



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN PSİKOLOJİK YARDIM ARAMA  
DAVRANIŞLARI İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA VE  
BENLİK SAYGISININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GÜNSELİ TEKE**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2017



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN PSİKOLOJİK YARDIM ARAMA  
DAVRANIŞLARI İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA VE  
BENLİK SAYGISININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GÜNSELİ TEKE**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2017

T.C.  
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelerin Psikolojik Yardım Arama Davranışları, İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik  
Saygısının Belirlenmesi

Günseli TEKE

Yüksek Lisans Tezi

21.06.2017

Yrd. Doç. Dr. Birgül Özkan



Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Satı DEMİR



Yrd. Doç. Dr. Ayten ARIÖZ DÜZGÜN



Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için  
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

21.06.2017

Günseli TEKE



## TEŐEKKÜR

Çalışmanın planlanmasından sonlandırılmasına kadar her aőamasında desteğini yanımda hissettiğim, beni sabır ve özveri ile dinleyen, çok yönlü yaklaşımı, görüş ve önerileri ile yönlendiren, yol gösteren ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a

Hayatımın her alanında olduğu gibi tez çalışmamın her aőamasında desteklerini benden esirgemeyen sevgili anneme, babama ve kardeşime, bana büyük bir sabır ve hoşgörü göstererek, bana her zaman güç veren canım kızım,

Çok değer verdiğim mesleğimin çalışanlarına, beni büyük bir hoşgörüyle destekleyen yöneticilerime ve çok değerli mesai arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler.

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>i</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ .....</b>	<b>vi</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ .....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>viii</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2.Araştırmanın Amacı .....	4
1.3. Araştırma Soruları .....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>6</b>
2.1.Hemşirelik .....	6
2.2.Ruh Sağlığı .....	7
2.2.1.Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutumlar .....	8
2.2.2.Ruh Sağlığı ve Hemşirelik .....	10
2.3.Psikolojik Yardım Arama.....	10
2.3.1.Hemşirelik ve Psikolojik Yardım Arama .....	14
2.4.Damgalama Kavramının Tanımı .....	15
2.5.İçselleştirilmiş Damgalama Kavramı .....	19
2.5.1.İçselleştirilmiş Damgalama Nasıl Gelişir? .....	20
2.5.2.İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sonuçları.....	23
2.6.Benlik Kavramı .....	25

2.6.1. Benliğin Gelişimi .....	25
2.6.2. Benlik Saygısı .....	26
2.6.3. Hemşirelik ve Benlik Saygısı .....	28
2.7. Hemşirelik, Psikiyatrik Yardım Arama, İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı .....	29
<b>3. MATERYAL ve YÖNTEM.....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	32
3.2. Araştırmanın Etik Boyutu .....	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	32
3.4. Verilerin Toplanması.....	33
3.4.1. Sosyo – Demografik Veri Toplama Formu (Ek-2) .....	34
3.4.2. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (PYAKDÖ) (Ek-3) .....	34
3.4.3. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği (PYAİTÖ) (Ek-4) .....	35
3.4.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-5) .....	35
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	36
3.6. Araştırmanın Uygulaması.....	36
3.7. Araştırma Verilerinin Analizi.....	36
3.8. Araştırmanın Değişkenleri .....	37
3.8.1. Bağımsız Değişkenler.....	37
3.8.2. Bağımlı Değişkenler.....	38
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği.....	38
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>39</b>



<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>53</b>
5.1.Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine dağılımının ve tanımlayıcı özelliklerine göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması.....	53
5.2. PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	58
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>60</b>
6.1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler.....	61
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>63</b>
<b>8.EKLER.....</b>	<b>76</b>
EK – 1:GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU .....	76
EK – 2. SOSYO – DEMOGROFİK VERİ TOPLAMA FORMU .....	78
EK – 3. PSİKOLOJİK YARDIM ARAMADA KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (PYAKDÖ).....	81
EK – 4: PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ (PYAİTÖ) .....	83
EK – 5: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ.....	84
EK-6. Etik Kurul Onayı.....	85
EK-7. Çalışma İzin Onayı .....	88
EK-8. Özgemiş Formu .....	92

## ÖZET

### **Hemşirelerin Psikolojik Yardım Arama Davranışları, İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısının Belirlenmesi**

Bu çalışma hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışları ile içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlanmıştır.

Çalışma Ankara ilinde bulunan ve yapısal özelliklerine göre seçilmiş üç farklı hastaneden 488 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada sosyo-demografik veri toplama formu, PYAKDÖ, PYAİTÖ ve RBSÖ kullanılmıştır.. Elde edilen verilerin SPSS 21.0. paket programında sayı, yüzde, frekans, ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi, Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak, analizleri yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada PYAİTÖ puanı ortancası erkeklere göre daha yüksektir ( $Z=3.706$ ,  $p<0.001$ ).Çocukluğunu parçalanmış bir ailede geçiren hemşirelerin PYAİTÖ puanı ortancası, bütün bir ailede geçiren hemşirelerin PYAİTÖ puanı daha yüksektir. Arada anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ).

Bu çalışmada PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçekleri ile yaş, çalışma yılı, çalışma süresi, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuklukta yaşanan yer, çocukluğunda aileden gördüğü ilgi durumu ve disiplin tipi, sosyal destek varlığı faktörleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı ile cinsiyet, ailenin yapısı ve annenin varlığı faktörleri arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. PYAİTÖ ile RBSÖ ve PYAKDÖ arasında negatif yönlü oldukça zayıf ilişki olduğu görülmüştür.

Kadın olmak psikolojik yardım arama davranışı olumlu yönde etkilemektedir. Parçalanmış bir ailede yetişmenin psikolojik yardım arama davranışını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Annesi hayatta olan hemşirelerin olamayanlara oranla benlik saygılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin çalışma şartlarının ailevi ilişkilerini negatif yönde etkilediği görülmektedir. Bu anlamda yeni çalışmalar yapılabilir. PYAİTÖ ile RBSÖ ve PYAKDÖ arasında negatif yönlü bir ilişkinin varlığı literatürle uyumludur.

**Anahtar kelimeler:** Benlik saygısı, Hemşireler, İçselleştirilmiş Damgalama, Psikolojik Yardım Arama Davranışı.

## ABSTRACT

### **Determination of Nurses' Psychological Help seeking Behavior, Internalized Stigma and Self-esteem.**

This study was planned to determine the relationship between seeking psychological help behaviors and self-stigma & self-esteem of nurses.

The study was carried out with 488 nurses in 3 structurally different hospitals selected as educational research hospital, state and branch hospital in one city of Turkey. In the study, sociodemographic data collection form, Self-Stigma of Seeking Psychological Help Scale (SSPHS), Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) were used. The Mann-Whitney U test or the Kruskal-Wallis test was used to compare the scale scores according to demographic characteristics in the statistical analyzes of the study. Relations between scale scores were examined by Spearman Correlation Analysis.

There was no statistically significant difference between the genders according to SSPHS and RSES scores in the study ( $p > 0.05$ ). When SSPHS scores were analyzed according to education level, it was seen that high school and college graduates had higher scores than the other graduates ( $p < 0.05$ ). SSPHS and RSES scores were similar according to educational level status ( $p > 0.05$ ). The nurses who spent their childhood in a fragmented family had a mean ATSPPH score of 49 (min-max: 42-70) while the nurses who spent their childhood in a whole family had a higher mean ATSPPH score of 69 (min-max: 40-90) showing statistically significant difference ( $p < 0.05$ ). When the relationship between RSES and SSPHS scale scores was examined, there was no statistically significant relation between the scores. A negatively weak correlation between ATSPPH and RSES & SSPHS was observed.

**Keywords:** Self-esteem, Nurses, Self-stigma, Psychological Help Seeking.

## KISALTMALAR DİZİNİ

PYAİTÖ	:Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği
PYAKDÖ	:Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
Min.	: Minimum
Max	: Maximum
N	: Evrendeki Birey Sayısı
N	: Örneklemdaki Birey Sayısı
P	: Anlamlılık Düzeyi
SS	: Standart Sapma
$\bar{x}$	: Ortalama

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. İçselleştirilmiş damgalamanın oluşum süreci.....	22
---	----



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 3.1.</b> Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin hastanelere göre dağılımları.....	33
<b>Tablo 4.1.</b> Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı. (N=488).....	39
<b>Tablo 4.2.</b> Hemşirelerin çalışma ile ilgili özelliklerine göre dağılımı. (N= 488) .....	40
<b>Tablo 4.3.</b> Hemşirelerin çocukluk dönemi özelliklerine göre dağılımı. (N=488).....	41
<b>Tablo 4.4.</b> Hemşirelerin ölçeklerden aldıkları toplam puanlar .....	42
<b>Tablo 4.5.</b> Hemşirelerin cinsiyet özelliklerine göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488) .....	43
<b>Tablo 4.6.</b> Hemşirelerin eğitim durumlarına ve medeni durumlarına göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488).....	44
<b>Tablo 4.7.</b> Hemşirelerin birlikte yaşadığı kişilere göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488).....	45
<b>Tablo 4.8.</b> Hemşirelerin çocuk varlığına göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488) .....	45
<b>Tablo 4.9.</b> Hemşirelerin çalışma saatlerine göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması ( N=488).....	46
<b>Tablo 4.10.</b> Hemşirelerin daha önce başka bir işte çalışıp çalışmadıklarına göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488).....	46
<b>Tablo 4.11.</b> Hemşirelerin çocukluğunda yaşadığı yere göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488).....	47

<b>Tablo 4.12.</b> Hemşirelerin Aile dışında sosyal desteği hissedilen yakınların varlığına göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488).....	48
<b>Tablo 4.13.</b> Hemşirelerin çocukluğunda gördüğü ilgi durumuna göre YAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488) .....	48
<b>Tablo 4.14.</b> Hemşirelerin yetiştirilme disiplinine göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488).....	49
<b>Tablo 4.15.</b> Hemşirelerin yetiştirilme biçimlerinin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmalarında katkısı olduğunu düşünme durumuna göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488) .....	50
<b>Tablo 4.16.</b> Hemşirelerin çocukluğunda yaşadığı ailenin durumuna göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488).....	50
<b>Tablo 4.17.</b> Çocuklukta annenin ve babanın yaşama durumlarına göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488).....	51
<b>Tablo 4.18.</b> PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ puanları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması (N=488).....	52

# 1.GİRİŞ

## 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüze kadar birçok tanımı yapılmış olan sağlık kavramı tarihsel süreç içerisinde farklı değişkenlerle yeniden tanımlanmıştır. Eski çağlarda fiziksel yeterlilik sağlıklı olmanın, toplum içinde yaşayabilmenin birinci şartı olarak görülürken, fiziksel yetersizliği olanlar ve dış görünüşleri farklı olanlar toplumdaki uzaklaştırılmıştır. Bireylerin sağlıklı sayılabilmesinde ruh sağlığının önemi 19 yy. sonlarına doğru fark edilmiş, ruh ve beden ayırımına gidilmiştir. Günümüzde ruhsal sağlık en az fiziksel sağlık kadar önemli bir sağlık göstergesidir (1).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük insan gücünü, günün 24 saati hizmet vermesi bakımından hemşireler oluşturmaktadır. Sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan 2015 yılı istatistik raporuna göre, yaklaşık 350 bin olan sağlık hizmetleri çalışanlarından 100 bin kişilik bir bölümü hemşireler oluşturmaktadır (2).

“Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nursing – ICN)” tarafından bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubu olarak tanımlanan hemşirelik sağlık hizmetlerinin vazgeçilemez meslek gurubundan biridir (3).

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği davranışları ve yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi rolleri gereği hizmet verdikleri gruba etkileme özelliğine sahiptir. Bu nedenle sağlığı koruma, geliştirme, tutum ve davranış değişikliği oluşturma açısından hemşirelerin önemli görev ve sorumlulukları vardır (4).

Sağlık sistemi içerisinde hastaların fiziksel ve psiko-sosyal açıdan değerlendirilmelerinin yanı sıra, hemşirelerin de psiko-sosyal özelliklerinin gözetilmesi önem taşımaktadır. Zira hemşirelerin kendilerini tanımaları, ruhsal özelliklerinin ve sorunlarının farkında olmaları ve sorunlarına çözüm arama davranışları bakım kalitesini etkileyebilmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin



yaşadıkları psiko-sosyal sorunlarda; psikolojik yardım arama davranışının kendini tanıma, benlik bilinci ve atılgan davranışlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Psikolojik yardım arama süreci, bireylerin problemleri olduğunu fark etmeleriyle başlamakta ve bu problemlerini çözmek için çeşitli girişimlerde bulunmaları ile devam etmektedir. Bu anlayışla da “yardım arama”; bireylerin üstesinden gelemedikleri sorunlardan kurtulmak amacıyla, profesyonel ya da profesyonel olmayan bireylerden yardım ve destek istemesi şeklinde tanımlanmaktadır (5).

Bireylerin ihtiyaç duyduklarında profesyonel yardım alabilmeleri, psikolojik sağlık durumlarının desteklenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte bireylerin psikolojik yardım aramaya dönük davranışlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu temelde bireylerin yardım arama tutum ve davranışlarının; cinsiyet, kültürel özellikler, yaş, sosyal sınıf, eğitim düzeyi, medeni durum, damgalanma (stigma) düşüncesi, daha önce ruhsal bir hastalık varlığı, sağlığı algılama biçimi ve sosyal destek gibi birçok faktörden etkilendiği bilinmektedir.

Toplum sağlığı çalışmalarında da sağlığın korunması ve geliştirilmesinde profesyonel yardım arayışı içerisinde olunması önemli görülmektedir. Bununla birlikte ilgili literatür incelendiğinde, konu ile ilgili az sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Ülkemizde kapsamında psikolojik yardım arama ile ilgili yapılmış çalışmaların da; yardım arama yolları ve yardım arama nedenleri konusunda gerçekleştirildiği ve yardım arama davranışını etkileyen faktörlerin ise yeterince araştırılmadığı belirlenmiştir.

Ruhsal bozukluklar, sıklıkla sosyal damgalanma ile ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir ve yardıma ihtiyaç duyan kişi ve ailesi bu durumu gizleme eğilimi gösterebilmektedir. Psikiyatrlar ise, damgalanma düşüncesiyle en az tercih edilen yardım seçeneği olarak ifade edilmektedir (6). Konu ile ilgili araştırmalar da; damgalamanın, bireylerin psikolojik yardım hizmeti arayışına ve bu hizmetlere tam bir katılım sağlamasına engel olabileceğini desteklemektedir. Özellikle etiketleme ile birlikte gelen sosyal reddedilme ve azalan öz saygı tehdidi, psikolojik yardım hizmetlerini gereğinden az kullanılmasına neden olabilmektedir (7).

Damgalama (stigmatization); kişinin içinde yaşadığı toplumun normal kabul ettiği ölçütlerin dışında olması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından saygınlık azaltıcı bir atıfla değerlendirilmesi olarak tanımlanabilmektedir. Damgalanan kişiye; damgalanma nedeniyle ve gerçeğe dayanmaksızın, adını kötüye çıkararak utanç verici bir özellik yüklenmektedir (8). Damgalanan bireylerin; insanların kendilerini reddedeceğine ve değersizleştirdiklerine inanma eğilimi gösterdikleri ve benlik saygılarında azalma, sosyal uyum davranışlarında bozulma, işsizlik, gelir kaybı, psikiyatrik tedaviye uyumda azalma vb. gibi birçok olumsuz sonuçlar yaşadıkları belirtilmektedir. Bununla birlikte ruhsal bozukluğu olan kişilerin ve ailelerinin; somut olarak bir damgalanmaya, dışlanmaya ya da ayrımcılığa maruz kalmadıkları halde bu duyguyu yaşadıkları görülmüştür.

Damgalama ile ilgili ilk çalışmalarda, daha çok insanların zihinlerindeki çeşitli gruplara ilişkin damgalamalar üzerinde durulmuş ve damgalanan kişilerin damgalamaya ilişkin öznel duygu ve düşünceleri yeterince incelenmemiştir. Ancak toplumun bireyleri damgalamasına paralel olarak, bireyin kendini damgalaması da gelişmektedir. Gelişen kalıp yargılar nedeniyle damgalama sürecinin süreç içerisinde içselleştirilmiş damgalamaya dönüşmesi ve psikolojik yardım arama davranışlarını olumsuz yönde etkilemesi olağan bir durumdur (8).

Literatürde bu durum “içselleştirilmiş damgalama” olarak tanımlanmaktadır. Bu temelde de “içselleştirilmiş damgalama”; bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargılarını kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik ve utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesi olarak tanımlanabilmektedir (8). Bir başka belirleme çerçevesinde de “içselleştirilmiş damgalama”; kişilerin özel alanlarında deneyimledikleri duygu, düşünce, inanç ve korkuları ile başkaları için tehlikeli ya da kendi yaşamını yönetmede yetersiz oldukları şeklindeki inançlarını içermektedir (8).

Profesyonel sağlık çalışanları da, ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutum yönünden içinde yaşadıkları toplumdan önemli ölçüde etkilenmektedirler. Yüksel ve Taşkın (2005) tarafından yapılan bir araştırma kapsamında; hekimlerin ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarının, toplumsal tutumların bir yansıması olduğu belirtilmiştir (9, 10). Bir başka çalışma kapsamında da; “şizofrenler saldırgan olur”

maddesine tıp öğrencilerinin %83 ile %47 oranında ve hemşirelik öğrencilerinin %86 ile % 60 oranında katıldıkları belirlenmiştir (9, 10).

Tüm meslekler gibi hemşirelik de, hizmet verdiği toplumdaki önemli ölçüde etkilenmektedir. Zira sosyal yapı; hemşirenin tutumlarını, hemşirelik uygulamasını ve toplumun hemşireliğe karşı tutumlarını biçimlendirmektedir. Bu nedenle hemşirelerde de damgalamanın içselleştirilmesi ve psikolojik yardım arama tutumlarını etkilemesi olası bir durum olarak değerlendirilmektedir.

İçselleştirilmiş damgalamayı etkileyen faktörlerden birisi de benlik saygısı gelişimidir. Benlik saygısı, insanın yaşamı boyunca karşılaştığı tüm olayların anlamını belirlemektedir. Bu temelde benlik saygısı; Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur (11). Bu bağlamda yüksek benlik saygısı hemşirelerin hasta bakım kalitesini ve mesleki doyumunu olumlu yönde etkilerken, düşük benlik saygısı hasta bakım kalitesini ve mesleki doyumunu olumsuz yönde etkiler. Etkili hemşirelik bakımı yüksek benlik saygısını gerektirir (12, 13).

Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara olan inançlarında damgalama ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Ancak sağlık çalışanlarının içselleştirilmiş damgalama, inanç ve tutumları ile ilgili ülkemizde herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Bu çalışma ile sağlığın korunması ve geliştirilmesinde topluma rol model olan hemşirelerin; psikolojik yardım arama sürecinde kendisini damgalaması, benlik saygısı arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Ayrıca yapılacak olan bu çalışma ile damgalama ve içselleştirilmiş damgalama davranışlarının birey ve toplum sağlığına olumsuz etkilerinin azaltılması için zaman içerisinde alınabilecek önlemlere ilişkin alana katkıda bulunulması da beklenmektedir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Hemşireler profesyonel sağlık bakım vericileri olarak kendini tanıyan, özgüven sahibi, bilgili ve atılgan davranış gösterebilen kişiler olma durumundadırlar.

Psikiyatri hemşirelerinin çalışmakta oldukları hastanelerde hizmet verdikleri hastalarının yanı sıra diğer kliniklerde çalışmakta olan hemşirelerin ruhsal sağlıkları

ile ilgilenmeleri, gerektiğinde danışmanlık yapmaları, rol modeli olmaları ve eğitimler ile desteklemelerinin hemşirelik mesleğine ve psikiyatri hemşireliği bilimine önemli katkıları olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma ile sağlığın korunması ve geliştirilmesinde topluma rol model olan hemşirelerin psikolojik yardım arama sürecinde kendisini damgalaması ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Ayrıca yapılan bu çalışma ile damgalama ve içselleştirilmiş damgalama davranışlarının birey ve toplum sağlığına olumsuz etkilerinin azaltılması için zaman içinde alınabilecek önlemlere ilişkin alana katkıda bulunulması da beklenmektedir.

### **1.3.Araştırma Soruları**

- Hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışları ile içselleştirilmiş damgalama arasında bir ilişki var mıdır?
- İçselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı arasında bir ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile içselleştirilmiş damgalama arasında bir ilişki var mıdır?

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Hemşirelik

Dünya da ortaya çıkmış tüm mesleklerin amacı insan hayatına yapacak olduğu doğrudan ve dolaylı katkıdır. Bu anlamda her mesleğin kendine özgü kavramları, bilgi birikimi ve yaklaşımı vardır. Hemşirelik ise bireyle ve çevresiyle doğrudan ilişki kurma üzerine temellendirilmiş bir meslektir (14).

Hemşirelik kuramcıları hemşirelik mesleği ile ilgili kendi yaşadıkları zamana ve yaklaşımlarına göre birçok farklı tanım yapmışlardır. Modern hemşireliğin kurucusu olarak bilinen Florence Nightingale 19. Yüzyılda hemşireliği “Hastayı iyileştirmek için hasta çevresinin iyileştirilmesi ve düzenlenmesi eylemi” olarak tanımlarken 20.yüzyılda Virginia Henderson hemşireliği “bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç” olarak tanımlamıştır (15).

Uluslar Arası Hemşireler Konseyi (International Council of Nursing-ICN), hemşireliği; bireyin ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubu olarak tanımlamaktadır (3).

Bu tanımlar ışığında hemşirelik; bireyi bütüncül olarak merkeze alan, hastalık sürecinde kendi kendisine yetebilecek düzeye gelinceye kadar bireye profesyonel bakım, destek ve danışmanlık sağlayan, hastalığın bulunmadığı dönemlerde ise sağlık durumunun sürdürülmesi ve geliştirilmesi noktasında danışmanlık hizmeti veren önemli bir meslektir.

Hemşirelik uzun yıllar boyunca oluşturulmuş kavram ve kuramlar ışığında alınan bilimsel bilgi, uygulama ve araştırma üzerine temellenmiş bir sağlık disiplini (16, 17). Hemşirelik eğitimi ve uygulamalarının temel alındığı en önemli kavramlar “insan”, “toplum”, “sağlık”, ve “hemşirelik” tir (16, 17). Hemşirelik bilimi alanın da yapılan tüm kuram ve yaklaşımlar bu dört kavram üzerinde şekillenir.

