



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

**PSİKİYATRİK HASTA YAKINLARINDA**  
**DAMGALAMA VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Cumhur AVCİL**

**DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Feride Gökben Hızlı SAYAR**

**İSTANBUL, 2014**



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

**PSİKİYATRİK HASTA YAKINLARINDA**  
**DAMGALAMA VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Cumhur AVCİL**  
**124102117**

**YÜKSEK LİSANS**  
**TEZİ**

**DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Feride Gökben Hızlı SAYAR**

**İSTANBUL, 2014**

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Bilimsel Etik Kurul Onayı.....	ii
Tez Onay Formu.....	iii
Teşekkür.....	iv
Özet.....	v
Summary.....	vi
Kısaltmalar.....	vii
Tablolar Listesi.....	viii
Ekler Listesi.....	x
<b>GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>1. STİGMATİZASYON.....</b>	<b>3</b>
1.1. Stigmatizasyon (Damgalama, Etiketleme) Nedir?.....	3
1.1.1. Damga Tipleri.....	8
1.1.1.1. Toplum Damgası ve Ayrımcılık.....	8
1.1.1.2. Kendi Kendini Damgalama.....	10
1.1.1.3. Yapısal Ayrımcılık.....	12
<b>2. STİGMATİZASYONLA İLİŞKİLİ ÇALIŞMALAR.....</b>	<b>14</b>
2.1. Dünya'da Damgalama.....	14
2.2. Ülkemizde Damgalama.....	20
2.2.1. Kendi Kendine Damgalamaya İlişkin Çalışmalar.....	22
2.2.2. Sağlık Personelinin Damgalamasına İlişkin Çalışmalar.....	24
2.2.3. Hasta Yakınlarının Damgalamasına İlişkin Çalışmalar.....	29
2.3. Damgalamanın Sonuçları.....	31
2.4. Damga Karşıtı Girişimler.....	34
<b>3. AMAÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>38</b>
3.1. Amaç.....	38
3.2. Yöntem.....	38
3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	38
3.2.2. Örneklem.....	38
3.2.3. Veri Toplama Araçları.....	41
3.2.3.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği.....	42
3.2.3.1.1. Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması.....	42
3.2.3.1.2. Geçerliliğe İlişkin Bulgular.....	43
3.2.3.1.3. Güvenirliğe İlişkin Bulgular.....	43
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	44
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>46</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>62</b>
<b>6. SONUÇ.....</b>	<b>66</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>67</b>
EK.1 Hasta Yakını Bilgi Formu.....	76
EK.2 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği.....	78
Özgeçmiş.....	80



www.uskudar.edu.tr

REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU  
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye  
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK  
(KLİNİK VE İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2014 / 37

14 Mayıs 2014

**Sayın Yrd. Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR (Cumhur AVCİL)**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 07 Mayıs 2014 tarihinde 07 no.lu toplantısında **“Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Ailelerinde Damgalama Düzeyi ve Bağlı Bulunduğu Değişkenler”** adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı



**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU**

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı öğrencisi Cumhuriyet AVCİL tarafından hazırlanan “Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Damgalama ve İlişkili Faktörler” başlıklı Yüksek Lisans Tezi tarafımdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Yrd.Doç.Dr. Feride Gökben HIZLI SAYAR**  
**Danışman**

Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

**Prof.Dr. Muhsin KONUK**  
**Enstitü Müdürü**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime başladığım günden itibaren kendimi geliştirmem için yönlendiren, çalışma hayatım için verdiği tavsiyelerle tecrübemi arttırmama olanak sağlayan, tez çalışmam boyunca gösterdiği sabır, anlayış, moral desteğinin yanında bu çalışmadan verimli ve dikkate değer sonuçlar elde edilebilmesi adına özveriyle çaba gösteren, desteğini her koşulda sürdüren değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Feride Gökben HIZLI SAYAR'a,

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında yoğun çalışma tempolarına rağmen yardımcı olmaktan kaçınmayan sevgili çalışma arkadaşlarım NPIstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi psikologlarına,

Yüksek lisans eğitimim ve çalışma hayatımın içerisinde sürekli sevgi ve desteklerini hissettiren değerli hocalarım Uzm. Psk. Yıldız BURKOVİK ve Uzm. Psk. Orhan GÜMÜŞEL'e,

Hayatımın her alanında olduğu gibi eğitim hayatımda da maddi ve manevi desteklerini esirgemeyerek beni teşvik eden aileme,

Bitmek tükenmek bilmeyen enerjisi ve pozitif düşünce yapısıyla yaşama sevincimi arttıran, hayatıma renk katan, uzun süren çalışma akşamları boyunca moralimi yüksek tutan hayat yoldaşım ve biricik eşim Nazlı SEVİM AVCİL'e,

TEŞEKKÜRLERİMLE...

Psk. Cumhur AVCİL

(AVCİL, Cumhur, Yüksek Lisans, İstanbul, 2014)

## Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Damgalama ve İlişkili Faktörler

**Özet:** Ruhsal hastalıkla ilişkili damgalama psikiyatrik hastalar için olumsuz tıbbi ve duygusal sonuçlar doğuran önemli bir sosyal sorundur. Geçmiş araştırmalar bir karar olarak tedaviye başvurmamayı seçen psikiyatrik hastaların çoğunda damgalanma ile ilgili endişenin önemli bir neden olduğunu göstermiştir. Psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerin aile içinde dahi damgalanmasını kolaylaştıran bazı etkenlerden vardır ve bunların bir kısmı bu araştırmada ele alınmıştır. Hasta yakınlarının damgalayıcı tutumlarını, hastalıkla ilgili bilgi düzeylerini ve psikiyatrik rahatsızlıklara ilişkin inançlarını bilmek kapsamlı bir tedavi ve prognoz için önem taşımaktadır. Çalışmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları oluşturmaktadır (n:82). Katılımcılar, araştırmacı tarafından hazırlanan “Hasta Yakını Bilgi Formu” ve “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” aracılığıyla değerlendirilmiştir. Veriler SPSS istatistik programı aracılığıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Analysis Of Variance – ANOVA), t testi ve Pearson korelasyonu ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği skorlarının katılımcıların eğitim seviyesi (F: 4.076, p: .002<.05) ve hastalık hakkında bilgi sahibi olması (t: .414, p: .001<.05) ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur. Çalışma eğitim seviyesi ve katılımcıların tanı hakkında bilgi sahibi olmasının damgalamayı engelleyen faktörler olduğunu ortaya koymuştur. Sonuç olarak psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylere yönelik damgalamayı engellemek amacıyla yapılacak çalışmaların, aile psikoeğitimine odaklanmasının önemli olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** damgalama, psikiyatrik hastalık, psikoeğitim

(AVCİL, Cumhur, Yüksek Lisans, İstanbul, 2014)

**Stigmatization and related factors among the healthy relatives of psychiatric patients**

**Abstract:**

Stigma towards mental illness is a serious social issue that can lead to negative medical and emotional consequences for psychiatric patients. Previous researches suggested that stigmatization is an important reason that a majority of mental illness sufferers choose not to seek help as a decision. There are many factors that lead to mental illness stigma even in the family of the patient, including some that were examined in the current study. Knowing the level of stigmatization, knowledge and beliefs among the relatives of psychiatric patients towards mental disorders are important for treatment compliance and prognosis. This study aimed to determine stigmatization level, knowledge and beliefs towards mental disorders among the relatives of patients with mental disorders. The sample of the study consisted of first and second degree relatives of psychiatric patients who accepted to participate in the study (n=82). Subjects were evaluated by sociodemographic form and Beliefs towards Mental Illness Scale. Research data evaluated statistically computed with SPSS using One Way Variance Analysis (ANOVA), Student's t-test and Pearson Correlation. In the findings Beliefs Towards Mental Illness Scale mean score was found to be significantly related to education level of the subject ( $F: 4.076, p: .002 < .05$ ), and the subjects' information about the diagnosis of the patient ( $t: .414, p: .001 < .05$ ). Our results suggest that both general education level and psychoeducation about the mental illness is a protective factor from stigmatization. Efforts aimed at reducing stigmatization of mentally ill people should focus on the family education.

**Keywords:** psychiatric disorder, psychoeducation, stigmatization



## KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
ANOVA	Analysis of Variance
DALY	Disability Adjusted Life Years (Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları)
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EKT	Elektrokonvülsif Terapi
NIMBY	Not In My Backyard (Benim Arka Bahçemde Değil)
RHYİÖ	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
RSHH	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
RSTTÖ	Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UHY-ME	Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkilik Projesi
WHO	World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

## TABLolar LİSTESİ

**Tablo 01:** Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı

**Tablo 02:** Katılımcıların eğitim seviyelerine göre dağılımı

**Tablo 03:** Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı

**Tablo 04:** Katılımcıların tedavi gören hastalarıyla yakınlık dereceleri

**Tablo 05:** Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

**Tablo 06:** Hastaların eğitim seviyelerine göre dağılımı

**Tablo 07:** Hastaların mesleklerine göre dağılımı

**Tablo 08:** Katılımcıların yaşı ile RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişkinin tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA)

**Tablo 09:** Hastaların yaşı ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişkinin tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA)

**Tablo 10:** Katılımcıların eğitim seviyeleri ile RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişkinin tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA)

**Tablo 11:** Katılımcıların eğitim seviyeleri ile RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişkinin Pearson korelasyonu

**Tablo 12:** Hastaların eğitim seviyeleri ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişkinin tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA)

**Tablo 13:** Katılımcıların cinsiyetine göre RHYİÖ puanları ve yakınlarını ne kadar hasta olarak değerlendirdiklerinin ortalama ve standart sapma değerleri

**Tablo 14:** Hastaların cinsiyetine göre katılımcıların RHYİÖ puanları ve yakınlarını ne kadar hasta olarak değerlendirdiklerinin ortalama ve standart sapma değerleri

**Tablo 15:** Hastalık süresi 1 yıl altı ve üstü olarak bölündüğünde RHYİÖ puanları ve katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta olarak gördüklerinin ortalama ve standart sapma değerleri.

**Tablo 16:** Hastalık süresi 1 yıl altı ve üstü olarak bölündüğünde RHYİÖ puanları ve

katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta olarak gördüklerinin ortalama ve standart sapma değerleri

**Tablo 17:** Hastaların yatarak ya da ayaktan tedavi görmelerine bağlı olarak katılımcıların RHYİÖ puanlarının ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin ortalama ve standart sapmaları.

**Tablo 18:** Hastaların önceden hastanede yatarak tedavi görüp görmemeleri ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi.

**Tablo 19:** Tedavi süresi ile RHYİÖ puanları ve katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta olarak gördüklerinin ortalama ve standart sapma değerleri

**Tablo 20:** Katılımcıların yakınlarının tedavi gördüğü rahatsızlığın tanısını bilip bilmemelerine göre RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri

**Tablo 21:** Katılımcıların hekimlerden rahatsızlığa ilişkin bilgi alıp almamalarına göre RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri

**Tablo 22:** Katılımcıların hekim dışında bir kaynaktan bilgi alıp almamalarının RHYİÖ puanları ve hastalık şiddeti görüşleri üzerindeki etkisinin ortalama ve standart sapma değerleri

**Tablo 23:** Hastaların geçmişte intihar girişiminin olup olmamasının katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddeti görüşleri üzerindeki etkisinin ortalama ve standart sapma değerleri

**Tablo 24:** Hastaların insanlara fiziksel şiddet uygulayıp uygulamaması ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri

**Tablo 25:** Katılımcıların yakınlarının hastalık şiddetine verdikleri puanlar ile RHYİÖ puanlarının tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA)

**Tablo 26:** Katılımcıların yakınlarının hastalık şiddetine verdikleri puanlar ile RHYİÖ puanlarının Pearson korelasyonu ile karşılaştırılması.

## **EKLER LİSTESİ**

- EK 1** Hasta Yakını Bilgi Formu  
**EK 2** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)

## GİRİŞ

Hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde, bireylerin %25'inin hayatlarının bazı dönemlerinde bir veya daha fazla ruhsal veya davranışsal bozukluk gelişmektedir. Dünyadaki bütün ülkelerde ruh hastalıkları yaygındır ve çok büyük acılar vermektedir. Bu hastalığı taşıyan insanlar sosyal yalıtıma, düşük yaşam kalitesine ve artmış mortalite oranına maruz kalmaktadırlar ve bu hastalıkların çok büyük ekonomik ve sosyal bedelleri vardır (URL 1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2001 tarihli raporuna göre, dünyada 450 milyon kişinin ruhsal rahatsızlık ve davranış bozukluğu bulunmaktadır (URL 2). Herhangi bir yıl içinde her dört kişiden birisinin anksiyete, duygudurum, impuls denetim bozukluğu ya da madde kötüye kullanım bozukluğu teşhislerini karşıladığı belirtilmiştir (Kessler et al., 2005). Yaşam boyu yaygınlık oranları, bipolar bozukluk için %1-2 (Bebbington and Ramana, 1995) ve şizofreni için yaklaşık %1 olarak bildirilmiştir (Jablensky, 1997). Bu yaygınlığa rağmen ruhsal sağlık hizmetlerine çok az bütçe ayrılmakta (Kelly, 2005) ve ruhsal hasta ve hastalıklara hala çok az anlayış gösterilmektedir (Carlisle, 2003). Ayrıca, özellikle ciddi ve tekrarlayıcı ruhsal rahatsızlığı olanların yaşamları sosyal geri çekilme, azalmış iş seçenekleri, sürüp giden damgalama ile temel hak ve özgürlüklerin yadsınması yoluyla sınırlandırılmıştır (Arboleda-Florez, 2003).

Hastalık yükünü araştırmak üzere 2004 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik (UHY-ME) Projesi kapsamında, Türkiye'de ulusal düzeyde DALY'ye (Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları - Disability Adjusted Life Years ) neden olan ilk 10 hastalığın 15-59 yaş grubundaki dağılımlarına göre, kadınlarda birinci sırada %9,8 ile unipolar depresif hastalıklar yer almaktadır. Unipolar depresif hastalıklar bu yaş grubunda DALY'ler içinde "toplamda" %7 ile 2. sırada, erkeklerde %4,5 ile 4. sırada saptanmıştır. Erkeklerde şizofreni %1.9 ile onuncu sırada yer almaktadır. Erkeklerde, hastalık yükünü oluşturan ilk 20 hastalık arasında dokuzuncu sırada unipolar depresif hastalıklar (%2.6), on ikinci sırada alkol kullanım bozuklukları (%1,8), yirminci sırada şizofreni (%1); kadınlarda dördüncü sırada unipolar depresif hastalıklar (%5.4) yer almaktadır (URL 3).

Ülkemizde bugüne kadar yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışmaları ya

özel topluluklarla ya da yerel örneklerle yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre ülkemizde tanı konacak düzeyde ruhsal hastalık yaygınlığı %20,0 dolayındadır (Karagöl vd., 2013).

1998’de sonuçları yayımlanan “Türkiye ruh sağlığı profili” çalışmasında, 18 yaş üstünde 7479 kişiyle görüşülmüş ve son 12 aydaki tanılar değerlendirildiğinde, katılanların %17,2’sinde en az bir ruhsal hastalık tanısı konmuştur. Ağrı bozukluğu dışarıda tutulursa, en sık görülen hastalık majör depresif bozukluktur. Alkol bağımlılığı dışındaki tüm psikiyatrik hastalıklar kadınlarda daha sık saptanmıştır (Kılıç, 1998).

Hıfzıssıhha Mektebi’nin Ulusal Hastalık Yüğü Araştırması’nda da benzer bulgular ortaya konmuştur. Ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19,0 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir (UHY-ME Final Raporu, 2004).

Ruhsal bozuklar / hastalıklar halk sağlığı açısından önemli ve öncelikli sorunlardır. Ruhsal bozukluklar, özbakımın ve tedavi kurallarına uymanın azalması ile hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk faktörleri arasındadır. Ayrıca kasıtlı ya da kasıtsız yaralamalara da katkıda bulunabilirler. Ruhsal bozukluk ve hastalara karşı var olan damgalama (stigmatization), hastaların ve ailelerinin ruh sağlığı servislerine başvurmalarını engellemektedir (Karagöl vd., 2013).

# 1. STİGMATİZASYON

## 1. 1. Stigmatizasyon (Damgalama, Etiketleme) Nedir?

Stigma kelime anlamı olarak yara izi, leke, kişiyi işaretleyen bir utanç ve aşağılama işaretini ifade etmektedir. Diğer taraftan, stigma, bir kişi veya grup için utanılması gereken durumun varlığı veya normal dışılığı ya da herhangi bir özelliği ile diğer bireylerden farklılığı olan ve bu nedenle suçlayıcı, kurban edici yaklaşım ve tutuma maruz kalma durumunu yansıtır (Gray, 2002; Taşkın, 2004a).

Damga (stigma), delik, delmek, yara, iz anlamına gelse de, günümüzde daha çok “kara leke” anlamında kullanılmaktadır. Sözcüğün bu anlamda kullanımı ortaçağda suçlu kişilerin, suçluluğun göstergesi olarak kızgın demirle dağlanmalarından sonradır (Taşkın, 2007). Damgalama (stigmatization) ise, kişinin içinde yaşadığı toplumun “normal” saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından, kişiye saygınlığını azaltıcı bir atıfta bulunulmasıdır. Damgalanan kişiye damgalanma nedeniyle, gerçeğe dayanmaksızın, adını kötüye çıkaran utanç verici bir özellik yüklenmektedir (Soygür ve Özalp, 2005). Damgalama kuramının öncüsü Amerikalı sosyolog Goffman damgalamayı, “damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması” olarak tarif etmiştir (Oran ve Şenuzun, 2008). Damgalamanın temelinde olumsuz inançlar ve bunun sonucu olan önyargı yer almaktadır (Çam ve Bilge, 2007). Özetle damgalamanın hayat bulduğu zemin, önyargıdır (Oran ve Şenuzun, 2008).

Genel anlamıyla damgalama, bir kişiye veya bir olaya karşı itibarını kaybettirici, gözden düşürücü, aşağılayıcı, hor görücü bir tavır veya negatif bir davranış sergilemektir (Boyd, 2002; Çilingiroğlu ve Subaşı, 2003; Mechanic, 2002; Sayar, 2002). Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu'nun belirttiğine göre (2003), damgalama konusunda ilk araştırmaları yapan Goffman, damgayı “daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi idrak edilmemesi” olarak tanımlamıştır. Damgalama, çevrede farklı olduğu düşünülen kişiye karşı hissedilen duygu, beraberindeki önyargılı davranış olarak da ifade edilmiştir. Bu önyargılı davranışlar beraberinde ayrımcılık ve dışlama davranışlarını getirir (Raingruber, 2002).

Damgalama kişilerarası ilişkilerde ayrımcılık ya da kabul edilmezlik boyutunda

yaşanmaktadır (Bahar, 2007; Dülgerler, 2008). Ayrımcılık toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini damga ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlardan yoksun bırakmasıdır. Böylece damga, bazen en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli olmaktadır (Üçok, 2003).

Damgalama, pek çok durum veya olguda görülse de, ilk çağlardan bu yana ruhsal bozukluğu olan bireyler damgalama ve ayrımcılığa maruz kalan kesim olmuşlardır (Taşkın, 2004b). Toplumun ruhsal bozukluklara ilişkin tutumları, hastaları “tehlikeli” ve “ne zaman ne yapacağı bilinmez kişiler” olarak algılamalarıyla ilişkilidir. Stigma tüm ruhsal bozukluklarla ilgilidir; ancak bazı ciddi ruhsal bozuklukları deneyimleyen kişilerde olağan dışı davranışlar olduğundan daha fazla görülür (Bostancı, 2000; Sayar, 2002; Taşkın, 2004a).

Yeni bir görüngü olmayan damgalamanın izleri, geçmiş zamanlarda da mevcuttur. Tarih boyunca meydana geldiği toplumlarda kapsamı geniş sonuçlar doğuran salgın hastalıklar incelendiğinde; felaketin boyutuna paralel olarak toplumda yaşanan korkuların ve hastalığa yakalananların eziyet görme şiddetinde artışların olduğu görülmüştür. İnsanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olan ve ilk damgalanan hastalıklardan olan cüzam, tanrının insana verdiği bir “kötülük” olarak nitelendirilmiştir (Gary, 2005). 1300’lü yıllarda kara ölüm olarak da bilinen veba, tanrının insanlara günahkâr davranışları yüzünden gönderilen bir ceza olarak görülmüş, tanrının öfkesini yatıştırmak için toplumun normlarına aykırı yaşayan grupları günahkar ilan etmişlerdir. Onbeşinci yüzyılda tüm Avrupa kıtasını kasıp kavuran frengi, Orta Doğu’ya sıçramış, hastalığa yakalananlar toplum tarafından lanetlenmişlerdir (Özdemir, 2005; Oran ve Şenuzun, 2008). Onsekizinci yüzyılda adı konan tüberküloz, alt sınıfa ait bir hastalık olarak görülmüştür (Barış, 2002; Oran ve Şenuzun, 2008). 1900’lü yıllardan itibaren kanser türlerinin tanınması ve giderek daha fazla sayıda kişinin bu tanıyı alması ile kanser hastalarına karşı önyargılı davranışlarda bulunulmuş, son 20 yıla kadar da kanser hastalarına karşı ayrımcı yaklaşımlar devam etmiştir (Oran ve Şenuzun, 2008). 1980’lerde ortaya çıkan ve önceleri homoseksüel hastalığı olarak bilinen AIDS hakkında “Allah’ın günahkârlara verdiği bir ceza” yorumları yapılmıştır. Kısacası kanser, tüberküloz, lepra, sifilis, epilepsi ve AIDS’in yanında ruhsal bozukluklar da stigmatizasyon yaratan hastalıklardan olmuştur. Ancak psikiyatrik hastalıklarda damga diğer hastalık gruplarından farklı olarak, ruhsal bozuklukların tümünü kapsamaktadır



(Üçok, 2003).

Ruhsal hastalığı olanların damgalanması ve dışlanması, büyük bir olasılıkla kökenini tarihin derinliklerinden almaktadır. İnsanlık tarihinin güçsüzlük ve bilgisizlik dönemlerinde ruhsal hastalık belirtileri, açıklanmadığı ve anlaşılmaz olduğu için insanların korkuya kapılmalarına neden olmuştur. Hastaların uygun olmayan ve belki de beklenmedik davranış ve düşünceleri toplumda korku ve huzursuzluk yaratmış ve bu kontrol dışılık, hastaların dışlanmasına neden olmuştur. Ruhsal hastalıklar o zamandan bu yana insanları korkutmaya, tedirginlik ve anksiyete yaratan bir durum olmaya devam etmektedir (Taşkın, 2007).

Tarihsel süreç içerisinde ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı çağdan çağa ve kültürden kültüre farklı tutum ve inançlar sergilenmiştir. Bazı toplumlar ruh hastalarına özel bir önem verip onları toplum içerisine kabul ederken, bazı toplumlar ise insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip toplum dışına itmişlerdir. Toplumlarda genellikle ruhsal bozukluğu olan bireyler garip, korkutucu ve daha tehlikeli olarak algılanır. Ruhsal hastalığa sahip olan kişiler insancıl davranma ve destek almak yerine damgalama ve stereotiplere bağlı olarak sempatik olmayan, haksız veya düşmanca tutumlarla karşılaşılabilir. Ruhsal hastalığı olan birisine yapılan her türlü ayırım onun temel insan haklarını ihlal etmektedir (Bostancı, 2005).

