T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (SÇ-RHYDÖ)'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

YAĞMUR AZAZİ

PROF. DR. F. YASEMİN KUTLU

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2021

Bu çalışma 09.07.2021 Tarihinde Aşağıdaki jüri tarafından

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisana Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. F. Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Gül DİKEÇ
Fenerbahçe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Özge SUKUT
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

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

Yağmur Azazi

(İmza)

İTHAF

Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği hocalarına ve toplumumuzu ileriye taşıyacak ve iyileştirecek tüm gönüllü gençlerine ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, samimiyetini benden esirgemeyen, bana duyduğu güveni hep hissettiren, kendisine ne zaman danışsam tüm yoğunluğu ve bütün önemli sorumluluklarına rağmen bana faydalı olabilmek için elinden gelenin fazlasını sunan, olumlu ve yapıcı eleştirileriyle bana yol gösterip destek olan, duruşu, disiplini ve vizyonunu örnek aldığım, birlikte çalışmaktan onur duyduğum çok değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. F. Yasemin Kutlu'ya,

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde tüm bilgi birikim ve kazanımlara sahip olmamı sağlayan, desteklerini esirgemeyen ve mesleki olarak bugün sahip olduğum vizyona olan önemli katkılarından dolayı İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı hocalarım Sayın Prof. Dr. Sevim Buzlu, Sayın Prof. Dr. Leyla Küçük, Sayın Prof. Dr. Hülya Bilgin, Sayın Dr. Öğretim Üyesi Sevil Yılmaz ve Sayın Dr. Öğretim Üyesi Özge Sükût'a,

Çalışmamda desteğini esirgemeyen ve istatistiksel analizinin yapılmasında yardımcı olan Fatih Sontay'a ve çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul ederek tezin ortaya çıkmasına büyük katkı sağlayan tüm katılımcılara,

Yoğun iş temposu ile çalışırken her zaman eğitimimi destekleyen, tez çalışmamda önerilerini paylaşan, mesleki hayatımda da vizyonu ile örnek aldığım çok değerli VKVSK Amerikan Hastanesi Klinik Süpervizörü Sayın Şahika Mert'e ve çalışmamda bana hep yön veren, akademik açıdan beni cesaretlendiren ve manevi desteklerini hep hissettiren sevgili Dr. Serkan Zenger'e ve sevgili meslektaşlarım Şeyma Şengül ve Elif Çelebi'ye,

Tezimin başından sonuna kadar desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, en zor zamanlarımda yapabileceğim inancını bana her zaman hatırlatan, bilgeliğiyle yanımda olup motive eden ve bana her zaman inanan sevgili ruh eşim Rodrigo Laso Peña'ya,

Yaptığımız derin tartışma konularında ufkumu hep genişleten, sorgulatan, eleştirel düşünmemi ilerleten ve böylelikle çalışmamda beni destekleyen kadim dostum sevgili Katerina Panagiotakopoulou'ya,

Varlıklarından güç aldığım, beni her zaman her konuda destekleyen, güvenen ve inanan sevgili annem, babam ve kardeşlerime tüm kalbimle sonsuz şükranlarımı ve saygılarımı sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ X
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİİ
ÖZET ..... XİV
ABSTRACT XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 2
1.3. Araştırma Soruları 4
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. Damgalamak Kavramı 5
2.2. Damgalamanın Tarihsel Süreci 6
2.3. Damgalamanın Kavramsallaşması İle İlgili Kuramlar 9
2.4. Damgalamanın Aşamaları 13
2.4.1. Etiketleme 14
2.4.2. Stereotipi (kalıp yargı) 14
2.4.3. Önyargılar/Bilişsel ayırma 15
2.4.4. Duygusal Reaksiyonlar 15
2.4.5. Sosyal Statü Kaybı ve Ayrımcılık 16
2.5. Damgalama İle İlişkili Kavramlar 16
2.5.1. Damgalamanın Yardım Arama ile ilişkisi 16
2.5.2. Damgalama ve Sosyal Mesafe 19
2.6. Ruhsal Bozukluklar ve Damgalama 20
2.7. Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Bozukluklara Yönelik Damgalama 23
2.8. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Damgalamayı Ölçen/Değerlendiren Araçlar ve Uygulanan Programlar 26

2.9. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşirelerinin Damgalamaya Karşı Girişimleri ve Sorumlulukları 31
3. GEREÇ VE YÖNTEM 32
3.1. Araştırmanın Tasarımı 32
3.2. Araştırmanın Değişkenleri 32
3.2.1. Araştıramanın Bağımsız Değişkenleri: 32
3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: 32
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zaman: 32
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: 32
3.5. Veri Toplama Araçları 33
3.5.1. Anket Formu: 33
3.5.2. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) Opening Minds Stigma Scale for Healthcare Providers (OMS-HC): 33
3.6. Araştırma Süreci 34
3.6.1. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Dilsel Eş Değerliliği: 34
3.6.2. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Kapsam Geçerliliği: 35
3.6.3. Veri Toplama Süreci 35
3.7. Araştırmanın Etik Yönü 38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 39
3.9. Verilerin Analizi 39
4. BULGULAR 42
4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 42
4.2. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular: 45
4.2.1. Ölçeğin Kapsam Geçerliği Bulguları 45
4.2.2. Yapı Geçerliği 46
4.2.2.1. SÇ-RHYDÖ'nin Açımlayıcı (Exploratory) Faktör Analizi (AFA) Sonuçları 46
4.2.2.2. SÇ-RHYDÖ'nin Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi (DFA) Sonuçları 49
4.3. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Güvenirliliğine İlişkin Bulgular 52

4.4. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 56
5. TARTIŞMA 63
5.1. Bireylerin Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması 63
5.2. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 64
5.2.1. Dil Eşdeğerliği ve Geçerliğinin Tartışılması 65
5.2.2. SÇ-RHYDÖ'nin Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....65
5.2.3. SÇ-RHYDÖ'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....66
5.2.3.1. SÇ-RHYDÖ'nin Açımlayıcı (Exploratory) Faktör Analizi (AFA) Sonuçlarının Tartışılması 66
5.2.3.2. SÇ-RHYDÖ'nin Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi (DFA) Sonuçlarının Tartışılması 68
5.3. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 70
5.4. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 72
SONUÇLAR.....76
ÖNERİLER.....79
KAYNAKLAR 80
FORMLAR 95
EK 1- BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 95
EK 2- SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (SÇ-RHYDÖ) 96
EK 3- SÇ-RHYDÖ'NİN ORJİNAL FORMU: "OPENING MINDS STIGMA SCALE FOR HEALTH CARE PROVİDERS (OMS-HC)" 97
EK 4- ANKET FORMU 98
EK 5- ETİK KURUL KARARI -1 99
EK 6- ETİK KURUL KARARI -2 101
EK 7- SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ İZNİ 102
EK 8- SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ KAPSAM GEÇERLİĞİ İÇİN UZMAN LİSTESİ 104

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....105
ÖZGEÇMİŞ.....106

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.6-1: Damgalamanın Türleri 22
Tablo 2.8-1: Türkiye'de Damgalama Karşıtı Müdahaleler ve Kullanılan Ölçekler 27
Tablo 2.8-2: Ülkelerine Göre Damgalama Karşıtı Programlar 30
Tablo 3.6-1: Uzman grubunun özellikleri 35
Tablo 3.6-2: SÇ-RHYDÖ'i için Oluşturulan Çevrimiçi İnternet Anketinin Sonuçlarının Raporlanması için Kontrol Listesi (ÇİASRKL) 36
Tablo 4.1-1: Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=149) 42
Tablo 4.1-2: Sağlık Çalışanlarının Özelliklerinin Dağılımı (N=101) 43
Tablo 4.1-3: Öğrencilerin Özelliklerinin Dağılımı (N=48) 44
Tablo 4.1-4: Katılımcıların Ruhsal Bozukluğu olan bireylerle karşılaşma durumu ile ilgili Özelliklerinin Dağılımı (N=149) 44
Tablo 4.2-1: Maddelerin kapsam geçerlilik oranları ve ölçeğin kapsam geçerlilik indeks değerleri (N=10) 45
Tablo 4.2-2: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'ne Ait KMO ve Barlett Testi (N=149) 46
Tablo 4.2-3: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği Faktör Yapısı (N=149) 47
Tablo 4.2-4: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'ne Ait Faktör Yükleri ve Maddelere İlişkin Regresyon Katsayıları (N=149) 49
Tablo 4.2-5: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri (N=149) 52
Tablo 4.3-1: Sosyal Mesafe Alt Boyutunun Madde Analizi (N=149) 52
Tablo 4.3-2: Tutumlar Alt Boyutunun Madde Analizi (N=149) 53
Tablo 4.3-3: Yardım Arama ve Kendini Açma Alt Boyutunun Madde Analizi (N=149) 54
Tablo 4.3-4: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerlerine İlişkin Bulgular (N=149) 55
Tablo 4.3-5: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Half-Split (Guttman ve Spearman-Brown) Değerlerine İlişkin Bulgular (N=149) 55

Tablo 4.3-6: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ)'nin Yarıya Bölme (Half-Split) Uygulamasının Pearson Korelasyon Değerleri (N=149)..... 56
Tablo 4.4-1: SÇ-RHYDÖ'nin Puan Ortalamaları (N=149)..... 56
Tablo 4.4-2: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=149).. 57
Tablo 4.4-3: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması (N=149)..... 57
Tablo 4.4-4: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=149)..... 58
Tablo 4.4-5: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=149)..... 59
Tablo 4.4-6: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Meslek Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=149)..... 59
Tablo 4.4-7: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Meslekte Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması (N=149)..... 60
Tablo 4.4-8: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Ruhsal Bozukluğu Olan Biriyle İlgilenme Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=149)..... 61
Tablo 4.4-9: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Yakın Çevrede Ruhsal Bozukluğu Olan Birisi Olma Durumu Göre Karşılaştırılması (N=149)..... 62

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.3-1: Üçlü Tutum Yapısı Modeli -Breckler (1984)'dan 13
Şekil 2.7-1: İstihdamdaki damgalanmayı anlamak için teorik bir çerçeve -Krupa ve ark. (2009)'dan 25
Şekil 4.2-1: Scree Plot Grafiği 47
Şekil 4.2-2: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'ne Ait Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram 51

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AFA: Açımlayıcı (Exploratory) Faktör Analizi

AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İyiliği İndeksi

CVI: Content Validity Index

DFA: Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GFI: Uyum İyiliği İndeksi

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

KGO: Kapsam Geçerlilik Oranı

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin Testi

OM: Opening Minds

OMS-HC: Opening Minds Stigma Scale-Health Care Providers

RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

SÇ-RHYDÖ: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

χ2/sd: Ki Kare/Serbestlik Derecesi

ÖZET

Azazi, Y. (2021). Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)'nin Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Amaç: Bu çalışma, sağlık çalışanlarında ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı davranışların ve tutumların ölçülmesi için kullanılan "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği"nin Türkçe'ye uyarlanması, psikometrik özelliklerinin belirlenmesi ve Türkçe ölçeğin ilk kullanımı ile ilgili pilot sonuçların verilmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi**. Gereç ve Yöntem:** Çalışma verileri, Kasım 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında İstanbul ilinde Google Formlar aracılığı ile toplandı. Örneklem grubunu, sağlık çalışanları ve sağlık bölümünde okuyan öğrenciler (N=149) oluşturdu ve örneklem kartopu tekniği ile belirlendi. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan bireysel özellikleri içeren anket formu ve "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği" kullanılarak elde edildi. Veriler SPSS for Windows 22.0 ve AMOS programları ile açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, bağımsız gruplar t-testi ve Tek yönlü (One way) Anova testi, post-hoc analizi için Scheffe testleri ile analiz edildi. **Bulgular:** Dilsel eşdeğerliliği, çeviri- geri çeviri ile sağlandı ve Kapsam Geçerlilik İndeks değeri 0,96 olarak belirlendi. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)'ne göre toplam açıklanan varyansı %46.505 ile 20 maddeden oluşan 3 faktörlü bir yapı (Sosyal Mesafe, Tutum ve Yardım Arama-Kendini Açma) elde edildi. Her bir maddenin korelasyonları r=0,484 ile 0,785 arasında değişti ve madde çıkarılmadı. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda; $\chi 2/sd$= 2.20; GFI= 0.90; AGFI= 0.90; CFI= 0.91; RMSEA= 0.07; RMR=0.06 indeksleri kabul edilebilir düzeyde iyi uyum gösterdi. İç tutarlılık katsayısı olan Cronbach's Alpha=0,79; Gutmann 0,769 ve Spearman-Brown katsayısı 0,769 olarak hesaplandı. Ölçeğin toplam puan ortalaması 56,85±9,78 olarak belirlendi. **Sonuç:** Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi. Ölçeğin, sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluklara yönelik damgalama düzeylerini belirlemeye ve ruhsal bozukluklara yönelik damgalamayı önlemek için yapılacak eğitim programlarının değerlendirilmesin katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: ruhsal bozukluklar, sağlık çalışanları, damgalama ölçeği, tutumlar, psikometri

ABSTRACT

Azazi, Y. (2021). The Determination of the Turkish Version and Psychometric Properties of the Mental Illness Stigma Scale for Healthcare Providers (MISS-HP). İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master's Thesis. İstanbul.

Objective: Descriptive and correlational research desing study was conducted to adapt the "Mental Illness Stigma Scale for Healthcare Providers" which is used to measure stigmatizing behaviours and attitudes towards mental disorders in healthcare providers into Turkish, to determine its psychometric properties, and to present pilot results. **Material and methods:** The data of study were collected through Google Forms between November 2019 and June 2021 in Istanbul. The sample group consisted of health workers and students studying in health (N=149), and the sample was determined by the snowball technique. The data were obtained using a questionnaire containing individual characteristics prepared by the researcher and the "Mental Illness Stigma Scale for Healthcare Providers". The data were analyzed using exploratory and confirmatory factor analysises with SPSS for Windows 22.0 and AMOS programs, independent groups t-test and One-way Anova test, Scheffe tests for post-hoc analysis. **Results:** Linguistic equivalence was achieved with translation-back translation, and the Content Validity Index value was determined as 0.96. According to the Exploratory Factor Analysis, a three-factor structure (Social Distance, Attitude, and Help Seeking-Disclosure) consisting of 20 items with a total explained variance of 46.505% was obtained. The correlations of each item varied between r=0.484 and 0.785 and the item was not removed. As a result of Confirmatory Factor Analysis; $\chi 2/sd= 2.20$; GFI=0.90; AGFI=0.90; CFI=0.91; RMSEA=0.07; RMR=0.06 indices showed good fit at an acceptable level. Cronbach's Alpha which was the internal consistency coefficient, was calculated 0.79, the Gutmann coefficient was 0.769 and the Spearman-Brown coefficient was 0.769. The mean total score of the scale was determined as 56.85±9.78. **Conclusion:** The Turkish form of the "Mental Illness Stigma Scale for Healthcare Providers" was determined to be a valid and reliable measurement tool. It is thought that the scale will contribute to determine the level of stigmatization of healthcare providers intended for mental disorders and to evaluate of the training programs for preventing stigma against mental disorders.

Key Words: mental disorders, health workers, stigma scale, attitudes, psychometrics

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi

"Damga" sözcük anlamı olarak "bir şeyin üzerine basılan işaret olup mecaz anlamıyla kişinin adını kötüye çıkaran, yüz kızartıcı durum" olarak açıklanmıştır. "Damgalamak" ise mecaz anlamıyla "bir kimseye, gerçeğe dayanmadan herhangi bir özellik veya nitelik yüklemek" şeklinde açıklanmıştır (TDK). Damgalama (stigmatization), kişinin içinde yaşadığı toplumun "normal" saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından, kişiye saygınlığını azaltıcı bir özellik yüklemektedir (Arkan ve ark. 2011). Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin damgalamaya en fazla maruz kalan gruplardan olduğu bilinmektedir. Bu durum ruhsal bozukluğu olan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerinden yardım arayışını engellemekte ya da yardım ararken veya alırken sürecin yarım bırakılmasına neden olmakta ve tedaviye katılımı engelleyebilecek zararlar vermektedir. Ayrıca ruhsal bozukluğu olan bireylerin benlik saygısını azaltmakta ve insanların sosyal fırsatlara erişimini engellemekle birlikte (Corrigan 2004) ruhsal bozukluğun kendisi kadar birey için yarattığı olumsuz etkiler kadar bireye ve çevresine zarar vermektedir (Avcil ve ark. 2016). Bu nedenle damgalamanın azaltılması, kişinin sağlık hizmetlerine ve sosyal haklarına erişimin arttırılmasında önemli bir adımdır (Van der Maas ve ark. 2018). Ruhsal bozukluğu olan bireyin damgalama olmadan toplum içinde var olabilmesi ve o toplumun ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz tutumlarının olumluya dönüştürülmesi ancak ruhsal bozukluklara yönelik olarak yanlış ve eksik bilgilerin giderilip, tutumların olumluya dönüştürülmesi ile mümkündür (Açıkgöz ve Akkuş 2018). Toplum tutum ve davranışlarına etkisi yüksek olan meslek gruplarının bilgilendirilmesi toplumdaki önyargı ve olumsuz tutumların hızlı ve etkili değişimi açısından önemli olmakla birlikte (Çam ve ark. 2014) bu gruplardan en önemlisi olan ve ruhsal bozukluğa sahip bireylere en çok temas eden grubun sağlık çalışanları olduğu herkes tarafından bilinmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (2001), damgalamayı ruhsal bozukluğu olan bireylerin topluma uyumunda aşılması gereken en önemli engel olarak ilan etmiştir (Pietrus 2013). Ruhsal bozukluklara ilişkin damgalama önlemleri (Aker ve ark. 2002) ve bunlara yönelik destek programları oluşturmak için dünya çapında çeşitli girişimler olduğu görülmekle birlikte konuya yönelik olarak yapılan araştırmalarda son yıllarda ciddi bir artış

görülmektedir. Major ve O'brien (2005) tarafından yapılan bir araştırmada, stigma ile ilgili "PsychInfo" adlı bir veri tabanındaki incelemesinde yıllara göre; 1965-1989 arası 603 çalışma, 1990-2004 arası 2321 çalışma yapıldığı ayrıca Bos ve ark. (2013) tarafından yine "PsychInfo veri tabanı" üzerinden "stigma" anahtar kelimesi taratılarak yapılan incelemede ise; 1963-2012 yılları arasında 9.939 araştırma yayınlandığı ortaya çıkmıştır. Başka bir araştırmada (Özmen 2018) "ProQuest" adlı bir veri tabanında "stigma" sorgusu yapıldığında 1920-1989 yılları arasında 19.525, 1990-2004 yılları arasında 44.303, 2005-2017 yılları arasında 76.792 çalışma yapıldığı sonucu çıkmıştır. Bu araştırmada ise "ProQuest"te 2005'ten günümüze (03.05.2021) olan bilimsel dergilerde yayınlanmış araştırma sayısı 102.893 olup konuya ilginin devam ettiği ve Özmen (2018)'nin de dediği gibi araştırılması gereken farklı boyutlarının olduğu görülmektedir. Bu ciddi artış doğrultusunda damgalamaya yönelik önlemler ve girişimlere bakıldığında bunlar, "ruh sağlığı okuryazarlığı (Wei ve ark. 2015)", "ayrımcılık karşıtı" ve "toplum eğitimi kampanyaları" gibi farklı başlıklar altında çeşitli şekillerde tanımlanmıştır (Happell ve ark. 2019). Bununla birlikte, Wei ve ark. yaptığı incelemede (2015) damgalamaya yönelik ölçüm araçlarının psikometrik değerlendirmeden yoksun olduğu bu sebeple de kaliteli araçlara büyük bir ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir.

Kanada Ruh Sağlığı Komisyonu ise (2013) damgalamanın iyileşmenin önünde bir bariyer oluşturduğunu ifade ederek "Opening Minds" isimli bir program geliştirmiştir. "Opening Minds" programı, damgalamayı temel olarak ruhsal bozukluğu olan insanlara ve onların aile üyelerine yönelik haksız ve adaletsiz tutumlarla sonuçlanan bir davranış sorunu olarak kabul etmektedir. Komisyonun yayınladığı raporda yardım arayan birçok insanın, damgalamayı hastalığın kendisinden daha fazla sınırlayıcı ve sakat bırakan bir durum olarak tanımladığı belirtilmiştir. Bu nedenle programın amacı, ruhsal bozukluğu olanların günlük yaşamlarında somut iyileşmelere götürecek değişimi sağlamaktır (Pietrus 2013). Bu program kapsamında damgalayıcı tutum ve davranışa sahip dört hedef kitle belirlenmiştir ve bu dört hedef kitleden biri de sağlık çalışanlarıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Uluslararası ve ulusal literatürde toplum örnekleminde değişik gruplarda ruhsal bozukluklara yönelik damgalamayı belirleyen çalışmalar bulunmaktadır (Çetin ve Işıklı 1998; Bağ ve Ekinci 2006; Bilge 2006; Oban ve Küçük 2011; Jesse 2015; Díaz ve ark. 2017; Yanos ve ark. 2017; Charles ve Bentley 2018). Yine sağlık alanında eğitim alan

öğrencilerin ve sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluklara ve bu bozukluğa sahip hastalara yönelik tutumu belirlemeye yönelik bazı çalışmalarda bulunmaktadır (Yüksel ve Taşkın 2005; Saillard 2010; Arkan ve ark. 2011; Ünal ve ark 2010; Erbaydar ve Çilingiroğlu 2010; Çam ve Arabacı 2014; Yıldırım ve ark. 2018; Özmen 2018; Ceylan ve Uyaroğlu 2018; Asan 2019). Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda, ruhsal bozukluklara yönelik damgalama düzeylerinin diğer gruplarla karşılaştırıldığında bir değişiklik göstermediği, hala reddedici ve dışlayıcı oldukları; tutumları ölçme yöntemi hakkında ortak bir görüş birliğinin olmadığı literatürde bildirilmiştir (Arkan ve ark. 2011). Yine toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda kullanılan ölçeklerin birçoğunda sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarını gösteren ve bu gruba özel olan maddelerin bulunmadığı ifade edilmektedir (Kassam ve ark. 2012). Bu nedenle sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalama düzeylerini belirlemek ve bu bireylere yönelik olumlu tutum ve davranış geliştirmelerini sağlayacak eğitim programları planlamak önemlidir. Bu tür girişimler sadece sağlık çalışanlarının tutumlarını etkilemeyecek aynı zamanda onların tutum ve davranışlarındaki olumlu değişiklikler toplumun farkındalığını da sağlamaya yardımcı olacaktır.

Bu amaçla çalışma yapan kurumlardan biri olan Kanada Ruh Sağlığı Komisyonu (Mental Health Commission of Canada 2021), 10 yıllık görev süresinin bir parçası olarak, Kanadalı sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik tutum ve davranışlarını ölçmek ve bu tutum ve davranışları değiştirmek için "Opening Minds (OM)" adında bir anti-stigma girişimi başlatmıştır. Bu girişim, ruhsal bozukluk ile ilişkili damgalanma ve ayrımcılığı azaltmak amacıyla Kanada tarihinde gerçekleştirilen en büyük sistematik girişimlerden biridir. OM'nin felsefesi, mevcut programların güçlü yönlerini geliştirmek ve bunların etkinliğini bilimsel olarak değerlendirmektir (Kassam ve ark. 2012). OM'nin amacı, etkili programları ulusal düzeyde çoğaltmak, mevcut programlardaki boşlukları gidermek için yeni müdahaleler geliştirmek ve zamanla başka hedef grupları eklemektir (Mental Health Commission of Canada 2021). Bu programların değerlendirilebilmesi amacıyla varolan ölçme araçlarının sağlık çalışanlarına yönelik rolleri ile ilgili olmaması, yeni bir araç geliştirme ihtiyacını doğurmuş ve "Opening Minds" eğitim programının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla "Stigma Scale for Healthcare Providers (OMS-HC)-Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)" geliştirilmiştir.

Türkiye'de 2000-2010 yılları arasında damgalama ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda da benzer şekilde hemşirelik, sağlık memurluğu ve tıp fakültesi öğrencileri ile doktor ve hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan hastalara yaklaşımlarının olumsuz, reddedici ve dışlayıcı olduğu, bunun hala devam ettiği ve değişmediği belirlenmiştir (Özyiğit ve ark 2004; Ogunsemi ve ark. 2008; Saillard 2010; Arkan ve ark. 2011). Bu nedenle, ülkemizde de sağlık çalışanlarının ve sağlıkla ilgili okullarda okuyan öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve olumlu tutum ve davranışların geliştirilmesine yönelik eğitim programlarının planlanmasının önemli olduğu söylenebilir. Bu amaç doğrultusunda, SÇ-RHYDÖ'nün sağlık çalışanlarına yönelik ölçek maddelerini ve faktör yapısını içermesi ve damgalanmayı hedefleyen eğitim programlarının geliştirilmesi ve değerlendirilmesi için iyi bir ölçme aracı olması nedeniyle ruhsal bozukluklara yönelik damgalamayı önleme çalışmalarına ve bu konuda etkin rol alan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin yapacağı çalışmalara temel oluşturacağı düşünülmüştür. Aynı zamanda ölçeğin farklı bir kültürdeki psikometrik özelliklerinin belirlenmesi uluslararası literatüre de katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarında ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı davranışların ve tutumların ölçülmesi amacıyla geliştirilmiş olan "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)"nin Türkçe'ye uyarlanması, psikometrik özelliklerinin belirlenmesi ve Türkçe ölçeğin ilk kullanımı ile ilgili pilot sonuçların verilmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

- Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama ölçeğinin Türkçe dil eşdeğerliği nedir?
- Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama ölçeğinin psikometrik özellikleri nedir?
- Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama ölçeği puanları katılımcıların bireysel özelliklerine göre farklılık göstermekte midir? olarak belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

İnsan ilişkilerinde vazgeçilmez unsurlardan biri şüphesiz ki iletişimdir. Cüceloğlu (2002 p. 87), iletişimin "iki insanın birbirinin farkına vardığı noktada başlayarak ardından gelen beş sezgisel soruyla varoluşunu" ilişkiler içinde tanımlamaktadır. Beş soru üzerine yapılandırılan varoluşu, "Kaale alınıyor muyum? Beni umursuyorlar mı?", "Kabul ediliyor muyum? Beni olduğum gibi, yargılamadan kabul ediyorlar mı?", "Değerli miyim? Beni vazgeçilmez ve eşsiz olarak görüyorlar mı?", "Yeterli miyim? Beni becerikli, bir şeyler yapabilecek güçte görüp yapabileceğime güveniyorlar mı?" ve "Sevilmeye layık mıyım? Beni ben olduğum için özleyip, benimle zaman geçirmek istiyorlar mı?" şeklindeki boyutları ile ele almaktadır (Cüceloğlu 2002 p. 88). Tüm bu boyutlar ele alınarak kişi, büyük grubun bir parçası olarak, toplumun bir üyesi şeklinde kendini kabul edilmiş ve "normal" olarak sayarken diğer yandan bireyi itibarsızlaştıran ve dikkate alınmayacak kadar değeri düşmüş, "farklı" oluşuyla ötekileştiren bir konuma da indirgemektedir. (Goffman 2014 p. 174). Karşıdaki kişi normal biri iken, zihinde oluşturulan imaj ile değeri düşmüş birine indirgenebilmekte ve damgalayan kişinin gözünde tam bir insan hükmünde olmayıp adeta nesneleştirilmektedir (Özmen 2018). Bu özellikleri nedeni ile damgalama, birçok açıdan dışlanmayı, olumsuz nitelikler yükleyerek ifşa edilmeyi ve toplum dışına itilmeyi içeren bir ötekileştirme pratiğini ifade etmektedir (Akmeşe 2020).

2.1. Damgalamak Kavramı

Crocker ve ark. (1998) "*The Handbook of Pschology*" adlı kitapta (Kaynak: Özmen 2018 p. 8) damgayı tanımlarken; sosyal bağlamda ve kişiler arası etkileşim içerisinde ortaya çıkan yönünü vurgulayarak damganın özünde, "sosyal kimliğin değer yitimi" olduğunu öne sürmektedir. Damgayı tamamen damgalanan kişi üzerine yerleştirmek yerine, sosyal bir kavram olarak değer düşürücü yönü üzerinde durulmuştur (Özmen 2018).

Link ve Phelan (2001a) damgalama sürecini sosyal, ekonomik ve politik güç kullanımı gibi evrensel boyutları ile ilişkilendirmiştir. Sosyal, ekonomik ve politik gücün, kimlik farklılıklarına, kalıp yargıların oluşmasına, etiketlenen kişilerin diğerleri tarafından ayrıştırılmasına neden olduğu gibi; onaylamama, reddetme, dışlama ve ayrımcılığa sebep olduğu ortaya çıkarılmıştır (Link ve Phelan 2001a). Jones ve ark. 1984'te yayınlanan kitabında (Kaynak: Özmen 2018 p. 8) damganın bireysel

unsurlarından daha çok sosyal yönler ve ilişkiler üzerine olduğunu tanımlamakla birlikte altı yaklaşımla açıklamıştır. Bu yaklaşımlar, "gizlenebilirlik-özelliğin ne kadar görünür ya da saklanabilir olduğu", "süreç-durumun geri dönüşünün olup olmaması", "ayırıcılık-iletişimin önünde bir engele/duvara sebep olup olmaması", "estetik özellikler-içgüdüsel ya da duygusal bir iğrenme tepkisi ortaya çıkarıp çıkarmaması", "kökeni-nasıl oluştuğu" ve "tehlike-korku veya tehdit oluşturup oluşturmaması" şeklindedir.

Damgalamada sosyal etkileşimin önemini vurgulayan Elliott ve ark. (1982) ise başkalarının, bireylerin sosyal etkileşime katılımlarında gayrimeşru olarak yargılanmasına neden olan bir sapkınlık biçimi olarak tanımlamaktadır. Damgalama, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin sosyal etkileşimi gerçekleştirecek beceri veya yeteneklerden yoksun oldukları algısı nedeniyle oluşmakta ve aynı zamanda kişinin tehlikeliliği ve öngörülemezliği hakkındaki yargılardan etkilenmektedir (Brohan ve ark. 2010). Ayrıca bu yargıların toplumun temelini oluşturan değerlerin "korku kültürü" kaynaklı oluşan yargılar nedeniyle de gelişebileceği bildirilmiştir (Yaman ve Güngör 2013). Öyle ki, bir toplum "değerler kültürünü" ailenin, eğitimin, iş yaşamının ve devlet yönetiminin temeline yerleştirdiği takdirde uygar ve modern bir toplum olabilmektedir (Cüceloğlu 2002 p. 187). Bu da damgalamanın içinde bulunulan toplumun kültürel ve etnik özellikleriyle evrensel boyutlarının yanında yerel özelliğe sahip olduğunu göstermektedir (Meşe 2014). Yerel özelliği ile damgalama "değerler toplumu"nda değil, "korku kültürü"nün egemen olduğu toplumlarda gelişmektedir (Yaman ve Güngör 2013). Çünkü "korku kültürü"nde insanın özü hiçe sayılmaktadır (Cüceloğlu 2002). Bu düzeyde kişi gayrimeşru kabul edildiğinden, normal sosyal davranış kurallarının ötesine geçmekte ve grup tarafından göz ardı edilebilmekte veya dışlanabilmektedir (Brohan ve ark. 2010).

