyeceğini, dışlandıkları görülmüştür (Levin and Laar, 2006).

Stigmanın kişinin hayatına olan etkisi stigmatik durumun hangi boyutta olduğuyla da alakalı olmakla birlikte, kesin sınırları çizmek mümkün değildir. Toplumda herhangi bir nedenle stigmaya uğramak veya olumsuz şekilde önyargılara maruz kalmak, stres dolu bir hayatın yaşanması anlamına gelebilir. Stigmaya uğramış bireyler, önemsiz ve değersiz bir toplumsal kimliğe bürünmektedirler (Soygür ve Özalp, 2007).

Stigma, kişinin ruhsal hastalık, madde bağımlılığı, fiziksel yetersizlik gibi nedenlere dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak değerlendirilmesidir. Toplumda oluşan bu önyargılar, damgalanmaya maruz kalan kişiler için büyük ölçüde olumsuz sosyal, ekonomik ve psikolojik sonuçları doğurur. Damgalanmış olan insanlar toplumdaki diğer insanların onları nasıl tanımladığı ve kabul edecekleri konusunda belirsizlik yaşarlar ve buna bağlı olarak içe kapanık sürekli nasıl bir etki meydana getirdikleri hakkında düşünürler (Kaptanoğlu, 2007).

Stigmaya neden olan durumları ve özellikleri açıklayan altı boyut olduğu düşünülür; Gizlenebilirlik, seyir, yıkıcılık tehlikesi, dışa vuran görünüm, başlatan neden. Gizlenebilirlik; olayların veya özelliklerin ne kadar kolay algılanabildiği ile alakalıdır. Ruhsal hastalıkları ele aldığımızda kişinin herhangi bir semptomu göstermesi stigmaya etkinleştirmektedir. Semptomları gizlemeyip, daha ciddi psikiyatrik tanı alanlar, semptomları gizleyenlere göre daha ciddi boyutlarda stigmaya maruz kalırlar. Kronik olan ruhsal hastalıklarda stigma riski daha yüksektir. Ruhsal hastalıkların sosyal ilişkilere zarar verdiği algısı ve ruhsal yönden rahatsız olan kişilerle karşı karşıya gelme ile ilgili olumsuz durumlar stigmaya katkıda bulunmaktadır (Hinshaw, 2007).

Tehlikeli olan durum, ne kadar tehdit edici ve korkutucu olduğuyla alakalıdır. Yaygın olan görüş, ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olabileceğidir. Ruhsal hastalığa sahip olan kişiler tarafından tehdit edilmişlik hissi stigmaya neden olabilmektedir. İnsanlar saldırgan davranış ve tutumları ruh hastalığı ile

ilişkilendirdiğinde ayrımcılığa daha istekli olabilmektedirler (Feldman and Crandall, 2007).

Dışa vuran görünüm; durumun görsel olarak ne kadar endişelendirici olduğu ile alakalıdır. Bazı ruhsal hastalıklarda tikler, deforme olmuş motor hareketler, sıra dışı giysiler ve istem dışı hareketlere yol açan ilaç yan etkileri stigmaya neden olabilir (Hinshaw, 2007).

Başlatan neden, duruma neyin neden olduğu ile alakalıdır. Bazı araştırmalar ruhsal hastalıkların genetik veya biyolojik temelli olduğuna inanmanın daha yüksek stigma ile ilişkili olduğunu ortaya çıkartsa da, baskın görüş insanlar ruhsal hastalığı bireyin kendi kontrolü dışında olduğunu algıladıklarında stigma daha az olmaktadır (Feldman and Crandall, 2007). Kişiler, bireyin kendi hatası sonucunda ruhsal hastalığa yakalandığını düşündüklerinde, ruhsal hastalık sonucu kişinin tehlikeli olduğu düşünülmeğe ve ruhsal hastalık alışılmamış, tuhaf olarak algılandığı zaman daha fazla sosyal mesafe ortaya çıkmaktadır (Corrigan and Wassell, 2008).

Toplum tarafından maruz bırakılan stigma, ruhsal hastalık etiketi ile ortaya çıkan kınama, suçlama ağır yükü nedeniyle etiketlenme ile bağlantılıdır. Etiketleme halk arasında korku ve öfke gibi duyguları ortaya çıkartır ve stigmaya neden olur. Stigma olduğu zaman, stigmaya maruz kalan kişinin kimliği ve özellikleri çok da önemli olmamaya başlamaktadır. Etiketli bir kişi, normal dışı davranışlar göstermese bile sadece etiketi nedeni ile ayrımcı tutumlara maruz kalabilmektedir. Türkiye’ de yapılan çalışmalar da akıl hastalığı etiketinin, ruhsal hastalık etiketine göre daha fazla stigmaya maruz bıraktığı görülmektedir (Taşkın, 2007).

Etiketleme insanın etiketle uyum içinde davranmasına, ruhsal hastalığın şiddetlenmesi veya sürmesine neden olabilmektedir (Corrigan and Kleinlein 2005). Stigma sonucunda, damgalanmaya maruz kalan kişinin farklı olduğu ve bu farklılık nedeniyle, stigmaya maruz kalan kişilere olumsuz özellikler yüklenir. Önce etiketleme sonrada olumsuz özelliklerin yüklendiği bu kişiler yavaş yavaş toplumdan uzaklaştırılır, soyutlanır ya da yok olması için kendi haline bırakılır. Stigmanın bir bakıma amacı ayırmak ve daha sonra da dışlamaktır. Tarihsel süreç incelendiğinde geçmiş çağlardan

itibaren stigma ve ayrımcılığa en çok maruz kalanlar ruhsal hastalığı olanlardır (Taşkın, 2007).

Stigmanın yıkıcı etkilerinden bir tanesi ruhsal sağlığı bozulmuş bireylerde yarattığı, toplumun bir parçası olmadığı duygusudur. Damgalanmaya maruz kalan bireyler işe alınma, barınma ihtiyacının sekteye uğraması gibi etkilere de sebep olabilir. (Boyd-Ritsher et al., 2003).

### 2.2.2.Stigmanın Kaynakları

**1.Psikojenik:** İnsanlar genellikle başkalarının kötülüklerini istememekle birlikte, başkalarının kötü durumlarını, kendilerini daha iyi hissetmek için kullanmak arzusundadırlar. Bununla birlikte, tehditlere, başarısızlıklara veya çatışmalara maruz kalan kendilerine güvenleri az olan insanlar, başka kişileri daha küçük görme, hor görme eğilimi içinde olabilmektedirler. Bu kendilerine güvensizliklerini gizlemek için geliştirilen bir savunma mekanizmasıdır. Bunun karşıtı olarak, daha zeki ve özgüvenleri olan kişilerin, hastalara daha pozitif yaklaşımlarının olduğu saptanmıştır.

**2.Ekonomik:** Ekonomik değişimlerin stigma üzerinde etkili olduğu savunulmaktadır. Bu konuda en eski araştırma, 1882-1930 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde, siyahların linç edilmeleri ile ekonomik indeks arasındaki ilişkidir. Yıllar içerisinde ekonomi kötüleştikçe, daha çok siyah linç girişimine uğramış, ekonominin toparlanmasıyla, işsizliğin azalması ile linç edilme olayları azalmıştır.

**3.Evrimsel:** Stigmanın, üreme ve yaşayabilmesini, ayrımcılığa yol açan genetik faktörlere bağlayan araştırmacılar olmakla birlikte, “genetik bir etkenin olmadığı yegane durumdur” diyen araştırmacılar çoğunluktadır. Kişiler stigmaya maruz bırakılan kişi, olumlu örnek gösterebilir bile çabuk değişmedikleri gözlenmiştir. Hastanın iyi durumda olmasını, örneğin eğitilmiş olmasına, özenle tedavi edilmiş olmasına bağlarken, sıradan bir hastanın biraz kaba bir davranışı, olumsuzluk olarak kabul edilip stigmaya maruz bırakılır. Çünkü insanlar olumsuz bilgiye, olumlu bilgiden daha çok değer verme eğilimi içindedir. Örneğin kişiler birçok iyi örnekle karşılaşsa bile olumlu

düşüncelerini sağlamazken, bir tane cinayet işlemiş psikiyatrik hasta ile karşılaşmaları, kalıcı olumsuz düşünce geliştirmelerine neden olur (Kocabasoğlu ve Aliustaoğlu, 2003).

Psikiyatrik bir hastaya karşı oluşan tutumların değerlendirilmesinde kişilerin davranışlarının çevresi tarafından nasıl yorumlandığı ve kùltürel olarak nasıl farkına varıldığı büyük önem taşır. Toplumlar ruhsal bozuklukları genetik ve biyokimyasal nedenleri ne olursa olsun düşünce duygu ve davranış değişkenlerine göre değerlendirilir (Güney, 2007)

### **2.2.3. Stigmanın Hastalığı Yaşayan Bireylere Etkisi**

Ruhsal hastalık geçiren bireylerin toplumla yeniden kaynaşabilmesi ve eski işlevselliğine dönebilmesi, toplumun ruhsal hastalıklara bakış ačíısıyla yakın bir ilişki içerisindedir. Toplumun bu bireyleri “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmaz” olarak görmeleri nedeniyle bu kişilere yönelik etiketleyici tavırda buldukları, bu kişilerle sosyal bir ilişki gerektiren ortamlarda bulunmak istemedikleri çalışmalarda gösterilmiştir. Bununla birlikte ruhsal hasta etiketi, kişiler üzerinde olumsuz ve reddedici tutumlara neden olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Sarıkoç, 2008).