1970'lerde, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin gelişimi ile ruhsal hastalıklara bakışta bazı olumlu değişiklikler gözlemlenmiştir (Weinstein, 1981). Ancak, toplum içinde bakım, NIMBY ("Not In My Backyard"; "Benim Arka Bahçemde Değil") sendromu adı verilen, o yörede yaşayanların direnci ile karşılaşmıştır. Örneğin bir çalışmada, Amerikalıların %81'i, "akıl hastalarını ele almanın en iyi yolu onları kilitli kapılar ardında tutmaktır" görüşüne karşı çıkmışken, gerçekte, az bir kısmının (%31) bir ruh sağlığı ayaktan tedavi merkezinin kendi mahallelerinde bulunmasını hoş karşılayacağı ortaya çıkmıştır (Borinstein, 1992). Bu direncin gerekçelerini emlak değerinde düşme, çocukların güvenliği ve kişisel güvenlik ile ilgili kaygılar oluşturmuştur (Arens, 1993; Takahashi, 1997).

Psikiyatri hastasının hastalık öncesinde sahip olduğu bütün kimlik özellikleri, damgalayan toplum tarafından kaldırılır, sıklıkla yerine "lekeli bir kimlik" manasında "deli" damgası vurulur (Çoban, 2009). Özten ve arkadaşları (2006) ruhsal hastalıklar ile ilgili olumsuz olay ve yorumlara maruz kalmanın olumsuz görüşler ile doğrudan ilişkili

olduğunu belirtmişlerdir. Damgalanan ruhsal hastalığı olan birey ve aileleri tedavi tercihini yapmaktansa evde tecrit edilmeyi tercih eder hale gelmişlerdir. Bu nedenle var olan damgalama ile mücadele, hastalığa yönelik tedavinin kendisi kadar önemli olup, hasta ve ailelerin yaşam sürecini olumlu kılmaktadır (Bilge ve Çam, 2010).

Corrigan ve Lundin'e göre damgalamayı tanımlamak için 4 terim kullanılır (2001). Bunlar:

**Stereotipiler:** Bu kavram toplumların ortak görüşünü temsil eder. Ruhsal hastalığı olan kişilerin nasıl oldukları konusunda toplumun daha önce üzerinde hemfikir olduğu kavramdır. "Hasta bir kişi" denildiğinde, kişi öncelikle stereotipiler eşliğinde durumu algılar. Stereotipiler pozitif ve negatif şeklinde gruplanır. Birçok çalışmanın gösterdiği gibi toplumdaki ruhsal bozukluğu olan birey için oluşan stereotipi, "tehlikeli" ve "ne yapacağı belli olmayan birey" şeklindedir.

**Önyargılar:** Önyargılar, stereotipileri destekler ve ikisinin sonucunda farklı duygusal reaksiyonlar gelişebilir. Önyargılar sonucu hastalara karşı oluşan duygular genellikle öfke ve korku gibi negatif duygulardır.

**Ayrımcılık:** Değerlendirilen bir durum sonucu ortaya çıkan bilişsel ve duygusal yanıtlar olup, davranışa yansır. Ruhsal olarak hasta olan bir kişi için bu davranış, ayrımcılık ve dışlayıcı davranışlardır. Önyargılı davranışların sonucu veya bir bireyin negatif stereotipilere sahip olması sonucu da ortaya çıkabilir.

**Tutum:** Kişilerin yaşama bakış açısı, büyüdüğü çevredeki topluma uygun olarak şekillenir. Bu bakış açısı kişinin olaylar karşısında verdiği duygusal reaksiyonlarını da etkiler. Bu reaksiyonlar bazen pozitif bazen de negatif olur. Kişideki bu reaksiyonlar ve dünya görüşünün bütünleşmesi ile oluşan bakış açısına "tutum" denir. İnsanlar ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik genellikle negatif tutumlara sahiptirler.

Link ve Phelan (2001), damgalama sürecini aşağıdaki dört bileşenin üzerinde temellendirmiştir:

- a) Kişi, tanımlar ve bireysel farklılıkları sınıflar,
- b) Kişi, farklılıkları istenmeyen özelliklerle ilişkilendirir,
- c) Sınıflanan kişi grup dışı bırakılır: "bizden" değil "onlardan",
- d) Böylece sınıflanmış kişiler statü kaybı ve ayrımcılık yasarlar.

Çalışmalarda ayrımcılığın üç düzeyi tanımlanmıştır: bireysel, kurumsal/yapısal ve kendini damgalama (Link and Phelan, 2001; Pincus, 1996). Hayward ve Bright

(1997) derlemelerinde, damgalamaya katkı yapan dört faktörü;

(i) Tehlikelilik,

(ii) Sorumluluk (davranış ve ruhsal problemleri olan hastaları kendi durumları için daha fazla sorumlu tutmaya eğilim vardır),

(iii) Kötü prognoz,

(iv) Sosyal etkileşimin bozulması olarak tanımlamıştır.

Damgalanan bireyler değersizleştirilir, daha az istenirler ve giderek insan özelliklerinin dışında algılanırlar.

Psikiyatrik hastalığı olan kişiler, hastalığın duygudurum değişiklikleri, hallüsinasyonlar ya da anksiyete gibi belirtileri yaşamının yanı sıra, sıklıkla damgalanma ve ayrımcılıkla da baş etmek zorunda kalırlar. Damgalanma ve ayrımcılık bir çok hasta için hastalığın kendisinden daha fazla yük ve sıkıntıya neden olabilir. Tüm hastalar içinde, ruhsal bozukluk tanısı almış olanlar damgalanmanın olumsuz sonuçlarına en çok maruz kalan bireyler olarak nitelenebilir. İnsanlık tarihi boyunca ruhsal bozukluklar, hemen tüm toplumlarda bir hakaret ve küçümseme aracı olarak kullanılmıştır (Soygür vd., 2007).

Damgalama, ruhsal bozukluğa sahip olan kişilerin yanı sıra, onların arkadaşlarını, ailelerini ve dahil oldukları toplulukları da olumsuz etkileyebilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan kişiler damga nedeniyle genellikle izole, yalnız ve yanlış anlaşılmış olarak yaşamak zorunda kalabilirler. Ruhsal hastalıklara yönelik “damgalama” eğilimi ve bu eğilimin sonucu hastaların toplumdan “dışlanması”, hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini bozmakta, tedaviye uyumlarını ciddi şekilde engellemektedir (Angermeyer, 2000).

Kültür ile birlikte, sosyodemografik faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, sosyoekonomik düzey), hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalık tipi ve hasta kişilerle iletişimin olması, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar üzerinde etkili olabilmektedir. Kişilerin sahip olduğu tutumlar, çocukluk ve ergenlik döneminden başlayarak ilk yetişkinlik dönemine kadar uzanan süreçte oluşur. Ancak ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar erken yaşlarda edinilmiş olsa da, yeni tecrübeler ve öğrenmelerle değişebilir (Dear, 1992). Ayrıca yasa ve mahkemeler, devlet politikaları ve kitle iletişim araçları da ruhsal hastalıklara yönelik tutumları şekillendirir (Gibson, 1992).

Bir çalışmada psikiyatriste sevk edildiği halde başvurmayan hastaların en sık belirttiği başvurmama nedeni, tedavi ve onun niteliği ile ilgili olumsuz beklentilerden çok, ruhsal hastalığa bağlı damgalanma korkusu olmuştur (Ben-Noun, 1996). Hastalar genelde tedavinin yararlı olacağını ummaktadır (Richardson, 2001; Thorens vd., 2008) ve toplum ruh sağlığı merkezinde yürütülen çalışmalarda, ayaktan hastaların çoğunun gördükleri tedaviden memnun olduğu anlaşılmıştır (Balch vd., 1977; Leaf vd., 1987). Bununla birlikte, elektrokonvülsif tedavi gibi yöntemlerin acı verici olacağı ve ilaçların kendi rızalarının dışında uygulanacağı gibi olumsuz beklentiler, hastalar tarafından sıklıkla bildirilmektedir (Noble, 2001). Bunlara rağmen tedaviye başvuramada en önemli neden tedavi biçiminden ziyade, damgalanma korkusu olmuştur.

Ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin damgalanmadan yaşaması için, o toplumun ruhsal bozukluklara yönelik bilgi ve anlayışının artırılarak olumlu tutumların geliştirilmesi önemlidir (Üçok, 2003; Bağ, 2005). Ruhsal hastalıklar konusunda, toplumdaki yanlış bilgilerin ve önyargıların düzeltilmesi, daha olumlu tutumların oluşması için öncelikle halkın tutumlarının ve etki eden etmenlerin saptanması gerekmektedir (Üçok, 2007). Ayrıca toplumdaki olumsuz tutumların daha hızlı ve etkili değiştirilmesi açısından, belli grupların (öğrenciler, sağlık çalışanları, toplumda önemli konumdaki yöneticiler, polisler, işverenlerin) öncelikle bilgilendirilmesi gereklidir (Taşkın ve Özmen, 2004).

“Ruhsal hastalıklarda damga,” gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde aynı ölçüde yaygındır. Damga; sağlık, kişiler arası ilişki, iş, barınma gibi çok önemli konularda sosyal dışlanmaya neden olmaktadır. Ruhsal bozukluk toplum içinde ne denli fark edilir ve dikkat çekerse, toplum tarafından damgalanma da o ölçüde fazla olmaktadır (Soygür vd., 2007).

### **1.1.1. Damga Tipleri**

#### **1.1.1.1. Toplum damgası ve ayrımcılık**

Ruhsal bozukluk tanısı konulmuş hastalar, tüm hastalar içinde, damgalanmanın olumsuz sonuçlarına en fazla maruz kalan bireylerdir. Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavilerinin önündeki en büyük engellerden birisi toplumun ruhsal bozukluklar

karşısında damgalama, önyargılı düşünme/davranma, stereotipik davranışlar sergileme ve ruhsal bozukluğu olanlara karşı ayrımcılık uygulamasıdır. Tüm bunların bir sonucu olarak hasta ve yakınları hastalığı kabul etmekte isteksiz davranırlar, tedavi ya gerçekleştirilemez ya da aksar (Corrigan and Penn, 1999).

Bütün toplumlar ve bütün kültürler mental hastalıkları çeşitli ölçüde damgalamaktadır(Fabrega, 1991). Çok farklı inanç sistemleri, kültürler, alt kültürler, mental ve tarihsel sebepler hastalıklara karşı tutum ve davranışları büyük ölçüde etkilemektedir (Shibre et al., 2001; Moodley, 2001).

Toplum damgası, toplumun belirli bir gruba karşı, belli bir özellik nedeniyle önceden var olan, varsayımlar temelindeki reaksiyonunu kapsamaktadır. Örneğin, toplumda ruhsal sorunlu bireyler tehlikeli olarak görülüyorsa, bu özellikteki kişilerden kaçınma davranışı gösterilir (Karagöl vd., 2013). Ruhsal bozukluklara yönelik stigma; ruhsal bozukluklara yönelik efsanelerin (masalların-mitlerin), yanlış anlamaların, negatif stereotipilerin ve tutumların sonucudur. Ruhsal bozukluğu olan insanlar tehlikeli, saldırgan olarak kavranıldığından dolayı onlardan korkulur ve hastalıklarından dolayı suçlanır. Bu nedenle ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olarak ayırım ve soyutlama görülür (Penn ve Corrigan, 2002).

Dünya üzerinde ruhsal hastalıklara yönelik inançlar genellikle olumsuzdur. Bu nedenle birçok hasta hastalığını saklamak çabası içindedir (Ziyalar, 1995). Araştırmalara göre, toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanışlar ve düşünceler şu şekilde sıralanmaktadır:

- Ruhsal hastalıklar gerçek birer hastalık değildir,
- Ruh hastaları kurumlarda kilitli tutulmalıdır,
- Ruh hastası olan birey asla normal yaşamına dönemez,
- Ruh hastaları tehlikelidir,
- Ruhsal bozukluğu olan birey ve gençler acı çekmezler,
- İyileşen ruhsal bozukluğu olanlar gerçekten önemli veya sorumlu pozisyonlara uygun olamaması nedeniyle düşük iş seviyelerinde çalışabilir,
- Ruhsal bozukluğa olan kişiler kendi hataları nedeniyle hastalanırlar (Kammer, 1993; Ziyalar, 1995; Sağduyu vd., 2003).

Ruhsal bozukluğu olan insanlara ilişkin yanlış anlamaların ve olumsuz tutumların çoğundan ne yazık ki medya sorumludur. Özellikle haberler, şiddet suçları

işleyen bireylerde bunun nedeninin bir ruhsal hastalık olduğunu vurgular, televizyon haberleri sık sık sansasyonel suçları işleyen insanları ruhsal hastalığa sahip olan insanlar olarak tanıtır; komedyenler, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yetersizliklerini mizah kaynaklarında kullanırlar; muhabirler damgalayıcı görüntüleri haberlerine dikkat çekmek için kullanırlar (Bostancı, 2005). Çoğu zaman haberci medya, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik saygı ve sempatinin eksikliğini nakletme eğilimindedir.

Kişilerin sahip olduğu tutumlar, çocukluk ve ergenlik döneminden başlayarak ilk yetişkinlik dönemine uzanan süreçte biçimlenir; hatta literatürde anaokulu döneminden başladığını belirten kaynaklar da bulunmaktadır (Byrne, 2000). Weiss'in yaptığı kohort çalışmada (1994), çocukların sekiz yıl arayla tutumları yeniden değerlendirilmiş, ruhsal hastalıklara karşı benzer tutumlar gösterdikleri ve sorunlu kişilere sosyal mesafe koydukları görülmüştür. Ancak tutumlar erken yaşlarda öğrenilmiş olsa da, yeni yaşantılar ve deneyimlerle değişebileceği belirtilmektedir. (Byrne, 2000; Tuna, 1997)

#### **1.1.1.2. Kendi kendini damgalama**

“Kendi kendini damgalama” ya da “içselleştirilmiş damga”, damgalanmış bir gruba ait bireylerin, damgalayıcı tutumları ve tepkileri kendilerine döndürmelerine verilen addır. Kendini damgalama toplum damgalamasına koşut olarak gelişir; kendini etiketleme ve stereotipi ile başlar ve sonuçta damgalanmış bireylerin davranışlarını etkiler (Karagöl, 2013).

İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdaki geri çekmesidir (Corrigan and Penn, 1999). Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi, bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmaktadır (Link and Phelan, 2001). İçselleştirilmiş damgalama, tedavi sürecinde üzerinde durularak ortadan kaldırılması gereken önemli bir sorundur (Ersoy ve Varan, 2007). Kendini damgalama süreci kişinin bir ruhsal hastalık tanısı alması ile başlar. Böylece bu kişide daha önceden var olan “ruhsal olarak hasta kişi” basmakalıp düşüncesi canlanır. Kişide bu basmakalıp düşünce ne kadar olumsuzsa, algıladığı damgalanma da o kadar yüksek olmaktadır. Diğer bir deyişle, hasta olan kişide ruhsal hastalığı olan kişileri

damgalama eğilimi ne kadar yüksek ise, bu kişi kendini o kadar damgalanmış hissetmektedir. İçselleştirilmiş damgalama olarak isimlendirilen bu durum, nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma deneyimlerinden bağımsızdır ve daha önce çok farkına varılmasa bile bir ruhsal hastalık tanısı ya da etiketi alma ile birlikte etkisini göstermeye başlamaktadır (Taşkın, 2007). Ruhsal rahatsızlıkları olan bireyler, genelde kendilerine karşı var olan olumsuz stereotipilerin (kalıplaşmış yargıların) farkındadırlar. Bu bireyler eğer stereotipileri kabullenir, benimser ve kendilerine uygularlarsa, bu durum benlik saygısında ve kendi kendine yeterlilikte azalmaya yol açar. (Örneğin, “Bende ruhsal bir hastalık var ve ben iyi bir tıbbi bakımı hak etmiyorum; herhangi bir işte başarılı olamam.”) Kendi kendini damgalamaya emosyonel olarak utanç eşlik eder, sosyal girişkenlik azalır, kişinin yaşam kalitesi düşer. Bağımsız yaşama ya da bir işte çalışma gibi hedefleri gerçekleştirme motivasyonu azalır (Karagöl, 2013).

Toplumun diğer üyeleri gibi ruhsal hastalığı olan kişiler de ortamdaki yaygın stereotipilerle etkileşime girmektedirler. Bu bireyler kendileri ya da diğerleri tarafından “akıl hastası” olarak etiketlendiklerinde, isteyerek ya da istemeyerek kendilerini, basmakalıpların hedefindeki bu grubun bir üyesi olarak görürler (Boyd-Ritshe, 2003; Ersoy ve Varan, 2007). Kendini damgalamada kendisi ve kendisi gibi olanlarla ilgili kalıplaşmış düşünceler (“benim hastalığım olan kişiler yetersizdir, tehlikelidir, zayıf karakterlidir”), arkasından önyargılar ve olumsuz duygular (işe yaramazlık düşüncesi, benlik saygısında azalma) gelir ve sonunda kişi kendini toplumdan soyutlar (işini sürdürmez, yardım aramaz). Kendini damgalama bir çeşit başkalarının damgalamasını içselleştirme olarak da görülebilir (Link and Phelan, 2001; Corrigan, 1998). Başkalarının kendisi gibi hastaları değersiz gördüğünü ve reddedici olduğunu düşünen bir kişi bu olasılık karşısında korku duyacak ve bir baş etme yöntemi olarak normal görünen insanların arasına karışmaktan kaçınacaktır (Link and Phelan, 2001).

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin psikiyatrik başvuru ve tanı alma sonrası, ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış hissettikleri görülmüştür (Çam ve Çuhadar, 2011). Bu kişilerde suçluluk, değersizlik düşünceleri, özsaygıda azalma, sosyal içe çekilme gibi depresyon belirtileri ortaya çıkmakta ve var olan tabloya ikincil bir depresyon tablosu eklenmektedir (Karagöl, 2013).

Öte yandan kendini damgalama damgalanan grubun her üyesinde görülmez. Başkalarının önyargılarına ve damgalayıcı tutumlarına karşı bunları kabul etmeyip

sağlıklı ilişkilerini sürdüren veya damgalamaya karşı mücadele eden bireyler de vardır (Yıldız vd., 2012).

### 1.1.1.3. Yapısal ayrımcılık

Ayrımcılık yalnızca bireysel tutum ve düşüncelerin basit birer sonucu değildir. Ruhsal hastalığı olan bireyleri, toplumsal kurallar ve düzenlemeler de sistematik olarak sıkıntıya sokabilmektedir. Buna “yapısal ayrımcılık” denmektedir. Örneğin, psikiyatri bakım hizmetleri ve araştırmalarıyla ilgili bütçelerin ve yönetmeliklerin oluşturulmasında ya da ruhsal hastalıkların sağlık sigortası kapsamı dışında bırakılmalarında yönetsel ayrımcılıklar gözlenmektedir (Nicholas vd., 2011).

Yapısal ayrımcılığın en ileri ve acımasız biçimi Nazi Almanya’sında 1933-1945 yılları arasında yaşanmıştır. Bu dönemde “Kalıtsal hastalıkları önleme yasası” doğrultusunda yaklaşık 200-260 bin dolayında psikiyatri hastası, psikiyatristlerin gözetiminde yok edilmiştir (Torrey ve Yolken, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, dünya ülkelerinin %41’inden fazlasında ruh sağlığı politikası yoktur. Ruh sağlığı yasası olmayan ülkelerin oranı %25’tir. Ülkelerin %33’ünde, ki bu ülkelerde toplam iki milyar insan yaşadığı öngörülüyor, ruh sağlığına toplam sağlık bütçesinin %1’inden daha az pay ayrılmaktadır. Oysa Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, ruhsal bozuklukların tüm hastalıklar içindeki yükü yaklaşık %12’dir. Söz konusu verilerin toplandığı 185 ülkenin %50’sinden fazlasında 100 bin kişiye sadece bir psikiyatr, %40’ında ise 10 bin kişiye bir yatak düşmektedir (URL 4).

Türkiye’nin de aralarında bulunduğu bu ülkelerle diğer %50’lik grubu oluşturan gelişmiş ülkeler arasında ruh sağlığı hizmetleri açısından önemli eşitsizlikler olduğunu söylemeliyiz. Örneğin, Hollanda’da toplam sağlık harcamalarının %23.2’si ruh sağlığı alanına harcanmaktadır (URL 4).

Günümüzde insanların % 25’i (her dört kişiden biri) yaşamlarının bir döneminde ruhsal hastalıklardan etkilenmektedir. 75 yaşına gelmiş kişiler arasında herhangi bir ruh hastalığı yaşamış olanlar yarıdan daha fazladır. Belli bir zaman diliminde nüfusun %10’unda ruhsal hastalık görüldüğü bildirilmektedir (URL 4).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yaklaşık her dört kişiden birinin ruhsal sorunlar nedeniyle başvurduğunu ve yeterli tedavi hizmeti alamadığı



bilinmektedir. Ruh sağlığı sorunu olanların en az bir yakını olduğu düşünülürse ruh sağlığı sorununun toplumun önemli bir kesimini, hatta tamamını doğrudan ilgilendirdiğini söylemek abartı sayılmamalıdır (URL 4).

## 2. STİGMATİZASYONLA İLİŞKİLİ ÇALIŞMALAR

### 2.1. Dünya'da Damgalama

On sekizinci yüzyılın sonlarında Philippe Pinel tarafından başlatılan ruhsal hastalığı olan bireylerin zincirlerinden kurtarılarak toplum içinde, anlayış ve hoşgörüyü tedavi edilmeleri gerektiği düşüncesi psikiyatri tarihinde sembolik bir anlam taşımasının yanı sıra, gün geçtikçe taraftarı artmakta olan, psikiyatriyi salt bir tıp uygulaması olmaktan çıkarıp toplumla etkileşime sokan sosyal psikiyatrik akımının ortaya çıkmasına da öncülük etmiştir. İkinci Dünya Savaşı'yla ruhsal hastalıklarda gözlenen artış, savaş sonrasında yapılan araştırmalarda çevre, sosyal durum ve hastalık arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması, hasta ve hastalıkların değerlendirilmesinde sosyal etkenlere daha fazla ağırlık verilmesini sağlamıştır (Çam ve Bilge, 2007).

Düşünce alt yapısı Pinel'e kadar uzanan sosyal psikiyatri, İkinci Dünya Savaşı sonrasında ruhsal hastalıklara ve ruh hastalarına yaklaşımdaki inançlarla ilgisini sürdürmüştür. Ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal inançlar, 1940'ların son yıllarından bu yana çalışmalara konu olmuştur. Bu çalışmalar sonucunda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı toplumun aynı anda hem olumlu, hem de olumsuz bir inanca sahip olduğuna yönelik bulgular ortaya çıkmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda sağlık personelinin de olumlu ve olumsuz inanç ve tutum gösterdiği belirlenmiştir (Bağ, 2005).