Ülkemizde hemşirelik alanında yapılan çalışmalar daha çok mesleki alanda yapılmış olup hemşirelerin bireysel alanlarına değinen çalışmalar oldukça azdır. Oysa

meslek grubunu oluşturan en temel bileşen birey, yani hemşiredir. Diğer bireyler tarafından aldıkları eğitim ve uzmanlıkları nedeniyle hemşire olarak etiketlenmiş olsalar da hemşirelerde insandır (18). Hemşireliği “insan”, “toplum”, “sağlık”, ve “hemşirelik” kavramları açısından değerlendirdiğimizde her hemşirenin öncelikle bir insan olduğu, yaşadığı toplumun bir parçası olduğu, sağlıklı ya da hasta olabileceği, aynı zamanda yaşam döngüsü içerisinde hemşirelik bakımına da ihtiyacı olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık ve hastalık kavramları da içinde yaşanılan toplumun kültürel özelliklerinden etkilenir. Örneğin bir toplumda hastalık olarak kabul edilen bir durum başka bir toplumda hastalık olarak değerlendirilmeyebilir. Bireylerin gösterdikleri sağlık algısı ve sağlık arama davranışları toplumdaki ve kültürden bağımsız olarak düşünülemez. Dolayısıyla her birey yaşadığı toplumun ve o topluma ait kültürel özelliklerin sağlık algısını ve sağlık hizmetlerine duyduğu ihtiyacı benimser (19).

Bir hemşirenin yetiştirilme şekli, eğitimi, kişisel özellikleri, mesleki doyumu, mesleğe bakış açısı, benlik bilinci, kararlılığı, düşünsel ve felsefi boyutu, davranışları, sağlığı gibi birçok faktör de hemşirenin bireysel olarak sağlık algısı ve davranışlarını etkilemenin yanı sıra sağlık profesyoneli olarak, görevlerini yerine getirmesini biçimlendirerek, insanı, sağlığı, toplumu ve hemşirelik mesleğini etkilemektedir (20).

Dolayısıyla “insan”, “toplum”, “sağlık”, ve “hemşirelik” kavramları arasında sürekli ve iç içe geçmiş bir ilişkiler ağı mevcuttur.

## **2.2.Ruh Sağlığı**

Ruh sağlığı kavramı; bireyin yaşamını, geçmekte olan bir zaman diliminin içinde ve değişen mekânlarda kendisiyle, ailesi ve yakın çevresiyle, içinde yaşadığı toplum ve yaptığı iş ile denge, uyum ve doyum içerisinde sürdürebilmesi olarak tanımlanabilir (21, 22).

Ruhsal hastalık durumu ise; “insanın duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık ve aykırılıkların bulunması” olarak tanımlanmaktadır. Her kişide zaman zaman tutarsız uygunsuz ve yetersiz davranışlar görülebilmekle birlikte bu davranışlara ruhsal hastalık denilebilmesi için sürekli ya da

yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını ve kişilerarası ilişkilerini bozması gerekmektedir (21, 22).

Ruhsal hastalıklar dünya genelinde oldukça yaygın olarak görülmektedir. Dünya sağlık örgütünün 2001 yılında yayınladığı dünya sağlık raporuna göre yaklaşık 450 milyon bireyin ruhsal hastalıklardan muzdarip olduğu bilinmektedir (23). Aynı raporda Türkiye den Ankara ili yer almış ve Ankara ilinde ruhsal hastalıkların nüfusa oranı %16,4 olarak belirtilmiştir.

Ruhsal sorunu olan bireylere yönelik toplumsal tutumlar, 1940'ların sonlarından bu yana pek çok araştırmaya konu olmuştur. Ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi ve tutumların belirlenmesi çalışmalarının büyük çoğunluğu halkın tutumlarının belirlenmesine yöneliktir. ilgili literatür incelendiğinde ruhsal hastalıklara yönelik tutumların negatif olduğu görülmektedir. Ruhsal hastalıklar hakkındaki mitler, düşünceler, önyargılar; ruhsal bozukluğa sahip hastaların, tehlikeli, ne zaman ne yapacağı belli olmayan bireyler olduğu yönündedir.

### **2.2.1. Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutumlar**

1950-2011 yılları arasında ruhsal hastalığa yönelik tutumların incelendiği bir çalışmada toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarında yıllar içerisinde önemli bir değişiklik olmadığı hatta bir miktar daha da kötüye gittiği öne sürülmüştür (24, 25).

Ruhsal hastalığa karşı mesafenin değerlendirildiği bir çalışmada; bireylerin evlilik gibi kişisel yakınlık gerektiren, aynı iş ortamını paylaşma, işe alma veya evini kiraya verme gibi sosyal yakınlık gerektiren durumlarda bu tip rahatsızlıkları olan kişilerle ilişkiyi kesme eğiliminde oldukları saptanmıştır (26, 27).

Ruhsal hastalıklara sahip bireylerin büyük bir bölümü psikiyatri dışı kliniklerde de tedavi görmektedir. Yani; hemşire ve diğer sağlık çalışanları, davranış bozukluğu olan ya da ruhsal hastalığa sahip olan bir hasta ile sadece psikiyatri kliniklerinde değil hizmet verdikleri her alanda sıklıkla karşılaşmaktadır.

Hemşireler, aldıkları eğitim nedeniyle sağlık meslek kültürüne sahip olmakla birlikte yaşadıkları toplumun bir üyesidir. Diğer sağlık çalışanları gibi hemşireler de

bu kalıp yargılardan etkilenirler. Dolayısıyla hemşirelerin hem kendi inanç ve tutumları toplumdan etkilenmekte, hem de bu negatif inanç ve tutumlar hastalarla yakın ilişki halinde olmaları nedeniyle ruhsal hastalıkların tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (28).

İlgili alan yazın incelendiğinde bu tür negatif tutumların sağlık çalışanları arasında da geçerli olduğuna yönelik birçok bulgu karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, hemşirelerin ruhsal hastalarla yakın ilişki kurmaktan çekindikleri ya da onları saldırgan buldukları ortaya konulmuştur (29). Yine yapılan başka bir araştırmada, psikiyatri dışı sağlık çalışanlarının ruhsal hastalara yönelik olumlu tutuma sahip olmadıkları bulgusuna varılmıştır (30).

Doktor ve hemşirelerin hastalık bilgileri, semptomlar, tedavi gibi konularda mesleki eğitimi almış olmalarına rağmen, hasta bireyi anlamakta güçlük yaşadıkları da bilinmektedir (15).

Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşlerinin yer aldığı bir çalışmanın sonuçları da bu anlamda oldukça dikkat çekicidir. Bu çalışmada psikiyatri kliniği dışında çalışan hemşirelerin hekimlere göre ruh sağlığı bozuk olan bireyleri normal insanlardan farklı, onlardan aşağı olduğu, hastane içi ve hastane dışında kısıtlanmaları gerektiği, tehlikeli oldukları, ruhsal hastalıkların özellikle çocukluk çağındaki bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisine bağlı olarak ortaya çıktığı inancında oldukları bulunmuştur. Yine aynı çalışmada sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşirelerin lisans mezunu hemşirelere göre daha negatif tutum ve inançlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Lisans mezunu hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarının ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin tutumlarına göre daha olumlu olması eğitimin olumlu etkisi olarak düşünülebilir (31, 32).

Başka bir çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler genelde psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelere göre ruhsal hastalığa sahip bireylerin veya ruhsal hastalıkların diğer hasta ya da hastalıklardan farklı olmadığı görüş ve tutumuna sahiptir (28, 32).



### **2.2.2.Ruh Sağlığı ve Hemşirelik**

Sağlık insan gücünün en büyük kesimini oluşturan hemşireler iş yükü ve iş stresi açısından birçok olumsuzluk yaşamaktadırlar. Hata kabul etmeyen ve insan yaşamı ile doğrudan ilgili olan bir işte çalışmalarının sonucu olarak hemşireler; zaman baskısı, yoğun teknolojinin kullanılması, çok fazla kişiyle iletişim kurmak zorunda olmaları, ölüm ve sakatlık gibi acı veren olaylarla sık karşılaşmaları, iş yükünün çok olması, vardiyalı çalışma, şiddet, rol belirsizliği, yönetsel sıkıntılar, meslekler arası çatışmalar, aile yükü gibi birçok stresörle karşı karşıya kalmaktadırlar (33-36). Bu durum ise ruhsal sağlık açısından hemşirelerin yüksek bir risk grubu içerisinde olmasına neden olmaktadır. Yapılan birçok araştırmada hemşirelerin uzun süre strese maruz kaldığı ve bu nedenle ruh sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği dile getirilmiştir.

Hemşirenin bu yoğun stres kaynakları ile etkin baş etme yöntemleri geliştirememesi karşısında kaygı düzeyi artacak ve artmış kaygı düzeyi ise ruh sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecektir.

Tüm bu stresli olaylar karşısında hemşire stresle baş etmek için neyi, nasıl, nerede yapacağına, kimlerle işbirliği ve iletişim kuracağına, nereden destek alacağına etkili bir şekilde karar vermek durumundadır (37).

Literatürde psikolojik yardım arama davranışı olarak tanımlanan bu kavram çerçevesinde hemşirelerin baş edemedikleri stresli durumlar karşısında psikiyatrik açıdan profesyonel yardım alma davranışı göstermesi beklenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, önemli bir yere sahip olan hemşirelerin sağlık hizmetlerinin etkili olarak sürdürebilmeleri, görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için ruhsal yönden sağlıklı olmaları son derece önemlidir (38, 39, 40).

### **2.3.Psikolojik Yardım Arama**

Stresli bir durumla karşı karşıya gelen bireyler sorunlarıyla baş ederken, bazen kendilerine yetebilir ve baş etme mekanizmalarını kullanabilirken, bazen de

başkalarından danışmanlık ve yardım alma ihtiyacı duyabilirler. Bu durum literatürde yardım arama davranışı olarak tanımlanmaktadır.

Yardım arama, bireyin kişisel problemleri konusunda yardım almak için, resmi (formal) ya da resmi olmayan (informal) toplumsal ilişkileri aktif bir şekilde arayıp bulması ve kullanması sürecidir (41-43).

Bireyin normal yaşam fonksiyonlarına karşı tehdit oluşturan herhangi bir durum veya problemle karşılaştığında, yeniden denge durumuna dönmek için iç kaynaklarının yetersiz olduğunu düşünerek, dış kaynaklara yönelmesi yardım arama davranışı olarak tanımlanmaktadır (44).

Başkalarından yardım almak söz konusu olduğunda genellikle şöyle bir sıra izlenmektedir;

Stres yaratan durum ve olaylar yaşamları üzerine etki ettiğinde bireylerde problem farkındalığı gelişir. Problem fark edildikten sonra birey eğer kendi kendine problemi çözemiyorsa dışarıdan yardım aramayı düşünür. Bu düşünceyi davranışa dökmek için birey kimden, nasıl, ne zaman, nereden yardım alacağına karar vermek durumunda kalmaktadır. Karar verdiğinde ise ulaştığı kaynaktan yardım almayı ve sorunlarını anlatmayı gönüllülükle kabul etmiş olur (41, 45).

Yardım arama davranışı; kişiyi, problemi ve yardım alınacak kaynağı kapsayan çok boyutlu bir davranış sürecidir. Bu süreçte yardım kaynağı olarak bir profesyonelin seçilmesi, büyük ölçüde yardım gereksinimi duyan kişinin böylesi bir yardım almaya ilişkin görüşlerine bağlıdır (46). Bu görüşler bireyin yardım aramaya ilişkin davranışlarını oluşturmasına neden olmaktadır.

Yardım arama tutumları, kişilerin bir profesyonelden yardım almaya yönelik duygusal, bilişsel ve davranışsal eğilimlerinden oluşur. Yardım arama tutumu olumlu ve olumsuz olarak sınıflandırılabilir. Bireylerin ihtiyaç duyduğu halde psikolojik yardım alma davranışı göstermemeleri olumsuz olarak değerlendirilmektedir (46, 47).

İlgili alan yazın incelendiğinde, profesyonel psikolojik yardım alma tutumları ile ilişkili çok çeşitli değişkenlerden söz edilmektedir. Yardım arama tutumu; yardım arayan kişiye, problemi algılayışına ve yardım alacağı kaynağa bağlıdır. Ayrıca, yaş, cinsiyet, kültürel özellikler, yaş, sosyal sınıf, eğitim, medeni durum, dini inanç sistemleri, damgalanma (stigma) düşüncesi, daha önce ruhsal bir sıkıntı geçirmiş olmak, sağlık durumu ve sosyal destek gibi faktörlerde bu tutumu etkiler. (48-54)

Sosyal destek, stres yaşayan bireye ailesi, arkadaşları, akrabaları tarafından verilen destek olarak ifade edilmekte bireyin sorunlarını dinleme, duygularını paylaşma, sevgi, şefkat, saygı gösterme şeklinde sağlanabilmektedir. Sosyal destek kaynakları yardım arama sürecinin bir parçası olabilir ve yardım aramayı kolaylaştırabilir ya da azaltabilir. Çünkü bu kaynaklar ve kaynaklarla olan etkileşim problemin fark edilmesini, yardım arama kararının verilmesini ve alınacak yardımın şeklini etkileyebilmektedir. Sosyal ağdaki bireylerin yardım veren birimlere olan tutumları, konu ile ilgili bilgileri ve bu hizmetleri almak ile ilgili deneyimleri yardım aramayı etkilemektedir (52, 55).

Arslantaş, Dereboy, Aştı ve Pektekin'in yetişkinlerin psikolojik yardım arama davranışları üzerine yapmış olduğu çalışma da, bireylerin yardım arama davranışı olarak ve ya problem çözümü için %57.1 oranında "aile üyeleri"ne %31.3 oranında , "arkadaşlar"a , %15.5 oranında ise "psikiyatristler"e başvurduklarını belirttikleri saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada, eğitim düzeyi yüksek ve/veya ekonomik durumu iyi olanların, psikiyatriste başvurma eğiliminin diğerlerine oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (9).

Diğer önemli bir faktör algılanan yardım ve yardım sağlayıcıların davranışlarıdır. (55)Yardım arayan birey, destek aldığı bireylerin kendisini anlayışla karşılaşmasını, kendisine öneri, bilgi ve destek vermesini ya da kendisini tedavi etmesini beklemektedir. Yardım arama bir baş etme yöntemidir (41).

Antony ve arkadaşlarının yapmış olduğu 2031 kişiden oluşan pratisyen ve uzman doktorların yer aldığı bir çalışmada sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı negatif bir tutum sergilediğini ve toplumun diğer üyelerinden önemli bir fark göstermediğini öne sürmüştür (56).

Wrigley ve arkadaşlarının damgalamanın pratisyen hekimlerden psikolojik yardım aramaya ilişkin tutumlara etkilerini incelediği bir çalışmada, algılanan damgalama ne kadar fazla ise yardım arama davranışının da o kadar az olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca danışanların ruh sağlığı problemlerinde pratisyen hekimlerin faydalığı olmayacaklarına inandıklarını ve % 91 olasılıkla pratisyen hekime gitmekte daha az gönüllü oldukları saptanmıştır (57).

Topkaya daha önce hiç psikolojik yardım almamış 656 yetişkin üzerinde yaptığı çalışmada, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ve psikolojik yardım alma niyeti arasındaki ilişkileri incelemiş, psikolojik yardım alma nedeniyle sosyal damgalanma, tedavi korkuları, psikolojik danışmana kendini açmaktan beklenen yarar ve risk değişkenlerini araştırmıştır. Araştırma da sosyal damgalanma algısı yüksek olan bireylerin beklenen yarar algısının düşük, psikolojik yardım almaya ilişkin tutumun olumsuz ve psikolojik yardım alma niyetinin az olduğu gözlenmiştir (58).

Yapılan birçok yerli ve yabancı çalışmada; kadınların erkeklere nazaran psikolojik yardım aramaya ilişkin daha olumlu tutumlara sahip olduğu bulunmuştur. (44-53)

Ayrıca, daha önce psikolojik yardım almış olanların daha önce psikolojik yardım aramayanlara göre daha olumlu tutumlara sahip olduğu da belirtilmiştir (46).

Profesyonel psikolojik yardıma ilişkin, etiketlenmek ve damgalanmak kaygısı ya da psikolojik yardımın işe yaramayacağına ilişkin genel önyargılar, yardımı isteme davranışının önüne geçebilmektedir (27, 29, 59).

Clement ve arkadaşlarının yaptığı 1980-2011 yılları arasında yapılmış psikolojik yardım arama ve damgalama arasındaki ilişkilerin incelendiği geriye dönük çalışmada yaklaşık 144 çalışma incelenmiştir. Sonuç olarak psikolojik yardım arama, damgalama ve içselleştirilmiş damgalama arasında negatif yönde bir ilişki olduğu tartışmasızdır. Yapılan tüm iyileştirme çalışmalara rağmen günümüzde hala içselleştirilmiş damgalama ve damgalama psikolojik yardım arama davranışının önündeki en büyük engellerden biridir (60).

Gulliver ve arkadaşlarının 2013 yılında gençlerin Profesyonel psikolojik yardım arama davranışını inceleyen yaklaşık 30 çalışmayı incelendiği bir sistematik derleme çalışmasında damgalamanın Profesyonel psikolojik yardım arama davranışını negatif etkileyen en önemli problem olduğu saptanmıştır (61, 62).

### **2.3.1.Hemşirelik ve Psikolojik Yardım Arama**

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve davranış değişikliği sağlamakta eğitimi ve rol model olarak önemli işlevleri olan hemşirelerin bu rollerini yerine getirirken kendi tutumlarının belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Fakat literatürde hemşirelerin bu problemleri karşısında yardım arama tutumlarının ne yönde olduğuna ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yardım arama davranışı ile ilgili çalışmalar daha çok yasta yakınları ve üniversite öğrencileri üzerine yoğunlaşmıştır.

Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik yardım arama tutumları ve etkileyen etmenlerin incelendiği bir çalışmada, öğrencilerin psikolojik sorunları konusunda yardım almak için en çok psikiyatr/psikolog/doktorları tercih ettiği görülmüştür. Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin yardım arama davranışı gösterme düzeyinin birinci ve ikinci sınıf öğrencilerine göre daha iyi olduğu, üçüncü sınıf öğrencilerinin psikolojik bir problemi algılaması ve kabul etmesinin ikinci ve birinci sınıf öğrencilerine göre daha kolay olduğu ortaya konulmuştur. Yaş ve eğitim seviyesi arttıkça yardım arama davranışı da artmıştır (55).

Yetişkinlerin yardım arama davranışlarının araştırıldığı bir araştırmada ise Eğitim düzeyi yüksek ve/veya ekonomik durumu iyi olanlar, aile üyelerinden herhangi birisi profesyonel yardım alanlar, sıkıntılarını yakınlarıyla paylaşabilenler, profesyonel yardıma ihtiyaç hissedilen ve kabul edenlerde psikiyatriste başvurma eğilimi daha yüksek olduğu. Stresle başa çıkabilenler, eş-arkadaş sosyal desteği olanlar ve genel sağlık algısı iyi olanlar da daha çok yardım arama davranışı gösterdiği belirlenmiştir (9).

Hemşirelerin karşılaştıkları stresli olaylar karşısında etkili baş etme mekanizmaları kullanmaları, önyargı ve yanlış tutumlar karşısında profesyonel

davranmaları, eğitimci rolleri gereği toplumu yönlendirebilmeleri için öncelikle kendilerinin sağlam bir psikolojiye sahip olmaları, daha sonra toplumdaki bireylerin psikolojik sağlamlıklarına katkıda bulunmaları gerekmektedir (63).

#### **2.4.Damgalama Kavramının Tanımı**

Damga (Stigma), delik, delmek, yara, iz anlamı taşısa da, genellikle “kara leke” anlamında kullanılmaktadır. Dolayısı ile toplumun diğer üyeleri tarafından reddedilme veya çekinilmenin; utanç veya kara leke olarak görülmenin; ya da diğerlerince beğenilmemenin bir izi, işareti ya da damgası olarak kullanılabilir (64, 65).

Damgalama terimi birçok olgu ve durum için kullanılsa da tarihin en eski dönemlerinden bu yana damgalama ve ayrımcılıktan en fazla etkilenen kesim ruhsal hastalığı olan bireylerdir (59, 66).

İnsanlık tarihinin güçsüzlük ve bilgisizlik dönemlerinde açıklanamaz ve anlaşılabilir davranışlar ve düşünceler olarak değerlendirilen ruhsal hastalıkların belirti ve bulguları, toplumun korkuya kapılmasına neden olmuştur (59, 66). Çoğunlukla mevcut bilgi ve uygulamalarla kontrol altına alınamayan, konuşmalarına, düşüncelerine ve davranışlarına anlam verilemeyen bu bireylerin çevreleri için tehlikeli olacakları ve zarar verecekleri düşüncesi ile hareket edilmiştir. (67)

Ruh hastaları, toplumda korku, anksiyete ve huzursuzluğa neden oldukları gerekçesiyle çoğunlukla dışlanma ve ayrımcılığa maruz kalmışlardır (66, 68).Geçmişten bu güne kadar, ruhsal hastalıklara karşı gösterilen ön yargı, tutum ve davranış şiddetini azaltmış gibi görünse de hala geçerliliğini korumaktadır. Günümüzde konuşmalarımıza yansıyan "akıl hastası" ya da "ruh hastası" terimleri çoğu zaman yöneltildiği kişiyi aşağılayan ve küçük düşüren ifadeler olarak görülmektedir (69).

Ruhsal hastalıklar çoğunlukla filmlere haberlere televizyon programlarına konu olmaktadır. Genellikle şiddet cinayet ya da tehlikeli olma gibi kavramlarla birlikte anılan ruh hastalıkları toplumun mevcut ön yargıları pekiştirmesine neden

olabilmektedir. Oysaki doğrudan ruhsal hastalıkla bağdaştırılan şiddet ve suça dayalı eylemler alkol ve madde bağımlılığına bağlı gelişen suç ve şiddet olaylarından önemli oranda daha azdır (70, 71).