Damgalama, kişilerde sosyal izolasyona, daha sınırlı yaşam şansına ve gecikmiş yardım isteme davranışına yol açan (Schulze ve ark. 2003) hastalığın kendisi dışında eklenen bir deneyimdir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003).

2.2. Damgalamanın Tarihsel Süreci

Damga (stigma, στίγμα) kavramı ilk kez, eski Yunan'a dayanan, köleleri, suçluları ve hainleri ahlaki statü dışı ne varsa ifşa etmek amacıyla bedenlerinin kazınması ya da kızgın demir ile dağlanıp iz bırakarak ömürleri boyunca bu lekelerle yaşamak zorunda bırakıldıkları ve böylece onların toplumda kaçınılması gereken kişiler oldukları halka bu şekilde ilan edilmiştir (Goffman 2014 p. 29).

Damgalama; sosyal ilişkileri, kamusal tanınırlığı ve kurumsal yapıları etkilemekte ve hedefte yer alan gruba karşı önyargı ve ayrımcı tutumlar sergilenmesine yol açmaktadır (Vertovec 2020). Tarihsel sürece bakıldığında tıbbi yönden damgalama daha fazla olmakla birlikte toplumların, özellikle pandemiye neden olan salgın hastalıklara ve ruhsal bozukluklara yönelik daha fazla damgalamaya eğilimli oldukları görülmektedir (Özmen ve Erdem 2018). Pandemiye neden olan salgınlar ilk olarak 6. yüzyılda İstanbul'da yaşanan "Jüstinyen Vebası", ikincisi 14. yüzyılda ortaya çıkan ve "Kara Ölüm (Black Death)" olarak adlandırılan veba salgını, sonuncusu ise 19. yüzyıl sonlarında şiddetlenen "Üçüncü Veba Salgını"dır (Varlık 2017). Veba salgını Avrupa'da yayılmaya başladığında çeşitli ülkelerdeki Yahudiler şehirdeki su kaynaklarını zehirlemekle suçlanıp günah keçisi ilan edilmiş, bir kısmı sürgün edilerek uzaklaştırılmış, bazı kentlerde ise yakılarak ya da işkence ile öldürüldüğü bilinmektedir (Kohn 2008). Ekonomik olarak güçlü konumda olan insanlar, aynı dönemde, farelerin barınmalarının daha zor olduğu taş evlerde yaşamıştır (Kohn 2008). Bu insanlar imkânları sayesinde salgından ve ölümden kaçmak için şehirlerin dışında konutlar satın almış ve eski evlerine dönüp dönmeme kararlarını ise temizlettirdikleri evlerine bir süreliğine yoksul bir kadını yerleştirip, onun ölüp ölmeyeceği sonucuna göre vermişlerdir (Nikiforuk 2018). Bu örnek, dönemin ayrımcı davranışlarının neden olduğu, insanın değersizleştirilmiş, hiç konumuna indirgenmiş olan varlığının dramatik bir göstergesidir. Salgınların bu denli yarattığı derin yıkımlar nedeniyle Tanrı'nın gazabı ve insanların günahına karşılık bir bela olarak algılanmış olması, bazı insanları hedonizme yöneltirken, bazılarını da diğer uca, münzeviliğe itmiştir (Çıpa 1995). "Kara Ölüm" sonrası 1630 yılında başlayan diğer veba dalgasında, İspanya'daki Fransızlar "zehir saçan insanlar" olarak damgalanmıştır (Price-Smith 2008). ABD'de 1832 yılındaki kolera salgınında İrlandalı Katolik göçmenler günah keçisi konumuna getirilmiş, San Fransisco'da ise 19. yüzyıl boyunca yaşanan çiçek ve veba salgınlarında, Çinliler birçok kez aynı şekilde damgalanmıştır (Trauner 1978; Craddock 1999). Görüldüğü üzere, toplumların hemen her dönemde kötülükle ve günahla özdeşleştirebilecekleri, suçu "kurbanlarına" yıkacakları, ceza hükmünde bir hastalığa mutlaka ihtiyaçları olmuştur (Sontag 2005 p. 110). Başlangıç dönemi 1980'ler olan AIDS salgınında da Haitililer benzer şekilde damgalanmış, SARS salgını sırasında çeşitli basın organlarında ve karikatürlerde ise Çinliler damgalanmıştır (Artvinli 2020 pp. 43-60). COVID-19 pandemisinde ABD, Kanada, Avustralya ve çoğu Avrupa ülkesinde Çinliler ve Asyalıların, Hindistan, Çin ve Sri Lanka'da Müslümanların,

Tayland gibi Uzakdoğu ve Asya ülkelerinde ise Avrupalıların benzer şekilde hedef gruplar haline getirildiği gözlemlenmiştir (Chung ve ark. 2020; Roberto ve ark. 2020). Özellikle Çinlilere yönelen ayrımcı ve damgalayıcı söylem ve davranışlar hastalığın dünya genelinde yaygınlaşması ile yaşlılar, seyahat edenler, sağlık çalışanları, hastalananlar ve yakınları başta olmak üzere birçok kişileri ve grupları hedef aldığı görülmektedir (Başterzi ve ark. 2020 pp. 415-424). Hastalığın başladığı ilk gün itibari ile çeşitli etnik grupların ve ırkların hastalıktan etkilenip etkilenmeyeceğine dair ayrımcı söylemler, hurafeler, asılsız bilgiler medya ve sosyal medyada hızla yayılmış, hastalığın ortaya çıkışına dair komplo teorileri de ayrımcılığı güçlendirecek şekilde bazı devletleri hedef alan (Başterzi ve ark. 2020 pp. 415-424) damgalama sebebi haline gelmiştir.

Çoğu toplumda damgalamanın en önemli mağdurları ruhsal bozukluğu olan bireyler olmuştur (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003). Diğer hastalıklardan farklı olarak ruhsal bozuklukların tamamı damgalamaya konu olabilmektedir (Üçok 2003). Çağlar boyunca ruhsal bozukluğu olan kişilerin tanrı tarafından cezalandırıldıkları, kötü ruhlar tarafından ele geçirildikleri şeklindeki düşünceler ile çevrelerine karşı tehlikeli ve zararlı oldukları yaygınlaşarak kabul görmüş bir gerçektir. Bu tipte olan hastalıkların rezillik işareti olarak görülmesiyle damgalanan bu kişiler sağlıklı ve normal olanlardan ayrılarak; kınanmış ve itibarsızlaşmışlardır (Özmen ve Erdem 2018). Eski Çin, Mısır, İbrani ve Yunan dillerinde yazılmış ilk yapıtlarda da normal dışı davranışlar kişinin iyi ya da kötü ruhlardan hangisinin etkisine girdiğini, gösterdiği belirtilere bakılarak karar verilmiş; genellikle dinsel ve mistik konuşmalar yapan hastaların iyi bir ruhun ya da tanrıların etkisine girdiğine ve doğaüstü güçlere sahip olduğuna inanılırken; taşkın davranışlar gösteren ve çoğunluğu oluşturan hastaların, kötü ruhlara tutsak olduklarına ve tanrıların gazabına uğradıklarına inanılmıştır (Geçtan 1975 p. 38). Ortaçağ Avrupası'nda ruhsal bozuklukların nedenleri şeytana bağlanmış ve şeytan kaçırtma yöntemleri önem kazanmaya başlamış olup tedavide şeytana tutsak olduğu sanılan kişiye öldürücü darbe vurularak kaba ve ayıp sözler sarf edilmiş, uzun küfürler yağdırılmıştır (Geçtan 1975 p. 41). İnsanlar bilmedikleri, öngörmedikleri ve karşısında çaresiz hissettikleri durumlarla baş edebilmek, kendilerini güçlü hissedebilmek için; bu durumun kendi başlarına gelmeyeceğini, düşmanlarından gelen bir saldırı ya da tehdit olduğuna inanma eğilimleri ile (Başterzi ve ark. 2020 pp. 415-424) şizofreni tanılı bireylerde de görüldüğü üzere hastaları dışlamışlardır (Schulze ve Angermeyer 2003). Şizofreni tanısı gibi kronik seyirli ilerleyen ruhsal bozuklukların düzelmeyeceği düşüncesi bunlara yönelik damgalamanın

azalmasında etkisiz kalırken (Phelan 2002; Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003) diğer yandan bir zamanlar tedavisi olmayan tüberküloz, sifiliz gibi hastalıkların çareleri bulundukça damgalamanın azaldığı görülmüştür (Oran ve Şenuzun 2008).

2.3. Damgalamanın Kavramsallaşması İle İlgili Kuramlar

Damgalamanın kavramsal çerçevesi oluşturulurken en önemli kuramlardan biri etiketleme kuramıdır. Etiket, kişinin çevresine, işine ve öz saygısına etki etmektedir ve bu süreçte damgalama kişi için çok belirgin bir hale dönüştüğünden değersizleşme ve ayrımcılığa maruz kalma korkusuyla damgalanan bireylerin kişiler arası etkileşiminde azalma söz konusu olmaktadır (Özaslan ve Akca 2017). Link ve Phelan'ın etiketleme modelini, damgalama ile ilgili kavramların tek bir bileşen üzerinden tanımlanmaya çalışılmasından ziyade aşağıda tanımlanmış bileşenlerin birbiri ile ilişkisi sonucunda ortaya çıkması üzerine kurmaktadır (Link ve Phelan 2001a p. 367). Bileşenler aşağıdaki gibidir;

1. Etiketleme; insanlar, damgalanan kişiyle kendi kişisel özellikleri arasındaki farklılıkların önemli olduğuna karar verip sınıflamakta ve etiketleyerek sürecin başlamasına neden olmaktadır.
2. Stereotipleme; etiketlenen farklılıklar ise baskın kültürel inançlar nedeni ile istenmeyen olumsuz özelliklerle ilişkilendirilmektedir.
3. Ana grup, etiketli grubu temelde farklı olarak algılamakta ve etiketli kişilere “onlar” “bizden” değil şeklinde farklı kategorilere yerleştirerek ayırmaktadır.
4. Etiketli kişiler/gruplar devalüe edilmekte, reddedilmekte ve statü kaybı veya ayrımcılık süreçleri ile dışlanmaktadır (Link ve Phelan 2001a p. 367).

Son olarak, damgalama tamamen farklılığın tanımlanmasına, stereotiplerin inşasına, etiketli kişilerin farklı kategorilere ayrılmasına ve onaylamamanın, reddinin, dışlamanın ve ayrımcılığın tam olarak yaşanmasına neden olan sosyal, ekonomik ve politik güce erişime bağlanmaktadır (Link ve Phelan 2001a p. 367). Bu teoriye göre damgalanma, damgalanan kişinin içselleştirmesi sonucu oluşmaktadır. Bu durumda bahsedilen bu güç ile ilgili durumlarda, halkın sosyoekonomik olarak güçsüz olan kısmı daha kolay etkilenebilir hale gelmekte olduğu sonucu çıkmaktadır.

Etiketleme kuramı, suçluluğun anlaşılmasında ve güç ilişkilerinde önemli rol oynamakta olup çoğu zaman yasa koyucu ve düzen güçlerini temsil eden ya da başkalarının ahlâkı üzerine geleneksel tanımlamalar getirebilecek nüfuzdaki insanlar yapıştırmaktadır (Özmen 2018). Etiket kişinin kimliğinin bir parçası haline geldiğinde, kişi bu etiketi gizli tutmaya, çeşitli sosyal gruplardan geri çekilmeye ve/veya etiket hakkında diğerlerini eğitme eğilimine girmektedir (Özaslan ve Akça 2017).

Yükleme teorisi (Attribution Theory) ise, insanlar, olay ve davranışların sebeplerini açıklama işlemini gerçekleştirirken kullandıkları modellerle ilgilenen sosyal psikolojinin önemli bir teorisi olmakla birlikte nedensel yüklemelerin kuramlaştırılması Fritz Heider (1958) ile başlamaktadır. Heider'e göre davranışlarımız anlama-bilme ihtiyacı ve bunları kontrol etme ihtiyacı olarak iki motivasyondan oluşmaktadır (Duman 2004). İnsanlar, genellikle olayları pasif bir şekilde gözlemeyip etraflarında meydana gelen olayların nedenlerini öğrenmek için güçlü bir motivasyonla çıkarımlarda bulunmakta, sonuçları da yapacağımız davranışları etkilemektedir (Duman 2004). Weiner ve ark. (1998), damgalanan kişiye yönelik bilişsel-duygusal süreçleri belirleyen damgalanmanın algılanan nedenini yükleme teorisi ile açıklamaktadır. Nedene yönelik olan çıkarımlarda bulunan insalarda öfke ya da acıma duyguları gelişmekte bu da davranışlarını şekillendirmektedir. Kişide öfke duygusunun oluşması ile ruhsal bozukluğa sahip kişinin hastalığı ile ilgili sorumluluk düzeyi belirlenmektedir. Bu yaklaşıma dayanarak, ruhsal bozukluğun nedeni kontrol edilebilir olarak algılanırsa, o zaman başkaları tarafından öfke ve ayrıca cezalandırma veya ihmal etme eğilimleri ortaya çıkacaktır (Brown 2008). Aksine, neden olan faktör kontrol edilemez olarak algılanırsa, başkaları tarafından acıma duyguları ve yardım etme eğilimi ortaya çıkacaktır (Brown 2008).

Corrigan ve Watson'ın (2002) modeli, nedensel olarak ilişkili görülen stereotip, önyargı ve ayrımcılık bileşenlerini içermekte olan "durumsal modelinde", düşük benlik saygısı ve azalan öz-yeterlik, haklı öfke veya kayıtsızlık durumları ile damgalanmaya tepki verdiğinden bahsetmektedir. Örneğin, ruhsal bozukluğa sahip bir kişinin tehlikeli olduğuna inanan (biliş) (stereotip) bir kişi, ruhsal bozukluğa sahip olan kişiyi olumsuz olarak değerlendirebilmekte ve bu değerlendirme önyargıya yol açabilmektedir (Kassam 2012). Sonuç olarak damgalanan kişi açısından aşağıdaki durumlar gelişebilecektir:

1. Ruhsal bozukluk nedeni ile benlik saygıları azalmış kişiler daha düşük öz saygı ve azalan öz yeterlilik sergileyecektir,
2. Başkalarının olumsuz tepkilerini adaletsiz veya ilgisiz olarak gören insanlar, damgalanma nedeniyle öz saygısında hiçbir azalma yaşamayacaklardır,
3. Öz saygıları bozulmamış kişiler, ruhsal bozukluğa sahip insan grubuyla özdeşleşmelerine bağlı olarak damgalanmaya kayıtsızlık veya öfke ile yanıt vereceklerdir,
4. Yüksek grup kimliğine sahip olanlar, haklı öfke göstereceklerdir,
5. Grupla özdeşleşmeyenler damgalanmaya kayıtsız kalacaktır (Corrigan ve Watson 2002).

Damgalayan tarafta ise korku gelişmesi neticesinde ruhsal bozukluğa sahip kişi standart altı bakım alarak ve ruhsal bozukluğu için uygun olmayan bir şekilde tedavi edilerek ayrımcılığa (davranışa) maruz kalacaktır (Corrigan ve Watson 2002).

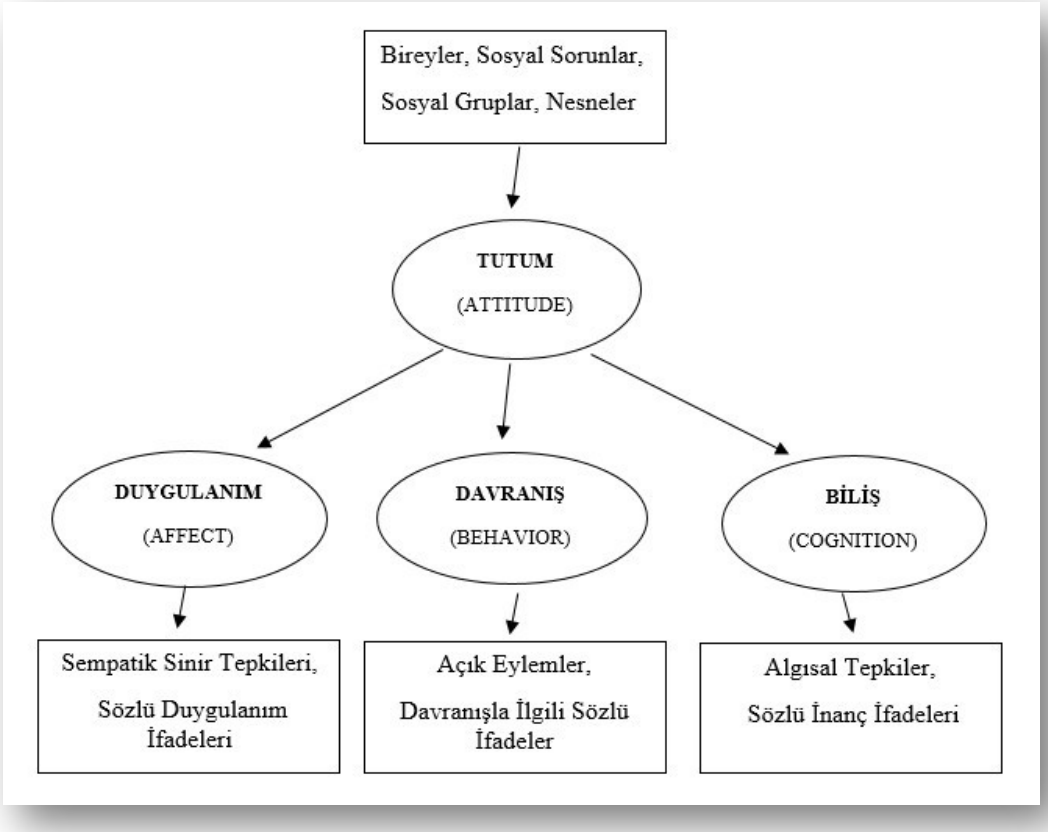
Bu modellerden çıkarılabilecek sonuçlara bakıldığında genellikle bilişsel, duyuşsal ve davranışsal bileşenlerin dahil edilerek oluşturuldukları görülmektedir. Damgalamanın literatürde çok belirsiz bir şekilde tanımlandığı ve bireysel olarak odaklandığı için eleştirilmiştir (Link ve Phelan 2001a p. 364) ve bu nedenle mevcut modeller damgayı bileşenlerin dinamik bir ilişkisi olarak tanımlamaktadır (Kassam ve ark. 2012). Ruhsal bozukluklar ile ilgili damgalanmayı sosyal psikolojik bir fenomen olarak tanımlamada yararlı olsalar da, ruh sağlığının teşviki ve ruhsal bozukluğun damgalanmasını azaltmayı amaçlayan sağlık eğitimi müdahalelerinin sonuçlarını ölçmek için geçerli veya yararlı olmayabilirler (Kassam ve ark. 2012).

Damgalanmanın son kavramsallaştırması olarak, damgalanmanın üç temel unsuru içeren; biliş (kültür veya din nedeniyle yanlış bilgi/anlayış farklılıkları), tutumlar (önyargı) ve davranış (ayrımcılık)'ın kapsayıcı bir terim olduğu öne sürülen üçlü tutum yapısı modelidir (Thornicroft 2006). Rosenberg ve Hovland (1960) tarafından geliştirilen *Tripartite Model* Üçlü Teori, bir kişinin genel tutumunu üç ölçülebilir bileşen arasındaki bir etkileşim olarak görmektedir: duygulanım, davranış ve biliş (Breckler 1984).

1. Eylem yönelimleri, araçsal öğrenme süreçleri yoluyla gelişebilmektedir (örneğin, geçmiş pekiştirmeler kullanılarak bir tutum nesnesine verilen tepki).
2. Bilişler; iletişim veya eğitim materyallerine daha önce maruz kalınarak gelişebilmektedir.
3. Duygulanım (veya duygu), klasik koşullanmanın ürünü olarak bir tutum nesnesinin duygusal bir uyaranla geçmişteki eşleşmesidir (Breckler 1984).

Breckler'e göre, tutum bileşenleri bilişsel süreçlerle yapılanmamaktadır. Tutumsal duygulanım, sözel veya bilişsel öncüllere sahip olmayabilmektedir. Birçok davranış ve eylem yönelimi, sözel veya bilişsel olmayan mekanizmalar yoluyla da oluşturulabilmekte ve dolayısıyla, tutumun üç bileşeni, gelişimsel kökenleri açısından ayırt edilebilmektedir (Breckler 1984). Brecker (1984)'in "Üçlü Tutum Yapısı Modeli" Şekil 2.3-1'de verilmiştir.

Bilgi, tutumlar ve davranış çerçevesi net müdahale hedeflerine ve ölçüm birimlerine olanak vermektedir (Thornicroft 2006). Aynı zamanda bu üç komponent sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde yaygın olarak kullanılan bir çerçevedir (Torre ve ark. 2012). Corrigan'ın modeline benzer şekilde, üç taraflı model, önceki modeller gibi ayırmaktan ziyade ortak klişeler veya duygusal tepkiler olarak ortaya çıkabilecek önyargı biçimindeki tutum sorununa odaklanmaktadır (Thornicroft 2006). Üç taraflı model, ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik tutumların, damgalanmanın çeşitli boyutlarıyla incelenmesi açısından uyarlanabilir bir modeldir (Thornicroft 2006).



Şekil 2.3-1: Üçlü Tutum Yapısı Modeli -Breckler (1984)'dan

2.4. Damgalamanın Aşamaları

Damgalama konusunda çalışanlardan biri olan Corrigan ve Watson (2002 p. 16) damgalamayı "kalıpyargı" (stereotip), "önyargı" ve "ayrımcılık" olmak üzere, üç aşamada değerlendirmiştir. Link ve arkadaşları (2004) ise dördüncü aşama olarak "duygusal reaksiyonlar"ı ve (Link ve Phelan 2001a) beşinci aşama olarak "statü/sosyal statü kaybı ve ayrımcılık"ı eklemiştir. Bu ardışık zihinsel süreçlerin birleşimi olan damgalamanın aşamaları;

1. Etiketleme
2. Kalıpyargılar (stereotipiler)
3. Bilişsel ayırma/önyargılar
4. Duygusal reaksiyonlar
5. Sosyal statü kaybı ve ayrımcılık

şeklinde beş aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşaması etiketleme olmak üzere damgalama bu şekli ile bir düzlem üzerinde gerçekleştiği varsayıldığında, son aşamasının ise ayrımcılık olduğu söylenebilmektedir (Bilge ve Çam 2010).

2.4.1. Etiketleme

Damgalama süreci genellikle kişinin bir ruhsal bozukluk tanısına ilişkin bir etiketi alması ile başlamakta ardından toplumun da ortak görüşünü temsil eden stereotipileri ile kendini göstermektedir (Taşkın 2007). Farklılıkları nedeni ile normalden sapma davranışı gösteren kişiler, diğerlerinden kolayca ayırt edilebilmesi için negatif olarak yüklenilen nitelemelerle karşılaşmakta ve böylelikle etiketlenmektedirler (Bağ ve Ekinci 2005; Özmen 2018). Toplum ise etiketlenen bu kişiyi gerçek kimliği ile değil kendi istediği gibi algılayıp tutumlarını buna göre düzenlemektedir (Özmen 2018). Haghighat'ın da dediği gibi (2001) "bir kişi kendi görüşünü, ahlaki değerini, neyin doğru olduğuna karar vermek için kullanmamalıdır".

2.4.2. Stereotipi (kalıp yargı)

Stereotipi, latincede, *stereos* katılık ile *tupos* iz sözcüklerinin birleşmesinden oluşan bir kavramdır. Walter Lippmann (1922) "stereotip" terimini ilk kullanan ve gerçek dünya ile stereotipler, yani "kafamızda taşıdığımız küçük resimler" arasındaki ayrımı yapmıştır (Aronson ve ark. 2012 p. 752). Ruhsal bozukluğu olan kişilerin nasıl kişiler oldukları konusu toplumun daha önce üzerinde hemfikir olduğu tanımları belirleyen bir kavramdır ve "bir kez oluştuktan sonra hiç değişmeyen" anlamında kullanılmaktadır (Taşkın 2007).

Yalnızca kategorilerden ibaret olmayan stereotipleştirme, etiketlenen kişiler arasında fark olup olmamasına bakmaksızın bir grubun hemen hemen hepsi ile ilgili aynı karakteristik özellikleri onlara atfederek, genelleme yapma aşamasıdır. Stereotipler yeni bilgilerle değiştirilmesi çok zor olan bilişsel süreçlerdir. Dünyaya bakışımızı basitleştiren bir teknik olan stereotipleştirme zorunlu olarak kasıtlı kötü muameleye yol açmaz (Aronson ve ark. 2012 p. 752).

Ruhsal bozukluğu olan kişi dendiğinde bu kişiler özellikle bu stereotipilerle birlikte kavramlaştırılıp toplumdaki "ruhsal olarak hasta kişi" stereotipisi, pek çok çalışmada gösterildiği üzere "tehlikeli" ve "ne yapacağı belli olmaz" stereotipisidir (Taşkın 2007).

2.4.3. Önyargılar/Bilişsel ayırma

Önyargı, kişilerin bir nesne ya da durum konusunda, dış gerçekler hakkında bilişsel bir değerlendirme yapmaksızın, daha çok önceki bazı yargılar ve stereotipiler üzerinde oluşturulmuş bir yargıdır (Taşkın 2007). Önyargı, genel tutum yapısını ve bunun duygulanımsal (duygusal) bileşenini anlatmaktadır (Aronson ve ark. 2012 p. 750). Nesnenin ya da durumun gerçek özellikleri önyargılı bir yaklaşımda önem taşımamaktadır (Taşkın 2007). Çünkü artık etkinleşen stereotipiler nedeni ile ruhsal bozukluğa sahip kişi, diğer özelliklerinden bağımsız olarak tehlikeli bir kişi olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (Taşkın 2007). Tutum ile bağlantılı olan önyargı terimi ise; nesnelere karşı negatif bir bakış açısı, bir davranış olarak görülüp kişisel bir seçim olarak içselleştirilerek kendini ortaya konulan sosyal mesafede açığa vurmaktadır (Aker ve ark. 2002). Aronson ve ark. (2012 p. 783) yapılan stereotiplemelerin nedenini "bilişsel cimriler" olmamızdan kaynaklandığından bahsetmektedir ve duygusal tutumların duygusal olmayanlara oranla daha zor değişebileceğini söylemektedir. Güçlü önyargıya sahip bir kişinin yaptığı yoğun stereotipleştirme, önyargılı tutumların bilişlerden oluşan kapalı bir devreye, bir kaleye dönüşmesinden dolayı bu yapı mantıksal argümanların ya da birbirleriyle bağlantısız çürütücü bilgilerin etkisini azaltmaktadır (Aronson ve ark. 2012 p. 783). Birbirini destekleyen kavramlar olan önyargı ve stereotipinin doğal sonucu olarak ruhsal bozukluğa sahip kişilere karşı gelişen farklı türdeki reaksiyonlar genellikle öfke ve korku gibi negatif duygular şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Amerikalı bir hukukçu olan Oliver WenaeU Holmes-' Jr. (1907)'ında dediği gibi "bağnazın zihni gözdeki iris gibidir, üzerine ne kadar ışık tutarsanız o kadar daralır" (Kaynak: Aronson ve ark. 2012 p. 770).

2.4.4. Duygusal Reaksiyonlar

Duygusal reaksiyonlar, damgalayan ve damgalanan arasındaki davranışı anlamlandırmak amacıyla tanımlanan kritik olan bir konudur (Özmen 2018). Kişilerin ötekileştirilmesinin temelinde, damgalayanın sahip olduğu sinirlilik, hassasiyet, anksiyete, acıma, öfke ve korku gibi birçok duygu oluşturmaktadır (Taşkın 2007). Ruhsal bozukluğa sahip kişilerin tehlikeli kişiler olduğu/olabileceği bilindiği üzere korkunun en büyük nedeni olmaktadır. Öfkenin kökeninde ise daha çok ruhsal bozukluğa sahip kişinin toplum huzurunu bozan kişiler olarak değerlendirilmelerinin yanı sıra işe yaramaz, beceriksiz ve kendilerine bakamayan kişiler olarak değerlendirilmeleri de yatmaktadır

(Taşkın 2007). Tehlikeliliğe dair verilen bu duygusal reaksiyon, ruhsal bozukluğu olan kişilerden toplumun uzaklaşmasını ve onları dışlamaları gerektiği inancını körüklemektedir (Martin ve ark. 2000).

2.4.5. Sosyal Statü Kaybı ve Ayrımcılık

Sosyal statü kaybı ve ayrımcılık; etiketleme, steroitipleme ardından önyargı ve nihai ortaya çıkan duygusal reaksiyonlar neticesinde damgalanan kişiye karşı uygulanan haksız ötekileştirmeler ile kendini göstermektedir. Aronson ve ark. (2012) bu kavramı önyargının eylem bileşeni olarakta tanımlamıştır. Bir grubun üyelerine, yalnızca bu gruba üye oldukları için, haksız bir şekilde olumsuz ya da zarar verici eylemler sergilemesi ayrımcılık olarak adlandırılmaktadır (Aronson ve ark. 2012 p. 758). Önyargılı davranışların sonucu diğer bir değişle bir bireyin negatif stereotipilere sahip olması ile haksız muamele yapması ile sonuçlanabilmektedir (Aronson ve ark. 2012 p. 758).

Ayrımcılık, toplum içerisinde bazı kişi ve grupların damgalama ve önyargıyı içeren düşünceleri nedeniyle, diğerlerini hak ve menfaatlerden men etmesidir (Bilge ve Çam 2010). Sosyal konum, kişinin etki alanını ve gücünü etkilediğinden hedeflerine ulaşma başarısını sağlayacak yeteneklerini etkilemektedir (Link ve Phelan 2001b). Duygusal reaksiyonlar ile ruhsal bozukluğa sahip kişilerin toplumdaki statülerinin bir şekilde sarılsılmaya başladığı görülmektedir. Sosyoekomik açıdan zayıf kişilerin ise bu sarsıntıdan en hızlı etkilenecek grup olduğu çıkarımı yapılabilir.

2.5. Damgalama İle İlişkili Kavramlar

2.5.1. Damgalamanın Yardım Arama ile ilişkisi

Damgalamanın yardım arama davranışı ile ilgili ilişkisini incelemeden önce "yardım arama"nın ne anlama geldiğinin bilinmesi gerekmektedir.