Sosyal psikiyatrinin ve epidemiyolojik araştırmaların öncülerinden olan Shirley Star'ın 1950'li yıllarda 3000'nin üzerinde Amerikan vatandaşı ile yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre, halk tanımlanan ruhsal hastalık olgularını çok düşük oranda belirleyebilmekte ve ruhsal hastalıklar tehdit içeren, korku veren, mantıklı düşünceyi ve özgür idareyi kaldıran durumlar olarak görülmektedir. Bu çalışmada, ruhsal hastalığın en çok paranoid şizofreni tanımları için belirtildiği (%75), bunu basit şizofreni (%34), alkol bağımlılığı (%29) ve anksiyete bozukluğunun (%18) izlediği saptanmıştır (Star, 1955).

Almanya'da 1990 yılında 3000'i aşkın yetişkin üzerinde yapılan bir toplum taramasında, halkın %50'yi aşan oranlarda şizofreninin psikososyal stresten kaynaklandığını düşündüğü, bunu %50'ye yakın oranla biyolojik etkenlerin izlediği belirlenmiştir. Hastalığı dinsel etkenlere ya da doğaüstü güçlere bağlayanların oranı ise

%5'tir. Cinsiyet, yaş ve eğitim düzeylerinin bu sonuçları etkilemediği saptanmıştır. Daha çok faydalı olan yöntemlerin gevşeme, güvenilen bir kişiyle konuşma gibi yöntemler olduğu, tedavi seçenekleri arasında psikoterapiyi önerenlerin oranının %50'yi aştığı, psikofarmakolojinin ise %20 ile en alt sırada bulunduğu belirtilmiştir. Ayrıca, şizofrenide kendiliğinden iyileşmenin olmadığı, buna karşılık optimum tedavi ile dörtte bire varan oranlarda tamamen ya da yarıya yakın oranlarda en azından belli bir süreyle iyileşmenin olabileceğinin düşünüldüğü belirtilmiştir (Angermeyer and Matschinger, 2004).

Avustralya'da 1995 yılında kentsel ve kırsal kesimdeki 2000'i aşkın yetişkin üzerinde yapılan bir araştırmada, bireylerin %84'ü tanımlanan şizofreni olgusunun bir ruhsal rahatsızlığı tanımladığını belirtmiştir. Tedavide antipsikotiklerin yararının olacağını düşünenlerin oranı %23, zararı olacağına inananların oranı ise %34 olarak bulunmuştur. İlaç dışı tedaviler arasında en çok önerilenler fiziksel-sosyal aktivite artışı ve meditasyon gibi tıp dışı yöntemlerdir; psikoterapiyi yararlı bulanların oranı ise %55 iken, hastaneye yatış ve elektrokonvülsif tedavi büyük oranda zararlı olarak görülmüştür. Hastalığın tedavisiz bırakıldığında daha da kötüleşeceği düşünülmekte, hastaların tedaviyle iyileşeceklerine inananların oranı %70'i bulmaktadır (Jorm et al., 1997).

Almanya ve Avusturya'da, 788 şizofreni yakını üzerinde yapılan bir araştırmada, hasta yakınlarının yarıya yakınının şizofreninin ortaya çıkmasından ruhsal yapıdaki zayıflığı sorumlu tuttuğu görülmüş, bunu hastalığın beynin bir rahatsızlığı olduğu düşüncesinin izlediği belirlenmiş, şizofreni etiolojisinde ilk etken olarak psikososyal faktörleri görenlerin oranının ise %10 ve daha düşük düzeylerde kaldığı dikkati çekmiştir (Angermeyer and Matschinger, 1996).

Chaleby (1996), Müslüman ve Arap halkının yaşam olaylarında, İslami kuralları uyguladığı, bu kuralların ruhsal gereksinimlerini giderirken de kullandığını, ruhsal hastalıkları da dini çerçevede açıklamaya çalıştığını saptamıştır.

Link ve ark. (1997) 1500'e yakın ABD'li yetişkinden elde ettikleri verilerin, halkın şizofreniyi bir ruhsal rahatsızlık olarak tanımasının etiyojolojiye ilişkin düşünceleri bakımından yıllar içinde daha iyi bir noktaya geldiğini gösterdiğini belirtmişlerdir. Araştırmaya alınanların %88'i tanımlanan şizofreni olgusunun bir ruhsal hastalığı gösterdiğini belirtmiş; %91'i hastalığın stresli yaşam koşullarından, %85'i beyindeki

kimyasal düzensizlikten, %67'si genetik etkenlerden, %45'i ailenin yetiştirme yanlışlarından, %33'ü kişilik bozukluğundan kaynaklandığını belirtmiştir. Allah'ın takdiri olduğunu düşünenler ise %17 oranında kalmıştır. Ancak bu iyimserlik hastalığa ve hastalara ilişkin inançlarda görülmemektedir; ABD halkının %61'i hastaları çevresi için, %87' - si kendileri için tehlikeli bulmakta; %63'ü şizofreni hastalarıyla aralarında belli bir sosyal mesafe olmasını istemektedir.

Bailey'in (1999) İngiltere'de 11-17 yaşları arasındaki gençlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı tanımlayıcı çalışmada, gençlerin hastaları "deli, çılgın, kaçık, gerizekalı, tuhaf, garip, dengesiz, spastik, çatlak" olarak tanımladıklarını ve sağaltım için büyük çoğunlukla hastanede yatmaları gerektiğini düşündükleri görülmüştür. Bailey gençlerin olumsuz tutumlarının değişmesinde, erken yaşlardaki eğitimin etkili olacağını ifade etmiştir.

Sevigny ve ark. (1999) Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (the Community Attitudes Toward the Mentally Ill - CAMI) kullanarak Çin'de bir psikiyatri hastanesindeki psikiyatrist ve psikiyatri hemşirelerinin tutumlarını ölçmüştür. Bulgular, psikiyatristlerin psikiyatri hemşirelerine göre daha olumlu tutuma sahip olduğunu göstermiştir.

İngiltere'de genel popülasyonu temsil eden 1800'e yakın yetişkin üzerinde yapılan bir epidemiyolojik araştırma, halkın %71'inin şizofreni hastalarını tehlikeli bulduğunu, %51'inin hastalığın tedavisiz iyileşmeyeceğine, %85'inin ise hastalığın tedaviye yanıt verdiğine inandığını ortaya koymuştur. Yaşla beraber hastaların tehlikeli olduğunu düşünenlerin azaldığı, ruhsal hastalığı olan bir kimseyi tanıyanlarda, tanımayanlara göre şizofreniye karşı olan inançların değişmediği görülmüştür (Crisp et al., 2000).

Hirai ve Clum (2000) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ni (Beliefs toward Mental Illness - BMI) geliştirerek ruhsal hastalıklara yönelik bireysel ve toplumsal inançların önemini ve belirlenmesinin gerekliliğini vurgulamıştır. Bu ölçek literatürde ilktir. Araştırmacılar ruh hastalığına yönelik inancın bireylerin sosyodemografik verilerine göre değişkenlik gösterdiğini belirtmişlerdir.

İtalya'da, 30 merkezde tedavi edilen şizofreni hastalarının 709 yakınıyla yapılan bir araştırmada, hasta yakınlarının hastalıkla baş etmede kendilerini yalnız hissetmekle birlikte, bu hastaların oy kullanma haklarının olması gerektiğini düşündükleri, ancak

evlenmelerine ve çocuk sahibi olmalarına olumlu bakmadıkları belirlenmiştir (Magliano vd., 2001).

Caldwell ve Jorm (2001), 673 psikiyatri hemşiresi ile yaptıkları çalışmada, hemşilerin depresyon ve şizofreninin psikiyatrist tarafından tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğunu düşündükleri sonucuna varmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin inançlarının psikiyatristler ile halkın tutumları arasında bir noktada yer aldığı bulunmuştur.

Shulman ve Adams (2002) farklı ülkelerde ruhsal sorunlu bireylere yönelik görüşleri araştırmış, İngiliz örnekleminin Rusya örneklemine göre ruhsal sorunlu bireylere yönelik olarak daha toleranslı davrandığını belirlemiştir. Rus katılımcılar demansı ruhsal hastalık olarak daha az tanımlamışlardır. İngilizler ise, ruhsal hastalara yardım etmeye istekli olduklarını Ruslara kıyasla daha yüksek oranda bildirmişlerdir. Eğitim durumu ve ruhsal hasta yakını olma ile İngiliz grubun toleransındaki artış arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmacılar bu çalışmanın sonuçlarında damgalama ile ilgili bazı tutumların kültürel farklılıklar gösterebildiğini vurgulamışlardır.

Ran ve ark. (2003) Çin’de kırsal bölgede 326 şizofreni hasta yakınında, ruhsal eğitim gruplarına alınan ailelerin hastalıkla ilgili bilgi, inanç ve tutumlarının olumlu yönde geliştiğini, şizofreni hastası ailelerinin eğitim programına katılmasının, tedaviye uyumu artırdığını ve hastalığın yinelenme oranlarını yarı yarıya düşürdüğünü belirlemiştir.

Hugo ve ark. (2003) psikiyatrik hastalığı olan bireylerin toplumda tanınması ve tedavilerinin başlanması amacıyla bir araştırma yapmışlardır. Ruhsal sorunlu bireylerin hastalıklarının tanınmasında, toplumun inanç ve tutumunun belirlenmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle Güney Afrika’daki halkın ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Toplumdan 667 deneğe anket uygulanmıştır. Bu anket formu araştırmacılar tarafından oluşturulan şizofreni, depresyon, panik nöbeti ve bağımlılık sorularını içermektedir. Araştırma bulgularına göre, toplumun bu hastalıklarda psikoterapiyi ilaç tedavisine kıyasla daha çok tercih ettiği, bu hastalıklara yaşam olaylarının ve stresin neden olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Halkın bu hastalıkları tanınması ile damgalamanın önleneceği belirtilmiştir.

Tanaka ve ark. (2003) “Ruhsal hastalıklara yönelik halk tutumlarına eğitim programının etkisi” adlı çalışmalarında, ruhsal hastalıklarla ilgili damgalamayla mücadelede toplumun ruhsal sorunlu bireylere destek sağlamasının önemli olduğunu, damgalamanın psikiyatrik tedavileri azaltabileceğini, damgalamayı azaltmanın ilk adımının da, ruhsal hastalıklara yönelik halk tutumlarını oluşturan etkenlerin belirlenmesinin olduğunu belirtmiştir.

Bipolar bozukluk toplum tarafından görece olarak daha az tanınan ve damgalanan bir bozukluktur ancak hastalar damgalanma hissini çok yoğun biçimde yaşarlar, yani kendi kendilerini damgalarlar (Aydemir, 2004). Morselli ve Elgie'nin (2003) çalışmasında, damgalamanın bipolar bozukluğu olan hastaların %54.6'sının hissettiği ciddi bir sorun olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hastaların %28'i kendilerini çevreleri tarafından reddedilmiş hissettiklerini ifade etmişlerdir. Hayward ve ark. (2002) bipolar bozukluk tanısı konan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların, toplum tarafından arkadaş olarak kabul edilmeyeceklerini, daha az zeki ve güvenilir olarak değerlendirileceklerini, işverenlerin kendilerine iyi ücret vermeyeceklerini ve diğer işçilere davrandıkları gibi davranmayacaklarını, kadınların kendilerine görüşme randevusu vermeyeceklerini, psikiyatri kliniğine yattıkları için kendilerinin fikirlerini daha az ciddiye alacakları şeklinde düşündüklerini belirlemişlerdir. Bipolar bozukluk tanısı konan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların kendilerini yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettikleri, hastalıklarının evlenme konusunda kendilerine engel olacağını düşündükleri ve çevrelerindeki kişiler tarafından da yetersiz olarak görüldüklerini düşündükleri belirlenmiştir (Aydemir, 2004).

Boyd-Ritsher ve Phelan (2004) ayaktan psikiyatri hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada, hastaların %73.2'sinin içselleştirilmiş damgalama ölçeğinden ortalamanın üzerinde puan aldıklarını saptamışlardır. Ayrıca katılımcıların yarısının, diğerlerinin kendilerine farklı muamele ettiklerine inandıklarını belirlemişlerdir.

Dietrich ve ark. (2004) araştırmalarında, toplumun depresyon ve şizofreni gibi ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik inanç ve tutumlarını belirlemeyi amaçlamışlar ve bu amaçla Almanya'da 5025 kişiyle görüşmüşlerdir. Deneklere farklı kültürlerde kullanılan bir ölçek uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, akut stresin bu hastalığın asıl nedeni olarak yorumlandığı, depresyonun biyolojik nedeninin şizofreniden daha az olduğunun düşünüldüğü, halkın biyolojik nedenleri çok fazla bilemediği belirtilerek bu

hastalıkların damgalama riski taşıdığı düşünülmüştür.

Cotton (2004), polislerin akıl hastalıklarına yönelik daha az toleransa sahip olduğunu, bu hastalıklara sahip olmak istemediklerini ve bu nedenle bilgilendirilmeye gereksinme duyduklarını saptamıştır.

Segal ve Cooldge (2005), ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve yardım isteme durumlarını araştırdıkları çalışmalarına 96 genç, 69 yaşlı birey katılmıştır. Bulgulara göre, gençlerin profesyonel desteğe daha açık oldukları, yaşlıların ise daha fazla olumsuz inanca sahip oldukları belirlenmiştir.

Al-Krenawi (2005), Arap Müslümanların ruhsal hastalıkları Allah'tan gelen bir durum olarak gördüğünü, tedavi aşamasında geleneksel yaklaşımların kullanıldığını ve sağlık çalışanlarının bu konuda kültürel boşluk yaşadığını bildirmiştir.

Shulze ve Angermeyer (2005) Almanya'da ortaokul öğrencilerinin şizofreniye yönelik bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmada, öğrencilerin bilgi eksiklerinin olduğu belirtmişler, ruh sağlığı eğitiminin damgalamayı azaltmada etkili olacağını vurgulamışlardır.

Yen ve ark. (2005) depresif hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların %25'inin içselleştirilmiş damgalamasının yüksek olduğunu, şiddetli depresyonu olan ve eğitim düzeyi düşük olanlarda içselleştirilmiş damgalamanın yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Perlick ve ark. (2001) bipolar bozukluğu olan hastalarla yaptıkları çalışmada, yüksek düzeyde damgalama endişesi bildiren hastaların, aile dışındaki kişilerle etkileşimlerinde daha fazla bozulmuş sosyal işlevsellik gösterdiklerini ancak aile üyeleriyle etkileşimlerinde bir bozulmanın olmadığını belirlemişlerdir.

Stickley ve Timmons (2006), ruhsal sorunlu bireylerin %46'sının şiddet davranışı gösterdiğini, hemşirelerin inanç ve girişimlerinin geleneksel yaklaşım ile modern yaklaşımlar arasında yer aldığını bildirmiştir.

Werner ve ark. (2007) şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmada, hastalarda içselleştirilmiş damgalamanın orta düzeyde olduğunu, %20-33 arasında katılımcının yüksek düzeyde damgalama bildirdiğini, yaşlı hastalarda içselleştirilmiş damgalamanın gençlerden daha düşük olduğunu, içselleştirilmiş damgalama ile benlik saygısı arasında güçlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

## 2.2. Ülkemizde Damgalama

Türkiye’de “ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik tutumlarla” ilgili 1971 yılından günümüze kadar 100’ü aşkın araştırma yapılmıştır (Taşkın ve Özmen, 2004b) Bu araştırmaların bazılarında ruhsal hastalıklara yönelik tutum ölçekleri kullanılarak bireylerin veya toplumun inançları belirlenmeye çalışılmıştır. Aşağıda bu araştırmalardan bazıları tarihsel sırada sunulmuştur.

Ülkemizde ruh hastalarına yönelik toplum tutumları ile ilgili yapılan ilk çalışma Savaşır (1971) tarafından Ankara’nın Nallıhan ilçesinin bir köyündeki aileler ve Çankaya ilçesindeki 150 aile ile yapılan çalışmadır. Araştırma sonucunda köy ve kent aileleri arasında ruh hastalarına yönelik tutumlarda fark olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca Savaşır’ın yaptığı bir başka çalışmada, kadın ve erkekler arasında ruh hastalarına yönelik tutumlarla ilgili bir farkın olmadığı ve kadınların doğaüstü güçlerin etkisine daha çok atıfta buldukları saptanmıştır (Çam ve Bilge, 2007).

Halkın hastalarla kişisel bağlantı gerektiren durumlarda daha mesafeli olmak gerekliliği duyduğu, sosyal yakınlık içeren ortamlarda “akıl hastası” olarak tanımlanmış kimselerle etkileşimi kesme eğiliminin olduğu, göreceli olarak genel, kişisel olmayan ortamlarda ise hastaların sosyal kabulünün daha fazla olduğu araştırmalarda bildirilmiştir (Arkar, 1991).

Sosyodemografik değişkenlerin hastalara yönelik tutum ve sosyal mesafe oluşturma isteğine etkisi incelendiğinde, her ne kadar birçok değişken için (yaş, cinsiyet, eğitim vb) çeşitli çalışmalarda farklı, hatta birbiri ile çelişen sonuçlar bulunduğu görülmüşse de, genel kanı daha düşük sosyal sınıf ya da sosyoekonomik düzeyin ruhsal hastalıkların tanınmasını, hastalara yönelik sosyal mesafeyi ve damgalama eğilimini olumsuz yönde etkilediği şeklindedir (Taşkın ve Özmen, 2004c). Bu bulgunun birçok çalışmada tutarlı şekilde tekrarladığı görülmektedir (Sağduyu vd., 2001; Taşkın, 2003). Başka bir çalışmada hasta yakınlarının çoğunluğu şizofreni hastalarını saldırgan ve kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacak durumda olarak belirtmişlerdir. Hastaların saldırgan olarak algılanması sosyal mesafeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Sağduyu vd., 2003). Ayrıca ‘ruhsal hastalık’ etiketi psikopatoloji tipinden bağımsız olarak toplumun tutumlarını doğrudan etkilemektedir. Ruhsal hastalık etiketinin, kişinin davranışlarından bağımsız olarak, olumsuz ve reddedici tutumlara



neden olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır (Özmen, 2004).

Çalışmalar olumsuz değerlendirmeler ve ayrımcılığın hastaların özgüvenlerini zedelemekte olduğunu göstermektedir. (Bir çalışmada önyargı ve dışlamanın şizofreni hastalarının iyileşmesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003). Özten ve arkadaşları (2006) ruhsal hastalıklar ile ilgili olumsuz olay ve yorumlara maruz kalmanın damgalama tutumları ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Özmen ve ark. (2004) “Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı?” başlıklı çalışmada, halkın ruhsal hastalıklar ile ilgili inanç ve tutumlarının genelde olumsuz olduğu ve bu olumsuz tutumların sağlık personelinin günlük uygulamalarında çeşitli zorluklar yarattığı, bununla birlikte gerek Türkiye’de, gerekse yurt dışında yapılan çalışmalarda bu tutumları olumlu ya da olumsuz etkileyen etkenler konusunda birbiriyle çelişen birçok bulgu elde edildiği aktarılmıştır.

Akdede ve ark. (2004) gençlerin şizofreniye yönelik damgalamalarının incelendiği çalışmada, katılımcıların kendilerine verilen örnek olgunun şizofreni tanısını aldığını öğrendikten sonraki ifadelerinin belirgin bir şekilde olumsuza döndüğünü aktarmaktadırlar.

Taşkın ve ark. (2005) depresyonu olan hastaları damgalama eğiliminin kırsal kesimde kentsel alanda yaşayanlardan daha fazla olduğunu ve depresyonu olan bireylere karşı kırsal kesimde yaşayan halkın tutumlarının genel olarak daha olumsuz ve daha reddedici olduğunu belirlemişlerdir.

Ünal ve ark. (2010) üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları üzerine yaptığı araştırmanın bulgularına göre; araştırmaya katılan öğrencilerden evli ve daha önce ruhsal hastalığı olan bireyle hiç karşılaşmamış olanlar, ruhsal hastalığın utanılması gereken bir durum olduğuna inanırken, orta düzeyde ekonomik duruma sahip olanlar ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğuna inanmaktadırlar. Ayrıca öğrencilerde ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğu inancı, kişilerarası ilişkinin bozulacağı ve buna bağlı çaresizlik yaşanacağı inancı ile ilişkili bulunmuştur.

Oban ve Küçük (2011), lise öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı belirleyen etmenlere yönelik yaptıkları çalışmada ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve önyargılarının ve sosyal mesafe koyma isteğinin var olduğunu belirlemişlerdir. Tutum ve sosyal mesafe puanları ile kendilerinde

psikiyatrik hastalık öyküsü olma, ruhsal hastalıklar hakkında daha önceden bilgi alma, hastaların hukuki hakları hakkındaki düşünceleri, tehlikeli olduğunu düşündükleri ruhsal hastalık varlığı, ruhsal hastalığı olan bireylerle yaşama sonucu ruhsal hastalık oluşumu konusundaki inançları ve ruh ve sinir hastalıkları hastanesinin bulunduğu il/ilçelerde yaşamaktan rahatsız olma durumları arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna varmışlardır.

Türkiye’de 1971 yılından itibaren toplumun, ruhsal hastalıklara ve hastalarına yönelik tutum kapsamı içinde inançlar, araştırmalarla belirlenmeye çalışılmıştır. Geçmişten günümüze değin bu araştırmalar incelendiğinde, özetle inancın kavramsal açıdan araştırıldığı, ruhsal hastalıklara yönelik birey ve toplum inançlarının belirlendiği, toplum, hasta yakınları, sağlık çalışanları ve diğer meslek gruplarına yönelik çalışmaların yürütüldüğü, ancak toplum değerleriyle ilgili çalışmalara daha çok gereksinimin duyulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Zaman içinde ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançtan olumlu inanca yönelik ılımlı bir geçişin olduğu, araştırmalar gerçekleştirilirken ruhsal hastalıklara yönelik inancın tutum çatısı altında bireyden daha geniş toplumlara yayılarak ülkesel veya bölgesel değerlerin belirlendiği gözlenmiştir.

### **2.2.1. Kendi Kendine Damgalamaya İlişkin Çalışmalar**

Ülkemizde psikiyatrik bir rahatsızlık tanısı almış ve tedavi görmüş olan kişiler ile yapılmış, psikiyatrik rahatsızlıkları damgalama düzeylerinin, inanç ve tutumlarının incelendiği çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan bazılarında aşağıda yer verilerek ülkemizdeki kendi kendini damgalama durumunun genel bir çerçevesi çizilecektir.

Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi’nin çatısı altında 2007 yılında yürütülen bir çalışmada; hastaların %46’sının kendilerini tam ya da kısmen yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettikleri saptanmıştır. Hastaların yaklaşık %40’ının çevresindeki kişiler tarafından tam veya kısmen yetersiz veya eksikmiş gibi görüldükleri bildirilmiştir. Aynı çalışmada, hastaların %60’ının hastalıklarının evlenme konusunda olumsuzluk yaratacağı görüşünde oldukları, mesleki işlevsellik açısından, hastaların yaklaşık %55’inin hastalıklarını iş bulma konusunda zorluk yaşatma nedeni olarak gördükleri belirlenmiştir. Hastaların yaklaşık yarısı,

toplumsal ilişkilerde hastalıklarının kendilerine olumsuz etki yaptığını algılamaktadır. Hastalar topluma göre kendilerini daha fazla damgalamaktadırlar ve toplumla temas düzeyleri arttıkça, kendilerini damgalama artmaktadır (Ersoy ve Varan, 2007). Bu çalışmada hastalığın şiddeti arttıkça içsel damgalanmanın da arttığı, tedaviye uyum ve belirtilerde düzelme ile birlikte içsel damgalanmanın azaldığı belirlenmiştir.

Taşkın ve ark. (2009) araştırmasına göre; psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar depresyon ve depresyon sağaltımı konusunda genel halka göre daha doğru bilgilere sahiptir. Hastaların çoğu depresyonun sosyal sorunlar ile ilişkili olduğuna inanmaktadır. Hastaların depresyonu olan hastalara yönelik yaklaşımları genel halktan daha olumlu ve daha hoşgörülüdür. Ancak depresif nöbet içindeki hastalar, depresyonu olan hastalara karşı daha olumsuz ve ayrımcı tutumlara, daha fazla sosyal mesafe isteğine sahiptir.

Arsıntaş ve ark. (2010) yaptığı çalışmada; psikiyatri polikliniğine başvuran bireyler arasında hem damgalayıcı tutumların hem de damgalanma kaygısının yaygın olduğunu ve şizofreni hastalığına yapılan damgalamanın; depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik hastalıklara oranla daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır.

Yıldız ve ark. (2012) çalışmasında ise; başkalarını damgalama ve kendini damgalama açısından şizofreni hastaları ile majör depresif bozukluk hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmış, majör depresif bozukluk hastalarında klinik durumun şiddeti ile başkalarını ve kendini damgalama puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş, yine majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Çam ve Çuhadar'ın (2012) bipolar bozukluk tanısı almış hastalarla yaptıkları çalışmada; düşük eğitim seviyeli, düşük gelirlili, ilaçlarını düzenli içmeyen, kontrollerine düzenli olarak gelmeyen, kadın hastalarda içselleştirilmiş damgalamanın anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Duygusal, zihinsel, cinsel işlevsellik, damgalama algısı, içe kapanım, aile içi ilişkiler, yakın arkadaş ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılım, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanma gibi işlevsellik alanları ile içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır.

Tel ve Pınar'ın (2012) çalışmasında; psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalama yaşadığı, içselleştirilmiş damgalama ile benlik saygısı arasında yakın ilişki olduğu, içselleştirilmiş damgalama puanları arttıkça benlik saygısı puanlarının azaldığı,

cinsiyet, eğitim düzeyi ve yıllık hastaneye yatış sayısının içselleştirilmiş damgalama düzeyini etkilediği bulunmuştur.

Coşku ve Caymaz (2012), psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda hastalık süresi, psikiyatri kliniğinde yatma durumu, eğitim düzeyinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyini etkileyen değişkenler olduğunu belirlemiştir.

Baysal ve ark. (2013) duygudurum bozukluğu tanısı almış hastalarla yaptıkları çalışmada içselleştirilmiş damgalamanın sosyal işlevselliği olumsuz etkilediğini belirlemiştir. Ayrıca bilişsel işlev bozukluğunun içselleştirilmiş damgalamaya katkıda bulunabildiğini, bu sebeple içselleştirilmiş damgalamanın psikoterapilerde ele alınmasının bireylerin işlevselliğini arttırmada önemli olduğunu bildirmişlerdir.

### **2.2.2. Sağlık Personelinin Damgalamasına İlişkin Çalışmalar**

Damgalama çeşitli mekanizmalarla psikiyatri hastalarının yeterli sağlık bakımı almalarını da engelleyebilmektedir. Örneğin, sağlık hizmetinde çalışanlar, aktif psikotik, konfüzyon tablosu olan ya da iletişime kapalı psikiyatri hastaları ile çalışırken zorlanabilirler. Bu tip bir hastada yeterli tıbbi hizmet verebilmek, her şeyden önce zaman ve sabır gerektirmektedir. Sonuçta, bazı sağlık çalışanları da bu hastaları damgalayabilmektedirler. Örneğin, psikotik bir hastanın fiziksel yakınmaları, çok sabırlı olmayan ve zaman darlığı olan bir klinisyen tarafından doğru bir muayene yapılmaksızın psikosomatik olarak değerlendirilebilir. Hatta bazen psikiyatristler de psikotik hastalarının tıbbi sorunlarıyla uğraşma konusunda isteksiz davranabilirler (Karagöl vd., 2013). Oysa çeşitli çalışmalarda, şizofreni hastalarında %80'e varan oranlarda eşzamanlı başka önemli bir tıbbi hastalık olduğu ve bu hastalıkların %50'ye varan oranlarda tanı almadığı gösterilmiştir (Sadock and Sadock, 2003). Tüm bu durumlar psikotik hastaların, iyi bir sağlık bakımı almalarını engelleyen durumlardır.

Birdoğan ve Berksun (2002) tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin 1. sınıf öğrencilerine göre psikiyatrik hastaya karşı daha olumlu tutumlara sahip olduğunu ve 1. sınıf öğrencilerin de 6. sınıf öğrencilerine göre psikiyatri hastalarını toplum için daha fazla tehlikeli olarak algıladıklarını ve normal insandan daha aşağı olarak gördüklerini saptamışlardır.

Öte yandan Yanık ve ark. (2003) tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı

tutumlarına psikiyatri eğitiminin etkisini incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada öğrencilerin şizofreni hastalarının toplum içinde yaşamı ile ilgili maddelerin çoğunluğunda gruplar arasında farklılık bulunmazken, bazı maddelerde psikiyatri eğitimi alanların daha olumsuz tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Sadece şizofreninin tedavisi ve çare arama davranışı bölümlerinde psikiyatri eğitimi alanlarda tutum iyileşmesi olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın benzerini Kayahan, 2009 yılında hemşirelik bölümü öğrencileriyle yapmıştır. Bu araştırmada da elde edilen sonuçlar tıp fakültesi öğrencilerinden elde edilen sonuçlarla benzerdir. Hemşirelik öğrencilerinin şizofreni olgu örneğini kavrama açısından okunan sınıflar arasında farklılık bulunmazken, bazı maddelerde psikiyatri eğitimi alanların daha olumsuz tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Sadece şizofreninin tedavisi ve çare arama davranışı bölümlerinde psikiyatri eğitimi alanlarda tutum iyileşmesi olduğu saptanmıştır.

Akdede ve ark. (2004) tıp fakültesi öğrencileri ve üniversiteye hazırlık öğrencileri üzerinde yaptığı çalışma da bu sonuçlarla paralellik göstermektedir. Şizofreni tanısının söylenmesi sonrasında, araştırmaya katılan öğrencilerin olguya yönelik olumlu düşüncelerinin ve tutumlarının belirgin bir şekilde azaldığı, psikiyatri hastalarına yaklaşım açısından tıp fakültesi öğrencileri ve üniversiteye hazırlık öğrencileri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadığı bulunmuştur.

Genişol ve ark. (2003) 5 farklı şehirdeki yedi ayrı tıp fakültesi öğrencisinin alkol kullanımı ile ilgili önyargı ve tutumlarını belirledikleri çalışma sonucunda da öğrencilerin yaklaşık %40'ı alkol problemi olan bir kişiyi tıbbi tedaviye yönlendirmeyi düşünmezken, öğrencilerin tıp eğitimi içinde bu konuda daha kapsamlı bir eğitim almaları gerektiği vurgulanmıştır.

Taşkın ve ark. (2003) yaptıkları iki ayrı çalışmada 123 hemşirelik, 113 ebelik, 85 sağlık memurluğu öğrencisinin hem şizofreniye hem de depresyona yönelik tutumları incelemişlerdir. Öğrencilerin şizofreni ve depresyon hastalığına yönelik tutumları birbirinden farklılık göstermektedir. Öğrencilerin şizofreni tanılı hastalarla bireysel yakınlık kurma konusunda isteksiz ve genel halktan daha fazla reddedici ve dışlayıcı bir tutuma sahip oldukları, eğitim sürecindeki psikiyatri stajının, şizofreni için daha olumlu tutumları sağlamadığı saptanmış, öğrencilerin depresyon tanısı olan olgu örneğine bir ruhsal hastalık olarak baktıkları ve bakış açılarının genelde olumlu olduğu görülmüştür.

Aynı araştırmacılar 2004 yılında "ruhsal hastalık" ve "akıl hastalığı" kavramlarından hangisinin daha damgalayıcı anlam içerdiğini araştırmak amacıyla 272 sağlık yüksekokulu öğrencisini değerlendirmiştir. Bu araştırmada da elde edilen sonuçlar diğer iki araştırmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Öğrencilerin akıl hastalığı ve ruhsal hastalık kavramlarının farklı anlamlar taşıyacak şekilde kullanıldığını ve akıl hastalığı kavramının daha damgalayıcı anlamlar taşıdığı belirlenmiştir. şizofreni olgu örneğini öğrencilerin %65'i ruhsal hastalık olarak, %26'si akıl hastalığı, depresyon olgu örneğini %78'i ruhsal hastalık, % 0.8'i akıl hastalığı olarak belirtmiştir. şizofreni olgu örneğini akıl hastalığı olarak niteleyen öğrencilerin, ruhsal hastalık olarak niteleyen öğrencilere oranla hastaların toplum içinde serbest dolaşmaları, şizofren bir hastayı komşu olarak kabul etme ve evlerini kiraya verme konusunda daha olumsuz tutumlara sahip olduğu ve bu öğrencilerde şizofren hastaların saldırgan olduğu inancının daha fazla bulunduğu saptanmıştır.

Akıl hastalığı kavramının sağlık yüksekokulu öğrencilerinde araştırıldığı bir başka çalışmada da (Sarı vd. 2005), normal bir olgu ile birlikte verilen iki psikiyatrik etiket, psikiyatrik etiket eklenmemiş olgu ile kıyaslandığında anlamlı olarak daha fazla akıl hastalığı olarak algılandığı ve öğrencilerin %88'inde daha fazla sosyal mesafe ve tedaviye ihtiyaç olduğu inancına neden olduğu gözlenmiştir.

Özyiğit ve ark. (2004) hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerin şizofreniye ilişkin tutumlarına yönelik yaptığı araştırmada, katılımcıların özellikle hemşirelik öğrencilerinin en fazla kişisel yakınlık gerektiren evlenme, birlikte çalışma gibi durumlarda belirgin olmak üzere şizofreni hastalarına karşı reddedici tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Yaşça daha büyük olma, evli olma, psikiyatrik hastalıkla yakın çevresinde tanışık olma ve çalışıyor olma olumlu tutumlarla anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.

İkişık'ın (2008) tıp fakóltesi 1. ve 6. sınıf öğrencisi 62 kişi ile damgalamayı niteliksel olarak değerlendirdiği çalışmada hem 6. sınıflarda, hem 1. sınıflarda, akıl hastalığının daha damgalayıcı bir tanımlama olduğu bildirilmiştir. Ayrıca şizofreni hastalığının etiyojisi, tedavisi, prognozu konularında, her iki sınıfta da farklı seviyelerde bilgi eksikliğinin ve şizofreni hastalığına yönelik damgalamanın daha çok hastayla olan sosyal mesafe konusunda olduğu belirlenmiştir. Bunun temelinde yatan inançlar ve önyargıların daha çok hastaların tehlikeli, saldırgan olarak algılanması ve

öğrencilerin bu algılamalarının oluşumunda yaşadıkları deneyimlerinin, duyduklarının, psikiyatri stajı sırasında yaşadıklarının, görsel ve yazılı basında okuyup izlediklerinin etkisi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Çıtak ve ark. (2010) hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmada ise ruhsal hastalıklara karşı inanç ölçeği sonucuna göre öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Aker ve ark. yaptığı çalışmada, pratisyen hekimlerin şizofreniyi ruhsal zayıflık durumu olarak gördüğü, %80'inin tam olarak düzelmediğine inandığı, %26'sının bu hastalığın sosyal sorunlardan kaynaklandığına inandıkları ve iyileşebilmesi için sosyal sorunların çözülmesi gerektiğine inandıkları belirlenmiştir.

Üçok ve ark. çalışmasında (2007), pratisyen hekimlerin ve psikiyatrist olmayan hekimlerin şizofreni hastaları ile komşuluk, sosyal ilişki gibi konularda sorun yaşadıkları ve bu bireyleri tedavi etme konusunda isteksiz oldukları belirlenmiştir.

Bağ (2005), sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumlarını araştırdığı çalışmasında, Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği'nin (RSTTÖ) Türkiye versiyonunu 315 bireyden oluşan örneklem grubuna uygulamıştır. Araştırma sonucuna göre, ruhsal sorunlu bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemeyeceğini belirten sağlık personelinin, "korku/dışlama" boyutu puanı yüksek bulunmuştur.

Özmen ve ark. (2003) 681 uzman doktor (iç hastalıkları, kadın doğum, fizik tedavi ve rehabilitasyon, onkoloji) üzerinde yaptığı araştırmada; araştırmaya katılan uzman hekimler gördükleri hastaların %20'sinde ruhsal sorun olduğunu düşündüklerini, ruhsal sorunu olan hastaların ise %10'unu bir psikiyatri uzmanına sevk ettiklerini, hekimlerin %70'inin depresyonun tıbbi bir hastalık olduğunu, %43'ünün ise antidepressan ilaçların bağımlılık yapabileceğini düşündüğünü belirtmişlerdir.

Yıldız ve ark. (2003) birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan 262 pratisyen hekimin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumlarını değerlendirdikleri araştırmada, pratisyen hekimlerin psikotik bozukluğu olan hastalarla düşük oranda da olsa karşılaştıkları, bu hastaların tedavilerinde de pek istekli olmadıkları, ancak tanı ve tedavide kendilerini daha yeterli hissetmek için eğitim almaya istekli oldukları saptanmıştır.

Aker'in (2008) 327 aile hekiminin şizofreni hastalarına karşı tutumlarını ve hekimlik uygulamalarını incelediği araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Aile hekimlerinin, toplumda yaygın olarak var olan şizofreni hastalarına karşı sosyal mesafe isteği ve sosyal izolasyon taleplerinin toplumla birlikte paylaşılmakta olduğu, şizofreni etiolojisi ve tedavisi konusundaki görüşlerinin bilimsel temelli olduğu, şizofreni hastalarını takip ve tedavi etmek konusunda istekli olmadıkları, birinci basamak sağlık hizmetleri içinde şizofreni hastalarına yönelik hizmetlerin yeterince yer almadığı belirlenmiştir.

Ergün'un (2005) psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı almış bireylere bakış açılarını değerlendirmek amacıyla Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Psikiyatri Kliniğinde çalışan 185, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde (RSHH) çalışan 358 hemşire ile yaptığı araştırmada hekimlerle yapılan çalışmalara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Tüm hemşireler şizofreni tanısı almış bir bireyle evlenmeyeceğini, şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olmayacağını, şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini ve şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etki ve bağımlılık yaptığını belirtmiştir. EAH'deki hemşirelerin çoğunluğu şizofreninin sosyal nedenlerle ortaya çıkmadığını, şizofren bir bireyle birlikte çalışabileceğini, şizofreninin psikoterapi ile düzelebileceğini, şizofren hastalarının saldırgan olduğunu ifade ederken, RSHH'deki hemşirelerin çoğunluğu şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin, şizofreni hastalarına sosyal mesafe açısından daha olumlu yaklaşım sergiledikleri saptanmıştır.

Öncü ve ark. (2005) diğer araştırmalardan farklı olarak 185 (79 Sloven, 106 Türk) psikiyatri uzmanının intihara yönelik tutumlarını değerlendirerek Türkiye ve Slovenya sonuçlarını karşılaştırmışlardır. Türk hekimlerin Sloven hekimlere göre intihara yönelik tutumları daha reddedici ve ötenaziye de daha olumsuz yaklaşmakta olduğu; Sloven hekimlerin Türk hekimlere göre intihar krizi içinde bulunan bir kişiye onunla iletişim kurarak yardımcı olmak için kendisini hazır hissettiği ve intiharın kişisel bir hak olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Ekinci ve Bağ (2005) tarafından 160 hemşire 155 doktor üzerinde ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumların değerlendirildiği araştırmada, eğitim düzeyi yüksek olan sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik daha iyi niyetli



bir tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Ruhsal sorunlu bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemeyeceğini ifade eden sağlık personelinin, psikiyatri hastalarından korktuğu saptanmıştır.

Eşsizoğlu ve Arısoy (2008) Bakırköy Ruh Sağlığı Hastanesi'nde çalışan 70, Şişli Etfal Hastanesi'nde çalışan 30 hemşire ile yaptıkları çalışmada; Bakırköy grubu depresyonu hastalık olarak değerlendirirken, Şişli grubu depresyonu hastalık olarak değil, zaman zaman herkesin içine düştüğü bir durum olarak değerlendirmiştir. Şişli grubu Bakırköy grubuna göre daha fazla oranda depresyonun sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığını düşünmektedir. İki grubun da depresyonu olan kişileri tehlikeli bulmadıkları, depresyonu olan kişilere karşı sosyal mesafe koymadıkları, depresyonun düzelebileceğini düşündükleri, ortam değişikliğinin depresyonun düzelmesine önemli katkılarda bulunabileceğine inandıkları ve sosyal sorunlar düzelmeden depresyonun düzelmeyeceğini ifade ettikleri saptanmıştır.

### **2.2.3. Hasta Yakınlarının Damgalamasına İlişkin Çalışmalar**

Ülkemizde hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutumlarına ilişkin çalışmalar da mevcut olup, bunlardan elde edilen sonuçlar aşağıda kronolojik olarak verilmiştir.

Bir üniversite hastanesinde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 42 hastanın yakınlarının, ruhsal bozukluğu olmayan ve diğer kliniklerde tedavi gören 42 hastanın yakınları ile kıyaslandığı bir çalışmada; deneklerin anksiyete/depresyonu olan kişileri paranoid şizofreni olgularına göre daha mutlu, daha verimli, daha iyi, daha çağdaş, daha temiz, daha az tehlikeli, daha sık rastlanan şeklinde değerlendirdikleri görülmüştür (Arkar, 1992).

Polat ve arkadaşlarının (2000) ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınları ile yaptıkları araştırmaya göre de ailelerin büyük kısmında, başta anne, baba ve kardeşlerde olmak üzere, reddedilme ve etiketlenme korkusu nedeniyle yakınlarının ruhsal hastalığını gizleme eğilimi bulunduğu, şizofreni hastalarının yakınlarında ise duygudurum bozukluğu hastalarının yakınlarına göre suçluluk duygularının daha yoğun bir şekilde yaşandığı belirtilmiştir.

Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında, örneklemin %77'sinin

şizofreniyi bir ruhsal hastalık olarak tanımladığı, hastalık nedenleri arasında en fazla %54 ile stresli yaşam koşulları ve %52 ile kişilik zayıflığının düşünüldüğü, %71 oranında doktorların, onların da içinde %92 oranında psikiyatrların hastalığa çare olarak görüldüğü, örneklemin %20'sinin şizofreninin tamamen iyileşmeyeceğine ve %41'inin sosyal sorunlarda düzelme olmadan bir iyileşme olamayacağına inandığı, şizofreninin ruhsal bir hastalık olduğuna inananların %59'unun şizofreniyi tedavi edilebilir bir hastalık olarak gördüğü, %58'inin psikoterapi ile, %32'sinin ilaçla tedavi edilebileceğini düşündüğü, bu grubun %45'inin tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceğine, %25'inin de ciddi yan etkilere neden olabileceğine inandığı, örneklemin %26'sının şizofrenlerin tehlikeli olduğunu ve toplum içinde serbest bırakılmaması gerektiğini düşündüğü, eğitim ve sosyoekonomik düzey düştükçe bu hastalara yaklaşımın olumsuz yöne kaydığı belirlenmiştir.

Manisa'da (Taşkın, 2002) yapılan diğer bir araştırmada ise, örneklemin yarısının şizofrenlerin saldırgan olabileceğini ve toplum içinde serbestçe dolaşmaması gerektiğini düşündüğü, 2/3'ye yakının böyle bir komşusu olmasından rahatsız olacağı ve birlikte çalışmak istemediği belirlenmiş, sosyodemografik faktörlerin şizofreniyeye yönelik tutumları fazla etkilemediği saptanmıştır.

Sağduyu ve arkadaşlarının (2002) “şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniyeye yönelik tutumları” konulu araştırması, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İzmir Devlet Hastanesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri polikliniklerinde, şizofreni tanısıyla tedavi edilen toplam 98 hastanın yakınları ile yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre, ruhsal hastalıkların tanınmasında, tedavi ve rehabilitasyonunda, başta hasta yakınlarının olmak üzere, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesinin önemli olduğunu, diğer yandan toplumun şizofreniyeye ilişkin inanç ve tutumlarını doğru ve olumlu yönde değiştirebilmek için yapılacak eğitim ve bilgilendirme etkinliklerinin organize edilebilmesi için, tutumlara ilişkin var olan durumun belirlenmesinin yararlı olacağını belirtmişlerdir.

Katkak'ın (2008) şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış olan hasta yakınları ile yapmış olduğu çalışmaya göre; şizofren hastalar yakınları tarafından daha fazla kaba, duyarsız, anlayışsız, başarısız, tehlikeli ve soğuk olarak tanımlanmışlardır. Yine şizofren birey yakınları hastalarıyla kurdukları iletişimi sıklıkla sıkıntılı, rahatsız, anlayışsız ve itici olarak belirtmişlerdir. Şizofrenlerin bir işi başarıyla götüremeyeceğine,

beklenmedik davranışlar sergileyeceğine inanç, bipolar hasta yakınlarınınkine göre daha bulunmuştur. .

Özbaş ve arkadaşlarının 2008 yılında yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastaların yakınlarıyla yaptıkları araştırmaya göre; ruhsal hastalıklara karşı tutumun eğitim düzeyi, hastalığı akraba, arkadaş çevresinin ve komşuların bilme durumu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Hastalığı akraba, arkadaş ve komşuları tarafından bilinen hastaların yakınlarının, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu ve hastalığın özellikle olumsuz anne baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutum eğilimi gösterdikleri ortaya konulmuştur.

### **2.3. Damgalamanın sonuçları**

Ne yazık ki, yeni çalışmalar, batı toplumlarında zaman içinde ruhsal bozukluklarla ilgili damgalamanın azalmadığını, aksine artmakta olduğunu göstermektedir.

Ruhsal bozukluk nedeniyle acı çeken veya çekmiş olan insanlar üstesinden gelinmesi gereken pek çok engelle sahiptir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin karşılaştığı sorunlar şu şekilde özetlenebilir:

- Evsizlik,
- Barınacak yerde ayırım,
- Tutarsız yaşam koşulları,
- İş vermede ayırım,
- Azalan özsaygı,
- Yetersiz ve uygun olmayan tedavi,
- Tedavi görememe,
- Uzaklaşma, soyutlanma,
- Yetkilendirme kaybı olarak sıralanabilir (Kammer, 1993; Schulze and Angermeyer, 2003).