Damgalama ilk olarak Amerikalı sosyolog Goffman tarafından tanımlanmıştır. Goffman damgalamayı, “damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması” ve “toplumsal kabul görmeyen ya da toplumdan dışlanmış birey” olarak tanımlamıştır (72, 73, 74).

Modern zamanlarda ise damgalama rutin olarak etkileşim içerisinde olduğu “normal” insanlardan kabul edilemez bir şekilde farklı olarak damgalanmasına sebep olan ve bir tür toplum yaptırımını ortaya çıkaran herhangi bir nitelik, özellik ya da hastalık olarak algılanmaya başlanmıştır (70).

Diğer bir tanıma göre Damgalanma bir bireyin veya grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı ve ya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine bakılarak kusurlu ya da gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (59).

Damgalama bir süreçtir ve belirli aşamalar sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu aşamalar şu şekilde sıralanabilir;

1. Etiketleme: Damgalama çoğu zaman kişinin ruhsal hastalık tanısı ya da etiketini alması ile tetiklenir. Etiketleme ise toplumda kalıp yargılarla oluşturulmuş stereotiplerin gündeme gelmesini sağlar.
2. Stereotipiler: Stereotipi kavramı Latince’de “stereos” (katılık) ve “tuπος” (iz) sözcüklerinin birleştirilmesinden meydana gelmektedir ve “bir kez oluştuktan sonra hiç değişmeyen” anlamında kullanılmaktadır. Yapılan Araştırmalar, ruhsal hastalıklar için özellikle sorun yaratan dört tip stereotip tanımlamıştır (59).

a) Ruhsal hastalığa sahip olan bireyler tehlikelidir ve onlardan uzak durulmalıdır.

- b) Ruhsal hastalığa sahip bireyler yetersizliklerinden ve güçsüzlüklerinden dolayı suçludurlar.
- c) Ruhsal hastalığa sahip bireyler yetersizlikleri nedeniyle kendileri adına karar verebilecek bir otoriteye muhtaçtırlar.
- d) Ruhsal hastalığa sahip bireyler çocuk gibidirler ve kendilerine bakacak ebeveynlere ihtiyaçları vardır (58).

Bu durumda ruhsal hastalığa sahip bir bireye gereksinim olsun ya da olmasın toplumun daha önceden ortak kararlarla belirlemiş olduğu tanım ve ya özellikler yüklenmektedir. Bu tanımlar genellikle olumsuz önyargıları içermektedir. Toplumdaki “ruhsal olarak hastalığa sahip kişi” stereotipi ise genelde “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmaz” stereotipidir.

3. Bilişsel Ayırıştırma ve ya Önyargılar: Önyargı, bireylerin bir durum ya da nesne konusunda herhangi bir objektif değerlendirmeye başvurmadan daha önceki düşünceler, mitler, söylentiler ya da yaşananlar ışığında oluşmuş kalıp yargıları ifade eder. Toplumda önyargılar nesilden nesile aktarılabilir. Ruhsal hastalıklarda önyargılar oluşmuş stereotipi kavramını destekler ve bazı duygusal tepkilere sebep olur.
4. Duygusal Reaksiyonlar: Gelişen Önyargılar sonucu ruhsal hastalığa sahip bireylere çoğunlukla korku ve öfke duyguları beslenmektedir. Bireyin tehlikeli olarak atfedilmesi korku duyulmasının başlıca nedenidir. Öfke ise toplumun huzurunun bozulması, yardıma ve bakıma muhtaç olma, işlerin aksaması ve diğer bireylerin iş yükünün artması nedeniyle olmaktadır.
5. Sosyal statü Yitimi: Oluşan duygusal ve bilişsel tepkiler sonucu bireyler toplumda bir statü kaybına maruz kalmaktadırlar. Toplum, bu bireylerden hem uzak durmak istemekte hem de onları toplumdaki izole etmek eğilimindedir. Bu nedenle artık ayırıştırma ya da ayrımcılık kaçınılmaz hale gelmektedir (59).
6. Ayrımcılık: Ayrımcılık toplumdaki kişi ve ya grupların diğerlerini damga lama ve önyargılar nedeni ile bazı temel hak ve menfaatlerden yoksun bırakmasıdır (69).



Etiketleme ile başlayan damgalama süreci stereotiplere ve önyargılara verilen duygusal ve bilişsel tepkiler sonucunda ayrımcılık ile sonlanmaktadır. Ruhsal bir hastalığa sahip olan birey önce birçok alanda kısıtlanmakta ve devamında toplumsal hayattan dışlanmaktadır.

Sonuç olarak hastalar bir kez tanı aldıktan sonra artık kişisel ya da toplumsal özelliklerine bakılmaksızın tehlikeli, işe yaramaz ve bakıma muhtaç olarak değerlendirilmekte ve sosyal olarak dışlanmaktadır. Tarihsel süreç içerisinde, daha eski uygarlıklara baktığımızda bu dışlanma hastalarının tamamen yok edilmesi ile sonuçlanmıştır (66).

Damgalama sosyal damgalama ve bireysel damgalama olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır;

Sosyal damgalanma, bireyin profesyoneller ve içinde bulunduğu toplum tarafından sorunlu, kusurlu, istenmeyen ve sosyal anlamda kabul görmeyen olarak algılanmasıdır. Sosyal damgalama kişilerin psikolojik yardım arama davranışının önündeki en önemli engel olarak karşımıza çıkmaktadır (54, 75, 76).

Bireysel damgalanma ise 3 şekilde karşımıza çıkar.

1. Algılanan damgalanma: Bireyin toplum tarafından damgalanmış grup hakkındaki tutum ve davranışlarının algılanmasıdır.
2. Deneyimlenen damgalama: Bireyin geçmiş yaşantısında gerçekten damgalama ve ayrımcılık ile ilgili bir deneyim yaşamasıdır.
3. İçselleştirilmiş damgalama: Sosyal ve algılanan damgalamanın içselleştirilerek bireyin kendini bu düşünceler doğrultusunda değerlendirilmesidir.

Sosyal, algılanan ve içselleştirilmiş damgalama birbiri ile yakın ilişki içerisinde olmakta ve bir kısır döngüye neden olmaktadır (77, 78, 79).

## 2.5. İçselleştirilmiş Damgalama Kavramı

İnsanlar, yaşamlarının erken yıllarında, aile, kişisel deneyim, arkadaş ilişkileri, medya ve toplumun ruhsal hastalığa sahip bireyler hakkındaki düşünceleri yoluyla ruhsal hastalıklar hakkında bazı kavramlar geliştirmektedirler.

Bu kavramların genelde, ruhsal hastalığa sahip bireylerin, diğer insanlar tarafından arkadaş, işçi, komşu, ya da eş olarak reddedileceği, tehlikeli bireyler oldukları, birçok kişinin ruhsal hastalıklı kişileri ne yapacağı belli olmaz, güvenilmez, değersiz, kendi yaşamını sağlayamaz olarak değerlendirdikleri gibi negatif düşünceler olduğu kabullenilmektedir (80).

İçselleştirilmiş damgalanma kişinin, toplumdaki bu negatif düşünceleri ve olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendini toplumdan geri çekmesidir (81, 82, 83, 84, 8).

İçselleştirilmiş damgalama, “ruh sağlığı problemleri olan kişiler toplumda öfke, küçük görme, alay ve tiksinti gibi duygular ortaya çıkarabilirler” şeklindeki inançlardan kaynaklanmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama, damgalanan bireylerin kendilerine yönelttiği tepkileridir. Birey tarafından toplumdaki ruhsal hastalıklara yönelik negatif tutumlar, damgalama ya da ayrımcılık gibi davranışlar içselleştirilerek, kişi henüz böyle bir davranışa maruz kalmasa bile kalacakmış gibi hissetmesine ve davranış değişikliği göstermesine neden olmaktadır (8, 68). Bu durumda ruhsal hastalığı olan kişiler toplumdan önce kendilerini damgalamaktadır.

İçselleştirilmiş damgalanma duygusu kişinin yakın çevresi ile başlamakta öncelikle bireyin yakın çevresindekiler hem kendileri damgalama algısı yaşamakta hem de hasta bireyi damgalamakta ve dışlamaktadırlar. Yapılan bazı çalışmalarda hasta yakınlarının, ailelerinde ruhsal hastalığa sahip bir birey olmasından utandıkları ve durumu gizleme eğiliminde oldukları görülmüştür (66).

İçselleştirilmiş damgalanma bireyin ruhsal sağlığında bir problemin farkına vardığı ve psikiyatrik yardım alma ihtiyacı hissettiği anda kendi zihninde başlayan bir süreçtir. Bu nedenle içselleştirilmiş damgalanma deneyimlenmiş damgalanma

yaşantıları sonucunda değil, ruhsal hastalıklar hakkında toplumda oluşmuş belirli ortak inanç ve önyargılara katılma sonucunda ortaya çıkan öznel bir durum olarak kabul edilebilir (85). Damgalamayı içselleştirmiş olan hastalarda hastalıktan utanma, aşağılık duyguları, yetersiz hissetme, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma ve benlik saygısında azalma ortaya çıkmaktadır. Ruhsal hastalığın damgalayıcı etkisi ne kadar fazla ise bu belirtiler de o kadar şiddetli olarak görülmektedir (66).

İçselleştirilmiş damgalama şiddetli ruhsal hastalığı olan her üç kişiden birinin yüksek düzeyde deneyimlediği bir durumdur (86).

Boyd-Ritsher ve Phelan tarafından ayaktan izlenen psikiyatri hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 73.2' sinde içselleştirilmiş damgalamanın yüksek olduğunu öne sürülmüştür. Hastaların % 50.0' ı ise başkalarının kendilerine farklı şekilde davrandığı şeklinde bir inançlarının olduğunu belirtmişlerdir (87).

Diğer bir çalışmada içselleştirilmiş damgalamanın ağır olmayan ruhsal hastalıklarda da yardım arama ve tedavi süreçlerinde etkili olduğu belirtilmiştir (84).

### **2.5.1.İçselleştirilmiş Damgalama Nasıl Gelişir?**

İçselleştirilmiş damgalamanın sosyal damgalama ve kişisel damgalamanın birbiriyle etkileşimi sonucu geliştiği düşünülmektedir. Sosyo-psikolojik modellemelere göre sosyal damgalama; stereotipi, önyargı ve ayrıştırma olarak ilerlemektedir. Sosyal psikologlar stereotipileri, bir sosyal grubun diğer gruplardaki insanlar hakkında öğrenilmiş bilgi yapıları olarak tanımlamaktadırlar. Yani insan grupları hakkındaki bilgilerin bir şekilde kategorize edilmesi stereotipileri oluşturmaktadır. Bu negatif stereotipiler sıklıkla ruh sağlığı bozuk olan kişilerle yaşayanlar ve bir şekilde onlarla ilgili kötü bir deneyimi olan ve her iki durumda da zarar gören kişiler tarafından oluşturulmaktadır. Birçok insan stereotipiler hakkında kısmen bilgi sahibidirler. Onlarla ilgili kesin yargı oluşturmuş kişiler aracılığıyla bir sosyal karakter tanımını geliştirirler. Buna önyargı da diyebiliriz. Örneğin şizofrenilerin tehlikeli olduğuna inanan bir kişi diğer ruhsal hastalıklarla ilgilide korku duygusu hissedebilmektedir. Toplum tarafından ruhsal hastalıklara yönelik düşünceler

önyargılar (stereotipiler), suçlama, tehlikelilik ve yetersizlik gibi unsurları kapsamaktadır. Stereotipi ve çeşitleri hakkında bilgi sahibi olunması bir insanın aynı fikirde olduğu ya da damgalama yapacağı anlamına gelmeyebilir. Sosyal damgalama bu uzun stereotipi, önyargı ve ayrımcılık zincirinin peş peşe gerçekleşmesiyle oluşmaktadır. Küçük düşürücü yargıları destekleyen önyargılı insanlar “Doğru söylüyorsun; bütün akıl hastaları şiddete meyilli” gibi deyişlerle bulunup ve sonunda “Bütün hepsi beni korkutuyor” gibi ruhsal hastalığa sahip bireyler hakkında çeşitli negatif reaksiyonlar gösterebilmektedirler. Gelişen negatif duygular ve önyargılar kişileri ruhsal hastalığa sahip kişilerden uzaklaşmaya devamında da ayrımcılığa itebilmektedir.

Sosyal damgalamadan kaynaklanan ayrımcılık üç şekilde ortaya çıkmaktadır;

1. Fırsatların kaybına yol açmak: işe alınamamak veya bir apartmanda daire kiralayamamak.
2. Zorlanma/baskı yapmak: Kişinin karar verme yetisi olmadığından dolayı otoritenin onun yerine karar vermesi.
3. Ayrımcılık: Kişilerin devlet akıl hastanelerine gönderilip, şehirden uzakta bulunan bu yerlerin küçük akıl hastane yerleşkeleri olarak ilan edilmeleri, (özellikle şehir merkezlerinde yaşayan insanlar tarafından).

Ruhsal hastalıklarla ilgili var olan negatif düşünceler (tehlikeli olmak gibi) bu tanıları almış bireylerle yaşamak gündeme geldiğinde birey tarafından bir kez daha onaylanır. Aynı zamanda hasta bireyde kendisini bu kavramlar çerçevesinde onaylar ve bu stereotipi (kendisinin tehlikeli olduğuna dair) kapsadığını düşünür. Negatif stereotipiler içselleştirildiğinde bireyde toplumun diğer üyeleri gibi reaksiyon gösterir. “Ben tehlikeliyim ve kendimden korkuyorum” düşünceleriyle hareket eden birey de öz ayrımcılık başlar.

Aynı zaman da ruhsal hastalıkları nedeniyle etiketlenen kişiler bir değerdüşürümü yaşarlar. Algılanan değer düşümü ve ayrımcılık düşüncesi düşük benlik saygısı ve azalmış öz verimlilik duygusuna neden olmaktadır. Bu

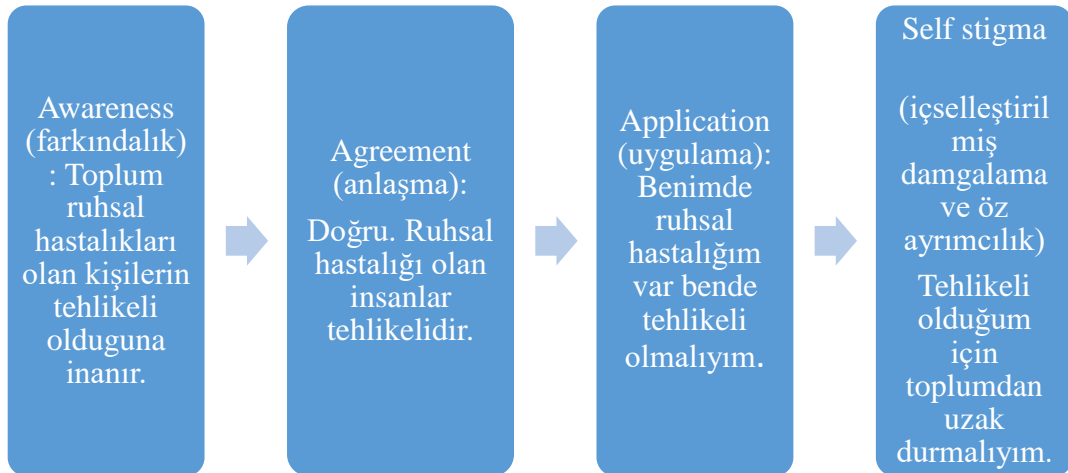
İçselleştirilmiş damgalamanın ilk basamağıdır. Aslında sosyal damgalamanın içselleştirilme süreci bir dizi başarılı sürecin birbirini takip etmesi sonucu gelişmektedir. Genel anlamda bu hoş olmayan durumda bulunan birey toplumun damgalama düşüncelerinin farkındadır.

Corrigan içselleştirilmiş damgalamanın gerçekleşmesinde “3A” kavramından bahsetmiştir. Bu kavramlar “awareness (farkındalık)”, “agreement (anlaşma)”, ve “application (uygulama)” şeklindedir.

1. Awareness (farkındalık): İçselleştirilmiş damgalamayı anlamak için kişinin damgalanmış bir grubu (örnek olarak, ruhsal hastalığı olan kişilerin hastalığından dolayı suçlandığı grup) tanımlayan stereotipilerin farkında olması gerekmektedir.

2. Agreement (anlaşma): bireyin farkına vardığı bu stereotipilerle aynı fikirde olması (kendisiyle bağdaştırması) durumudur. (Evet doğru, akıl sağlığı olan insanlar, problemlerinden ötürü suçlanıyorlar). Fakat bu iki faktör, içselleştirilmiş damgalamanın oluşabilmesi için yeterli değildir.

3. Application (uygulama): Bu tanımda kişi kendine stereotipileri uygulamaktadır. (Akıl hastalığım var ve bu yüzden kendimi suçlamalıyım). Bu bakış açısı, kişisel stigmatı hiyerarşik bir ilişki olarak temsil eder; akıl hastalığı olan bir insan, bu ilgili stereotipilerle kendini bağdaştırmadan ve kendine uygulamadan önce ondan haberdar olması gerekmektedir (81, 85, 62, 88).



**Şekil 1.1.** İçselleştirilmiş damgalamanın oluşum süreci

İçselleştirilmiş damgalamanın sınırları şekil 1.'deki algısal-tanımlama süreciyle sınırlı tutularak verilmiştir (81, 85, 62, 88).

### **2.5.2.İçselleştirilmiş Damgalamanın Sonuçları**

Damgalama ve içselleştirilmiş damgalama, akıl sağlığı problemi olan kişilerin hastalığının sonuçları ve gidişatını daha da kötüleştiren, sıkıntı veren bir yük ve en büyük kliniksel ve genel sağlık problemi konusudur (70). Damgalanmış bireyler toplum tarafından ayrımcılıkla karşılaşmakta ve negatif stereotiplerin hedefleri haline gelmektedirler. Üstelik bu stereotipleri kabul edip kendilerine uygulayarak düşük benlik saygısına sahip olmaktadır (62). İçselleştirilmiş damgalama yaşayan hasta birey “Akıl hastalığı olan kişiler kötü insanlar ve bu sebepten ötürü bende kötü bir insanım” diyebilmekte ve kendini toplumdan soyutlamaktadır. İçselleştirilmiş damgalama, genellikle düşük hayat kalitesi gibi dikkate değer negatif sonuçlarla alakalıdır (87).

Akıl hastalıkları hakkında stereotipleri içselleştiren kişiler öz-saygı ve öz-yeterlilik kaybı yaşamaktadırlar. Öz-yeterlilik, bir insanın, özel durumlardaki başarılı davranışlara karşı kendine olan güvenini temsil eden kavramsal bir yapıdır. Akıl hastalıklarıyla ilgili önyargıların egemen olduğu toplumlarda akıl hastalıklarıyla etiketlenen kişiler değer düşümü ve ayrıştırma yansıtan yaklaşımları içselleştirebilir ve bunlarla ilgili beklentilerde bulunarak hareket edebilir. Değer düşümü ise akıl hastalığına sahip insanların toplum tarafından kabul edilmemesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Düşük öz-yeterlilik, akıl hastalığı olan insanların problemi olmasaydı sahip olabileceği bağımsız yaşama fırsatı problemini yansıtan kavramsal bir yapıdır. Bu durum bir insanın düşük öz-saygı ve içselleştirilmiş damgalamadan dolayı toplum tarafından sayılmama/düşük görülme durumundan sürekli kaçmak istemesi olarak tanımlanabilir. Damgalamayı kendince kabul edip kendine uygulayan insanlar kendilerini değersiz veya özel hayat hedeflerini gerçekleştirmedeki mecburi durumların üstesinden gelemez olarak hissedebilirler. Bazı insanlar “bunun gibi düşünce ve inançların gündeme gelmesi doğaldır, çünkü bu insanlar gerçekten büyük bir hayati amacı başaracak bazı temel sosyal ve içgüdüsel yeteneklerden yoksundurlar” diye düşünebilmektedirler. Damgalamayı içselleştirmiş bireyler kendine güvenin eksikliği, azalmış benlik saygısı ve kişinin kendini bu tarz stereotiplerle ifade ederek

aynı fikirde olmasıyla, başarılı olabilme ümitlerinin yok olmasına neden olabilmektedirler. Örneğin, “Neden iş aramayı deneyeyim ki? Benim gibi ruhsal hastalığı olan kabiliyetsiz biri işin gerekliliklerini karşılayacak güçte değildir zaten” gibi negatif düşüncelere sahip olmaktadır.

İçselleştirilmiş damgalama, kişinin benlik saygısını olumsuz etkilemektedir, “Akıl hastalığı olan kişilerin toplumda hiçbir değeri yoktur çünkü sunacak hiçbir şeyleri yoktur ve sadece toplumu harcayan/katkısı olmayan bireyidir” stereotipini içselleştiren bir kişi pozitif “benlik bilinci” kurgulayamaz.

İçselleştirilmiş damgalamanın derinliği, insanların bu yaklaşımlar hakkında ne kadar farkında oldukları ve bu yaklaşımları kendilerine ne kadar uyguladıkları ile alakalıdır. Bu yaklaşımların kişisel olarak bireyin kendine uygulaması, kişinin benlik saygısı ve öz-yeterlilik duygularını içten içe zarar vermesine yol açmaktadır. Bu tarz geriye gidişler, hayat hedeflerinin peşinde gidilmesi ve başarılmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebepten dolayı, akıl hastalığı olan kişiler, iş, ev ve diğer hayati hedeflerin gerçekleştirilmesini hızlandıracak fırsatlarla ilgilenmemeye karar vermektedirler (89).

Diğer bir deyişle içselleştirilmiş damgalama yaşamın önemli alanları olan iş hayatı, sosyal ilişkiler, maneviyat ve iyileşme çabasından bireyi uzaklaştırmaktadır (88, 90).

Hastalar kendilerinden kaynaklanan bu süreç nedeni ile psikiyatrik yardım almaktan kaçınmaktadır İçselleştirilmiş damgalama, hastaların farmakolojik ve psiko-sosyal girişimlere katılımlarını ve uymalarına mani olarak iyileşmelerini engellemektedir (66).