Literatür incelendiğinde psikolojik yardım arama ile ilgili olarak, kişilerin yaşadıkları zorlukların üstesinden gelebilmeleri için farklı destek kaynaklarından yararlanmaları anlamına geldiği bilinmektedir (Nicholas ve ark. 2004). Psikolojik yardım arama süreci ise, kişinin yaşadığı problemin sağlık problemi olduğunun fark edilmesinden profesyonel yardım almaya karar verene kadar geçen süre şeklinde tanımlanmıştır (Rogler ve Cortes 1993). Yardım arama süreci dört aşamadan oluşmaktadır:

1. Problemin fark edilmesi: Problemin varlığının fark edilmesi ve semptomlarının anlaşılmasının ardından dışardan bir yardım gereksinimine duyulan ihtiyaç ile başlamaktadır.
2. Var olan belirtileri ve durum için desteğe gereksinimi olduğunu ifade etmesi: Bu aşamada kişi düşünce ya da davranışlarındaki değişimin farkında olup rahatsızlık duyduğu süreçlerden kurtulmak için desteğe gereksinimi olduğunu ifade etmektedir.
3. Ulaşılabilir ve uygun yardım arama kaynaklarının olması, kimden ve nereden yardım alacağına karar verme: Destek gereksinimi olduğunu kabul eden kişi destek alabileceği kaynak arayışına girmekte ve yardım almaya karar vermektedir.
4. Yardım almayı ve yardım kaynaklarına sorunu ifade etmeyi kabul etme: Bu aşamada ise kişi ulaştığı kaynağa sorunlarını ifade etmeyi böylelikle yardım almayı kabul etmektedir (Rickwood ve ark. 2005)

Toplumun ruhsal bozukluklara ve ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımına yönelik damgalayıcı tutumlar, kişilerin yardım aramalarını etkileyen bir faktördür (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003). Damgalayıcı tutumların sonucunda ruhsal bozukluğu olan birey ve yakınları, toplumdan izole edilmekte ya da dışlanarak sağlık yardımı arama davranışlarını azaltmaktadır (Çam ve Bilge 2013). Ruh sağlığı ile ilgili damgalanmanın yardım arama üzerindeki etkisini araştıran nitel çalışmaların sentezinin yapıldığı bir sistematik derlemede, damgalama ve yardım arama arasındaki ilişkinin altında yatan süreçlerin ayrıntılı bir kavramsal modeli beş ana temayla belirlenmiştir.

1. Bir kişinin tercih ettiği öz kimliği veya sosyal kimliği ile ruh sağlığı hakkındaki yaygın klişeler arasındaki uyumsuzluk,
2. Olumsuz sonuçların beklentisi/deneyimi,
3. Kendini ifade etmeme ihtiyacı/tercihi,
4. Yardım aramaya olanak sağlamak için kişiler tarafından kullanılan damgalanmayla ilgili stratejiler,
5. Yardım aramayı kolaylaştıran bakımın damgalanma ile ilgili yönleri. (Clement ve ark. 2015).

Kişiler ruh sağlığı hizmeti almak için başvurduklarında, "psikiyatri hastası" olarak damgalanacaklarını düşünmekte, bu nedenle damgalanmanın negatif sonuçlarından kaçınmak için psikiyatri kliniğine başvurmakta çekingen davranabilmektedirler (Kamış

2016). Corrigan (2004), resmî kurumlarca sağlanan bakımı, neden olabileceği damgalama nedeni ile istemeyen kişiler ve ruhsal bozukluğa sahip olmanın verdiği utanç duygusunu yaşamak istemeyen içselleştirilmiş damgalama deneyimi yaşayanlar olmak üzere damgalanmanın bu iki yol ile yardım arayışını engelleyebileceğini öne sürmektedir. Schomerus ve Angermeyer (2008)'de yardım aramaya (tedavi damgası) bağlı damgalama, ayrımcılık ve içselleştirilmiş damgalanmanın aynı şekilde yardım aramayı engellenebileceğinden bahsetmişlerdir. Damgalanmanın ruh sağlığı sorunları için yardım arama üzerindeki etkisini araştıran 90189 katılımcılı 144 çalışma ile yapılan bir sistematik derlemede damgalamanın, yardım aramada dördüncü en yüksek engel olduğu ve diğer engel türlerine kıyasla yardım arama üzerinde orta derecede olumsuz bir etkiye sahip olduğu ayrıca ruh sağlığı sorununun ifade edilmesi ile ilgili tutumun ve gizlilik endişelerinin en sık bildirilen damgalama engeli olduğu bildirilmiştir (Clement ve ark. 2015).

Psikotik olmayan, fakat yardım ihtiyacı hisseden bireyler tedaviye başvurmamalarının nedenlerini, sorunlarını kendi başlarına çözme isteği ya da kendiliğinden geçmesini ummaları olarak ifade etmektedirler (Aromaa ve ark. 2011).

Coppens ve arkadaşları (2013) ise kişisel damgalama ile tedaviye yönelik tutumlar, tedaviye açıklık arasında negatif ilişki saptanmış olmasına karşın yine de insanların yaklaşık %70'inin profesyonel yardım aramaya açık olduklarını bildirmiştir. Bu ilişkinin algılanan damgalanmayla saptanmamış olması tedavi için yardım aramanın önündeki engelin kişisel damgalama olduğunu düşündürmektedir (Coppens ve ark. 2013). Algılanan damgalanma ve kendini damgalamanın yardım aramayla ilişkili olabileceği, tedaviye başvuruyu ve tedaviye uyumu etkileyebileceği bildirilirken (Corrigan 2004; Vogel ve ark. 2007), diğer bir çalışmada, ruhsal bozukluklarla ilişkili kendini damgalama ve tedavi aramayla ilişkili kendini damgalama süreçlerinin birbirinden bağımsız işleyen süreçler olduğu bildirilmiştir (Tucker ve ark. 2013).

Damgalama sürecinin yardım arayışı üzerindeki etkisi yakın çevresinin tutumu ile ilgili olarak içselleştirilen toplumsal damgalamayı arttırmakta ve kişinin kendini damgalamasına, böylece psikolojik yardım arayışına girmemesine yol açmaktadır (Sezer ve Kezer 2013). Öte yandan kişilerin çevreleri ile kurdukları yakın ve güvenilir ilişkiler ile ilgili çalışmalarda (Wynaden ve ark. 2005; Çankaya 2008), yardım aramada yardım verecek olan birim ya da kişiye olan güvenin yardım aramayı olumlu yönde etkileyen önemli bir etken olduğu belirlenmiştir.

2.5.2. Damgalama ve Sosyal Mesafe

Bu kısımda damgalamanın, kişinin ruhsal bozukluğu olan insanlardan uzak durma arzusu ile ilişkili bulunan sosyal mesafe kavramı ele alınacaktır.

Ruhsal bozukluğa sahip kişilerin içinde yaşadıkları toplum tarafından reddedilmesi sonucu toplumsal kaynaşmanın sağlanamadığının görülmesi üzerine sosyal mesafe kavramı doğmuştur (Taşkın ve ark. 2006). Sosyal mesafe, kişilerin sosyal ilişkilerinde ruhsal bozukluğu olanların katılımını ne kadar kabul ettiklerinin derecesi olarak tanımlanmaktadır (Arkar 1991).

Sosyo-demografik değişkenlerin ruhsal bozukluğa sahip kişilere yönelik tutum ve sosyal mesafe oluşturma isteğine etkisi incelendiği çalışmalarda genel fikir, tutarlı olmayan sonuçlara rağmen daha düşük sosyal statü veya sosyoekonomik düzeyin, ruhsal bozuklukların tanınmasını, hastalara yönelik sosyal mesafeyi ve damgalama eğilimini olumsuz yönde etkilediği şeklindedir (Aydemir 2004). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşireler ile yapılan bir çalışmada depresyonu olan kişileri tehlikeli bulmadıkları, depresyonu olan kişilere karşı sosyal mesafe koymadıkları, depresyonun düzelebileceğini düşündükleri, ortam değişikliğinin depresyonun düzelmesine önemli katkılarda bulunabileceğine inandıkları ve sosyal sorunlar düzelmeden depresyonun düzelmeyeceğini ifade ettikleri saptanmıştır (Eşsizoğlu ve Arısoy 2008). Başka bir çalışmada hasta yakınlarının çoğunluğu "şizofreni tanılı bireyleri saldırgan ve kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacak durumda insanlar" olarak belirtmişlerdir. Hastaların saldırgan olarak algılanması sosyal mesafeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Sağduyu ve ark. 2003).

Koyak ve Arslantaş (2020)'ın adölesanlar üzerinde yaptığı bir çalışmada kontrol grubu olarak yer alan öğrencilerin ruhsal bozukluklarla ilgili sosyal mesafe açısından düşüncelerinde de bir değişim olmadığını aksine kontrol grubunun sosyal mesafe ölçeği toplam puanında artış gözlendiği bildirilmiştir. Bu da toplumda ruhsal bozukluklara karşı olumsuz bir bakış açısının olduğunu ve buna bağlı olarak da ruhsal bozukluğu olanlara sosyal mesafe konulduğunu destekler niteliktedir. Denek grubunda ise verilen eğitimin ruhsal bozukluklarla ilgili düşünceleri olumlu olarak değiştirdiği ve bunun sonucu olarak ruhsal bozukluğa sahip kişiler ile aralarına koydukları sosyal mesafenin davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Koyak ve Arslantaş 2020).

Taşkın (2004), damgalama, ayrımcılık ve ruhsal bozukluk konusunda yaptığı çalışmasında; toplumun ruhsal bozukluğu olan bireyler ile ilgili tehlikelilik inancı, öngürülemez davranışları, bizar görünüşe sahip ve kişisel bakımlarının kötü olması nedeniyle kişileri reddetme eğilimi içinde olduklarını belirtmektedir. Bu sebeple halkın, ruhsal bozukluğu olan kişilerle yakın ilişkiler içinde olmaktan kaçındıkları ve toplum ile ruhsal bozukluğu olan bireylerin olması gerektiği gibi yakınlaşamamalarının sosyal mesafe kavramının doğmasına sebep olduğu belirtilmektedir (Taşkın 2004)

2.6. Ruhsal Bozukluklar ve Damgalama

Dünyada yeti yitimine en çok neden olan 10 hastalıktan beşinin ruhsal bozukluklar olduğu bilinmektedir. DSÖ verilerine göre dünyada yaklaşık 450 milyon kişide ruhsal bozukluk ve nörolojik hastalık bulunmaktadır (WHO 2003). Ülkemizde ise Türkiye Ruh Sağlığı Profili raporuna göre ruhsal bozukluklar toplumun %17.2'sinde görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2007). Hıfzıssıhha Mektebi'nin "Ulusal Hastalık Yükü Araştırması" raporunda Ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin dağılımı incelenmiş ve kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19,0 ile ikinci sırada ruhsal bozuklukların yer aldığı belirlenmiştir (Erkoç ve ark. 2011). Veriler, ruhsal bozuklukların toplumda ne derece yaygın olduğunu göstermektedir.

Ruhsal bozukluklara sahip kişileri ve ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve davranışların tarihçesi insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte tarihsel süreç içerisinde, çeşitli coğrafyalarda çağdan çağa ve kültürden kültüre ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz tutum ve davranışlar sergilenmekle birlikte farklı şekil ve şiddette kendini göstermektedir (Aker ve ark. 2002; Çam ve Arabacı 2014). Gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde, toplumun normal olarak kabul ettiği düşünce ve davranış kalıplarının dışında kalan ruhsal bozukluğa sahip kişi, olumsuz olarak yargılanmakta ve toplum tarafından soyutlanarak uzaklaştırılmaktadır (Corrigan ve ark. 2003; Bostancı 2005; Bilge ve Çam 2008). Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama; ruhsal bozukluklara yönelik mitlerin, yanlış anlamaların, negatif stereotipilerin ve tutumların sonucudur (Bostancı 2005).

Hayward ve Bright (1997), toplumun ruhsal bozukluklara ve ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik tutum ve davranışların nedenini incelediği makalesinde, dört faktöre değinmiştir: Tehlikelilik, hak etmişlik (sorumluluk yükleme), olumsuz prognoz ve sosyal etkileşimde bozulmadır. "Tehlikelilik" stereotipinin, ruhsal bozukluğu olan kişilere

yönelik toplumun tutumlarının belirlenmesinde gereğinden fazla zarar verici etkisi olduğu belirtilmiştir (Bağ ve Ekinci 2005). Ruhsal bozukluğu olan kişilerin duygu, düşünce ve davranışlarında ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle genellikle normal dışı kabul edilmekte ve toplum tarafından tehlikeli, etrafa zarar veren, nerede ne yapacağı belli olmayan kişiler olarak düşünülmektedir (Açıkgöz ve Akkuş 2018). Tehlikelilik boyutunun sonucu olarak, yapılan çalışmalar farklı kültürlerde ruhsal bozukluklarla ilgili damgalayıcı tutumların kişilerle ilgili bazı temel varsayımlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (Rüsch ve ark. 2005). En yaygın olan varsayımlar; "ruhsal bozukluğu olan bireylerden korkulması", "uzak durulması gereken kişiler oldukları", "ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin sorumsuz davranışları olabileceği ve kendi kararlarını verebilecek yetkinlikte olmadıkları" ve "merhamet ve sürekli bakım gereksiniminde oldukları" şeklindedir (Kamış 2016). Burada bilişsel, duyuşsal ve davranışsal bileşenler düşünüldüğünde ruhsal bozukluğa sahip olan kişiye yüklenen kalıp yargı özelliğine sahip düşüncelerin aksiyona nasıl evrildiği dramatik olarak görülmektedir.

Yapılan araştırılmalara bakıldığında Türkiye'de ve dünyada en çok damgalanan ruhsal bozukluklardan olan şizofreni tanısı (Crisp ve ark. 2000; Özmen ve ark. 2004; Saillard 2010) ile ilgili olarak halkın ve şizofreni tanılı birey yakınlarının, hastalarını saldırgan olarak tanımladığı belirtilmiştir (Sağduyu ve ark. 2001; Sağduyu ve ark. 2003). Yine en çok damgalanan ruhsal bozukluklardan biri de alkol ve madde kullanımıdır (Crisp ve ark. 2000). Bipolar bozukluk, depresyon ve anksiyete bozuklukları için de ruhsal bozuklukla ilişkili damgalanma bildirilmiştir. (Brohan ve ark. 2010). Sosyal hayata yansıması olarak başka bir çalışmada ise psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin ruhsal bozukluğu olan kişiyle evlenmeyi düşünebileceğini belirtenlerin sayısının çok az olduğu (Arslantaş ve ark. 2010), yine psikiyatri polikliniğine başvuran kişilerin depresyon ve depresyon tedavisi konusunda genel halka göre, daha doğru bilgilere sahip olduğu tespit edilmiştir (Taşkın ve ark. 2009). Başka bir araştırmada kırsal kesimde yaşayan halkın %75'i "depresyonlu bir kişi ile evlenmeyeceğini", %50'si "depresyonlu bir komşusunun olmasından rahatsızlık duyacağını", %57'si "depresyonlu birisine evini kiraya vermeyeceğini" ve %50,5'i de "depresyon tanılı bireylerin saldırgan olacağını" bildirilmiştir. Kırsal kesimde yaşayanların, kentte yaşayanlara göre ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı olumsuz inanç, tutum ve damgalamaya sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Taşkın ve ark. 2006; Çam ve Bilge 2013). Bu yönüyle yaşanılan çevrenin damgalamada önemli faktörlerden biri olduğu söylenebilir.

Ruhsal bozukluk belirtileri göstermeye başlayan kişiler genel nüfusun üyeleridir ve ruhsal bozukluklar ile ilgili aynı bilgi havuzunu paylaşmaktadırlar (Thornicroft, G. (2006). Psikiyatri alanında, ruhsal bozuklukların kendisi başta olmak üzere birçok özellikle ilgili olumsuz önyargı ve inançların olduğu bilinmekle birlikte (Kamış 2016), Arslantaş ve arkadaşlarının çalışmasında (2010), psikiyatri polikliniğine başvuran kişiler arasında hem damgalayıcı tutumların hem de damgalanma kaygısının yaygın olduğu tespit edilmiştir. Bahsi geçen bilgi havuzunda başlıca rol oynayan damga "Mental Illness (akıl hastalığı)" damgasıdır. Bu damga tüm ruhsal bozukluğu olan bireylerin tanı ve özelliklerindeki çeşitliliğin hesaba katılmaksızın aynı şekilde damgalanmasını ifade etmektedir (Link ve ark. 1999). Buna göre ruhsal bozuklukların kendisine ve kurumlarına atfedilen bu yargılar kategorize edici, dışlayıcı ve statü kaybettiricidir. Damgalayan kişiye/kuruma dair ve damgalanan kişiye/kuruma dair damga türleri Tablo 2.6.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.6-1: Damgalamanın Türleri

Damgalama Türünün adı	**Tanımı**
Kişisel damgalama (personal stigma)	Bir kişinin diğer insanlarla ilgili damgalayıcı tutumlara sahip olmasını ifade etmektedir (Griffiths ve ark 2004).
Algılanan damgalanma (perceived stigma)	Kişinin diğer insanların kendisine negatif ve damgalayıcı bakışı olduğuna inanmasıdır (Griffiths ve ark. 2004).
Kendini damgalama/ içselleştirilmiş damgalanma (self-stigma/ internalized stigma)	Kişilerin kendileri ile ilgili damgalayıcı tutumlarını belirtir (Corrigan ve Watson 2002). Diğer insanlar tarafından oluşturulmuş olan inançların, görüşlerin; kişilerin iç dünyalarında duygu, düşünce, inanç ve korkular boyutunu etkilemesi ve bir kabul oluşturmasıdır (Saillard 2010).
Yapısal damgalama	Kasıtlı ya da kasıtsız olarak, devlet ya da özel kuruluşların belli bir gruba daha kısıtlı imkânlar sunmasını ifade etmektedir ve yapısal damgalama, meşrulaşan ve bir toplumdaki kurumlar tarafından damgalanan statü ve ideolojik sistemleri ifade etmektedir (Pryor ve Reeder 2011 p. 791-794).
Kurumsal damga	Kamusal alanda gündelik işlemlerde yaşanabilen, kişisel olmayan; dolaylı, örtük tutum ve ilişkilerden gündeme gelir. Ruhsal bozukluğu olanlar gerek işyerlerinde gerekse de sağlık

kuruluşlarında kurumsal damgaya maruz kalabilmektedirler (Saillard 2010).

Ruhsal bozukluğa sahip kişilere, hastalığın kendisine, bakım profesyonellerine ve yardım talebine cevap verebilecek kurumlarına (Bakırköy, Erenköy gibi) kadar işlemiş damgalama fenomeninin bu denli güçlü, kökensel olan bileşenlerinin varlığı hakkında hala hem merak duyulmasına hem de bir çok araştırma yapılmasına neden olduğu görülmektedir.

2.7. Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Bozukluklara Yönelik Damgalama

Sağlık hizmeti veren ve toplum içinde sağlık konusunda danışman rolü olan sağlık çalışanlarının tutumları, ruhsal bozukluğa sahip olan hastaların gereken yardımı alabilmelerini ve gerektiğinde yönlendirilmelerini etkileyen önemli bir etmendir (Özmen ve ark. 2003). Sağlık çalışanlarının tutumlarını etkileyen nedenler, aslında halk kültüründen gelen ve deneyimlerle değişikliğe uğramış felsefe veya inançları içermektedir (Aker ve ark. 2002). Ruh sağlığı çalışanlarının, ruhsal bozukluğa sahip kişileri tedavi ettiği tavır, entelektüel olarak daha düşük statüdedir ve işlevsel olarak hem başvuran kişinin hem de ruh sağlığı çalışanının damgalanma ve ayrımcılık döngüsünü beslemekte olan bir diğer sebeptir (Kassam ve ark. 2010).

Pek çok sağlık çalışanının ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı sergilediği olumsuz tutum ve bakış açıları, ruhsal bozukluğa sahip kişinin aldığı bakımın kalitesini ve nihayetinde bu kişilerin yaşam kalitesini şekillendirmektedir (Stuber ve ark 2014). Knaak ve ark. (2017), damgalama davranışları ve tutumlarının; yardım aramada gecikmelere, tedavinin kesilmesine, yetersiz terapötik ilişkilere, hasta güvenliği endişeleri ve daha düşük kaliteli mental ve fiziksel bakım almalarına neden olduğunu bildirmiştir. Henderson ve ark. (2014)'ın yaptığı sistematik derlemede ise sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalar incelenmiş ve incelenen araştırmalarla tutarlı olarak ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik damgalayıcı tutum ve davranışların sağlık hizmetleri yelpazesinde mevcut olduğunu göstermiştir.

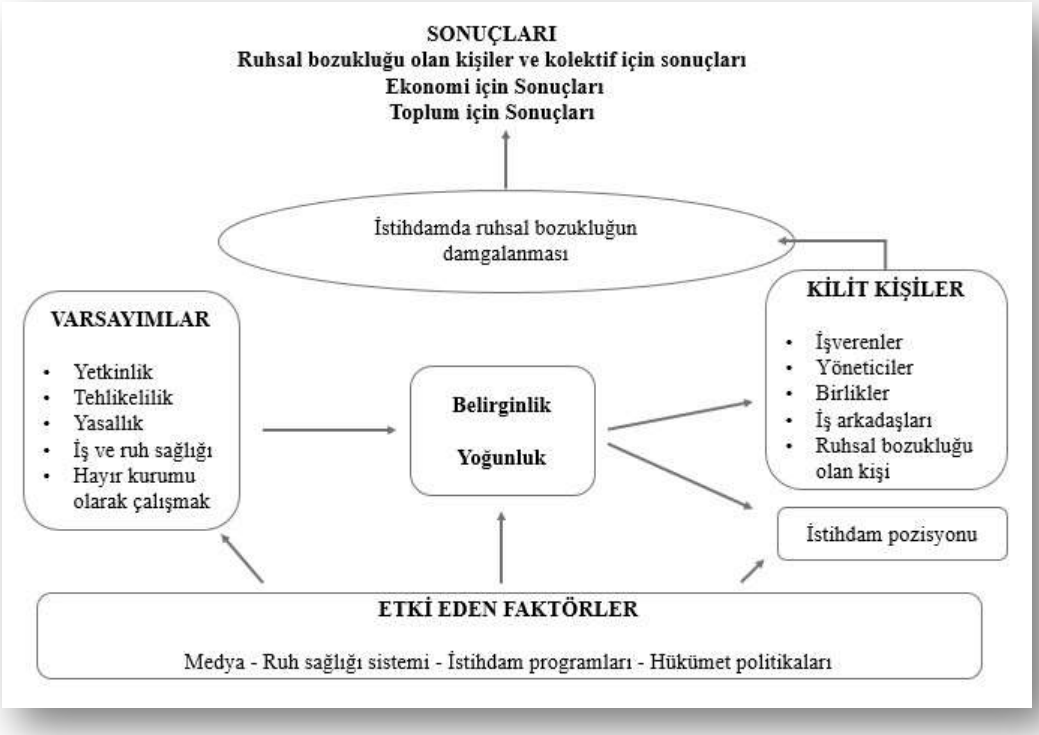
Öte yandan ruhsal bozukluklar ile ilgili damgalanma, bir işyeri olarak sağlık sektörüne de nüfuz etmektedir (Knaak ve ark. 2017). Sağlık çalışanlarının psikolojik sorunlar için genellikle kendini açma/ifade etme veya yardım arama cesaretinin kırıldığı

bir kültür sorunu olarak tanımlanmıştır (Abey ve ark. 2011; Wallace 2012). Kanada'daki sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalar, ruhsal bozukluğu ifade etme veya yardım arama istekliliğine ilişkin damgalanma düzeyinin, olumsuz tutumlar ve sosyal mesafe tercihi gibi diğer boyutlara yönelik damgalanma düzeylerinden tutarlı bir şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir (Modgill ve ark. 2014).

Sağlık çalışanlarının, çalıştıkları alanlardaki damgalama süreçlerinin merkezindeki anahtar bileşenler, Krupa ve ark. (2009) tarafından analitik olarak tanımlanmıştır. Bu analitik tanımlamaya göre damgalanmanın sonuçlarını, damgalanma ifadelerinin altında yatan varsayımları, bu varsayımların hem varsayıma sahip kişilere hem de spesifik istihdam durumuna dikkat çekmesini içermektedir. Varsayımlar, değişen yoğunlukta temsil edilmekte olup bunlara etki eden faktörler şeklinde damgalanmanın analitik genellemeleri Şekil 2.7-1'de verilmektedir.

1. Varsayımların yoğunluğu (*Intensity of assumptions*) ile ilgili olarak şekilde belirtilen varsayımlar, örtük oldukları için ve genel olarak işyerlerinde ruhsal bozukluklar hakkında diyalog eksikliği olmasından ötürü, damgalanmayı körüklemede özellikle etkilidir. Varsayımların yoğunluğu, yerleşik ve köklü inançlardan, değişime dirençli olanlardan, bu konuların açıkça tanımlanmadığı ve uzlaştırılmadığı bir iş kültürü içindeki bilinç ve bilgi eksikliğini yansıtan inançlara kadar insanlar arasında değişebilmektedir (Krupa ve ark. 2009).

2. Varsayımların belirginliği (*The salience of assumptions*) ile ilgili olarak ise çalışanlar işyerindeki damgalama ile ilgili olumsuz etiketlemeden büyük ölçüde etkilenebilirler. Performans göstergelerinin karşılanma sorumluluğunun paylaşıldığı göz önüne alındığında, çalışma arkadaşları, işyeri sorumluluklarındaki herhangi bir değişikliği potansiyel adaletsizlik veya özel muamele yapıldığının kanıtı olarak görme eğiliminde olabilmektedirler. Varsayımların belirginliği, özel inançları, iş entegrasyonu ve ruhsal bozukluklara kişisel anlam ve alaka düzeyinden etkilenerek aksiyon bağlamında bu şekilde ortaya çıkmaktadır (Krupa ve ark. 2009).



Şekil 2.7-1: İstihdamdaki damgalanmayı anlamak için teorik bir çerçeve -Krupa ve ark. (2009)'dan

Sonuç olarak, işyeri açısından ruhsal bozukluğu olan kişiler daha az yetkin, tehlikeli ve öngörülemez olarak algılanmakta ve bu algının kendisi ruhsal bozukluğa sahip kişi bağlamında yapıcı olmadığı bildirilmektedir (Krupa ve ark. 2009).

Araştırmaların, sağlık hizmetlerinde damgalanmayı arttırabilecek, ruhsal bozukluk ile yaşayan kişilerin (sağlık çalışanlarının) bakıma erişimi ve bakım kalitesi üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri olan bir çok problemin varlığı bildirilmiştir (Knaak ve ark. 2017). Bununla ilgili olarak Adams ve ark. (2010)'nın araştırmasında hekimlerin depresyonu ne ölçüde algıladıkları ve algılanan damgalanma düzeyinin yardım arama davranış kalıplarını etkileyip etkilemediği ölçülmüştür. Ankete katılanların yaklaşık %46,2'si bir depresyon atağı geçirdiklerini bildirmiştir. Depresyon öyküsü olanlarda yardım aramanın önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. Yardım arama önündeki engeller; iş arkadaşlarını yüzüstü bırakma (%73,1), gizlilik (%53,4), hastaları hayal kırıklığına uğratma (%51,9) ve kariyer ilerlemesi (%15,7) olarak bildirilmiştir. Çok yüksek seviyede algılanan damgalanma, yardım arama ile ilgili endişeleri arttırdığı ve kendi pratisyen hekiminden veya işbirliğinden yardım arayışını azalttığı bulunmuştur (Adams ve ark.

2010). Ruhsal bozukluğa sahip hekimler sadece duygusal sorunları olduğunu kabul etmek istemezler, genellikle hasta rolünü benimseme konusunda da isteksiz oldukları bildirilmiştir (Klitzman, 2008). Hekim rolünden hasta rolüne olan geçiş, hekim olan hastanın bireysel ve profesyonel kimliğini ciddi olarak zorlayabilmekte veya zayıflatabilmektedir (Wallace 2012). Sağlık çalışanları, risk altındaki iş arkadaşlarını damgalama, utanç, gelir kaybı ve ruhsatlandırma haklarının olumsuz sonuçlarından korumak için raporlamayı erteleyebilmekte ve ek olarak, pek çok hekim kendini ruhsal bozukluğa sahip arkadaşlarının mahremiyetini korumakla onların güvenliği arasında seçim yapmak zorunda kalmanın etik ikilemiyle karşı karşıya kalabilmektedirler (Wallace 2012).

Wallace (2012)'in makalesinin sonuçlarına göre, damgalama, sağlık çalışanlarından olan hekimlerin kendi sağlıklarına yeterli önceliği vermemeleri, herhangi bir sağlık sorunları olduğunu reddetmeleri, kendileri veya meslektaşları ile ilgili endişeleri paylaşmayarak ya da kendi başlarına ilgilenmeleri için öğreterek veya teşvik ederek pekiştirilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetleri sistemleri veya kuruluşları tipik olarak, ruhsal bozukluğa sahip sağlık çalışanlarını tedavi için yardım aramaya yönlendirmek yerine caydırıcı veya cezalandırıcı bir politika izlemektedir.

Sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğa sahip kişilere yönelik olan tutumları ile ilgili 2000-2010 yılları arasında Türkiye'de bir çok araştıma yapılmıştır ve sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları olduğu belirlenmiştir (Özyiğit ve ark 2004; Ogunsemi ve ark. 2008; Saillard 2010; Arkan ve ark. 2011). Diğer yandan psikiyatri kliniklerinde çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin diğer sağlık çalışanlarına yönelik tutumlarının sosyal mesafe açısından daha olumlu olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (Ergün 2005; Eşsizoğlu ve Arısoy 2008; Özer ve ark. 2017). Bu damgalayıcı tutumların halkın damgalamaya yönelik tutum ve davranışlarının sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarına yansıdığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (Caldwell ve Jorm 2001; Bağ ve Ekinci 2005; Yüksel ve Taşkın 2005; Çam ve Arabacı 2014).

2.8. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Damgalamayı Ölçen/Değerlendiren Araçlar ve Uygulanan Programlar

Sağlık çalışanları ve sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerde ruhsal bozukluğa sahip kişilere yönelik damgalaycı tutum ve davranışların azaltılması bağlamında yapılan müdehaleler kapsamında; uygulanan programları ölçmeye yönelik

geliştirilmiş ya da Türkçe'ye uyarlanmış bazı ölçekler kullanılmıştır. Bu ölçekler incelendiğinde ölçek maddelerin genel olarak ruhsal bozukluklara/ruhsal bozukluğa sahip kişilere karşı sağlık çalışanlarına yönelik 3 bileşeni de (bilişsel-davranışsal-duyuşsal) ölçebilecek yeterlilikte olmadıkları görülmüştür. Ayrıca yardım arama boyutunun sağlık çalışanları için önemli bir boyut olduğu bildirilmiştir (Kassam ve ark. 2010). Aşağıda antistigma müdehalelerine yönelik yapılmış bazı çalışmalarda sıklıkla kullanılan ölçekler detayları ile verilmiştir (Tablo 2.8.1). Fakat sağlık çalışanlarına yönelik rollerini ilgilendiren içerikler yoktur.