Damgalama bu hastalıklara ayrılan kaynak miktarını sınırlamakta, ev ve iş bulma, toplumsal etkileşim sorunlarını ağırlaştırmaktadır. Bu sorunlar da yine damgalamayı şiddetlendirici etki yapmaktadırlar.

Özellikle şizofreniye yönelik damgalama ile medyada sıkça karşılaşılmaktadır.

Oysaki şizofreniye yönelik damga, sadece hastaları değil, hastaların ailelerini, yakınlarını ve sağlık görevlilerini de etkilemektedir. Bu nedenle kamuoyu ve sağlık görevlileri şizofreni ile ilgili olarak; “şizofreninin tedavisi yoktur, şizofreni hastaları çalışamazlar, şizofreni hastaları tehlikeli ve saldırgandır, mahalledeki şizofreni hastası çocuklarımıza zarar verebilir, şizofreninin sebebi fazla mastürbasyon yapmaktır, şizofreni tedavisi imkansız bir hastalıktır” gibi yanlış inanışlara sahip olabilmektedir. Toplumdaki şizofreniye yönelik damgalama eğilimi, toplumun şizofreni konusunda yetersiz bilgi sahibi olması ve yanlış inançlarla doğrudan ilişkilidir (Kıvırcık Akdede, 2004).

Ailelerin üzerindeki damganın da ağır olduğu açıktır. Bir yandan çocuklarının, kardeşlerinin hastalığından kendilerini sorumlu tutmakta, suçluluk duymaktadırlar; diğer yandan da sanki yakınları yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi, çevrenin gözünde “bir şizofrenin çocuğu, annesi ya da babası” olmanın getirdiklerine göğüs germektedirler. Sokaktaki insanın gözünde şizofreni neredeyse deliliğin diğer adıdır. Ruh sağlığı ve hastalıkları kurumunda çalışanlar ve hatta bu kurumun olduğu bir kent dahi bu damgadan payını alabilmektedir (Özkan, 2009).

Dünya Psikiyatri Birliği'nin şizofreni nedeniyle ortaya çıkan damgalama ve ayrımcılıkla küresel savaş kampanyası için yaptırdığı anketle (Çoban, 2008), toplumun şizofreni hastalarına yaklaşımı incelenmiştir. Katılımcıların %20'si şizofren biriyle arkadaşlığını sürdüremeyeceğini, %50'si aynı odayı paylaşamayacağını, %75'i şizofren biriyle evlenemeyeceğini belirtmiştir.

Damgalamaya maruz kalan diğer bir hastalık bipolar bozukluğu olan hastalardır. Hastalar hastalığın kendisi kadar kullanılan ilaçlardan dolayı da sorun yaşamakta, bu durum hastaların kendisini damgalamasına neden olmaktadır. Böylece hasta bir dönem sonra ilaca uyum sorunu yaşamaya başlamaktadır. Bunun nedeni hastanın tedaviye yönelik yaşadığı inanç ve tutumlarıdır (Yıldırım, 2008). Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamadan nasibini alan diğer hastalık kümeleri ise anksiyete bozuklukları (Gümüş, 2008) ve alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır (Engin, 2008).

Global anlamda, değişik ülkelerdeki damgalama düzeyleri hakkında pek az şey bilinmektedir. Yeni bir izlem çalışmasında, 27 ülkeden 700 şizofreni hastası araştırılmış, katılımcıların yaklaşık yarısı arkadaş edinirken, arkadaşlık ilişkilerini sürdürürken ve aile üyeleriyle ilişki kurarken ayrımcılığa maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Katılımcıların dörtte birinden fazlası ise iş ararken, komşularıyla olan karşılaşmalarda ya da yakın ilişkilerinde ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Ayrımcılığa maruz kalma kaygısı ise bunlardan çok daha yüksek bulunmuştur. Ruhsal bozukluğu olan pek çok insan, ruhsal rahatsızlıklarını gizleyerek damgalanma ve ayrımcılığın olumsuz etkilerinden kaçınmaya çalışmaktadırlar (Karagöl vd., 2013).

Stigma nedeniyle, ruhsal bozukluğu olan kişiler hastalıklarını açıkça seyrek olarak tartışır ve genellikle izole, yalnız ve yanlış anlaşılmış olarak yaşarlar. Çoğunlukla aile yaşamlarındaki, normal-sosyal ilişkilerindeki ve üretken ilişkilerindeki eşit katılmaları reddederler (Bostancı, 2005).

Gizlilik ve etiketlenmeden kaçınmanın bir diğer sonucu ise, ruhsal sorunlu bireylerin tedavi sonucunda etiketlenecekleri korkusuyla tedavi arayışına girmemeyi seçmeleridir. Algılanan damga düzeyinin yüksekliği ve damgaya direncin düşüklüğü, düşük düzeyde bakım arayışı ile ilişkili bulunmaktadır. Bu nedenle damgalanma, tüm dünyada tedaviye katılımın düşüklüğü ile de ilişkili olduğundan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Nicholas et al., 2011).

Çeşitli araştırmalar ruhsal bozukluklara sahip olan kişilere yönelik stigma ve onların negatif sonuçlarını belgelemiştir.

Link ve ark. tarafından (1997) ruhsal bozukluk ve madde kullanımını olan kişiler üzerinde stigmanın iyilik durumundaki etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma sonucunda; stigmanın iyileşme üzerinde oldukça uzun süreli, güçlü ve olumsuz bir etkiye sahip olduğu ve tedavinin bile damgalamaya yol açarak yaşamı güçleştirmeye devam ettiği bulunmuştur.

Markowitz (1998) ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam memnuniyetleri ve psikolojik olarak iyi olamamalarında stigmanın etkisine yönelik yaptığı çalışma sonucunda; yaşam memnuniyetinde stigmanın negatif etkilere sahip olduğu, benlik kavramı ve stigma arasında ise karşılıklı bir etkinin olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Phelan ve ark. tarafından (1998) psikiyatrik hastalarla yakın ilişki içinde bulunan kişilerin (ebeveyn, eş v.b.) stigmatı algılaması ve reaksiyonlarını değerlendirmeye yönelik yapılan çalışma sonucunda; ruhsal hastalık derecesi ve ailenin sosyal özellikleri ile ailelere yönelik stigma arasında anlamlı bir ilişki olduğu; hastaları ile birlikte yaşamayan, hastaları kadın olanların ve pozitif belirtilerin az görüldüğü hastaların yakınlarının genellikle ruhsal hastalıkları gizledikleri belirlenmiştir.

## 2.4. Damga Karşıtı Girişimler

Eğitim, toplumu doğru yönde bilgilendirerek var olan olumsuz stereotipleri yıkmayı, onların yerine gerçekleri bilgiler koymayı amaçlar. Damgalamanın azalması için ruhsal hastalıklar ile ilgili toplumsal eğitim ve damga karşıtı programlar çok önemlidir. Damga karşıtı girişimler yerel ya da ulusal düzeyde olabilir ve bunların etkili olduğuna ilişkin kanıtlar vardır. Bu girişimlere ilişkin ülkemizde yapılan çalışmalar şunlardır:

Altındağ ve arkadaşlarının (2006) Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde Şanlıurfa ve Diyarbakır'da tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile eğitim, temas ve film izlemenin damgalama ve ayrımcılığa etkisini ölçmek için bölgesel bir anti-stigma çalışması yapılmıştır. Deney ve kontrol grubu alınan çalışmada, geçmişte bir psikiyatri eğitimi almamış öğrencilerden deney grubuna şizofreni tanısı olan ve Nobel Ödülü alan başarılı bir matematikçi John Forbes Nash'in otobiyografisinin işlendiği Akıl Oyunları (Universal Studios and Dream Works, 2001) filmi, kontrol grubuna ise psikiyatri dışı, kuşlarla ilgili belgesel bir film olan 'Hızlı Göç' filmi izletilmiştir. Deney grubuyla şizofrenisi olan bir hasta bir araya getirilerek, şizofreni ve şizofreninin tedavi edilebilir bir hastalık olduğu üzerinde durulduğu ve stigma deneyimlerini paylaştığı bir görüşme yapılmıştır. Girişimlerden bir ay sonra son test yapılmıştır. Ön test ve son test sonuçlarına göre, kontrol grubunun şizofreniye yönelik tutum ve sosyal mesafesi değişmezken, deney grubunun şizofreniye yönelik daha olumlu bir tutuma sahip oldukları ve sosyal mesafenin azaldığı, hastayı daha kabul ettikleri görülmüştür.

Otuz ebe ve hemşireye iki haftada bir defa, üçer saat olmak üzere toplam 40 saat ruh sağlığı hastalıkları konusunda eğitim programı düzenlenen bir araştırmada, eğitimin ebe ve hemşirelerin ruhsal hastalıklara yaklaşımlarına, iletişim becerilerine ve iş doyumlarına etkileri incelenmiştir.. Eğitime katılan hemşire ve ebelerin eğitim sonrası ruh hastalıklarını tanılama, iletişim becerileri, iş doyumunu toplam puan ortalamaları eğitim öncesi puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuş, ebe-hemşirelerin eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları ile olumlu yaklaşımlarının arttığı saptanmıştır (Çam ve Bilge, 2007)

Uluslararası boyutta yapılan çalışmalarda konu ile ilişkili olarak tanımlayıcı çalışmaların yanı sıra eğitimin etkisini değerlendiren girişimsel çalışmalara da yer

verildiği, aynı zamanda eğitim modüllerinin oluşturulduğu görülmektedir. Uluslararası boyutta ruhsal hastalıklara yönelik verilen eğitimin damgalama ve sosyal mesafeye etkisini belirlemeye yönelik araştırmaların sonuçları şu şekildedir:

Pakistan'ın başkenti Rawalpindi'de toplum ruh sağlığını geliştirmek amacıyla yürütülen toplum ruh sağlığı programı kapsamında okul çağı çocukları, ebeveynleri, komşuları ve okula devam etmeyen çocuklarla bir çalışma yapılmıştır (Rahman vd., 1998). Okul ruh sağlığı programı adı verilen bu programa 12-16 yaşları arasındaki homojen deney ve kontrol grupları alınmış, deney grubuna dört ay boyunca ruhsal hastalıklarla ilgili seminerler verilmiştir. Araştırma sonunda deney ve kontrol grubu arasında tutum ve sosyal mesafe arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur. Deney grubunun araştırma sonunda ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının olumlu yönde değiştiği görülmüştür.

İngiltere'de tıp ve psikoloji öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise değişik psikoeğitimlerle (sunum, broşür ve video gösterimi) tutum ve sosyal mesafe değişimleri değerlendirilmiştir (Lincoln vd., 2008). Tüm eğitim tipleri ile olumsuz düşüncelerin azaldığı, tıp öğrencilerinde tehlikelilik önyargısının azalmasına bağlı sosyal mesafe azalırken, psikoloji bölümü öğrencilerinde prognoza yönelik negatif düşüncelerin arttığı saptanmıştır.

Hong Kong'da rastgele seçilen ve psikiyatri eğitimi almış öğrencilerle yapılan bir çalışmada, deney grubundaki öğrencilere şizofreni ve depresyonla ilgili video gösterimi ve seminerler verilmiş ve kontrol grubuna verilmemiştir. Girişimler sonrası deney grubundaki öğrencilerin bu hastalıklara yönelik tutumlarının olumlu yönde değiştiği görülmüştür (Chung, 2005).

Dünya Psikiyatri Birliği (WPA) programları kapsamında şizofreniye yönelik damgalama ve ayrımcılığı azaltmak amacıyla "*Open the Doors (Kapıları Açın)*" sloganıyla Kanada'da (2005) başlatılan bölgesel anti-stigma programında homojen odak gruplar seçilmiştir. Bu gruplar, polisler, hukuk adamları ve lise öğrencileri olarak saptanmıştır. Programdaki amaç, eğitimin şizofreniye yönelik bilgi düzeyini arttırmak ve tutum ve davranışları üzerinde olumlu değişiklik yaratabilmektir. Programda verilen eğitim sonrası lise öğrencilerinin, bilgi düzeylerinin arttığı ve sosyal mesafenin azaldığı görülmüştür. Kanada Ruh Sağlığı Birliği, eğitimin ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltmada en iyi yöntem olduğunu açıklamıştır. Özellikle çocukluk

yıllarında ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin toplumda damgalama ve ayrımcılığa karşı etkili olduğunu, ancak eğitim materyallerinin çocukların gelişim dönemlerine uygun olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Kanada'da yapılan çalışmada lise öğrencilerine şizofreni tanılı hastaların deneyimlerinin yer aldığı videoları izletmenin ve bunlar üzerinde konuşmanın, öğrencilerin şizofreniye olan sosyal mesafelerini azalttığı ve tutumları üzerine olumlu etki yarattığı sonucuna ulaşılmıştır (Stuart, 2006).

Leipzig'de 14-18 yaşları arasındaki öğrencilerle yapılan projede (Gaebel and Baumann, 2003), kontrol grubu kullanılarak, öğrencilere beş bölümde oyunlarla sağlıklı / iyi olma hali, ruhsal hastalık kavramları, ruhsal ya da fiziksel hastalıklar anlatılmış ve öğrencilerin ruhsal sorunları olan bireylerle bir araya gelmesi, bu bireylerin deneyimlerini paylaşması ve tartışması sağlanmıştır. Bu girişimlerden bir ay sonra yapılan son testte, girişimlerle tutumların olumlu yönde değiştirdiği görülmüştür. Toplum tutumunu geliştirme ve değiştirmeye yönelik yapılan bu okul projelerinin önyargıları ve sosyal mesafeyi azaltmada iyi bir yaklaşım olduğu saptanmıştır.

Güney İngiltere'de Dünya Psikiyatri Birliği kapsamında damgalamayı azaltıcı bir program başlatılmıştır. Programa 14-15 yaşları arasındaki gençler katılmıştır. Kontrol grubunun olmadığı bu çalışmada katılımcılara ruhsal sağlık ve hastalıklar hakkında iki seminer verilmiş ve ruhsal sorunları olan bir bireyin deneyimlerini paylaşması sağlanmıştır. Çalışmada gençlerin olumsuz tutumlarının olumlu yönde değiştirdiği görülmüştür. Pinfold ve ark. (2003) ruhsal sorunları olan bireylere yönelik önyargıları ve tutumları değiştirme amacıyla eğitim seanslarının etkili bir yaklaşım olduğunu belirtmişlerdir.

İngiltere'nin Nottingham eyaletinde, psikiyatri eğitimi almış, tıp fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerine iki kısa damgalama azaltıcı film izletilerek, tutuma etkisi araştırılmıştır (Kerby et al., 2008). Randomize kontrol testli bu çalışmada öğrencilerin ruhsal hastalıklar hakkında tutumu ve sosyal mesafe, filmlerden önce ve sonra değerlendirilmiştir. Filmlerden biri ruh sağlığı ekibinin yer aldığı ve filmde psikoz, depresyon ve şizofreni hakkında bilgi verildiği 15 dakikalık filmler, kontrol grubuna ise psikiyatri dışı 25 dakikalık bir belgesel film izletilmiştir. Sekiz hafta sonra yapılan son testte kontrol grubu tutumunda değişme olmazken, deney grubunun ruhsal hastalıklar ilgili algıladıkları tehlikeliliğin ve sosyal mesafenin azaldığı görülmüştür.



Avusturalya’da 2001 yılında 40 ruh sağlığı çalışanı ve 80 üçüncü sınıf hemşirelik öğrencileri okul sınırları dışında “*Inside Out; Adventure in Mental Illness Nursing* (Tersyüz; Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Macera)” isimli bir kampa katılmışlardır. Ertesi yıl yine aynı kampa 100 ruh sağlığı çalışanı ve 200 üçüncü sınıf hemşirelik öğrencisi katılmıştır. Hemşire ve sosyal hizmetler uzmanlarından oluşan tedavi ekibi ve öğrenci hemşirelerin bir araya gelmesindeki amaç, ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklardan bahsederek ve ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz tutumların değiştirilmesidir. Ayrıca öğrencilere aktivitelerde grup çalışmalarıyla, problem çözme, anksiyete ve öfke ile baş etme, liderlik, görüşme teknikleri, iletişim konularına yönelik yaklaşımlar çeşitli aktivitelerle anlatılmıştır. Kamp öncesi ve sonrası öğrencilerin tutumları değerlendirildiğinde, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının olumlu yönde değiştiği görülmüştür (Stuhmiller, 2003).

Brandili (1999) ruhsal hastalığı olanlara yaklaşımda en büyük zorluğun bilgi eksikliği olduğunu, bu konuda iyi bir bilgilendirme ile daha olumlu tutumların gelişeceğini ileri sürmüştür. Angermeyer ve Matschinger’e (2003) göre hastaların şiddet ve suç oranlarının genel toplumdakinden yüksek olmadığı bilgisinin verilmesi, halkın bu hastalarla daha fazla doğrudan temas etmesini sağlayabilir. Bu da hastaların tehlikeli kişiler olmadığı inancının ve sosyal mesafenin azalmasına yol açabilir.

Corrigan ve arkadaşları (2002) da ruhsal hastalıklar konusunda doğru bilgi verilmesinin, toplumdaki yanlış inanç ve kuşkuları gidererek sosyal mesafeyi ve ruhsal hastalıklara yönelik korkuları azaltabileceğini belirtmişlerdir.

Gelecekteki damga karşıtı girişimler, damganın ve ayrımcılığın farklı yönlerine aynı anda işaret etmek için kapsamlı adımlar atmalıdır. Konuyla ilgili en anlamlı, en önemli sonuç özellikle ruhsal hastalıklı bireylerin algıladıkları ayrımcılıkta azalmadır; başarı ölçütü bu olmalıdır. Başarı, toplumdaki çeşitli grupların sürekli işbirliği içinde olmalarına bağlıdır. Bu gruplar arasında ruhsal sorunları olanlar kadar; öğretmenler, ruh sağlığı çalışanları, inanç liderleri, işverenler, polis memurları, yasa yapıcılar ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler bulunmalıdır.

Ruhsal hastalık damgasının azaltılması ve derin bir sosyal değişime ulaşabilmek için uzun soluklu ve işbirliği içinde ilerleyen çabalara gereksinim vardır.

## **3. AMAÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Amaç**

Bu çalışmanın amacı, psikiyatrik rahatsızlığı bulunan ve ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının, ruhsal rahatsızlıkları olan kişileri damgalama düzeyleri ve bunlarla ilişkili olan değişkenlerin belirlenmesidir.

### **3.2. Yöntem**

#### **3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırmanın veri toplama aşaması NPIstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi yataklı servislerinde ve polikliniklerinde 15 Mayıs 2014 – 15 Haziran 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2.2. Örneklem**

Araştırmanın örneklemini NPIstanbul Nöropsikiyatri hastanesinde yatarak veya ayaktan tedavi gören hastaların yakınları oluşturmuştur. Çalışmaya 82 hasta yakını dahil edilmiş olup, örnekleme ilişkin veriler aşağıda verilmiştir.

Araştırmaya katılan 82 hasta yakınının %42.7'si erkek (n:35), %57.3 ise kadındır (n:47). Örneklem in yaş ortalaması 43.18 iken standart sapması 11.230, ranjı 56'dır (minimum:19, maksimum: 75). Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir.

Katılımcıların eğitim seviyelerine bakıldığında %50'sinin üniversite ve üstü eğitim aldıkları, %33.9'unun lise mezunu olduğu, %17.1'inin ise lise altı bir eğitim kurumundan mezun olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim seviyelerine ilişkin bilgiler Tablo 2'de, mesleklere göre dağılımı ise Tablo 3'te gösterilmektedir.

**Tablo 1: Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı.**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
18-30	15	18,3	18,3	18,3
31-40	13	15,9	15,9	34,1
41-50	32	39,0	39,0	73,2
51-60	19	23,2	23,2	96,3
61-70	2	2,4	2,4	98,8
71-80	1	1,2	1,2	100
Total	82	100,0	100,0	

**Tablo 2: Katılımcıların eğitim seviyelerine göre dağılımı.**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Valid Okur yazar	1	1,2	1,2	1,2
İlkokul	10	12,2	12,2	13,4
Ortaokul	3	3,7	3,7	17,1
Lise	27	32,9	32,9	50,0
Üniversite	39	47,6	47,6	97,6
Yüksek lisans	2	2,4	2,4	100,0
Total	82	100,0	100,0	

**Tablo 3: Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı.**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Valid Emekli	7	8,5	8,5	8,5
Esnaf	5	6,1	6,1	14,6
Ev hanımı	23	28,0	28,0	42,7
Hekim	2	2,4	2,4	45,1
İşçi	5	6,1	6,1	51,2
İşsiz	1	1,2	1,2	52,4
Memur	7	8,5	8,5	61,0
Öğrenci	4	4,9	4,9	65,9
Öğretmen	9	11,0	11,0	76,8
Serbest	19	23,2	23,2	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Katılımcıların %82.9'u evli (n: 68) iken, %8.5'i bekar (n: 7), %7.3'ü boşanmış (n: 6), %1.2'si ise duldur (n: 1). Katılımcıların tedavi gören yakınlarının %47.6'sı evli (n: 39), %45.1'i bekar (n: 37), %3.7'si boşanmış (n: 3) ve %3.7'si duldur (n: 3). Katılımcılarla tedavi gören hastalarına yakınlık dereceleri ise Tablo 04'te paylaşılmıştır:

**Tablo 4: Katılımcıların tedavi gören hastalarıyla yakınlık dereceleri.**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Valid Anne baba	32	39,0	39,0	39,0
Çocuk	8	9,8	9,8	48,8
Eş	22	26,8	26,8	75,6
Kardeş	20	24,4	24,4	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların tedavi gören hastalarının %40.2'si erkek (n: 33), %59.8'i kadın (n:49) iken, yaş ortalaması 36.56, standart sapması 12.389, ranjı 56'dır (minimum: 18, maksimum: 74). Yaş gruplarına göre dağılımı ise şu şekildedir (Tablo 05):

**Tablo 5: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Valid 18-30	29	35,4	35,4	35,4
31-40	24	29,3	29,3	64,6
41-50	13	15,9	15,9	80,5
51-60	9	11,0	11,0	91,5
61-70	5	6,1	6,1	97,6
71-80	2	2,4	2,4	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Katılımcıların psikiyatrik rahatsızlığı bulunan yakınlarının eğitim seviyelerine bakıldığında %42.7'sinin üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeyken, %57.3'ünün ise lise ve altı eğitim almış olduğu belirlenmiştir (Tablo 06). Hastaların meslek gruplarına göre dağılımları ise Tablo 07'de paylaşılmıştır.