Literatürde şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın depresif semptomların oluşumunda ve intihar düşüncesi/girişiminde etkili bir faktör olduğu belirtilmektedir (91). İçselleştirilmiş damgalama ümitsizlik, düşük benlik saygısı ve zayıf sosyal ilişkilerle sonuçlanmaktadır (86). Bu durum ise ruhsal hastalığın yanı sıra sosyal etkileşimin sınırlandırılmasına, kötü ilişkilere, kötü yaşam memnuniyetine ve işsizliğe yol açmaktadır (92).

## **2.6.Benlik Kavramı**

Benlik kavramı ilk olarak psikolog William James tarafından ortaya konmuştur James benliği en basit anlamıyla, “kişinin kendisinin ne olduğunu söyleyebileceği her şeyin toplamıdır” olarak tanımlamaktadır (93).

Benlik kavramı, kısaca bireyin kendisi ile ilgili tutumları duyguları, kendini algılama şekli, olup kim olduğu ile ilgili bir fikri olması şeklinde tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile benlik kavramı, bireyin kendisi ile ilgili algılamalarının, kişisel düşüncelerinin, geçmiş yaşantılarının, gelecekle ilgili amaç ve hedeflerinin, bireysel ve sosyal rollerinin farkında olmasının örgütlenmiş biçimidir. Benlik bireyin kendisini nasıl değerlendirip nasıl bir değer verdiğinin tanımı olarak da ifade edilmektedir (94, 95).

Benliğin temelini oluştururken Kendini tanıma; bireyin kendisiyle, düşünce ve duygularıyla ilişki kurması, kendisinde meydana gelen duygu ve düşünce süreçlerine yönelik bir anlayış geliştirmesidir. Bu süreç, bireyi kendisi yapan, diğer bireylerden ayıran tüm duygu, düşünce ve davranışlar üzerine temellenmiştir (96).

### **2.6.1.Benliğin Gelişimi**

Benliğin oluşması kişinin doğumu ile başlamakta ve kişinin kendini tanımasıyla yaşam boyu gelişerek devam etmektedir (97, 98).

Birey doğum öncesi dönemden başlayarak kendisi ve çevresiyle ilişki halindedir. Bu ilişkiler nedeniyle kendisinden ve çevresinden birçok uyarımlar almaktadır. Bu uyarımlar bireyde yorumlanarak kendisi ve çevresi hakkında duyumsal izlenimler oluşturur ve zaman için de oluşan bu izlenimler anlamlı bütünlüklere dönüşür. İnsanda bulunan içsel varlık ya da öz ben, yaşamın ilk yıllarında kendisini, varlığını borçlu olduğu annenin bir uzantısı olarak algılamaktadır. Henüz bağımsız bir varlık olduğunu fark edemediğinden anne ile birlikteyken benlikle ilgili bir problem yaşamamaktadır. Yaşamın ilerleyen yıllarında ise birey, annesinden farklı bir varlık olduğunu anlamaya başlar ve bağımsız bir ben'e ihtiyaç duyar. Bu durum, bireyin bir



ayrılık travması yaşamasının yanı sıra çevreyle girişilen etkileşim sonucu kendisini tanımlayacağı yeni bir sisteme (benlik sistemi) geçişinin de işaretidir (99).

Birey, ailesi ve sosyal ilişkilerde bulunduğu diğer insanlarla etkileşim içine girdiğinde, kendisinde olan olumlu ya da olumsuz özelliklerin farkına varır. Bu anlamda benlik, bireyin yaşantısal deneyimleri yoluyla edindiği ve farkına vardığı özelliklerinin algısal bir şemasıdır. Bu şema aile, çevre ve diğer etkenlerle değişerek yaşam boyu gelişmeye devam eder. Bu gelişme ve değişimler devam ederken benlik ile bireyin yaşantıları arasında uzlaşma ve tutarlılık varsa, benliğin daha olumlu ve daha iyi düzeyde gelişmesi beklenmektedir. Burada ideal benlik kavramından bahsedilebilir. İdeal benlik kişinin nasıl olması gerektiği, gerçek benlik ise mevcutta bulunan ve algılanan benliktir. Benliğin istenilen düzeyde geliştiğinin en önemli göstergesi ideal benlik ile gerçek benlik arasında tutarlılık bulunmasıdır. Bu iki benlik arasında ki uyum ne kadar fazla ise kişide kendisiyle ilgili o kadar olumlu algı oluşur (98, 100).

### **2.6.2. Benlik Saygısı**

Benlik ve benlik saygısı (self-esteem) yakın ilişkili kavramlar olmasına rağmen kapsam olarak birbirinden farklılık göstermektedir. Benlik kavramı, bireyin kendisini nasıl gördüğü, yani nasıl bir kişi olduğu hakkındaki algılamaları ve değerlendirmeleri iken, benlik saygısı bireyin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik algısını beğenip beğenmediği, değerli bulup bulmadığı ya da ne oranda değerli bulunduğunu ifade eden bir kavramdır (101).

Türkçe’de ‘özsaygı’, ‘kendilik saygısı’ olarak ifade edilen benlik saygısı, , bireyin benlik algısı ya da gerçek benliği ile ideal benliği arasındaki farkın değerlendirilmesidir. Yani bireyin kendisini nasıl algıladığı (gerçek benlik) ile olmak istediği benlik (ideal benlik) arasındaki fark o bireyin benlik saygısı düzeyini ifade eder Bu iki benlik arasındaki uyum ve tutarlılık ne kadar fazla ise benlik saygısı da o kadar yüksektir ( 97, 98, 15)

Kişinin benliğine saygı duyması için mükemmel bir benlik profili çizmesi gerekmemektedir. Benlik saygısı kişinin kendisini olduğundan aşağı ya da üstün değil,

olduğu gibi kabullenmesi, her yönüyle değerli, sevilmeye layık, özüne güvenen bir ruh hali içerisinde kendisinden memnun olması halidir (102).

Benlik saygısının gelişiminde birçok etken rol oynamaktadır. Toplumsal, bireysel, duygusal ve fiziksel faktörler benlik saygısının gelişmesine etki etmektedirler. Bireylerin aile ve ailevi ilişkileri, yetiştirilme şekli, arkadaş çevresi, sosyoekonomik durumu, cinsiyeti, beden imajı hasta ya da sağlıklı olması, engellilik, sosyal ve mesleki statüsü, hayatı algılama şekli, gibi birçok faktör benlik saygısının gelişmesinde önemli etkenler olarak sıralanabilmektedir (94, 103, 104).

Benlik saygısı aynı zamanda bireyin davranış ve tutumlarını, yaşamı anlamlandırma ve yaşam doyumlarını, tercihlerini, insan ilişkilerini, başkalarına davranış şekli ile birlikte başkalarının da bireye nasıl davrandığını etkilemektedir (105).

Benlik saygısı temel olarak yüksek benlik saygısı ve düşük benlik saygısı olarak iki durumda incelenmektedir. Yüksek benlik saygısı, bireyin kendisini genel olarak olumlu değerlendirmesi, Düşük benlik saygısı ise, bireyin kendisini olumsuz değerlendirmesini ifade eder (102, 106, 107).

### **Düşük Benlik Saygısı**

Benlik saygısı düşük olan bireyler de negatif duygulanımla birlikte, eleştiriye karşı duyarlılık, sosyal kaygılar da artma, çevreye uyum sağlamakta güçlük, psikolojik zorlanmalar, sosyal ve bireysel anlamda başarısızlıklar yaşayabilmektedirler. Düşük benlik saygısı aynı zamanda birçok psikolojik probleme de zemin hazırlamakta ve eşlik etmektedir (108).

Düşük benlik saygısına sahip bireyler; düşük benlik bilincinde olup, kendi bireysel kimlikleri hakkında net olmayan düşüncelere sahip olabilmektedirler. Bu bireylerin duygusal ve davranışsal olarak değişken, riskten kaçınan, utangaç, başkaları tarafından yönlendirilme potansiyeline sahip, kendisine güveni olmayan, depresyon ve kaygıya eğilimli oldukları ileri sürülmektedir (106, 107).

### **Yüksek Benlik Saygısı**

Benlik saygısı yüksek olan bireyler; pozitif duygulanım ile birlikte, etkin baş etme becerilerine sahip, değişiklikleri yönetebilme ve uyum sağlayabilme becerileri olan, işbirlikçi, esnek, önemli yaşam görevleri alan ve bu görevler de başarılı olan, olumlu bir yaşam algısına sahip kişiler olarak tanımlanmaktadır (107, 101, 109).

Benlik saygısı yüksek bireylerin sosyal ilişkilerde daha başarılı ve bağımsız davranabildikleri, fiziksel ve ruhsal olarak daha sağlıklı oldukları, yaşamdan daha fazla keyif aldıkları, yaşamı daha anlamlı ve değerli buldukları, öğrenmeye istekli ve hedeflerinde daha fazla başarıya ulaşmayı istedikleri kabul edilmektedir (110).

### **2.6.3. Hemşirelik ve Benlik Saygısı**

Hemşireler sağlık sisteminin vazgeçilmez bir parçası olmalarına rağmen, genelde Profesyonel kimliklerini ortaya koyamamakta dolayısı ile kendi güçlerinin farkına varamamaktadırlar. Hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarını uygulayabilmesi, kendisini ve mesleğini geliştirmesi, sağlık sistemi içerisinde etkin rol alabilmesi için kişiliğinin ve karar verme gücünün, dolayısıyla benlik kavramının gelişmiş olması gerekmektedir (94, 98).

Bu bağlamda hemşirelik eğitiminin en önemli amaçlarından biri de teorik bilginin yanı sıra kendine değer veren, öz güveni yüksek, kişisel arası iletişimde başarılı, işlevlerini yerine getirmede oldukça atılgan davranış gösteren meslek üyeleri yetiştirerek içinde yaşadıkları toplumda daha başarılı, üretken ve aranılan bireyler olmalarını sağlayabilmektir (111).

Bir hemşirenin benlik saygısının yüksek olması, kendi kararlarını verebilmesi ve savunabilmesi, verdiği kararları uygulaması, yaptığı uygulamaları bilerek yapması profesyonel anlamda beklenen bir davranıştır (14). Sağlıklı ve yüksek bir benlik saygısına sahip olan hemşireler hasta ve meslektaşlarına daha pozitif bir davranış gösterirken düşük benlik saygısına sahip hemşireler hem hastalarına hemde meslektaşlarına daha negatif tutum ve davranışlar göstermektedir. O halde etkili bir hemşirelik bakımı yüksek benlik saygısını gerektirmektedir. Ayrıca Benlik saygısı

yüksek olan hemşireler daha az tükenmişlik yaşamakta ve baş etme becerilerini daha etkin kullanmaktadırlar (112, 13).

Olumlu benlik kavramına ve yüksek benlik saygısına sahip olan hemşirelerin kendilerini değerli, başarılı ve önemli olarak gördüklerinde kişiler arası ilişkilerinde, hemşirelik sürecini uygulamada ve bakım verici rollerinde olumlu yansımalar yaşayacakları düşünülmektedir (98).

Hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar karşısında etkili bir biçimde mücadele edebilmeleri ve bu sorunlar karşısında kendi ruh sağlıklarını koruyabilmeleri için öncelikle kendilerinin sağlam bir psikolojiye sahip olmaları, daha toplumdaki bireylerin psikolojik sağlıklarına katkıda bulunmaları kaçınılmazdır.

Hemşirelerin yoğun iş temposu, nöbetli çalışma, hemşire sayısının yetersiz olması, ücretlerin düşük olması gibi nedenlerle benlik saygısının düşmesine neden olabilmektedir (110).

İlgili literatür incelendiğinde hemşirelik ve benlik saygısı ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunlukla öğrenci hemşireler ile yapıldığı görülmüştür. Çalışan hemşirelerle yapılan çalışmalar oldukça nadirdir. Mevcut çalışmalar da hemşirelik öğrencilerinin benlik saygısı düzeyleri ortalama düzeydedir. Kadın olmak ve ilerleyen yaş benlik saygısına pozitif, hemşirelik mesleğinin yoğun stresör içermesi ise benlik saygısına negatif olarak etki etmektedir (113, 114, 107).

### **2.7. Hemşirelik, Psikiyatrik Yardım Arama, İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı**

Son yıllarda gerçekleşen teknolojik ve politik gelişmeler sağlık sistemini de etkilemekte olup, sağlık sisteminin hizmet sunucularından birisi olan hemşirelerin rol ve işlevlerinde değişiklik meydana getirmektedir. Özellikle tedavi edici hizmetlerden çok koruyucu ve rehabilite edici hizmetlerin ön plana çıkması, hemşirenin bakım verici rolünün yanı sıra eğitimci, danışman, karar verici, yönetici ve koordinatör rollerini daha aktif kullanmasını gerektirmektedir (115).

Hemşirelik kuramları çerçevesinde insan- hemşire ilişkisi yardım etme kavramı üzerine şekillenmektedir. Bir insan yaşadığı dönem içerisinde yardım arama

davranışı içindeyken, diğeri bir insan ise bu arayışta yardımcı sunma konumundadır. Hemşireler hem içinde yaşadıkları toplumun bir parçası olarak yardım alan hem de meslekleri gereği yardım eden konumunda bulunabilirler. Bu nedenle hemşirelerin yüksek benlik saygısına, sağlık alanında doğru bilgi, davranış ve tutum gibi özelliklere sahip olması gerekir.

Damgalama ile mücadele ederken , hemşirelerin öncelikle ruhsal hastalıklara yönelik olarak kendi içlerinde var olan negatif tutumlarının farkında olmaları ve bu tutumlarını pozitif yönde değiştirmeleri önem arz etmektedir.. Çünkü yapılan çalışmalar, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlara sahip olduklarını göstermektedir (27, 29, 59).

Hemşirelerin ruhsal hastalığa sahip bireylere yapacağı danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin, bu bireylerin dolayısı ile toplumun hastalık ve damgalama ile etkin baş etme, hastalık ve tedaviyi yönetme, yaşam kalitesinde artma gibi olumlu yansımaları olabilmektedir.

Ruhsal hastalık ortaya çıktığına sosyal damgalama ile oluşmuş dış negatif mesajlar içselleştirilir ve bu iç mesajlar yardım arama kararı ile sonuçlanır. Psikolojik yardım alma kararı daha önceden öğrenilmiş, tecrübe edilmiş ya da tavsiye edilmiş terapi örneklerinden de etkilenir. Daha önceki tecrübelerin olumlu ya da olumsuz olması yardım alma kararını ve tedavinin sürdürülmesini yakından etkiler (80).

Bu bağlamda hemşirelerin kendileri ile ilgili ruhsal sıkıntılarda psikiyatrik yardım almaları ve bu yardımın faydalarını ya da tecrübe etmiş oldukları iyi hastalık-tedavi örneklerini toplumla paylaşmaları ön yargıların azaltılmasında etkili olabilir.

Nitekim sosyal damgalamada gerçekleşen negatif dış farkındalıklar kişinin kendi iç dünyasına da zarar vermektedir. Yapılan birçok sosyal damgalama ve içselleştirilmiş damgalama arasında pozitif, içselleştirilmiş damgalama ve psikolojik yardım arama davranışı arasında negatif bir yönde bir ilişki ortaya koymuştur. Sosyal damgalama ve psikolojik yardım arama davranışını uygulama ve sürdürme arasında direkt bir bağlantı vardır (85).

Link ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada benlik saygısının damgalanma algısında önemli bir etken olduğunu belirtmekte ve birçok çalışma da bu bulgu doğrulanmaktadır. Benlik saygısı ile damgalanma algısı arasında negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Düşük benlik saygısına sahip olan bireylerde damgalanma duygusu daha yüksek bulunmaktadır (89, 66).

Son yıllarda yapılan çalışmalara göre içselleştirilmiş damgalama düşük benlik saygısına, depresyona, tedaviyi ertelemeye, hastalık sürecinin uzamasına, sosyal geri çekilmeye, düşük öz yeterliğe ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Düşük benlik saygısı içselleştirilmiş damgalamanın artmasına ve hastalığın seyrinin kötüleşmesine neden olmaktadır. Kısaca içselleştirilmiş damgalama, yardım arama davranışı, benlik saygısı kendi arasında bir paradox oluşturmaktadır (41, 84, 88, 89, 90).

### **3.MATERYAL ve YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma genel kliniklerde çalışan hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışları, içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2.Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışma ile ilgili “Etik Kurul Onayı”, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Etik Kurulu’ndan alınmıştır (EK-8).

Araştırmanın uygulamasının yapılacağı hastanelerden ve bu hastanelerin bağlı bulunduğu ilgili Kamu Hastaneler Kurumundan Yıldırım Beyazıt Üniversitesi etik kurulu aracılığıyla gerekli yazılı izinler alınmıştır (EK- 6, EK-7). Araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Araştırmayı kabul hemşirelere anketler doldurtulmadan önce araştırmanın amacı, anket formlarının nasıl doldurulacağı, anket için harcayacağı zaman konularında gerekli açıklamalar yapılarak, çalışmayı kabul eden hemşirelerden araştırmacı tarafından geliştirilen gönüllü olur formu onamları alınmıştır (EK-1).

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Ankara il merkezinde yer alan devlet ve üniversite hastanelerinin genel kliniklerinde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise Ankara İli’nde bulunan hastanelerden “Eğitim Araştırma Hastanesi”, “Devlet Hastanesi” ve “Dal Hastanesi” olarak yapısal özelliklerine göre seçilmiş üç farklı hastane kapsamında çalışan hemşirelerdir. Bu hastaneler sırasıyla; Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi (481hemşire), Sincan Devlet Hastanesi (182 hemşire) ve Meslek Hastalıkları Hastanesi (39hemşire) olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini, bu hastanelerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 702hemşire oluşturmaktadır. Belirtilen hastanelerde toplam 574 hemşireye ulaşılmıştır.

**Tablo 3.1.** Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin hastanelere göre dağılımları

<b>Hastaneler</b>	<b>Toplam hemşire sayısı</b>	<b>Ulaşılan hemşire sayısı</b>	<b>Örnekleme alınan hemşire sayısı</b>	<b>Katılım oranı</b>
<b>Atatürk eğitim araştırma hastanesi</b>	481	374	309	%82.6
<b>Sincan devlet hastanesi</b>	182	166	148	%89.2
<b>Meslek hastalıkları hastanesi</b>	39	34	31	%91.1
	702	574	488	%85.0

Bu hastanelerde sırasıyla; Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinden 309 hemşire, Sincan Devlet Hastanesinden 148 hemşire ve Meslek Hastalıkları Hastanesinden 31 hemşire anketi doldurmayı kabul ederek çalışmaya katkı sağlamıştır. Araştırmaya katılmayan 214 hemşireden 128' inin doğum izni veya ücretsiz izinde olduğu, 86 hemşirenin ise araştırmaya katılımda gönüllü olmadıkları saptanmıştır.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmada; “Hemşirelerin Psikolojik Yardım Arama Davranışları İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısının Belirlenmesi” ile ilgili belirlemelerde bulunulabilmesi amacıyla, “Tarama Modeli” çerçevesinde “Betimsel Yöntem” kullanılmış ve veri toplama tekniği olarak “Anket Tekniği” uygulanmıştır.

Çalışmanın etik yönü için de araştırmacı tarafından “Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu” geliştirilmiştir. “Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu” (Ek -1)’de yer almaktadır.



Çalışmada hemşirelere “Sosyo – Demografik Veri Toplama Formu” (Ek -2), “Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (PYAKDÖ)” (Ek -3), “Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği (PYAİTÖ)” (Ek -4) ve “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” (Ek -5) uygulanmıştır.

Veri toplama araçları ile ilgili özellikler aşağıda yer almaktadır;

#### **3.4.1.Sosyo – Demografik Veri Toplama Formu (Ek-2)**

Araştırmacı tarafından geliştirilen “Sosyo – Demografik Veri Toplama Formu”, literatüre uygun olarak hazırlanmış 18 sorudan oluşmaktadır. Sorular, hemşirelerin özelliklerini saptamak amacıyla kullanılmıştır.

#### **3.4.2. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (PYAKDÖ) (Ek-3)**

Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği Vogel, Wade ve Haake tarafından geliştirilmiştir (75). PYAKDÖ'nün Türkçe'ye uyarlaması ile güvenilirlik ve geçerlik denetlemesi Sezer ve Kezer tarafından yapılmıştır (5). Ölçek maddeleri, araştırmacılar ve her iki dili de iyi bilen üç uzman tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. İki uzman tarafından ölçeğin geri çevirisi yapılmış ve ifadelerin uygunluğu açısından farklı alanlardaki uzmanlardan görüş alınmıştır. 40 kişilik bir üniversite öğrenci grubu üzerinde ön uygulama yapılmıştır.

PYAKDÖ, olumsuz ifade içeren 18 ve olumlu ifade içeren 5 madde olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 1, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24 ve 25 numaralı maddeler olumsuz ifade içerdiğinden, ters kodlanarak değerlendirilmektedir. Tersine puanlanan maddeler dönüştürüldükten sonra tek bir toplam puan elde edilmektedir.

PYAKDÖ, 5'li Likert Tipi'ndedir. Ölçekten alınan puanlar artarken psikolojik yardım aramada kendini damgalama davranışı da artmaktadır. 23 maddelik ölçeğin tamamına ilişkin Cronbach's Alfa katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin iç

tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.593 olup kabul edilebilir düzeydedir.

### **3.4.3. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği (PYAİTÖ) (Ek-4)**

PYAİTÖ, Türküm (2004) tarafından geliştirilmiştir (116). PYAİTÖ, 5'li Likert Tipi'nde olup 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin, yapı geçerliği için yapılan faktör analizi sonucunda toplam varyansın % 52,6'sını açıklayan olumlu (12 madde) ve olumsuz (6 madde) psikolojik yardım aramayı içeren iki faktörlü bir yapıdan oluştuğu saptanmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça, psikolojik yardım arama tutumu artmaktadır. Ölçeğin iç tutarlık için hesaplanan Cronbach's Alfa katsayısı 0.90 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin zaman içinde değişmezliği için yapılan test – tekrar test güvenilirliği 77 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.885 olup yüksektir.

### **3.4.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-5)**

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 1963 yılında Rosenberg tarafından oluşturulmuş olup ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1985 yılında Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır (117, 118). Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği; “Kendilik Kavramının Sürekliliği Alt Boyutu”, “İnsanlara Güven Duyma Alt Boyutu”, “Eleştiriye Duyarlılık Alt Boyutu”, “Depresif Duygulanım Alt Boyutu”, “Hayalperestlik Alt Boyutu”, “Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme Alt Boyutu”, “Tartışmalara Katılabilme Derecesi Alt Boyutu”, “Psişik İzolasyon Alt Boyutu”, “Psikosomatik Belirtiler Alt Boyutu”, “Benlik Saygısı Alt Boyutu” ve “Ana – Baba İlgisi Alt Boyutu” olmak üzere 11 alt boyuttan oluşmaktadır.