Angermayer ve Matschinger’ in (2003) yapmış oldukları çalışmanın sonucuna göre ruhsal hastalığı olan kişileri etiketlemenin sosyal mesafeyi arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Angermayer and Matschinger 2003). Baumann’ ın (2007) yapmış olduğu çalışmada stigmanın toplumsal olarak reddedilmeye neden olduğu bulunmuştur (Baumann, 2007). Stigmaya maruz kalan hastaların kendilik saygısı azalmaktadır. Kendilik saygısı ve etiketlenme duygusu birbirini etkileyen durumlardır. Kendilik saygısının azalmasının yanı sıra hastalarda moral bozukluğu, sosyal uyum sağlayamama, suçluluk duygularının da artmış olduğu gör÷lmektedir (am ve uhadar, 2011). Bir başka çalışmaya göre psikiyatri servisine sevk edildiği halde başvurmayan kişilerin başvurmama nedenleri, tedavi ve onun niteliği ile ilgili olumsuz durumlarla karşılaşmaktan çok, ruhsal hastalığa bağlı olarak damgalanma korkusu olduğunu belirtmişlerdir (Sartorius et al., 2010).

Ruhsal hastalıktan dolayı damgalanmaya maruz kalan bireylerin, diğeri insanların kendisini reddedeceği ve değersizleştirdiklerine inandıklarından dolayı damgalanan bireylerde benlik saygısında azalma, sosyal uyumda bozulma, işsizlik, gelir kaybı, tedaviye uyumda azalma gibi olumsuz sonuçlar yaşayabilirler (Boyd-Ritsher and Phelan, 2004).

Camp ve arkadaşlarına (2002) göre damgalanma algısı, hastaların diğeri kişilerle daha az ilişki içerisine girmelerine neden olmaktadır ve bu da stigmatın hasta tarafından da olabileceğini düşündürmektedir (Camp et al., 2002).

Stigmadan dolayı ruhsal bozukluğu olan bireyler, kendilerine yönelik konuşmama eğilimi içerisine girerler. Rahatsızlıklarını açıkça seyrek olarak tartışır ve genellikle izole olmuş şekilde yalnız yaşarlar (Korkmaz, 2013).

Link ve arkadaşları tarafından (1997) ruhsal bozukluk ve madde kullanımı olan kişiler üzerinde stigmatın iyilik durumundaki etkilerini değerlendirmek için yapılan çalışmaların sonucunda, stigmatın iyileşme üzerinde oldukça uzun süreli, güçlü ve olumsuz etkiye neden olduğu ve tedavinin de stigmatlanarak yaşamı kötüleştirmeye devam ettiğini bulmuşlardır (Link et al., 1997).

Livingston ve Boyd (2010) tarafından yapılan çalışmaya göre yüksek düzeyde algılanan içselleştirilmiş damgalamanın sonucu olarak düşük benlik saygısı, umutsuzluk, düşük yaşam kalitesi ve düşük sosyal destek verileri ortaya çıkartılmıştır (Livingston and Boyd 2010). Bu anlamda stigma ciddi olarak ruh hastalığı olan kişilerin iş hayatlarını, yaşamlarını ve sağlık durumlarını önemli ölçüde etkilemiştir (Corrigan et al., 2010a).

#### **2.2.4.İçselleştirilmiş Damgalama**

Psikolojik danışma ve psikoterapi bazı bireyler için zor ve utanç verici bir deneyim olduğu söylenebilir (Kushner and Sher, 1989). Psikolojik sorun yaşanan her üç kişiden birisinin yardım alması bu tanımlamayı doğrular niteliktedir (Andrews et al., 2001). Birçok birey, ancak kendi çözüm girişimleri ve başa çıkma stratejileri işe yaramadığı zaman profesyonellerden yardım almayı, yaşadıkları problemin kendisinden daha ağır durum olarak algılayamaya başlarlar (Vogel et al., 2007).

İçselleştirilmiş damgalama, kişinin profesyonel yardım aramasına ya da almasına bağlı olarak kendisine yönelik geliştirmiş olduğu algı ya da inançlar olarak tanımlanmaktadır (Vogel et al., 2007). Kişinin kendisine yönelik geliştirdiği bu olumsuz algı ya da inançların, toplum tarafından meydana getirilen önyargıların içselleştirilerek bireyin kendisine yönlendirmesi sonucu meydana geldiği vurgulanmakta ve bu durumun kişinin öz saygı ve yetkinlik inançlarını olumsuz şekilde etkilediği belirtilmiştir (Corrigan and Shapiro, 2010b).

Ruhsal yönden sağlıksız olan bireylerin tedavi için başvurup tanı aldıklarında, açık şekilde ayrımcılığa veya dışlanmaya maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak düşündükleri görülmüştür. Bu kişiler, içinde buldukları durumdan utanma, yetersizlik hissetmeleri, olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkartma, sosyal ilişkiye girmekten çekinme, benlik saygılarında azalma olduğu saptanmıştır. Kullanılan psikiyatrik tanı damgalayıcı içeriği ne kadar yüksekse bu belirtilerin ortaya çıkma ihtimali o kadar artmaktadır (Taşkın, 2007).

“Akıl Hastası” olarak belirtilmek, stigma başlığı altında hem iç kaynaklı (gizlilik, düşük benlik saygısı ve paylaşım) hem de dış kaynaklı (sosyal dışlama, önyargı ve ayırım) sonuçlarını ortaya çıkarmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama, stigmaya uğrayan bireylerin kendilerine yönelik tutumlarıdır. İçselleştirilmiş damgalama, “eğer birilerinin ruh sağlığı problemleri varsa, onlar diğer insanlarda pozitif duygular ortaya çıkarmazlar, fakat anksiyete, öfke, küçük görme, alay ve tiksinti ortaya çıkarabilirler” tarzındaki inançlardan dolayı gerçekleşmektedir. Bu durum sosyal etkileşimin azalıp, kötü yaşam koşullarına ve memnuniyetsizliğe yol açmaktadır (Macinnes and Lewis, 2008).

Ruhsal hastalığı olan kişiler toplumdaki önce kendilerini damgalanmışlar. Toplum tarafından meydana getirilen stigma ise bunun ardından veya eş zamanlı olarak ama çoğu zamanda bu durumdan bağımsız olarak gerçekleşmektedir. Bu sürecin ilk aşaması kişinin bir ruhsal hastalık tanısı alması ile başlar. Böylece bu kişilerde daha önce var olan ruhsal hasta stereotipi canlanır. Bireyin bu stereotipi ne kadar olumsuzsa, algıladığı içselleştirilmiş damgalama düzeyi de o kadar yüksek olur. Bir başka ifadeyle, hasta olan bireyin ruhsal hastalığı olan kişileri damgalama eğilimi ne kadar yüksekse, kendisini o kadar damgalanmış olarak hisseder. Bu bulgular sonucunda öncelikle hastalarda görülen



ama aslında toplumda ki tüm kişilerde olduğu bilinen bir tanıma ulaşılmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama olarak tanımlanan bu kavram, nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma deneyimlerinden bağımsız olarak ve daha önce çok farkına varılmasa bile ruhsal hastalık tanısı almayla birlikte etkisi ortaya çıkmaya başlar. (Taşkın, 2007).

İçselleştirilmiş damgalama, kendine yönelik olumsuz stereotiplere sebep olduğu, değersizlik, utanma geri çekilme duygularıdır. Toplumun diğer kişileri gibi ruhsal hastalığı olan kişilerde ortam içerisindeki yaygın stereotiplerle etkileşime geçmektedir. Bu bireyler kendileri ya da diğerleri tarafından “akıl hastası” olarak damgalandıklarında, isteyerek ya da istemeyerek kendilerini, stereotiplerin hedefindeki bu grubun bir üyesi olduklarını varsayarlar. Damgalamayı psikolojik olarak benimseyen kişiler, stereotiplerin kendilerine uygun olduğuna inanarak stereotipleri onaylayıp buna bağlı olarak utanç duygusuna kapılırlar (Boyd-Ritsher et al., 2003).

İçselleştirilmiş damgalama, ruhsal hastalığı tanısı almış her üç kişiden birinin yüksek düzeyde hissettiği bir durumdur. İçselleştirilmiş damgalama halkın inandığı tehlikelilik, yetersizlik gibi damgalayıcı görüşlerin ruhsal hastalığı olan kişiler tarafından benimsenen bir süreçtir. Bu durum düşük benlik saygısı ve zayıf sosyal ilişkiler içerir (Werner et al., 2007).

Eğer bir kişi damgalanmış bir grubun üyesi olduğunun farkına varırsa ve özellikle bu kişi bu gruba ilgili olumsuz görüşler paylaşıyorsa, bundan sonra damgalama kendilik algısı ve baş etme üzerinde olumsuz etkiler ortaya çıkar (Hayward and Bright, 1997).

İçselleştirilmiş damgalama nedeniyle hasta olan birey kendisini toplumun damgaladığını ve dışladığını düşünmeye başlar. Bu da hastaların damgalanmışlık duygusu yaşamalarına neden olur. Stigmaya uğrama algısı kişinin ruhsal hastalık tanısı alması sonucu ortaya çıkan, damgalama ve dışlama deneyimleri gibi nesnel yaşantılardan bağımsız olan, toplumdaki stigma eğilimleri ile paralellik gösteren içselleştirilmiş damgalama nedeniyle yaşanan damgalanmışlık toplum tarafından dışlanılmış olma durumudur. Bu psikolojik süreçte kişi somut bir kanıt olmaksızın kendi durumu için bazı olumsuz değerlendirme ve yargılarda bulunmaya başlamakta ve

ardından toplum tarafından kendisinin değersizleştirildiğini, hasta olduğu için damgalanıp dışlandığı duygusunu yaşamaya başlarlar. Bu süreçte diğer kişilerden gelen damgalayıcı ve dışlayıcı yaklaşımlar bu duyguyu güçlendirirler. Damgalanmış olma duygusunun temel nedeni kişilerin içselleştirilmiş damgalama eğiliminde olmalarıdır (Taşkın, 2007).