Tablo 2.8-1: Türkiye'de Damgalama Karşıtı Müdahaleler ve Kullanılan Ölçekler

Araştırmacılar	Araştırmanın Adı	Yöntem	Kullanılan Ölçekler ve Uygulanan Programlar
Çam ve ark. 2014	Muhtarlara Verilen Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama İle Mücadele Eğitiminin Etkililiğinin Araştırılması	Öntest-Sontest Kontrol Grupsuz	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ***Yedi oturumluk damgalama ile mücadele eğitimi*** ***'Biz Siz Onlar' adlı belgesel***
Kara 2015	Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Verilen Teorik Eğitimin Etkileri	Öntest-Sontest Kontrol Grupsuz	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) ***Ders programı kapsamında, 14 hafta boyunca haftada 2 saat ruhsal bozukluklar hakkında teorik dersler***
Ceylan 2017	Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programının Hemşirelik Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik İnanç, Damgalama Ve Sosyal Mesafe Davranışları Üzerine Etkisi	Öntest, Tekrarlı Test ve Kontrol Gruplu Müdahale	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) Damgalama Ölçeği (DÖ) ***Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programı***
Üstün ve İnan 2018	Psikiyatri Hemşireliği Uygulamasına Bir Örnek: Damgalamayla Mücadele Eğitim Programı	(Derleme)	Öğrenciler Görüş Bildirmiştir.

			Damgalamayla Mücadele Eğitim Programı
Uğurlu ve ark. 2020	Tıp fakültesi öğrencilerinde psikolojik damgalama eğilimi: Bir Özel Çalışma Modülü örneği	Kesitsel	Damgalama Ölçeği (DÖ) ***Özel Çalışma Modülü (ÖÇM)***

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Hirai ve Clum tarafından 2000 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır. "Tehlikeli Alt Ölçeği" ruhsal bozuklukların ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin "tehlikeli" olduğundan bahsetmektedir. "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği" ruhsal bozuklukların "kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumları"ndan bahsetmektedir. "Bireyin özellikle duygusal etkilenmesinden dolayı, ruhsal bozukluğa sahip kişilerle kişilerarası ilişki sürecinde kendini engellemesini ve çaresizlik yaşandığını" ifade etmektedir. "Utanma Alt Ölçeği" kişilerin "ruhsal bozukluğa sahip kişilere karşı yaşadığı utanma duygusunu" ifade etmektedir.

"Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği" ile ilgili maddeler incelendiğinde sağlık çalışanlarının rolüne yönelik maddeleri içermemektedir. Ayrıca literatür incelendiğinde ulaşılabilen kaynaklar doğrultusunda (Ünal ve ark. 2010; Güngörmüş ve ark. 2014; Günay ve ark. 2016; Patikula 2017; Büyükbayram ve ark. 2017; Tarım ve Yılmaz 2018) büyük oranda tanımlayıcı tasarımda çalışmaları içermektedir. Anti-stigma programlarında ölçeğin yanıt verilebilirliği konusunda yeterli araştırmaya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte sadece ruhsal bozukluklara yönelik inançları ölçmesinden dolayı yeterli olmayacağı düşünülmektedir. Damgalama ile mücadele programlarındaki bilişsel-duyuşsal-davranışsal alanları etkileyerek yapılandırılmış modeller çerçevesinde oluşturulduğundan damgalamanın tüm bileşenlerini ölçebilen ölçekler önem kazanmaktadır.

***Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği*;** ilk olarak 1979 yılında, Taylor ve Dear (1981) tarafından geliştirilmiş olup Türkçeye 2003 yılında Bağ ve Ekinci (2006) tarafından uyarlanmıştır. Ölçeğin orijinali toplam 40 maddeden oluşmakta olup Türkçeye 3 alt faktörlü olarak uyarlanmıştır. "İyi Niyet Alt Ölçeği", ruhsal bozukluğa sahip olan kişiler için toplumdaki diğer bireylerin sahip olduğu insancıl ve dini görüşler kapsamında bu kişilere karşı yerine getirmekle yükümlü oldukları görevleri ve bu kişilerin duygusal ihtiyaçlarının farkına varıp paylaşmaya istekli olmalarını vurgulamaktadır. "Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi Alt Ölçeği; ruh sağlığının toplumdaki terapötik olarak değerlendirmesi ile ilgili olup ruhsal bozukluğa sahip kişilerin toplum içinde tedavi ve bakımlarının sürdürülmesini" ifade etmektedir. "Korku/Dışlama Alt Ölçeği" ise ruhsal bozukluğa sahip kişilerin tehlikeliliği bağlamında, onların toplum dışına itilmesini, dışlanmasını ve korkulması gereken kişiler oldukları düşüncesini vurgulamaktadır (Bağ ve Ekinci 2006).

Damgalama Ölçeği; Yaman ve Güngör tarafından 2013 yılında geliştirilen ölçek 5'li likert tipi olarak 4 alt boyutlu olarak hazırlanmıştır. "Ayrımcılık ve dışlama" boyutu damgalanan bireylere yapılan ayrımcılık veya dışlama gibi tutumlar üzerinde durmaktadır. "Etiketleme" boyutu bireysel özelliklere göre kişileri etiketleme eğilimi üzerinde durmaktadır. "Psikolojik sağlık" boyutu psikolojik sorunları olan veya iletişim sıkıntıları yaşayan bireylere yönelik damgalamayı ölçmektedir. "Önyargı" boyutu ise suç işlemeye yönelimi, dünyaya bakış açısını, pozisyonu, yaşam şeklini veya bireysel özelliklerine göre kişilere geliştirilen önyargılı tutumları kapsamaktadır (Yaman ve Güngör 2013).

Kassam (2010) yaptığı çalışmalarda ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik tutumları değerlendiren bazı mevcut ölçeklerin yaygın olarak kullanılmasına rağmen, damgalanmayı önleme programlarında sonra tıp öğrencilerinde sonuçların değerlendirilme süreçlerinin yanıt verme performanslarının resmi olarak oluşturulmadığını bildirmiştir. Yaygın olarak kullanılan ölçeklerin yanıt verebilirliği, psikiyatri stajlarından ve ruhsal bozukluğa sahip olan kişilerle temastan önce ve sonra değerlendirilmiş, ancak ölçeklerin çoğu, ruhsal bozukluk ile ilgili damgalama müdahalesi öncesinde ve sonrasında test edilmediği bildirilmiştir (Kassam 2010). Yukarıda incelenen ölçeklerle ilgili olarak damgalama müdehaleleri bağlamında farklı tasarıma sahip araştırmalar yapılmış ve bu programların değerlendirilmesinde farklılıklar görülmüştür.

Ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik tutumları ölçmek için kullanılan anketlere ilişkin akademik literatürün kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmesiyle, sağlık çalışanlarının tutumlarını ölçmek için kullanılan anketler alanında büyük bir boşluk olduğu gösterilmiştir (Kassam 2010). Türkiye'de de benzer sonuçlar çıkmıştır.

Son yıllarda, damgalanma ve ayrımcılığa karşı etkili stratejiler üzerine çalışılmış ve birçok ülkede damgalanmayı işleyen ulusal kampanyalar (Vaughan ve Hansen 2004; Dunion ve Gordon 2005; Henderson ve Thornicroft 2009; Pietrus 2013) geliştirilmiştir. Ulaşılabilen programlar Tablo 2.8.2'de verilmiştir.

Tablo 2.8-2: Ülkelerine Göre Damgalama Karşıtı Programlar

Ülkenin Adı	**Programın Adı**
Yeni Zelanda	*Like Minds, Like Mine*
İskoçya	Beni Gör -*See Me*
Birleşik Krallık	Değişim Zamanı -*Time To Change* Davranışsal Sağlık Gereklidir (SAMHSA)
Kanada	*Opening Minds*
Avusturalya	*Beyondblue İnitiative*

Bu kampanyaların tümü, sosyal medyanın ve pazarlama tekniklerinin etkili kullanımını içeren çok yönlü, ruhsal bozukluğa sahip kişileri ve sağlık çalışanlarını kapsayan ve "iyileşme" üzerinde duran kampanyalar olmakla birlikte; eğitim ve temas unsurlarını içeren stratejik programlardır (Evans-Lacko ve ark. 2010).

Kanada'da başlamış damgalama ile mücadele hareketi olan "Opening Minds" programı kapsamında geliştirilen "Opening Minds Stigma Scale for Healthcare Providers"ın ölçek geçerlilik güvenilirlik çalışmalarına karar verilmesindeki etkenlerden biri de damgalama konusunda yapılan bu araştırma olmuştur. Sağlık çalışanları ve sağlık bilimlerindeki öğrenciler arasında ruh sağlığı ile ilgili damgalamayı daha iyi kavramak ve damgalamayı önleyici müdahalelerin etkinliğini ölçen araçların, psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede (Sastre-Rus ve ark. 2019) incelenen 25 araştırma ve 15 ölçüm aracından ilişkisellik yönüyle üçü pozitif güçlü kanıt

seviyesine sahip sekiz psikometrik özelliğin değerlendirildiği mevcut en iyi ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir. Bu faktörler; ruhsal bozukluğun ortaya çıkışı ile başlayan yardım arama ile ilgili tutumları, ruhsal bozukluğu olanlara yönelik tutumları ve ruhsal bozukluğı olan kişilere yönelik istenilen sosyal mesafeyi içermektedir.

2.9. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşirelerinin Damgalamaya Karşı Girişimleri ve Sorumlulukları

Amerikan Hemşireler Birliği'nin (ANA) toplum ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin ruh sağlığı hizmetlerindeki mesleki rol ve sorumluluklarına ilişkin yaptığı görev tanımına göre "Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir." şeklindedir (Özbaş ve Buzlu 2011). Ruhsal bozukluklara yönelik damgalamayla mücadelede psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikolog, sosyal çalışmacı gibi ruh sağlığı profesyonellerinin ciddi sorumluluklara sahip oldukları ve yapılması gereken önemli girişimlerin ve araştırmaların gerekliliği vurgulanmaktadır (Bostancı 2005; Çam ve Bilge 2013).

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte (2011) toplum ruh sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları arasında *"Toplumun ruh sağlığı inançları, tutumları ve damgalama ile mücadele programları yürütür ve görev alır"* maddesine yer verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğa sahip kişilere yönelik damgalayıcı tutumlar bağlamında temas eğitimleri planlamaları ve bunları değerlendirmeleri gerekmektedir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, tedavi, bakım ve rehabilitasyon görevlerinin yanında bağımsız rollerini kullanarak ruhsal bozukluğa sahip kişilerin bireysel ve toplumsal rollerini gerçekleştirmesini desteklemek, kişilerin kendini gerçekleştirmesi bağlamında onlara yön vermek, topluma aidiyet hislerini arttırmak ve sosyal destek sistemlerini güçlendirmek gibi birçok önemli rollere sahiptir (Açıkgöz 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştıma, sağlık çalışanlarında ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı davranışların ve tutumların ölçülmesi amacıyla geliştirilmiş olan "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)"nin Türkçe'ye uyarlanması, psikometrik özelliklerinin belirlenmesi ve Türkçe ölçeğin ilk kullanımı ile ilgili pilot sonuçların verilmesi amacıyla metodolojik olarak tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

3.2.1. Araştıramanın Bağımsız Değişkenleri:

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, katılımcıların bireysel özellikleridir.

3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

Araştırmanın bağımlı değişkeni ise Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği puanıdır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zaman:

Araştırma, 21 Kasım 2019- Haziran 2021 tarihleri arasında İstanbul ilinde gerçekleştirildi. Araştırma verileri 24 Kasım 2020– 02 Ocak 2021 tarihleri arasında Google Formlar aracılığı ile toplandı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Güvenilirlik ve geçerlik analizlerinde örneklem hacmi belirlenirken çalışma verileri bir evrene genellenemeyeceği için, analizin yeterli sayıda birey ile yapılmasının gerekliliği bildirilmiştir (Erdoğan ve ark. 2014). Örneklemin belirlenmesinde, başka bir kültürden uyarlanan ölçek çalışmasında ölçek toplam madde sayısının 5-10 katı kişi seçilerek belirleneceği bildirilmiştir (Grove ve ark. 2012). Araştırmanın örneklemi, madde sayısının minimum 5 katı alınarak en az 100 kişi olarak belirlendi. Örnekleme alınacak katılımcılar kartopu tekniği ile belirlendi. Araştırma verileri 149 kişiden oluşturuldu.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

1. 18 yaş ve üstü bireyler,
2. İstanbul ilinde yaşayan sağlık çalışanları (hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı…) ve sağlık ile ilgili yükseköğretim kurumlarında eğitim gören öğrenciler,
3. Çalışmaya katılmaya istekli olan bireyler olarak belirlendi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler; anket formu ve Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) ile toplandı (Ek 2).

3.5.1. Anket Formu:

Anket formu, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturuldu (Bilge 2006; Çam ve Bilge 2013; Özer 2017) (Ek 4).

3.5.2. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) Opening Minds Stigma Scale for Healthcare Providers (OMS-HC):

Sağlık çalışanlarındaki damgalayıcı tutumları ölçmeye yönelik olarak "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)" şeklinde Türkçeye çevrilen "Opening Minds Stigma Scale-Health Care Providers (OMS-HC)" Kanada bağlamında kullanılmak üzere Kassam ve ark. (2012) tarafından geliştirilmiştir. Kanada bağlamında kullanılmak üzere Kassam ve ark. (2012)'nın dahil olduğu multidisipliner bir grup ile maddeler geliştirilmiş olup sağlık çalışanları ve ruhsal bozukluk teşhisi konmuş kişilerle odak gruplarından girdi alınarak (Kassam ve ark. 2012) geliştirilmiş ölçme aracıdır (Wei ve ark. 2015).

SÇ-RHYDÖ'nin orjinal versiyonu 20 maddeden oluşmakta olup (Ek 3) 5'li likert tipi bir ölçektir (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=ne katılmıyorum ne de katılmıyorum, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) ve damgalanmayla ilgili 3 faktörü incelemek için daha az sayıda maddeler kullanılarak tasarlanmış olup ölçekten alınan yüksek puanlar damgalamanın yüksek olduğunu göstermektedir (Kassam ve ark. 2012). SÇ-RHYDÖ, 20 (en az damgalayıcı) ile 100 (en çok damgalayıcı) arasında değişen

puanlara sahip 20 madde içerir. 3, 8, 9, 10, 11, 15, 19 numaralı maddeler ters kodlamayı gerektirmektedir. SÇ-RHYDÖ'nin Cronbach Alpha değeri 0,82 bulunmuştur (Kassam ve ark. 2012).

Modgill ve ark. (2014) tarafından SÇ-RHYDÖ'ndeki düşük olarak belirlenen korelasyon değerlerine sahip maddelerin çıkarılması neticesinde ölçek 15 maddeye indirilmiş olup bu şekli ile araştırmalarda kullanılmıştır. 15 maddelik olan versiyonunda Cronbach Alpha değeri ise 0,79 bulunmuştur. 3 adet alt faktörü olmakla birlikte alpha değerleri ile aşağıda verilmiştir:

- **Faktör 1:** 1-12-13-14-18-20 numarali maddelerinin yer aldığı "Tutumlar"; ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik genel tutum ve sağlık çalışanlarının rolü ile ilgili olan tutumlardır **(**α =0,68).
- **Faktör 2:** 4-6-7-10 numaralı maddelerin yer aldığı "Kendini Açma-Yardım Arayışı"; ruhsal bozukluğun kendini ifade etme/açma ve yardım arama davranışı ile ilgili tutumlardır **(**α =0,67).
- **Faktör 3:** 3-8-9-17-19 numaralı maddelerin yer aldığı "Sosyal Mesafe"; ruhsal bozukluğu olan kişilerle çeşitli faaliyetler ve ilişkilerde kolayca iletişime geçmeye istekli olmak ile ilgili sosyal mesafeyi içeren tutumlardır **(**α =0,68) (Modgill ve ark. 2014).

3.6. Araştırma Süreci

3.6.1. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Dilsel Eş Değerliliği:

SÇ-RHYDÖ'inin dil geçerliği için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Türkçe'ye birbirinden bağımsız 3 uzman tarafından tercümesi yapılan ölçek, profesyonel bir tercüman tarafından orijinal ölçek görülmeden tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin tekrar İngilizce'ye tercüme edilen versiyonu, denklik açısından orijinal ölçek ile karşılaştırılmış olup Prof. Dr. Aliya Kassam'dan onay alınarak nihai şekli ile kapsam geçerliliği için uzman görüşüne sunuldu.

3.6.2. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Kapsam Geçerliliği:

Ölçeğin kapsam geçerliliği için uzman görüşü alındı. Uzman görüşü için bir değerlendirme formu oluşturuldu. Uzmanlar her bir ölçek maddesini kavramsal açıdan 1-4 arasında puanlayarak değerlendirdiler (1 puan=uygun değil, 2 puan=maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3 puan= uygun ancak küçük değişiklik gerekli, 4 puan= çok uygun). Uzmanların görüşleri doğrultusunda, ölçek maddelerinin %80'nin 3-4 puan alması beklendi.

SÇ-RHYDÖ'nin Türkçe formunda yer alan maddeler, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri ve psikiyatristlerden oluşan alanında uzman 10 kişi tarafından değerlendirildi (Ek 8). Uzman grubunun özellikleri Tablo 3.6.1'de verildi.

Tablo 3.6-1: Uzman grubunun özellikleri

Uzman grubunun özelliği	
Özellik	**Sayı**
Cinsiyet	
Kadın	9
Erkek	1
Eğitim Düzeyi	
Doktora	10
Çalışma Alanı	
Akademisyen	8
Klinik Çalışan	2

Çalışmanın kapsam geçerlik analizleri sonrasında uzmanların görüşleri doğrultusunda düzeltmeler yapılıp nihai şekli verilerek kapsam geçerliliğine sahip bir ölçek elde edildi.

3.6.3. Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri, Google Formlar aracılığı ile çevrimiçi toplandı. Çevrim içi veriler "Çevrimiçi İnternet Anketinin Sonuçlarının Raporlanması için Kontrol Listesi-ÇİASRKL" (The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys-CHERRIES) doğrultusunda elde edildi. Buna göre ÇİASRKL rehberi eleştirmenlere ve okuyuculara örneklem seçimini ve seçilen örneklem ile "temsil eden" örneklemin olası farklılıklarının daha iyi anlaşılabilmesini sağlayan ve WEB tabanlı anketlere temellenmiş bir kontrol

listesidir. “Tasarım”, “Etik”, “Formun geliştirilmesi ve ön testi”, “Kabul edilme süreci ve ankete katılan örneklemin tanımı”, “Anket yönetimi”, “Yanıt oranları”, “Aynı kişinin birden fazla girişinin engellenmesi” ve “Analiz” konuları ile 8 kategoriden oluşmakta olup çalışma ile ilgili kontrol listesine yönelik detaylar Tablo 3.6.2’de verildi (Eysenbach 2004). Anket formalarının doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

Tablo 3.6-2: SÇ-RHYDÖ’i için Oluşturulan Çevrimiçi İnternet Anketinin Sonuçlarının Raporlanması için Kontrol Listesi (ÇİASRKL)

Madde Kategorisi	Kontrol Listesi maddeleri	Açıklama
Tasarım	Anketin tasarımı	Hedef grup olarak 18 yaş ve üstü, İstanbul ilinde yaşayan çalışmaya katılmaya istekli sağlık çalışanları (hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı…) ve sağlık ile ilgili yükseköğretim kurumlarında eğitim gören öğrencilerden oluşan minimum 100 kişilik bir örneklem belirlenerek Google Formlar üzerinden yapıldı.
Etik	Etik onam	Türkçeye uyarlaması yapılacak olan “Opening Minds Stigma Scale-For Healthcare Providers” ölçeğini geliştiren Prof. Dr. Aliya Kassam’dan izin alındı. Araştırmanın etik onayı, İstanbul Üniversitesi– Cerrahpaşa, Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan alındı (Tarih/Sayı: 07/11/2019-171499 ve Tarih/Sayı: 16/12/2019-93991). Ayrıca çalışmanın tez başlığı değişikliği ve veri toplama yönteminin değiştirilmesi ile ilgili Etik Kurula başvuru yapıldı ve onam alındı (18/12/2020 -87884 tarih ve sayı).
	Bilgilendirilmiş onam	Web tabanlı olan Google Formlar üzerinden hazırlanan anketin ilk sayfasında Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak bilgilendirme yapıldı ve ilerleyebilmeleri için onamı kabul etmeleri gerekti. Anketi 10-15 dakikada tamamlayabilecekleri, gönüllülük esasına dayandığı, istenildiği bir anda anketi bırakabilecekleri ve yanıtlarının tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup gizli tutulacağı bilgilendirmeleri yapıldı.
	Verilerin korunması	Herhangi bir kişisel veri toplanmamış olup analiz sonuçları ile şahıslar arasında bağlantı kurulmamıştır. Elde edilen veriler araştırmacı tarafından 2 yıl süre ile saklanacak ve daha sonra araştırmanın yapıldığı kurumun ilgili biriminde imha edilecektir.
Formun geliştirilmesi ve ön testi		Anket bireysel özellikleri içeren ve araştırmacı tarafından literatür (Bilge 2006; Çam ve Bilge 2013; Özer 2017) doğrultusunda oluşturuldu. Kültürlerarası uyarlama çalışması yapılan “Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)”nin dilsel eşdeğerliliği sağlanıp uzman görüşüne sunuldu ve kapsam geçerlilik indeksi belirlendi. Ölçeğin anlaşılırlığı sağlık alanında çalışan random şahıslara danışılarak araştırmacı ve danışman ile nihai şekli verildi. Ön test yapılmadı.
Kabul edilme süreci ve ankete	Açık veya kapalı ölçek	Açık anket şeklinde hazırlandı. Web tabanlı hizmet veren ürün geliştiricisi “Google”ın bir ürünü olan “Google Formlar” ile hazırlandı. Araştırmanın örneklemi, madde sayısının minimum 5 katı alınarak en az

katılan örneklemin tanımı		100 kişi olarak belirlendi. Örnekleme alınacak katılımcılar kartopu tekniği ile belirlendi. Potansiyel katılımcılar belirlenerek çevrimiçi anket e-mail, e-mail grupları ve whatsapp grupları gibi çeşitli yollar kullanılarak diğer katılımcılara ulaştırılması sağlandı.
	Bağlantı yöntemi	Yanlılığı en aza indirmek için çeşitli sağlık meslek grubuna mensup kişiler belirlendi. Bu kişilerden tanıdıkları sağlık çalışanlarına veya sağlık bölümü öğrencilerine çevrimiçi anketin ulaştırılması istendi.
	Anketin reklamı	Anketin reklamı yapılmadı. Ankete katılmaya kartopu tekniği ile ulaşılan sağlık çalışanları davet edildi.
Anketin Yönetimi	Web/email	Anket soruları web tabanlı olan Google Formlar üzerinde oluşturularak "kısa yanıt", "açılır menü" ve "çoktan seçmeli "olarak hazırlandı ve güvenli yerel sunucularda saklandı.
	Bağlam	Veriler Google'ın ücretsiz hizmeti olan Google Formlar aracılığı ile toplandı ve organize edildi.
	Zorunluluk/ Gönüllülük	Araştırma verileri araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü kişilerden oluşturuldu.
	Teşvikler	Teşvik için katılımcılara ödeme yapılmadı.
	Zaman/ Tarih	Yanıtlar 24 Kasım 2020 – 02 Ocak 2021 tarihleri arasında toplandı.
	Maddelerin veya anketlerin rastgeleleştirilmesi	Maddeler rastgeleleştirilmedi.
	Uyarlanabilir sorular	Uyarlanabilir soru olarak anketin ilk sayfasındaki "Sağlık Çalışanı" veya "Sağlık Bölümü Öğrencisi" şeklinde seçim yapıp ilerleyebilecekleri bölüm oluşturuldu. Bireysel özelliklerin olduğu anket formunda sağlık çalışanı ve öğrenci olma özelliklerine göre olan bazı sorular değişkenlik göstermekle birlikte SÇ-RHYDÖ ortaktır.
	Maddelerin sayısı	Bireysel özelliklerin olduğu anket formu sağlık çalışanları için 13 soru, sağlık bölümü öğrencileri için 10 soru olup; her iki grup için ortak olan SÇ-RHYDÖ 20 maddeden oluşmaktadır.
	Ekran (Sayfa) sayısı	Çevrimiçi anket toplam 4 sayfadan oluşturuldu.
	Eksizliksiz kontrolü	Anketteki tüm maddeler yapılması zorunlu olarak oluşturuldu. Katılımcılardan doldurdukları sayfadan çıkmadan önce eksik kalan maddeleri tamamlamaları istendi. Tamamlamadan bir sonraki sayfaya geçmeleri ya da anketi sonlandırmaları kısıtlandırıldı.
	Adımları gözden geçirme	Yanıtlar "Geri" butonuna tıklanarak gözden geçirilebilmekte ve kontrol edilebilmekteydi. Ardından göndere basıldığında veri havuzuna gitmekte ve yanıt bir daha değişilememekteydi.
	Tekil site ziyaretçileri	Formu dolduran kişilerin tekilliğini belirlemeye yönelik bir teknik kullanılmadı.

Yanıtlama oranları	Görüntüleme oranı	Bu çalışma için uygulanamaz. Katılımcılar ankete katılmak üzere yukarıda bahsedilen yöntemler ile davet edildi.
	Katılım oranı	Veriler kartopu yöntemi ile toplandığından dolayı davet edilen kişi sayısı bilinmemektedir. Fakat 149 kişiye ulaşılabildi.
	Tamamlama oranı	Belirlenemez.
Aynı kişinin birden fazla girişinin engellenmesi	Çerezlerin kullanımı	Kullanılmadı.
	IP kontrolü	IP kontrolü sağlanamadı.
	Log dosyası analizi	Kullanılmadı.
	Kaydolma	Katılımcıların ankete dahil olabilmeleri için gönderilen davet linkini tıklayarak erişebilmeleri mümkün kılındı.
Analiz	Eksik olan anketlerin işlenmesi	Yalnızca tamamlanan anketler analiz edildi.
	Atipik tarih damgalı anketler	Maddeleri çok hızlı doldurduğu için anketten hiçbir katılımcı çıkarılmadı.
	İstatistiksel doğrulama	Güvenilirlik ve geçerlik analizlerinde örneklem hacmi belirlenirken çalışma verileri bir evrene genellenemeyeceği için, analizin yeterli sayıda birey ile yapılmasının gerekliliği bildirilmiştir (Erdoğan ve ark. 2014). 20 maddeli ölçeğin güvenilirlik analizini belirlemede her bir maddenin 5 katı olmak üzere minimum 100 kişi gerekliliği açısından ulaşılabilen kişi sayısı tatmin edicidir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Öncelikle, Türkçeye uyarlaması yapılacak olan "Opening Minds Stigma Scale-For Healthcare Providers" ölçeğini geliştiren Prof. Dr. Aliya Kassam'dan izin alındı (EK-7). Araştırmanın etik onayı, İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan alındı (Tarih/Sayı: 07/11/2019-171499 ve Tarih/Sayı: 16/12/2019-93991) (Ek 5). Ayrıca çalışmanın tez başlığı değişikliği ve veri toplama yönteminin değiştirilmesi ile ilgili Etik Kurula başvuru yapıldı ve onam alındı (18/12/2020 -87884 tarih ve sayı) (Ek 6).

Araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden kişilerden ise Google Formlar üzerinden önce Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak bilgilendirme yapıldı ve onamları alındı (Ek 1).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma İstanbul'da yaşayan sağlık çalışanlarının ve sağlık bölümlerinde okuyan öğrencilerin katılımı ile gerçekleşmiştir. Ancak meslek gruplarına eşit sayılarda ulaşılamamıştır. Bu sebeple çalışma sonuçları her bir meslek grubunun damgalayıcı tutumlarının ne ölçüde olduğunu istendik düzeyde gösteremeyeceği için meslek gruplarına göre genelleme yapılamaz. Yine çalışma bulguları, araştırmaya kabul edilen örneklem sayısı ile sınırlı olup genellenemez.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 ve AMOS programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı.

Ölçeğin kapsam geçerliliği Waltz ve Bausel (1981) tarafından geliştirilmiş Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) *Content Validity Index (CVI)* tekniği kullanılarak belirlendi. Her bir madde için 3-4 puan alanlara "1" değeri; 1-2 puan alanlara ise "0" değeri verildi. "1" değerine sahip her bir madde için excellde "=EĞERSAY(B3:K3;"=1")" işlemi uygulanarak "Number of agreement" belirlendi. Belirlenen maddelerin "Number of agreement" değerleri neticesinde I-CVI değerlerinin belirlenmesi amacıyla yine her bir madde için "=L3/10" işlemi uygulandı. Sonrasında ortalama KGİ (CVI)'i bulmak için "=ORTALAMA(M3:M22)" işlemi uygulandı. Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO*) Content Validity Ratio (CVR)* ise, bir madde istatistiği olup, maddelerin kapsam geçerliliğine dayalı olarak ölçekte olup olmamasını belirleme yöntemidir. KGO eşitliğine göre uzmanların yarısı ölçekteki maddeye ilişkin ''Uygun" şeklinde görüş bildirdiklerinde KGO=0, uzmanların yarısından fazlası "Uygun" şeklinde görüş bildirmiş ise KGO>0, uzmanların yarısından azı "Uygun" şeklinde görüş bildirmiş ise KGO<0 olarak kabul edildi. KGO oranı 0 (sıfır) veya negatif (sıfırdan küçük) değer alması bu değere sahip bir maddenin kapsam geçerliliğinin olmadığını göstermektedir (Yeşilyurt ve Çapraz 2018). KGO aşağıda belirtilen formül ile hesaplanmaktadır:

$$\mathbf{KGO} = \frac{\mathbf{Nu} - \mathbf{N/2}}{\mathbf{N/2}} \quad \text{veya} \quad \mathbf{KGO} = \frac{\mathbf{Nu}}{\mathbf{N/2}} - \mathbf{1}$$

Formüle göre Nu; ölçekteki maddelere "Uygun" diyen uzman sayısını ve N ise maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısını göstermektedir (Yeşilyurt ve Çapraz 2018). Katılımcıların tamamı ölçekteki herhangi bir maddeyi "Uygun" olarak derecelendirirse o maddenin KGO değeri "1" olmaktadır ancak hata payı veya şans eseri olabilme durumu göz önüne alındığında bu değer "0,99" kabul edilmiştir ve katılımcıların yarısından fazlası ölçekteki herhangi bir maddeyi "Uygun" olarak derecelendirmesi halinde KGO 0 ile 0,99 arası bir değer alacaktır (Yeşilyurt ve Çapraz 2018). KGİ ve KGO değerleri karşılaştırıldığında, KGİ değeri KGO değerinden küçük ise ölçekte kalan maddelerin kapsam geçerliğine sahip olmadığı ifade edilir (Lawshe 1975). Literatüre göre CVI bakımından kabul edilebilir ortalama katsayı en az 0,80'dir (Erdoğan ve ark. 2014).

Ölçeğin yapı geçerliği açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile belirlendi. Yapı geçerliğini değerlendirmek üzere sıklıkla kullanılan bir işlem olan faktör analizi; ölçeğin alt boyutları denilen faktörlerinin belirlenmesi sağlayarak verilen bilgilerin altında yatan teorik yapıların neler olduğunu ve ne dereceye kadar özgün değerleri yansıttığını ortaya koymak amacıyla kullanılmaktadır (Esin 2015 p. 226). Faktör analizi hem ölçeğin bütünlüğünü test etmede hem de ölçülecek konu ile ilgili değişkenlerin arındırılmasına yardımcı olmakla birlikte amacı çok sayıdaki maddelerin az sayıda yüksek ilişki gösteren faktörlerler ifade edilmesidir. (Esin 2015 p. 226). Açımlayıcı faktör analizi, gözlenen değişkelerin ilgili faktörlerle olan bağlantısını ortaya koymak amacı ile tasarlanmıştır (Çokluk ve ark 2010 p. 189). Bir ölçüm aracının yapı geçerliği için yapılan açımlayıcı faktör analizi 4 temel aşama uygulanarak belirlenmektedir (Esin 2015 p. 226).