Bu çalışmada Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) olarak söz edilen ölçek Rosenberg Benlik Saygısı Envanterinin ilk bölümü olan “Benlik Saygısı” alt ölçeğidir. Benlik Saygısı Alt Boyutu'nda, olumlu ve olumsuz anlam taşıyan 10 madde yer almaktadır. Benlik Saygısı Alt Boyutu değerlendirme sistemine göre; 0 – 1 puan “yüksek benlik saygısı”, 2 – 4 puan “orta benlik saygısı” ve 5 ve üstü puan “düşük benlik saygısı” olarak değerlendirilmektedir. Buna göre, bireylerin aldığı puan arttıkça benlik saygısı düşmektedir. Benlik Saygısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach's Alpha değeri 0.70 olup kabul edilebilir düzeydedir

### **3.5.Araştırmanın Ön Uygulaması**

Ön uygulama Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde örneklemin % 10 unu oluşturan 70 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama da hemşirelere “Sosyo – Demografik Veri Toplama Formu” (Ek -2), “Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (PYAKDÖ)” (Ek -3), “ “Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği (PYAİTÖ)” (Ek -4) ve “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” (Ek -5) kullanılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre anketlerde anlaşılmayan ya da çalışmaya anlamlı düzeyde katkısı olmayacak sorular ve bölümler anketlerden çıkarılmıştır. Ön uygulamadan elde edilen veriler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

### **3.6.Araştırmanın Uygulaması**

Araştırmaya katılan hemşirelere “Sosyo – Demografik Veri Toplama Formu” (Ek -2), “Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (PYAKDÖ)” (Ek -3), “ “Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği (PYAİTÖ)” (Ek -4) ve “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” (Ek -5) kullanılarak birebir görüşme ile veriler toplanmıştır. Araştırma sorularının uzun olması ve hemşirelerin yoğun çalışma saatleri nedeniyle verilerin toplanması uzun sürmüştür. Her uygulama ortalama 30- 45 dakikada gerçekleştirilmiştir.

### **3.7.Araştırma Verilerinin Analizi**

Çalışmada bulunan yaş, çalışma süresi gibi sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro-wilk testi ve normallik grafikleriyle incelenmiştir. Bu değişkenler normal dağılım göstermediği için ortanca (min-maks) ile gösterilmiştir. Ölçek puanları için ayrıca ortalama±standart sapma (ort±s) verilmiştir. Çocuk sayısı da ortanca (min-maks) ile gösterilmiştir. Cinsiyet eğitim durumu gibi kategorik değişkenler sayı (%) ile ifade edilmiştir.

Ölçekler için iç tutarlılık Cronbach’s Alpha katsayısıyla incelenmiştir. Demografik özelliklere göre ölçek puanları karşılaştırılırken Mann-Whitney U testi veya Kruskal-Wallis testinden faydalanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda anlamlı fark elde edilmesi durumunda ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı, grafik çizimi için Microsoft Office Excel 2013 kullanılmıştır.

### **3.8.Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.8.1.Bağımsız Değişkenler**

- Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri
- Hemşirelerin çocukluk dönemi özellikleri
- Hemşirelerin çalışma ile ilgili özellikleri
- Hemşirelerin medeni durumu
- Hemşirelerin birlikte yaşadığı kişiler
- Hemşirelerin çocuk sayısı
- Hemşirelerin yaşadığı yer
- Hemşirelerin çocukluğunu geçirdiği yer
- Hemşirelerin çalışma durumu
- Hemşirelerin çalıştığı sektör
- Hemşirelerin meslekte çalışma yılı
- Hemşirelerin haftalık çalışma süresi
- Hemşirelerin daha önce bir işte çalışma durumu
- Hemşirelerin sosyal destek durumu

### **3.8.2.Bağımlı Değişkenler**

- PYAKDÖ toplam puanı
- PYAİTÖ toplam puanı
- Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanı

### **3.9.Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın sınırlılıkları, hastanelerin birbirine olan mesafesi nedeniyle ulaşım sorunları, örneklemin büyük olması, sorulara verilen cevap süresinin uzun olmasıdır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar hemşirelere genellenebilir.



## 4.BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 4.1.**Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı. (N= 488)

Sosyo-demografik özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	430	88.1
Erkek	58	11.9
<b>Medeni Durumu</b>		
Evli	378	77.5
Bekar	77	15.8
Boşanmış	27	5.5
Eşinden ayrı yaşıyor	1	0.2
Dul	5	1.0
<b>Yaş (Min-max 18-60, Ortanca 37)</b>		
18-24 yaş	34	7.5
25-34 yaş	131	29.0
35-44 yaş	221	49.0
45-54 yaş	62	13.7
55 yaş ve üzeri	3	0.7
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
İlköğretim	1	0.2
Lise	61	12.6
Üniversite	399	82.3
Diğer	24	4.9
<b>Birlikte Yaşanılan Bireyler</b>		
Yalnız	31	6.4
Sadece Eşile	46	9.4
Eş ve çocuklar ile	319	65.4
Anne ve Baba ile	62	12.7
Diğer	30	6.1
<b>Çocuk Varlığı</b>		
Var	353	72.9
Yok	131	27.1
<b>Yaşadığı Yer</b>		
Köy	3	0.6
İlçe	3	0.6
Şehir	482	98.8

**Tablo 4. 2.** Hemşirelerin çalışma ile ilgili özelliklerine göre dağılımı. (N= 488)

	n	%
<b>Çalışma Süresi ( Min-max 1-38, Ortanca 13</b>		
1-9 yıl	165	34.0
10-19 yıl	181	37.3
20-29 yıl	129	26.6
30 yıl ve üstü	10	2.1
<b>Haftalık Çalışma Saati</b>		
Ortalama 40 saat	313	64.5
Ortalama 45 saat ve üstü	171	35.3
<b>Daha Önce Bir İşte Çalışma Durumu</b>		
Evet	110	23.1
Hayır	367	76.9

Tablo 4.1 de hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Hemşirelerin %88.1'inin kadın, %77.5'inin evli, %49.0'ının 35- 44 yaş aralığında (yaş ortancası 37 yıl (min-maks:18-60), %82.3 'ünün üniversite mezun olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin % 72.9'unun çocuk sahibi olduğu, % 65.4'ünün eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, % 98.8'inin şehirde yaşadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. de görüldüğü gibi hemşirelerin % 37.3'ünün çalışma yılı 10-19 yıl (Çalışma süresi ortancası 13 yıl (min-maks:1-38)), %64.5'inin haftada ortalama 40 saat çalışmakta olduğu , % 76.9'unun daha önce başka bir işte çalışmamış olduğu belirlenmiştir.

Bu bölümde çalışmaya katılan hemşirelerin çocukluk dönemi özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 4. 3.** Hemşirelerin çocukluk dönemi özelliklerine göre dağılımı. (N= 488)

	n	%
<b>Çocuklukta Yaşanılan Yer</b>		
Köy	78	16.1
Kasaba	83	17.1
İlçe	24	4.9
Şehir	300	61.9
<b>Aile Dışında Sosyal Destek durumu</b>		
Var	340	71.6
Yok	135	28.4
<b>Çocukluğunda sahip olduğu ilgi Durumu</b>		
Aşırı ilgi	55	11.5
Yeterli İlgi	394	82.4
İlgi görmeme	29	6.1
<b>Çocukluğunda karşılaştığı yaygın disiplin tipi</b>		
Aşırı kontrol edici	59	12.3
Yeterli kontrol edici	379	79.1
Az kontrol edici	41	8.6
<b>Bireye 0-1 Yaş Arası Bakım Verici</b>		
Anne	334	68.4
Baba	3	0.6
Bakıcı	11	2.3
Anne-Baba	114	23.8
Diğer	16	3.3
<b>Yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmada etkisi</b>		
Var	435	90.6
Yok	45	9.4
<b>Çocukluğunda Yaşadığı Ailenin Tipi</b>		
Çekirdek aile	457	95.2
Boşanmış	15	3.1
Parçalanmış	8	1.7
<b>Annenin Yaşama Durumu</b>		
Evet	471	98.1
Hayır	9	1.9
<b>Babanın Yaşama Durumu</b>		
Evet	464	96.5
Hayır	17	3.5

Hemşirelerin % 61.9'unun çocukluğunu şehirde geçirmiş olduğu, % 69.9'unun çocukluk döneminde sadece annesi tarafından bakıldığı tespit edilmiştir. (Tablo 4.3.)



Tablo 4.3.'de görüldüğü gibi hemşirelerin % 90.6'sının, yetiştirilme biçiminin yaşamda sorunlarla başa çıkmada etkisi olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Ankete katılan hemşirelerin; %71.6 'sının beraber yaşadığı ailesi dışında sosyal desteğini hissettiği akrabaları veya dostları bulunurken, %28.4 'ünün böyle bir desteği bulunmadığı, %79.1'inin yeterince kontrol ile büyütüldüğü, %82.4' ünün yeterince ilgiyle büyütüldüğü %95, 2'sinin çekirdek ailede yetişmiş olduğu ve çocukluğunda %98, 1'inin annesinin, %96, 5' inin babasının hayatta olduğu bulunmuştur.

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin ölçek puan ortancalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4. 4.** Hemşirelerin ölçeklerden aldıkları toplam puanlar

	<b>PYAKDÖ</b>	<b>PYAİTÖ</b>	<b>RBSÖ</b>
<b>N (%)</b>	422 (%86.5)	433 (88.7)	463 (%95.0)
<b>Ortanca (min-maks)</b>	65 (50-79)	69 (40-90)	0.75 (0-3.76)
<b>Ort<math>\bar{X}</math>±SS</b>	65.04±5.23	68.23±10.47	0.88±0.64

Hemşirelerin ölçeklerden aldığı toplam puanlara bakıldığında, PYAKDÖ ve PYAİTÖ ölçek puan ortancalarının normal sınırlar içerisinde ve kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilir. RBSÖ ölçeği ise min-max değerleri arasında olmakla birlikte alt sınıra daha yakındır. Benlik Saygısı Alt Boyutu değerlendirme sistemine göre; 0 – 1 puan “yüksek benlik saygısı” olarak değerlendirilmektedir. Bu durumda çalışmaya katılan hemşirelerin benlik saygılarının yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 4. 5.** Hemşirelerin cinsiyet özelliklerine göre **PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ** Ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

CİNSİYET		ÖLÇEKLER		
		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Kadın	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(51-79)	(40-90)	(0-3.58)
	$\bar{X}\pm SS$	64.92±5.11	68.94 ± 10.20	0.86±0.61
Erkek	<b>Ortanca</b>	66	63	0.96
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(42-86)	(0-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	65.88±6.05	62.43±11.20	1.06±0.79
<b>Test sonucu</b>	<b>Z*</b>	1.591	3.706	1.867
	<b>p</b>	0.112	. < <b>0.001</b>	0.062

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.5 ' de görüldüğü gibi PYAİTÖ puanı ortancası kadınlarda 69 (min-maks:40-90). Erkeklerde 63 (min-maks: 42-86) olarak hesaplanmıştır. Kadınlarda PYAİTÖ ortancası erkeklere göre daha yüksektir (Z=3.706. p<0.001). Cinsiyete göre PYAKDÖ ve RBSÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (p>0.05).

**Tablo 4.6.**Hemşirelerin eğitim durumlarına ve medeni durumlarına göre **PYAKDÖ** **PYAİTÖ** **RBSÖ** ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

Eğitim Durumu		ÖLÇEKLER		
		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Lise	<b>Ortanca</b>	66	68	0.75
	<b>Min-max</b>	(55-78) <sup>1</sup>	(40-89)	(0-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	62.28±9.96	67.58±11.52	0.96±0.81
Y.Okul - Üniversite	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-79) <sup>2</sup>	(42-90)	(0-3.51)
	$\bar{X}\pm SS$	65.05±5.07	68.22±10.27	0.88±0.61
Diğer	<b>Ortanca</b>	63	72	0.50
	<b>Min-max</b>	(51-72) <sup>1,2</sup>	(46-90)	(0.25-2.75)
	$\bar{X}\pm SS$	61.9±5.20	71.22±10.90	0.74±0.56
<b>Test Sonucu</b>	$\chi^{2*}$	8.752	2.417	1.111
	<b>p</b>	<b>0.013</b>	.0299	.0574
<b>Medeni durum</b>				
Evlü	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(42-90)	(0-2.83)
	$\bar{X}\pm SS$	64.93±4.97	69.04±9.96	0.83±0.54
Bekâr	<b>Ortanca</b>	65	66.5	0.75
	<b>Min-max</b>	(51-78)	(40-90)	(0-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	64.87±5.72	65.3±11.34	1.03±0.86
Boşanmış/Ayrı/Du l	<b>Ortanca</b>	67	67	1.08
	<b>Min-max</b>	(51-79)	(42-85)	(0.25-3.51)
	$\bar{X}\pm SS$	66.69±6.56	64.59±12.77	1.15±0.84
<b>Test sonucu</b>	$\chi^{2*}$	4.333.	6.934.	4.615.
	<b>p</b>	0.115	<b>0.031<sup>1</sup></b>	0.099

\*Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.- 1. ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4.6.'da görüldüğü üzere, eğitim durumuna göre PYAKDÖ puanları incelendiğinde, lise ve yüksekokul-üniversite mezunlarının diğer mezunlara göre daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Daha sonra yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı bir fark bulunamamıştır. Eğitim durumuna göre PYAİTÖ ve RBSÖ puanları benzerdir ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.6.' da görüldüğü gibi medeni duruma göre PYAİTÖ puanlarının karşılaştırılmasında bir fark olsa da ikili karşılaştırmalar sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Medeni durumuna göre PYAKDÖ ve RBSÖ puanları benzerdir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.7.** Hemşirelerin birlikte yaşadığı kişilere göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

Birlikte Yaşanılan Bireyler		ÖLÇEKLER		
		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Yalnız	<b>Ortanca</b>	66	62.50	1.04
	<b>Min-max</b>	(51-79)	(47-86)	(0.25-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	66.63±6.66	65.07±11.40	1.23±0.98
Sadece Eşinizle	<b>Ortanca</b>	66	71	0.75
	<b>Min-max</b>	(59-74)	(55-90)	(0-2.75)
	$\bar{X}\pm SS$	65.28±3.96	71.50±9.87	0.82±0.56
Eş ve Çocuklar	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(42-90)	(0-2.83)
	$\bar{X}\pm SS$	64.82±5.14	68.61±10.02	0.83±0.53
Anne ve Baba	<b>Ortanca</b>	65	67	0.75
	<b>Min-max</b>	(52-78)	(40-89)	(0-3.58)
	$\bar{X}\pm SS$	65.30±5.61	65.67±11.38	0.90±0.72
Diğer	<b>Ortanca</b>	65	68	0.75
	<b>Min-max</b>	(51-73)	(42-90)	(0.25-3.51)
	$\bar{X}\pm SS$	64.78±5.57	68.00±11.99	1.14±0.89
<b>Test sonucu</b>	$\chi^2$ *	3.167	8.036	5.032
	P	0.530	0.090	0.284

\* Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 4.7’ de görüldüğü gibi hemşirelerin birlikte yaşadığı bireylere göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

**Tablo 4.8.** Hemşirelerin çocuk varlığına göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

Çocuk varlığı		ÖLÇEKLER		
		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Var	<b>Ortanca</b>	66	68	0.75
	<b>Min-max</b>	(51-78)	(40-90)	(0-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	65.30±5.07	67.58±10.97	0.96±0.76
Yok	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(42-90)	(0-3.51)
	$\bar{X}\pm SS$	64.92±5.29	68.60±10.27	0.85±0.58
<b>Test sonucu</b>	Z*	0.751	0.785	0.661
	p	0.453	0.433	0.509

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.8.’de görüldüğü gibi hemşirelerin çocuk varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

**Tablo 4.9.** Hemşirelerin çalışma saatlerine göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması ( N=488)

Haftalık Çalışma saati		ÖLÇEKLER		
		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Ort. 40 saat	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-77)	(40-90)	(0-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	65.21±5.24	68.58±10.28	0.88±0.64
Ort.45 saat ve üzeri	<b>Ortanca</b>	65	68	0.75
	<b>Min-max</b>	(51-79)	(42-90)	(0-3.51)
	$\bar{X}\pm SS$	64.79±5.21	67.43±10.83	0.89±0.63
<b>Test sonucu</b>	<b>Z*</b>	0.967.	1.218.	0.242.
	<b>p</b>	0.333	0.223	0.808

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.10.** Hemşirelerin daha önce başka bir işte çalışıp çalışmadıklarına göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

Daha önce başka bir işte çalışma durumu		ÖLÇEKLER		
		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Çalıştı	<b>Ortanca</b>	65.50	70	0.67
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(45-90)	(0-3.01)
	$\bar{X}\pm SS$	65.06±5.11	69.57±9.82	0.85±0.65
Çalışmadı	<b>Ortanca</b>	65	68	0.75
	<b>Min-max</b>	(51-79)	(40-90)	(0-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	64.97±5.26	67.77±10.66	0.89±0.63
<b>Test sonucu</b>	<b>Z*</b>	0.484	1.584	0.354
	<b>p</b>	0.629	0.113	0.927.0

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.9. ve 4.10. da görüldüğü gibi hemşirelerin çalışma saatlerine göre ve daha önce başka bir işte çalışıp çalışmadıklarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

**Tablo 4.11.** Hemşirelerin çocukluğunda yaşadığı yere göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

Çocukluğunu geçirdiği yer		ÖLÇEKLER		
		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Köy	<b>Ortanca</b>	65	68	0.75
	<b>Min-max</b>	(56-77)	(43-90)	(0.25-2.75)
	$\bar{X} \pm SS$	64.94±4.69	66.85±11.01	0.93±0.60
Kasaba	<b>Ortanca</b>	66	66	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(47-90)	(0-2.75)
	$\bar{X} \pm SS$	65.30±6.19	66.17±9.86	0.88±0.58
Şehir	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(51-78)	(40-90)	(0-3.67)
	$\bar{X} \pm SS$	65.18±5.04	68.94±10.57	0.88±0.66
Diğer	<b>Ortanca</b>	63.50	72.50	0.50
	<b>Min-max</b>	(54-72)	(50-88)	(0.25-2.5)
	$\bar{X} \pm SS$	63.05±5.16	70.90±8.57	0.79±0.53
<b>Test sonucu</b>	$\chi^{2*}$	2.773.	8.032.	1.446.
	<b>p</b>	0.428	<b>0.045<sup>1</sup></b>	0.695

Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.- ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunamadı.

Tablo 4.11.' de görüldüğü gibi hemşirelerin çocukluğunda yaşadığı yere göre PYAİTÖ puanlarının karşılaştırılmasında bir fark olsa da ikili karşılaştırmalar sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. PYAKDÖ ve RBSÖ puanları benzerdir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.12.** Hemşirelerin Aile dışında sosyal desteği hissedilen yakınların varlığına göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

		ÖLÇEKLER		
Aile dışında sosyal desteği hissedilen yakınların varlığı		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Var	<b>Ortanca</b>	66	70	0.75
	<b>Min-max</b>	(51-79)	(40-90)	(0-3.51)
	$\bar{X}\pm SS$	65.50±5.11	69.67±10.56	0.86±0.57
Yok	<b>Ortanca</b>	64	66	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-78)	(42-86)	(0-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	63.80±5.23	64.65±9.44	0.96±0.77
<b>Test sonucu</b>	<b>Z*</b>	2.807.	4.506.	0.274.
	<b>p</b>	0.005	<b>&lt;0.001</b>	0.784

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.13.** Hemşirelerin çocukluğunda gördüğü ilgi durumuna göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

		ÖLÇEKLER		
Çocukluğunda gördüğü ilgi durumu		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Aşırı İlgiyle	<b>Ortanca</b>	65.50	68	0.75
	<b>Min-max</b>	(51-77)	(42-90)	(0.25-3.51)
	$\bar{X}\pm SS$	65.02±6.07	66.39±11.25	0.90±0.63
Yeterince İlgiyle	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(40-90) <sup>1</sup>	(0-3.58)
	$\bar{X}\pm SS$	65.14±5.0	68.90±10.24	0.86±0.60
İlgisiz	<b>Ortanca</b>	65	60	1.08
	<b>Min-max</b>	(51-77)	(42-89) <sup>1</sup>	(0.25-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	63.92±5.99	62.37±10.25	1.27±0.97
<b>Test sonucu</b>	$\chi^{2*}$	1.229	11.712	4.710
	<b>p</b>	0.541	<b>0.003</b>	0.095

Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.- 1.ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunamadı.

**Tablo 4.14.** Hemşirelerin yetiştirilme disiplinine göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

		ÖLÇEKLER		
		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Aşırı Kontrol	<b>Ortanca</b>	65 (52-77)	68 (43-86)	0.75 (0.25-2.33)
	<b>Min-max</b>			
	$\bar{X}\pm SS$	64.94±5.68	67.05±9.89	0.89±0.60
Yeterli Kontrol	<b>Ortanca</b>	65 (50-79)	69 (40-90)	0.75 (0-3.58)
	<b>Min-max</b>			
	$\bar{X}\pm SS$	65.06±5.12	68.73±10.41	0.86±0.60
Kontrolsüz	<b>Ortanca</b>	64.50 (51-77)	67 (42-89)	0.75 (0-3.67)
	<b>Min-max</b>			
	$\bar{X}\pm SS$	65.39±5.72	65.67±11.93	1.16±0.91
<b>Test sonucu</b>	$\chi^2^*$	0.136	3.157	3.241
	<b>p</b>	0.934	0.206	0.198

Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 4.12. , 4.13. ve 4.14.'de görüldüğü gibi hemşirelerin aile dışında sosyal desteği hissedilen yakınların varlığına, Çocukluğunda gördüğü ilgi durumuna göre ve yetiştirilme disiplinine göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Tablo 4.9. ve 4.10.' da görüldüğü gibi hemşirelerin aile dışında sosyal desteği hissedilen yakınların varlığına ve çocukluğunda gördüğü ilgi durumuna göre PYAİTÖ puanlarının karşılaştırılmasında bir fark olsa da ikili karşılaştırmalar sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. PYAKDÖ ve RBSÖ puanları benzerdir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.15.** Hemşirelerin yetiştirilme biçimlerinin yaşamdaki sorunlarla başa çıkma katkıları olduğunu düşünme durumuna göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

		ÖLÇEKLER		
Yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmada etkisi		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Var	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(40-90)	(0-3.51)
	$\bar{X}\pm SS$	65.21±5.09	68.86±10.26	0.84±0.56
Yok	<b>Ortanca</b>	64	63	1.00
	<b>Min-max</b>	(51-79)	(42-82)	(0-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	64.00±6.22	61.98±10.72	1.33±1.03
<b>Test sonucu</b>	<b>Z*</b>	1.086	3.598	2.724
	<b>p</b>	0.278	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.006</b>

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada hemşirelerin yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkma katkıları olduğunu düşünüyor musunuz? Sorusuna verdikleri cevaba göre yapılan ölçek puanları karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. (Tablo 4.15.)