İçselleştirilmiş damgalama olarak anlatılan bu durum, kişi toplum ya da çevresi tarafından da damgalanma yada dışlanmaya maruz kalmasa bile ruhsal hastalık tanısının konduğu andan itibaren bu etiketi alma ile birlikte etkisini göstermeye başlar (Taşkın, 2007).

İçselleştirilmiş damgalanma deneyimleyen kişilerin kendilik saygısı azalır. Kendilik saygısı ve damgalanma duygusu birbirini karşılıklı olarak etkiler. Kendilik saygısının azalmasının yanı sıra hasta olan kişilerde sıklıkla demoralizasyon, sosyal uyumda bozulma, utanç duygularında artışa neden olur (Taşkın, 2007).

İçselleştirilmiş damgalanmanın en önemli sonuçlarından birisi bu duygudan dolayı hastaların kendilerini toplumda hak ettikleri yerde, topluma ait hissedememelerine neden olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma nedeniyle hastalar hastalık etkilerinden bağımsız olarak eski toplumsal ve mesleki rollerine tekrar dönememektedirler. İçselleştirilmiş damgalanma hastalarda psikolojik nedenli kendini toplumdan soyutlamaya ve davranışsal kaçınmalara yol açmaktadır. Toplumun gözünde eski işlevselliğine dönemeyen ve toplumsal bağları zayıflamış kişilerde daha fazla damgalanma olmaktadır (Taşkın, 2007).

### **2.2.5. Stigmayı Önlemek**

1950' ler den bu yana halkın ruhsal hastalıklara karşı ön yargılarını azaltmaya yönelik birçok girişimlerde bulunulmuştur. Avusturalya' da ruhsal hastalığı olan kişilerle yapılan bir çalışmada, ruhsal hastalığı olan kişiler; stigmanın azaltılması ile kendilerini daha iyi hissedeceklerini, hastalıkları ile daha iyi baş edebileceklerini, çalışma veya iş hayatlarına geri dönebileceklerini ve sosyal aktivitelere katılabileceklerini ifade etmişlerdir (Sane Research Bulletin 2007). Ancak günümüzde

etiketleme ve ayrımcılık halen çözümlenememiş bir sorundur. Bu yüzden etiketlemeyi önleyebilmek adına anti-stigma programları düzenleyebilmek için uzun vadeli ve işbirliği gerektiren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Warner, 2005).

Dünya Psikiyatri Birliği (WPA), 1996 yılında şizofreni ile ilgili etiketleme ve ayrımcılıkla mücadele için “Open The Door” (Kapıları Açın) programına başlamıştır. Kanada’ nın Calgary şehri program için pilot bölge olarak seçilmiş ve daha sonra 20’ den fazla ülke bu çalışmaya katılmıştır (Sartorius, 2007). “Open The Door” programıyla şizofreni ile ilgili farkındalığı kazandırmak, hastalığın doğası, işleyişi ve tedavi durumları hakkında bilgilendirmeyi arttırmak, toplumun ruhsal hastalığı olan bireyler ve ailelerine yönelik davranışları iyileştirmek, stigmatı ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerde bulunulmuştur (Hocking, 2003).

Ülkemizde bu alanda yapılan etkinliklerin ilki 1996 yılında başlatılan “Şizofreni Dostlar Derneği” ve “Türkiye Psikiyatri Derneği” nin birlikte yürüttükleri halkı bilgilendirme çalışmalarıdır. (Bilge, 2009). Bununla birlikte 2001 yılında Türkiye, WPA’ nın küresel programının resmi merkezlerinden birisi olmuştur. İstanbul, Damga ve Ayrımcılıkla Mücadele programı için pilot bölge olarak belirlenmiştir. 2003 Haziran ayından Ankara’ da düzenlenen Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi’ nin ana teması “stigma” olarak belirlenmiştir. 2003 ve 2005 yıllarında düzenlenen bahar sempozyumların da, ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışanlar dışında, hasta ve hasta yakınlarının da katılmış oldukları damga temalı kongre ve toplantılarda düzenlenmiştir. İstanbul, İzmir ve Ankara’ da liselerde öğrenci ve öğretmenlere yönelik projelerde gerçekleştirilmiştir (Bilge ve Çam, 2010).

Stigmatizasyonu önlemek için toplum eğitilirken, hastalarda tedavileri sırasında stigmatla baş etmeye yönelik bilgilendirilmelidir (Kocabasoglu ve Aliustaoğlu, 2003.) Stigmatizasyonun gelişmesinden önemli bir role sahip olan medya, özellikle adli suçlarla birlikte şizofreniyi birleştirdiği gözlenmiştir. Bununla savaşmak ve toplumun büyük çoğunluğunu bilgilendirmek yine medya sayesinde gerçekleşebilir (Timmermans 2002). Adli suçların büyük çoğunluğunun ruh sağlığı bozulmamış bireyler tarafından işlendiği gerçeğinin göz ardı edildiğine dikkat çekilebilir (Kocabasoglu ve Aliustaoğlu, 2003).

Ruhsal bozukluğu olan kişilere yapılan stigmatı önlemek için ruhsal hasta ile ilgilenen sağlık çalışanı (hekim, psikolog, hemşire, sosyal çalışman), basın mensubu, sivil toplum örgütleri, ruhsal bozukluğu olan birey, ailesi ve yakınları birlikte alışmalılardır (Ergün, 2005). Bu multidisipliner anlayışla sağlık çalışanlarının, vereceği hizmetlerde kaliteli olacaktır. (Üçok, 2007).



## BÖLÜM III

### YÖNTEM

Bu Bölümde Çalışma ile ilgili araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, verilerin elde edildiği yöntem ve elde edilen verilerin işlem yolu ve analiz edilen teknikleri ele alınmıştır.

#### 3.1.Araştırmanın Şekli

Bu çalışma da İstanbul ilinde bulunan bir psikiyatri hastanesi web sitesine, mail yoluyla gelen sorular incelenmiştir. Günümüzde değişen ve gelişen sosyokültürel ve sosyoekonomik dünyada, insan ilişkilerinin de değiştiği kendini ve başkasını nasıl gördüğüne dair çalışmalar giderek artmıştır. Stigma önemli bir toplumsal sorun olması nedeni ile kişilerin stigmaya bakış açıları ve demografik özelliklerine göre sorunları ifade etme şekilleri tanımlayıcı olarak açıklanmaya çalışılmıştır.

#### 3.2.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 18 yaşından büyük ve İstanbul ilinde bulunan NPISTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi web sitesine, hazırlanan kişisel bilgi formuna uygun soru soran 100 kişiden oluşmaktadır.

#### 3.3.Veri Toplama Araçları

Araştırmada NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesine İnternet üzerinden gelen bilgi alma maillerinin çıktıları ve “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır.

##### 3.3.1.Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan form (Ek 1), kişilerin kişisel bilgilerini ve soruların içeriklerini öğrenmek amacıyla oluşturulmuş 15 soruyu kapsamaktadır. Kişisel Bilgi Formunda kişilerin yaşı, cinsiyeti, buldukları bölge, eğitim düzeyler, medeni durumları, kimin için soru sordukları, sorunun genel yapısı, sorunun içeriği, psikiyatrik öykü ve belirtinin varlığı, ücret öğrenme isteği, kişinin geçmişte psikiyatrik tanı alıp

almadığı, rahatsızlığı hakkında öneri isteme ve hastanede tedavi olmak için randevu taleplerinin olup olmadığı ile ilgili sorular yer almaktadır.

### **3.3.1.1.Kişisel Bilgi Formunda Yer Alan Değişkenler**

**Yaş:** Sürekli değişken olarak toplanmış, ortalaması sunulmuştur.

**Cinsiyet:** Erkek/kadın olarak gruplanmıştır.

**Yaşadığı Bölge:** İç Anadolu Bölgesi, Doğu Anadolu Bölgesi, Karadeniz Bölgesi, Akdeniz Bölgesi, Ege Bölgesi, Marmara Bölgesi, Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve yurtdışı olarak gruplanmıştır.

**Eğitim Düzeyi:** Okuma yazma bilmiyor, ilköğretim, lise, yüksekokul, lisans ve lisansüstü olarak gruplanmıştır.

**Medeni Durum:** Evli, bekar, dul ve bilinmeyenler şeklinde dört grupta toplanmıştır.

**Sorunun kimin hakkında olduğu:** Kişilerin soruları; kendisi, anne baba yada kardeş, çocuk ve arkadaşları için mi sordukları şeklinde gruplanmıştır.

**Sorunun genel yapısı:** Kişilerin soruları; tıbbi yapıda mı yoksa psikolojik yapıda mı sorduklarını belirlemek şeklinde gruplanmıştır.

**Sorunun genel içeriği:** Kişileri soruları; ilaçla tedavi hakkında bilgi almak, ilaç dışı alanlarda tedavi ve terapi için mi sorduklarını belirlemek şeklinde gruplanmıştır.

**Psikiyatrik öykü:** Kişilerin sorularında psikiyatrik öykülerinden bahsetmeleri ve bahsetmemeleri şeklinde gruplanmıştır.

**Belirtiler:** Kişilerin sorularında rahatsızlıkları hakkında belirtilerden bahsetmeleri ve bahsetmemeleri şeklinde gruplanmıştır

**Ücret:** Kişilerin sorularında hastanede tedavi olmak için ücret öğrenmek istemeleri ve istememeleri şeklinde gruplanmıştır.

**Geçmişinde psikiyatrik tanı alma:** Kişilerin sorularında; geçmişlerinde psikiyatrik tanı konmuş olması ve tanı konmamış olması şeklinde gruplanmıştır.

**Rahatsızlığı hakkında öneri isteme:** Kişilerin sorularında; anlattıkları rahatsızlık hakkında öneri istemeleri ve öneri istememeleri şeklinde gruplanmıştır.