**Tablo 06: Hastaların eğitim seviyelerine göre dağılımı.**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Valid Okur yazar	2	2,4	2,4	2,4
İlkokul	13	15,9	15,9	18,3
Ortaokul	7	8,5	8,5	26,8
Lise	25	30,5	30,5	57,3
Üniversite	31	37,8	37,8	95,1
Yüksek lisans	4	4,9	4,9	100,0
Total	82	100,0	100,0	

**Tablo 07: Hastaların mesleklerine göre dağılımı.**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Valid Emekli	1	1,2	1,2	1,2
Esnaf	3	3,7	3,7	4,9
Ev hanımı	28	34,1	34,1	39,0
İşçi	2	2,4	2,4	41,5
İşsiz	14	17,1	17,1	58,5
Memur	3	3,7	3,7	62,2
Öğrenci	16	19,5	19,5	81,7
Öğretmen	3	3,7	3,7	85,4
Serbest	12	14,6	14,6	100,0
Total	82	100,0	100,0	

### 3.2.3. Veri Toplama Araçları:

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara sosyodemografik bilgilerin ve yakınlarının rahatsızlığına ilişkin bilgilerini değerlendirmek üzere araştırmacılar tarafından hazırlanan bir bilgi formu (EK 1) ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (EK 2) doldurulmak üzere verilmiştir.

### 3.2.3.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği:

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale-BMI), 1998 yılında Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, ruhsal hastalığa yönelik farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur.

Ölçek tehlikelilik, zayıf sosyal ve kişilerarası beceri, çaresizlik alt ölçeği olmak üzere üç alt ölçekten oluşmuştur. Hirai ve Clum, 216 öğrencinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçek Cronbach alfa katsayısı Amerikan toplumu için 0.89, Asya toplumu için 0.91 bulunmuştur.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği yirmi bir maddeden oluşan 6'lı Likert tipi bir ölçek olup tamamen katılmıyorum: 0, çoğunlukla katılmıyorum: 1, kısmen katılmıyorum: 2, kısmen katılıyorum: 3, çoğunlukla katılıyorum: 4, tamamen katılıyorum: 5 şeklinde puanlanmaktadır.

Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta, yüksek puan olumsuz inancı göstermektedir.

#### 3.2.3.1.1. Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması:

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin (RHYİÖ) Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam tarafından (2008) yapılmıştır.

RHYİÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacı ile metodolojik olarak planlanmış olan araştırma küme örneklem yöntemi ile belirlenen 262 yetişkin ile yürütülmüştür. Katılımcıların 129'u (%49.2) kadın, 133'ü (%50.8) erkektir. Ortalama yaş  $39.7 \pm 10.3$  yıldır. Ayrıca bireylere sosyoekonomik durumları sorulmuş, %32.8'si üst düzeyde, %38.9'u orta düzeyde ve %28.2'si ise alt düzeyde olduklarını bildirmişlerdir.

Araştırmada veri toplama amacıyla Tanıtıcı Bilgi Formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve ölçüt geçerliliği için Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği kullanılmıştır.

### 3.2.3.1.2. Geçerliliğe ilişkin bulgular

Ölçeğin çeviri çalışmasının ardından içerik/kapsam geçerliliği için uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 100 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Alınan uzman görüşlerinin ardından Kendall Uyuşum Katsayısı (Wa) (Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik geçerliliği çalışması yapılmış, ancak  $p < 0.00$  düzeyinde anlamlılık saptandığı ve uzmanlar arası uyum olmadığı bulunmuş, önerilen değişiklikler düzeltildikten sonra ölçek üç uzmana değerlendirilmek üzere yeniden verilmiş, bu doğrultuda  $p > 0.00$  düzeyinde anlamsızlık saptanmıştır (Kendall's  $W_a = 0.167$ ,  $\chi^2 = 26.69$ ,  $df = 20$ ,  $p = 0.144$ ).

RHYİÖ'nün yapı geçerliliğini test etmek için yapılan faktör analizi sonucunda orijinal form ile uyumlu üç faktör belirlenmiştir. Bu faktörler sırası ile çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikeli ve utanma alt ölçekleridir.

### 3.2.3.1.3. Güvenirliliğe ilişkin bulgular

Ölçek toplam Cronbach alpha katsayısı 0.82'dir. Alt boyutların Cronbach alpha katsayıları çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma için 0.80, tehlikeli için 0.71 ve utanma için 0.69'dur.

RHYİÖ'nün zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci ve ikinci uygulama alt ölçek ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test-tekrar test ölçek toplam puan korelasyonunun 0.55 olduğu ve test-tekrar test arasında ise utanma alt ölçeği dışında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

RHYİÖ'nün Türkçe Formu çalışmasında faktör yüklerini belirlerken bazı maddelerin (madde 8, 13, 16) ölçeğin orijinal yapısına uygunluğu ve kuramsal çerçevedeki alt ölçeklere uygunluğu değerlendirilmiş ve birden fazla faktöre girdiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda maddelerin ölçüt faktör yükleri arasında en az 0.10 fark olması gerektiği kuralı göz önünde tutulmuştur. Madde 8 ve 16 faktör grupları arasında en yüksek değer aldıkları faktör 1'e, madde 13 ise faktör 2'ye alınmıştır. Maddelerin faktör yükleri ise 0.37-0.78 arasındadır.

Faktör 1'deki maddelerin (8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeler) ölçeğin orijinal faktör yapısındaki çaresizlik alt ölçeği ve zayıf sosyal ve kişilerarası beceri alt ölçeği maddelerini içerdiği belirlenmiştir. Bu yüzden saptanan bu faktörün adlandırılmasında aynı kavramsal yapıların kullanılabilmesi için uzman görüşüne başvurulmuş, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği şeklinde adlandırılması yönünde düşünce birliğine varılmıştır.

Faktör 2'deki maddelerin (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13. maddeler) ölçeğin aslındaki faktör yapısına çoğunlukla uyarak tehlikeli alt ölçeği maddelerini içerdiği belirlenmiştir. Orijinal form ile Türkçe form arasındaki farkın, orijinalinde kapsadığı maddeler dışında bazı maddeleri de (4, 5, 7.) içerdiği yönündedir. Sözü edilen bu maddeler incelendiğinde, uzman görüşü ve literatür incelemesi sonucunda tehlikeli alt ölçeğine uygunluğuna karar verilmiştir. Yapılan psikometrik uygulamalar sonucunda RHYİÖ'nün Türkçe formunun geçerlilik çalışmasında Hirai ve Clum'un sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmıştır. RHYİÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.80, tehlikeli alt ölçeğinin 0.71 ve utanma alt ölçeğinin 0.69 olarak saptanmıştır. Bu değerler 0.69-0.82 arasında olup, ölçek ve alt ölçeklerin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığı olduğunu göstermektedir. Literatürde güvenilirliğin 0.60-0.80 arasında olmasının aracın araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu belirtilmektedir. 5,16-18 Diğer bilgi ise, Cronbach alfa katsayısının 0.90 ve üstüne çıkması için çaba göstermenin hata olabileceği yönündedir. Hirai ve Clum tarafından yapılan ölçeğin orijinal güvenilirlik çalışmasında, ölçek Cronbach alfa katsayısı Amerikan toplumu için 0.89, Asya toplumu için 0.91 bulunmuştur. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci uygulamadan üç hafta sonra ilk 125 kişiye ölçek tekrar uygulanmıştır. Birinci ve ikinci uygulama alt ölçek ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test-tekrar test ölçek toplam puan  $r=0.55$  ve test-tekrar test arasındaki ilişki ise anlamlı olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin korelasyon puanları ise çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma için 0.53, tehlikeli alt ölçeği için 0.54, utanma alt ölçeği için 0.17 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, RHYİÖ orijinal ölçek ile bazı farklılıklar göstermekle birlikte,



genelde tutarlılık göstermekte, ölçek ve alt ölçeklerin iç tutarlılığının kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir.

Paralel ölçekle ölçüt geçerliliği tatmin edici niteliktedir. RHYİÖ Türkiye koşullarında geçerli ve güvenilir özelliğe sahip bir ölçektir.

#### **3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi:**

Katılımcıların doldurmuş olduğu bilgi formlarından elde edilen veriler ve RHYİÖ'den aldıkları puanlar SPSS 15 (Statistical Package for the Social Sciences) programına girilerek One Way ANOVA (Analysis of Variance – Tek Yönlü Varyans Analizi), t testi ve Pearson korelasyonu ile karşılaştırılmıştır.

## 4. BULGULAR

Katılımcıların bilgi formundan elde edilen veriler ve RHYİÖ puanları arasındaki ilişki SPSS 15 programı ile karşılaştırılmış ve elde edilen veriler aşağıda değerlendirilmiştir.

Katılımcıların yaşı ile RHYİÖ toplam puanları, alt ölçek puanları ve hastalarının rahatsızlık şiddetine ilişkin görüşleri tek yönlü varyans analizi ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır (Tablo 8). Ancak hastaların yaşı ile RHYİÖ puanları karşılaştırıldığında utanma alt ölçeği ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur (F: 2.484, p: .002<.05). Yani hastaların yaşı arttıkça katılımcıların utanma alt ölçeğinden aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir (Tablo 9).

**Tablo 8: Katılımcıların yaşı ile RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişkinin tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA)**

		Kareler Toplamı	s.d.	Ortalama Kare	F	p
Toplam	Gruplar Arası	10967,242	36	304,646	,909	,614
	Gruplar İçi	15086,233	45	335,250		
	Toplam	26053,476	81			
Çaresizlik	Gruplar Arası	5482,102	36	152,281	1,147	,328
	Gruplar İçi	5971,800	45	132,707		
	Toplam	11453,902	81			
Tehlikeli	Gruplar Arası	1647,939	36	45,776	,723	,841
	Gruplar İçi	2849,683	45	63,326		
	Toplam	4497,622	81			
Utanma	Gruplar Arası	89,936	36	2,498	,927	,590
	Gruplar İçi	121,283	45	2,695		
	Toplam	211,220	81			
Algılanan hastalık şiddeti	Gruplar Arası	279,340	36	7,759	1,302	,201
	Gruplar İçi	262,167	44	5,958		
	Toplam	541,506	80			

**Tablo 9: Hastaların yaşı ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişkinin tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA)**

		Kareler Toplamı	s.d.	Ortalama Kare	F	p
Toplam	Gruplar Arası	12198,902	32	381,216	1,348	,170
	Gruplar İçi	13854,574	49	282,746		
	Toplam	26053,476	81			
Çaresizlik	Gruplar Arası	4877,686	32	152,428	1,136	,338
	Gruplar İçi	6576,217	49	134,209		
	Toplam	11453,902	81			
Tehlikeli	Gruplar Arası	2154,893	32	67,340	1,408	,137
	Gruplar İçi	2342,729	49	47,811		
	Toplam	4497,622	81			
Utanma	Gruplar Arası	130,662	32	4,083	2,484	,002
	Gruplar İçi	80,557	49	1,644		
	Toplam	211,220	81			
Algılanan hastalık şiddeti	Gruplar Arası	276,709	32	8,647	1,567	,078
	Gruplar İçi	264,798	48	5,517		
	Toplam	541,506	80			

Katılımcıların eğitim aldıkları yıl ile RHYİÖ puanları ve yakınlarının hastalığının şiddetine ilişkin görüşleri tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; eğitim yılı ile RHYİÖ toplam puanları (F: 4.076, p: .002<.05), çaresizlik alt ölçeği (F: 3.579, p: .006<.05), tehlikelilik alt ölçeği (F: 3.215, p: .011<.05) ve yakınlarını ne kadar hasta gördükleri (F: 2.707, p: .026<.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 10). Eğitim seviyesi ile utanma alt ölçeği arasında ise anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Aynı değişkenler Pearson korelasyonu ile karşılaştırılarak ilişkilerin yönü belirlenmiş, eğitim seviyesi ile değerlendirilen değişkenlerin ters yönlü bir ilişki içerisinde bulunduğu saptanmıştır (Tablo 11). Yani katılımcıların eğitim seviyesi azaldıkça ruhsal hastalığa sahip bireyleri damgalamaları, onları tehlikeli ve daha ağır hasta olarak değerlendirmeleri ile kendilerini çaresiz hissetmeleri artmaktadır.

Katılımcıların eğitim seviyesi ile utanma alt ölçeği arasındaki ilişki Pearson korelasyonu ile anlamlı bulunmasına rağmen ANOVA sonuçlarında .05 seviyesinde anlamlı olmaması sebebiyle değerlendirmeye alınmamıştır.

**Tablo 10: Katılımcıların eğitim seviyeleri ile RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişkinin tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA)**

		Kareler Toplamı	s.d.	Ortalama Kare	F	p
Toplam	Gruplar Arası	5509,550	5	1101,910	4,076	,002
	Gruplar İçi	20543,926	76	270,315		
	Toplam	26053,476	81			
Çaresizlik	Gruplar Arası	2183,172	5	436,634	3,579	,006
	Gruplar İçi	9270,730	76	121,983		
	Toplam	11453,902	81			
Tehlikeli	Gruplar Arası	785,233	5	157,047	3,215	,011
	Gruplar İçi	3712,389	76	48,847		
	Toplam	4497,622	81			
Utanma	Gruplar Arası	11,634	5	2,327	,886	,495
	Gruplar İçi	199,585	76	2,626		
	Toplam	211,220	81			
Algılanan hastalık şiddeti	Gruplar Arası	82,788	5	16,558	2,707	,026
	Gruplar İçi	458,718	75	6,116		
	Toplam	541,506	80			

Hastaların eğitim aldıkları yıl ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastaların rahatsızlığını ne kadar şiddetli gördükleri tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında ise (Tablo 12); hastaların eğitim yılı ile utanma alt ölçeği (F: 3.326, p: .009<.05) ve yakınlarını ne kadar hasta gördükleri (F: 2.809, p: .022<.05) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Pearson korelasyonu ise utanma alt ölçeği için -.304, hastalık şiddeti için ise -.237 olarak bulunmuştur. Yani hastaların eğitim seviyesi azaldıkça katılımcıların utanma alt ölçeğinden aldıkları puanlar ve yakınlarını ne kadar hasta gördükleri artmaktadır.

**Tablo 11: Katılımcıların eğitim seviyeleri ile RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişkinin Pearson korelasyonu**

		Toplam	Çaresizlik	Tehlikeli	Utanma	Algılanan hastalık şiddeti	Katılımcı eğitim yılı
Toplam	Pearson Korelasyonu	1	,942(**)	,844(**)	,277(*)	,252(*)	-,419(**)
	p (Çift Kuyruklu))		,000	,000	,012	,023	,000
	N	82	82	82	82	81	82
Çaresizlik	Pearson Korelasyonu	,942(**)	1	,642(**)	,195	,255(*)	-,392(**)
	p (Çift Kuyruklu))	,000		,000	,080	,022	,000
	N	82	82	82	82	81	82
Tehlikeli	Pearson Korelasyonu	,844(**)	,642(**)	1	,132	,201	-,350(**)
	p (Çift Kuyruklu))	,000	,000		,236	,072	,001
	N	82	82	82	82	81	82
Utanma	Pearson Korelasyonu	,277(*)	,195	,132	1	,036	-,199
	p (Çift Kuyruklu))	,012	,080	,236		,752	,073
	N	82	82	82	82	81	82
Algılanan hastalık şiddeti	Pearson Korelasyonu	,252(*)	,255(*)	,201	,036	1	-,214
	p (Çift Kuyruklu))	,023	,022	,072	,752		,055
	N	81	81	81	81	81	81
Katılımcı eğitim yılı	Pearson Korelasyonu	-,419(**)	-,392(**)	-,350(**)	-,199	-,214	1
	p (Çift Kuyruklu))	,000	,000	,001	,073	,055	
	N	82	82	82	82	81	82

\*\* Korelasyon .01 derecesinde anlamlıdır (Çift kuyruklu).

\* Korelasyon .05 derecesinde anlamlıdır (Çift Kuyruklu).

**Tablo 12: Hastaların eğitim seviyeleri ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişkinin tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA)**

		Kareler Toplamı	s.d.	Ortalama Kare	F	p
Toplam	Gruplar Arası	3140,222	5	628,044	2,083	,077
	Gruplar İçi	22913,254	76	301,490		
	Toplam	26053,476	81			
Çaresizlik	Gruplar Arası	846,108	5	169,222	1,212	,312
	Gruplar İçi	10607,794	76	139,576		
	Toplam	11453,902	81			
Tehlikeli	Gruplar Arası	593,878	5	118,776	2,312	,052
	Gruplar İçi	3903,744	76	51,365		
	Toplam	4497,622	81			
Utanma	Gruplar Arası	37,920	5	7,584	3,326	,009
	Gruplar İçi	173,299	76	2,280		
	Toplam	211,220	81			
Algılanan hastalık şiddeti	Gruplar Arası	85,422	5	17,084	2,809	,022
	Gruplar İçi	456,084	75	6,081		
	Toplam	541,506	80			

Katılımcıların cinsiyetleri ile RHYİÖ puanları ve tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasındaki ilişki t testi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre RHYİÖ'den aldıkları puanların ve yakınlarını ne kadar hasta gördüklerinin ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 13'te gösterilmiştir.

**Tablo 13: Katılımcıların cinsiyetine göre RHYİÖ puanları ve yakınlarını ne kadar hasta olarak değerlendirdiklerinin ortalama ve standart sapma değerleri**

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	erkek	35	45,97	19,044	3,219
	kadın	47	49,87	17,079	2,491
Çaresizlik	erkek	35	23,34	12,586	2,127
	kadın	47	27,26	11,191	1,632
Tehlikeli	erkek	35	21,89	8,202	1,386
	kadın	47	21,64	6,930	1,011
Utanma	erkek	35	,77	1,800	,304
	kadın	47	1,00	1,474	,215
Algılanan hastalık şiddeti	erkek	34	6,09	2,503	,429
	kadın	47	5,70	2,686	,392

**Tablo 14: Hastaların cinsiyetine göre katılımcıların RHYİÖ puanları ve yakınlarını ne kadar hasta olarak değerlendirdiklerinin ortalama ve standart sapma değerleri**

	Hasta Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	erkek	33	52,88	12,980	2,260
	kadın	49	45,06	20,133	2,876
Çaresizlik	erkek	33	28,27	9,029	1,572
	kadın	49	23,78	13,265	1,895
Tehlikeli	erkek	33	23,55	5,895	1,026
	kadın	49	20,53	8,173	1,168
Utanma	erkek	33	,91	1,308	,228
	kadın	49	,90	1,806	,258
Algılanan hastalık şiddeti	erkek	32	6,44	2,735	,483
	kadın	49	5,49	2,467	,352

Hastaların cinsiyeti ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve yakınlarını ne kadar hasta gördükleri karşılaştırıldığında ise RHYİÖ toplam puanları ( $t: 2.137, p: .005 < .05$ ), çaresizlik alt ölçeği ( $t: 1.827, p: .009 < .05$ ), tehlikelilik alt ölçeği ( $t: 1.939, p: .026 < .05$ )

arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyetine göre katılımcıların RHYİÖ ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinden elde ettikleri puanların ortalama ve standart sapmaları Tablo 14'te paylaşılmıştır. Bu verilere göre eğer hastalar erkeğe yakınları tarafından daha fazla damgalanıp, daha tehlikeli olarak değerlendirilmekte ve yakınları kendilerini daha çaresiz hissetmektedirler.

Hastaların ne kadar süredir hasta oldukları ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve yakınlarını ne kadar hasta gördükleri karşılaştırıldığında, hastalık süresinin 1 yıldan fazla olması ile utanma alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (t: 3.536, p: .003<.05). Hastalık süresi ile karşılaştırılan değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları Tablo 15'te verilmiştir. Bu verilere göre hastalık süresi 1 yılın üzerine çıktıkça katılımcıların yakınlarından utanma dereceleri de artmaktadır.

**Tablo 15: Hastalık süresi 1 yıl altı ve üstü olarak bölündüğünde RHYİÖ puanları ve katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta olarak gördüklerinin ortalama ve standart sapma değerleri.**

	Hastalık Süresi	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	1 yıl üstü	61	51,62	17,469	2,237
	1 yıl altı	21	38,29	15,755	3,438
Çaresizlik	1 yıl üstü	61	27,59	11,900	1,524
	1 yıl altı	21	19,76	10,000	2,182
Tehlikeli	1 yıl üstü	61	22,95	6,888	,882
	1 yıl altı	21	18,24	8,074	1,762
Utanma	1 yıl üstü	61	1,15	1,769	,226
	1 yıl altı	21	,19	,680	,148
Algılanan hastalık şiddeti	1 yıl üstü	61	6,13	2,699	,346
	1 yıl altı	20	5,05	2,139	,478

Hastalık süresi 6 aydan az olduğunda ise katılımcıların yakınlarını istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla hasta olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir (t: 1.111, p: .030<.05). Katılımcıların yakınlarının hastalık süreleri 6 aydan bölündüğünde elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 16'da gösterilmiştir.



**Tablo 16: Hastalık süresi 6 ay altı ve üstü olarak bölündüğünde RHYİÖ puanları ve katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta olarak gördüklerinin ortalama ve standart sapma değerleri.**

	Hastalık Süresi	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	6 ay üstü	71	49,48	18,103	2,148
	6 ay altı	11	40,00	15,027	4,531
Çaresizlik	6 ay üstü	71	26,21	12,014	1,426
	6 ay altı	11	21,55	10,690	3,223
Tehlikeli	6 ay üstü	71	22,28	7,347	,872
	6 ay altı	11	18,27	7,525	2,269
Utanma	6 ay üstü	71	,99	1,686	,200
	6 ay altı	11	,36	,924	,279
Algılanan hastalık şiddeti	6 ay üstü	70	5,96	2,710	,324
	6 ay altı	11	5,27	1,737	,524

Hastaların şu an yatarak ya da ayaktan tedavi görmeleri ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında ise sadece utanma alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır (t: -2.324, p: .003<.05). Bu durum katılımcıların yakınları ayaktan tedavi gördüğünde utanma alt ölçeğinden aldıkları puanların anlamlı derecede yükseldiğine, diğer alt ölçek ve toplam puanlarında ise anlamlı bir fark bulunmadığına işaret etmektedir (Tablo 17).

Hastaların daha önce hastanede yatarak tedavi görmeleri ve yatış sayıları ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında ise istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır. Değişkenlerden sadece katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta gördükleri anlamlı bir istatistiksel ilişkiye yaklaşmış (t: -1.812, p: .051>.05) ancak .05 derecesinde anlamlı bulunmadığı için bu yönde değerlendirme yapılamamıştır. Hastaların daha önce hastanede yatarak tedavi görüp görmemelerine göre katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin ortalama ve standart sapmaları Tablo 18'de gösterilmiştir.