**Tablo 4.16.** Hemşirelerin çocukluğunda yaşadığı ailenin durumuna göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

		ÖLÇEKLER		
Çocuklukta ailenin durumu		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Çekirdek Aile	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(40-90) <sup>1</sup>	(0-3.58)
	$\bar{X}\pm SS$	65.19±5.06	68.63±10.29	0.87±0.60
Boşanmış	<b>Ortanca</b>	65	65	0.62
	<b>Min-max</b>	(51-77)	(46-78)	(0.25-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	64.15±8.06	62.46±9.46	0.96±0.99
Parçalanmış	<b>Ortanca</b>	62.50	49	1.12
	<b>Min-max</b>	(51-71)	(42-70) <sup>1</sup>	(0.25-3.51)
	$\bar{X}\pm SS$	61.25±6.96	51.50±10.44	1.56±1.18
<b>Test sonucu</b>	$\chi^{2*}$	2.808	14.498	3.118
	<b>p</b>	0.246	<b>0.001</b>	.0.210

Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Çocukluğunu parçalanmış bir ailede geçiren hemşirelerin PYAİTÖ puanı ortancası 49 (min-maks: 42-70) iken, bütün bir ailede geçiren hemşirelerin PYAİTÖ

puanı ortancası 69 (min-maks: 40-90) olup daha yüksektir (Tablo 4.16.). Arada anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.17.** Çocuklukta annenin ve babanın yaşama durumlarına göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması (N=488)

		ÖLÇEKLER		
Çocuklukta annenin yaşama durumu		PYAKDÖ	PYAİTÖ	RBSÖ
Yaşıyor	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(40-90)	(0-3.58)
	$\bar{X}\pm SS$	65.16±5.16	68.49±10.35	0.86±0.60
Yaşamıyor	<b>Ortanca</b>	62.50	52.50	2.08
	<b>Min-max</b>	(51-70)	(42-73)	(1.08-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	61±6.96	54.50±9.39	2.19±1.07
<b>Test sonucu</b>	<b>Z*</b>	1.659.	3.287	3.988
	<b>p</b>	0.097	<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Çocuklukta babanın yaşama durumu				
Yaşıyor	<b>Ortanca</b>	65	69	0.75
	<b>Min-max</b>	(50-79)	(40-90)	(0-3.58)
	$\bar{X}\pm SS$	65.21±5.18	68.51±10.41	0.87±0.61
Yaşamıyor	<b>Ortanca</b>	62	62	0.92
	<b>Min-max</b>	(51-67)	(42-78)	(0.25-3.67)
	$\bar{X}\pm SS$	61.08±5.15	60.33±9.75	1.26±1.13
<b>Test sonucu</b>	<b>Z*</b>	2.560	2.833	0.898

\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır

Tablo 4.17.'de çocukluğunda annesi yaşayan ve yaşamayan hemşireler arasında PYAKTÖ puanları bakımından anlamlı bir fark görülmezken ( $p=0.097$ ), annesi yaşayan hemşirelerde PYAİTÖ ve RBSÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Çocukluğunda babası yaşayan ve yaşamayan hemşireler arasında ölçek puanları bakımından anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4.14.).

Bu bölümde ölçek puanları arasındaki ilişki dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 4.18.** PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ puanları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması (N=488)

	<b>PYAKDÖ</b>	<b>PYAİTÖ</b>
<b>PYAİTÖ</b>		
rho	-0.111	
p	<b>0.030</b>	
n	384	
<b>RBSÖ</b>		
rho	0.065	-0.194
p	0.193	<b>&lt;0.001</b>
n	408	425

Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde RBSÖ ile PYAKDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. PYAİTÖ ile RBSÖ ve PYAKDÖ arasında negatif yönlü oldukça zayıf ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.18.).

## 5.TARTIŞMA

Çalışma, hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışları ile içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlanmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

- Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine dağılımının ve tanımlayıcı özelliklerine göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması
- PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puanları arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasının tartışılması

### **5.1. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine dağılımının ve tanımlayıcı özelliklerine göre PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması**

Çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin %88.1'i kadındır (Tablo 4.1). Hemşirelik en büyük kadın mesleklerinden biri olarak bilinmektedir. Hemşirelik ve ebelik mesleklerinin geleneksel toplum düşüncesinde kadın işi olarak görülmesinin bu duruma önemli bir olduğu düşünülmektedir (119) Dünya genelinde de birçok ülkede hemşirelerin %90'dan fazlası kadındır. (120) TÜİK verilerinin sağlık personelinin yaptığı işlere göre bir sınıflandırmasının olmaması, Sağlık Bakanlığı istatistiklerinin ise sağlık personelinin cinsiyet özelliklerine göre sınıflandırmaması nedeniyle bu konuda bir veriye ulaşılmamıştır. Son yıllarda hemşirelik mesleğinin erkekler tarafından tercih edilme oranlarında artış görülse de kadın hemşire sayısının oldukça fazla olduğu bilinmektedir. Bu durum hemşirelikle ilgili yapılan araştırmalarda toplumsal cinsiyet rollerinin araştırma sonuçlarını etkileyebileceği gerçeğinin göz ardı edilmemesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmada PYAİTÖ puanı ortancası kadınlarda 69 (min-maks: 40-90). Erkeklerde 63 (min-maks: 42-86) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.1.). Kadınlarda PYAİTÖ ortancası erkeklere göre daha yüksektir ( $Z=3.706$ ,  $p<0.001$ ). Yerli ve yabancı literatüre bakıldığında kadınların erkeklere oranlara daha fazla psikolojik yardım arama davranışı gösterdiği saptanmıştır. (49, 50, 52, 121, 122, 123) Bu

çalışmanın bulguları da literatür ile uyumludur. Cinsiyete göre PYAKDÖ ve RBSÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (Tablo 4.2.).

Çalışmada hemşirelerin %49.0.'ının 35- 44 yaş aralığında (yaş ortancası 37 yıl (min-maks:18-60) çalışanlar oluşturmaktadır (Tablo 4.1). Yapılan çalışmalara bakıldığında ülkemizde hemşirelerin yaş ortalamasının bu çalışmadaki yaş ortalaması ile benzer olduğu saptanmıştır (40, 124). Bu veriler çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde bu yaş gurubunda olan hemşirelerin çalışma koşullarını etkileyen faktörler arasında yoğun iş temposu, evlilik, çocuk sahibi olma vb. gibi erişkin dönemde karşılaşılan stresörlerin hemşirelerin ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %82.3 'ü üniversite mezunu olan bireylerden oluşmaktadır (Tablo 4.2). Türkiye'de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü 2014 durum raporuna göre hemşirelik programlarında öğrenim gören öğrenci sayılarında 2003-2004 öğretim yılından 2012-2013 yılına kadar üç katlık bir artış söz konusudur (125).

Eğitim durumuna göre PYAKDÖ puanları incelendiğinde, lise ve yüksekokul-üniversite mezunlarının diğer mezunlara göre daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Daha sonra yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Eğitim durumuna göre PYAİTÖ ve RBSÖ puanları benzerdir ( $p>0.05$ ). (Tablo4.3). İlgili alan yazında bu çalışmadan elde edilen bulguları destekleyen ve desteklemeyen çalışmalar mevcuttur. Bu konuda yapılan çalışmalar da elde edilen verilerin bir kısmı düşük eğitim düzeyinin içselleştirilmiş damgalamada olumsuz etkileri olduğunu ifade ederken (126, 127), bir kısmı da eğitim düzeyinin içselleştirilmiş damgalama davranışında eğitimin bir etkisinin olmadığını ifade etmişlerdir. (90, 128)

Coşkun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada İçselleştirilmiş damgalanma puanları hastaların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi ilkokul olanların yüksek puan aldıkları görülmektedir (127)

Lysaker ve ark. 2007 yılında yayınladıkları bir makalede içselleştirmiş damgalanma ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yine aynı makalede bir ruhsal hastalıkla ilgili bireyin ruhsal hastalığı kabullenmesinde, sosyal rollerini tam olarak yerine getiremeyeceği gibi bir inanç eşlik ediyorsa, bu durumda hastalığın farkında olma bireyin kendini damgalama düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir denilmektedir. (90). Bu açıdan bakıldığında da eğitim düzeyinin yüksek olması bireylerin kendilerini tanımlarını kolaylaştırabildiği gibi aynı zamanda kendilerinden beklenti düzeylerini de artırabilir. Bireyin Beklenti düzeyinin artması sosyal rollerin yerine getirilemeyeceği yönünde negatif düşünceler oluşmasına neden olabilir. Özellikle hemşirelik gibi çalışan sayısının yetersiz olduğu, nöbetli çalışma sistemine sahip, yoğun emek ve bilgi gerektiren mesleklerde bireyler ruhsal hastalıklar nedeniyle rollerini yerine getiremeyeceği düşüncelerinden daha fazla etkilenebilir ve bu düşünceler sonucunda birey psikolojik yardım arama davranışında kendini damgalama davranışı sergileyebilir. Literatürde bu çalışmadan elde edilen bulguları destekleyen ve desteklemeyen çalışmalar mevcuttur. Özellikle hemşirelik mesleğinde, birbirinden oldukça farklı düzeyde eğitim verilerek hemşirelerin yetiştirilmesinin mesleğin gelişimine olumsuz katkıları olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçeklerini etkileyen faktörlerde daha derinlemesine araştırmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Hemşirelerin ruhsal sağlıklarına ve ruhsal hastalıklara yatkınlıklarını etkileyen faktörler arasında medeni durum önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye’de kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada evli olmamanın (bekâr ya da dul olmak), genç ya da geç yaşta evlenmenin ve eğitim düzeyinin düşük olmasının depresyon için risk faktörleri arasında olduğu belirlenmiştir (129). Nitekim bu çalışmada hemşirelerin %77.5’inin evli olduğu bulunmuştur. Eker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada evlilerin daha fazla sosyal desteğe sahip oldukları belirtilmektedir (130). Bu bağlamda evli hemşirelerin sosyal destek algılarının diğer hemşirelere göre daha yüksek olması nedeniyle evli olmanın hemşirelerin ruhsal sağlıklarını korumada önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmaların araştırma sonucuna paralel olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin % 37.3’ünün çalışma yılı 10-19 yıl (Çalışma süresi ortancası ise 13 yıl (min-maks:1-38) olarak tespit edilmiştir. Taycan ve

arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada meslekte geçirilen süre arttıkça, kişisel başarı puanlarının da arttığı ifade edilmektedir (131). Yine Demir ve arkadaşların 333 hemşire ile yaptıkları bir çalışmada kişisel başarı puanının en düşük saptandığı grup 1-5 yıl arasında çalışmış olanlar iken, en yüksek saptanan grubun ise 16 yıl ve üstü çalışmış hemşireler olduğunu belirtilmişlerdir (132). Bu durumun psikolojik yardım arama davranışı ve benlik saygısını olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin %64.5' i haftada ortalama 40 saat çalışmaktadır. Bu süre uluslararası anlaşmalar ve ILO sözleşmeleri çevresinde kabul edilebilir bir çalışma süresidir (133). Fazla çalışma sürelerinin ruh sağlığına olumsuz etki yaptığı bilinmektedir.

Ankete katılan hemşirelerden % 72.9' u çocuk sahibi olup % 65.4 'ü Eş ve Çocuklarla birlikte yaşamaktadır. Bir aile sahibi olmak ruh sağlığı yönünden olumlu etkiye neden olabilir. Ailenin varlığı algılanan sosyal desteği artırabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin çocuklarının var olma durumu, çalışma saatleri daha önce başka bir işte çalışıp çalışmadıklarına göre ile ilgili ölçek puanlarında anlamlı bir fark elde edilmemiştir (Tablo 4.5. , Tablo 4.6. , Tablo 4.7.)

Ankete katılan hemşirelerin %98.8 i şehirde yaşamakta, %61.9'u çocukluğunu şehirde geçirmiştir. Şehirde yaşamış olmak psikolojik yardım arama davranışının gösterilmesinde hizmete ulaşmak açısından olumlu bir etkiye neden olabilir. Tablo 4.8.' de görüldüğü gibi hemşirelerin çocukluğunda yaşadığı yere göre PYAİTÖ puanlarının karşılaştırılmasında bir fark olsa da ikili karşılaştırmalar sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. PYAKDÖ ve RBSÖ puanları benzerdir ( $p>0.05$ ).

Komiti ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada köyde ve şehirde yaşamayla ilgili psikolojik yardım arama davranışı ve içselleştirilmiş damgalama açısından önemli bir fark bulunamamıştır (134). Bu bulgu çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin % 90.6 'sının, yetiştirilme biçiminin yaşamda sorunlarla başa çıkmada etkisi olduğunu düşündüğü belirlenmiştir (Tablo 4.3.).

Ankete katılan hemşirelerin; %71.6 'sının beraber yaşadığı ailesi dışında sosyal desteğini hissettiği akrabaları veya dostları bulunurken, %28.4 'ünün böyle bir desteği bulunmamaktadır (Tablo 4.3.).Sosyal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerinde önemli rol oynadıkları belirtilmektedir (130).

Vogel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sosyal destek varlığının psikolojik yardım arama davranışını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (135).

Bu çalışmada hemşirelerin aile dışında sosyal desteği hissedilen yakınların varlığına ve çocukluğunda gördüğü ilgi durumuna göre PYAİTÖ puanlarının karşılaştırılmasında bir fark olsa da ikili karşılaştırmalar sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Tablo 4.12. , 4.13. ve 4.14).PYAKDÖ ve RBSÖ puanları benzerdir ( $p>0.05$ ).

Ankete katılan çalışanlardan, %79, 1'i yeterince kontrol ile büyütüldüğünü, %82, 4' ü yeterince ilgiyle büyütüldüğünü söylemiştir. Yeterince ilgili bir ailede büyümek kişilerin benlik saygısını artırabilir.

Yüksek benlik saygısı oranı, ailesi kendileri ile ilgilenen gençlerde daha yüksektir. İlgi azaldıkça bu oran azalmaktadır. Düşük benlik saygısı oranı ise ailenin ilgisi azaldıkça artmaktadır (136).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %95, 2'si bütünlüğü bozulmamış bir ailede yetişmiş, %98, 1'inin annesi, %96, 5' inin babası hayatta olarak büyümüşlerdir.

Çocukluğunu parçalanmış bir ailede geçiren hemşirelerin PYAİTÖ puanı ortancası 49 (min-maks: 42-70) iken, bütün bir ailede geçiren hemşirelerin PYAİTÖ puanı ortancası 69 (min-maks: 40-90) olup daha yüksektir (Tablo 4.16.). Arada anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ).

Yapılan bir çalışmada anne babası boşanan çocukların, evlilik kalitesine bakılmaksızın boşanmayan çocuklara göre daha mutsuz olduklarını belirlenmiştir. Bu durum yetişkinlikte de bireyin ruhsal durumunu ve benlik saygısını olumsuz yönde etkileyebilir (137).

Üniversite düzeyinde hemşirelik okuyan öğrencilerin benlik saygıları ile ilgili yapılan bir araştırmada ailesinin yanında yaşayan ve anne ve babası hayatta olan



öğrencilerin benlik saygılarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar ışığında aile yaşantısının özellikle annenin benlik saygısını geliştiren bir unsur olduğu, artmış benlik saygısının ise psikolojik yardım arama davranışını olumlu yönde etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir. Bu çalışmanın bulguları literatür ile paralellik göstermektedir (97).

Psikolojik yardım arama davranışı, içselleştirilmiş damgalama davranışı ve benlik saygısının bireye özgü kişisel özelliklere bağlı olarak geliştiği ve bu kişisel özelliklerinde bireyin yaşamının tüm alanlarından etkilendiği bilinmektedir. Bu nedenle kişinin dışındaki faktörlerinde bireyin ruhsal sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu kapsamda bu çalışmada PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçekleri ile yaş, çalışma yılı, çalışma süresi, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuklukta yaşanan yer, çocukluğunda aileden gördüğü ilgi durumu ve disiplin tipi, sosyal destek varlığı faktörleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı, ile cinsiyet, ailenin yapısı ve annenin varlığı faktörleri arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Literatürde bu çalışmadan elde edilen bulguları destekleyen ve desteklemeyen çalışmalar mevcuttur. Bu doğrultuda PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçeklerini etkileyen faktörlerde daha derinlemesine araştırmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

## **5.2. PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde RBSÖ ile PYAKDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. PYAİTÖ ile RBSÖ ve PYAKDÖ arasında negatif yönlü oldukça zayıf ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.18.).

İlgili alan yazın incelendiğinde psikolojik yardım arama davranışına etki eden en önemli faktörün damgalanma korkusu olduğu görülmektedir (138). Psikolojik yardım alma niyetini etkileyen bireysel faktörlerin başında gelen psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalamanın, psikolojik yardım alma niyetiyle negatif yönde ilişkili olduğu birçok araştırmada ortaya konulmaktadır (52, 75, 139, 29, 31, 33).

Benlik saygısı ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki pek çok çalışmada gösterilmiştir (90, 126, 140, 32). Bu ilişki içselleştirilmiş damgalanma algısı yüksek olanlarda benlik saygısının düşük olması şeklindedir.

Çalışmanın bulguları yerli ve yabancı literatür ile uyumludur. Bu bulgular ışığında içselleştirilmiş damgalama algısı yüksek benlik saygısı düşük bireyin psikolojik yardım aramaya ilişkin tutumunun olumsuz, benlik saygısı düşük, psikolojik yardım alma düzeyi de düşük bireyin ise içselleştirilmiş damgalama davranışı gösterme düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Literatürde Ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplum tarafından sosyal damgalamaya maruz kaldığı, devamında içselleştirilmiş damgalama davranışı gösterip kendilerini damgaladıkları ve bu durumun kişinin benlik saygısını ve psikolojik yardım arama davranışı olumsuz yönde etkilediği ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Bu araştırma planlanırken hemşirelerin meslekleri gereği birçok stresöre maruz kaldığı, , bu stresörlerin hemşirelerin ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği, profesyonel bir sağlık mesleği olan hemşireliğin ve hemşirelerin aynı zamanda toplumun bir parçası olarak ruhsal hastalıklarla ilgili genel kalıp yargılardan etkilenebileceği, bu etkiler nedeniyle hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışları ile içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı arasında bir ilişki olabileceği düşünülmüştür.

Hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışları ile içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular bütün olarak değerlendirildiğinde, hemşirelerin yaş, çalışma yılı, çalışma süresi, medeni durum, eğitim düzeyi, daha önce herhangi bir işte çalışma durumu, çocuklukta yaşanan yer, çocukluğunda aileden gördüğü ilgi durumu ve disiplin tipi, sosyal destek varlığı faktörleri ile PYAKDÖ PYAİTÖ RBSÖ ölçekleri ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı, cinsiyet, ailenin yapısı ve annenin varlığı faktörleri arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Kadın olmak psikolojik yardım arama davranışı olumlu yönde etkilemektedir. Parçalanmış bir ailede yetişmenin psikolojik yardım arama davranışını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Annesi hayatta olan hemşirelerin olamayanlara oranla benlik saygılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde RBSÖ ile PYAKDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, PYAİTÖ ile RBSÖ ve PYAKDÖ

arasında negatif yönlü oldukça zayıf ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İçselleştirilmiş damgalama algısı yüksek olup, benlik saygısı düşük olan hemşirelerin psikolojik yardım aramaya ilişkin tutumlarının olumsuz, benlik saygısı ve psikolojik yardım arama davranışı düşük hemşirelerin ise içselleştirilmiş damgalama davranışı gösterme düzeyinin yüksek olduğu ortaya konmuştur.

Bu durumda hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışları ile içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygıları arasında ilişki vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

## 6.2. Öneriler

Çalışmada ortaya konulan veriler doğrultusunda;

1. Ruhsal hastalıklarla ilgili damgalamanın azaltılması amacıyla ruhsal hastalıklar konusunda bilgi ve tecrübe sahibi olan hemşirelerin toplumda eğitici ve bilgilendirici rollerinin olması dolayısı ile uygun eğitimlerle desteklenmesi ve farkındalık yaratılması
2. Çalışmada ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı bir fark elde edilmiş olmasa da literatürde farklı bulgular olması ve hemşirelik meslek eğitiminin farklı eğitim düzeylerinde verilmesi nedeniyle eğitim durumu değişkeni ile ilgili daha derin ve kapsamlı araştırmalar yapılması,
3. Psikolojik yardım arama davranışını etkileyen, bu araştırmada incelenmeyen diğer faktörleri de kapsayan araştırmalar yapılması (ör., duyguları ifade etmeye ilişkin duyulan rahatsızlık, kendini açma, kendini saklama, psikolojik yardım almaya ilişkin engel algısı vb.)
4. Bu araştırmanın sınırlılıklarından olan; uygulama sırasında hemşirelerin çalışma yükü nedeniyle anketlere yeterli zaman ayıramamaları, anket doldurmaktan sıkılmaları, soruları fazla bulmaları gibi konuların araştırmayı olumsuz etkileyebileceği gibi faktörler göz önüne alındığında

daha sonra yapılacak olan çalışmalarda hemşirelerin ilgisini çekebilecek farklı araştırma yöntemlerinin de kullanılması

5. Hemşirelerin meslekleri gereği psikolojik yardım alma konusunda bir profesyonele ulaşma anlamında toplumun diğer bireylerinden daha avantajlı olduğu söylenebilir. Bu bakımından hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışlarının şekli ve kalitesi ile ilgili daha kapsamlı araştırmalar yapılması
6. Hemşirelerin kişilik ve aile özelliklerinin davranışlarını etkilemeleri nedeniyle bu konuda daha geniş araştırmalar yapılması ve hemşirelerin aile birliklerinin ve ruhsal sağlıklarının korunması açısından, nöbetli çalışma, yoğun ve eksik personel ile çalışma, iş yükü fazlalığı gibi sorunların çözülmesi anlamında farkındalık yaratılması,
7. Hemşirelerin sosyal ve kişilik özellikleri açısından desteklenmesi, stresle başa çıkma yöntemlerini geliştirici etkinlikler yapılması öneriler olarak sıralanabilir.