**Tedavi için randevu talep etme:** Kişilerin sorularında; rahatsızlıklarının tedavisi için hastaneden randevu talep etmeleri ve etmemeleri şeklinde gruplanmıştır.

### **3.4.Verilerin Analizi**

Verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması aşamasında, araştırmanın amaçları ile paralel olarak aşağıda yer alan işlemler gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylere ait demografik özellikleri betimlemek için yüzde ve frekans istatistiklerinden faydalanılmıştır. Sayısal değerlerin anlamlılık düzeyinin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılırken, sayısal olmayan verilerin karşılaştırılmasında bağımsız iki grup arasında t testi kullanılmıştır. Gerçekleştirilen tüm analizlerde elde edilen bulguların manidar olup olmadığının belirlenebilmesi için anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın analizleri SPSS 17.0 istatistik analiz paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

**Tablo 4.1. Bireylerin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımları**

Cinsiyet	N	%
Erkek	58	58
Kadın	42	42
Toplam	100	100

Tablo 4.1’ de görüldüğü üzere, katılımcıların 58’ i (%58) erkek, 42’ si (%42) ise kadındır.

Katılımcıların yaş değişkenine göre dağılımları Tablo 4.2’ de yer almaktadır.

**Tablo 4.2: Bireylerin Yaş Değişkenine Göre Dağılımları**

	N	Min	Maks.	$\bar{X}$	SS
Yaş	100	18	69	35,84	11,03

Tablo 4.2’ de görüldüğü üzere, katılımcıların buldukları yaş aralığı 18 ile 69 arasında değişmektedir. ( $\bar{X}=35,84$ ,  $SS=11,03$ )

Katılımcıların buldukları bölge değişkenine ait betimleyici istatistikler Tablo 4.3’ de yer almaktadır.



**Tablo 4.3: Bireylerin Bölge Durumu Değişkenine Göre Dağılımları**

Bölge	N	%
İç Anadolu Bölgesi	2	2
Doğu Anadolu Bölgesi	3	3
Karadeniz Bölgesi	6	6
Akdeniz Bölgesi	6	6
Ege Bölgesi	2	2
Marmara Bölgesi	73	73
Güneydoğu Anadolu	2	2
Yurtdışı	6	6
Toplam	100	100

Tablo 4.3’ de görüldüğü üzere, katılımcıların 2’ si (%2) İç Anadolu Bölgesi’ nden, 3’ ü (%3) Doğu Anadolu Bölgesi’ nden, 6’ sı (%6) Karadeniz Bölgesi’ nden, 6’ sı (%6) Akdeniz Bölgesi’ nden, 2’ si (%2) Ege Bölgesi’ nden, 73’ ü (%73) Marmara Bölgesi’ nden, 2’ si (%2) Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ nden ve son olarak 6’ sı (%6) yurtdışındandır.

Katılımcıların eğitim değişkenine göre dağılımları Tablo 4.4’ de yer almaktadır.

**Tablo 4.4: Bireylerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımları**

Eğitim Durumu	N	%
İlöğretim	1	1
Lise	32	32
Yükseköğretim	17	17

Lisans	49	49
Lisansüstü	1	1
Toplam	100	100

Tablo 4.4' de görüldüğü üzere, katılımcıların 1' i (%1) ilköğretim mezunudur, 32' si (%32) lise mezunudur, 17' si (%17) yüksekokul mezunudur, 49' u (%49) lisans mezunudur ve son olarak 1' i (%1) lisansüstü mezunudur.

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre dağılımları Tablo 4.5' de yer almaktadır.

**Tablo 4.5: Bireylerin Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımları**

Medeni Durum	N	%
Evli	33	33
Bekar	2	2
Dul	1	1
Bilinmiyor	64	64
Toplam	100	100

Tablo 4.5 ' de görüldüğü üzere, katılımcıların 33' ü (%33) evli, 2' si (%2) bekar, 1' i (%1) dul ve son olarak 64' ü (%64) bilinmemektedir.

Katılımcıların sordukları sorunun kimin hakkında olduğuna dair istatistikler Tablo 4.6' da yer almaktadır.

**Tablo 4.6: Bireylerin Sordukları Sorunun Kimin Hakkında Olduğu Değişkenine Göre Dağılımları**

Soru Kimin Hakkında	N	%
Kendisi	53	53
Anne Baba Kardeş	12	12
Çocuk	23	23
Eş Arkadaş	12	12
Toplam	100	100

Tablo 4.6 ' da görüldüğü üzere katılımcıların 53' ü (%53) kendisi için soru sormuştur, 12' si (%12) anne, baba veya kardeşi için soru sormuştur, 23' ü (%23) çocukları için soru sormuştur ve son olarak 12'si (%12) eşi veya arkadaşı için soru sormuştur.

Katılımcıların sordukları sorunun genel yapısı değişkenine dair istatistikler tablo 4.7' de yer almaktadır.

**Tablo 4.7: Bireylerin Sordukları Sorunun Genel Yapısı Değişkenine Göre Dağılımları**

Sorunun Genel Yapısı	N	%
Tıbbi	30	30
Psikolojik	70	70
Toplam	100	100

Tablo 4.7' de görüldüğü üzere katılımcıların 30' u (%30) tıbbi alanda soru sormuştur, 70' i (%70) ise psikolojik danışmanlık için soru sormuştur.

Katılımcıların sordukları soruların genel içeriğine ait istatistikler Tablo 4.8’ de yer almaktadır.

**Tablo 4.8: Bireylerin Sordukları Sorunun Genel İçeriği Değişkenine Göre Dağılımları**

Sorunun Genel İçeriği	N	%
İlaç	12	12
İlaç Dışı	27	27
Terapi	61	61
Toplam	100	100

Tablo 4.8’ de görüldüğü üzere katılımcıların 12’ si (%12) ilaç hakkında soru sormuştur, 27’ si (%27) ilaç dışı tedaviler hakkında soru sormuştur, 61’ i (%61) terapi hakkında soru sormuştur.

Katılımcıların sordukları soruda psikiyatrik öykü olup olmadığına dair istatistiksel bilgi tablo 4.9’ da yer almaktadır.

**Tablo 4.9.: Bireylerin Sordukları Soruda Psikiyatrik Öykü Olup Olmaması Değişkenine Göre Dağılımları**

Psikiyatrik Öykü	N	%
Var	72	72
Yok	28	28
Toplam	100	100

Tablo 4.9’ da görüldüğü üzere katılımcıların 72’si (%72) sordukları soruda psikiyatrik öykülerin bahsetmiştir, 28’si (%28) sordukları soruda psikiyatrik öyküye yer vermemişlerdir.

Katılımcıların sordukları sorularda belirtilerden bahsedip bahsetmediğine dair istatistiki bilgi tablo 4.10' da yer almaktadır.

**Tablo 4.10: Bireylerin Sordukları Soruda Belirti Olup Olmaması Değişkenine Göre Dağılımları**

Belirti	N	%
Var	61	61
Yok	39	39
Toplam	100	100

Tablo 4.10' da görüldüğü üzere katılımcıların 61' i (%61) sordukları soruda belirtilerden bahsetmiştir, 39' u (%39) sordukları soruda belirtiyeye yer vermemişlerdir.

Katılımcıların sordukları sorularda ücret öğrenmek isteyip istememelerine dair istatistiki bilgi tablo 4.11' de yer almaktadır.

**Tablo 4.11: Bireylerin Sordukları Soruda Ücret Öğrenme Değişkenine Göre Dağılımları**

Ücret Öğrenme	N	%
Evet	9	9
Hayır	91	91
Toplam	100	100

Tablo 4.11' de görüldüğü üzere katılımcıların 9' u (%9) ücret öğrenmek isterken, 91'i (%91) ücret öğrenmek istememektedir.

Katılımcıların geçmişinde tanı alıp almadığına dair istatistiksel bilgiler Tablo 4.12' de yer almaktadır.

**Tablo 4.12: Bireylerin Geçmişinde Tanı Alıp Almaması Değişkenine Göre Dağılımları**

Geçmişinde Tanı Konulması	N	%
Evet	50	50
Hayır	50	50
Toplam	100	100

Tablo 4.12’ de görüldüğü üzere katılımcıların 50’sine (%50) geçmişinde psikiyatrik tanı konmuştur, 50’sine (%50) geçmişinde psikiyatrik tanı konmamıştır.

Katılımcıların sordukları soruda öneri ve bilgi isteyip istemediklerine dair istatistikler Tablo 4.13’ de yer almaktadır.

**Tablo 4.13: Bireylerin Sordukları Soruda Öneri İsteme Değişkenine Göre Dağılımları**

Öneri İstemeleri	N	%
Evet	65	65
Hayır	35	35
Toplam	100	100

Tablo 4.13’ de görüldüğü üzere katılımcıların 65’ i (%65) sordukları sorularda öneri ve bilgi almak istemektedirler, 35’ i (%35) sordukları soruda öneri ve bilgi almak istememektedirler.

Katılımcıların sordukları soruda hastaneden randevu talep edip etmediklerine dair istatistikler Tablo 4.14’ de yer almaktadır.

**Tablo 4.14. Bireylerin Sordukları Soruda Randevu Talep Etme Değişkenine Göre Dağılımları**

Randevu Talep	N	%
Evet	61	61
Hayır	39	39
Toplam	100	100

Tablo 14’ de görüldüğü üzere katılımcıların 61’ i (%61) hastaneden randevu talep ederken, 39’ u (%39) hastaneden randevu talep etmemektedir..

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde psikiyatri hastanesine mail yolu ile gelen soruların incelenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen; yaş, cinsiyet, yaşadıkları bölge, eğitim düzeyleri, medeni durumları, sordukları soruların kimin için sordukları, sorulan sorunun genel yapısı ve içeriği, sorulan sorularda psikiyatrik öykü ve belirtilerden bahsetme, ücret öğrenme, geçmişlerinde tanı ve tedavi alma, öneri isteme ve hastanede tedavi olmak için randevu talep etme istekleri, yapılan analizler sonucunda, bulguların tartışılması ve yorumlanması yer almaktadır.