İlk aşama olarak; Örnekleminin yeterli olup olmadığına ilişkin Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) analizi kullanıldı. KMO > 0,60 yeterliliği göstermektedir (Esin 2015 p. 226). SÇ-RHYDÖ'nin faktör analizi için uygunluğunu belirlemek amacı ile "Barlett's Test of Sphericity" analizi uygulandı.

İkinci aşama olarak; Özdeğer istatistiği (eigenvalues) ve Scree plot grafiği ile faktörler elde edildi.

Üçüncü aşama olarak; Sınırlandırma işlemine uygun olarak varimax rotation yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlandı.

Kline'a (1994) göre faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Bir maddenin bir yapıyı ya da faktörü iyi ölçtüğünü söyleyebilmek için bu faktör yükünün değerinin 0.30 ya da bu değerin üstünde bir değer

olması gerekmektedir; 0.30- 0.60 faktör yüküne sahip olan bir madde için yapıyı orta derecede, 0.60'dan yüksek faktör yüküne sahip olan bir madde içinse yüksek derecede yapıyı ölçtüğü çıkarımı yapılabileceği bildirilmektedir (Kline 1994). Faktör yükünün 0.45 veya daha yüksek olması seçim açısından iyi bir ölçü olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk 2010).

Dördüncü ve son aşama ise faktörlerin ele alındığı kavramlara göre isimlendirilmesi ile ilgilidir.

Ölçeğin güvenirliği madde toplam puan analizi ile test edildi. SÇ-RHYDÖ'ye ilişkin güvenilirliğin araştırılmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ve split-half (yarıya bölme) tekniği kullanıldır. SÇ-RHYDÖ'ne ilişkin madde analiz sonuçları da verilmiştir. Ölçekteki bir maddenin, maddeler toplamı ile korelasyon katsayısının 0,3 ve üzeri olması ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk 2011 p. 171; Tavşancıl 2002). Güvenilirlik katsayılarının ise 0.60'ın üstünde olması gerektiği bildirilmiştir (Baykul 2000). Yarıya Bölme (Half-Split) tekniği uygulanan SÇ-RHYDÖ'in Pearson korelasyon değerlerinin 0,6- 0,8 arası olması yüksek korelasyonu göstermektedir.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı.

4. BULGULAR

Sağlık çalışanlarında ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı davranışların ve tutumların ölçülmesi için geliştirilmiş olan "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)"nin Türkçe'ye uyarlanması, psikometrik özelliklerinin belirlenmesi ve Türkçe ölçeğin ilk kullanımı ile ilgili pilot sonuçların verilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın bulguları:

- Bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- SÇ-RHYDÖ'nin geçerliğine ilişkin bulgular,
  - Kapsam geçerliğine ilişkin bulgular,
  - Yapı geçerliğine ilişkin bulgular,
- SÇ-RHYDÖ'nin güvenirliğine ilişkin bulgular,
- SÇ-RHYDÖ ve bireysel özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular olmak üzere dört başlık altında incelendi.

4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1-1: Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=149)

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Grup	**Sağlık Çalışanı**	101	67,8
	Sağlık Bölümü Öğrencisi	48	32,2
Cinsiyet	**Kadın**	130	87,2
	Erkek	19	12,8
Yaş	**18-25**	84	56,4
	26-30	44	29,5
	30 yaş üzeri	21	14,1
Medeni Durum	**Bekar**	120	80,5
	Evli	29	19,5
Eğitim Durumu	**Üniversite Mezunu**	76	51,0
	Lisansüstü	25	16,8
	Sağlık Bölümü Öğrencisi	48	32,2
Yetişilen Çevre	**Kent**	133	89,3
	Kırsal	16	10,7
Kiminle Yaşandığı	**Tek**	32	21,5

	Aile	102	68,5
	Diğer	15	10,1
Gelir Durumu	**Gelir Giderden Az**	26	17,4
	Gelir Gidere Eşit	80	53,7
	Gelir Giderden Fazla	43	28,9

Katılımcıların bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1'de verildi. Buna göre katılanların %67,8'i sağlık çalışanı, %32,2'si sağlık bölümü öğrencisi olup yaş ortalaması 26,40±6,771, %56,4'ü 18-25 yaş aralığında, %87,2'si kadın, %12,8'i erkek, %80,5'i bekardı. Yine, %89,3'ü kentte yaşamakta, %51'i üniversite mezunu, %67,8'i çalışmakta, %32,2'si öğrenci, %68,5'i ailesi ile yaşamakta, %53,7'sinin gelir gider durumu eşitti.

Tablo 4.1-2: Sağlık Çalışanlarının Özelliklerinin Dağılımı (N=101)

		Frekans (n)	**Yüzde (%)**
Çalışılan Kurum	**Devlet Hastanesi**	36	35,6
	Üniversite Hastanesi	20	19,8
	Özel Hastane veya Kurum	45	44,6
Meslekte Çalışma Yılı	**5 Yıl ve Altı**	52	51,5
	5 Yıl Üzeri	49	48,5

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki durumları ile ilgili özelliklerin dağılımı Tablo 4.1.2'de verilmiş olup %44,6'sı özel hastane veya kurumda, %35,6'sı devlet hastanesinde ve %19,8'i üniversite hastanesinde çalışmakta, %51,5'inin meslekte çalışma yılı 5 yıl ve altıdır.

Tablo 4.1-3: Öğrencilerin Özelliklerinin Dağılımı (N=48)

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Okuduğu Okul	**Diş Hekimliği**	3	6,2
	Eczacılık Fakültesi	17	35,4
	Edebiyat Fakültesi	4	8,3
	Fen Edebiyat Fakültesi	1	2,1
	Hemşirelik Fakültesi	10	20,8
	Sağlık Bilimleri Fakültesi	5	10,4
	Tıp Fakültesi	8	16,7
Okuduğu Bölüm	**Tıp**	8	16,7
	Hemşirelik	13	27,1
	Psikoloji	5	10,4
	Fizyoterapi	2	4,2
	Eczacılık	17	35,4
	Diş Hekimliği	3	6,2

Araştırmaya katılan öğrencilerin okul durumları ile ilgili özelliklerin dağılımı Tablo 4.1.3'te verildi. Katılımcıların %35,4'ü eczacılık fakültesinde, %20,8'i hemşirelik fakültesinde, %16,7'si tıp fakültesinde okumaktaydı.

Tablo 4.1-4: Katılımcıların Ruhsal Bozukluğu olan bireylerle karşılaşma durumu ile ilgili Özelliklerinin Dağılımı (N=149)

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Ruhsal Bozukluğu Olan Biriyle İlgilenme Durumu	**Evet**	89	59,7
	Hayır	60	40,3
Yakın Çevrede Ruhsal Bozukluğu Olan Birisi Olma Durumu	**Evet**	63	42,3
	Hayır	86	57,7

Araştırmaya katılanların ruhsal bozukluklar ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.4'te verildi. Buna göre, %59,7'si ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilendiğini, %57,7'si yakın çevrede ruhsal bozukluğu olan birisi olmadığını ifade etti.

4.2. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular:

4.2.1. Ölçeğin Kapsam Geçerliği Bulguları

SÇ-RHYDÖ maddelerinin uzman görüşleri doğrultusunda aldıkları KGO ve KGİ değerleri Tablo 4.2.1'de verildi.

Tablo 4.2-1: Maddelerin kapsam geçerlilik oranları ve ölçeğin kapsam geçerlilik indeks değerleri (N=10)

Kapsam Geçerliliği İndeksi Sonuçları															
	Uzmanlar												**KGO**		
Maddeler	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	Uzman 7	Uzman 8	Uzman 9	Uzman 10	**Number Agreement (Nu)**	**I-KGİ**	2*Nu	N	**(2Nu/N)-1**
Madde 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 5	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	0,9	18	10	0,8
Madde 6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	0,9	18	10	0,8
Madde 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 8	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	7	0,7	14	10	0,4
Madde 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	0,9	18	10	0,8
Madde 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 15	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	0,9	18	10	0,8
Madde 16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Madde 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	20	10	1
Kapsam Geçerlilik İndeksi ortalaması (KGİ): 0,965															
Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO): 0,93															

SÇ-RHYDÖ'nin kapsam geçerlilik oranları madde bazında 0,40 ila 1,00 arasında değişmekte olup KGO ortalaması 0,93; KGİ 0,96 olarak belirlendi.

4.2.2. Yapı Geçerliği

SÇ-RHYDÖ'nin yapı geçerliği için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanıldı.

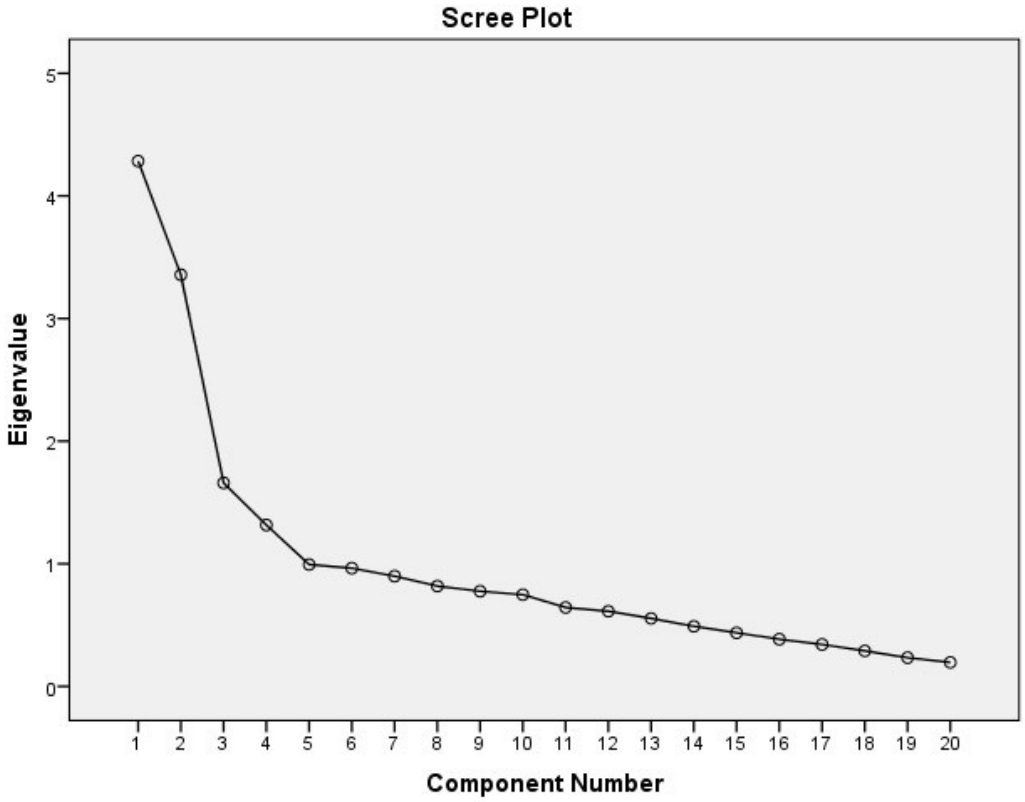
4.2.2.1. SÇ-RHYDÖ'nin Açımlayıcı (Exploratory) Faktör Analizi (AFA) Sonuçları

Tablo 4.2-2: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'ne Ait KMO ve Barlett Testi (N=149)

Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)	0.736
Barlett's Test of Sphericity	p=0.000

SÇ-RHYDÖ'ye ait Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) ve Barlett Testi sonuçları Tablo 4.2.2'de verildi. Yapılan test sonucunda (KMO = 0.736 >0,60) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edildi. Yapılan Barlett testi sonucunda (p=0.000 <0.05) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edildi.

Scree Plot grafiği Şekil 4.2-1'de verildi.



Şekil 4.2-1: Scree Plot Grafiği

*Eigenvalue: Özdeğer, *Component Number: Bileşen Numarası

Tablo 4.2-3: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği Faktör Yapısı (N=149)

Boyut	Faktör Yükü
Faktör1 (Özdeğer=4,284; Açıklanan Varyans=17,484; Alpha=0,804)	
8. Ruhsal hastalığını yönetebilen bir kişi; iş için en uygun kişi ise işverenler onu işe almalıdır.	0,785
9. Bir hekimin ruhsal bir hastalık nedeniyle tedavi görmüş olduğunu bilseydim, yine de o hekime giderdim.	0,782
3. Eğer birlikte çalıştığım bir iş arkadaşım yönetebildiği bir ruhsal hastalığı olduğunu söyleseydi, onunla çalışmaya aynı şekilde istekli olurdum.	0,767
10. Ruhsal bir hastalığım olsaydı, arkadaşlarıma söylerdim.	0,725
11. Ruhsal hastalığı olan bireylere umut aşılamak sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır.	0,655
15. Ruhsal hastalığı olan bireyler, toplum için nadiren risk oluşturur.	0,491
19. Ruhsal hastalığı olan bir kişinin komşum olmasında bir sakınca görmem.	0,485
Faktör2 (Özdeğer=3,357; Açıklanan Varyans=15,056; Alpha=0,738)	
14. Ruhsal hastalığı olan bireylerin yarısından fazlası iyileşmek için yeteri kadar çabalamıyor.	0,708

18. Sağlık çalışanlarının, ruhsal hastalığı olan kişilerin savunucusu olmasına gerek yoktur.	0,658
2. Eğer ruhsal hastalığa sahip biri fiziksel belirtilerden şikâyetçiyse, (örneğin; bulantı, sırt ağrısı ya da baş ağrısı), bu durumu büyük ihtimalle ruhsal hastalıklarına bağlardım.	0,642
17. Ruhsal hastalığı olan bir kişi durumunu yönetebiliyor olsa bile çocuklarla çalışmasını istemezdim.	0,615
20. Ruhsal hastalığı olan birine merhamet göstermekte zorlanırım.	0,597
1. Ruhsal hastalığa sahip birine kıyasla fiziksel hastalığa sahip birine yardım etmekte daha rahatım.	0,496
12. Profesyonel inançlarıma rağmen, ruhsal hastalığı olan insanlara karşı olumsuz tepkiler verebiliyorum.	0,486
Faktör3 (Özdeğer=1,660; Açıklanan Varyans=13,965; Alpha=0,741)	
6. Ruhsal bir hastalığım varsa ve bununla başa çıkamıyorsam bunu zayıflık olarak görürüm.	0,778
4. Ruhsal hastalıktan dolayı tedavi görüyor olsaydım, bunu hiçbir meslektaşıma açıklamazdım.	0,730
7. Ruhsal bir hastalığım olsa yardım aramaya isteksiz olurdum.	0,671
16. Ruhsal hastalıklar için en iyi tedavi ilaçtır.	0,546
13. Ruhsal hastalığı olan bireylere yardım etmek için yapabileceğim çok az şey var.	0,534
5. Tedavimi üstlenen sağlık çalışanının işyerimle bir bağlantısı yoksa ruhsal hastalığım için yardım aramayı daha kolay kabul ederim.	0,484
Toplam Varyans = % 46.505; Genel Güvenirlik (Alpha) = 0.792	

Uyarlaması yapılan ölçeğin orijinal formuna uygun olması için araştırmacı tarafından özdeğeri 1,5'in üzerinde olan üç faktör altında sınırlandırıldı. Tablo 4.2.3'te SÇ-RHYDÖ maddelerinin faktör yükleri verildi.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda 20 maddelik ölçeğin değişkenler toplam açıklanan varyansı %46.505 olan 3 faktörlü bir yapı elde edildi. SÇ-RHYDÖ'ye ait oluşan faktör yapısı Tablo 4.2.3'e göre birinci faktör ölçeğin toplam varyansın en büyük bölümünü oluşturmakta olup (%17,484), ikinci faktörün tek başına ölçeğin %15,056'sini, üçüncü faktörün tek başına ölçeğin %13,965'ini açıklamaktadır. Faktörler kapsamındaki her bir maddenin korelasyonları r=0,484 ile 0,785 arasında değişmiş olup SÇ-RHYDÖ'nin tüm maddeleri referans değerinin üstünde olarak bulundu.

Ölçeğin faktör yapısı incelendiğinde, ölçeğin birinci faktör altında toplanan maddeler (3, 8, 9, 10, 11, 15 ve 19. madde)'ine göre, ruhsal bozukluğa sahip kişilerle

iletişime geçerken ya da sosyal ve çalışma hayatındaki faliyetlere katılabilme istekliliğine sahip olma gibi kavramlar düşünüldüğünde ilgili faktöre **"Sosyal Mesafe"** adının verilmesinin uygun olacağına karar verildi. Bu boyuta ait güvenirlik düzeyinin (Alpha=0,804) yüksek olduğu belirlendi.

Ölçeğin ikinci faktör altında toplanan maddeleri (1, 2, 12, 14, 17, 18 ve 20. madde) incelendiğinde, sağlık çalışanlarının rolünü ve ruhsal bozukluklara yönelik damgalama ile ilgili genel tutumları kapsadığı göz önünde tutulduğunda ise ilgili faktöre "**Tutumlar**" adının verilmesinin uygun olacağına karar verildi. Bu boyuta ait güvenirlik düzeyinin ise (Alpha=0,738) yüksek olduğu belirlendi.

Ölçeğin üçüncü faktör altında toplanan maddeler (4, 5, 6, 7, 13 ve 16. madde) incelendiğinde ise, ele alınan kavramların ruhsal bozukluğu için yardım arama ve kendini ifade etme/açma davranışını kapsadığı göz önüne alındığında ilgili faktöre "**Yardım Arama-Kendini Açma**" adının verilmesinin uygun olacağına karar verildi. Bu boyuta ait güvenirlik düzeyinin (Alpha=0,741) yüksek seviyede olduğu belirlendi.

4.2.2.2. SÇ-RHYDÖ'nin Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi (DFA) Sonuçları

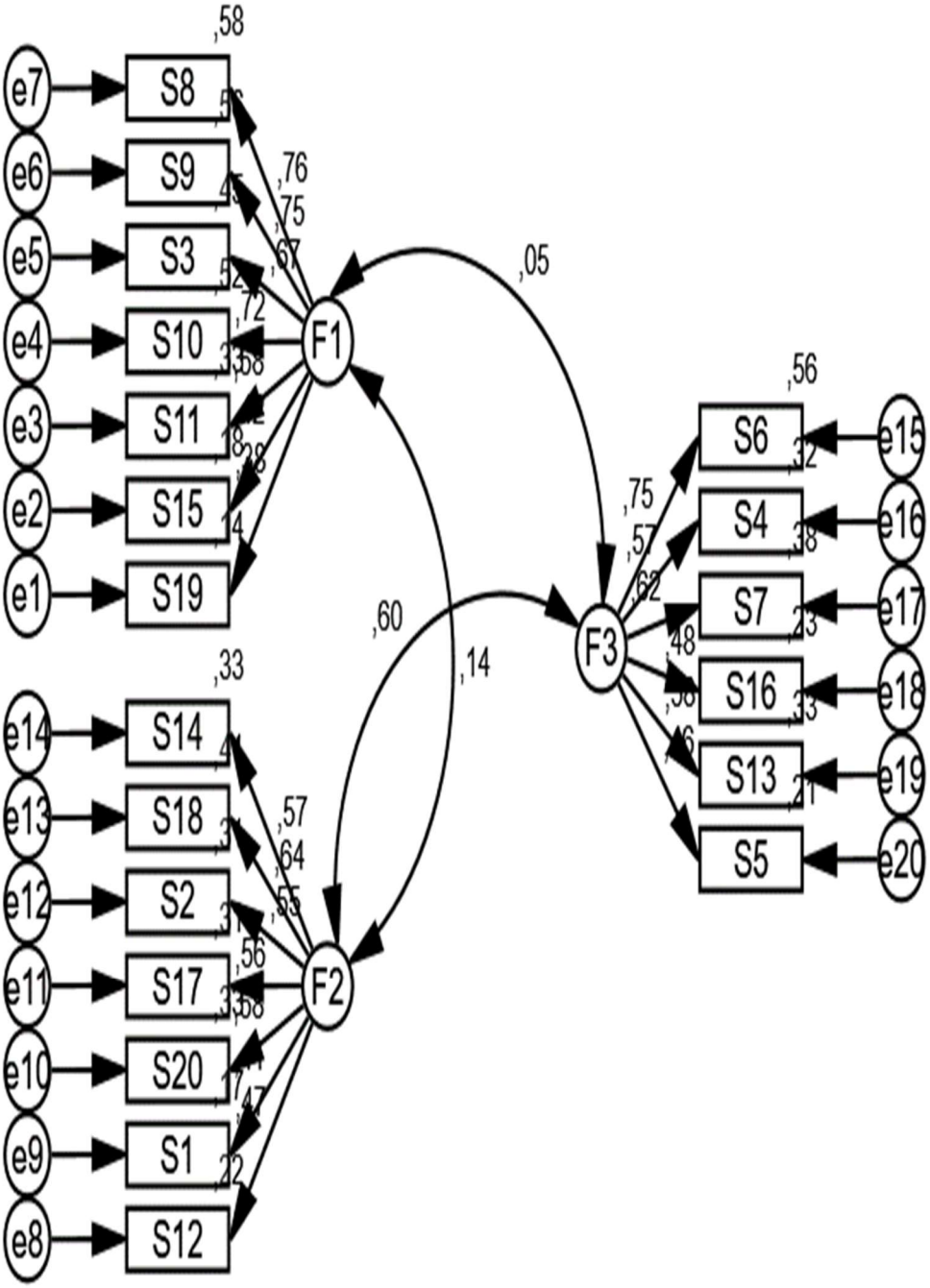
Tablo 4.2-4: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'ne Ait Faktör Yükleri ve Maddelere İlişkin Regresyon Katsayıları (N=149)

Faktörler	Maddeler	β	Std. β	S.Hata	T	p	R^2
Sosyal Mesafe	S19	1,000	0,380				0,408
	S15	1,231	0,420	0,360	3,416	p<0,001	0,511
	S11	1,630	0,577	0,414	3,936	p<0,001	0,423
	S10	1,931	0,720	0,457	4,222	p<0,001	0,436
	S3	1,898	0,670	0,459	4,138	p<0,001	0,477
	S9	2,028	0,750	0,475	4,265	p<0,001	0,563
	S8	2,013	0,759	0,471	4,277	p<0,001	0,477
	S12	1,000	0,467				0,412
	S1	1,026	0,411	0,284	3,612	p<0,001	0,569
	S20	0,998	0,576	0,227	4,404	p<0,001	0,602

Tutumlar	S17	1,296	0,558	0,299	4,335	p<0,001	0,533
	S2	1,167	0,554	0,270	4,317	p<0,001	0,514
	S18	1,663	0,642	0,359	4,628	p<0,001	0,499
	S14	1,461	0,574	0,332	4,396	p<0,001	0,576
Yardım Arama ve Kendini Açma	S6	1,000	0,748				0,562
	S4	0,676	0,567	0,114	5,938	p<0,001	0,449
	S7	0,659	0,619	0,103	6,411	p<0,001	0,519
	S16	0,568	0,476	0,113	5,047	p<0,001	0,556
	S13	0,756	0,576	0,126	6,020	p<0,001	0,522
	S5	0,568	0,456	0,117	4,842	p<0,001	0,531

SÇ-RHYDÖ'ne ait faktörlerin yapı geçerliliğine ilişkin doğruluğunu belirlemek üzere yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre standardize edilmiş faktör yükleri, t değerleri ve maddelerin oluşturduğu açıklayıcılık (***R^2***) değerleri Tablo 4.2.4'te verildi. Tablo 4.2.4'teki standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, *t* değerlerinin anlamlı ($p < 0,001$), R^2 değerlerinin yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuçlar önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliğini doğrulamaktadır.

Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagram ise Şekil 4.2.2'de verildi.



Şekil 4.2-2: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'ne Ait Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram

F1= Sosyal Mesafe, F2=Tutumlar, F3= Yadım Arama- Kendini Açma

Tablo 4.2-5: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri (N=149)

İndeks	Normal Değer*	Kabul Edilebilir Değer**	Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği
χ_2/sd	<2	<5	2.20
GFI	>0.95	>0.90	0.90
AGFI	>0.95	>0.90	0.90
CFI	>0.95	>0.90	0.91
RMSEA	<0.05	<0.08	0.07
RMR	<0.05	<0.08	0.06

*, ** Kaynaklar: (Şimşek, 2007; Hooper ve Mullen 2008; Schumacker ve Lomax, 2010; Waltz, Strcikland ve Lenz 2010; Wang ve Wang, 2012; Sümer, 2000; Tabachnick ve Fidel, 2007).

Doğrulayıcı faktör analizi sonrası uyum iyiliği indeksleri Tablo 4.2.5'te verildi. Ölçeğin Tablo 4.2.5'teki analiz sonuçları, DFA ile hesaplanan uyum indeks kriterleri modelin, katılımcılardan toplanan gerçek verilerle kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğunu göstermektedir. Bu durum SÇ-RHYDÖ'in daha önce belirlenen açımlayıcı faktör yapısına göre iyi uyum gösterdiğine işaret etmektedir.

4.3. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

Faktör 1'e ilişkin güvenirlik analizi uygulandı ve Alpha katsayısı 0,804 olarak bulundu. Maddelerin iç tutarlılığa etkisine yönelik madde analizi Tablo 4.3.1'de verildi.

Tablo 4.3-1: Sosyal Mesafe Alt Boyutunun Madde Analizi (N=149)

Sosyal Mesafe Alt Boyutunun Maddeleri	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde crombach alpha
8. Ruhsal hastalığını yönetebilen bir kişi; iş için en uygun kişi ise işverenler onu işe almalıdır.	21,12	20,661	,658	,757
9. Bir hekimin ruhsal bir hastalık nedeniyle tedavi görmüş olduğunu bilseydim, yine de o hekime giderdim.	21,49	20,873	,617	,764

3. Eğer birlikte çalıştığım bir iş arkadaşım yönetebildiği bir ruhsal hastalığı olduğunu söyleseydi, onunla çalışmaya aynı şekilde istekli olurdum.	21,23	20,434	,626	,762
10. Ruhsal bir hastalığım olsaydı, arkadaşlarıma söylerdim.	21,41	20,743	,640	,760
11. Ruhsal hastalığı olan bireylere umut aşılamak sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır.	21,30	21,577	,504	,785
15. Ruhsal hastalığı olan bireyler, toplum için nadiren risk oluşturur.	22,07	22,536	,383	,808
19. Ruhsal hastalığı olan bir kişinin komşum olmasında bir sakınca görmem.	21,34	23,416	,359	,808

Faktör 2'ye ilişkin güvenirlik analizi uygulandı ve Alpha katsayısı 0,738 olarak bulundu. Maddelerin iç tutarlılığa etkisine yönelik madde analizi Tablo 4.3.2'de verildi.

Tablo 4.3-2: Tutumlar Alt Boyutunun Madde Analizi (N=149)

Tutum Alt Boyutunun Maddeleri	**Madde silindiğinde ölçek puanı**	**Madde silindiğinde varyans**	**Madde toplam korelasyonu**	**Madde silindiğinde crombach alpha**
14. Ruhsal hastalığı olan bireylerin yarısından fazlası iyileşmek için yeteri kadar çabalamıyor.	14,62	14,670	,528	,687
18. Sağlık çalışanlarının, ruhsal hastalığı olan kişilerin savunucusu olmasına gerek yoktur.	15,27	14,846	,491	,697
2. Eğer ruhsal hastalığa sahip biri fiziksel belirtilerden şikâyetçiyse, (örneğin; bulantı, sırt ağrısı ya da baş ağrısı), bu durumu büyük ihtimalle ruhsal hastalıklarına bağlardım.	14,78	16,038	,486	,700
17. Ruhsal hastalığı olan bir kişi durumunu yönetebiliyor olsa bile çocuklarla çalışmasını istemezdim.	14,90	15,713	,461	,704
20. Ruhsal hastalığı olan birine merhamet göstermekte zorlanırım.	15,93	17,001	,472	,707
1. Ruhsal hastalığa sahip birine kıyasla fiziksel hastalığa sahip birine yardım etmekte daha rahatım.	14,20	16,040	,369	,728
12. Profesyonel inançlarıma rağmen, ruhsal hastalığı olan insanlara karşı olumsuz tepkiler verebiliyorum.	15,49	16,711	,381	,722

Faktör 3'e ilişkin güvenirlik analizi uygulandı ve Alpha katsayısı 0,741 olarak bulundu. Maddelerin iç tutarlılığa etkisine yönelik madde analizi Tablo 4.3-3'te verildi.

Tablo 4.3-3: Yardım Arama ve Kendini Açma Alt Boyutunun Madde Analizi (N=149)

Yardım Arama ve Kendini Açma Alt Boyutunun Maddeleri	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde crombach alpha
6. Ruhsal bir hastalığım varsa ve bununla başa çıkamıyorsam bunu zayıflık olarak görürüm.	12,07	12,333	,629	,656
4. Ruhsal hastalıktan dolayı tedavi görüyor olsaydım, bunu hiç bir meslektaşıma açıklamazdım.	12,03	14,053	,483	,703
7. Ruhsal bir hastalığım olsa yardım aramaya isteksiz olurdum.	12,39	14,469	,507	,698
16. Ruhsal hastalıklar için en iyi tedavi ilaçtır.	12,17	14,591	,407	,723
13. Ruhsal hastalığı olan bireylere yardım etmek için yapabileceğim çok az şey var.	12,09	13,675	,460	,710
5. Tedavimi üstlenen sağlık çalışanının işyerimle bir bağlantısı yoksa ruhsal hastalığım için yardım aramayı daha kolay kabul ederim.	10,93	14,482	,391	,728

Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) maddelerinin (Tablo 4.3-1- Tablo 4.3-2 ve Tablo 4.3-3'te de görüldüğü gibi) diğer maddelerle olan korelasyonunun 0,30'un üzerinde olduğu belirlendi. Bu bağlamda madde çıkarılmasına gerek olmadığına karar verildi.

SÇ-RHYDÖ'ndeki 20 maddenin güvenirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan "Cronbach Alpha" hesaplandı. Ölçeğin genel güvenirliği alpha=0,792 olarak belirlendi. SÇ-RHYDÖ'nün ve alt boyutlarına ait güvenilirlik katsayıları Tablo 4.3-4'te verildi.

Tablo 4.3-4: **Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerlerine İlişkin Bulgular (N=149)**

Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)	**Cronbach α**
Toplam	0.792
Alt boyutlar	
Sosyal Mesafe	0,804
Tutumlar	0,738
Yardım Arama ve Kendini Açma	0,741

Ayrıca Split-half (yarıya bölme) tekniği ile SÇ-RHYDÖ'nin güvenirliği, maddeleri ikiye bölerek Guttman ve Spearman-Brown katsayıları hesaplandı. Hesaplanan bu değerler ile ölçeğin iç tutarlılık katsayıları elde edildi. Half-Split güvenilirlik istatistikleri Tablo 4.3-5'te verildi.