Psikiyatri hemşirelerinin topluma ve ruhsal hastalığa sahip bireylere yarattığı fayda ve sağladığı bakım kadar, kendi meslektaşlarının da ruhsal sağlığını hem danışman hem rol model olarak tanımlaması, değerlendirmesi, gerektiğinde etkin teşhis ve tedavi bakımından yol gösterici olması, yapacağı eğitimlerle desteklemesi hemşirelerin ruhsal sağlığı ve hemşirelik biliminin gelişmesi açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmanın hemşirelerin sosyal ve kişilik özelliklerinin incelenmesi, ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile her alanda mücadele edilmesi, ruhsal sağlığın tehdit altında olduğu durumlarda profesyonel psikolojik yardım arama davranışının önündeki engellerin tanımlanması ve etkin mücadele edilmesi açısından literatüre katkı sağlayacağı, daha geniş araştırmaların ve eğitim uygulamalarının planlanmasına ışık tutacağı düşünülmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Şimşekoğlu N., Mayda AS. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 6 (1):19-29.
- 2.T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015.[http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2015](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2015).  
21 Ocak 2017.
3. Ünal A. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Dışı Birimlerde İstihdamı Ve Nedenlerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
4. Ayaz S., Tezcan S., Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları , *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 9:2.
- 5.Sezer S., Kezer F., Psikolojik yardım aramada kendini damgalama ölçeğinin (pyakdö) bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği, *Düşünen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*, 2013, 26:148-156.
6. Keskin A., Ünlüoğlu İ., Bilge U., Yenilmez Ç. Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2013, 50: 344–351.
- 7.Bilge A, Damgalama ve nedenleri, III. ULUSAL Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Düzce, 2009, *III. ULUSALPsikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*:22.
- 8.Tel H., Ertekin P. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3 (2):61-66.
9. Arslantaş H., Dereboy İF., Aştı N., Pektekin Ç. Yetişkinlerde profesyonel psikolojik yardım arama tutumu ve bunu etkileyen faktörler, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2011, 12 (1):017-023.

10. Yüksel GE., Taşkın EO. Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6 (1):13-21.
11. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı*, 11. Baskı, İstanbul: Özgür Yayınları, 2000:112-113
12. Arthur D., Thorne S. Professional self-concept of nurses: A comparative study of four strata of nursing students in a Canadian university, *Nurse Education Today (Electronic Journal)*, 1998, 18 (5):380-388.
13. Arthur D. Measurement of the professional self-concept of nurses: Developing a measurement instrument, *Nurse Education Today (Electronic Journal)*, 1995, 15 (5):328-335.
14. Özcan A. Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim, 2. Baskı, Ankara, 2006: 4-229-256
15. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, 2.baskı, Mattek Matbaacılık, Ankara, 2010:37.
16. Okuroğlu GK., Bahçecik N., Alpar ŞE. Felsefe ve Hemşirelik Etiği, *Kilikya Felsefe Dergisi*, 2014 , 1:53-57
17. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, 2012:21-22
18. Travelbee J. İnterpersonal Aspect Of Nursing, F.A Company, Philadelphia, 1972:43
19. Öztürk E., Öztaş D. Transkültürel hemşirelik, *Batman Üniversitesi Yasam Bilimleri Dergisi*, 2012, 1 (1):293-295
20. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2007.
21. Yüksel N., Yılmaz M., Temel GÖ. Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşleri, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015, 6 (1):26-322.

22. Öztürk MO. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. 5. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2004.

23. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope Retrieved From [Http://Www.Who.Int/Whr/2001/Chapter2/En/Index2.Html](http://www.who.int/whr/2001/Chapter2/En/Index2.html), 21 Ocak 2017.

24. Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A., Corrigan, PW., Grabe, HJ., Carta MG., Angermeyer MC. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis, *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 2012, 125 (6): 440-452.

25. Whitley R., Denise RC. Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness, *Social Science & Medicine*, 2014, 107: 1-8

26. Arkar H. Akıl Hastalarının Sosyal Reddedimi, *Düşünen Adam*, 1991, 4: 6-9.

27. Eşsizoglu A., Arısoy Ö. Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına yönelik tutumları, *Dicle Tıp Dergisi*, 2008, 35:167-76.

28. Bostancı N., Aştı N. Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, *Düşünen Adam*, 2004, 17 (2):87-93

29. Bağ B., Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2005, 3:25-27-107.

30. Saillard EK. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21 (1): 14-24.

31. Işık S. Psikiyatri Ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.

32. Kayahan M. Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 6 (1):27-34



33. Yıldırım S., Öner M., Yenihan B. Hemşirelerin iş-aile çatışması ve yaşam tatmini düzeyleri: demografik özellikler açısından bir değerlendirme, *Siyaset, Ekonomi Ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 2014, 2 (3):165
34. Kaya N., Kaya H., Erdoğan S., Uygur E. Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik, *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010, 7 (1):403-405.
35. Öztürk S., Özgen R., Şişman H. Bir üniversite hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve sosyal desteğin etkisi, *Cukurova Medical Journal*, 2014, 39 (4):752-764.
36. Çalika KY., Aktaş S., Bulut HK. Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklindeki çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 2015, 2 (1):33-45
37. Bayram GS. İbni-Sina Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Stres Ve Motivasyon Durumları Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010.
38. Arıkan D., Karabulut N. Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 7 (1):10.
39. Yılmaz S., Hacıhasanoğlu R., Çiçek Z. Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi *Sted Dergisi*, 2006, 15 (6): 92
40. Özgür G., Gümüş AB., Gürdağ Ş. Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi *Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011, 24:296-305
41. Rickwood D., Deane, FP., Wilson JC., Ciarroci J. Young people's help-seeking for mental health problems, *Australian e- Journal for the Advancement of Mental Health*, 2005, 4 (3): 1- 34- 46
42. Serim F., Çankaya ZC. Yetişkinlerin psikolojik yardım arama tutumlarının yordanması, *Ege Eğitim Dergisi*, 2015, 16 (1): 178-198
43. Nicholas, J., Oliver K., Lee K., O'Brien M. Help-seeking behavior and the internet: An investigation among Australian adolescents, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2004, 3 (1):16-23.

44. Fisher EH., Turner JL. Development and research utility of an attitude scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1970, 35:79-90.

45. Saunders SM. Applicants' experience of the process of seeking therapy, *Psychotherapy*, 1993, 30:554-564

46. Türküm AS. Stresle başa çıkma biçimi, iyimserlik, bilişsel çarpıtma düzeyleri ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişkiler: Ege Üniversitesi öğrencileri üzerinde bir araştırma, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2001, 1:116.

47. Özbay Y., Terzi Ş., Erkan S., Çankaya ZC, Üniversite öğrencilerinin profesyonel yardım arama tutumları, cinsiyet rolleri ve kendini saklama düzeyleri, *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 2011, 1 (4):60-63

48. Arslantaş H. Yetişkinlerde Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu Ve Bunu Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2003.

49. Cepeda AB., Short P. Self-concealment, avoidance of psychological services, and perceived likelihood of seeking professional help, *Journal of Counseling Psychology*, 1998, 45:58-64.

50. Komiya N., Good GE., Sherrod NB. Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 2000, 47:138-143.

51. Vogel D., Wei M. Adult Attachment and help-seeking intent: the mediating roles of psychological distress and perceived social support, *Journal of Counseling Psychology*, 2005, 52 (3):347-357

52. Vogel D., Wade NG., Hackler AH. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: the mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling, *Journal of Counseling Psychology*, 2007, 54 (1):40-50

53. Picco L., Abdin E., Chong SA., Pang S., Shafie S., Chua BY., Vaingankar JA., Ong LP., Tay J., Subramaniam M. Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: Factor Structure and Socio-Demographic Predictors, *Frontiers in Psychology*, 2016, doi: 10.3389/fpsyg.2016.00547

54.Vogel DL., Wade NG., Ascheman PL. Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: Reliability and validity of a new stigma scale with college students, *Journal of Counseling Psychology*, 2009., 56 (2):301-308

55.Çankaya P. Hemşirelik Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Arama Tutumları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.

56.Anthony FJ., Korten EA., JacombAP., Christensen H. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals , 2010, DOI:10.1046/j.1440-1614.1999.00513.x

57. Wrigley S., Jackson H., Judd F., Komiti A. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2005, 39: 514-521.

58. Topkaya N. Psikolojik Yardım Alma Niyetinin Sosyal Damgalanma, Tedavi Korkusu, Beklenen Yarar, Beklenen Risk Ve Tutum Faktörleriyle Modellenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı Doktora Tezi İzmir: Ege Üniversitesi, 2011.

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

60.ClementS., Schauman O., Graham T., MaggioniF. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies, *Psychological Medicine*, 2015, 45 (1): 11-27

61.Gulliver A., Griffiths KM ., Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review, *BMC Psychiatry*, 2010 10:113

62.Corrigan PW., Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry*, 2002, 1 (1): 16-20.

63. Öz F., Yılmaz EB: Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: psikolojik sağlık, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* , 2009, 82-89

64.Schulze B., Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. a focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals., *Social Science & Medicine*, 2003, 56:299-312.

65. Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar, *Düşünen Adam*, 2005, 18 (1 ): 32-38.

66.Taşkın EO. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık.. 1. Baskı, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2007: 17-30.

67.Özkan B., Çoban Arguvanlı S., Saraç B., Medik K.Kronik ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarının stigmaya ilişkin görüşleri *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2014 2 (1).

68. Çuhadar D. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalamayı Azaltmada Psikoeğitimin Etkinliği Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Doktora Tezi İzmir: Ege Üniversitesi, 2011.

69.Üçok A. Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler, *Psikiyatri Dünyası*, 1999, 3: 67-71.

70. Thornicroft G. *Toplumun Reddettiği*, Çeviri: Soygür H., Ankara, Oxford University Press, 2014:158-173

71. Modestin J. Criminal and violent behavior in schizophrenic patients an overview, *Psychiatry And Clinic Neurosciences*, 1998, 52 (6):547-54.,

72. Goffman E. *Sigma*, Published by the Penguin Group, London, 1963: 9

73. Ciftci A., Jones N., Corrigan PW. Mental health stigma in the muslim community Illinois institute of technology, *Journal Of Muslim Mental Health*, 2013, 7 (1):17-25

74. Bilge A., Çam O.Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9 (1):71-78

75. Vogel DL., Wade NG., Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help, *J CounsPsychol*, 2006, 53:325–337.

76. Gürsoy O. Profesyonel Psikolojik Yardım Alma Deneyimlerine Göre Mersin Üniversitesi öğrencilerinin Psikolojik Yardım Almaya Yönelik Tutumları: Sosyal Damgalanma, Kendini Damgalama, Kendini Açma, Benlik Saygısı Ve

Cinsiyet Değişkenlerinin Rolü, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Mersin: Mersin Üniversitesi, 2014.

77. Özçelik EK. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı İçselleştirilmiş Damgalanma Ve Yaşam Kalitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi Erzincan: Erzincan Üniversitesi, 2015.

78. Assefa D., Shibre T., Asher L., Assefa A. F. Internalized stigma among patients with schizophrenia in ethiopia: a cross-sectional facility-based study, *Biomed Central Psychiatry*, 2012, 12:239.

79. Sibitz I., Unger A., Woppmann A., Zidek T., Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 2011, 37 (2):316

80. Link BG., Struening EL., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan JC. On describing and seeking to change the experience of stigma, *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 2002, 6 (2):201-231

81. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness, *Cognitive and Behavioral Practice*, 1998, 5: 201-22.

82. Üstündağ FM., Kesebir S. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013, 24:1-2

83. Doğanavşargil GÖ., Özkan Ç., Gökmen Z. Duygudurum bozukluklarında içselleştirilmiş damgalanma, bilişsel işlevler ve işlevsellik, *Cukurova Medical Journal*, 2013, 38 (3): 390-402.

84. Beyazyüz M., Beyazyüz E., Albayrak Y., Baykal S., Göka E. Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi, *Yeni Symposium* , 53 (2):1-5

85. Corrigan PW., Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*, 2012, 57 (8): 464-69.

86. Werner P., Aviv A., Barak Y. Self-stigma, self esteem and age in persons with schizophrenia, *International Psychogeriatrics*, 2007, 20 (1):1-15.

87. Boyd-Ritsher J., Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients, *Psychiatry Research* 2004, 129: 257-65.

88. Corrigan PW., Larson JE., Rüsç N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices, *World Psychiatry*, 2009, 8:75-81

89. Link BG., Struening EL., Neese-Todd M.A., Asmussen S., Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses, *Psychiatric Services*, 2001, 52 (12):1621-1626.

90. Lysaker PH., Roe D., Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 2007, 33 (1):192-199.

91. Mickelson KD., Williams SL. Perceived stigma of poverty and depression: Examination of interpersonal and intrapersonal mediators, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2008, 27:903-30.

92. Macinnes DL., Lewis, M. The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15:59-65.

93. Özen Y., Gülaçtı F. Benlik kavramı ve benliğin gelişimi bilen benliğe gereksinim var mı? *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2010 12 (2):21-25

94. Kariman İ. Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin benlik saygıları ve atılganlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 9:24-31

95. Aydın B. Benlik Kavramı Ve Ben Şemaları *Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1996, 8: 41 -47

96. Cüceloğlu D. *Yeniden İnsan İnsana*, 5. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1993.

97. Karadağ G., Güner İ., Çuhadar D., Uçan Ö. Gaziantep Üniversitesi Yüksekokulu Hemşirelik öğrencilerinin benlik saygıları, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3:29-42.

98. Altunay A., Öz F. Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin benlik kavramı, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*2006, 131: 46-59.
99. Bayat B. Bireylerin benlik algısı sistemi ve bu sistemin davranışları üzerindeki rolü *Kamu-İş Dergisi*, 2003, 7 (2):11
- 100.King A. Self- Concept and self- esteem a clarification of terms, *Journal Of School Health*, 1997, 67 (2): 68-70.
- 101.Neiss BM., Sedikides ., Stevenson J. Self-Esteem: A Behavioral Genetic Perspective, *European Journal Of Personality*, 2002, 16:351-367.
- 102.Keser İ. Atılganlık Eğitiminin Bedensel Engelli Ergenlerin Beden İmajı, Benlik Saygısı Ve Kendilerine Yönelik Tutumları Üzerindeki Etkinliğinin Değerlendirilmesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2013.
- 103.Baybek H., Yavuz S. Muğla Üniversitesi öğrencilerinin benlik saygılarının incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*2005, Bahar: 73-95
104. Türksoy FB: Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinde Benlik Saygısı Ve Stresle Baş Etme Yöntemleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul:Beykent Üniversitesi, 2014.
105. Başyılmaz D. psiko-eğitim uygulamasının kız öğrencilerin benlik saygısı ve akılcı olmayan inançları üzerine etkisi- Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi, 2013, 4 (39):68-81.
10. Baumeister FR., Campbell DJ., Krueger IJ. Vohs DK. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles, *Psychological Science In The Public Interest*, 2003, S.1-44
107. Kutanis R., Tunç T. Hemşirelerde benlik saygısı ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki, *İş, Güç Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 2013 , 15 (2):1-5
108. Erözkan A. sosyal kaygının kaygı duyarlılığı, benlik saygısı ve kişilerarası duyarlık açısından incelenmesi, 2011, <http://ilkogretim-online.org.tr>, 10 (1), 338-347,

109. Campbell WK., Foster DJ. Self-Esteem Evolutionary Roots And Historical

Cultivation İn: Kernis MK, , *Self-Esteem: Issues And Answers*. New York, Psychology Press, 2006:339

110. Akın M. Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Hizmet içi Eğitime Katılan Hemşirelik Personelinin Atılganlık (Asertivite) Düzeylerinin Araştırılması, I. Uluslararası Ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, *Kongre El Kitabı*, Kapadokya, 2001:121

111. Yılmaz S., Ekinci M. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde benlik saygısı ve atılganlık düzeyi arasındaki ilişki, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* , 2001, 4 (2):1-5

112. Randle J. The effect of a 3-year pre-registration training course on student's self esteem. *Journal of Clinical Nursing*, 2001, 10:2293-300.

113. DİNÇER F., ÖZTUNÇ G. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyleri, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2009, 22-33

114. Kelly S., Courts N. The professional self-concept of new graduate nurses. *Nurse Education in Practice*, 2007, 7:332-337.

115. Adıgüzel C., Tanrıverdi H., Özkan DS. Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği *Yönetim Bilimleri Dergisi* 2011 9 (11):239-245

116. Türküm AS. Developing a scale of attitudes toward seeking psychological help: validity and reliability analyses, *International Journal for the Advancement of Counselling*, 2004, 26 (3):321-329.

117. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton: Princeton University Press, 1965:19-60

118. Çuhadaroğlu F, Adölesanlarda Benlik Saygısı, . Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1986.



119. Altuğ SÖ., İz FB. Toplumsal Yapıda Hemşirelerin Konumu, *Toplum ve Hekim*, 2005, 20 (4):254-258.

120. Urhan B., Etiler N . Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi, *Çalışma ve Toplum*, 2011, 2:195-196.

121. Vogel DL., Heimerdinger-Edwards SR., Hammer JH."Boys don't cry": examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds.*Journal of Counseling Psychology*, 2011, 58 (3): 368–382

122.Oliver MI., Pearson N., Coe N., Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: with common mental health problems: cross-sectional study *British Journal Of Psychiatry*, 2005, 18 (6):297-3 01

123. Lynch L., Long M., Moorhead A., PhD. Young men, help-seeking, and mental health services: exploring barriers and solutions *American Journal of Men's Health* , 2016, 1-12

124. Altay B., Gönener D., Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi *Fırat Tıp Dergisi* 2010, 15 (1): 10-16

125.Türkiye’de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporu YÖK Yayın No: 2014 / 1 ESKİŞEHİR, 2014, 84-85.

126. ÇakanE., Visal-ButurakŞ, . ÖzçiçekG., Koçak OM., Özdemir-RezakiH.Tıp fakültesi öğrencilerinde psikiyatrik yardım alma nedeniyle kendini damgalama hissinin sosyal zeka ve kültürel zeka ile ilişkisi *Journal of Mood Disorders* 2016, 6 (3):140-145.

127.Coşkun S., Caymaz NG. Bir Kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3 (3):121-128

128. Yeşil B. Almış BH.Bir ruh sağlığı hastanesinin bir eğitim ve araştırma hastanesinden içselleştirilmiş damgalanma düzeyi açısından farklılıkları, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2016, 30 (3): 125-129

129 Önen R., Kaptanoğlu C., Seber G. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi, *Kriz Dergisi*, 1995, 3 (1-2), 88-103

130.Eker D., Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği, *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995, 10 (34):45-55.

131.Taycan O., Kutlu L., Çimen S. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006, 100-108.

132.Demir A., Ulusoy M., Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses, *International Journal of Nursing Studies*, 2003, 40: 807-827.

133.Yıldırım K.Uluslararası düzenlemelerde fazla çalışma ve ülke uygulamaları, *Tühis İş Hukuku ve İktisat Dergisi*2011, 23 (4)1-5.

134. Komiti A., Judd F., Jackson H. The influence of stigma and attitudes on seeking help from a GP for mental health problems, *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006, 41:738–741

135.Vogel DL., Wei M. Adult attachment and help-seeking intent: the mediating roles of psychological distress and perceived social support *Journal of Counseling Psychology*, 2005, 52 (3): 347-357

136. Özkan İ. Benlik saygısını etkileyen etmenler, *Düşünen Adam*, 1994, 7 (3): 4-9

137.Wallerstein JS, . Lewis, JM. The unexpected legacy of divorce: report of a 25 year study, *Psychoanalytic Psychology*, 2004 21 (3):353-370.

139. Corrigan, P. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 2004, 59 (7): 614-625.

139. Topkaya N..Psikolojik yardım alma niyetini yordamada demografik, bireysel ve çevresel faktörler, *Türk Psikoloji Dergisi*, 2014, 29 (74):1-11

140.Lysaker PH., Tsai J., Yanos P., Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia, *Schizophrenia Res.* 2008, 98 (1-3):194-200

## 8.EKLER

### EK – 1: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı; “Hemşirelerin Psikolojik Yardım Arama Davranışları, İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısının Belirlenmesi”dir.

Bu araştırmanın amacı; hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışları ile içselleştirilmiş damgalama, benlik bilinci ve atılgan davranış düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Bu çalışmada size; Veri Toplama Formu (Ek – 2), Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (PYAKDÖ) (Ek – 3), Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği (PYAİTÖ) (Ek – 4) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek – 5) uygulanacaktır.

Bu çalışmada yer almanız durumunda öngörülen süre 10–15 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 710’dur. Bu çalışma ile ilgili olarak soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurmak sizin sorumluluklarınızdır. Bu çalışma sizin için herhangi yasal bir risk içermemektedir. Çalışma sizin mevcut durumunuzu etkilemeyecektir.

Çalışma hakkında ek bilgiler almak için 0.505.610.58.46 No’lu telefondan Hemşire Günseli Turgut’a ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlığınıza engel duruma yol açmayacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da çalıştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır ve çalışma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

## **ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında; bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

### **Gönüllünün;**

Adı – Soyadı:

Adresi:

Telefon – Faks:

Tarih ve İmza:

### **Açıklamaları Yapan Araştırmacının;**

Adı–Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Telefon – Faks:

Tarih ve İmza:

### **Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş**

### **Görevlisinin / Görüşme Tanığının;**

Adı – Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Telefon – Faks:

Tarih ve İmza:

## EK – 2. SOSYO – DEMOGROFİK VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı;

Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Sincan Devlet Hastanesi ve Meslek Hastalıkları Hastaneleri'nde uygulanan bu anket hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışları ile içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısının belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Verilen bilgiler istatistiksel olarak değerlendirilecek ve bilimsel amaç için kullanılacaktır. Elde edilecek sonuçlar bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kabul eden katılımcılardan soruları içtenlikle yanıtlamaları rica edilmektedir. Ankete katılmayı kabul ediyor musunuz?