Araştırmanın örneklem grubunu, bir psikiyatri hastanesine mail yolu ile soru sorup, sordukları soruların Kişisel Bilgi Formuna uyan 100 kişi oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan kişilerin yaş aralığı 18 ile 69 arasında değişmektedir. Katılımcıların yaş ortalamaları 35,84 olup orta yaş seviyesinde yer almaktadırlar. Bu da bize orta yaş grubunun bu hastalıklar ya da bu konuda yakınlarının olduğunu düşündürmektedir. Bir nedeni de internet bilişimini bu yaş grubunun daha sık kullandığını düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda 35-44 yaş arası psikiyatrik tanısı almış kişilerin içselleştirilmiş damgalanma puanları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olarak belirtilmiştir (West et al., 2011).

Çalışmaya katılan 100 kişiden 58' i erkek, 42' si kadındır. Dağılımın kadın ve erkek açısından eşit seviyelerde olması, çalışma sonuçlarını cinsiyet açısından değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Çalışmada erkeklerin kadınlara göre fazla sayıda olması, erkeklerin kadınlara göre internet üzerinden öznel duygu, düşünce, kendini açma tutumları bakımından daha rahat oldukları düşünmemizi sağlamıştır. Kadınların internet yerine alanında uzman kişilerden, yüz yüze psikolojik yardım almaya yönelik davranışları erkeklere göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Araştırmalar incelendiğinde, psikolojik yardım almaya yönelik davranışlar ile cinsiyet arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu vurgulanıp, kadınların erkeklere oranla psikolojik yardım aramaya yönelik olumlu davranışlar sergiledikleri belirtilmektedir.



(Atik ve Yalçın, 2011; Çebi, 2007; Türküm, 2005;). Psikolojik yardım arama ve alma davranışlarının temelinde kadın ve erkekler arasında ortaya çıkan farklılıklar daha çok toplumsal cinsiyet rolleri ile ele alınmalıdır. Buna göre sosyalleşme sürecinde kadın ve erkeklere yönelik uygun davranış beklentilerini öngören cinsiyet merkezli toplumsal stereotiplere göre erkekler, güçlü olma, acılara katlanabilme, kontrollü olma ve diğerlerine gereksinim duymama yada kendisine yetebilme vb. kendi cinsiyetlerine özgü kalıplaşmış rolleri sergilemektedirler. (Berger et al., 2005; Chodorow, 1989; Gilligan, 1982; Hammen and Peters, 1977). Bu duruma bağlı olarak erkekler, psikolojik yardım almayı bir başarısızlık algısı olarak görüp psikolojik yardıma yönelik olumsuz bir tavır sergileyebilirler (Vogel et al., 2007). Çalışmada erkek katılımcıların sayısına baktığımızda, erkeklerin birebir psikolojik yardım almayı internet üzerinden kendilerini açıp, daha rahat olduklarını, kadınların ise toplum stereotiplerinden fazla etkilenmeyip, yüz yüze görüşerek yardım almayı tercih ettikleri söylenebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin 2' si (%2) İç Anadolu Bölgesi' nden, 3' ü (%3) Doğu Anadolu Bölgesi' nden, 6' sı (%6) Karadeniz Bölgesi' nden, 6' sı (%6) Akdeniz Bölgesi' nden, 2' si (%2) Ege Bölgesi' nden, 73' ü (%73) Marmara Bölgesi' nden, 2' si (%2) Güneydoğu Anadolu Bölgesi' nden ve son olarak 6' sı (%6) yurtdışındadır. Bu sonuçlara göre Marmara Bölgesi'nden daha fazla soru gelmesi; araştırmanın yapıldığı psikiyatri hastanesinin İstanbul' da yer almasından kaynaklandığı söylenebilir. Bir başka neden İstanbul' da ki kişilerin internete ulaşımının daha rahat olması, interneti daha sık kullanmaları gösterilebilir. Soru soran kişilerin, bölge ve eğitim durum değişkenleri karşılaştırıldığında lisans (N=38) ve yüksekokul (N=11) mezunları Marmara Bölgesi'nde daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuca bağlı olarak Marmara Bölgesi'nden fazla soru gelmesi entelektüel ve iş olanaklarının fazla olmasından dolayı gerçekleştiği söylenebilir. Marmara Bölgesi'nden daha fazla soru gelmesinin nedeni 1999 Gölcük depreminin yarattığı sonuçların, kalıcı etkilerinden kaynaklandığı söylenebilir. Buna bağlı olarak Aydoğan ve Ceyhan, (2006) yaptıkları çalışmada, Gölcük depremini yaşamış üniversite öğrencilerinin yarısına yakınının, depremden sonra ortaya çıkan ve varlığını halen devam ettiren korkulara sahip olduklarını belirtmişlerdir. Depremden sonra can kaybı yaşayanlar ve depremden sonra yaşam biçimlerini değiştirmek durumunda kalanlar, aradan geçen uzun sürede bu durumla baş

etmek için çeşitli bağımlılıklar geliştirdiklerini belirtilmişlerdir (Aydoğan ve Ceyhan, 2006)

Çalışmada yer alan bireylerin 1' i (%1) ilköğretim mezunudur, 32' si (%32) lise mezunudur, 17' si (%17) yüksekokul mezunudur, 49' u (%49) lisans mezunudur ve son olarak 1' i (%1) lisansüstü mezunudur. Bu sonuçlara dayanarak genelde internet ile ulaşanlar lisans, lise ve yüksekokul mezunları oldukları görülmektedir. İlkokul mezunlarından internet kullanımının az olmasından dolayı internet üzerinde soru sormak yerine yüz yüze danışmayı tercih ettikleri düşünülebilir. Lisans ve yüksekokuldan mezun ya da hala okuyan kişilerin internet üzerinden daha çok soru sormalarının nedeni psikolojik yardım aldıklarını sosyal çevresi tarafından öğrenildiğinde damgalanmadan dolayı mesleklerini, kariyerlerini kötü yönde etkileyeceğini düşünmeleri olabilir. Erkan ve arkadaşlarının (2012), yaptıkları araştırmada üniversite öğrencilerinin psikolojik bir problemle karşılaştıklarında uzmandan yardım almaya ilişkin gönüllülüklerinin ne düzeyde olduklarını incelemişlerdir. Üniversite öğrencileri bir problem yaşadıklarında, daha çok aile ve arkadaşlarından yardım almaya çalıştıkları görülmektedir. Öğrencilerin arkadaşlarından bütün problem alanlarından yardım aldıkları, romantik ve cinsel problemleri dışındaki problem alanlarından da özellikle duygusal ve kişilik problemleri yaşadıklarında ailelerinden yardım aradıkları sonucu ortaya çıkmıştır (Erkan vd., 2012). Bu sonuca göre üniversite öğrencisi ve mezun olan bireylerin sosyal çevresi tarafından damgalanıp iş yaşamları ve kariyerleri etkilenmemesi için internet üzerinden kendilerini daha iyi ifade edip kendilerini açtıklarını düşündürmektedir. Özten ve arkadaşlarının psikotik bozukluk görülen hastalarda hasta olma ve tedavi görme ile ilgili görüş anketi uygulanarak kendini damgalama düzeylerini saptamak için yapmış olduğu çalışmada, eğitim düzeyinde ki artışın ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz olay ve yorumlara maruz kalma düzeyini arttırdığını ifade etmişlerdir (Özten vd., 2006).

Çalışmaya katılan bireylerin 33' ü (%33) evli, 2' si (%2) bekar, 1' i (%1) dul ve son olarak 64' ü (%64) bilinmemektedir. Bu sonuçlara göre psikolojik sorunların daha çok evlilerde meydana geldiği düşünülebilir. Bunun sebebi eş sorunları gibi psikolojik sorunlar evlilerde, bekarlara göre daha sık olduğu anlaşılabilir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde dul ya da boşanmış bireylerin, kendilerine sosyal açıdan destek

olabilecek eşlerinin olmaması nedeniyle olumsuz bir bakış açısı geliştirerek etiketlenmeyi daha çok içselleştirdikleri görülmektedir (Sarikoç, 2011). Tel ve Pınar' ın (2009) psikiyatri hastalarında stigma ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmaya katılan hastaların ise, %54.4' ünün evli olduğu görülmüştür (Tel ve Pınar, 2009).