Tablo 4.3-5: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Half-Split (Guttman ve Spearman-Brown) Değerlerine İlişkin Bulgular (N=149)

Güvenilirlik İstatistikleri

Cronbach's α	İlk yarı	Value	,680
		N of Items	10*
	İkinci yarı	Value	,649
		N of Items	10**
Formlar arasındaki korelasyon			,625
Spearman-Brown Katsayısı	Eşit uzunluk		,769
	Eşit olmayan uzunluk		,769
Guttman Split-Half Katsayısı			,769

*: S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, **:S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S20.

SÇ-RHYDÖ'nin Half-Split Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları Gutmann 0,769 ve Spearman- Brown katsayısı 0,769 olarak belirlendi (Tablo 4.3-5).

Tablo 4.3-6: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ)'nin Yarıya Bölme (Half-Split) Uygulamasının Pearson Korelasyon Değerleri (N=149)

Korelasyonlar

		İlk yarı	İkinci yarı
İlk yarı	Pearson Correlation	1	,625**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	149	149
İkinci yarı	Pearson Correlation	,625**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	149	149

**: Correlation is sigificant at the 0.01 level (2-tailed).

Yarıya Bölme (Half-Split) tekniği uygulanan SÇ-RHYDÖ'in Pearson korelasyon değerlerinin 0,625 olarak Tablo 4.3-6'daki gibi belirlendi (Tablo 4.3-6).

4.4. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri Tablo 4.4-1'deki gibi incelendi. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell 2013), +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir.

Tablo 4.4-1: SÇ-RHYDÖ'nin Puan Ortalamaları (N=149)

	N	Ort	Ss	Min.	Max.	Kurtosis	Skewness
Sosyal Mesafe	149	24,993	5,319	7,000	35,000	1,115	0,955
Tutumlar	149	17,530	4,548	8,000	35,000	0,755	0,278
Yardım Arama-Kendini Açma	149	14,336	4,368	6,000	30,000	0,606	0,583
Ölçek Toplam	149	56,859	9,789	28,000	100,000	0,874	-0,264

Tablo 4.4-2'de katılımcıların SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçek puanları verildi. Buna göre katılımcıların "Sosyal Mesafe" boyutunun ortalaması 24,993±5,319 (Min=7; Maks=35), "Tutumlar" boyutunun ortalaması 17,530±4,548 (Min=8; Maks=35), "Yardım Arama- Kendini Açma" boyutunun ortalaması 14,336±4,368 (Min=6; Maks=30), "SÇ-RHYDÖ toplam" ortalaması 56,859±9,789 (Min=28; Maks=100) olarak belirlendi.

Tablo 4.4-2: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=149)

	Cinsiyet	**N**	**Ort**	**Ss**	**t**	**sd**	**p**
Sosyal Mesafe	Kadın	130	24,900	5,447	-0,559	147	0,577
	Erkek	19	25,632	4,412			
Tutum	Kadın	130	17,585	4,649	0,381	147	0,704
	Erkek	19	17,158	3,877			
Yardım Arama ve Kendini Açma	Kadın	130	14,208	4,170	-0,934	147	0,461
	Erkek	19	15,211	5,593			
SÇ-RHYDÖ Toplam	Kadın	130	56,692	9,804	-0,543	147	0,588
	Erkek	19	58,000	9,871			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 4.4-2'de katılımcıların SÇ-RHYDÖ'nin puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması verildi. Buna göre sosyal mesafe, tutum, yardım arama- kendini açma ve SÇ-RHYDÖ'i toplam puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05).

Tablo 4.4-3: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması (N=149)

	Yaş	**N**	**Ort**	**Ss**	**F**	**P**
Sosyal Mesafe	25 ve altı	84	24,714	5,122	0,265	0,767
	26-30	44	25,318	5,602		
	30 üzeri	21	25,429	5,680		
Tutum	25 ve altı	84	17,345	4,253	0,395	0,675
	26-30	44	17,500	4,868		
	30 üzeri	21	18,333	5,122		
	25 ve altı	84	14,512	3,804	1,923	0,150

Yardım Arama ve Kendini Açma	26-30	44	13,409	4,785		
	30 üzeri	21	15,571	5,316		
SÇ-RHYDÖ Toplam	25 ve altı	84	56,571	9,309		
	26-30	44	56,227	9,185	0,797	0,453
	30 üzeri	21	59,333	12,666		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.4-3'e göre katılımcıların sosyal mesafe, tutum, yardım arama- kendini açma ve SÇ-RHYDÖ'i toplam puanları yaş değişkenine göre karşılaştırılması verildi. Buna göre sosyal mesafe, tutum, yardım arama-kendini açma ve SÇ-RHYDÖ'i toplam puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi (p> 0.05).

Tablo 4.4-4: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=149)

	Medeni Durumu	**N**	**Ort**	**Ss**	**t**	**sd**	**p**
Sosyal Mesafe	Bekar	120	24,817	5,190	-0,824	147	0,411
	Evli	29	25,724	5,861			
Tutum	Bekar	120	17,308	4,240	-1,213	147	0,227
	Evli	29	18,448	5,642			
Yardım Arama ve Kendini Açma	Bekar	120	14,675	4,321	1,948	147	0,053
	Evli	29	12,931	4,350			
SÇ-RHYDÖ Toplam	Bekar	120	56,800	9,340	-0,149	147	0,882
	Evli	29	57,103	11,648			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 4.4-4'e göre katılımcıların sosyal mesafe, tutum, yardım arama-kendini açma ve SÇ-RHYDÖ'i toplam puanları medeni durum değişkenine göre karşılaştırılması verildi. Buna göre sosyal mesafe, tutum, yardım arama-kendini açma ve SÇ-RHYDÖ'i toplam puanları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi (p> 0,05).

Tablo 4.4-5: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=149)

	Eğitim Durumu	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Sosyal Mesafe	Üniversite Mezunu	76	24,303	6,149	2,197	0,115	
	Lisansüstü	25	26,840	3,579			
	Lisans Öğrenci	48	25,125	4,427			
Tutum	Üniversite Mezunu	76	17,237	4,993	1,238	0,293	
	Lisansüstü	25	16,840	4,365			
	Lisans Öğrenci	48	18,354	3,812			
Yardım Arama ve Kendini Açma	Üniversite Mezunu	76	14,197	4,775	7,908	**0,001**	**3>1**
	Lisansüstü	25	11,800	3,428			**1>2**
	Lisans Öğrenci	48	15,875	3,437			**3>2**
SÇ-RHYDÖ Toplam	Üniversite Mezunu	76	55,737	11,636	2,349	0,099	
	Lisansüstü	25	55,480	4,575			
	Lisans Öğrenci	48	59,354	8,099			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.4-5'de katılımcıların SÇ-RHYDÖ toplam ve alt boyut puanları eğitim durumuna göre karşılaştırıldı. Buna göre katılımcıların eğitim durumuna yardım arama-kendini açma puanları arasında anlamlı fark olup ($F_{(2, 146)}$=7,908; p= 0,001 <0.05) lisans dönemindeki öğrencilerin puanları üniversite ve lisansüstü mezunlarından; üniversite mezunlarının puanları lisansüstü mezunlarından yüksek bulundu. Katılımcıların sosyal mesafe, tutum ve toplam SÇ-RHYDÖ puanları eğitim durumu göre anlamlı farklılık göstermedi (p> 0.05).

Tablo 4.4-6: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Meslek Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=149)

	Gruplar	N	Ort	Ss	t	sd	p
Sosyal Mesafe	Sağlık Çalışanı	101	24,931	5,714	-0,208	147	0,836
	Sağlık Bölümü Öğrencisi	48	25,125	4,427			
Tutumlar	Sağlık Çalışanı	101	17,139	4,827	-1,532	147	0,128
	Sağlık Bölümü Öğrencisi	48	18,354	3,812			
	Sağlık Çalışanı	101	13,604	4,583	-3,048	147	**0,003**

Yardım Arama ve Kendini Açma	Sağlık Bölümü Öğrencisi	48	15,875	3,437			
SÇ-RHYDÖ Toplam	Sağlık Çalışanı	101	55,673	10,324	-2,172	147	**0,031**
	Sağlık Bölümü Öğrencisi	48	59,354	8,099			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 4.4-6'da katılımcıların SÇ-RHYDÖ toplam ve alt boyut puanları gruplara göre karşılaştırıldı. Buna göre katılımcıların sağlık çalışanları ile sağlık bölümünde okuyan arasında Yardım Arama-Kendini Açma puanları arasında anlamlı fark olup (t(147)=-3.048; p=0.003 <0,05) öğrencilerin Yardım Arama-Kendini Açma puanları ($\bar{x}$=15,875), çalışanların Yardım Arama-Kendini Açma puanlarından ($\bar{x}$=13,604) yüksek bulundu. Katılanların gruplara göre SÇ-RHYDÖ toplam puanları anlamlı farklılık gösterdi (t(147)=-2.172; p=0.031 <0,05). Öğrencilerin SÇ-RHYDÖ toplam puanları ($\bar{x}$=59,354), çalışanların SÇ-RHYDÖ toplam puanlarından ($\bar{x}$=55,673) yüksek bulundu. Katılanların Sosyal Mesafe ve Tutum puanları dahil olduğu gruba göre anlamlı farklılık göstermedi (p> 0,05).

Tablo 4.4-7: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Meslekte Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması (N=149)

	Meslekteki Çalışma Süresi	**N**	**Ort**	**Ss**	**T**	**sd**	**p**
Sosyal Mesafe	5 Yıl ve altı	52	24,058	6,264	-1,594	99	0,114
	5 Yıl üzeri	49	25,857	4,962			
Tutumlar	5 Yıl ve altı	52	15,904	3,987	-2,733	99	**0,007**
	5 Yıl üzeri	49	18,449	5,315			
Yardım Arama ve Kendini Açma	5 Yıl ve altı	52	12,596	3,560	-2,326	99	**0,024**
	5 Yıl üzeri	49	14,674	5,293			
SÇ-RHYDÖ Toplam	5 Yıl ve altı	52	52,558	9,865	-3,273	99	**0,001**
	5 Yıl üzeri	49	58,980	9,848			

Bağımsız gruplar T-Testi

Katılımcıların Tablo 4.4-7'deki bulgulara bakıldığında SÇ-RHYDÖ toplam ve alt boyut puanları sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresine göre kaşılaştırıldı. Buna göre sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresine göre Tutum puanları anlamlı farklılık gösterdi ($t_{(99)}$=-2,733; p=0.007 <0,05). Meslekte çalışma süresi 5 yıldan fazla olanların Tutum puanları, 5 yıldan az çalışanlardan yüksek bulundu. Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresine göre Yardım Arama-Kendini Açma puanları da anlamlı farklılık gösterdi ($t_{(99)}$=-2,326; p=0.024 <0,05). Meslekte çalışma süresi 5 yıldan fazla olanların Yardım Arama-Kendini Açma puanları, 5 yıldan az çalışanlara göre yüksek bulundu. Yine SÇ-RHYDÖ toplam puanları anlamlı farklılık gösterdi ($t_{(99)}$=-3,273; p=0.001 <0,05). 5 yıldan fazla çalışanların toplam puanı 5 yıldan az çalışanlara göre yüksek bulundu. Katılımcıların Sosyal Mesafe puanlarında ise meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi (p> 0,05).

Tablo 4.4-8: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Ruhsal Bozukluğu Olan Biriyle İlgilenme Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=149)

	Grup	N	Ort	Ss	t	Sd	p
Sosyal Mesafe	Evet	89	25,326	5,349	0,929	147	0,354
	Hayır	60	24,500	5,280			
Tutumlar	Evet	89	17,247	4,900	-0,925	147	0,357
	Hayır	60	17,950	3,972			
Yardım Arama ve Kendini Açma	Evet	89	13,506	4,595	-2,895	147	**0,004**
	Hayır	60	15,567	3,711			
SÇ-RHYDÖ Toplam	Evet	89	56,079	9,725	-1,187	147	0,237
	Hayır	60	58,017	9,851			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin Tablo 4.4-8'deki SÇ-RHYDÖ toplam ve alt boyut puanları ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilenme durumlarına göre karşılaştırıldı**.** Buna göre ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilenme durumlarına göre Yardım Arama-Kendini Açma puanlarında anlamlı farklılık saptandı ($t_{(147)}$=-2,895; p=0.004 <0,05). Ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilenmeyen kişilerin Yardım Arama-Kendini Açma puanları, ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilenen kişilere göre yüksek bulundu. Fakat sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin Sosyal Mesafe, Tutum ve SÇ-RHYDÖ toplam

puanları ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilenme durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi (p> 0,05).

Tablo 4.4-9: SÇ-RHYDÖ'nin Puanlarının Yakın Çevrede Ruhsal Bozukluğu Olan Birisi Olma Durumu Göre Karşılaştırılması (N=149)

	Grup	N	Ort	Ss	t	Sd	p
Sosyal Mesafe	Evet	63	25,429	5,417	0,854	147	0,394
	Hayır	86	24,674	5,255			
Tutumlar	Evet	63	16,730	4,729	-1,853	147	0,066
	Hayır	86	18,116	4,345			
Yardım Arama ve Kendini Açma	Evet	63	14,381	4,556	0,108	147	0,914
	Hayır	86	14,302	4,251			
SÇ-RHYDÖ Toplam	Evet	63	56,540	10,503	-0,340	147	0,734
	Hayır	86	57,093	9,287			

Bağımsız gruplar T-Testi

Tablo 4.4-9'a göre sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin SÇ-RHYDÖ toplam ve alt boyut puanları yakın çevrelerinde ruhsal bozukluğu olan birisi olma durumuna göre karşılaştırıldı**.** Katılımcıların Sosyal Mesafe, Tutum, Yardım Arama-Kendini Açma ve toplam SÇ-RHYDÖ puanları yakın çevrelerinde ruhsal bozukluğu olan birisi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi (p> 0,05).

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarında ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı davranışların ve tutumların ölçülmesi için geliştirilmiş olan "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)"nin Türkçe'ye uyarlanması, psikometrik özelliklerinin belirlenmesi ve Türkçe ölçeğin ilk kullanımı ile ilgili pilot sonuçların verilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın bulguları 4 bölümde tartışıldı.

- Bireylerin Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Bireylerin Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın örneklemi oluşturulurken ölçek madde sayısının minimum 5 katı alınıp 100 kişiye ulaşılması planlanan çalışmada yüz kırk dokuz kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların (N=149) %67,8'i sağlık çalışanı, %32,2'si sağlık bölümü öğrencisi olup yaş ortalaması 26,40±6,771 dır. Çalışmaya katılanların çoğunluğu 18-30 yaş arasında, kadın, bekar, kentte ve ailesi ile yaşayan, üniversite mezunu ve gelir gider durumu eşit bireylerden oluştu. Ölçeğin orijinal çalışmasının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde çalışmanın örneklem grubunu 787 sağlık çalışanı ve sağlık bölümünde okuyan öğrenci oluşturmuş olup katılımcıların 26-64 yaş arası ve kadın, olduğu, çoğunluğunu tıp öğrencileri, psikiyatri hemşireleri, diğer hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, eczacılar, terapistler, danışmanlar gibi gruplardan oluşmuştur. Modgill ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında 1305 kişiye ulaşılmış ve bireysel özelliklerine göre çoğunluğu yine kadın (%77,4), doktorlar (%41,5), hemşireler (%17,0), tıp öğrencileri (%13,4) veya diğer sağlık programlarındaki öğrenciler oluşturmuştur. Ölçeğin Almanca versiyonunda (Zuaboni ve ark. 2021) 392 kişiye ulaşılmış %62,2'si kadın, çoğunluğu ise 26-55 yaş arasında; en yaygın meslek ruh sağlığı hemşireliği, psikiyatristler ve psikologlardan oluşmuştur. İspanyolca versiyonunda (Sapag ve ark. 2019) yaş ortalaması 37,9 olup çoğunluğu kadın (% 76,4) 803 sağlık çalışanı örneklem grubunu oluşturmuştur.

Araştırmaya katılanların (N=149) çoğunluğu ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilendiğini fakat yakın çevrede ruhsal bozukluğu olan birisi olmadığı yanıtını vermiştir. Modgill ve ark. (2014) çalışmasında ise katılımcılar yakın çevrede ya da ailelerinde ruhsal bozukluğu olan biriyle kişisel temaslarının olduğunu, yine çoğunluğu ruhsal bozukluğu olan birini tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. Van der Maas ve ark. (2018) Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan (N=190) çoğunluğu 26 ile 64 yaş arasında ve %84,2'si kadın, olan sağlık çalışanlarında SÇ-RHYDÖ'ni incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların ruhsal bozukluğa sahip ya da madde kullanım bozukluğuna sahip bireylere bakım verdiklerini belirlemişlerdir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanları özel hastane veya kurumda (%44,6'sı), devlet hastanesinde (%35,6'sı) ve üniversite hastanesinde (%19,8'i) çalışmakta olup çoğunluğunun meslekte çalışma yılı 5 yıl ve altıdır. Ölçeğin Macarca verisiyonunda (Őri ve ark. 2020) katılımcıların çoğunluğu kadın, 24 ile 35 yaşları arasında ve %40'nın iş tecrübesi 5 yıl ve altı sağlık çalışan oldukları bildirilmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık bölümü öğrencilerinin %35,4 ile en çok eczacılık fakültesinde, %20,8 ile hemşirelik fakültesinde, %16,7 ile tıp fakültesinde ve kalan grup ise fizyoterapi, psikoloji ve diş hekimliği fakültesinde okumaktadır. Singapurda yapılan çalışmada ise (Chang ve ark. 2017) yaş ortalaması 21,3; %71,1'i kadın, çoğunluğu Çin etnik kökenine sahip 502'si tıp öğrencisi ve 500'ü hemşirelik öğrencisi olmak üzere toplam 1002 sağlık bölümü öğrencisi katılmıştır. Happell ve ark. (2019) Kuzey-Batı Avrupa (İrlanda-%15,8, Norveç-%27,9, Finlandiya-%16,3 ve Hollanda-%12,5) ve Avustralya'da (%27,4), bulunan üniversitelerde hemşirelik lisans öğrencileri ile yaptıkları çalışmada %81'inin (n= 423) kadın ve çoğunluğunun 18 ile 25 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin İtalyanca versiyonunda (Destrebecq ve ark. 2018) çalışmaya yaş ortalaması 21 olan çoğunluğu kadın, 561 sağlık bölümü öğrencisi katılmış olup örneklemin yarısı (n = 281) geçmişte ruhsal bozukluğa sahip yakını veya arkadaşları olduğunu, %51,87'si ruhsal bozukluğa sahip birine yardım ettiğini bildirmiştir.

5.2. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir ölçme aracının geçerliliği aracın "Neyi", "Ne Kadar" ve "İsabetli/doğru" olarak ne ölçüde ölçtüğünü göstermektedir (Erdoğan ve ark. 2014). Kültürlerarası ölçek uyarlarken geçerlilik çalışmaları sonucu ölçüm aracını standardize edilebilmek ve aracın

kullanımı sonrası uygun bilgiler üretebilme yeteneğine sahip duruma gelmesi açısından gereklidir (Erdoğan ve ark. 2014).

5.2.1. Dil Eşdeğerliği ve Geçerliğinin Tartışılması

Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanma çalışmaları bir çok aşamadan geçerek gerçekleşmiştir. Dilsel eşdeğerliliği için çeviri ve geri-çevirisi yapılmıştır. Ölçek, Türkçe ve orijinal formu olan İngilizce dışında, Almanca, İtalyanca, İspanyolca ve Macarca dillerine çevrilmiştir (Zuaboni ve ark. 2021; Destrebecq ve ark. 2018; Sapag ve ark. 2019; Őri ve ark. 2020). Hindistan da kültürlerarası kullanımına ilişkin ingilizce formu ile çalışma yapmıştır (Munisami ve ark. 2021).

5.2.2. SÇ-RHYDÖ'nin Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçek, çeviri sürecinden sonra kapsam geçerliliği için uzman onayına sunulmuştur. Kapsam geçerliği ölçeğin her bir maddesinin ölçmesi istenen kavramları ölçüp ölçmediğini ve ölçülmek istenen kavramların uygun kavramları içerip içermediğine bakılarak yapılan bir aşamadır (Erdoğan ve ark. 2014). Uzmanların görüşleri ve önerileri sonrasında danışman ve araştırmacı ile ölçeğin nihahi şekli verilmiştir. Ardından excellde kapsam geçerlilik indeksi ve oranı hesaplanmıştır. Buna göre SÇ-RHYDÖ'nin kapsam geçerlilik oranları madde bazında 0,70 ila 1,00 arasında değişmekte olup KGO ortalaması 0,93; kapsam geçerlilik indeks 0,96 olarak belirlendi. İtalyan versiyonu (Destrebecq ve ark. 2018), kültürlerarası uyarlama çalışmasında dilsel eşderliliği yapıldıktan sonra kapsam geçerliliği hesaplanmış ve italyan versiyonu için CVI-S değeri 0.96 ile bu çalışmadaki sonuçlarla benzerlik göstererek iyi bir içerik geçerliliğine sahip olduğu bulunmuştur. Şile'de yapılan İspanyolca verisiyonu (Sapag ve ark. 2019) kültürlerarası uyarlama çalışmalarında dilsel eşderliliği süreçlerinde üç bağımsız çevirmen tarafından oluşturulan form uzman komite tarafından incelenip bilişsel görüşmeler yapılmış ardından iki bağımsız geri çeviri yapılarak pilot testi ve son revizyonları ile nihai şekli verilmiştir. Kapsam geçerliliğine dair ise bir bilgiye ulaşılamamıştır. İsviçre ve Almanya için uyarlanmış Almanca versiyonu (Zuaboni ve ark. 2021) için kültürlerarası uyarlama çalışmalarında dilsel eşderliliği süreci yine "Kültürlerarası Uyum Süreci Rehberi" ile beş aşamada (çeviri- sentez- geri çeviri- uzman görüşü ve pilot çalışma) yapılmıştır. Fakat yine kapsam geçerlilik indeks ve kapsam geçerlilik oranlarına ulaşılamamıştır. Yine Macarca vesiyonunda (Őri ve ark. 2020) kültürlerarası uyarlama çalışmalarında dilsel

eşderliliği sürecinde çeviri, sentez, geri çeviri, uzman görüşü ve pilot çalışma yapılmış olup kapsam geçerlilik indeks ve oranlarına ulaşılamamıştır.

5.2.3. SÇ-RHYDÖ'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin yapı geçerliğini bulmak amacıyla yapılan Açımlayıcı (AFA) ve Doğrulayıcı faktör analizlerinin (DFA) sonuçları iki bölümde tartışılmıştır.

5.2.3.1. SÇ-RHYDÖ'nin Açımlayıcı (Exploratory) Faktör Analizi (AFA) Sonuçlarının Tartışılması

Ölçüm araçlarının yapı geçerliliği yapılırken açımlayıcı faktör analizi 4 temel aşama uygulanarak (Esin 2015 p. 226) belirlenmektedir. Buna göre yapılan ilk aşamada örneklem yeterliliğine ilişkin Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) analizi kullanılmıştır. KMO > 0,60 yeterliliği göstermektedir (Esin 2015 p. 226). SÇ-RHYDÖ'nin faktör analizi için uygunluğunu belirlemek amacı ile "Barlet's Test of Sphericity" analizi uygulandı. Bu çalışmada örneklem sayısı toplam madde sayısının minimum 5 katı alınarak belirlenmiş N=149 kişiye ulaşılmış ve (KMO= 0.736 >0,60) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yapılan Barlett testi sonucunda ($p = 0.000 < 0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Modgill ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında KMO= 0.841 >0,60 bulunmuş olup Barlet's Test of Sphericity ise $\chi2=3969.47$, $p < 0.001$ olarak saptanmıştır. Singapur örnekleminde (Chang ve ark. 2017) KMO değeri 0.799 olup Bartlett testi anlamlıdır; bu nedenle SÇ-RHYDÖ ölçeğinin faktör analizi uygun olduğu belirtilmiştir. Macarca versiyonunda (Őri ve ark. 2020) Bartlett Testi ($p < 0.0001$) ve KMO değeri 0.72 (>0,60) olarak saptanmıştır. Almanca versiyonudaki (Zauboni ve ark. 2021) Barlett Testi analizinde $\chi2= 857.25$ ($p < 2.2e-16$) ve Kaiser-Meyer-Olkin değeri ise 0.811 (>0,60) şeklinde bulunmuştur.

İkinci aşamada özdeğer istatistiği (eigenvalues) ve Scree plot grafiği ile faktörlerin dağılımları elde edilmiştir. Scree Plot Grafiği'ne göre özdeğeri 1'den büyük 4 ve hatta 5 faktörlü bir yapı vermesine rağmen ölçeğin orijinal formuna uygun olması için araştırmacı tarafından özdeğeri 1,5'in üzerinde olan üç faktör altında sınırlandırılmıştır. Faktörlerin sırasıyla özdeğerleri F1 için 4,284, F2 için 3,357 ve F3 için 1,660 olarak bulunmuştur. Modgill ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında üç faktör için özdeğerler 2,44, 2,28 ve 2,08 olarak saptanmıştır. Singapur örnekleminde (Chang ve ark. 2017) de

Özdeğer> 1 olarak Modgill ve ark. (2014)'na benzer olarak 15 maddeli olan ölçek üzerinden 3 faktörlü bir yapı ortaya çıkmış olup özdeğerleri ile ilgili detaylı bilgiye ulaşılamamıştır. Ancak "*Ruhsal hastalığa sahip birine kıyasla fiziksel hastalığa sahip birine yardım etmekte daha rahatım."* adlı 1 numaralı madde düşük faktör yüküne (<30) sahip olduğu için maddelerden çıkarılarak ölçek 14 maddeye indirilmiştir. Aynı madde için ise bu çalışmada faktör yükü 0,496 olarak belirlenmiştir. Macarca versiyonunda (Őri ve ark. 2020) özdeğerler, sırasıyla 3,75, 1,64 ve 1,56 değerlere sahip bu çalışmaya benzer 3 faktörlü yapı oluşmuştur. Almanca verisyonunda (Zuaboni ve ark. 2021) Modgill ve ark. (2014)'nın önerdiği 15 maddeli ölçek üzerine uygulanmış ve özdeğerleri F1 için 3,49, F2 için 1,54 ve F3 için 1,21 olan üç faktörlü bir yapı oluşmuştur.

Üçüncü aşamada ise 3 faktörlü yapı elde etme amacıyla yapılan sınırlandırma işlemine uygun olarak varimax rotation yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda 20 maddelik ölçeğin elde edilen 3 faktörlü yapısında değişkenlerin toplam açıklanan varyansı %46.505 olmakla birlikte birinci faktör %17,484 (3, 8, 9, 10, 11, 15, 19) olup ölçeğin toplam varyansın en büyük bölümünü oluştururken, ikinci faktör tek başına ölçeğin %15,056'sini (1, 2, 12, 14, 17, 18, 20), üçüncü faktör tek başına ölçeğin %13,965'ini (4, 5, 6, 7, 13, 16) açıklamaktadır. Modgill ve ark. (2014)'nın çalışmasında (N=1305) 3 faktörlü yapısında değişkenlerin toplam açıklanan varyansı %45.3 olarak (birinci faktör (1, 12, 13, 14, 18, 20) =%16,2, ikinci faktör (4, 6, 7, 10) =%15,2 ve üçüncü faktör (3, 8, 9, 17, 19) =%13,9 ile bu çalışma ile benzer sonuçlar saptanmıştır. Macarca versiyonunda (Őri ve ark. 2020) toplam varyansın %46'sını açıkladığı (sırasıyla %25, %11 ve %10) saptanmıştır.

Faktörler kapsamındaki her bir maddenin korelasyonları r=0,484 ile 0,785 arasında değişmiş olup SÇ-RHYDÖ'nin tüm maddeleri referans değerinin üstünde olarak bulunmuştur. Bir maddenin bir yapıyı ya da faktörü iyi ölçtüğünü söyleyebilmek için bu faktör yükünün değerinin 0,30 ya da bu değerin üstünde bir değer olması gerekmektedir (Kline 1994). Maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayı olan (Kline 1994) faktör yükünün ise 0,45 veya daha yüksek olması seçim açısından iyi bir ölçü olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk 2010). Analiz sonucu ölçek 20 maddelik hali ile kalmıştır. Modgill ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında yapılan AFA sonucunda düşük toplam madde korelasyon değerlerine sahip (0,20'nin altında) maddeler (5, 11, 15, 16) ve 2. madde olan "*Eğer ruhsal hastalığa sahip biri fiziksel belirtilerden şikâyetçiyse,*

(örneğin; bulantı, sırt ağrısı ya da baş ağrısı), bu durumu büyük ihtimalle ruhsal hastalıklarına bağlardım." 3 faktör üzerine yüklenmesi nedeni ile 20 maddelik ölçek 15 maddeye düşürüldüğü belirtilmiştir.

Orijinal ölçeğin 20 maddelik formu incelendiğinde öz değerleri sırasıyla 4,0, 1,7 ve 1,0 ile açıklanan toplam varyansın %48'ini oluşturan üç faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Üçüncü faktörün özdeğeri olan 1,0'e yakın olduğu ve sadece 2 madde (16. ve 17. maddeler) yüklendiği için bu maddeler çıkarılarak 12 maddelik 2 faktörlü bir yapı oluşturulmuş. Orijinal ölçeğin faktör yapısında davranışsal ayrımcılık açısından çok önemli bir boyut olan ***sosyal mesafe*** boyutunun eksik olması nedeni ile ölçek daha geniş bir örnekleme tekrar uygulanarak analiz çalışmaları Modgill ve ark. (2014) tarafından tekrar yapılmıştır. Literatür incelendiğinde kültürlerarası uyarlaması yapılan versiyonun Modgill ve arkadaşlarının olduğu bulunmuş olup bu çalışmada da onların önerdiği 15 maddeli 3'lü faktör yapısına sahip ölçek göz önünde bulundurularak 20 maddeli form üzerinden psikometrik çalışmaları yapılmıştır.

Dördüncü ve son aşamada ise faktörler isimlendirilmiştir. Orijinal ölçekteki önerilen isimlendirmeye uygun olarak aynı şekilde isimlendirilmiştir. Buna göre 1. Faktör "**Sosyal Mesafe"**, 2. Faktör "**Tutumlar"** ve 3. Faktör ise "**Yardım Arama- Kendini Açma"** olarak belirlenmiştir. Modgill ve ark. (2014)'nın çalışmasında 1. Faktör "Tutumlar"*,* 2. Faktör "Yardım Arama ve Kendini Açma" ve 3. Faktör "Sosyal Mesafe"dir. Singapur'daki çalışmada (Chang ve ark. 2017) ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik Faktör 1 (yedi madde) "Tutumlar", Faktör 2, (dört madde) "Sosyal Mesafe" ve Faktör 3 (üç madde) "Yardım Aramaya-Kendini Açma" olarak belirlenmiştir.