**Tablo 17: Hastaların yatarak ya da ayakta tedavi görmelerine bağlı olarak katılımcıların RHYİÖ puanlarının ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin ortalama ve standart sapmaları.**

	Tedavi Şekli	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	Yatıyor	50	46,16	18,342	2,594
	Ayaktan	32	51,41	17,069	3,017
Çaresizlik	Yatıyor	50	24,20	11,613	1,642
	Ayaktan	32	27,75	12,181	2,153
Tehlikeli	Yatıyor	50	21,48	8,137	1,151
	Ayaktan	32	22,16	6,335	1,120
Utanma	Yatıyor	50	,54	1,110	,157
	Ayaktan	32	1,47	2,079	,367
Algılanan hastalık şiddeti	Yatıyor	49	6,71	2,327	,332
	Ayaktan	32	4,56	2,488	,440

**Tablo 18: Hastaların önceden hastanede yatarak tedavi görüp görmemeleri ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi.**

	Önceki Yatış Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	Yatmadı	30	49,30	16,709	3,051
	Yattı	52	47,58	18,735	2,598
Çaresizlik	Yatmadı	30	26,30	11,005	2,009
	Yattı	52	25,17	12,460	1,728
Tehlikeli	Yatmadı	30	22,03	7,015	1,281
	Yattı	52	21,58	7,754	1,075
Utanma	Yatmadı	30	1,03	1,956	,357
	Yattı	52	,83	1,396	,194
Algılanan hastalık şiddeti	Yatmadı	29	5,17	3,013	,559
	Yattı	52	6,25	2,283	,317

Hastaların ne kadar zamandır tedavi gördükleri ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve yakınlarını ne kadar hasta gördükleri karşılaştırıldığında, tedavi süresinin 1 yıldan fazla olması ile utanma alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (t: 3.393, p: .002<.05). Tedavi süresi ile karşılaştırılan değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları Tablo 19'da paylaşılmıştır. Bu verilere göre tedavi süresi 1 yılın üzerine çıktıkça katılımcıların yakınlarından utanma dereceleri de artmaktadır.

**Tablo 19: Tedavi süresi ile RHYİÖ puanları ve katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta olarak gördüklerinin ortalama ve standart sapma değerleri**

	Tedavi Süresi	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	1 yıldan fazla	55	52,04	17,929	2,418
	1 yıldan az	27	40,41	15,500	2,983
Çaresizlik	1 yıldan fazla	55	28,04	12,123	1,635
	1 yıldan az	27	20,59	9,834	1,893
Tehlikeli	1 yıldan fazla	55	22,76	7,055	,951
	1 yıldan az	27	19,67	7,932	1,527
Utanma	1 yıldan fazla	55	1,22	1,833	,247
	1 yıldan az	27	,26	,712	,137
Algılanan hastalık şiddeti	1 yıldan fazla	55	6,27	2,663	,359
	1 yıldan az	26	5,00	2,280	,447

Katılımcıların tedavi gören yakınlarının rahatsızlığının tanısını bilmelerine göre RHYİÖ puanları ve ne kadar hasta olduklarına ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında ise tehlikelilik alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır (t: .414, p: .001<.05). Bu sonuca göre katılımcıların yakınlarının tedavi gördüğü rahatsızlığın tanısını bilmediklerinde onları daha tehlikeli olarak gördükleri tespit edilmiştir (Tablo 20).

**Tablo 20: Katılımcıların yakınlarının tedavi gördüğü rahatsızlığın tanısını bilip bilmemelerine göre RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.**

	Tanı	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	Bilmiyor	37	48,19	19,206	3,157
	Biliyor	45	48,22	17,039	2,540
Çaresizlik	Bilmiyor	37	25,46	11,876	1,952
	Biliyor	45	25,69	12,037	1,794
Tehlikeli	Bilmiyor	37	22,14	8,911	1,465
	Biliyor	45	21,42	6,085	,907
Ütanma	Bilmiyor	37	,76	1,342	,221
	Biliyor	45	1,02	1,815	,271
Algılanan hastalık şiddeti	Bilmiyor	37	6,78	2,440	,401
	Biliyor	44	5,09	2,504	,378

**Tablo 21: Katılımcıların hekimlerden rahatsızlığa ilişkin bilgi alıp almamalarına göre RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.**

	Hekim Tarafından Bilgi	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	verilmedi	23	51,48	16,087	3,354
	verildi	58	47,34	18,465	2,425
Çaresizlik	verilmedi	23	27,17	10,138	2,114
	verildi	58	25,19	12,524	1,645
Tehlikeli	verilmedi	23	23,52	7,621	1,589
	verildi	58	21,24	7,248	,952
Ütanma	verilmedi	23	1,00	2,000	,417
	verildi	58	,86	1,468	,193
Algılanan hastalık şiddeti	verilmedi	22	5,95	2,699	,575
	verildi	58	5,83	2,610	,343

Katılımcıların yakınlarının rahatsızlığına ilişkin hekimlerden bilgi alıp almamasına göre RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında, kendilerine bilgi verilmediğinde tüm değişkenlerdeki ortalama puanların artış gördüğü tespit edilmesine rağmen, bilgi verilmediği durumlardaki ortalama puanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir farka ulaşmadığı tespit edilmiştir (Tablo 21).

Katılımcıların hekim dışında bir kaynak bilgi edinmiş olup olmamalarına bağlı olarak RHYİÖ ve hastalık şiddetine ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında, hekim dışı bilgi kaynağının katılımcıların yakınlarının rahatsızlığının şiddetini değerlendirmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı belirlenmiştir (t: .779, p: .019<.05). Hekim dışı bilgi kaynağının değerlendirilen değişkenlere etkisinin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 22'de verilmiştir. Bu sonuçların ışığında katılımcıların hekim dışında bir bilgi kaynağından bilgi edinmemiş olmalarının yakınlarını daha hasta olarak görmelerine yol açtığını söyleyebiliriz.

**Tablo 22: Katılımcıların hekim dışında bir kaynaktan bilgi alıp almamalarının RHYİÖ puanları ve hastalık şiddeti görüşleri üzerindeki etkisi.**

	Diğer Kaynaklardan Bilgi Edinme	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	olmadı	24	50,54	17,523	3,577
	oldu	56	47,77	18,213	2,434
Çaresizlik	olmadı	24	25,79	10,517	2,147
	oldu	56	26,04	12,386	1,655
Tehlikeli	olmadı	24	23,63	8,203	1,674
	oldu	56	20,93	7,078	,946
Utanma	olmadı	24	1,21	1,888	,385
	oldu	56	,80	1,507	,201
Algılanan hastalık şiddeti	olmadı	23	6,26	3,107	,648
	oldu	56	5,70	2,427	0,32

Hastaların intihar girişiminin olup olmaması açısından katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Bu değişkenler açısından elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 23'de verilmiştir.

**Tablo 23: Hastaların geçmişte intihar girişiminin olup olmamasının katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddeti görüşleri üzerindeki etkisi.**

	İntihar Girişimi	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	olmadı	75	49,08	17,266	1,994
	oldu	6	39,83	25,624	10,461
Çaresizlik	olmadı	75	26,03	11,614	1,341
	oldu	6	20,50	16,097	6,571
Tehlikeli	olmadı	75	22,09	7,204	,832
	oldu	6	19,33	9,750	3,981
Utanma	olmadı	75	,95	1,668	,193
	oldu	6	,50	,837	,342
Algılanan hastalık şiddeti	olmadı	74	5,77	2,636	,306
	oldu	6	7,17	2,137	,872

Hastaların zararlı davranışları açısından katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, zararlı davranış olmadığı durumlar ile sadece eşyalara şiddet uyguladığı durumlar arasında anlamlı bir farka rastlanamazken, fiziksel şiddet uygulamayanlar ile insanlara fiziksel şiddet uygulayanlar arasında RHYİÖ toplam puanları arasında ( $t: .631, p: .024 < .05$ ) ve tehlikelilik alt ölçeği puanları arasında ( $t: .858, p: .010 < .05$ ) anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum insanlara fiziksel şiddet uygulamadığı halde yakınları tarafından damgalanabildiği ve tehlikeli olarak algılanabildiği anlamına gelmektedir (Tablo 24).

**Tablo 24: Hastaların insanlara fiziksel şiddet uygulayıp uygulamaması ile katılımcıların RHYİÖ puanları ve hastalık şiddetine ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.**

	İnsanlara Fiziksel Şiddet	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Toplam	olmadı	68	48,84	16,944	2,055
	oldu	13	44,54	23,440	6,501
Çaresizlik	olmadı	68	25,93	11,684	1,417
	oldu	13	23,85	13,723	3,806
Tehlikeli	olmadı	68	22,12	6,814	,826
	oldu	13	19,54	10,421	2,890
Utanma	olmadı	68	,91	1,699	,206
	oldu	13	,92	1,188	,329
Algılanan hastalık şiddeti	olmadı	68	5,65	2,625	,318
	oldu	13	7,00	2,236	,620

Katılımcıların tedavi gören yakınlarını ne kadar hasta olarak değerlendirdikleriyle RHYİÖ puanları karşılaştırıldığında ise oldukça güçlü istatistiksel ilişkilere rastlanılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizinde katılımcıların hastalık şiddetine verdikleri puanlarla RHYİÖ toplam puanları (F: 3.382, p: .002<.05), çaresizlik alt ölçeği puanları (F: 3.201, p: .003<.05) ve tehlikelilik alt ölçeği puanları (F: 2.971, p: .005<.05) arasında anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir (Tablo 25). Yapılan Pearson korelasyonu ile de ilişkilerin yönü belirlenerek hastalık şiddetine ilişkin değerlendirmelerle RHYİÖ toplam ve alt ölçek puanlarının birlikte artıp azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 26). Bu durum katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta olarak değerlendiriyorlarsa o kadar damgalıyorlar, tehlike görüyorlar ve kendilerini çaresiz hissediyorlar şeklinde değerlendirilebilir. Hastalık şiddeti puanları ile utanma alt ölçeği puanları arasında ise ANOVA sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bu durum hastaların ne kadar şiddetli hasta olarak değerlendirildiklerinin onların yakınlarının kendilerinden utanmaları ile aralarında bir ilişki olmadığını göstermektedir.

**Tablo 25: Katılımcıların yakınlarının hastalık şiddetine verdikleri puanlar ile RHYİÖ puanlarının tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA)**

		Kareler Toplamı	s.d.	Ortalama Kare	F	p
Toplam	Gruplar Arası	7810,426	9	867,825	3,382	,002
	Gruplar İçi	18219,797	71	256,617		
	Toplam	26030,222	80			
Çaresizlik	Gruplar Arası	3305,689	9	367,299	3,201	,003
	Gruplar İçi	8147,866	71	114,759		
	Toplam	11453,556	80			
Tehlikeli	Gruplar Arası	1227,453	9	136,384	2,971	,005
	Gruplar İçi	3259,436	71	45,908		
	Toplam	4486,889	80			
Utanma	Gruplar Arası	17,678	9	1,964	,724	,686
	Gruplar İçi	192,717	71	2,714		
	Toplam	210,395	80			



**Tablo 26: Katılımcıların yakınlarının hastalık şiddetine verdikleri puanlar ile RHYİÖ puanlarının Pearson korelasyonu ile karşılaştırılması.**

		Toplam	Çaresizlik	Tehlikeli	Utanma	Algılanan hastalık şiddeti
Toplam	Pearson Korelasyonu	1	,942(**)	,844(**)	,277(*)	,252(*)
	p (Çift Kuyruklu))		,000	,000	,012	,023
	N	82	82	82	82	81
Çaresizlik	Pearson Korelasyonu	,942(**)	1	,642(**)	,195	,255(*)
	p (Çift Kuyruklu))	,000		,000	,080	,022
	N	82	82	82	82	81
Tehlikeli	Pearson Korelasyonu	,844(**)	,642(**)	1	,132	,201
	p (Çift Kuyruklu))	,000	,000		,236	,072
	N	82	82	82	82	81
Utanma	Pearson Korelasyonu	,277(*)	,195	,132	1	,036
	p (Çift Kuyruklu))	,012	,080	,236		,752
	N	82	82	82	82	81
Algılanan hastalık şiddeti	Pearson Korelasyonu	,252(*)	,255(*)	,201	,036	1
	p (Çift Kuyruklu))	,023	,022	,072	,752	
	N	81	81	81	81	81

\*\* Korelasyon .01 derecesinde anlamlıdır (Çift kuyruklu)..

\* Korelasyon .05 derecesinde anlamlıdır (Çift Kuyruklu)..

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada ruhsal rahatsızlığa sahip olan, ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının ruhsal rahatsızlığa sahip bireyleri damgalama düzeylerini, ruhsal rahatsızlığa sahip bireyleri tehlikeli olarak algılama seviyelerini, kendilerini çaresiz hissetme şiddetlerini ve yakınlarından ne kadar utandıklarını belirleyen değişkenlerin tespit edilmesi amacıyla yürütülmüştür.

Hasta yakınlarının yaşının damgalamayı belirleyen faktörlerden biri olmadığı ancak tedavi gören hastanın yaşı arttıkça yakınlarının utanma derecesinin arttığı bu çalışmada belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında Angermeyer ve Matschinger'in (1996) çalışması bu veri hakkında aydınlatıcı olarak görülebilir. Bu çalışmaya göre hasta yakınlarının yarıya yakını rahatsızlığının ortaya çıkmasından ruhsal yapıdaki zayıflığı sorumlu tuttuğu belirlenmiştir. Dolayısıyla ruhsal yapıdaki zayıflık, utanılacak bir kavram olarak değerlendirilebilir ve katılımcıların kendilerinden büyük yakınlarındaki rahatsızlığı daha utanç verici olarak düşündükleri şeklinde yorumlanabilir. Özbaş ve arkadaşlarının (2008) çalışması da bu yorumu desteklemekte, hasta yakınlarının ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğunu ve hastalığın özellikle olumsuz anne baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutum eğilimi gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Polat ve arkadaşlarının (2000) ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınları üzerinde yaptıkları araştırmaya göre de ailelerin büyük kısmında reddedilme ve etiketlenme korkusu nedeniyle hastalığı gizleme eğilimi bulunmaktadır.

Öte yandan Crisp ve arkadaşları (2000) hastaların yaşı arttıkça tehlikeli olarak algılanmalarının azaldığını belirlemişse de bu çalışmada bu yönde bir veri elde edilememiştir. Bu durum için ise Shulman ve Adams (2002) ruhsal hastalığa sahip bireylere toleransın kültürel farklardan etkilendiğini raporlamışlardır. Dolayısıyla Türkiye örnekleminde elde edilen bu veriler, literatüre uyumsuz olmaktan ziyade kültürel farklılığa işaret ediyor olabilir. Ülkemizde yapılan çalışmalar içerisinde de yaş ve tehlikelilik algısı arasında bir ilişki raporlanmamıştır.

Eğitim düzeyine göre ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlara bakıldığında ise bu çalışmada eğitim görülen yıl ile damgalama seviyesi, tehlikelilik ve çaresizlik algısı ile katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta gördükleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre eğitim alınan yıl sayısı azaldıkça hastalara yönelik olumsuz

inançlar artmakta, daha tehlikeli ve daha şiddetli bir hastalığa sahip olarak değerlendirilmekte, bunun yanında yakınları kendilerini daha çaresiz hissetmektedirler.

Literatürde bu verileri destekleyen çalışmalara rastlanmaktadır. Her ne kadar birçok değişken için (yaş, cinsiyet, eğitim vb) çeşitli çalışmalarda farklı, hatta birbiri ile çelişen sonuçlar bulunduğu görülmüşse de, genel kanı daha düşük sosyal sınıf ya da sosyoekonomik düzeyin ruhsal hastalıkların tanınmasını, hastalara yönelik sosyal mesafeyi ve damgalama eğilimini olumsuz yönde etkilediği şeklindedir (Taşkın ve Özmen 2004c). Bu bulgunun birçok çalışmada da tutarlı şekilde tekrarladığı görülmektedir (Sağduyu ve arkadaşları 2001; Taşkın, 2003).

Hirai ve Clum (2000) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ni (Beliefs toward Mental Illness-BMI) geliştirerek ruhsal hastalıklara yönelik bireysel ve toplumsal inançların bireylerin sosyodemografik verilerine göre değişkenlik gösterdiğini belirtmişlerdir.

Geçmiş araştırmalarda depresyonlu hastaları damgalama eğiliminin kırsal kesimde kentsel alanda yaşayanlardan daha fazla olduğu (Taşkın vd., 2005); eğitim ve sosyoekonomik düzey düştükçe şizofreni hastalarına yaklaşımın olumsuz yöne kaydığı (Sağduyu vd., 2001), ruhsal hastalıklara karşı tutumun eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Özbaş vd., 2008).

Katılımcıların cinsiyetinin ise damgalama ve tehlikelilik, çaresizlik, utanma ve yakınlarının ne kadar hasta olduklarını düşünmeleri üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Bu durum Savaşır'ın yaptığı bir araştırmada, kadın ve erkekler arasında ruh hastalarına yönelik tutumlarla ilgili bir farkın olmadığını saptadığı bulgularla uyusmaktadır (Savaşır, 1971).

Çalışmanın önemli bulgularından bir tanesi ise hastaların cinsiyetinin damgalama üzerinde etkisi olduğunu göstermesidir. Buna göre erkek hastalar yakınları tarafından daha fazla damgalanmakta, daha tehlikeli olarak algılanmakta ve hasta yakınları kendilerini daha çaresiz hissetmektedirler. Bu durum erkek hastaların kadın olan yakınlarının görüşlerinin bu sonuçları ortaya çıkarabileceğini düşündürmesine rağmen, paylaşıldığı üzere hasta yakınlarının cinsiyetinin damgalama üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla damgalamayı belirleyen bir değişken olarak cinsiyetin rolü, bu çalışmada ortaya koyulmaktadır. Öte yandan literatürde bu veriyi destekleyen ya da desteklemeyen herhangi bir veri bulunmaması da ortaya çıkan

sonucun değerini arttırmaktadır.

Literatürde daha önce bulunmayan ancak çalışmada anlamlı sonuçlar elde edilen bir başka değişken ise hastalık süresi olarak belirlenmiştir. Hastaların rahatsızlığının ortaya çıkış zamanı 1 yıldan daha önce gerçekleştiğinde yakınlarının daha fazla utanç duygularına sahip olduğu, öte yandan rahatsızlığın ortaya çıkışı 6 aydan daha kısa bir süre içerisinde gerçekleştiyse hastaların yakınları tarafından daha fazla hasta olarak değerlendirildikleri tespit edilmiştir. Dolayısıyla yakınları psikiyatrik tedavi gören hastalarını zaman geçtikçe daha az hasta olarak değerlendirirken, daha fazla utanmaya başlamaktadırlar. Bu durum tedavi süresi için de benzer olarak tespit edilmiştir. Tedavi süresi 1 yılın üzerine çıktıkça katılımcıların hastalarından utanma seviyeleri artmaktadır.

Çalışmada elde edilen dikkat çekici bir başka veri ise hasta yakınlarının utanma düzeylerinin ayaktan tedavi gören hastalarda daha fazla olmasıdır. Hastaların daha önce hastaneye yatışının yapılıp yapılmamasının ise damgalama üzerinde etkisi olmadığı belirlenmiştir. Her ne kadar geçmişte hastanede yatmış olan kişiler daha fazla hasta olarak değerlendirilmiş olsa da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayaktan tedavi gören hasta yakınlarının daha fazla utanma yönünde görüş bildirmelerinin nedeni olarak, yatarak tedavi gören hasta yakınlarının hekimler ve tedavi ekibiyle daha fazla temas fırsatı bularak, daha fazla bilgi edinmiş olabilecekleri göz önünde bulundurulabilir.

Katılımcıların yakınlarının tedavi gördüğü rahatsızlığın tanısını bilmiyor oluşlarının ise hastaların daha tehlikeli olarak algılanmasına yol atığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla literatürdeki psikoeğitim çalışmalarına uyumlu olarak hasta yakınlarının rahatsızlığı bilmiyor oluşunun tehlikelilik algısını arttırdığı gözlenmektedir.

Literatürdeki geçmiş çalışmalar ruhsal hastalıklar konusunda doğru bilgi verilmesinin, toplumdaki yanlış inanç ve kuşkuları gidererek sosyal mesafeyi ve ruhsal hastalıklara yönelik korkuları azaltabileceğini (Corrigan vd., 2002), topluma hastaların şiddet ve suç oranlarının genel toplumdakinden yüksek olmadığı bilgisinin verilmesi ile hastaların tehlikeli kişiler olduğu inancının ve sosyal mesafenin azalmasının sağlanabileceğini göstermiştir (Angermeyer and Matschinger, 2003)

Bunun yanında hekim tarafından kendilerine rahatsızlık hakkında bilgi verilmediğini belirten katılımcıların damgalama ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının, kendilerine bilgi verildiğini belirten katılımcılardan daha yüksek olmasına rağmen

aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum kendilerine bilgi verilmediğini belirten hasta yakınlarının sayısının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür .

Öte yandan hekim dışında bir kaynaktan yakınlarının rahatsızlığı hakkında bilgi edinmiş olan katılımcıların hastalığın şiddetini daha düşük olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Bu durum medya ve yazılı-görsel iletişim araçlarının psikoeğitim ve hastalık algısı açısından sahip olduğu öneme işaret etmektedir.

Hastaların geçmişte intihar girişiminin olup olmamasına bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir. Dolayısıyla intihar girişimini damgalamayı belirleyici bir faktör olarak düşünülmemiş, literatürde de bu yönde herhangi bir veriye rastlanmamıştır.

Hastaların zararlı davranışları açısından katılımcıların damgalama düzeyleri ve hastalık şiddetine ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, zararlı davranış olmadığı durumlar ile sadece eşyalara şiddet uyguladığı durumlar arasında anlamlı bir farka rastlanamazken, fiziksel şiddet uygulamayanlar ile insanlara fiziksel şiddet uygulayanlar arasında RHYİÖ toplam puanları arasında ve tehlikelilik alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum insanlara fiziksel şiddet uygulamadığı halde hastaların yakınları tarafından damgalanabildiği ve tehlikeli olarak algılanabildiği anlamına gelmesi açısından dikkat çekicidir.

Çalışmanın önemli verilerden bir tanesi ise katılımcıların hasta olan yakınlarının rahatsızlığının şiddetine ilişkin değerlendirmeleri ile ruhsal hastalığa sahip bireyler hakkındaki olumsuz düşünceleri, onları tehlikeli olarak değerlendirmeleri ve kendilerini çaresiz hissetmeleri arasında oldukça güçlü bir ilişkinin ortaya konmuş olmasıdır. Bu durum katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta olarak değerlendiriyorlarsa o kadar damgalıyorlar, tehlike görüyorlar ve kendilerini çaresiz hissediyorlar şeklinde değerlendirilebilir.

## 6. SONUÇ

Tüm veriler ışığında çalışmadan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde damgalamayla ilişkili olan faktörler şu şekilde tespit edilmiştir:

- Hastanın yaşı
- Hastanın cinsiyeti
- Eğitim seviyesi
- Hastalık ve tedavi süresinin 1 yıldan uzun olması
- Ayaktan tedavi görme
- Hastanın tanısını bilmeme
- Hekim dışı bir kaynaktan bilgi edinmemiş olma
- Rahatsızlığı şiddetli olarak değerlendirme

Ortaya konan tüm bu faktörler literatürdeki psikoeğitim çalışmalarının etkililiği göz önünde bulundurulduğunda, hasta yakınlarının damgalamalarının ve ruhsal hastalığa yönelik inançlarının değiştirilebilir olduğunu ortaya koymakta, öte yandan sağlık politikaları içerisinde ruhsal hastalıklara yönelik bu tür eğitim çalışmalarına daha fazla yer verilmesinin ruhsal hastalığa sahip bireylerin daha az dışlanmasına ve topluma kazandırılabilmesine ilişkin bilgileri güçlendirmektedir.