Çalışmaya katılan bireylerin 53' ü (%53) kendisi için soru sormuş, 12' si (%12) anne, baba veya kardeşi için soru sormuş, 23' ü (%23) çocukları için soru sormuştur ve son olarak 12'si (%12) eşi veya arkadaşı için soru sormuştur. Verileri ele aldığımızda kişiler en çok kendileri hakkında soru sormuşlardır. Buda kişilerin psikolojik bir rahatsızlıkla ile karşılaştıklarında ilk önce çevresi ile sorunu çözmeye çalıştığı daha sonra ikinci adım olarak uzmana gitmeden internet üzerinden soru sorduklarını düşündürmüştür. Bunun sebebi olarak, psikolog veya psikiyatrste gitmenin getirebileceği toplum tarafından gerçekleştirilecek stigmaya uğrama korkusu olabilir. Yardım arama davranışıyla “zayıf, beceriksiz ve kendi gereksinimlerin karşılamaktan aciz” olarak tanımlanan toplumsal stereotipler (sosyal damgalanma) içinde ki önyargılar kabul edildiği zaman, bireyin, kendisini damgalaması sonucu benlik ve öz-yetkinlik inancı azalır (Corrigan and Shapiro, 2010). Kişiler bu duruma maruz kalmamak için profesyonel yardım almak yerine internet üzerinden kendilerini daha iyi ifade ettiklerini söyleyebiliriz. Kişilerin anne baba ve yakınları hakkında daha az soru sormalarının sebebi, internet üzerinden bilgi almak yerine tedavi olmaları için uzmana götürmeleri olabilir. Kişilerin kendisinden sonra en çok çocukları için internet üzerinden soru sormaları ise, çocuklarının etiketlenip, ilerleyen yaşlarda bu etiketten dolayı istedikleri eğitimi alamama ya da mesleki okullara (polis akademisi, askeri okullar vb.) kabul edilmeme gibi etmenler olabilir. Ayrıca çocukların okul içerisinde ve arkadaşları tarafından etiketlenmemesi için ailelerin internet üzerinden bilgi alma gereksinimi duyduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin sordukları sorunun genel yapısı değişkenleri incelendiğinde 30' u (%30) tıbbi alanda soru sormuş, 70' i (%70) ise psikolojik danışmanlık için soru sormuştur. Genel içerik değişkenleri incelendiğinde ise 12' si (%12) ilaç hakkında soru sormuş, 27' si (%27) ilaç dışı tedaviler hakkında soru sormuş, 61' i (%61) terapi hakkında soru sormuştur. Bu verilere dayanarak kişilerin psikolojik

yardım almak ve terapi hakkında bilgi almak için daha çok soru sorduklarını, tıbbi ve ilaç hakkındaki soruları internet yerine daha çok uzmanların yanına gelerek sorduklarını düşündürmektedir. Kişilerin rahatsızlıkları için terapiyi tercih etmeleri, ilaç ve ilaç dışı tedavilere göre daha zararsız olduğunu düşünmelerinden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Ayrıca yaşanan psikolojik rahatsızlığın yaratacağı stigmaya ek olarak ilaç kullanmanın bunu arttıracığı düşünülürse, kişiler terapi ve psikolojik danışmanlığı daha çok tercih ettikleri düşünülmektedir. Buna bağlı literatür incelendiğinde, Dinos ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışma sonucunda, yalnızca şizofreni, bipolar bozukluk ve ilaç bağımlılığı tanısı almış hastaların etiketlenmeye maruz kalıp stigmaya uğradıklarını açıklamışlardır (Dinos et al., 2004). Ayrıca sürekli ilaç kullanma zorunda olmak içsel damgalama algısının oluşmasına katkı sağlamaktadır (Ersoy ve ark. 2007; Taşkın 2007 pp. 33-51; Brohan ve ark. 2010).

Çalışmaya katılan bireylerin sordukları sorularda psikiyatrik öykü olup olmaması değişkenleri incelendiğinde 72'si (%72) sordukları soruda psikiyatrik öykülerin bahsetmiştir, 28'si (%28) sordukları soruda psikiyatrik öyküye yer vermemişlerdir. Ayrıca bireylerin sordukları sorularda, yaşadıkları psikolojik rahatsızlıkların belirtilerinden bahsetme değişkenleri incelendiğinde 61'i (%61) sordukları soruda belirtilerden bahsetmiştir, 39'u (%39) sordukları soruda belirtiyeye yer vermemişlerdir. Bu verilere göre kişilerin büyük çoğunluğu psikiyatrik öykülerine yer vermiş olup, özel olan sorunlarını geçmişten günümüze seyrini internet üzerinden açma ve paylaşma eğiliminde olmaları, hem internet üzerinden kendilerini daha iyi ifade edebildiklerini hem de yardım almaya yönelik davranışlarında adım attıklarını düşündürmektedir. Kişilerin psikiyatrik öyküye yer vermeleri, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olduklarını psikiyatrik öykü vermeyenlere göre daha yüksek iç görü sahibi ve tedaviye daha hazır oldukları söylenebilir. Özmen ve arkadaşlarının (2003), yaptığı araştırmada, kişilerin psikopatoloji düzeyi ile psikopatolojiyi tanıması arasında ilişki olduğu düşünülebilir. Kişilerin kendisinin psikopatolojiyi yaşıyor olması, psikopatolojiyi deneyimleme sürecinde, "deneyimle uzman" olabileceği bir noktaya geliyor olması, ruh sağlığı konusunda bilgi alabileceği alanlara yönelip buna bağlı olarak psikopatoloji düzeyi nispeten düşük olan kişilere göre psikopatolojiyi rahat tanımasına olanak sağlayacağını söylemişlerdir (Özmen vd., 2003). Kişilerin internet üzerinden bile olsa sordukları sorularda, yaşadıkları rahatsızlıkların belirtilerini ve

psikiyatrik öykülerini gizleme eğilimleri yüksekse, psikolojik yardım almaya yönelik olumsuz düşünce ve davranışlar sergiledikleri düşünülebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin sordukları sorularda ücret öğrenme değişkenleri incelendiğinde 9' u (%9) ücret öğrenmek isterken, 91'i (%91) ücret öğrenmek istememektedir. Bu sonuçlara göre kişilerin yardım almak istediklerinde ya da rahatsızlıklarını tedavi ettirebilmek için ücretin çok önemli olmadığını düşündürmektedir. Bir diğer durum ise, kişilerin ekonomik yönden hastane ve uzmanlara gidebilecek durumda olmadıkları için internet üzerinden soru sordukları söylenebilir. Ekonomik yönden kaynaklara ulaşabilme seviyelerinin yüksek olması, internet üzerinden soru sormak yerine, profesyonellerle yüz yüze görüşerek tedavi olma yolunu seçtikleri söylenebilir. Arslantaş ve arkadaşlarının (2011), İnsanların ekonomik seviyeleri yükseldikçe uzmanlardan yardım alma konusunda daha az zorlandıklarını ve psikolojik yardım aramaya olan inançlarının arttığı gözlenmiştir (Arslantaş vd., 2011). Depremzedeler üzerinde yapılan araştırmada, ekonomik yönden gelişmiş olan bireylerin daha çok psikolojik destek aldıkları belirtilmiştir (Kılıç, 2008). Beşiroğlu ve Ağargün düşük ekonomik durumun OKB (Obsesif Kompulsif Bozukluk) hastalarında sağlık yardımı tutumlarını engellediği belirtmişlerdir (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006).

Çalışmaya katılan bireylerin geçmişlerinde psikiyatrik bir tanı alıp almadıklarına dair değişkenler incelendiğinde 50'sine (%50) geçmişinde psikiyatrik tanı konmuştur, 50'sine (%50) geçmişinde psikiyatrik tanı konmamıştır. Oranların eşit düzeyde olması bir bakıma, geçmişinde tanı alan bireylerin uygulanan tedavilerin işe yaramadığı için yeni tedavi arayışı içinde olduklarını düşündürmüştür. Ayrıca geçmişinde tanı konmamış bireylerin rahatsızlıkları hakkında ilk kez adım attıkları ve stigmaya uğrama korkusundan dolayı internet üzerinden soru sorma yoluna gittiği söylenebilir. Alan çalışmaları incelendiğinde daha önceden psikolojik yardım almış olmak ile psikolojik yardım almaya yönelik tutumlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiş ve daha önceden psikolojik olarak yardım alan bireylerin, daha olumlu tutumlar sergiledikleri belirtilmiştir.(Çebi, 2009; Dadfar ve Friedlander, 1987; Kilinc ve Granello, 2003; Türküm, 2005; Vogel and Wester, 2003).

Çalışmaya katılan bireylerin sordukları sorularda öneri isteme değişkenleri incelendiğinde 65' i (%65) sordukları sorularda öneri ve bilgi almak istemektedirler, 35'

i (%35) sordukları soruda öneri ve bilgi almak istememektedirler. Kişilerin sorunları hakkında öneri istemelerinin yüksek olması, hastaneye ya da uzmana gitmeden sorunlarının çözülebileceğini düşünmelerinden dolayı gerçekleştiği söylenebilir. Buda stigmaya uğrama korkusundan dolayı gerçekleştiğini düşündürmektedir. Ayrıca soruyu soran kişilerin ekonomik yönden düşük seviyede olabileceklerinden dolayı, hastaneye veya uzmana gidemeyip verilecek öneriler ile kendilerini tedavi etme şanslarının olduğunu düşünmelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin tedavi olmak için hastaneden randevu talep etme değişkenleri incelendiğinde 61' i (%61) hastaneden randevu talep ederken, 39' u (%39) hastaneden randevu talep etmemektedir. Hastaneye randevu talebinin yüksek olması kişilerin stigmaya önemsemeyip iyi olma çabalarından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca hastaneden randevu talep etme ile kişilerin tedavi korkularını yendikleri düşünülebilir. Stigmaya uğrama ve tedavi korkularını yenemeyen bireylerin randevu talep etmedikleri söylenebilir. Araştırmalar incelendiğinde, Tedavi korkularını Kushner ve Sher (1989), üç faktör halinde açıklamışlardır. 1) Terapistin tepkisi; Terapistin yeterliliği ve profesyonelliğine ilişkin korkuları, 2) İmaj sorunları; Kişi yardım aldığı için, kendisi ve toplumun diğer bireyleri tarafından olumsuz değerlendirileceğine ilişkin korkular, 3) Zorlanma sorunu; Kişilerin iradeleri dışında bir şeyler söylemeye zorlanacaklarına dair korkuları içermektedir (Kushner and Sher, 1989).

Gilat ve arkadaşları (2010), yardım arama ya da alma davranışının bireyin içinde yaşadığı çevresel koşullardan büyük oranda etkilendiği belirtilmektedir. Giat ve arkadaşlarına göre sosyo-kültürel normlar, psikolojik yardım alma davranışı üzerinde büyük bir etkiye sahip olup, kişilerin profesyonel yardım alma davranışlarını engelleyici bir durum yaratmaktadır (Gilat el al., 2010). Bu olumsuz sonuçlar düşünüldüğünde stigmanın, psikolojik yardım arama davranışı üzerinde olumsuz şekilde etkisi vardır ve bu durum ruh sağlığı merkezlerinin önündeki, önemli engellemelerden birisi olarak belirtilmektedir (Vogel et al., 2007).