5.2.3.2. SÇ-RHYDÖ'nin Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi (DFA) Sonuçlarının Tartışılması

Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin yapı geçerliğine ilişkin yapılmış açımlayıcı faktör analizine göre belirlenen faktörlerin doğruluğunu belirlemek üzere yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre standardize edilmiş faktör yükleri, t değerleri ve maddelerin oluşturduğu açıklayıcılık (***R^2)*** değerleri belirlenmiştir. Analiz sonucuna göre regresyon katsayıları sırasıyla *Sosyal Mesafe* boyutundaki maddelerin regresyon katsayı değerleri 0,40 ile 0,56; *Tutumlar* boyutunda 0,41 ile 0,60; *Yardım Arama- Kendini Açma* boyutunda ise 0,44 ile 0,56 arasında olarak ***R^2*** değerlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Faktörler arası en yüksek

korelasyona sahip 0,60 katsayısına sahip *Tutumlar* ile *Yardım Arama- Kendini Açma* boyutları arasındadır. Faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, t değerlerinin anlamlı (p <0,001) olduğu belirlenmiş olup bu sonuçlar önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliğini doğrulamaktadır. Ayrıca DFA uyumluluk değerlerinden ki kare/serbestlik derecesi ($\chi 2$/sd), uyum iyiliği indeksi (GFI), düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (AGFI), karşılaştırmalı uyum iyiliği indeksi (CFI), yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) ve RMR incelenmiştir. DFA uyumluluk değerleri ise $\chi 2$/sd= 2.20; GFI= 0.90; AGFI= 0.90; CFI= 0.91; RMSEA= 0.07; RMR=0.06 olarak bulunmuştur ve daha önce belirlenen AFA yapısına göre iyi uyum gösterdiğine işaret etmektedir.

Van der Maas ve ark. (2018) çalışmasında Modgill ve diğerleri (2014) tarafından önerilen faktör yapısının alt ölçekler üzerinde uygunluğunu test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapmıştır. Buna göre 15 maddelik 3 faktörlü yapı üzerinde yapılan Tucker-Lewis indeksine (0.996), karşılaştırmalı uyum indeksine (CFI=0.996) ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA=0.013) ile iyi uyum gösterdiği; standartlaştırılmış ortalama hataların karekökü (SRMR=0.070) kabul edilebilir bir uyum gösterdiği belirtilmiştir.

Singapur'daki çalışmanın (Chang ve ark. 2017) önce 15 maddeli Modgill ve ark. orijinal üç faktör yapılı ölçeğe DFA yapılmış ve uyumluluk değerlerinin zayıf (RMSEA=0.096, CFI=0.838, TLI=0.804) bulunmasının ardından düşük faktör yüküne sahip madde çıkarılıp DFA yeniden incelenmiştir. DFA bulguları ise 14 maddeli 3 faktör yapısına sahip olarak uyumluluk indeksleri RMSEA=0.069, CFI=0.948, TLI=0.909 olarak bulunmuştur.

İspanyolca versiyonunda (Sapag ve ark. 2019) yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) 0.052 (< 0.06 ise mükemmel kabul edilir), SRMSR 0,048 (< 0.08 ise mükemmel uyum olarak kabul edilir) ve R2=%89 olup tümü mükemmel model uyumunu gösterirken; Tucker Lewis İndeksi (0.98) ve CFI =0.832 (> = 0.95) normalden daha düşük olduğu ortaya konulmuştur.

Happell ve ark. (2019) çalışmasından yine Modgill ve diğerleri (2014) tarafından önerilen 15 maddeli, 3 faktörlü yapıya sahip SÇ-RHYDÖ'i doğrulamak amacıyla DFA yapmıştır. Bununla ilgili olarak yapılan uyumluluk analizlerinde CFI ve modifikasyon indeks sonuçları, 6. ve 18. maddelerin çapraz yüklendiğini ortaya çıkardığı için maddeler

kaldırılmış olup 13 maddeye indirilen ölçeğin standartlaştırılmış yükleri 0,44 ile 0,71 arasında değişmekte olduğu bildirilmiştir (Happell ve ark. 2019). *Sosyal Mesafe* ile diğer iki faktör arasındaki negatif kovaryans bulunmuş ve alınan yüksek puanların düşük sosyal mesafeyi göstermekte olduğu belirtilmiştir. Faktörler arası en yüksek korelasyon ise 0.76 katsayısı ile *Sosyal Mesafe* ve *Olumsuz Tutum* arasındadır.

Macarca versiyonunda (Őri ve ark. 2020) AFA sonuçları sonrası oluşturulan 14 maddelik formuyla uyumluluk değerleri sırası ile $\chi 2$=103.475, $\chi 2$/df=1.39, RMSEA=0.043, 95% CI of RMSEA=0.021–0.062, CFI=0.867, TLI=0.836'dır. Çapraz olarak yüklenen 18 ve 19. madde ile düşük faktör yüküne sahip 14. maddenin çıkarılması ile ölçek 14 maddeye sahip 3 faktörlü yapı onaylamıştır.

Almanca verisyonunda (Zuaboni ve ark. 2021) ise faktör yükleri incelendiğinde Faktör 1'in *(Tutumlar)* altı maddesi 0,33 ile 0,48 arasında faktör yüküne sahipken, birinin faktör yükü 0,22 olarak saptanmış; Faktör 2'nin *(Yardım Arama- Kendini Açma)* dört maddesinden üçü 0,40 ila 0,56 arasındayken biri 0,28 olarak saptanmış; Faktör 3 *(Sosyal Mesafe)*'e ait beş maddenin 0,38 ile 0,68 arasında değerleri aldığı görülmüştür. 8. 11. ve 13.'üncü maddelerde çapraz yüklemeler olduğu belirtilmiştir. Faktör yüklerinde oluşan bu denli farklılığın sebebi olarak damgalanmanın onaylanmasında ruh sağlığı çalışanlarının kültürel farklılıkların etkili olabileceği belirtilmiştir (Zuaboni ve ark. 2021). DFA uyumluluk değerleri $\chi 2(87) = 149.29$, $p < .001$; CFI= 0.92; SRMR= 0.05; RMSEA= 0.04 olarak bulunmuştur.

5.3. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçeğin güvenirliği madde toplam puan analizi ile test edilmiştir. Türkçe SÇ-RHYDÖ'nin güvenilirliğinin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ve split-half (yarıya bölme) tekniği kullanıldı. Bu çalışmanın Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,79 olarak bulundu. *Sosyal Mesafe* alt boyutunun=0,80; *Tutumlar* alt boyutunun=0,73 ve *Yardım Arama-Kendini Açma* alt boyutunun=0,74 olduğu bulundu. SÇ-RHYDÖ'inin madde analizleri sonucunda *Sosyal Mesafe* boyutunun madde toplam kolerasyonu ,359 ile ,658; *Tutumlar* boyutunda ,381 ile ,528; *Yardım Arama- Kendini Açma* boyutunda ,391 ile ,629 arasındadır. Ölçekteki bir maddenin, maddeler toplamı ile korelasyon katsayısının 0,3 ve üzeri olması ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu göstermektedir

(Tavşancıl 2002; Büyüköztürk 2011 p. 171). Bu nedenle yapılan madde analizine göre madde çıkarılmasına gerek olmadığına karar verilerek ölçeğin 20 maddelik hali korundu.

Modgill ve ark. (2014)'nın çalışmasında Cronbach's alpha katsayısı 0,79 olup *Tutum* alt boyutu için α=0,68, *Yardım Arama-Kendini Açma* alt boyutu için α=0,67 ve *Sosyal Mesafe* alt boyutu için α=0,68 olarak saptanmış olup kabul edilebilir düzeyde bulunduğu belirtilmiştir.

Toronto örnekleminde (N=190) Van der Maas ve ark. (2018)'nın 15 maddeli 3 faktörlü yapısının iç tutarlılık analizi sonuçlarında Cronbach's alpha skoru 0,77 olarak bulunmuş olup alt boyutlarına ait Cronbach katsayıları sırasıyla *Tutumlar* için 0,79, *Yardım Arama ve Kendini Açma* için 0,67 ve *Sosyal Mesafe* için 0,72'dir Ayrıca ölçeğin maddeler arası korelasyonu maksimum 0,49 ile minimum -0,11 arasında değişmekte olup, ortalama 0,15 ile kabul edilebilir iç tutarlılık gösterdiği belirtilmiştir.

Singapurdaki çalışmanın (Chang ve ark. 2017) 14 maddelik ölçeğin tamamı için Cronbach's alpha 0,75 ve her faktör için sırasıyla 0,74, 0,60 ve 0,53'lük Cronbach's alpha değeri ile kabul edilebilir düzeyde bir iç tutarlılık göstermiştir.

İtalyan versiyonu ise (Destrebecq ve ark. 2018) 15 maddeli olup ölçeğin üç alt boyutundaki Cronbach's alfa değerleri sırasıyla 0,76, 0,83 ve 0,82 bulunmuştur. 12 maddelik versiyon için değerler sırasıyla (iki alt ölçek için) 0,74 ve 0,86'dır. Ölçek bu çalışma sonuçlarından daha iyi bir iç tutarlılık göstermiştir.

İspanyolca versiyonunda (Sapag ve ark. 2019) 15 maddelik SÇ-RHYDÖ ölçeğinin iç tutarlılığının analizi Cronbach's alpha 0,69 ile kabul edilebilir düşük bir iç tutarlılık göstermiş olup sırasıyla 0,53, 0,48 ve 0,60 alpha değerlerine sahiptir.

Macarca versiyonunda (Őri ve ark. 2020) ölçek Cronbach's alfa katsayısı 0,73 olup *Tutum* için 0,54, *Yardım Arama ve Kendini Açma* için 0,63 ve *Sosyal Mesafe* için 0,66 iç tutarlılığı ile 14 maddeli yapı güçlü korelasyon değerleri ile (Tutum: r= 0,68, p <0.0001; Yardım Arama ve Kendini Açma: r= 0,69, p < 0.0001; Sosyal Mesafe: r= 0,73, p <0.0001) onaylandığı bildirilmiştir.

SÇ-RHYDÖ'nin Almanca versiyonu (Zuaboni ve ark. 2021) için Cronbach's alpha iyi iç tutarlılığı (α = 0,73) gösterirken *Tutumlar* (α = 0,62) ve *Sosyal Mesafe* (α = 0,69) alt ölçekleri için iç tutarlılık kabul edilebilir ve *Yardım Arama-Kendini Açma* (α = 0,55) alt ölçeği için zayıf bulunmuştur. SÇ-RHYDÖ'nin toplam puanı, alt ölçeklerle

(Tutumlar: r = 0,78, Yardım Arama-Kendini Açma: r = 0,68, Sosyal Mesafe: r = 0,78) güçlü bir şekilde ilişkili olup alt ölçeklerin birbiriyle orta derecede ilişkili olduğu belirtilmiştir.

SÇ-RHYDÖ, yukarıda incelenen kültürlerarası uyarlama çalışmaları arasında yapılmış 20 maddelik 3 faktörlü yapısını koruyan ilk çalışmadır ve iç tutarlılığı Modgill ve ark. çalışması ile aynı fakat her bir faktör için daha yüksek bir iç tutarlılığa sahiptir. Diğer psikometrik özellikleri belirlenen uluslararası çalışmalarda (Chang ve ark. 2017; Van der Maas ve ark. 2018; Őri ve ark. 2020; Zuaboni ve ark. 2021) test edilmiş versiyonların iç tutarlılıklarından yüksek olup İtalyan versiyonu (Destrebecq ve ark. 2018) ile paralellik göstermektedir.

SÇ-RHYDÖ'inin iç tutarlılığı Half-Split (Yarıya Bölme) Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları kullanılarak da analiz edilmiştir. Ülkemizde SÇ-RHYDÖ'ye paralel bir form bulunmadığı için yarıya bölme tekniği kullanılmıştır. Buna göre Gutmann 0,769 ve Spearman- Brown katsayısı 0,769 olarak belirlendi. Güvenilirlik katsayılarının ise 0,60'ın üstünde olması gerektiği bildirilmiştir (Baykul 2000). SÇ-RHYDÖ'in Pearson korelasyon değerleri 0,625 olup yüksek (0,6- 0,8) bulundu.

5.4. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin (SÇ-RHYDÖ) Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenen çalışma normal dağılım göstermektedir. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçlarının +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell 2013), +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri ölçek toplam ve alt boyutlar için sırasıyla *ölçek toplam:* 0,874, -0,264; *Sosyal Mesafe:* 1,115, 0,955; *Tutum:* 0,755, 0,278; *Yardım Arama- Kendini Açma:* 0,606, 0,583 şeklinde 3 boyutta ve ölçek toplam olarak normal dağılmıştır. Modgill ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında üç faktör ve toplam SÇ-RHYDÖ için dağılımların negatif çarpıklık değerleri sırasıyla çarpıklık ve basıklık olmak üzere *ölçek toplam*: 0,06- 2.93, *Tutum:* 0,16- 2,71, *Açıklama ve Yardım Arama:* 0,13- 2.71, *Sosyal Mesafe:* 0,41- 3.38 olmak üzere *Tutum* en normal dağılıma sahip olan boyut olduğu saptanmıştır.

SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçek puanları; "Sosyal Mesafe" boyutunun ortalaması 24,993±5,319 (Min=7; Maks=35), "Tutum" boyutunun ortalaması 17,530±4,548 (Min=8; Maks=35), "Yardım Arama- Kendini Açma" boyutunun ortalaması 14,336±4,368 (Min=6; Maks=30), "SÇ-RHYDÖ toplam" ortalaması 56,859±9,789 (Min=28; Maks=100) olarak belirlendi. Singapur'daki sağlık çalışanlarının 14 maddelik ortalama SÇ-RHYDÖ puanı 35.7 olarak yüksek bulunmuştur (Chang ve ark. 2017). Kanada'daki (Van der Maas ve ark. 2018) sağlık çalışanlarının 15 maddelik SÇ-RHYDÖ için ortalama puan 30,38 iken, İspanyolca versiyonunda (Sapag ve ark. 2019) örneklemin tamamında, ortalama SÇ-RHYDÖ puanı 34,55, 15 ile 58 arasında bir aralık ve 7,02 standart sapma ile bulunmuştur. Çalışma sonuçları ve literatür incelendiğinde ölçek puan ortalaması ülkemizde yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni ölçeği madde çıkarmadan orijinal hali olan 20 maddelik versiyonu şeklinde Türkçe'ye uyarlanması nedeni ile olabileceği anlaşılmıştır.

SÇ-RHYDÖ'i ve alt boyutlarının toplam puanları cinsiyet, yaş, medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi (p> 0,05). Modgill ve ark. (2014)'nın çalışmasında ise farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen (t=1.7, df=968, p= 0.09) erkeklerin toplam damgalanma puanları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. İtalyanca versiyonunda (Destrebecq ve ark. 2018) cinsiyete göre damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Cinsiyet ve medeni durum açısından farklılığın bulunmamasının nedeni kültürel benzerliklerden ve damgalama aşamalarından her iki cinsiyetin ve medeni durumun eşit şekilde etkilenmesi olabileceği düşünülmektedir.

Lisans dönemi öğrencilerinin *Yardım Arama ve Kendini Açma* puanları üniversite ve lisansüstü mezunlarından; üniversite mezunlarının puanları lisansüstü mezunlarından yüksek bulundu. Katılımcıların *Tutum, Sosyal Mesafe toplam SÇ-RHYDÖ* puanları eğitim durumu göre anlamlı farklılık göstermedi (p> 0.05). Singapur örnekleminde (Chang ve ark. 2017) sağlık bölümü öğrencilerinin dörtte birinden fazlasının (%28,4) *Yardım Arama* konusunda isteksiz olduğu bildirilmiştir. Yine *Tutum* boyutuna verilen yanıtlar örneklemdeki sağlık bölümü öğrencilerinin, genellikle ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumlu tutumlara sahip olduklarını ortaya koymuştur (Chang ve ark. 2017). Ayrıca tıp öğrencilerinin, hemşirelik öğrencilerine kıyasla, ruhsal bozukluklarını meslektaşlarına açıklanmamasına ilişkin ifadeye daha yüksek düzeyde katıldıkları

saptanmış (madde 4; %57,2'ye karşı %44,4) ve tıp öğrencilerinin çoğunluğu kendi başlarına çözemeyecekleri bir ruhsal bozukluğa sahip olmanın bir tür zayıflık olduğu konusunda hemfikir oldukları görülmüştür (Chang ve ark. 2017). Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir (Klitzman, 2008; Adams ve ark. 2010; Wallace 2012). İtalyanca versiyonunda (Destrebecq ve ark. 2018) üst sınıf öğrencilerin daha düşük damgalanma puanlarına sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçları ve literatür incelendiğinde eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde damgalayıcı tutum ve davranışlarını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Sağlık bölümü öğrencilerinin *SÇ-RHYDÖ toplam* puanları ($\bar{x}$=59,354), çalışanların *SÇ-RHYDÖ toplam* puanlarından ($\bar{x}$=55,673) yüksek bulundu. Yine damgalamaya yönelik *Yardım Arama- Kendini Açma* tutum puanları sağlık bölümü öğrencilerinde yüksek bulundu ($\bar{x}$=15,875). Modgill ve ark. (2014)'nın çalışmasında doktorların, tıp öğrencilerinin ve hemşirelerin *Tutum* ve *Yardım Arama- Kendini Açma* alt ölçeklerinde sosyal hizmet uzmanlarına göre damgalayıcı puanları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresine göre *Tutum* puanları anlamlı farklılık gösterdi ($t_{(99)}$= -2.733; $p = 0.007 < 0,05$). Meslekte çalışma süresi 5 yıldan fazla olanların *Tutum* puanları, 5 yıldan az çalışanlardan yüksek bulundu. Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresine göre *Yardım Arama- Kendini Açma* puanları da anlamlı farklılık gösterdi ($t_{(99)}$= -2.326; $p = 0.024 < 0,05$). Meslekte çalışma süresi 5 yıldan fazla olanların *Yardım Arama- Kendini Açma* tutumları, 5 yıldan az çalışanlara göre yüksek bulundu. Yine *SÇ-RHYDÖ toplam* puanları anlamlı farklılık gösterdi ($t_{(99)}$= -3.273; $p=0.001 < 0,05$). 5 yıldan fazla çalışanların toplam puanı 5 yıldan az çalışanlara göre yüksek bulundu. Katılımcıların *Sosyal Mesafe* puanları ise meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilenmeyen kişilerin *Yardım Arama ve Kendini Açma* damgalama puanları, ilgilenen kişilere göre yüksek bulundu ($t_{(147)}$= -2.895; $p = 0.004 < 0,05$). Fakat sağlık çalışanlarının ve sağlık bölümü öğrencilerinin *Sosyal Mesafe, Tutum ve SÇ-RHYDÖ toplam* puanları ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilenme durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin yakın çevrelerinde ruhsal bozukluğu olan birisi olma durumuna göre *Sosyal*

Mesafe, Tutum, Yardım Arama- Kendini Açma ve toplam SÇ-RHYDÖ puanları anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$). Modgill ve ark. (2014)'nın çalışmasında ise ruhsal bozukluğu olan biriyle temas veya deneyim yaşadıklarını belirten katılımcıların toplam puan ortalamalarının, olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). İtalyanca versiyonunda kişisel ruhsal bozukluk deneyimine göre damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (Destrebecq ve ark. 2018).

SONUÇLAR

Sağlık çalışanlarında ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı davranışların ve tutumların ölçülmesi amacıyla Türkçe'ye uyaranan "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)"nin Türkçe'ye uyarlaması, psikometrik özelliklerinin belirlenmesi ve Türkçe ölçeğin ilk kullanımı ile ilgili pilot sonuçların verilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- ✓ SÇ-RHYDÖ'nin dilsel eşdeğerlilik açısından orijinal form ile Türkçe'ye çevrilen form eşdeğer bulunmuştur.
- ✓ SÇ-RHYDÖ'nin kapsam geçerlilik oranları incelendiğinde madde bazında 0,70 ila 1,00 arasında değişmekte olup KGO ortalaması 0,93; kapsam geçerlilik indeksi 0,96'dır.
- ✓ Ölçeğin örneklem sayısının yeterliliği incelendiğinde yapılan Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) ve Barlett's Test of Sphericity testleri sonucunda KMO değeri 0,736 > 0,60 ve Barlett testi p = 0.000 < 0.05 önem düzeyinde anlamlıdır.
- ✓ SÇ-RHYDÖ'nin Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda 20 maddelik ölçeğin toplam açıklanan varyansı %46,505 olup sırasıyla 4,284, 3,357 ve 1,660 özdeğere sahip 3 faktörlü bir yapı elde edildi (3, 8, 9, 10, 11, 15, 19 numaralı maddeler ters kodlanmalıdır).
- ✓ SÇ-RHYDÖ'nin maddelerinin faktör yükleri 0,45'in üzerindedir. Dolayısıyla madde çıkarılmadı.
- ✓ SÇ-RHYDÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucu uyumluluk değerleri $\chi 2/sd$= 2.20; GFI= 0.90; AGFI= 0.90; CFI= 0.91; RMSEA= 0.07; RMR=0.06'dır ve daha önce belirlenen AFA yapısına göre iyi uyum gösterdi.
- ✓ SÇ-RHYDÖ'ndeki 20 maddenin iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach's Alpha= 0,79'dir. (Sosyal Mesafe= 0,80, Tutumlar= 0,73 ve Yardım Arama ve Kendini Açma= 0,74).
- ✓ SÇ-RHYDÖ'ndeki maddelerin madde toplam korelasyon katsayısı 0,3 ve üzeri olup ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu gösterildi.

- ✓ SÇ-RHYDÖ'nin Half-Split Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları Gutmann 0,769 ve Spearman- Brown katsayısı 0,769'dır. Pearson korelasyon değerleri ise 0,625'dir.
- ✓ "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği"nin yapılan analizler sonucu sağlık çalışanları için ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı tutumları ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi.
- ✓ SÇ-RHYDÖ'nin "Sosyal Mesafe" boyutunun ortalaması 24,993±5,319 (Min=7; Maks=35), "Tutum" boyutunun ortalaması 17,530±4,548 (Min=8; Maks=35), "Yardım Arama- Kendini Açma" boyutunun ortalaması 14,336±4,368 (Min=6; Maks=30), "SÇ-RHYDÖ toplam" ortalaması 56,859±9,789 (Min=28; Maks=100) olarak belirlendi. SÇ-RHYDÖ'den alınan yüksek puanlar damgalamanın yüksek olduğunu göstermektedir.
- ✓ SÇ-RHYDÖ'i ve alt boyutlarının toplam puanları cinsiyet, yaş, medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).
- ✓ Lisans dönemi öğrencilerinin *Yardım Arama ve Kendini Açma* puanları üniversite ve lisansüstü mezunlarından; üniversite mezunlarının puanları lisansüstü mezunlarından yüksek bulundu. Katılımcıların *Tutum, Sosyal Mesafe toplam SÇ-RHYDÖ* puanları eğitim durumu göre anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0.05$).
- ✓ Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresine göre *Tutum* ($t_{(99)} = -2.733$; $p = 0.007 < 0,05$) ve *Yardım Arama- Kendini Açma* puanları ($t_{(99)} = -2.326$; $p = 0.024 < 0,05$) anlamlı farklılık gösterdi. *Sosyal Mesafe* puanları ise meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).
- ✓ Ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilenmeyen kişilerin *Yardım Arama ve Kendini Açma* damgalama puanları, ilgilenen kişilere göre yüksek bulundu ($t_{(147)} = -2.895$; $p = 0.004 < 0,05$).
- ✓ Sağlık çalışanlarının ve sağlık bölümü öğrencilerinin *Sosyal Mesafe, Tutum ve SÇ-RHYDÖ toplam* puanları ruhsal bozukluğu olan biriyle ilgilenme durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

- ✓ Sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin yakın çevrelerinde ruhsal bozukluğu olan birisi olma durumuna göre *Sosyal Mesafe, Tutum, Yardım Arama- Kendini Açma ve toplam SÇ-RHYDÖ* puanları anlamlı farklılık göstermedi (p> 0,05).

ÖNERİLER

- ✓ Gelecek araştırmalarda daha geniş örneklem ile çalışmalar planlanması,
- ✓ Sağlık çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin farklı sağlıkmeslek gruplarında test edilmesi,
- ✓ Ruhsal bozukluklara yönelik damgalanmayı hedefleyen eğitim programlarının geliştirilmesi ve değerlendirilmesi,
- ✓ Sağlık ile ilgili bölümlerin mevcuttaki eğitim programlarının ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik bilgi ve tutumları açısından değerlendirilmesi,
- ✓ TRSM ve psikiyatri klinik stajları ya da intörnlük süreçleri yürütülürken klinik deneyimin değerlendirilmesi,
- ✓ Kurumiçi hizmet eğitimlerinde sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluklara sahip olan bireylere yönelik damgalama ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi,
- ✓ Kurumiçi hizmet eğitimlerine ruhsal bozukluklara yönelik antistigma programlarının dahil edilip geliştirilmesi ve değerlendirilmesi,
- ✓ Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda antistigma programlarının uygulanıp değerlendirilmesi,
- ✓ "Üçlü model"e temellenen antistigma programlarının geliştirilip, değerlendirilmesi.

KAYNAKLAR

Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L., ... ve Paré, M. (2011). Stigma and discrimination. *Can J Psychiatry*, ***56***(10), 1-9.

Açıkgöz, E. (2020). *Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışması* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep. Erişim 26.04.2021, https://toad.halileksi.net/olcek/psikiyatrik-bozuklugu-olan-yetiskinler-icin-toplum-entegrasyon-olcegi.

Açıkgöz, F. ve Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, ***8***(3), 142-146.

Adams, E.F.M., Lee, A.J., Pritchard, C.W. ve White, R.J.E. (2010). What Stops Us from Healing the Healers: A Survey of Help-Seeking Behaviour, Stigmatisation and Depression Within the Medical Profession. *International Journal of Social Psychiatry*, *56*(4), 359–370. https://doi.org/10.1177/0020764008099123

Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Uğuz, Ş., Tamar, D., ... ve Liman, O. (2002). Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, ***3***(1), 5-13.

Akmeşe, E. (2020). Ötekileştirmenin diyalektiği bağlamında bireyin varoluşsal bunalımı üzerine bir analiz: Çoğunluk 2010. *Middle Black Sea Journal of Communication Studies*, ***5***(1), 57-64.

Alpan, A., Kocamanoğlu, E., Furkan, Y., Akçakmak, G., Günbal, M., Elif, A. ve Albayrak, S. (2018). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Şizofreni Hastalığına Karşı Tutumları. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, ***20***(1), 8-17.

Arkan, B., Bademli, K. ve Duman, Z.Ç. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, ***3***(2):214-231. Erişim 05.03.2021, https://dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/issue/11158/133407.

Arkar, H. (1991). Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam*, ***4***(3), 6-9.

Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. ve Wahlbeck, K. (2011). Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC psychiatry*, ***11***(1), 1-6.

Aronson, E., Wilson, T.D. ve Akert, R.M. (2012). *Sosyal Psikoloji.* (Çev. O. Gündüz), 1. Baskı, İstanbul: Kaknüs Yayınları, (Orijinal Baskı: 2010).

Arslantaş, H., Gültekin, B.K., Söylemez, A. ve Dereboy, İ.F. (2010). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, ***11***(1), 11-19.

Artvinli, F. (2020). Salgınların Tarihi: Toplumsal ve Siyasal Açıdan Kısa bir Bakış. *TTB COVID-19 Pandemisi 6. Ay Değerlendirme Raporu*, 43–60. Erişim 25.04.2021 https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6.pdf.

Asan, Ö. (2019). Ruhsal Hastalıklar ve Damgalama; Toplumda, Medyada, Sağlık Çalışanlarda ve Her Yerde... *Sakarya Tıp Dergisi*, ***9***(2), 199-205.

Avcil, C., Bulut, H. ve Sayar, G.H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, ***2***:175-202. Erişim 05.03.2021, https://sosyalbilimlerdergisi.com/makale/4.

Aydemir, Ö. (2004). Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, ***12***, 61-64.

Bağ, B. ve Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi (elektronik)*, ***3***(11), 107-127.

Bağ, B. ve Ekinci, M. (2006). Ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeğinin (RSTTÖ) Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi,* ***5***(15):63-83. Erişim 05.03.2021, https://dergipark.org.tr/tr/pub/esosder/issue/6129/82205.

Başterzi, A.D., Cesur, E., Güvenç, H.R., Taşdelen, R. ve Yılmaz, T. (2020). COVID-19 ve Damgalama. *TTB COVID-19 Pandemisi 6. Ay Değerlendirme Raporu*, 415-424. Erişim 25.04.2021 https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6.pdf.

Baykul, Y. (2000). *Eğitimde ve psikolojide ölçme: Klasik test teorisi ve uygulaması*. (3.Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Baysal, G.Ö.D. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, ***22***(2), 239-251.

Bilge, A. (2006). *Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışması*. Yayınlanmış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Bilge, A. ve Çam, M.O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, ***9***(1), 71-78.

Bilge, A. ve Çam, O. (2008). Ruhsal Hastaliga Yönelik Inançlar Ölçegi'nin geçerliligi ve güvenilirligi/Validity and reliability of Beliefs towards Mental Illness Scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, ***9***(2), 91.

Bos, A.E., Pryor, J.B., Reeder, G.D., ve Stutterheim, SE. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and applied social psychology*, ***35***(1):1-9.

Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, ***18***, 32-38.

Breckler, S.J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of personality and social psychology*, ***47***(6), 1191.

Brown, S.A. (2008). Factors and measurement of mental illness stigma: a psychometric examination of the Attribution Questionnaire. *Psychiatric rehabilitation journal*, ***32***(2), 89.

Brohan, E., Slade, M., Clement, S. ve Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*, ***10***(1), 1-11.

Brown, T.A. (2006). Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. New York, USA: The Guilford Press.

Büyükbayram, A., Arabaci, L. B., Arabacioğlu, İ., Ayyildiz, C., ve Kazım, A. (2017). Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin alkol-madde bağımlılığı ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumları. *Bağımlılık Dergisi*, ***18***(4), 122-134.

Büyüköztürk Ş. (2010). Sosyal Bilimlerde Veri Analizi. (11. Baskı). Ankara: Pegem Akademi: 123-163.

Caldwell, T.M. ve Jorm, A.F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, ***10***(1), 42-54.

Charles, J.L. ve Bentley, K.J. (2018). Measuring mental health provider-based stigma: Development and initial psychometric testing of a self-assessment instrument. *Community Mental Health Journal*, ***54***(1), 33-48.

Chung, R.Y.N. ve Li, M.M. (2020). Anti-Chinese sentiment during the 2019-nCoV outbreak. *The Lancet*, ***395***(10225), 686-687.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... ve Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, ***45***(1), 11-27.

Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., … ve Hegerl, U. (2013). *Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. Journal of Affective Disorders, **150**(2), 320–329.* doi:10.1016/j.jad.2013.04.013

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, ***59***(7), 614.

Corrigan, P., Markowitz, F.E., Watson, A., Rowan, D. ve Kubiak, M.A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of health and Social Behavior*, 162-179.

Corrigan, P.W. ve Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, *9*(1), 35-53.

Craddock, S. (1999). Embodying place: pathologizing Chinese and Chinatown in nineteenth-century San Francisco. *Antipode*, ***31***(4), 351-371.

Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I. ve Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry*, ***177***(1), 4-7.

Cüceloğlu, D. (2002). *İletişim Donanımları: "Keşke"siz Bir Yaşam İçin İletişim* (18. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çam, M.O. ve Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, ***8***(3), 215-223.