- Evet  
 Hayır (Neden?).....

**Araştırmacı:** Günseli TURGUT

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi.

[gnsi.tr@gmail.com](mailto:gnsi.tr@gmail.com)

**Tel:** 0.505.610.58.46

**Danışman:** Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

1) **Doğum Tarihiniz** (Gün, Ay ve Yıl Olarak Yazınız):...../...../.....

2) **Cinsiyetiniz:** a) Kadın b) Erkek

3) **Eğitim Düzeyiniz:**

a) İlköğretim b) Lise c) Yüksek Okul veya Üniversite d) Diğer

4) **Medeni Durumunuz:**

a) Evli b) Bekâr c) Boşanmış d) Eşinden Ayrı Yaşıyor e) Dul

5) **Evinizde Kimlerle Yaşamaktasınız?**

a) Yalnız b) Sadece Eşinizle c) Eş ve Çocuklar d) Anne ve Baba e) Diğer

6) **Sahip Olduğunuz Çocuk Sayısı (Çocuğunuz Yok İse '0' Yazınız):** .....

7) **Şu An Yaşadığınız Yer:**

a) Köy b) Kasaba c) Şehir d) Diğer (Lütfen Belirtiniz): .....

8) **Çocukluğunuzu Geçirdiğiniz Yer:**

a) Köy b) Kasaba c) Şehir d) Diğer (Lütfen Belirtiniz): .....

9) **Çalışmakta Olduğunuz Birim \ Ünite (Lütfen Belirtiniz):** .....

10) **Meslekte Çalıştığınız Süre:** .....

11) **Haftalık Çalıştığınız Süre:**

a) Ortalama 40 Saat b) Ortalama 45 Saat ve Üstü

12) **Daha Önce Hiçbir İşte Çalıştınız mı?**

a) Evet, ise belirtiniz..... b) Hayır

13) **Beraber Yaşadığınız Aileniz Dışında Sosyal Desteğini Hissettiğiniz Akrabalarınız ya da Dostlarınız Var mı?**

a) Var b) Yok

**14) 0 – 1 Yaş Arası Bakımınızı Kim Yapmış?**

- a)Anne      b)Baba      c)Bakıcı      d)Anne – Baba      e)Diğer: .....

**15) Çocukluğunuzda Nasıl Bir İlgiyle Bakıldınız?**

- a)Aşırı İlgiyle      b)Yeterince İlgi İle      c)İlgisiz

**16) Çocukluğunuzda Nasıl Bir Disiplin İle Büyütüldünüz?**

- a)Aşırı Kontrol      b)Yeterince Kontrol      c)Az Kontrol

**17) Yetiştirilme Biçiminizin Yaşamdaki Sorunlarla Başa Çıkmanızda Katkısı Olduğunu Düşünüyor Musunuz?**

- a)Evet      b)Hayır

**18) Çocukluğunuzda Ailenizin Durumu Nasıldı?**

- a)Bütün      b)Boşanmış      c)Parçalanmış

**19) Çocukluğunuzda Anneniz Yaşiyor Muydu?**

- a)Evet      b)Hayır

**20) Çocukluğunuzda Babanız Yaşiyor Muydu?**

- a)Evet      b)Hayır

### **EK – 3. PSİKOLOJİK YARDIM ARAMADA KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (PYAKDÖ)**

Aşağıda psikolojik yardım almanın sizin tarafınızdan nasıl algılandığına ilişkin değişik davranış ifadeleri yer almaktadır. Her bir cümleyi okuduktan sonra; **“Hiç Katılmıyorum”**, **“Katılmıyorum”**, **“Kararsızım”**, **“Katılıyorum”**, **“Tamamen Katılıyorum”** seçeneklerinden sizin için uygun olanın altına (X) işareti koyunuz. İşaretlemelemleriniz kesinlikle gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırmanın sağlıklı yürütülebilmesi için samimi düşüncelerinizi belirtmeniz gerekmektedir.

Katkılarınız için teşekkürler...



PYAKDÖ

**Ön Cümle:** İnsanlar bazen yardım almayı düşündükleri sorunlarla karşılaşır. Böyle durumlarda yardım almanın kişinin kendisi tarafından nasıl algılandığına göre değişik davranış biçimleri ortaya çıkar. Aşağıdaki sorularda böyle durumlar belirtilmiştir. Verilen 5’li derecelendirmeyi kullanarak bahsi geçen durumlarda nasıl tepki vereceğinizi belirtiniz.

	<u>İFADELER</u>	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Bir terapistte gitseydim kendimden daha az memnun olurdu.	(	(	(	(	(
2	Psikolojik yardım için bir terapistte gitseydim kendimi yetersiz	(	(	(	(	(
3	Uzman yardımı arasaydım özgüvenim tehdit altına girmezdi.	(	(	(	(	(
4	Psikolojik yardım aramak kendimi daha az zeki hissettirirdi.	(	(	(	(	(
5	Uzman yardımına almaya karar verseydim kendimi iyi	(	(	(	(	(
6	Kişisel bir sorunumu kendi başıma çözemeseydim, bir insan olarak kendimi daha az değerli hissederdim.	(	(	(	(	(
7	Kendime bakışımı olumsuz etkileyebileceği için bir terapistten	(	(	(	(	(
8	Üstesinden gelemediğim bir sorunla ilgili uzman yardımı arasaydım özgüvenim bundan etkilenmezdi.	(	(	(	(	(
9	Sorunlarım için uzman yardımı almak benlik algım (kendim hakkındaki görüşüm) üzerinde hiçbir etkiye sahip olmazdı.	(	(	(	(	(
10	Duyusal veya kişiler arası sorunlar nedeniyle bir psikologa gitmek kişisel güçsüzlük ve yetersizlik işaretidir.	(	(	(	(	(
11	Bir terapistten yardım isteseydim kendimle ilgili yanlış bir şeyler olduğu duygusuna kapılırdım.	(	(	(	(	(
12	Bir terapistle görüşmeyi tercih ettiğim için kendime olan bakışım	(	(	(	(	(
13	Terapiye başlasaydım, bu, kim olduğumla ilgili bazı sorunların bulunduğu anlamına gelirdi.	(	(	(	(	(
14	Bir terapist ile konuşsaydım öz saygım artardı.	(	(	(	(	(
15	Uzman bir terapistten yardım istemek beni onlara aşırı bağımlı	(	(	(	(	(
16	Bir uzman yardımı aramak bir şeylerin üstesinden gelebildiğim	(	(	(	(	(
17	Bir terapistten yardım istemek kendimi eksik hissettirirdi.	(	(	(	(	(
18	Psikolojik yardım isteseydim kendime olan bakışım daha	(	(	(	(	(
19	Psikolojik yardım arasaydım bu durum benlik algımı (kendim hakkındaki görüşümü) tehdit ederdi.	(	(	(	(	(
20	Terapi almaya karar vermek kendi sorunlarımı çözmede yetersiz olduğumu kabul etmek olurdu.	(	(	(	(	(
21	Terapiye giden insanlar benden daha güçsüzdürler.	(	(	(	(	(
22	Yardım aramak başa çıkma becerilerimin yetersiz olduğunu kabul ettiğim anlamına gelir.	(	(	(	(	(
23	Uzman yardımı arasaydım terapiye bağımlı hale gelmekten endişelenirdim.	(	(	(	(	(

## EK – 4: PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ (PYAİTÖ)

Aşağıda, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği yer almaktadır. Sizden istenilen her bir tutum ifadesini okuyup, her bir ifadenin psikolojik yardım almaya yönelik tutuma sahip olanla olmayanı ne derece ayırabildiğini yan taraftaki ilgili paranteze (X) işareti koyarak belirtmenizdir.

<b><u>İFADELER</u></b>	<b>Hiç Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>
1) Psikolojik rahatsızlığım kendiliğinden geçmiyorsa, psikolojik yardım almak benim için bir çözümdür.					
2) Danışacağım uzmanın, benim ruh sağlığı bozuk bir kişi olduğumu düşünmesinden çekinirim.					
3) Psikolojik yardım alarak, ruhsal sıkıntılarımın nedenini anlayabilirim.					
4) Yakın bir arkadaşım, benden ruhsal problemi ile ilgili olarak fikrimi sorduğunda, psikolojik yardım almasını önerebilirim.					
5) Kendimi çok rahatsız hissedersen psikolojik yardım isteyebilirim.					
6) Gerektiğinde, duygusal sorunların çözümüne yardımcı olması için, kişisel sırlarımı bir uzmana açabilirim.					
7) Kişi psikolojik yardım alarak, yıpratıcı duygularıyla nasıl baş edebileceğini öğrenebilir.					
8) Ruhsal sorunlarımın olduğunun duyulması beni utandırır.					
9) Psikolojik yardım, kişinin sorunlarla başa çıkma gücünü yükseltir.					
10) Psikolojik yardım alarak, duygularımı gözden geçirebilecek güvenli bir ortam bulabilirim.					
11) Psikolojik yardım alan kişinin diğer insanlarla iletişimi kolaylaşır.					
12) Hakkımda söyleneceklerden dolayı, psikolojik yardım almaktan çekinirim.					
13) Psikolojik yardım, kişinin kendine saygısını azaltır.					
14) Bir uzmanla sorunlar hakkında konuşmak, duygusal çatışmalardan kurtulmanın etkili bir yoludur.					
15) Yaşamımda karşılaşılabileceğim duygusal bir krizi psikolojik yardımla atlatabileceğime inanıyorum.					
16) Kişi, çevresiyle ilişkilerinin zarar görmesini istemiyorsa, ruhsal bir tedavi gördüğünü onlardan saklamalıdır.					
17) Ruhsal tedavi gördüğü bilinen kişi, arkadaşlarımı kaybetmeye mahkûmdur.					
18) Eğer bir ruhsal bozukluğum olduğumu düşünürsem, ilk yapacağım şey, profesyonel yardım almak olacaktır.					

## **EK – 5: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ**

### **MADDE – 1:**

**1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.**

a)Çok Doğru    b)Doğru c)Yanlış d)Çok Yanlış

**2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.**

a) Çok Doğru    b) Doğru    c) Yanlış    d) Çok Yanlış

**3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.**

a) Çok Doğru    b) Doğru    c) Yanlış    d) Çok Yanlış

### **MADDE – 2:**

**4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.**

a) Çok Doğru    b) Doğru    c) Yanlış    d) Çok Yanlış

**5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.**

a) Çok Doğru    b) Doğru    c) Yanlış    d) Çok Yanlış

### **MADDE – 3:**

**6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.**

a) Çok Doğru    b) Doğru    c) Yanlış    d) Çok Yanlış

### **MADDE – 4:**

**7) Genel olarak kendimden memnunum.**

a) Çok Doğru    b) Doğru    c) Yanlış    d) Çok Yanlış

### **MADDE – 5:**

**8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.**

a) Çok Doğru    b) Doğru    c) Yanlış    d) Çok Yanlış

### **MADDE – 6:**

**9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.**

a) Çok Doğru    b) Doğru    c) Yanlış    d) Çok Yanlış

**10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.**

a) Çok Doğru    b) Doğru    c) Yanlış    d) Çok Yanlış

## EK-6. Etik Kurul Onayı

### YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU

Tarih : .../.../2014

Yer : Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çankırı Cad. Çiçek Sok. NO: 3 Ulus/ANKARA

Katılımcılar : Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

### ETİK KURULU PROJE ONAY FORMU

Projenin Adı:	Hemşirelerin Psikolojik Yardım Arama Davranışlarında İçselleştirilmiş Damgalamanın Benlik Bilinci ve Atılgan Davranış Üzerindeki Etkisi
Projenin Niteliği:	Yüksek Lisans Tezi
Proje Araştırmacıları:	1. HEMŞİRE Günseli TURGUT ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ 2. Yrd.Doç Dr Birgül ÖZKAN (danışman)Ybu. sağlık bilimleri fak.
Proje Yürütücüsünün Haberleşme Bilgileri:	Günseli Turgut. Telefon:05056105846 e-mail: <a href="mailto:gnsi.tr@gmail.com">gnsi.tr@gmail.com</a> Birgül Özkan .Telefon : 05376107668 e-mail: <a href="mailto:ozkanbirgul7@gmail.com">ozkanbirgul7@gmail.com</a>
Araştırmanın Amacı:	Bu çalışma ile sağlığın korunması ve geliştirilmesinde topluma rol model olan hemşirelerin psikolojik yardım arama sürecinde kendisini damgalaması, benlik bilinci ve atılgan davranışlar arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Ayrıca yapılacak olan bu çalışma ile damgalama ve içselleştirilmiş damgalama davranışlarının birey ve toplum sağlığına olumsuz etkilerinin azaltılması için zaman içinde alınabilecek önlemlere ilişkin alana katkıda bulunulması da beklenmektedir
Araştırmanın Gereksesi:	Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir(1). Bu alan da hizmet veren, birey ve ailenin bütüncül bir yaklaşımla sağlığını koruyan ve geliştiren en önemli mesleklerden

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU

Tarih : .../.../2014

Yer : Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çankırı Cad. Çiçek Sok. NO: 3 Ulus/ANKARA

Katılımcılar : Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

ETİK KURULU PROJE ONAY FORMU

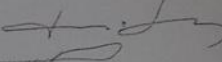
Projenin Adı:	Hemşirelerin Psikolojik Yardım Arama Davranışlarında İçselleştirilmiş Damgalamanın Benlik Bilinci ve Atılgan Davranış Üzerindeki Etkisi
Projenin Niteliği:	Yüksek Lisans Tezi
Proje Araştırmacıları:	1.HEMŞİRE Günseli TURGUT ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ 2 Yrd.Doç Dr Birgül ÖZKAN (danışman)Ybu. sağlık bilimleri fak.
Proje Yürütücüsünün Haberleşme Bilgileri:	Günseli Turgut. Telefon:05056105846 e-mail: <a href="mailto:gnsi.tr@gmail.com">gnsi.tr@gmail.com</a> Birgül Özkan .Telefon : 05376107668 e-mail: <a href="mailto:ozkanbirgul7@gmail.com">ozkanbirgul7@gmail.com</a>
Araştırmanın Amacı:	Bu çalışma ile sağlığın korunması ve geliştirilmesinde topluma rol model olan hemşirelerin psikolojik yardım arama sürecinde kendisini damgalaması, benlik bilinci ve atılgan davranışlar arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Ayrıca yapılacak olan bu çalışma ile damgalama ve içselleştirilmiş damgalama davranışlarının birey ve toplum sağlığına olumsuz etkilerinin azaltılması için zaman içinde alınabilecek önlemlere ilişkin alana katkıda bulunulması da beklenmektedir
Araştırmanın Gerekçesi:	Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir(1). Bu alan da hizmet veren, birey ve ailenin bütüncül bir yaklaşımla sağlığını koruyan ve geliştiren en önemli mesleklerden

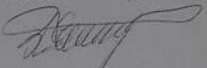
güvenirlilik çalışması. Psikoloji Dergisi, 10.23-25.

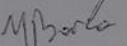
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ..... Fakültesi öğretim üyelerinden Sayın  
..... adlı araştırması değerlendirilmiştir.

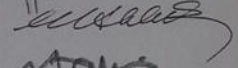
- Proje etik açısından uygun bulunmuştur. (X)
- Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ( )
- Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ( )

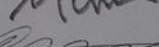
İmzalar:


Prof. Dr. S. Yavuz SANISOĞLU Koordinatör 

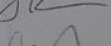
Prof. Dr. Arif ERSOY Koordinatör Yardımcısı 

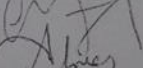
Prof. Dr. Mehmet BARCA Üye 

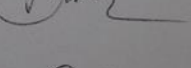
Prof. Dr. Mehmet AKKUŞ Üye 

Prof. Dr. M. Fatih UŞAN Üye 

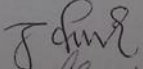
Prof. Dr. Fatih Vehbi ÇELEBİ Üye 


Prof. Dr. Erdal Tanas KARAGÖL Üye 

Prof. Dr. Mustafa Sıtkı BİLGİN Üye 

Prof. Dr. Ahmet KANKAL Üye 

Doç. Dr. Özen ÖZENSÖY GÜLER Üye

Yard. Doç. Dr. Arif DEMİR Üye 

Gülcan SERTÇELİK Raportör 

## EK-7. Çalışma İzin Onayı



T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Genel Sekreterlik

Sayı : 75265783- 2416  
Konu : Araştırma İzni (Günseli TURGUT).

(S.04.2015

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi' nin 10.04.2015 tarihli, 2296 sayılı ve "Araştırma İzni (Günseli TURGUT)" konulu yazısı.

İlgi yazı sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz / rica ederim.

  
Suat ÇHANGİR  
Rektör a.  
Genel Sekreter

Ek: İlgi Yazı Sureti.

Rektörlük: Esenboğa Merkez Mah. Çubuk/ANKARA  
Tel: 0 312 324 15 55 / 324 15 09/ 324 15 02

Ofis: Çankırı Cad. Çiçek Sk. NO: 3 Kat: 2 Ulus/ANKARA  
Faks: 0 312 324 15 05 E-Mail : www.ybu.gov.tr



T. C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi

Sayı : 29046609.903/  
Konu : Araştırma İzni Günseli TURGUT

T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
Ankara Meslek Hastalıkları  
Hastanesi  
Giden Evrak  
Evrak No: 2296  
Tarih: 10.04.2015 09:36

T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Çankırı Caddesi Çiçek Sokak No:3 Kat:2 ULUS/ANKARA)

İlgi:23.03.2015 tarih ve 75265783-1909 sayılı yazı.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans programı öğrencilerinizden Günseli TURGUT'un " Hemşirelerin psikolojik yardım alma davranışlarında içselleştirilmiş damgalamanın benlik bilinci ve atılgan davranış üzerine etkisi " konulu tez çalışması kapsamında, hastanemiz sağlık personellerine yönelik anket uygulaması için gerekli iznin verilmesi talebi uygun görülmüş olup,  
Gereğini arz ederim.

Doç. Dr.Ömer Hınc YILMAZ  
Başhekim

Adres : Osman Gazi Mah. Atırlar Sok. No:45 06280 Keçiören ANKARA  
Tel : 0 312 580 83 95 / 1905 Fax : 0 312 580 84 04  
Web : www.ankarameslek Hastanesi.gov.tr, Email: bilgi@ankarameslek Hastanesi.gov.tr





T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ  
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 3  
BÖLGE KHBGS KALİTE VE EĞİTİM BİRİMİ  
27.03.2015 16:15 - 78307406 - 774.99 - 2223  
00009262754

Sayı : 78307406/774.99  
Konu : Çalışma İzni (Günseli TURGUT)

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

İlgi: Yıldırım Beyazıt Üniversitesinin 23/03/2015 tarihli ve 75265783/1910 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Günseli TURGUT**'un Araştırma Görevlisi Yard.Doç.Birgül ÖZKAN'ın danışmanlığında "Hemşirelerin Psikolojik Yardım Arama Davranışlarında İşselleştirilmiş Damgalamanın Benlik Bilinci ve Atılgan Davranış Üzerine Etkisi" adlı çalışmayı 15/09/2014-29/05/2015 tarihleri arasında Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde ve Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi talep edilmektedir.

Anılan çalışmanın belirtilen sürede bizzat **Günseli TURGUT** tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamalarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğimize de değerlendirilerek, sonucundan Genel Sekreterliğimize ve ilgili üniversiteye bilgi verilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

Dr. Murat ÖZMEN  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

EK: Dosya (1 Adet)

DAĞITIM:

Gereği:

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Dr.Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi

Bilgi: Yıldırım Beyazıt Üni. Rektörlüğü  
(Ek konulmadı)

Ankara İli Kamu Hastaneleri Kurumu 3.Bölge Genel Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No.1  
Çankaya /ANKARA

YARGI MANTAR İletişim: 0 312 201 91 12 mail: leyla.yargimantar@sağlık.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0a7a4b6d-0eac-4e8d-bc7d-79486eb379da kodu ile erişebilirsiniz.



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ  
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 2.  
BÖLGE KRİBOS EĞİTİM BİRİMİ  
29.03.2015 15:17 85346189 / 605.01 / 4149  
00009227851

Sayı : 85346189/605.01  
Konu : Araştırma İznî/Günseli TURGUT

DAĞITIM YERLERİNE

İlg: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (Genel Sekreterlik)'nin 23.03.2015 tarihli ve 75265783/1909 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Günseli TURGUT'un "Hemşirelerin Psikolojik Yardım Alma Davranışlarında İncelenmiş Damgalamanın Benlik Bilinci ve Atılğan Davranış Üzerine Etkisi" konulu tez çalışması kapsamında Meslek Hastalıkları Hastanesinde anket uygulaması yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesi talep edilmektedir.

Anılan çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Günseli TURGUT tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğinizde de değerlendirilerek, sonucundan Genel Sekreterliğimize ve mezkur üniversiteye bilgi verilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Abdurrahman ATLI  
Genel Sekreter a.  
Mali Hizmetler Başkanı

Ek: İlgi Yazı Örneği (42 sayfa)

Dağıtım:  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (Genel Sekreterlik) (EK Konulmadı)  
Meslek Hastalıkları Hastanesi

29 03 15

Ömür AKBULUT  
Büro Personeli

Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H. Edifik  
Polikliniği 2. Kat Keçiören/ANKARA  
g n.bayraktar@saglik.gov.tr (Eğitim Birimi)

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ulaşabilirsiniz.

## EK-8. Özgeçmiş Formu

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
Adı Soyadı	: Günseli Teke
Doğum tarihi	:04.09.1977
Doğum yeri	:Göksun
Medeni hali	:Bekar
Uyruğu	:T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	:0505 610 5846
Faks	:-
E-mail	:gnsl.tr@gmail.com
<b>EĞİTİM</b>	
Lise	: Göksun Lisesi
Lisans	: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yüksek lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora	:
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
İngilizce	: Yök-Dil: 61
<b>ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR</b>	
Psikiyatri Hemşireleri Derneği	