## 5.1.Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu çalışma Np İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi' ne gelen mail soruları ile kısıtlıdır.

2. Yapılan çalışmada 2' si (%2) İç Anadolu Bölgesi' nden, 3' ü (%3) Doğu Anadolu Bölgesi' nden, 6' sı (%6) Karadeniz Bölgesi' nden, 6' sı (%6) Akdeniz Bölgesi' nden, 2' si (%2) Ege Bölgesi' nden, 73' ü (%73) Marmara Bölgesi' nden, 2' si (%2) Güneydoğu Anadolu Bölgesi' nden ve son olarak 6' sı (%6) yurtdışındandır. Araştırmanın bölge durumu açısından daha iyi bir karşılaştırma olanağı sağlayabilmesi için bu sayılar dengede tutulabilir.

3. Yapılan çalışmada katılımcıların 1' i (%1) ilköğretim mezunudur, 32' si (%32) lise mezunudur, 17' si (%17) yüksekokul mezunudur, 49' u (%49) lisans mezunudur ve son olarak 1' i (%1) lisansüstü mezunudur. Araştırmanın eğitim durumu açısından daha iyi bir karşılaştırma olanağı sağlayabilmesi için bu sayılar dengede tutulabilir.

4. Yapılan çalışma 100 kişi örneklem grubuna dahil edilmiştir. Benzer koşullarda bu sayısının artırılması halinde çok daha geniş kapsamlı bulgular elde edilebilir.

## BÖLÜM VI

### ÖNERİLER

Yapılan araştırma sonuçlarına göre aşağıda birtakım önerilerde bulunulmuştur:

1. Sadece mail yolu ile soru soranlarla çalışmak yerine, deney grubu oluşturularak, kişisel bilgi formunda yer alan soruların yüz yüze görüşme tekniği ile danışanlardan veriler alınıp kişilerin hangi yöntem ile kendilerini daha iyi ifade edebildikleri karşılaştırılabilir.

2. Hastalara ve yakınlarına stigma ile baş etmeye yönelik eğitimlerin düzenlenmesi

3. Ruhsal hastalıklara yönelik kalıplaşmış ön yargıların engellenmesi için toplumu bilinçlendirme çalışmalarının hastalarla birlikte yürütülmesi

4. Hasta grubunu toplumla kaynaştıracak ve toplumdaki ön yargıları kırmanın yanı sıra, hasta bireylerdeki içselleştirilmiş damgalamayı engelleyecek çalışmaların yapılması

5. Psikolojik yardım almanın olağan ve gerekli bir ihtiyaç olduğu konusunda eğitim programları geliştirip medya kampanyaları düzenlenerek toplum bilgilendirilmelidir

6. Düşük ekonomik ve eğitim düzeyindeki bireylerin tedavi olanakları ve stigmatla baş edebilmeleri adına devlet tarafından ücretsiz danışmanlık merkezlerinin açılması

7. Anaokulu, ilköğretim ve lise öğrencilerine seviyelerine uygun şekilde, ruhsal, genetik hastalıklar ve stigma üzerine belli aralıklarda eğitimler verilmelidir.



## KAYNAKÇA

- Akdede K.B.B., vd., 2004, "Gençlerde Şizofreniyi damgalama düzeyi" Yeni Symposium, 42 (3): ss.113-117.
- Aker, S., DüNDAR, C., ve Pekşen, Y., (2007). Sokaktakiler, Yazılı Basın ve Damgalama. IV. Ulusal Sokakta Çalıştırılan ve Yaşayan Çocuklar Sempozyumu (16-17 Mayıs), Kırıkkale.
- Andrews, G., Issakidis, C., and Carter, G., 2001, "Shortfall in mental health service utilization" British Journal of Psychiatry, 179: pp.417-425.
- Angermayer, M.C., and Matschinger, H., 2003, "Public beliefs about schizofrenia and depression: similarities and difference" Social Psychiatry and Pschiatrty Epidemiology, 38: pp.526-534.
- Arı, F., ve Öz, F., 2005, "Temel Sağlık Hizmetlerin Birinci Basamağında Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumları" Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14 (1): ss.14-28.
- Arslantaş, H., vd., 2010, "Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları" ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 11(1): pp.11-17.
- Arslantaş, H., Dereboy, İF., Aştı, N., ve Pektekin, Ç., 2011 "Yetişkinlerde Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu ve Bunu Etkileyen Faktörler" ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 12(1): ss. 17 - 23
- Aydoğan E. C., ve Ceyhan, A., 2006, "1999 Marmara Bölgesi Depremlerini Yaşayan Üniversite Öğrencileri Üzerinde Depremin Uzun Dönemli Sonuçları" Sosyal Bilimler Dergisi 2: ss.197 – 212.
- Bağ, M. ve Ekinci, M. 2005, "Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumların Araştırılması" Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 3 (11): ss.107-127.
- Bahadır, E. 2009, Sağlıkla İlgili Fakültelerde Eğitime Başlayan Öğrencilerin Psikolojik Sağlık Düzeyleri, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Bahar, A., 2007, "Şizofreni ve damgalama" Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4): ss. 101-110.
- Baumann, A.E., 2007 "Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'" International Review of Psychiatry, 19(2): pp.131-135.

Berger, J. M., et al., 2005, "Impact of gender role conflict, traditional masculinity ideology, alexithymia, and age on men's attitudes toward psychological help-seeking" *Psychology of Men & Masculinity*, 6 (1): p. 73-78.

Beşiroğu, L., ve Ağargün, MY., 2006, "Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: Hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü" *Türk Psikiyatri Dergisi* 17: ss.213-222

Bilge, A., ve Çam, O., 2010, "Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele" *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1): ss.71-78.

Bilican, F. I., 2013, "Help seeking attitudes and behaviors regarding mental health among Turkish college students" *International Journal of mental Health*, 42: pp.43-59.

Blaake, J. P., *Psychological distress, masculinity ideology, and selfthreat: A model of men's attitudes toward help seeking*, Unpublished Doctoral Dissertation. The Fordham University, New York, 2008.

Bostancı, N.. 2005. "Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar" *Düşünen Adam Dergisi* ,18 (1 ): ss.32-38.

Boyd-Ritsher, J., Otilingam, PG., and Grajales, M., 2003, "Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure" *Psychiatric Research*, 121: pp.31-49.

Boyd-Ritsher, J., and Phelan, JC., 2004, "Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients" *Psychiatry Research*, 129: pp.257-265.

Brown, C., et al., 2010, "Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes.", *Journal of Community Psychology*, 38: pp.350-368.

Camp, D.L., Finlay, W.M.L., and Lyons, E., 2002, "Is low esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems" *Social Science & Medicine*, 55(5): pp.823-834.

Corrigan, M.C., Rüsch, N., and Corrigan, P.W., 2004 "Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma" *European Psychiatry*, 20(8): pp.529-539.

Corrigan PW., and Kleinlein P., 2005 The impact of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*, Washington, DC, American Psychological Association, 2005.

Corrigan, P. W., and Wassell, A., 2008, "Understanding and influencing the stigma of mental illness" *Journal of Psychosocial Nursing*, 46 (1): pp.42-48.

Corrigan, P.W., et al., 2010a, "Self-Stigma and coming out about one's mental illness" *Journal of Community Psychology*, 38(3): pp. 259-275.

Corrigan, P. W., ve Shapiro, J. R., 2010b. "Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness" *Clinical Psychology Review*, 30(8): pp.907-922.

Cramer, K. M., 1999 “Psychological antecedents to help seeking behavior a reanalysis using path modeling structures” *Journal of Counseling Psychology*, 46 (3): pp.381-387.

Çam, O., ve Çuhadar, D., 2011, “Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama” *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3): ss.136-140.

Çebi, E., 2009, University students’ attitudes toward seeking psychological help: effects of perceived social support, psychological distress, prior help-seeking experience and gender. Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.

Crisp AH et al., 2000, “Rowlands OJ. Stigmatization of people with mental illnesses” *British Journal of Psychiatry*, 177: pp.4–7.

Ege, E., vd., 2003, “Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik- yeterlilik düzeylerinin incelenmesi”, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi* 14(2): ss. 83- 92

Ergün, G., 2005, Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açısı, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz üniversitesi, Antalya.

Erkan, S., vd., 2012, “Üniversite öğrencilerinin yaşadıkları problemler ve psikolojik yardım arama gönüllülükleri” *Eğitim ve Bilim* 37(164).

Eryıldız, D., 2008, Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastaların işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi.

Eşsizoglu, A. ve Arısoy, Ö. 2008, “Hemşirelerin Depresyon ve Depresyon Hastalarına Karşı Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma” *Dicle Tıp Dergisi*, 35(3): ss.167-176.

Feldman, DB., and Crandall, CS., 2007, “Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness stigma causes social rejection?” *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (2): pp.137–154.

Fischer, E. H., and Turner, J. L., 1970, “Orientations to seeking Professional help: development and research utility of an attitude scale” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35: pp.79-90.

Gilat, I., Ezer, H., and Sagee, R., 2010, “Help-seeking attitudes among Arab and Jewish adolescents in Israel” *British Journal of Guidance and Counseling*, 38(2): 205-218.

Güney M., *Ruhsal bozukluklarda stigmatizasyonu önlemek için neler yapılabilir?* Editöre mektup / *Kriz dergisi*, 12(1): ss.67-71, 2007.

Güvenir T., Miral S., Gökengin D., 2005, “Bir Stigmatizasyon ve İstismar Olgusunda Okul Konsültasyonu Kapsamında Multidisipliner Krize Müdahale Yaklaşımı”, *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(3): ss.251-255.

Goffman, Erving, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Penguin Books, New York, 1986.

Hayward, P., and Bright, JA., 1997, "Stigma and mental illness" *Journal of Mental Health*, 6 (4): pp.345-354.