Çam, M.O., Bilge, A., Engin, E., Akmeşe, Z.B., Turgut, E. Ö., ve Çakır, N. (2014). Muhtarlara Verilen Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele Eğitiminin Etkililiğinin Araştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, ***5***(3).

Çam, O. ve Arabacı B.L. (2014). Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, ***6***(1), 13-25.

Çam, O. ve Bilge, A. (2013). Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, ***4***(2), 91-101.

Çankaya, P. (2008). *Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik yardım arama tutumları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi* (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Çetin, S.T.D., ve Işıklı, S.Y. (1998). *Toplumdaki bireylerin akıl hastalarına karşı tutumlarını ölçen bir psikometrik aracın geliştirilmesi* (Doctoral dissertation), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde, Ankara.

Ceylan, B. (2017). *Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinde şizofreniye yönelik inanç, damgalama ve sosyal mesafe davranışları üzerine etkisi* (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Ceylan, B., ve Uyaroğlu, A.K. (2018). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Hastalarına Yönelik Damgalamaya İlişkin Görüşleri ve Önerileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, ***21***(2), 97-103.

Chang, S., Ong, H.L., Seow, E., Chua, B.Y., Abdin, E., Samari, E., ... ve Subramaniam, M. (2017). Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ open*, ***7***(12), e018099.

Çıpa, H.E. (1995). McNeill'in Salgınlar ve Halkları Üzerine Düşünceler. *Toplumsal Tarih, C*, ***4***, 22.

Destrebecq, A., Ferrara, P., Frattini, L., Pittella, F., Rossano, G., Striano, G., ... ve Gambini, O. (2018). The Italian version of the opening minds stigma scale for healthcare providers: validation and study on a sample of bachelor students. *Community mental health journal*, ***54***(1):66-72.

Díaz, N.V., Figueroa, A.S., Frontera, N.P., Cajigas-Vargas, I., Díaz, M.R., Candelas, C.I.L., ... ve Segarra, E.R. (2012). Desarrollo de una escala para medir el estigma relacionado a problemas de salud mental en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, ***23***(2), 8.

Duman, B. (2004). Attribution theory (katkı= anlam yükleme teorisinin) öğrenme-öğretme sürecinde öğrencilerin öğrenilmiş çaresizliği üzerindeki etkisi. 13. *Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, İnönü Üniversitesi, Malatya*, 129-131.

Dunion, L. ve Gordon, L. (2005). Tackling the attitude problem. The achievements to date of Scotland's' see me'anti-stigma campaign. *Mental Health Today (Brighton, England)*, 22-25.

Elliott, G.C., Ziegler, H.L., Altman, B.M. ve Scott, D.R. (1982). Understanding stigma: Dimensions of deviance and coping. *Deviant behavior*, ***3***(3), 275-300.

Erbaydar, N.P. ve Çilingiroğlu, N. (2010). Tıp Eğitimi Geleceğin Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte midir? *Türk Psikiyatri Dergisi*, ***21***(2), 114-125.

Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Nihal, M.N. (2014). *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik [Nursing research. Process, implementation, and critics]*. Ankara: Nobel publication.

Ergün, G. (2005). *Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı almış bireylere bakış açısı* (Master's thesis, Akdeniz Üniversitesi).

Erkoç, Y., Çom, S., Torunoğlu, M.A., Alataş, G. ve Kahiloğulları, A.K. (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları. Yayın No: 847: 33-34. Erişim 28.04.2021, ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani.pdf.

Esin M.N. (2015). Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. İçinde Erdoğan S. Nahcivan N. ve Esin MN. (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma Süreç Uygulama ve Kritik*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 193-232.

Eşsizoğlu, A. ve Arisoy, Ö.A. (2008). Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına karşı tutumları: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*, ***35***(3), 167-176.

Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., ve Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, ***55***(7), 440-448.

Eysenbach, G. (2004). Improving the quality of Web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of medical Internet research*, ***6***(3), e132.

Geçtan, E. (1975). *Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar*. (13. Basım). İstanbul, Remzi Kitapevi.

George, D. ve Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10. Ed.) Boston: Pearson

Goffman, E. (2014). Damga/Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar, (çev. Ş. Geniş, L. Ünsaldı, SN Ağırnaslı), *Ankara: Heretik Yayınları*.

Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F., Evans, K. ve Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive–behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, ***185***(4), 342-349.

Grove, S.K., Burns, N. ve Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.

Günay, S., Bekitkol, T., Beycan Ekitli, G. ve Yıldırım, S. (2016). Bir hemşirelik fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, ***7***(3), 129-134.

Güngörmüş, K., Ekinci, M., ve Daş, M. (2014). İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, ***11***(2), 45-51.

Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry,* ***178***(3),207-215. doi:10.1192/bjp.178.3.207.

Happell, B., Platania-Phung, C., Scholz, B., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., ... ve Biering, P. (2019). Assessment of the Opening Minds Scale for use with nursing students. *Perspectives in psychiatric care*, ***55***(4):661-666.

Hayward, P. ve Bright, J.A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. Journal of Mental Health, ***6***(4), 345–354. doi:10.1080/09638239718671.

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., ... ve Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, ***1***(6), 467-482.

Henderson, C. ve Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *The Lancet*, ***373***(9679), 1928-1930.

Hooper D, Coughlan J ve Mullen M.R., (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Method*, ***6***(1), 53-60.

Hox, J.J. ve Bechger, T.M. (1998). An Introduction to Structural Equation Modeling. *Family Science Review*, ***11***, 354–373.

Jesse, S.R. (2015). *Secondary stigma for professionals who work with marginalized groups: A comparative study* (Doctoral dissertation, Bowling Green State University).

Kamış G.Z. (2016). Depresyona İlişkin Tutumlar ve Damgalanmayı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., ve Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC psychiatry*, ***12***(1):1-12.

Kara, N. (2015). Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve ruhsal hastalıklara yönelik verilen teorik eğitimin etkileri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, ***2***, 69-77.

Kline, P. (1994). An easy guide to factor analysis. New York: Routledge

Klitzman, R. (2008). *When doctors become patients*. Oxford University Press.

Knaak, S., Mantler, E. ve Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications. ***30***(2):111-116. https://doi.org/10.1177/0840470416679413.

Kocabaşoğlu N. ve Aliustaoğlu, S. (2003). Bir Kavram Olarak Stigmatizasyon, *Yeni Symposium*, ***41***(4):190-192. Erişim 25.04.2021, http://yenisymposium.com/Pdf/TR-YeniSempozyum-1eeb3d70.pdf.

Kohn, G.C. (Ed.). (2008). *Encyclopedia of plague and pestilence: from ancient times to the present*. Infobase Publishing.

Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L. ve Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work*, ***33***(4), 413-425.

Lawshe, C.H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, ***28***(4), 563-575.

Link, B.G. ve Phelan, J.C. (2001a). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, ***27***(1):363-385. Erişim 25.04.2021, https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363.

Link, B.G. ve Phelan, J.C., (2001b), *Labeling and Stigma*, In A Handbook For The Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems, (Eds. T. L. Scheid, T. N. Brown), Second Edition, pp. 571-587, New York: Cambridge University Press. Erişim 27.04.2021, https://doi.org/10.1017/9781316471289.

Major, B., ve O'brien, L.T. (2005). The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.*, ***56***:393-421.

Martin, J.K., Pescosolido, B.A. ve Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: The role of'disturbing behavior,'labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, ***41***(2), 208.

Mels, G. (2006). LISREL for Windows: Getting started guide. *Lincolnwood, IL: Scientific Software International*. Erişim 02.05.2021, https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.422.8664&rep=rep1&type=pdf.

Mental Health Commission of Canada, (2020). Opening Minds. Erişim 04.05.2021, https://www.mentalhealthcommission.ca/English/opening-minds.

Meşe, İ. (2014). Damgalamanın" Köşeye Sıkıştırdığı" Kadınlar: Zihinsel Engelli Çocukların Anneleri. *Journal of International Social Research*, ***7***(31).

Modgill, G., Patten, S.B., Knaak, S., Kassam, A. ve Szeto, A.C. (2014). Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of Psychometric Properties and Responsiveness. Copyright: Creative Commons License.

Munisami, T., Namasivayam, R. K. ve Annamalai, A. (2021). Mental-Illness-Related Stigma in Health Care in South India: Mixed-Methods Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, ***43***(1), 58-64.

Nicholas, J., Oliver, K., Lee, K. ve O'Brien, M. (2004). Help-seeking behaviour and the Internet: An investigation among Australian adolescents. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, ***3***(1), 16-23.

Nikiforuk, A. (2018). *Mahşerin Dördüncü Atlısı: Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi*. İstanbul, İletişim Yayınları.

Oban, G. ve Küçük, L. (2011). Factors affecting stigmatization about mental disorders among adolescents. *Journal of Psychiatric Nursing*, ***2***(1), 31-39.

Ogunsemi, O.O., Odusan, O. ve Olatawura, M.O. (2008). Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Annals of general psychiatry*, ***7***(1), 1-4.

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

Őri, D., Rózsa, S., Szocsics, P., Simon, L., Purebl, G., ve Győrffy, Z. (2020). Factor structure of The Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers and psychometric properties of its Hungarian version. *BMC psychiatry*, *20*(1), 1-9.

Özaslan Ç.B.Ö. ve Akca, M. (2017). Damgalanma algısı ve sapma davranışı ilişkisinde kişilik özelliklerinin düzenleyici rolü. *International Journal of Academic Value Studies*, ***3***(13), 357-369.

Özbaş, D. ve Buzlu, S. (2011). Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, ***19***(3), 187-193.

Özer, Ü., Varlık, C., Çeri, V., Ince, B. ve Delice, M.A. (2017). Değişim bizden başlar: Ruh sağlığı çalışanlarında ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlar ve damgalayıcı dilin kullanımı. *Düşünen Adam*, ***30***(3), 224-232.

Özmen, S. (2018). *Hastane Çalışanları Arasında Damgalama (Stigmatizasyon) Olgusu Üzerine Keşifsel Bir Çalışma* Yayınlanmış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. Erişim 05.03.2021, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=706TaLy9GaAkY2wpQvKfXQveno=ANda0Wo_3aHjYmXffv85bg.

Özmen, S. ve Erdem, R. (2018). Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, ***23***(1), 185-208.

Patikula, M. (2017). *Kişilik inançlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlar üzerine etkisi* (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Pietrus, M. (2013). Opening minds interim report. *Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada*. Erişim 05.03.2021, https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/opening_minds_interim_report_0.pdf.

Price-Smith, A.T. (2008). *Contagion and chaos: disease, ecology, and national security in the era of globalization*. MIT press.

Pryor, J.B. ve Reeder, G.D., (2011), *HIV-Related Stigma*, In J. C. Hall, B. J. Hall, C. J. Cockerell (Eds.), HIV/AIDS in The Post-HAART Era: Manifestations, Treatment, and Epidemiology (pp. 790-806), Shelton, CT: PMPH-USA.

Rickwood, D., Deane, F.P., Wilson, C.J. ve Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, ***4***(3), 218-251.

Roberto, K.J., Johnson, A.F. ve Rauhaus, B.M. (2020). Stigmatization and prejudice during the COVID-19 pandemic. *Administrative Theory & Praxis*, ***42***(3), 364-378.

Rogler, L.H. ve Cortes, D.E. (1993). Help-seeking Pathways: A Unifying Concept in Mental Health Care. *The American journal of psychiatry*, ***150(***4), 554-561.

Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K. Ve Tamar, D. (2001). Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, ***12***(2), 99-110.

Sağduyu, A.A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, Ş., Ögel, K. ve Tamar, D. (2003). Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, ***14***(3), 203-212.

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

Sapag, J.C., Klabunde, R., Villarroel, L., Velasco, P.R., Álvarez, C., Parra, C., ... ve Corrigan, P. (2019). Validation of the Opening Minds Scale and patterns of stigma in Chilean primary health care. *PloS one*, ***14***(9), e0221825.

Sastre-Rus, M., García-Lorenzo, A., Lluch-Canut, M.T., Tomás-Sábado, J., ve Zabaleta-Del-Olmo, E. (2019). Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic psychometric review. *Journal of advanced nursing*, ***75***(9):1838-1853.

Schomerus, G. ve Angermeyer, M.C. (2008). Special articles stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know. *Epidemiol Psichiatr Soc*, ***17***(1), 31.

Schumacker R.E. ve Lomax R.G. (2004). A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. New Jersey: Taylor & Francis; 1-8.

Sezer, S. ve Kezer, F. (2013). The reliability and validity of perceptions of stigmatization by others for seeking helpscale in a Turkish sample. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, ***46***(1), 181-202.

Şimşek, Ö.F. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş:(temel ilkeler ve LISREL uygulamaları)*. Ankara: Ekinoks; 4-22.

Sontag, S. (2005). *Metafor olarak hastalık: Aids ve metaforları*. (O. Akınhay, Trans.) (1. Baskı). İstanbul, Agora.

Soygür, H., ve Özalp, E. (2005). Şizofreni ve damgalanma sorunu. Türkiye Klinikleri *Journal of Internal Medical Sciences,* ***1***(12):74-80.

Stuber, J.P., Rocha, A., Christian, A. ve Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric services*, ***65***(4), 490-497.

Sümer, N. (2000). Yapisal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazilari*. ***3***(6):49-74.

Tabachnick, B.G. ve Fidel, L.S. (2007). Using Multivariate Statistics. Pearson Education Inc. Boston.

Tabachnick B.G. ve Fidell, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics (6. Baskı). Pearson Education Inc. Boston.

Tarim, H.Ş. ve Yilmaz, M. (2018). Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal bozukluklara yönelik inançlarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, ***11***(2), 134-146.

Taşkın, E.O. (2004). Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. (*3P) Dergisi*. 12 (ek 3): 5-12

Taşkın, E.O. (2007). Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, ***1***:17-30.

Taşkın, E.O., Şen, F. S., Özmen, E. ve Aydemir, Ö. (2006). Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, ***8***(1), 11-17.

Taşkın, E.O., Yüksel, E. G., Deveci, A. ve Özmen, E. (2009). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, ***10***, 100-108.

Tavşancıl, E. (2005). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi (2. Baskı). *Ankara: Nobel Yayınları*.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2007). 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek, T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim 27.04.2021, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080_hedef.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011). 19 Mart, 27910 sayılı "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" Erişim 29.04.2021, https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html.

TDK. *Güncel Türkçe Sözlük*, Türk Dil Kurumu 2021, 03 Mart. Erişim 05.03.2021, https://sozluk.gov.tr.

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness* (Vol. 301). Oxford: Oxford university press.

Torre, G.L., Semyonov, L., Mannocci, A. ve Boccia, A. (2012). Knowledge, attitude, and behaviour of public health doctors towards pandemic influenza compared to the general population in Italy. *Scandinavian journal of public health*, ***40***(1), 69-75.

Trauner, J.B. (1978). The Chinese as medical scapegoats in San Francisco, 1870-1905. *California History*, ***57***(1), 70-87.

Tucker, J.R., Hammer, J.H., Vogel, D.L., Bitman, R.L., Wade, N.G. ve Maier, E.J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different?. *Journal of Counseling Psychology*, ***60***(4), 520.

Uğurlu, T.T., Atabay, E.Z., Tosun, E., Yilmaz, E., Öztürk, M. ve Ateşçi, F. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinde psikolojik damgalama eğilimi: Bir Özel Çalışma Modülü örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, ***34***(3), 253-261.

Üçok, A. Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. ***6***(1):3-8 Erişim 25.04.2021, https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_6_50_3_8.pdf.

Ünal, S., Hisar, F. ve Özgüven, Z. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, ***23***(3).

Van der Maas, M., Stuart, H., Patten, S.B., Lentinello, E.K., Bobbili, S.J., Mann, R.E., ve Khenti, A. (2018). Examining the application of the opening minds survey in the community health centre setting. *The Canadian Journal of Psychiatry*, ***63***(1):30-36.

Varlik, N. (2017). *Akdeniz Dünyasında ve Osmanlılarda veba: 1347-1600*. Kitap Yayınnevi.

Vaughan, G. ve Hansen, C. (2004). 'Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australasian Psychiatry*, ***12***(2), 113-117.

Vertovec, S. (2020). Covid-19 and Enduring Stigma- The corona pandemic increases xenophobia and exclusion worldwide. Max Planck Institute. https://www.mpg.de/14741776/covid-19-and-enduring-stigma.

Vogel, D.L., Wade, N.G. ve Hackler, A.H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of counseling psychology*, ***54***(1), 40.

Wallace, J.E. (2012). Mental health and stigma in the medical profession. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health*, Illness and Medicine, ***16***(1), 3–18. doi:10.1177/1363459310371080.

Waltz, C.F., Strickland, O.L. ve Lenz, E.R. (Eds.). (2010). *Measurement in nursing and health research*. Springer publishing company. p. 176.

Wan, T.T. (2002). *Evidence-based health care management: Multivariate modeling approaches*. Springer Science & Business Media.

Wang, J. ve Wang X. (2012). Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus: methods and applications. West Susex: John Wiley & Sons; 5-9.

Wei, Y., McGrath, P.J., Hayden, J., ve Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. BMC psychiatry, ***15***(1):1-20.

Weiner, B., Perry, R.P., ve Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of personality and social psychology*, ***55***(5), 738

World Health Organization. (2003). Investing in Mental Health, Erişim 28.04.2021, https://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf.

Wynaden, D., Chapman, R., Orb, A., McGowan, S., Zeeman, Z. ve Yeak, S. (2005). Factors that influence Asian communities' access to mental health care. *International journal of mental health nursing*, ***14(***2), 88-95.

Yaman, E. ve Güngör, H. (2013). Damgalama (Stigma) Ölçeğinin Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, ***11***(25), 251-270.

Yanos, P.T., Vayshenker, B., DeLuca, J.S. ve O'Connor, L.K. (2017). Development and validation of a scale assessing mental health clinicians' experiences of associative stigma. *Psychiatric services*, ***68***(10), 1053-1060.

Yıldırım, S., Ersoysal, F. ve Güler, C. (2018). Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, ***21***(4), 380-388.

Yeşilyurt, S. ve Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, ***20***(1), 251-264.

Yüksel, E.G. ve Taşkın, E.O. (2005). Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, ***6***(1), 13-21.

Zuaboni, G., Elmer, T., Rabenschlag, F., Heumann, K., Jaeger, S., Kozel, B., ... ve Rüsch, N. (2021). Psychometric evaluation of the German version of the Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC psychology*, *9*(1), 1-7.

FORMLAR

EK 1- BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Yağmur Azazi tarafından yürütülen "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Belirlenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada veri toplamak amacıyla "Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği" kullanılacaktır. Araştırma verileri Google Formlar aracılığı ile toplanacak olup sizden tahminen 20-30 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen minimum 99 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Elde edilen veriler araştırmacı tarafından 2 yıl süre ile saklanacak ve daha sonra araştırmanın yapıldığı kurumun ilgili biriminde imha edilecektir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya yagmurazazi@gmail.com e-posta adresi ve +905414168126 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; □ kabul ediyorum □ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

EK 2- SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (SÇ-RHYDÖ)

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (SÇ-RHYDÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Ruhsal hastalığa sahip birine kıyasla fiziksel hastalığa sahip birine yardım etmekte daha rahatım.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eğer ruhsal hastalığa sahip biri fiziksel belirtilerden şikâyetçiyse, (örneğin; bulantı, sırt ağrısı ya da baş ağrısı), bu durumu büyük ihtimalle ruhsal hastalıklarına bağlardım.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Eğer birlikte çalıştığım bir iş arkadaşım yönetebildiği bir ruhsal hastalığı olduğunu söyleseydi, onunla çalışmaya aynı şekilde istekli olurdum.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ruhsal hastalıktan dolayı tedavi görüyor olsaydım, bunu hiçbir meslektaşıma açıklamazdım.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tedavimi üstlenen sağlık çalışanının işyerimle bir bağlantısı yoksa ruhsal hastalığım için yardım aramayı daha kolay kabul ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ruhsal bir hastalığım varsa ve bununla başa çıkamıyorsam bunu zayıflık olarak görürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ruhsal bir hastalığım olsa yardım aramaya isteksiz olurdum.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ruhsal hastalığını yönetebilen bir kişi; iş için en uygun kişi ise işverenler onu işe almalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Bir hekimin ruhsal bir hastalık nedeniyle tedavi görmüş olduğunu bilseydim, yine de o hekime giderdim.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ruhsal bir hastalığım olsaydı, arkadaşlarıma söylerdim.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ruhsal hastalığı olan bireylere umut aşılamak sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Profesyonel inançlarıma rağmen, ruhsal hastalığı olan insanlara karşı olumsuz tepkiler verebiliyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ruhsal hastalığı olan bireylere yardım etmek için yapabileceğim çok az şey var.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ruhsal hastalığı olan bireylerin yarısından fazlası iyileşmek için yeteri kadar çabalamıyor.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ruhsal hastalığı olan bireyler, toplum için nadiren risk oluşturur.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ruhsal hastalıklar için en iyi tedavi ilaçtır.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ruhsal hastalığı olan bir kişi durumunu yönetebiliyor olsa bile çocuklarla çalışmasını istemezdim.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Sağlık çalışanlarının, ruhsal hastalığı olan kişilerin savunucusu olmasına gerek yoktur.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ruhsal hastalığı olan bir kişinin komşum olmasında bir sakınca görmem.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ruhsal hastalığı olan birine merhamet göstermekte zorlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐

EK 3- SÇ-RHYDÖ'NİN ORJİNAL FORMU: "OPENING MINDS STIGMA SCALE FOR HEALTH CARE PROVİDERS (OMS-HC)"

Mental Health Commission of Canada / Commission de la santé mentale du Canada

Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)

	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree nor Disagree	Agree	Strongly Agree
1. I am more comfortable helping a person who has a physical illness than I am helping a person who has a mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
2. If a person with a mental illness complains of physical symptoms (e.g., nausea, back pain or headache), I would likely attribute this to their mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
3. If a colleague with whom I work told me they had a managed mental illness, I would be just as willing to work with him/her.	☐	☐	☐	☐	☐
4. If I were under treatment for a mental illness I would not disclose this to any of my colleagues.	☐	☐	☐	☐	☐
5. I would be more inclined to seek help for a mental illness if my treating healthcare provider was not associated with my workplace.	☐	☐	☐	☐	☐
6. I would see myself as weak if I had a mental illness and could not fix it myself.	☐	☐	☐	☐	☐
7. I would be reluctant to seek help if I had a mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Employers should hire a person with a managed mental illness if he/she is the best person for the job.	☐	☐	☐	☐	☐
9. I would still go to a physician if I knew that the physician had been treated for a mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
10. If I had a mental illness, I would tell my friends.	☐	☐	☐	☐	☐
11. It is the responsibility of health care providers to inspire hope in people with mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Despite my professional beliefs, I have negative reactions towards people who have mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
13. There is little I can do to help people with mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
14. More than half of people with mental illness don't try hard enough to get better.	☐	☐	☐	☐	☐
15. People with mental illness seldom pose a risk to the public.	☐	☐	☐	☐	☐
16. The best treatment for mental illness is medication.	☐	☐	☐	☐	☐
17. I would not want a person with a mental illness, even if it were appropriately managed, to work with children.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Healthcare providers do not need to be advocates for people with mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
19. I would not mind if a person with a mental illness lived next door to me.	☐	☐	☐	☐	☐
20. I struggle to feel compassion for a person with mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐

10301 Southport Lane SW, Suite 800 / 10301, Southport Lane SO, bureau 800 / Calgary, AB / T2W 1S7 / T 403.255.5808
www.mentalhealthcommission.ca / www.commissionsantementale.ca
Offices in Ottawa / Bureaux à Ottawa

EK 4- ANKET FORMU

Sağlık Çalışanları için	Sağlık Bölümü Öğrencileri için
Cinsiyetiniz: ▪ Kadın ▪ Erkek ▪ Diğer	Cinsiyetiniz: ▪ Kadın ▪ Erkek ▪ Diğer
Yaşınız:	Yaşınız:
Yetiştiğiniz sosyal çevre: ▪ Kent ▪ Kırsal	Yetiştiğiniz sosyal çevre: ▪ Kent ▪ Kırsal
Eğitim durumunuz: ▪ Lise mezunu ▪ Üniversite mezunu ▪ Yüksek lisans mezunu ▪ Doktora mezunu	-
Medeni durumunuz: ▪ Bekar ▪ Evli ▪ Boşanmış/ Ayrı/ Dul	Medeni durumunuz: ▪ Bekar ▪ Evli ▪ Boşanmış/ Ayrı/ Dul
Kiminle yaşıyorsunuz? ▪ Tek ▪ Aile ▪ Diğer	Kiminle yaşıyorsunuz? ▪ Tek ▪ Aile ▪ Diğer
Gelir durumunuz: ▪ Gelir giderden az ▪ Gelir gidere eşit ▪ Gelir giderden fazla	Gelir Durumunuz: ▪ Gelir giderden az ▪ Gelir gidere eşit ▪ Gelir giderden fazla
Mesleğiniz: ▪ Hekim ▪ Hemşire ▪ Psikolog ▪ Sosyal Çalışmacı ▪ Eczacı ▪ Diyetisyen ▪ Laborant ▪ Diğer	Okuduğunuz Okul: ▪ Tıp Fakültesi ▪ Hemşirelik Fakültesi ▪ Sağlık Bilimleri Fakültesi ▪ Diğer
Çalıştığınız Kurum ▪ Devlet Hastanesi ▪ Üniversite Hastanesi ▪ Özel Hastane veya Kurum	Okuduğunuz Bölüm: ▪ Tıp ▪ Hemşirelik ▪ Psikoloji ▪ Sosyal Hizmetler ▪ Fizyoterapi ▪ Beslenme ve Diyetetik ▪ Eczacılık ▪ Diş Hekimliği ▪ Diğer
Çalıştığınız Klinik:	-
Meslekte çalışma süreniz:	-
Çalışma yaşamınızda ruhsal bozukluğu olan birinin tedavi veya bakımı ile ilgilendiniz mi? ▪ Evet ▪ Hayır	Öğrencilik yaşamınızda ruhsal bozukluğu olan birinin tedavi veya bakımı ile ilgilendiniz mi? ▪ Evet ▪ Hayır
Yakın çevrenizde ruhsal bozukluğu olan biri var mı? ▪ Evet ▪ Hayır	Yakın çevrenizde ruhsal bozukluğu olan biri var mı? ▪ Evet ▪ Hayır

EK 5- ETİK KURUL KARARI -1

EK 6- ETİK KURUL KARARI -2

(Tez Başlığı Değişikliği ve Veri Toplama Yönteminin Değiştirilmesi İle İlgili)

EK 7- SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ İZNİ

ABOUT: ETHICAL PERMISSION

3 ileti

YAĞMUR AZAZİ <yagmur.azazi@ogr.iu.edu.tr> 25 Eyl 2019 Çar, 04:14
Alıcı: kassama@ucalgary.ca
Cc: kutluy@istanbul.edu.tr

Dear Professor Kassam,

My name is Yağmur Azazi. I'm studying master degree in Mental Health and Psychiatric Nursing in Institute of Graduate Studies - Istanbul University-Cerrahpasa.
I'm very interested in with your study named "the development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC)". As we know the importance of the subject of studies are inadequate in Turkey. And stigmatizing attitudes and behaviours of health care providers towards mental illnesses must be determined correctly. According to studies this will be possible with the scale you have developed. I believe that healthier action plans or interventions can be developed in this way.
I would like to ask, for my thesis, your permission to conduct "for the Turkish version of the validity - reliability and psychometric properties study of the Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers" with my supervisor Prof Dr Fatma Yasemin Kutlu. (Her contact email address is; kutluy@istanbul.edu.tr).

Thank you Professor for your patience and cooperation. If you have any questions or concerns, do not hesitate to let me know.

Sincerely regards,

Yağmur Azazi, Nurse
American Hospital, Digestive Health Service Line Department / ISTANBUL-TURKEY

Aliya Kassam <kassama@ucalgary.ca> 26 Eyl 2019 Per, 06:47
Alıcı: YAĞMUR AZAZİ <yagmur.azazi@ogr.iu.edu.tr>
Cc: kutluy@istanbul.edu.tr <kutluy@istanbul.edu.tr>

Dear Yağmur,

Thank you for your interest.

Please go ahead and use the scale for your project.

Good luck with everything.

Best wishes,

Aliya

[Alıntılanan metin gizlendi]

Opening Minds Stigma Scale

2 ileti

Aliya Kassam <kassama@ucalgary.ca> 3 Eki 2019 Per, 20:33
Alıcı: kutluy@istanbul.edu.tr <kutluy@istanbul.edu.tr>
Cc: YAĞMUR AZAZİ <yagmur.azazi@ogr.iu.edu.tr>

Dear Yağmur,

Attached please find some information to assist you with the subscales contained within the OMS-HCP.

The original 20 item scale continues to perform well, however the revisited analysis suggests a 15 item version containing three factors -– negative attitudes, willingness to disclose/seek help for a mental illness, and preference for social distance could also be used. I have also attached copies of both the 20-item and the 15-item versions of the scale, as well as a primer that shows the breakdown of the scale into the three factors. Also, here are some articles to help you:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22694771

https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-120

Best of luck with your research!

Best wishes,

Aliya

3 ek

2012 08 21_OMS-HC 20 item scale_one page_logo.pdf
390 KB

Opening Minds Scale for Health Care Providers (15 item).pdf
297 KB

2014 05 22_OMS-15 Item_subscales.pdf
98 KB

EK 8- SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ KAPSAM GEÇERLİĞİ İÇİN UZMAN LİSTESİ

1.	Doç. Dr. Gül DİKEÇ	Fenerbahçe Üniversitesi
2.	Dr. Öğretim Üyesi Elvan Emine ATA	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
3.	Dr. Öğretim Üyesi Fadime KAYA	Kafkas Üniversitesi
4.	Dr. Öğretim Üyesi Sevil YILMAZ	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
5.	Dr. Öğretim Üyesi Elif OK	Acıbadem Üniversitesi
6.	Dr. Deniz KAYA MERAL	GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
7.	Dr. Özgür Sema ACI	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
8.	Dr. Gizem ŞAHİN	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
9.	Uzm. Dr. Hüseyin BAYAZIT	Department of Psychiatry, Texas Tech University Health Science Centre
10.	Uzm. Dr. Gülçin Arı SARILGAN	VKVSK- Amerikan Hastanesi

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (SÇ-RHYDÖ)'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%19	%17	%4	%10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
2	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
3	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	www.ttb.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	%1
6	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
7	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
8	iibfdergi.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Yağmur	**Soyadı**	Azazi
		Doğ.Tar.	
Uyruğu			
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Yüksek Lisans	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa	2018-Halen
Lisans	İstanbul Üniversitesi	2018
Lise	Necmi Asfuroğlu Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl- Yıl)**
1.	Hemşire	VKVSK Amerikan Hastanesi	2018-Halen
2.	Gönüllü	SIZA (Arnhem, Hollanda)	2016-2017

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**YÖLDİL Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	63,750
İspanyolca	Orta	Orta	Orta	-	-

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	63,09747	67,27349	70,30442

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları (Word, Excell, Power Point)	Çok iyi
Adobe Acrobat	İyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

-

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Resim yapmak (sulu boya, karakalem, yağlı boya)