Sonuç olarak damgalama üzerinde etkili en temel faktörün toplumun ruhsal rahatsızlıklar hakkındaki bilgi düzeyi olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde damgalama karşıtı girişimlerin yaygınlaşması ve başarıya ulaşması adına ise buna benzer çalışmaların yapılarak güncel bilgiler ışığında, yeni psikoeğitim çalışmalarının planlanarak uygulanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Al-Krenawi, A., 2005, "Socio-political aspect of mental health practice with Arabs in the Israeli context" *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 42:126-136.
- Angermeyer, M.C., 2000, "Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany", *Psychiatrische Praxis*, 27:327-9.
- Angermeyer, M.C. and Matschinger, H., 1996, "Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia", *Acta Psychiatr Scand*, 93:194-199, 1996.
- Angermeyer, M.C. and Matschinger, H., 2004, "Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade?" *Journal of Affective Disorders*, 83:177-182.
- Arboleda-Florez, J., 2003, "Considerations on the stigma of mental illness", *Canadian Journal of Psychiatry*, 48:645-650.
- Arens, D.A., 1993, "What do the neighbors think now? Community residences on Long Island in New York", *Commun Ment Health J.*, 29:235-45.
- Arkar, H., 1991, "Akıl hastasının sosyal reddedilimi", *Düşünen Adam*, 4:6-9.
- Aydemir, Ö., 2004, "Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama", *3P Dergisi*, 12:61-64.
- Bağ, B. ve Ekinci, M., 2005, "Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumların araştırılması", *Elektronik Bilimler Dergisi*, 3:107-127.
- Bahar, A., 2007, "Şizofreni ve damgalama", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (2)4:101-110.
- Bailey, S., 1999, "Young people, mental illness and stigmatisation", *Psychiatric Bulletin*, 23:107-110.
- Balch, P., Ireland, J.F. and McWilliams, S.A., 1977, "Client evaluation of community mental health services: relation to demographic and treatment variables", *Am J Commun Psychol*, 5:243-247.
- Barış, Y.İ., 2002, "Dünyada tüberkülozun tarihçesi", *Toraks Dergisi*, 3(3): 338-340.
- Ben-Noun, L., 1996, "Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic", *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 33:167-174.
- Bilge, A. ve Çam, O., 2010, "Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1):71-78.
- Bebbington, P. and Ramana, R., 1995, "The epidemiology of bipolar affective disorder",

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,30:279-292.

Bostancı, N., 2000, “Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bostancı, N., 2005, “Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar”, Düşünen Adam, 18:32-38.

Borinstein, A.B., 1992, “Public attitudes toward persons with mental illness”, HealthAffairs, 11:186-196.

Boyd, M. A., 2002, Psychiatric Nursing, 2nd Edition, LippincottWilliams& Wilkins, pp:10-11, 26-27, Philadelphia.

Boyd-Ritsher, J., Otilingam P.G. ve Grajales, M., 2003, “Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure”, Psychiatric Research121:31-49.

Boyd-Ritsher, J. and Phelan, J.C., 2004, “Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients”, Psychiatry Research, 129:257-265.

Byrne, P., 2000, “Stigma of mental illness and ways of diminishing it”, Advance inPsychiatric Treatment, 6:65-72.

Caldwell, T.M. and Jorm, A.F., 2001, “Mental health nurses’ beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals”, Ment Health Nurs, 10:42-54.

Carlisle, D., 2003, “Dereliction of duty”, Health Service Journal, 113:12-15.

Chaleby, K.S., 1996, “Issues in forensic psychiatry in Islami jurisprudence”, Bull AmAcad Psychiatry Law, 24:117-124.

Corrigan, P.W., 1998, “The impact of stigma on severe mental illness”, Cogn Behav Prac, 5:201-222.

Corrigan, P.W. ve Penn, D.L., 1999, “Lessons from social psychology on discreditingpsychiatric stigma”, American Psychologist, 54:765-776.

Corrigan, P. and Lundin, R., 2001, Don’t Call Me Nuts, 1st Edition, Recovery Press, pp:328-234, Illinois.

Cotton, D., 2004, “The attitudes of Canadian police officers toward the mentally ill”, Int J Law Psychiatry, 27:135-146.

Crisp, A.H., Gelder, M.G. and Susannah, R., 2000, “Stigmatisation of people with mental illnesses”, Br J Psychiatry, 177:4-7.



Çam, O. ve Bilge, A., 2007, “Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8:215-223.

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

Çilingiroğlu, N. ve Subası, N., 2003, “Bir tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin psikiyatrik hastalarla ilgili bazı duygu ve düşünceleri”, <http://psikiyatri.org/detail>, erişim tarihi: 06.06.2013.

Çoban, A., 2008, “Şizofrenide damgalama”, Erişim Tarihi: 28.4.2014 [http://www.esizofreni.com/2008/04/10/sizofrenide\\_damgalama/](http://www.esizofreni.com/2008/04/10/sizofrenide_damgalama/).

Dear, M., 1992, “Understanding and overcoming the NIMBY syndrome”, Journal of the American Planning Association, 58:288-300.

De Mendonça Lima, C.A., 2004, “The reduction of stigma and discrimination against older people with mental disorders: A challenge for the future”, Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl 9:109-120.

Dietrich, S. et al., 2004, “The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people”, Aust N Z J Psychiatry, 38:348.

Dülgerler, Ş., 2008, “Ruhsal hastalıklarda damgalama ve psikiyatri hemşireliği”, XV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, s:28, 2008, Kocaeli.

Engin, E., 2008, “Alkol ve madde kullanımında damgalama ve psikiyatri hemşiresinin rolü”, XV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, s:31, 2008, Kocaeli.

Ersoy, M.A. ve Varan, A., 2007, “Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği: Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması”, Türk Psikiyatri Dergisi, 18:163-171.

Fabrega, H., 1991, “Psychiatric stigma in non-Western societies”, Comp Psychiatry, 32: 534-551.

Gaebel, W. and Baumann, A.E., 2003, “Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany”, Can J Psychiatry, 48:657-62.

Gary, F.A., 2005, “Stigma: barrier to mental health care among ethnic minorities”, Issues In Mental Health Nursing, 26(10): 979-999.

Gibson, R., 1992, “The psychiatric hospital and reduction of stigma, In: Fink, P.J. and Tasman, A. (eds), Stigma and Mental Illness, pp: 185-188, American Psychiatric Press, Washington.

Gray, A.J., 2002, “Stigma in psychiatry”, Royal Society of Medicine, 95(2):72-79.

Gümüş, B.A., 2008, "Anksiyete bozukluklarına yönelik tutumlar ve psikiyatri hemşiresinin rolü", XV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, s. 30, 2008, Kocaeli.

Hayward, P. and Bright, J.A., 1997, "Stigma and mental illness; A review and critique", *Journal of Mental Health*,6(4):345–354.

Hayward, P. et al., 2002, "Stigma And Self-Esteem in manic Depression: An Exploratory Study", *Journal of Affective Disorders*, 69: 61-67.

Hirai, M. and Clum, G.A., 2000, "Development, reliability, and validity of the Beliefs toward Mental Illness Scale", *J Psychopathol Behav Assess*, 22:221-236.

Hugo, C.J. Et al., 2003, "Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38:715-719.

Jablensky, A., 1997, "The 100-year epidemiology of schizophrenia", *Schizophrenia Research*, 28: 111–128.

Jorm, A.F., Korten, A.E. and Jacomb, P.A., 1997, "Helpfulness of interventions for mental disorder: beliefs of health professionals compared with the general public", *Br J Psychiatry*, 171:233-237.

Kammer, L., 1993, "Stigmatization of the psychiatric patient: future perspectives forhealthcare professionals", *Hosp Topics*, 71(1):10-15.

Karagöl, A., Deniz, Ç. ve Murat, B., 2013, "Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), 22(3):96.

Kelly, B.D., 2005, "Structural violence and schizophrenia", *Social Science & Medicine*, 61:721-730.

Kerby, J. et al., 2008, "Anti-stigma films and medical students' attitudes towards mental illness and psychiatry: randomised controlled trial", *Psychiatric Bulletin*, 32:345-349.

Kessler, R.C., 2005, "Prevalence, severity and comorbidity of 12 month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Archives of General Psychiatry*, 62:617-627.

Kılıç, C., 1998, "Eriőkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler,yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları", Türkiye Ruh SağlığıProfili Raporu, T.C Sağlık Bakanlığı.

Kıvırcık Akdede, B.B. vd., 2004, "Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi", *Yeni Symposium*, 42(3):113-117.

Kocabaşoğlu, N. ve Aliustaoğlu, S., 2003, "Stigmatizasyon", *Yeni Symposium*,

41(4):190-192.

Küey, L., Aksakoğlu, G. ve Amato, Z., 1989, “Affektif bozukluklara ilişkin tutumlar”, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 4:68-77.

Leaf, P.J. et al., 1987, “The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services”, J Commun Psychol, 15:275-84.

Link, B.G. and Phelan, J.C., 2001, “Conceptualizing stigma”, Annual Review of Sociology, 27:363-385.

Link, B.G. et al., 2002, “On describing and seeking to change the experience of stigma”, Psychiatric Rehabilitation Skills, 6:201-231.

Link, B., Struening, E. and Rahav, M., 1997, “On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of man with dual diagnoses of mental illness and substance abuse”, J Health Soc Behav, 38:177-190.

Magliano, L., Guarneri, M. and Fiorillo, A., 2001, “A multicenter Italian study of patients’ relatives’ beliefs about schizophrenia”, Psychiatr Serv, 52:1528-1530.

Mechanic, D., 2002, “Removing barriers to care among persons with psychiatric symptoms”, Health Affairs, (21)3:137-147.

Moodley, P., 2001, “The Community and Mental Illness. Ethnicity: Relationship to Stigmatization of People with Mental Illness”, Crisp, A.H. (ed), Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination against People with Mental Illness, UK.

Morselli, P.L. and Elgie, R., 2003, “GAMIAN-Europe/BEAM Survey I- Global Analysis Of A Patient Questionnaire Circulated To 3450 Members Of 12 European Advocacy Groups Operating In The Field Of Mood Disorders”, Bipolar Disorders, 5(4):265-278.

Nicholas, R. et al., 2011, “Stigma, discrimination, social exclusion, and mental health- A Public health perspective, In: Richard P., Marni S., Routledge handbook in global public health, 1<sup>st</sup> publish, Routledge Taylor & Francis Group, pp:394-9, London and New York.

Noble, L.M., Douglas, B.C. and Newman, S.P., 2001, “What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies”, Soc Sci Med, 52:985-998.

Oban, G. ve Küçük, L., 2011, “Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(1):31-39.

Oran, N.T. ve Şenuzun, F., 2008, “Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatası ve baş etme stratejileri”, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, (5)1: 1-16.

Özdemir, H., 2005, Salgın Hastalıklardan Ölümler, 1914–1918, Türk Tarih Kurumu Yayınları, Ankara.

Özkan, S., 2009, “Kronik Psikoz”, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulu, [http://www.frmtr.com/saglik\\_makaleleri/1209527\\_sizofrenide\\_damgalamayi\\_azaltmak-pdt.html](http://www.frmtr.com/saglik_makaleleri/1209527_sizofrenide_damgalamayi_azaltmak-pdt.html), erişim tarihi: 07.06.2014.

Özmen, E. vd., 2004, “Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı?”, Türk Psikiyatri Dergisi, 15:47-55.

Özten, E., Cerit, C. ve Yıldız, M., 2006, “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, Edi: Selçuk Kırılı, Bursa.

Penn, D.L. and Corrigan, P.W., 2002, “The effects of stereotypes suppression on psychiatric stigma”, Schizophrenia Research, 55:269-276.

Perlick, D.A. Et al., 2001, “Stigma as a barrier to recovery adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder”, Psychiatric Services, 52:1627-1632.

Pincus, F.L., 1996, “Discrimination comes in many forms”, American Behavioral Scientist, 40:186-194.

Raingruber, B., 2002, “Client and provider perspectives regarding the stigma of and nonstigmatizing interventions for depression”, Archives of Psychiatric Nursing, (16)5: 201-204.

Ran, M.S., Xiang, M.Z. and Chan, C.L., 2003, “Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia, a randomised controlled trial”, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 38:69-75.

Richardson, L.A., 2001, “Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect?”, Arch Psychiatr Nurs, 15:223-31.

Ritsher, J.B. and Phelan, J.C., 2004, “Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients”, Psychiatry Research, 129:257-265.

Sadock, B.J. and Sadock, V.A., 2003, “Schizophrenia”, In: Kaplan & Sadock’s Synopsis of psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical psychiatry, Ninth ed. Lippincott Williams & Wilkins, pp:476-494.

Sağduyu, A. vd., 2001, “Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma”, Türk Psikiyatri Dergisi, 12:99-110.

Sağduyu, A. vd., 2003, “Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik

tutumları”, Türk Psikiyatri Dergisi, 14:203-212.

Savaşır, Y., 1971, “Toplumun ruh hastalığına karşı tutumlarının bilinmesinin önemi ve bu konuda uygulanan bir araştırma”, VII. Milli Nöro-Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara.

Sayar, K., 2002, “Her toplumun stigmatı farklıdır”, Popüler Psikiyatri Dergisi, 9:18-23.

Schulze, B. and Angermeyer, M.C., 2003, “Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals”, *Social Science & Medicine*, 56:299-312.

Schulze, B. and Angermeyer, M.C., 2005, “What is schizophrenia? Secondary school students’ associations with the word and sources of information about the illness”, *Am J Orthopsychiatry*, 75:316-23.

Segal, F.L. and Coolidge, M.S., 2005, “Beliefs about mental illness and willingness to seek help: a cross-sectional study”, *Aging & Mental Health*, 9:363-367.

Sevigny, R. et al., 1999, “Attitudes toward the mentally ill in a sample of professionals working in a psychiatric hospital in Beijing (China)”, *Int J Soc Psychiatry*, 45:41-55.

Shibre, T. et al., 2001, “Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia”, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36:299-303.

Shulman, N. and Adams, B., 2002, “A comparison of Russian and British attitudes towards mental health problems in the community”, *Psychiatry*, 65:313-325.

Soygür, H. ve Özalp, D.E., 2005, “Şizofreni ve damgalanma sorunu”, *Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Dergisi*, 1(12):74-80.

Soygür, H., vd., 2007, *Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluklar.*, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.

Star, S., 1955, “The public’s ideas about mental illness”, Annual Meeting of the National Association for Mental Health, Indianapolis.

Stickley, T. and Timmons, S., 2006, “Considering alternatives student nurses slipping directly from lay beliefs to the medical model of mental illness”, *Nurse Educ Today*, 27:155-161.

Stuhmiller, C.M., 2003, “Breaking down the stigma of mental illness through an adventure camp: a collaborative education initiative”, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJMH)*, 2:1-9.

Takahashi, L.M., 1997, “Information and attitudes toward mental health care facilities: implications for addressing the NIMBY syndrome”, *Journal of*

Planning Education and Research, 17:119-30.

Tanaka, G., Ogawa, T. and Inadomi, H., 2003, "Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness", *Psychiatry Clin Neurosci*, 57:595-602.

Taşkın, E.O. vd., 2003, "Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey", *Social Psychiatry Epidemiology*, 38:586-592.

Taşkın, E.O., 2004a, "Stigma", *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12(Ek 3):5-13.

Taşkın, E.O., 2004b, "Şizofreniye yönelik tutumlar ve damgalama", *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12:(Ek- 3):41-50.

Taşkın, E.O., 2007, *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, Ed: Taşkın E.O., Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, s. 4-7,17-40, 73-114, 1. Basım, İzmir.  
Taşkın, E.O. ve Özmen, E., 2004a, "Ruhsal hastalıklara yönelik tutumları etkileyen etmenler: bilgi, temas, etiket, psikopatoloji tipi, medya", *3P Dergisi*, 12:25-40.

Taşkın, E.O. ve Özmen, E., 2004b, "Ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar: Türkiye çalışmalarının gözden geçirilmesi", *3P Dergisi*, 12:229-238.

Taşkın, E.O. ve Özmen, E., 2004c, "Sosyodemografik etmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkileri", *3P Dergisi*, 12(ek sayı 3): 13-24.

Taşkın, E.O. vd., 2005, "Depresyonlu hastaların depresyona yönelik tutumları", *Türkiye'de Psikiyatri*, 7:44-53.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, *Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Rapor*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ankara.

Thorens, G et al., 2008, "Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethnocultural backgrounds", *BMC Psychiatry*, 8:55.

Torrey, E.F. and Yolken, R. H., 2010, "Psychiatric genocide: Nazi attempts to eradicate schizophrenia", *Schizophr Bull*, 36:26-32.

Tuna, A., 1997, "Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması", *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi İstanbul.

URL 1, WHO 2001, *World health report: mental health: new understanding, new hope*, <http://www.who.int/whr/2001/en>, erişim tarihi: 10 Haziran 2014.

URL 2, [http://www.who.int/mental\\_health/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/en/index.html), erişim tarihi: 10 Haziran 2014.

URL 3, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/>, erişim tarihi: 10 Haziran 2014.

URL 4, <http://www.psikiyatri.org.tr/presses.aspx?press=275&type=24> erişim tarihi: 10 Haziran 2014.

Üçok, A., 2003a, Kapıları Açın, İstanbul.

Üçok, A., 2003b, “Şizofreni hastası neden damgalanır?”, Klinik Psikiyatri, Ek 1:3-8.

Üçok, A., 2007, “Damgalama karşıtı kampanyalar ve etkileri”, İçinde: Taşkın E.O., Stigma, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama, MetaYayımları, s:233-241, İzmir.

Ünal, S. vd., 2010, “Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları”, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23:145-150.

Weinstein, R.M., 1981, “Attitudes toward psychiatric treatment among hospitalized patients: a review of quantitative research”, Soc Sci Med, 15:301-14.

Weiss, M.F., 1994, “Children’s attitudes toward the mentally ill: an eight-year longitudinal follow-up”, Psychol Rep, 74: 51-6.

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

WHO, 2003, “Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases”, Report of a joint WHO/FAO expert consultation, WHO Technical Report Series, 916: 4-12, Geneva.

Yen, C.F. et al., 2005, “Self stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders”, Psychiatric Services, 56:599-601.

Yıldırım, S., 2008, “Bipolar Bozukluğa Yönelik Damgalama ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü”, XV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, s:29, Kocaeli.

Yıldız, M. vd., 2012, “Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 13:1-7.

Ziyalar, A., 1995, “Kültürün psikiyatrik yaklaşıma etkisi”, Yeni Symposium, 33:59-63.

## EK 1: Hasta Yakını Bilgi Formu

### Hasta Yakını Bilgi Formu

Aşağıda hastanıza yönelik görüşlerinizi içeren bilgi formu bulunmaktadır. Lütfen bu formu ve ekteki "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği"ni kendi görüşleriniz doğrultusunda doldurunuz. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı bitirme tezinde kullanılmak amacıyla toplanmaktadır. Size ve hastanıza ait bilgiler araştırma amacı dışında kullanılmayacak ve Üsküdar Üniversitesi akademik personeli dışında kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Psk. Cumhuri Avcil

**Adınız/Soyadınız:**

**Yaşınız:**

**Cinsiyetiniz:**  Erkek  Kadın

**Eğitim Durumunuz:**  Okuma yazması yok  Okur-yazar  İlkokul  Ortaokul  
 Lise  Üniversite  Yüksek Lisans

**Mesleğiniz:**

**Medeni Durumunuz:**  Evli  Bekar  Dul  Boşanmış

**Hastayla Yakınlık Dereceniz:**

**Aşağıdaki sorular hastanız hakkındadır.**

**Adı/Soyadı:**

**Yaşı:**

**Cinsiyeti:**  Erkek  Kadın

**Eğitim Durumu:**  Okuma yazması yok  Okur-yazar  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite (  
)Yüksek Lisans

**Mesleği:**

**Medeni Durumu:**  Evli  Bekar  Dul  Boşanmış

**Lütfen hastanızla ilgili olarak cevap veriniz...**

**Ne kadar süredir hastalık belirtileri var?**  1 aydan az  1-6 ay  6 ay-1 yıl  1-5 yıl  5-10 yıl  
 10 yıldan fazla

**Şu an yatışa neden olan hastalık için ilk ne zaman tedavi gördü?**

İlk defa tedavi alıyor  1-6 ay  6 ay-1 yıl  
 1-5 yıl  5-10 yıl  10 yıldan fazla

**Hastalığı sebebiyle hastanede yattı mı?**  Önerildi ama hasta istemediği için yatmadı

Önerildi ama aile istemediği için yatmadı

Bu ilk yatışı  Geçmişte de yatışları oldu



**Geçmişte de yatışları olduysa kaç defa yatarak tedavi gördü? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 5'ten fazla**

**Tanısını biliyorsanız yazınız?**

**Hasta yakını olarak size daha önce hastanın tanısı ile ilgili bir hekim tarafından bilgi verildi mi?**

( ) Verilmedi ( ) Verildi ama tam anlamadım ( ) Verildi ve anlaşılırdı

**Yakınınızın yaşadığı hastalıkla ilgili hekiminiz dışında bilgi alabildiğiniz bir kaynak oldu mu?**

( ) Olmadı

( ) Bir tanıdığım bilgi verdi [eczacı, tıp öğrencisi, başka branş hekimi, komşu vs]

( ) Kitap-Broşür okudum

( ) Tv-Radyo programı izledim

( ) İnternette araştırdım

**İntihar girişimi oldu mu?**

( ) Olmadı ( ) Olmak üzereyken müdahale edildi ( ) Oldu, 1 defa ( ) Oldu, birkaç defa

**Çevreye zarar verici davranışı oldu mu?**

( ) Olmadı ( ) Sadece eşyalara zarar verdi

( ) İnsanlara zarar verme girişimi oldu [çevresindekilere eşya fırlatma, yaralama olmaksızın bıçakla tehdit vs]

( ) Fiziksel darp etti [adli olay olmaksızın vurma, yaralama vs]

( ) Ciddi fiziksel zarar verdi [adli olaya neden olan ya da karşı tarafın hastaneye yatışı veya tıbbi tedavisi ile sonuçlanan yaralama]

( ) Darp ya da yaralama ile birinin ölümüne sebebiyet verdi

**Sizce ne kadar hasta? (1-10 arası puanlayınız: 1 hastalığı yok, 5 orta derecede, 10 çok hasta gibi)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



kurallara uyması zordur.									
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.									
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.									
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne-baba olma olasılığı daha düşüktür.									
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.									
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.									
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.									
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.									
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.									
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.									
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.									

## ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler :**

Doğum Tarihi / Yeri: 28.10.1981 / Bursa

### **Eğitim Bilgileri :**

Mezun olduğu üniversite: Ankara Üniversitesi DTCF Psikoloji Bölümü

### **Yabancı Dil (ler) ve düzeyi**

İngilizce - İleri

### **İş deneyimi**

2004 - 2012 Uğur Böceği Özel Eğitim Merkezi

2012 - 2013 Evlilik Terapileri Enstitüsü / Sağduyu Danışmanlık

2013 - ... NPİstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi

### **Bilimsel yayınlar ve çalışmalar**

Avcil, C., 2002, "Tırmanışın Dağcılarının Psikolojik Belirtileri Üzerine Etkisi", Fenomen Dergisi, 7: 36-40, Ankara.