Hinshaw, SP., *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*, New York, Oxford University Press, 2007.

Hocking, B., 2003, "Reducing mental illness and discrimination- everybody's business" *Medical Journal of Australia*, 178, pp.47-48.

Husaini, B. A., Moore, S. T., and Cain, V. A., 1994, "Psychiatric symptoms and help seeking behavior among the elderly: An analysis of racial and gender differences" *Journal of Gerontological Social Work*, 21: pp.177-195.

Hu, Y. Et al., 2007, "Can 12-item General Health Questionnaire be used to measure positive mental health?," *Psychological Medicine* 37: pp. 32.

Kaptanoğlu, C., *Psikanalitik Açından Damgalama ve Ayrımcılık. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, Taşkın, O. (Ed.) Meta Basım ve Matbaacılık, İzmir, ss:59-66. 2007.

Kılıç, C., 2008, "Depremzedelerde ruh sağlığı hizmeti kullanımı: 1999 depremlerinin sonuçları" *Türk Psikiyatri Dergisi*; 19: ss.113-23

Kilinc, A., and Granello, P. F., 2003, "Overall life satisfaction and help-seeking attitudes of college students in the United States: Implications for college counselors" *Journal of College Counseling*, 6: pp.56-68.

Kocabasoglu N., ve Aliustaoglu S., 2003, "Stigmatizasyon". *Yeni Symposium*, 41(4): ss. 190-192.

Korkmaz, G., 2013, *Akut Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastalarda İçselleştirilmiş Stigma ve Algılanan Aile Desteği*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kring, A. M., and Bachorowski J.A., 1999 "Emotions and Psychopathology" *Cognition and Emotion*, 13(5): pp.575-599

Kushner, M. G., and Sher, K. J., 1989, "Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance" *Professional Psychology: Research and Practice*, 20: pp. 251-257.

Lin, Y.N., 2002 "Taiwanese university students' perspectives on helping", *Counseling Psychology Quarterly*, 15: pp.47-58.

Link BG et al., 1997, "Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse" *Journal of Health Social Behavior*,38: pp.177-190.

Livingston JD., Boyd JE., 2010 "Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis" *Social Science and Medicine* 71: 2150-2161.

- Macinnes, D.I., and Lewis, M., 2008, "The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15: pp.59-65
- Mak, W.W.S., et al., 2006, "Comparative stigma of -HIV/AIDS, SARS and tuberculosis in Hong Kong" *Social Science and Medicine*, 63(7): pp. 1912–1922.
- Musalek, M., et al., 2010, "Psychopathology in the 21st century", *World Journal of Biological Psychiatry*, 11(7): pp. 844-51
- Oran, N.T. ve Şenuzun, F., 2008, "Toplumda Kırılması Gereken Bir Zincir: HIV/AIDS Stigması ve Baş Etme Stratejileri", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1): ss.1-16
- Özmen, E., vd., 2003, "Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul Örneği" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2): ss.89-100.
- Özyiğit, E.Ş., vd., 2004, Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye İlişkin Tutumları. *YeniSymposium*, 42(3): ss.105-112.
- Özten, E., Cerit, C., ve Yıldız, M., *Psikotik Bozukluk Görülen Hastalarda Hasta Olma ve Tedavi Görme ile İlgili Görüş Anketi Uygulanarak Kendini Damgalama Düzeylerinin Saptanması*, XIII. Sosyal Psikiyatri Kongresi Kongre Tam Metin Kitabı, Uludağ Üniversitesi Yayınları, Bursa, ss:410-413, 2006
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A., Ruh Sağlığı ve Bozukluğunun Tanımlanması. Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (Ed.), *Ruh sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2008.
- Özyiğit, E.Ş., vd., 2004, "Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye İlişkin Tutumları" *Yeni Symposium*, 42(3): ss. 105-112.
- Pill, R., Prior, L., and Wood, F., 2001, "Lay attitudes to Professional consultations for common mental disorder: A sociological perspective" *British Medical Bulletin*, 57: pp.207-219.
- Pollett, H., *Mental Health Promotion: A literature review. Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council*. Canadian Mental Health Association, 2007.
- Rickwood, D., et al., *Young people's help-seeking for mental health problems*. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2005.
- Sane Research Bulletin, January 2007, Stigma and mental illness, 4, [http://www.sane.org/images/stories/information/research/0701\\_info\\_rb4.pdf](http://www.sane.org/images/stories/information/research/0701_info_rb4.pdf)
- Sarıkoç, G., 2011, Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenmeleri Yüksek Lisans Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Ankara.
- Sartorius, N., 2007, "Stigma and mental health" *The Lancet*, 370 (9590): pp.810-811.
- Sartorius, N., et al., 2010, "Psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanması ile nasıl mücadele edileceği üzerine WPA Klavuzu". *World Psychiatry*, 9: pp.131-144.

Soygür, H., ve Cankurtaran, E.Ş., *Damgalama ve Ruh Sağlığı: Tarihsel süreç İçinde Bir Bakış. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. Taşkın, EO., (Ed.), Meta Basım ve Matbaacılık, İzmir, ss:41-57, 2007.

Spicker, Paul, 1984, *Stigma and Social Welfare*, St. Martin's Press Inc.

Şen, S.F., vd., 2003 "Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın depresyona ilişkin tutumları" *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: ss.133-143.

Taşkın, EO., *İçselleştirilmiş Damga ve Damgalanma Algısı. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, Taşkın, EO. (ED.) Meta Basım ve Matbaacılık, İzmir, ss:31-40, 2007.

Taşkın, EO., *Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, Taşkın, EO.,(ED.) Meta Basım ve Matbaacılık, İzmir, ss:17-30, 2007.

Tel , H., ve Pınar, E.Ş., 2009, "Psikiyatri hastalarında stigma ve benlik saygısı" İçinde Eker, F., ve Eren, N., (ed). III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 152.

Thornicroft, G., et al., 2007, "Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?" *The British Journal of Psychiatry*, 190: pp.192-193.

Türküm, A. S., 2005, "Who seeks help? examining the differences in attitude of Turkish university students toward seeking psychological help by gender, gender roles and help-seeking experiences" *The Journal of Men's Studies*, 13: pp.389-401.

Üçok, A., 2003, "Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?" *Klinik Psikiyatri Dergisi*, ek 1, p.3-8.

Üçok, 2007 "Other people stigmatize... But, what about us? attitudes of mental health professionals towards patients with schizophrenia" *Nöropsikiyatri Arşivi*, 44: pp.108-16.

Yüksel vd., 2005, "Türkiye'de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri" *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: ss.113-121.

Vogel, D. L., and Wester, S. R., 2003, "To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure" *Journal of Counseling Psychology*, 50: pp.351-361.

Vogel, D. L., Wade, N. G., and Haake, S., 2006, "Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help" *Journal of Counseling Psychology*, 53: pp. 325-337.

Vogel, D. L., Wester S. R., and Larson, M. L., 2007, "Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help" *Journal of Counseling & Development*, 85: pp.410-422.

Vogel, D. L., Wade, N. G., and Hackler, A. H., 2007, "Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of selfstigma and attitudes toward counseling" *Journal of Counseling Psychology*, 54: pp.40-50.

Warner, R., 2005, "Local projects of the world psychiatric association programme to reduce stigma and discrimination" *American Psychiatric Association*, 56: pp.570-575.

Werner, P., Aviv, A., and Barak, Y., 2007, "Self-stigma, self esteem and age in persons with schizophrenia" *International Psychogeriatrics*, pp.1-15.

West, ML., Yanos, PT., and Smith, SM., 2011 "Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness" *Stigma Res Action*, 2011(1): pp.3-10.



## **EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

**Yaş:**

**Cinsiyet:**

**Yaşadığı Bölge:** İç Anadolu Bölgesi, Doğu Anadolu Bölgesi, Karadeniz Bölgesi, Akdeniz Bölgesi, Ege Bölgesi, Marmara Bölgesi, Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve yurtdışı

**Eğitim Düzeyi:** Okuma yazma bilmiyor, ilköğretim, lise, yüksekokul, lisans ve lisansüstü

**Medeni Durum:** Evli, bekar, dul ve bilinmeyenler

**Sorunun kimin hakkında olduğu:** Kendisi, anne baba yada kardeş, çocuk ve arkadaş.

**Sorunun genel yapısı:** Tıbbi yapıda, psikolojik

**Sorunun genel içeriği:** İlaçla tedavi hakkında bilgi almak, ilaç dışı alanlarda tedavi ve terapi.

**Psikiyatrik öykü:** Psikiyatrik öykülerinden bahsetmeleri ve bahsetmemeleri.

**Belirtiler:** Kişilerin sorularında rahatsızlıkları hakkında belirtilerden bahsetmeleri ve bahsetmemeleri.

**Ücret:** Kişilerin sorularında hastanede tedavi olmak için ücret öğrenmek istemeleri ve istememeleri.

**Geçmişinde psikiyatrik tanı alma:** Geçmişlerinde psikiyatrik tanı konmuş olması ve tanı konmamış olması.

**Rahatsızlığı hakkında öneri isteme:** Anlattıkları rahatsızlık hakkında öneri istemeleri ve öneri istememeleri

**Tedavi için randevu talep etme:** Rahatsızlıklarının tedavisi için hastaneden randevu talep etmeleri ve etmemeleri.



## Ek 2: Özgeçmiş

### ÖZGEÇMİŞ

#### Kişisel Bilgiler

Halil Utku ALTIN

05.08.1988 - Nazilli

#### Eğitim durumu

2007-2012: Maltepe Üniversitesi Psikoloji

2003-2005 : Bozdoğan Lisesi

#### İş deneyimi

2014: Bakırköy Nöroloji Merkezi Psikolog

2013: Bozdoğan Belediyesi Sosyal Hizmetler Müdürlüğü Psikolog